

Bacheloroppgave

Preoperative forberedelser av barn

Hvordan kan sykepleier gjennom preoperative forberedelser fremme mestring og redusere stress hos barn?

Kandidatnummer: 1301 & 1341

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Sykepleie Bachelorprogram

Antall ord: 11 182

Innleveringsfrist: 29/05-2020

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Mange barn som blir innlagt på sykehus opplever å føle på stress og usikkerhet. Det er derfor viktig å sikre at barnet opplever mestring for at de skal få en god sykehusopplevelse, og for å unngå konsekvenser som kan ha negativ påvirkning under og etter oppholdet. Vi ønsket med et preoperativt perspektiv å sette et fokus på økt mestring og mindre opplevelse av stress hos barn, og sykepleierens oppgaver for å sikre dette.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom preoperative forberedelser fremme mestring og redusere stress hos barn?

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å identifisere tiltak for hvordan sykepleieren kan sikre at barnet opplever mestring og resuerer stress med hjelp av preoperative forberedelser

Metode

Oppgaven baserer seg på et systematisk litteraturstudie hvor vi kom frem til åtte forskningsartikler som vi har funnet i databasene SveMed+, Cinahl og Oria. Artikkene ble tatt i bruk for å belyse vår problemstilling. Målgruppen i vår litteraturstudie er barn 6-12 år.

Resultater

I forskningsartikkene, litteraturen og i egen praksis, har vi sett at lek spiller en stor rolle for at barna i vår aldersgruppe skal føle på mestring og at dersom barn føler de mestrer situasjonen de er i vil de også føle seg trygge. Dette er viktig for å unngå komplikasjoner som kommer av utrygghet. Mestring kan etter våre funn oppnås ved informasjon, kommunikasjon, foreldre, avledning og lek, dette vil også redusere stress.

Konklusjon

Sykepleieren kan bidra til barns følelse av mestring preoperativt gjennom god og alderspasset informasjon, kommunikasjon som bygger gode relasjoner, foreldre som ressurs og lek.

Nøkkelord

Mestring, preoperativt, sykepleier, sykehus og stress

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 AVGRENSNING	4
1.3 PROBLEMSTILLING	5
2.0 METODE	6
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	6
2.2 SØKEPROSESSEN	6
2.3 KILDEKRITIKK	7
3.0 TEORI	8
3.1 STRESS OG MESTRING	8
3.1.1 Folkman og Lazarus's perspektiv på mestring	8
3.1.2 Stress	9
3.2 UTVIKLINGSTEORI	10
3.2.1 Kognitiv utvikling	11
3.2.2 Utviklingsmessige kjennetegn	11
3.3 PREOPERATIVE FORBEREDELSE	12
3.3.1 Sykepleierens samhandling med barnet	13
3.3.2 Hjelpemidler	15
3.4 SYKEPLEIERENS ROLLE OG FUNKSJON	15
3.4.1 Juridisk rammeverk og yrkesetiske retningslinjer	16
3.4.2 Helsepedagogikk	17
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	19
4.1 STRESS OG FØLELSMESSIGE PÅKJENNINGER VED KIRURGI	19
4.2 HJELPEMIDLER OG UTFØRING AV FORBEREDELSEN	19
4.3 FORELDRES INVOLVERING I DEN PREOPERATIVE FORBEREDELSEN	21
4.4 SYKEPLEIERENS KOMMUNIKASJON MED BARNET	21
5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER GJENNOM PREOPERATIVE FORBEREDELSE FREMME MESTRING OG REDUSERE STRESS HOS BARN?	22
5.1 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING MED BARNET	22
5.2 VIRKEMIDLER I FORBEREDELSEN	24
5.2.1 Foreldre som hjelpemiddel	26
5.3 MESTRINGSSTRATEGIER	26
5.3.1 Metoder for avledning og mestringsstrategier	27
5.3.2 Problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring	28
5.4 SYKEPLEIEREN PEDAGOGISKE FUNKSJON	29
6.0 AVSLUTNING	32
LITTERATURLISTE	33
VEDLEGG	36
VEDLEGG 1: FORSKNINGSARTIKLER	36
VEDLEGG 2 PICO SKJEMA	47

1.0 INNLEDNING

Når et barn blir innlagt på sykehus blir den stabile og forutsigbare hverdagen borte. Opplevelsene som barnet utsettes for kan være ubehagelige, skremmende og vonde uten at barnet selv forstår hva som foregår. Barnet møter ukjente instrumenter som lager skumle lyder og lukten er fremmed og rar (Grønseth & Markestad, 2017, s.64). Barnet vurderer selv hvor truende det synes sykehusoppholdet er og reagerer deretter. Sykepleieren må skape et trygt miljø som oppmuntrer til økt mestring og redusert følelse av stress (Grønseth & Markestad, 2017, s.67). En stor andel barn opplever stress før operasjon. I tillegg er det risiko for negative atferdsendringer etter operasjonen (Bjørnå, 2014, s.12-13). Følgene kan være separasjonsangst, spiseforstyrrelser, aggresjonsproblemer og sengevæting. Barn som er trygge og føler mestring opplever mer sjeldent atferdsforstyrrelser, postoperativ agitasjon og delirium, de har mindre behov for analgetika og sedative legemidler (Finrud, 2017, s.144). Man ønsker derfor både for barnets, foreldrenes og sykehusets del at barnet ikke skal føle seg stresset, men oppleve mestring under sykehusoppholdet. Sykepleieren må iverksette tiltak for å sørge for dette.

1.1 Bakgrunn

I praksis på kirurgisk barneavdeling var det å ta imot pasienter og gjennomgå en preoperativ forberedelse en sentral del av arbeidshverdagen. Vi så at denne forberedelsen ble utført ulikt både basert på hvem som utførte prosedyren og ut fra alder på barnet og barnets behov. Vi ønsket derfor å undersøke ulike metoder som kan praktiseres innenfor preoperativ forberedelse, og hvordan dette kan redusere stress og øke mestring hos barnet. Vi synes også at barn er en spennende pasientgruppe, da sykepleie til barn i stor grad også omfatter sykepleie til pårørende som gjør at sykepleien må være mye mer helhetlig og gjennomtenkt.

1.2 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense denne oppgaven til å omhandle barn fra 6-12 år, da barn i denne aldersgruppen er mer mottakelige for informasjon og flere hjelpemidler kan brukes på disse barna enn på yngre barn. Vi skriver om foresattes rolle, men vi skriver om dem som et hjelpemiddel i den preoperative forberedelsen. Foresatte kan være foreldre eller andre

omsorgspersoner som fosterforeldre, besteforeldre eller andre, men vi har valgt å bruke betegnelsen foreldre videre i oppgaven.

Vi har valgt å ikke avgrense til en spesifikk type kirurgi, da dette kunne gjort det vanskelig for oss å finne god forskning og litteratur. Vi har derimot valgt å avgrense til forberedelser der barn kommer inn for elektiv kirurgi. Dette hovedsakelig fordi de preoperative forberedelsene ved ø-hjelps-kirurgi kan være mangelfulle i forhold til de elektive. Vi tar utgangspunkt i sykepleierens rolle i den preoperative forberedelsen, og andre profesjoner som også tar del i forberedelsen vil vi derfor ikke gå inn på.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom preoperative forberedelser fremme mestring og redusere stress hos barn?

2.0 METODE

Sykepleie skal være kunnskapsbasert, den skal bygges på omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). En viktig byggestein for å kunne jobbe kunnskapsbasert er kunnskap fra forskning. Men det er viktig å huske at det ikke hjelper å bare arbeide ut fra forskningsresultatene (Dalland, 2013, s. 48). Sykepleie som fagfelt er omfattende og komplekst, og sykepleieforskning krever mange fremgangsmåter (Christoffersen, Johannesen, Tuft & Utne, 2015, s.16). Metode beskriver hvordan vi innhenter ny kunnskap og er et middel til å løse et problem og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2013, s.114).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er metoden allerede satt til litteraturstudie. Ved å bruke denne metoden vil vi innhente informasjon fra forskning som belyser vår problemstilling. En litteraturstudie innebærer å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder ved å samle litteratur, gjennomgå denne kritisk og sette den sammen. På denne måten får vi en oppdatert og god forståelse av kunnskap og vi kan vise til hvordan vi har kommet frem til kunnskapen problemstillingen vår spør etter (Thidemann, 2017, s. 79-80). Vi har benyttet oss av pensumlitteratur, annen faglitteratur, forskningsartikler og lovverk for å belyse vår problemstilling. Alle kilder er henvist til i henhold til APA-stil.

2.2 Søkeprosessen

Etter å ha valgt tema og formulert en problemstilling gikk vi gjennom pensumlitteratur vi tenkte kunne være relevant, og gjorde søk i hovedsakelig i Oria og på Nasjonalbiblioteket for å finne forskning og annen litteratur. Vi fant også frem relevante lovverk fra internett og gjorde søk i godkjente databaser etter vitenskapelige artikler.

Vi gjennomførte litteratursøk i databasene Cinahl, SveMed+ og Oria. Vi benyttet oss av disse databasene fordi de har litteratur med hovedvekt på sykepleie og helsefag. Vi organiserte problemstillingen vår i et PICO-skjema. Vi utførte søk med norske ord i SveMed+ for å finne gode engelske MeSh-termer. Vi kom frem til søkeordene: “children”, “preoperative care”, “stress”, “coping”, “postoperative complications”, “nurse” og “surgery elective”. Flere av forskningsartiklene vi benyttet oss av fant vi gjennom kjedesøk, blant annet fra Ehbokens prosedyre for preoperative forberedelse av barn og i andre forskningsartikler. Vi søkte deretter opp disse artiklene i Oria eller Cinahl, blant annet for å forsikre oss om at de var

fagfelleverderte. Vi fant 3 av våre forskningsartikler i Cinahl. Disse fant vi gjennom å kombinere søkeordene i ulike søk der vi til sammen fant 231 artikler. Vi begrenset videre søket med vår valgte aldersgruppe 6-12 år, språkene norsk, dansk, svensk og engelsk, geografisk område: Europa, Storbritannia, Nord-Amerika og Australia og at forskningen skulle være fagfelleverdert. Da kom vi frem til 66 forskningsartikler. Vi leste på overskriftene og abstraktene og valgte artikler som så relevante ut til problemstillingen vår. Vi leste deretter grundig gjennom artiklene, og markerte og skrev notater til det vi kunne ha med i oppgaven. Vi benyttet oss også av Oria og SveMed som databaser for å finne forskningsartikler, og brukte ulike kombinasjoner av søkeordene for å finne relevante artikler.

2.3 Kildekritikk

Studiene vi har valgt å ha med i denne litteraturstudien er hentet fra anerkjente databaser og vi har benyttet nasjonalt kompetansesenter sine sjekklister (Kunnskapsbasert praksis, 2012) for å sikre at kildene er gode. Vi har også sett etter om studiene følger IMRaD strukturen. IMRaD står på norsk for: introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen er først og fremst brukt som et hjelpemiddel ved oppbygging av en vitenskapelig artikkel, men den gir en god pekepinn på om artikkelen er pålitelig eller ikke (Thiedemann, 2019, s.30). Ikke alle artiklene vi har funnet følger denne strukturen, men vi har likevel vurdert disse som pålitelige.

Vi har også hatt som et kriterium i alle våre søk at artiklene skal være fagfelleverderte. Deler av litteraturen og forskningen er utgitt på engelsk, noe som dermed gir en risiko for fortolkning eller misforståelser i oversettingen.

På grunn av den nåværende pandemisituasjonen har vi ikke hatt tilgang på helsefagbiblioteket, og vi har dermed måttet bruke det pensum vi har hatt tilgang til. Av den årsak er også enkelte bøker benyttet i oppgaven i en eldre utgave.

3.0 TEORI

I denne delen av oppgaven vil vi trekke frem valgt teori som er med for å besvare problemstillingen.

3.1 Stress og mestring

3.1.1 Folkman og Lazarus's perspektiv på mestring

Stress og andre negative følelsesopplevelser skaper en situasjon som den enkelte må forholde seg til. Mestring handler om hvordan individet forholder seg til eller løser en situasjon eller hendelse som medfører slike påkjenninger. Folkman og Lazarus definerer mestring som ”[...] *kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelsers på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser*” (Kristoffersen, 2017, s. 247). Folkman og Lazarus skiller mellom to hovedtyper av mestringsstrategier; problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring (Kristoffersen, 2017, s. 249).

Problemorientert mestring er rettet mot å håndtere eller endre et problem som forårsaker negative påkjenninger mens emosjonelt orientert mestring er rettet mot å regulere følelsesmessig respons på problemet (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150). Generelt er strategier innenfor emosjonelt orientert mestring mer inntredende i situasjoner der vurdering har foretatt at det er ingenting som kan gjøres for å endre selve situasjonen, mens problemorienterte mestringsstrategier er gunstig å benyttes i situasjoner der problemene vurderes som mulig å endre eller eliminere (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150).

Problemorienterte mestringsstrategier ligner strategier benyttet for problemløsning. Som sådan er problemorienterte forsøk ofte rettet mot å definere eller identifisere problemet, generere alternative løsninger, veie alternativene opp mot deres fordeler og ulemper, velge et alternativ og handle på det (Folkman & Lazarus, 1984, s. 152). Innenfor emosjonelt orientert mestring er en stor gruppe av kognitive prosesser rettet mot å redusere følelsesmessige påkjenninger og inkluderer strategier som unngåelse, minimering, distansering, fortregning, positive sammenligninger, og å skape positiv mening fra en negativ hendelse. Flere av strategiene innenfor emosjonelt orientert mestring kan bli betegnet som forsvarsmekanismer, og blir benyttet i så godt som alle stressende hendelser (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150).

Folkman og Lazarus knytter det engelske begrepet appraisal til mestring, som kan oversettes til det norske ordet vurdering. Kognitiv vurdering er en evalueringsprosess som avgjør

hvorfor og til hvilken grad en spesifikk samhandling eller en serie med samhandlinger mellom personen og miljøet er stressende (Folkman & Lazarus, 1984, s.19). De mener at vurdering er en sterk indikator for om mestringen er orientert mot følelsesregulering, altså emosjonelt orientert mestring, eller det å utføre handlinger for å løse eller eliminere problemet - problemorientert mestring (Folkman & Lazarus, 1984, s. 44). Måten en person vurderer en hendelse på har stor innvirkning på mestringsprosessen og på hvordan denne personen reagerer emosjonelt (Folkman & Lazarus, 1984, s. 45). I praksis kan det være vanskelig å avgjøre om strategier innenfor handlinger eller tankeprosesser er emosjonelt orientert eller problemorientert mestring. Vi kan for eksempel regulere følelser ved å løse et problem samtidig som vi kan løse problemer ved å regulere følelser (Folkman & Lazarus, 1984, s. 45).

3.1.2 Stress

Kristoffersen (2017, s. 238) beskriver stress som ulike typer belastninger som mennesket utsettes for, menneskets fysiologiske og psykologiske reaksjoner og subjektive opplevelser i møte med belastninger og et begrep som viser til ulike konsekvenser av stressreaksjonene. Stimuli som utløser stressreaksjoner har flere synonymbetegnelser, men blir i denne oppgaven betegnet som stressorer, og kan for eksempel være sosial isolasjon, sykdom, smerte, støy eller ukjente situasjoner og opplevelse av usikkerhet (Kristoffersen, 2017, s. 238). Stress kan ha negativ innvirkning på barnet og barnets operative forløp. Grønseth & Markestad (2017, s. 64) nevner at stress gir utrygghetsfølelse, forsterker smerteopplevelse og andre symptomer. Det kan øke metabolismen, kreve energi og kan forverre barnets medisinske tilstand, gi forsinket sårtilheling og virker negativt inn på immunforsvaret ved langvarig stress. Blant de største kildene til stress hos barn på sykehus er det å være i et fremmed og ukjent miljø, adskillelse fra foreldre eller trussel om adskillelse, undersøkelser, prosedyrer og behandling og begrenset mulighet til å delta i fritids- og andre meningsfulle aktiviteter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63).

Folkman og Lazarus definerer begrepet psykologisk stress som ”[...] *et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare*” (Kristoffersen, 2017, s. 247). Deres forståelse av stress handler i stor grad om at samspillet mellom egenskapene hos individet og det som kjennetegner situasjonen eller omgivelsene. Det er en kombinasjon av ulike faktorer i omgivelsene og hos personen selv som bestemmer graden av stress og følgene av den (Folkman & Lazarus, 1984, s. 19). Definisjonen vektlegger personens egen tolkning og opplevelse av situasjonen, noe som også betyr at det som forårsaker stress hos mennesker er

individuell. Folkman & Lazarus (1984, s. 19) peker på to avgjørende prosesser i forholdet mellom person og omgivelser: kognitiv vurdering og mestring.

Når et barn blir innlagt på sykehus kan frykt, engstelse, uforutsigbarhet, ubehag og smerter være faktorer som kan føre til stress hos både barn og foreldre (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Stress kan gi en følelse av utrygghet og kan forsterke andre følelser som opplevelse av smerte og symptomer knyttet til sykdom. Stress er meget energikrevende og kan gjøre barnets medisinske tilstand dårligere. Hva som fører til stress og hvordan barnet håndterer dette, avhenger av barnets alder og utvikling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Det er viktig å skape en trygghet i sykdomssituasjonen. Barn vil føle at det vanskelig når viktige personer i livet, som venner og lærere midlertidig blir borte (Eide & Eide, 2017, s. 288). Trygghet handler for barn i stor grad om kontroll, de trenger å vite hva som skal skje og omgås med mennesker de kjenner. Der omgivelsene er ukjente for barnet, kan det hjelpe å ha varme og omsorgsfulle personer rundt dem. Her kan sykepleieren bidra til at barnet føler kontroll ved at man ser barnet, og forklarer på en måte som gjør barnet forstår hva som foregår eller hva som skal skje (Eide & Eide, 2017, s. 288-289).

3.2 Utviklingsteori

De preoperative forberedelsene tar i stor grad utgangspunkt i barnets utviklingsstadier med dets motoriske og kognitive forutsetninger. Kommunikasjon, informasjon og hjelpemidler tilpasses barnets alder, evne til forståelse og hvordan barn i det enkelte stadiet reagerer stimuli eller tiltak. Av denne grunn presenteres det i dette kapittelet utviklingsmodellen med utviklingsteorien til Jean Piaget, samt utviklingsmessige kjennetegn hos valgt aldersgruppe.

En utviklingsmodell er en forståelse av at utvikling består av flere nivåer eller stadier, der hvert trinn i utviklingen representerer opparbeiding av nye ferdigheter og egenskaper som skiller seg fra det forrige trinnet (Håkonsen, 2018, s. 42). Ferdighetene eller utviklingen kan være av ulik karakter; den kan f.eks. være motorisk, sensorisk, sosial eller følelsesmessig. Hvert enkelt stadium består av særegne kjennetegn som forteller noe barnets utviklingsnivå, og alle barn går igjennom de samme stadiene i den samme rekkefølgen. Noen barn bruker likevel lengre eller kortere tid i utviklingen og det finnes derfor individuelle variasjoner på hvor lang tid det tar før barnet når et gitt stadium, samt at enkelte barn ikke vil fullføre alle trinnene i utviklingsmodellen (Håkonsen, 2018, s. 42).

3.2.1 Kognitiv utvikling

Håkonsen beskriver kognitiv utvikling som ” *de mentale prosessene som omfatter det å tenke, løse problemer, utvikle et språk og begreper og å gjøre vurderinger av ulike slag*” (Håkonsen, 2018, s. 53). På samme måte som i utviklingsmodellen går barnet gjennom trinnvise stadier i den kognitive utviklingen. Denne utviklingen kan forstås som en tilpasningsprosess til omgivelsene, med utvikling av funksjoner som gjør at barnet er i stand til å forholde seg til sine omgivelser og kan mestre de situasjoner barnet møter i hverdagen.

En slik utviklingsmodell som beskriver den kognitive eller tankemessige utviklingen er teorien av Piaget fra 1973 (Håkonsen, 2018, s. 53). Denne utviklingen består av en serie av fundamentale forandringer i dets kognitive ferdigheter fra fødselen og fram til 15-16-årsalderen og Piaget deler denne utviklingen inn i fire stadier. I denne oppgaven har vi kun med stadiet som omfatter vår aldersgruppe, 6-12 år.

Det konkretoperasjonelle stadiet

Evne til symbolsk og logisk tenkning videreutvikles, og forståelse av tid og rom forbedres. Barnet er i stand til å overføre kunnskap fra én sammenheng til en annen, og tenkningen er preget av konkrete tankeprosesser (Håkonsen, 2018, s. 54-55). Dette betyr at barnet har en tendens til å forankre tankene i konkrete hendelser, og kan ha vanskelig for å tenke seg hypotetisk og mulige konsekvenser av en hypotetisk situasjon. Evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger er utviklet, og egosentrismen har ikke like stor begrensning på tankeprosessene som i tidligere stadier i livet (Håkonsen, 2018, s. 55).

3.2.2 Utviklingsmessige kjennetegn

I dette underkapittelet presenteres noen utviklingsmessige kjennetegn hos vår aldersgruppe. Avslutningsvis legger vi ved et bilde fra eHåndboken med både aldersspesifikke kjennetegn, hvordan barnet bør forberedes og hjelpemidler og tips for barn i alderen 6-12 år.

Barn i denne aldersgruppen har behov for konkret informasjon om hva som skal skje, og om sykdom og behandling. Mens 6-7-åringen fortsatt kan se på sykdom som straff og derfor få skyldfølelse som følge av det, forstår 10-11-åringen komplekse fenomener som smerte og sammenheng mellom sykdom og behandling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Ettersom barna begynner å bli mer selvstendige, har de også et behov for å føle seg nyttig. Derfor har barnet godt av å delta i sykepleien og å la barnet velge og ta beslutninger. Foreldrene er fortsatt viktige for barnets trygghet i stressituasjoner og atskillelse fra venner og søsken virker også truende for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Barnet er også redd for det

ukjente, for skade av kropp og tap av kontroll. Sykepleier må derfor respektere barnets grenser, og si at det er lov å være redd, å gråte og lignende. Barna ønsker også logiske forklaringer på hvorfor prosedyrer er nødvendige og sykepleieren bør oppfordre barnet til å spørre, og aktivt oppklare misforståelser som kan skape engstelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Barn fra åtte år og oppover er, ifølge Eriksson, i en aldersfase der en positiv utvikling legger til rette for motivasjon, mens en utvikling som er uheldig kan føre til følelse av mindreverd og dårlig motivasjon. Det er derfor viktig å hjelpe barnet med å oppnå mestring (Eide & Eide, 2017, s.302).

Preoperativ forberedelse av barn 6-12 år (1-9)			
	Aldersspesifikke kjennetegn	Hvordan forberede	Hjelpemidler og tips *
Skolebarn 6-12 år	<ul style="list-style-type: none"> Begynnende evne til logisk/abstrakt tenkning, men har fortsatt tendens til å ta ting bokstavelig Begynner å se sammenheng mellom årsak og virkning Magisk tenkning, spesielt hos de yngste i denne gruppen Begrenset innsikt i hvordan kroppen fungerer og hvordan sykdom påvirker kroppen De er redde for å være "unormale" og redd for å ikke leve opp til forventninger De kan gi uttrykk for at de forstår, selv om det ikke er tilfellet Begynnende selvstendighet Venner og jevnaldrende får økt betydning Foreldre er fortsatt svært viktig for barnets trygghet, spesielt i stressede situasjoner Frykter tap av kontroll, skader på kroppen og død 	<ul style="list-style-type: none"> Bør forberedes fra et par dager til uker i forveien Avklar barnets forståelse og tidligere erfaringer Be barnet gjenfortelle gitt informasjon for å kartlegge forståelsen Gjenta forklaringer flere ganger Bruk ord som barnet forstår; ikke bruk ord som har dobbelt betydning som slange og stikkpille Oppmuntre barnet til å stille spørsmål, gi rom for ulike typer reaksjon Gi barnet valg hvis mulig Ikke lov at barnet ikke vil oppleve smerte/ubehag Trygg barna på at hvis de har vondt eller er kvalme, så vil de få medisin for det Lytt til barnet når det leker. Dette kan gi innblikk i deres tanker og forståelse Bruk gjerne som eksempel hvordan jevnaldrende har opplevd samme situasjon 	<ul style="list-style-type: none"> Gi informasjon både muntlig og i kombinasjon med ulike hjelpemidler Bruk ordentlig utstyr til demonstrering (scoop, saturasjonsmåler, oksygen, PVK, bandasjer, EDA, PCA og urinkateter) Vis bildeperm barn/ungdom Vis forberedelsesfilm barn og/eller ungdom Ikke bruke latin og fremmedord Lov aldri noe du ikke kan holde Fysisk omvisning Lek (Kiwanisdukke, rollespill og utstyr) Lær barnet noen enkle mestringsteknikker som avledning og pusteøvelser ved prosedyre Presenter smertescoringsverktøy: NRS, FPS-R (ansiktsskala); slik at barnet kjenner dette igjen etter operasjonen

Bilde 1, eHåndboken - retningslinjer for psykososial preoperativ forberedelse av barn 6-12 år.

3.3 Preoperative forberedelser

Graden av engstelse hos et barn eller familiemedlemmer før et kirurgisk inngrep har blant annet sammenheng med om barnet har fått tilstrekkelig og alderstilpasset preoperativ informasjon. Når barnet har fått mulighet til å besvare egne spørsmål og har en forståelse over det som skal skje, kan dette bidra til en forutsigbarhet og trygghet hos barnet, gjøre det enklere å bearbeide følelsene rundt hendelsene, redusere engstelighet og skape en situasjon som barnet har større kontroll over (Finrud, 2017, s. 144). I eHåndbokens prosedyre for preoperativ forberedelse av barn omtaler de hensikten som; å tilstrebe trygge og godt

forberedte barn og pårørende, oppfylle kravet om barnets rett til alderstilpasset informasjon, kvalitetssikre alderstilpasset preoperativ informasjon og for å forebygge postoperative komplikasjoner. I ehåndboken er det opprettet et forslag til alderstilpassede strategier for formidling som er tilpasset barn fra 6-12 år. Forslaget inneholder forberedelsesfilm, bildepermer, utstyr barnet møter på sykehuset, guide til lek og rollespill med dukker og omvisning. Ehåndboken foreslår at forberedelsene skal starte 6-12 dager før innleggelse og når barnet legges inn (eHåndboken).

3.3.1 Sykepleierens samhandling med barnet

Å forberede barnet før operasjon kan hjelpe barnet å skille mellom barnets egen fantasi og hva som er virkelig, som kan gjøre barnets forventninger mer realistiske.

Barnets tolkning av hendelsen avgjør om situasjonen vil føles stressende for barnet eller ikke (Søbjerg, 2019, s. 148). Barnet vil få en økt følelse av kontroll og styrke barnets evne til å takle en hendelse dersom barnet får konkret informasjon (Søbjerg, 2019, s. 148). God informasjon vil bidra til forutsigbarhet for barnet om det videre forløpet og behandlingen. Man bør også snakke positivt om behandling og undersøkelser for ikke å skremme barnet og gjøre at barnet blir redd på forhånd (Søbjerg, 2019, s. 148). Alderen skal være veilederen for informasjonen som er nødvendig, men man må også se hvert enkelt barn og deres behov. For eksempel kan engstelige barn bli mer engstelige av for detaljert informasjon (Finrud, 2017, s. 145).

Selv om sykepleieren barnet møter, både er snill og tillitsvekkende, så er det hun som utfører prosedyrer som kan være ubehagelige og skremmende og som kan svekke barnets tillit (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). Barn er meget oppmerksomme på non-verbal kommunikasjon, som fører til at barnet kan forme et bilde om sykepleieren er “slem” eller “snill” ut fra det hun sier eller hvordan hun opptrer. Barn liker at sykepleieren smiler, snakker vennlig, er rolig, snill og avslappende, og tar seg tid til å prate med dem og lytter. Om



Bilde 2: sykehusekspertenes 10 bud

Hentet fra barneombudet

sykepleieren er morsom, snakker direkte til barnet og tuller kan dette også virke tillitsvekkende. Om sykepleieren virker sint, sjefete, travel eller snakker høyt, er det mange barn som kan bli redde (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99). Barn fra 6-12 år har begynt å utvikle en logisk forståelse og tenker i konkrete kategorier og trenger konkrete objekter for å forstå verden (Eide & Eide, 2017, s.295). Barn fra 6-8 år kan fortelle om hendelser fra nåtiden med hjelp fra en voksen, og det er viktig å snakke med barnet om alvorlige ting kort tid før det skal skje (Eide & Eide, 2017, s.295). Barnet er opptatt av konsekvenser og regler og har en utpreget rettferdighetssans (Eide & Eide, 2017, s.295). Fra barnet er åtte år begynner det å se forskjell på fantasi og virkelighet og er i stand til å se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av seg selv og de kan begynne å forhandle og diskutere om hva som er rett og galt (Eide & Eide, 2017, s. 303). Barn over åtte år har også en klar forestilling om seg selv i forhold til andre og kan ha glede av å delta i grupper. I disse gruppene kan barna gi en presentasjon av seg selv, sine hobbyer og dele egne tanker (Eide & Eide, 2017, s. 302). I kommunikasjon med barn fra 6-12 år er det viktig å huske at barnet trenger hjelp til å fortelle en sammenhengende historie, spesielt barn under åtte år. Hjelpemidler som lek, tegning og sang kan med fordel brukes (Eide & Eide, 2017, s. 296). Man bør oppsummere det barnet har fortalt og gi samtalen en tidsstruktur, samtidig må man følge barnets flyt og taktskifter (Eide & Eide, 2017, s.296). Det er viktig å huske at informasjonssamtale med barn har sine egne særtrekk; samtaler har en egen rytme, tempo og tid. Det er viktig i samtalen å relatere seg til det som er viktig for barnet, samtidig som man har formålet med samtalen i bakhodet. Samtaler med barn er ofte preget av en langsomhet og særegne skifter (Eide & Eide, 2017, s.296).

Voksne som er fremmede kan virke truende på barnet i nye situasjoner. Sykepleieren bør holde litt avstand til barnet og la barnet bli vant til sykepleierens stemme, utseende og væremåte. Det kan være lurt å snakke med omsorgspersonene først og litt etter litt inkludere barnet i samtalen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 100). Man bør også ta seg tid til å få god kontakt med barnet før man går over på informasjonen som skal gis og fokusere på spørsmål der det er naturlig for barnet å gi positive svar, på denne måten leder man barnet inn i "ja-sirkler". Når tilliten er etablert må man finne ut hva barnet er bekymret for (Eide & Eide, 2017, s. 297).

Det er viktig å ta barnet på alvor og gi plass til barnets følelser. For barnet er det et stort fokus på hvordan barnet selv opplever situasjonen. Det er viktig å gjøre barnet til en likeverdig i dialogen, og dette kan gjøres ved å bruke anerkjennende lytting, da settes fokuset på barnets budskap. Man må da sette temaet man selv ønsker å prate om på vent i samtalen, slik at man

ikke avbryter barnets fortelling (Gamst, 2017, s. 63). For at barnet lettere skal forstå og for at sykepleieren lettere skal forstå barnet, kan man kombinere ord og handlinger (Grønseth & Markestad, 2017, s. 102). Det er som nevnt viktig å følge barnets takt i samtalen, plutselig vil barnet tegne eller gjøre andre ting, hvorfor vet vi ikke, men det er viktig å anerkjenne barnets skifter i samtalen og å ta pauser (Eide & Eide, 2017, s.299).

3.3.2 Hjelpemidler

Barn bruker lek både for å uttrykke seg og for å kommunisere (Søbjerg, 2019, s. 153). Lek kan redusere spenninger, frustrasjon, sinne og angst etter tap av kontroll og selvtillit (Søbjerg, 2019, s. 153). Lek bidrar til å skape kontakt og trygghet, trivsel, glede og mestringsopplevelser, skaper en situasjon der barn uttrykker og bearbeider budskap og følelser, ubehagelige opplevelser fortrennes, og lek stimulerer til barnets utvikling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 81). I e-håndbokens prosedyre for preoperative forberedelser av barn fra 6-12 år, foreslås det lek i form av rollespill, lek med utstyr eller en dukke som hjelpemiddel for å forberede barn før en operasjon. Det kan også avlede barnet ved gjennomføring av selve prosedyren og lettere for barnet å bearbeide opplevelsen etterpå (Stubberud, 2019, s. 152). Å observere og lytte til barnets lek kan gi et godt innblikk i barnets tanker og forståelse av situasjonen (Bilde 1). Leken kan også gi økt tillit til sykepleieren og det bidrar til mestring (Søbjerg, 2019, s. 153). Det finnes også apper, spill og filmer som barna kan leke med og se på, som kan være med og gjøre at barnet blir delaktige i informasjonen de får (Søbjerg, 2019, s. 147).

Avledning og bruk av bilder er gode metoder for å redusere barnets ubehag i forbindelse med prosedyrer eller i forkant av en operasjon. Avledningen kan både være kognitiv, fysisk eller sensorisk. For å få en mest mulig effektiv avledning, bør den være variert og gjøres i samspill med barnet. Hos eldre barn kan det for eksempel være effektivt med et langsomt dypt pust, ved å la barnet blåse på en fjær på hånden. Såpebobler og ballonger kan også være gode avledninger (Stubberud, 2019, s. 153).

3.4 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleierens funksjon kan sees på som å hjelpe pasienten med å håndtere konsekvenser sykdom og behandling har for pasientens grunnleggende behov (Tveiten, 2014, s. 23). Sykepleiere som skal jobbe med barn, bør ha kunnskap om barns situasjon, reaksjoner og behov for hjelp (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). Sykepleieren skal også inneha kunnskap om behandlingen pasienten går gjennom og iverksette tiltak. Omsorgen er regulert av lover basert på grunnleggende menneskerettigheter og kulturelle verdier (Kristoffersen og

Nortvedt, 2016, s. 90). Sykepleieren har ifølge de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2011); *“ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”*. Sykepleieren har også et ansvar for at egen praksis er etisk, faglig og juridisk forsvarlig (NSF, 2011).

Sykepleierutdanningen i Norge er underlagt en rammeplan som sier at sykepleie skal *“omfatte tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom hos friske og utsatte grupper i befolkningen”*. Sykepleieren skal ha kunnskap om sammenhengen mellom helse og sykdom i et individ- og samfunnsperspektiv, forstå risikofaktorer, og ha kunnskap om tiltak som er sykdomsforebyggende (Kunnskapsdepartementet, 2008).

3.4.1 Juridisk rammeverk og yrkesetiske retningslinjer

Sykepleien skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet er grunnlaget for all sykepleie. Som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i sin yrkesutøvelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) sikrer befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet ved at man som pasient eller bruker har en rekke rettigheter i møte med helsetjenesten. Disse bestemmelsene skal være med på å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell, og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

For å kunne danne seg egne synspunkter og ta godt begrunnede valg angående egen helsesituasjon, trenger pasienten tilstrekkelig informasjon. Som utøver av helse- og omsorgstjenester er man pliktig til å gi pasienten nødvendig informasjon for at pasienten skal få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som blir tilbudt. Pasienten skal også informeres om mulige bivirkninger og risiko ved eventuell behandling. Men informasjonen skal ikke gis dersom pasienten uttrykker at de ikke ønsker den, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Pasienten skal få informasjon som er tilpasset til vedkommende sin individuelle forutsetninger; alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Man skal gi informasjonen på en hensynsfull måte og helsepersonell skal sikre at mottakeren forstår innholdet av informasjonen og hva den betyr. All informasjon som er blitt gitt skal føres inn i pasientens journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

3.4.2 Helsepedagogikk

Pedagogikk defineres ofte som læren om oppdragelsen og dens midler, metoder og praksis (Tveiten, 2014, s. 158). Ut fra definisjonen på pedagogikk kan man forstå helsepedagogikk som alt som har med læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i en helsesammenheng å gjøre (Tveiten, 2014, s. 158). Den pedagogiske funksjonen er særlig viktig for sykepleieren når hun jobber med barnet og familien i empowermentprosessen. Empowerment er et kjernebegrep i folkehelse og er definert av verdens helseorganisasjon som *“en prosess der man oppnår kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse”*. Sentrale prinsipper er maktomfordeling fra fagpersoner til barn og familie, medvirkning og det å bli betraktet som *“ekspert på seg selv”* (Tveiten, 2014, s. 48).

Samtidig som det forventes at barnet og familien ivaretar egen helse i stor grad, har sykepleieren viktig kompetanse som barnet har behov for (Tveiten, 2014, s. 158). Det er av stor betydning at sykepleier og barnet og dets familie har en god relasjon, slik at sykepleieren på best mulig måte kan ivareta en pedagogisk funksjon, hvor sykepleieren tilrettelegger for informasjon, veiledning og undervisning for barn og familie (Tveiten, 2014, s. 158). Pasientinformasjon står sentralt i helselovgivningen, og innebærer at pasienten skal ha medisinsk informasjon om sykdom, behandling, hva hun har krav på og praktisk informasjon knyttet til det å være pasient og pårørende (Tveiten, 2014, s.158). Pasientinformasjonen kan også forstås som en forutsetning for brukermedvirkning, hvor man ikke bare blir informert.

Undervisning av både foreldre og barnet er viktig, særlig når de skal utføre behandling hjemme. For eksempel ved sårstell etter en operasjon, medisinerer eller insulinbehandling. Barnet og familiens mål for behandling kan noen ganger være avvikende fra sykepleierens mål for behandlingen. For eksempel kan barnet og familiens mål med smertebehandling være å få sove om natten, mens sykepleierens mål er å redusere angst og sikre god rehabilitering. Det er i slike situasjoner viktig å få samkjørt barnet og familiens mål med målet til sykepleieren (Tveiten, 2014, s. 158).

For å veilede må sykepleier gjøre vurderinger ovenfor pasienten. Dette gjøres ut fra åtte faktorer:

1. Hvem er pasienten og hva er situasjonen?
2. Hva er hensikten med veiledningen?
3. Hva kan påvirke situasjonen?
4. Hva kan hemme eller fremme læring?
5. Tid og sted

6. Innhold

7. Metoder

8. Evaluering

(Tveiten, 2014, s. 161).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil vi presentere funnene fra forskningen vi har valgt til denne litteraturstudien.

4.1 Stress og følelsesmessige påkjenninger ved kirurgi

Responsen på kirurgiske inngrep har vist å forbedres basert på omfanget og kvaliteten av den preoperative forberedelsen, som bør være tilpasset utviklingsstadiet på barnet (Harris, Sibley, Rodriguez & Brandt, 2013, s.163). En alderstilpasset preoperativ forberedelse kan bidra med å legge til rette for en positiv sykehusopplevelse og på den måten redusere emosjonelle påkjenninger. Negative eller positive erfaringer ved innleggelsen har videre innvirkning på barnets eller foreldrenes opplevelser med senere møter med helsevesenet (Panella, 2016, s.12).

Faktorer som menes å ha innvirkning på evne til psykologisk tilpasning under sykehusoppholdet er det å være i et ukjent miljø med varierende rutiner, forskjellige klær, mat og lek enn det barnet er vant med, kliniske undersøkelser av kropp, bruk av medisinsk terminologi, opplevelse av negative følelser og barnets observasjon av foreldrenes bekymring (Harris et al, 2013, s.164). Barn som har hatt negative opplevelser i forbindelse med sykehusinnleggelse tidligere vil også ha et høyere nivå av stress ved senere møter (s.164). Det blir også hevdet at den påvirkningen som kirurgi har på stress, bekymring og evne til mestring har sammenheng med alder og utviklingsstadiet til barnet (Harris et al, 2013, s.161).

Tilfeller med høyere omfang av stress og bekymring hos barn på sykehus er relatert til faktorer som frykt for skade, lange ventetider, tap av kontroll, endringer i rutine, og separasjon fra omsorgspersoner (Perry, Hopper & Masiongale, 2012, s.70). Barn som gjennomgår en alderstilpasset preoperativ forberedelse har tid til å prosessere det barnet har lært, utvikle mestringsstrategier, få en følelse av kontroll og fremstår å ha en bedre operativ opplevelse enn barn som gjennomgår en standard forberedelse. Disse barna viser også mindre psykologiske problemer med framtidig anestesi, redusert stress i tilhelingsfasen og har mindre sannsynlig for å utvikle regressive atferdsforstyrrelser som mareritt, separasjonsangst, spiseforstyrrelser og sengevæting postoperativt (Perry et al, 2012, s.74).

4.2 Hjelpemidler og utføring av forberedelsen

Carlsen & Sjøbjerg (2013, s.121) mener at for at barn skal være i stand til å mestre en stressende situasjon er de avhengige av forutsigbarhet, forståelse av situasjonen,

tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg, støtte fra omgivelsene og mulighet for medvirkning. De må også forberedes ut fra alder, erfaring og utviklingsnivå (Carlsen & Sjøbjerg, 2013, s.121).

Virkemidler trukket fram for å sikre psykososial forberedelse hos barn i artikkelen til Carlsen & Sjøbjerg (2013, s.121) er blant annet omvisning, forberedelsesfilm, bildepermer og lek. Lek er spesielt viktig i den preoperative forberedelsen, og kan brukes til at barnet blir kjent med utstyr som benyttes i operasjonen. Leken kan bidra til forståelse for hvorfor barnet skal gjennomgå kirurgi og hvordan det fungerer og kan gjøre operasjonsforløpet forutsigbart, redusere stress i ukjente omgivelser og øke mestringsopplevelsen (Carlsen & Sjøbjerg, 2013, s. 121). Også Hartviksen & Hagenes (2012, s.26) trekker frem lek med sykehusutstyr eller en bamse som barnet kan “operere” på som gode tiltak. En faktor for utvikling av stress er ukjente omgivelser, men et virkemiddel for å redusere stress er å la barna bruke egne klær under enkle inngrep eller at barnet kan ha med bamse/kosedyr inn på operasjonen (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.26).

Bilder og andre visuelle hjelpemidler er spesielt effektive i denne aldersgruppen (Panella, 2016, s. 16). Valgmuligheter eller mulighet til involvering i pleien kan føre til bedre samarbeid, slik som å la barnet bestemme hvilken arm blodtrykket skal bli tatt på (Panella, 2016, s.16). Bøker, såpebobler, spill eller nettbrett og andre leker for barn i forskjellige utviklingsalder kan også brukes som aktiviteter for avledning (Panella, 2016, s. 13). Slike distraksjonsteknikker viser en tendens til å gi reduserte nivåer av stress og bekymring hos barn, ettersom det innebærer en omdirigering av barnas oppmerksomhet fra sine egne negative følelser til en underholdende aktivitet (Fernandes, Arriaga & Esteves, 2015, s.1191).

I studiet til Hong-Gu, H et.al. (2015, s. 435-436) så de at barna slappet mer av og ble rolige av å leke, samtidig som de ble satt i situasjoner der de fikk kjenne på mestring ved å leke med sykehusutstyr og ved å leke sammen med sykepleieren økte tilliten til henne også, som også gjorde at barna følte seg trygge på personalet og var mindre stresset (Hong-Gu, et.al, 2015, s. 435-436). Bjørnå (2014, s.12) utførte en studie om premedikasjon til barn og hvorvidt dette er til barnets beste. I vurderingen av om barnet er i behov av premedikasjon må man se på faktorer som emosjonalitet og impulsivitet, barnets alder og hvor lenge barnet må vente på medikasjonen (Bjørnå, 2014, s. 13). Premedikasjon er et “hjelpemiddel” som er hyppig brukt og som ser ut til å være en rutine at man gir alle barn som skal gjennom en operasjon premedikasjon (Bjørnå, 2014, s. 13).

4.3 Foreldres involvering i den preoperative forberedelsen

Flere gjennomgåtte artikler trekker fram foreldres involvering i pasientens forberedelse som essensielle for å redusere stress og andre emosjonelle påkjenninger i løpet av det operative forløpet. Hartviksen & Hagenes (2012, s.25) peker på at utrygghet er en smittsom følelse som har en tendens til å forplante seg fra foreldre til barn. På den måten vil barnets opplevelse av situasjonen forverres ved å i tillegg til egen utrygghet må forholde seg til sine foreldres negative opplevelse (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.25). Foreldre blir benyttet som en ressurs for å skape trygghet for barnet og ettersom foreldrenes tilstedeværelse er viktig anbefales de å være til stede når barnet er i våken tilstand (Carlsen & Sjøbjerg, 2013, s.121). Foreldrene bidrar til å normalisere sykehusmiljøet, gi støtte og redusere stress hos barnet. Sykepleieren kan også lære foreldrene mestringsstrategier som de kan bruke sammen med barnet (Panella, 2016, s.13). Panella (2016, s.12) understøtter også at høyt stressnivå hos foreldre kan overføres til barnet, og mener derfor at det er viktig å involvere foreldrene i barnets pleie og adressere deres eventuelle frykt eller bekymring.

4.4 Sykepleierens kommunikasjon med barnet

Hvordan sykepleieren kommuniserer og samhandler med barnet er også en viktig del av den preoperative forberedelsen. I forberedelsen bør informasjonen formidles på en måte som barnet forstår, åpner opp for spørsmål og ha samsvar mellom verbal- og nonverbal kommunikasjon. Barnet må også forberedes ut fra alder og utviklingsnivå (Carlsen & Sjøbjerg, 2013, s.121). Studiet til Hartviksen & Hagenes (2012, s.26) mener det er viktig at sykehuspersonalet samarbeider godt internt og at handlinger er forutsigbare og i tråd med den informasjonen barnet har fått i forkant så langt dette lar seg gjøre. I møte med barna er det viktig å vektlegge folkeskikk og bruke et hverdagslig språk i møte med barnet, samt å være bevisst i språkbruk og unngå spørsmål med negativt ladde ord (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.26). Å inkludere barnet i små praktiske gjøremål bidrar til mestring og virker tillitsinnbydende ved at barna føler de er delaktige (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.26). I møte med barn er det viktig at man er ærlige, da dette sikrer trygghet og tillit til barnet, og da uærlighet ofte blir gjennomskuet (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.26). Respondentene i studiet til Hartviksen & Hagenes (2012, s.26) deler en erfaring om at barnet oftest våkner i den tilstanden de sovnet i, noe som vil si at engstelige barn før operasjon ofte er engstelige etter operasjon og motsatt.

5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER GJENNOM PREOPERATIVE FORBEREDELSE FREMME MESTRING OG REDUSERE STRESS HOS BARN?

I denne delen vil vi sammenligne teori, forskning og egne erfaringer for å drøfte problemstillingen.

5.1 Kommunikasjon og samhandling med barnet

Barn som gjennomgår en alderstilpasset preoperativ forberedelse har tid til å prosessere det barnet har lært, utvikle mestringsstrategier, få en følelse av kontroll, og fremstår å ha en bedre operativ opplevelse enn barn som gjennomgår en standard forberedelse (Perry et al, 2012, s.74). Dette innebærer at sykepleieren har kunnskap om aldersspesifikke kjennetegn og benytter seg av virkemidler som passer for barn i denne aldersgruppen. Barn responderer forskjellig og har ulike behov når det kommer til mottakelse av informasjon. Engstelige barn kan eksempelvis bli ytterligere engstelige av for detaljert informasjon, mens andre oppnår en trygghet av det (Finrud, 2017, s. 144). Det finnes med andre ord individuelle forskjeller i hvordan barnet best gagnar å få informasjon, men alder og utviklingsnivå er gode pekepinner i den preoperative forberedelsen.

Barn fra 6-12 år har fortsatt en tendens til å ta ting bokstavelig, og sykepleier må derfor være bevisst over eget språkbruk og valg av terminologi og ord - særlig de med dobbeltbetydning (Bilde 1). Dette handler igjen om å sikre at barnet har forståelse for det som blir sagt samtidig som det hindrer at barnet får skremmende tanker på bakgrunn av misforståelser. Ord med dobbel betydning kan for eksempel være stikkpille eller stikkklaken eller slanger i forbindelse med medisinsk utstyr, og vi kan derfor tenke oss at dette kan føre til unødvendig frykt og stress hos barnet dersom det tror at det skal få en ordentlig slange i kroppen. Det handler også om å unngå negativt ladde ord, slik som “vondt”, “smerte” og “kvalm”, og heller fokusere på andre faktorer i samtalen som avleder barnet fra det som kan oppfattes som skummelt (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.26). Samtidig skal sykepleier være ærlige i dialogen med barnet, og ikke love noe uten at en med sikkerhet vet det lar seg gjøres eller vil skje/ikke skje (Bilde 2).

Hjelpemidler som dukker eller bamser kan også benyttes som en del av samhandlingen eller kommunikasjonen med barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s.101). I praksis har vi opplevd hvordan sykepleier kan utnytte slike hjelpemidler for å skape dialog med pasienten, og det kan brukes som et middel for å øke trygghet hos barnet slik at det er i stand til å åpne seg opp og skape tillit til sykepleier. Denne tryggheten og tilliten vil dermed bidra til redusert stress

hos barnet, og en tilrettelegging av en situasjon som barnet kan mestre. Eksempelvis benyttet én pasient bamsen sin for å fortelle hvordan han hadde det - dersom sykepleier ville vite om han var smertefri ville pasienten si nei dersom hun spurte han, mens dersom hun spurte han om bamsen hadde det bra kunne han fortelle at bamsen hadde vondt. Dette viser at barn har ulike måter å formidle opplevelser, tanker og følelser på. Det finnes derfor heller ingen standard måte, teknikker eller hjelpemidler som fungerer for alle barn, men utfra vår erfaring vil det å bli kjent med barnet og lære hva barnet responderer på gi et godt utgangspunkt for videre samhandling.

Barnets kognitive utvikling er sentralt for hvordan barnet er i stand til å forholde seg til omgivelsene og kan mestre de situasjoner de møter på (Kristoffersen, 2018, s. 53). I den preoperative forberedelsen er det derfor viktig å kartlegge hvor barnet er i denne utviklingen, og hva barnet både vet og tenker om situasjonen. På den måten kan sykepleieren få rede på eventuelle misforståelser eller mangel på kunnskap, og kan hjelpe barnet med å skille mellom fantasi og realitet (Sjøbjerg, 2017, s.148). I samhandlingen med barnet må det være et samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon (Sjøbjerg & Carlsen, 2013, s.121, Grønseth & Markestad, 2017, s.99). Måten sykepleieren opptrer foran barnet har innvirkning på hvordan barnet oppfatter sykepleieren samtidig som det påvirker tilliten mellom dem. Derfor spiller stemmeleie, ansiktsuttrykk og væremåten til sykepleieren en rolle i om barnet oppfatter henne som for eksempel “snill”, “slem” eller truende (Grønseth & Markestad, 2017, s.99). Sykepleieren må ta barnet på alvor, benytte en anerkjennende lytting, og ikke avbryte barnets fortelling for å sørge for at barnet er likeverdig i dialogen (Gamst, 2017, s. 63).

I begynnelsen bør sykepleier bør holde litt avstand til barnet slik at barnet blir vant til sykepleiers stemme, utseende og væremåte. Dette ettersom barn kan være skeptiske oppfatte fremmede som truende i slike nye situasjoner (Grønseth & Markestad, 2017, s.100). Samtidig som det er viktig å holde avstand til barnet og forholde seg mest til foreldrene i starten, er det viktig å få god kontakt med barnet og lede barnet inn i “ja-sirkler” (Eide & Eide, 2017, s.297). Når vi har møtt barn for første gang i praksis har vi sett at de er skeptiske til oss, men om vi snakker med barnet om ting de liker åpner de seg fort opp og gir god kontakt. Ved å føre barnet inn i “ja-sirkler” tidlig i møte med dem åpner vi også opp for at de får snakke om ting de liker, og dette virker med på at barnets følelse av stress blir redusert og de føler på trygghet og mestring allerede i det første møtet med sykepleieren. Barn fra 6-12 år har begynt å tenke logisk og er opptatt av konsekvenser (Eide & Eide, 2017, s. 295). I møte med barnet er det viktig å følge barnets flyt og taktskifter i samtalen (Eide & Eide, 2017, s. 296). Det er viktig å styre samtalen inn på det man ønsker at samtalen skal handle om, men samtidig er det viktig

at man ikke presser barnet ut av dets flyt i samtalen, dersom barnet føler seg presset til å endre takten i samtalen kan dette føre til økt følelse av stress og at barnet mister tillit til sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 296). Vi så i praksis at det var nyttig å ta pauser når barnet ville det for å få best mulig utbytte av de preoperative forberedelsene. Vil barnet for eksempel tegne, kan det lønne seg å sette seg ned sammen med barnet og tegne sammen med det. Da gir man barnet mulighet til å bygge tillit med sykepleieren og når barnet har fokuset vendt mot noe det mestrer mens det prater om noe det gruer seg til eller syntes er vanskelig og det hjelper med å redusere stress for barnet.

Hensikten med preoperativ forberedelse handler blant annet om det å skape mestring og forutsigbarhet for barnet, og å forebygge postoperative komplikasjoner som følge av stress og andre emosjonelle påkjenninger. God informasjon bidrar til forutsigbarhet for det videre forløpet og behandlingen (Sjøbjerg, 2019, s. 148). Ved at sykepleier ser barnet og forklarer på en måte som gjør at barnet forstår hva som foregår eller hva som skal skje, kan sykepleieren bidra til at barnet føler kontroll, økt mestring og redusert følelse av stress (Eide & Eide, 2017, s.288-289). Mulighet for mestring fremmes når barnet har en opplevelse av kontroll over situasjonen, og sykepleieren har en viktig rolle i å legge til rette for at barnet er i stand til å utvikle og ta i bruk hensiktsmessige mestringsstrategier. Barn fra 6-12 år begynner å bli mer selvstendige og har et behov for å føle seg nyttige (Grønseth & Markestad, 2017, s.69). Derfor vil det å inkludere barnet i praktiske gjøremål, gi barnet valgmuligheter eller muligheter til involvering i pleien bidra til mestring og kan føre til et bedre samarbeid mellom sykepleier og barnet (Hartviksen & Hagenes, 2012, s.26, Panella, 2016, s.16).

5.2 Virkemidler i forberedelsen

Hos barn fra 6-12 år vil forberedelsen anbefalt starte fra 6 til 12 dager før innleggelse (eHåndboken). Slik har barnet tid til å utvikle mestringsstrategier og forberede seg på hva som skal skje. Barn fra 6-12 år responderer effektivt på bilder og andre visuelle hjelpemidler som en del av de preoperative forberedelsene (Panella, 2016, s. 16). Bildepermer og forberedelsesfilmer sørger for at barnet får alderstilpasset informasjon, og kan som et supplement til muntlig informasjon, gi barnet en oversikt over hva som skal skje og introduserer barnet til sykehusmiljøet og de instrumenter eller undersøkelser som barnet mulig vil møte (Carlsen & Sjøbjerg, 2013, s. 121). Ettersom dette er tilgjengelige på nettet har barnet mulighet til å se innholdet hjemmefra sammen med foreldre i trygge omgivelser, noe som kan bidra til at barnet har større forståelse og kontroll over situasjonen. Dette bidrar til å redusere stress og legger til rette for mestring. Hos barn fra 6-12 år har venner økt betydning, og sykepleieren kan bruke som eksempel hvordan jevnaldrende har opplevd samme situasjon

(Bilde 1). På den måten kan vi også tenke oss at barnet ved å se disse filmene eller permene kan se barn i samme alder gjennomgå noe av det samme som barnet vil gjøre, og dermed føle en bedre tilknytning til situasjonen og dette kan redusere barnets følelse av stress.

Søbjerg & Carlsen (2013, s. 121) hevder lek bidrar til forståelse, forutsigbarhet i operasjonsforløpet, til å skape trygghet i ukjente omgivelser og å øke mestringsopplevelsen. Lek kan implementeres i de preoperative forberedelsene på ulike måter. Ved bruk av dukker, gjennom lek med medisinsk utstyr, eller ved rollespill blir barnet inkludert i egen behandling og blir kjent med ulike undersøkelser eller sykehusutstyr. Barnet kan selv spille rollen som sykepleier eller “doktor” og få fokuset bort fra egen sykdom samtidig som utstyr og prosedyrer ufarliggjøres (Søbjerg, 2019, s. 153). Barnet kan eksempelvis benytte utstyret i rollespill, eller utføre prosedyrer på dukken sammen med sykepleier. Sykepleier kan forklare hva det ulike utstyret brukes til og i hvilken forbindelse det kan bli brukt, og barnet kan da selv prøve på dukken. Lek er noe som i stor grad fremmer mestring hos barnet. Barnet har mulighet til å få oversikt og forståelse over noe som i utgangspunktet er ukjent og kanskje skremmende, og dermed kan man snu situasjonen fra noe som oppleves som stressende, til noe som barnet føler det mestrer.

Som en del av forberedelsen vises barnet avdelingen og det kan være fordelaktig for enkelte barn også å få en omvisning på operasjonsstuen og på oppvåkningen (eHåndboken). Som tidligere nevnt bidrar forutsigbarhet til trygghet og mestring hos barnet, og ukjente eller skremmende omgivelser er faktorer som hindrer dette og bidrar til stress. På operasjonsstuen eller -gangen, er det annerledes lukter, lyder, instrumenter og mennesker. Barnet kan derfor ha godt av å oppleve dette på forhånd. På samme måte kan det være nyttig at barnet får se rommet der barnet vil våkne etter narkosen. Det å få med seg et kosedyr inn til operasjonen kan også være et godt virkemiddel, noe som vi har opplevd i praksis at mange barn benytter seg av og setter pris på (Hartviksen & Hagenes, 2012, s. 26). Kosedyret kan på en måte være med barnet på den samme “reisen”, samtidig som barnet kan våkne med noe kjent og trygt, noe som kan redusere barnets følelse av stress. Omvisning og det å gjøre omgivelsene mindre ukjente mener vi derfor bidrar til å redusere stress og fremmer mestring hos barnet.

Vi så mye bruk av premedikasjon til barn da vi var i praksis i form av blant annet midazolam. Mange barn sa at de syntes dette var ubehagelig fordi de følte de mistet litt kontroll over egen kropp, og at de ble stresset av dette. Når man ikke har kontroll vil man også miste følelsen av å mestre. I Bjørnå's (2014, s. 13) studie av premedikasjon til barn, pekte hun på at bruk av premedikasjon bør individualiseres slik at premedikasjonen blir gitt på indikasjon, og ikke

bare som en rutine at alle barn får det. Bjørnå (2014, s. 15) konkluderer med at den beste preoperative forberedelsen er psykologisk forberedelse med foreldrene til stede. Dette var noe vi også så i praksis, men mange barn hadde også godt utbytte av premedikasjonen og klarte i stor grad å roe seg ned. Mange barn har godt utbytte av premedikasjon, men som nevnt ovenfor bør dette deles ut der det er indikasjon for det. Og det bør heller ikke være en forventning fra anestesipersonalet at alle som skal gjennomgå en operasjon får premedikasjon.

5.2.1 Foreldre som hjelpemiddel

I kapittelet for forskningsfunn så vi at foreldre spiller en viktig rolle i de preoperative forberedelsene, både som en samarbeidspartner med sykepleieren og som en støttespiller for barnet. Hartviksen & Hagenes (2012, s. 25) og Panella (2016, s. 26) skriver at barn blir påvirket av foreldrenes stress og utrygghet og at det er en smittsom følelse som har negative konsekvenser for barnet. Barnets observasjon av foreldrenes stress er dermed en faktor som kan ha innvirkning på evne til psykologisk tilpasning under sykehusopphold og øke barnets stress (Harris et al, 2013, s.164). Ettersom foreldrene spiller en såpass sentral rolle medfører det sykepleieren er nødt til å forholde seg til foreldrene og sørge for at de også blir ivaretatt slik at foreldrene kan være den beste støttespilleren til barnet som mulig. Vi kan tenke oss at dersom foreldrene ikke opplever å få tilstrekkelig med informasjon, bli ivaretatt og har oversikt over situasjon, vil deres følelse av stress og bekymring føre til at de ikke i like stor grad har mulighet til å hjelpe barnet å mestre eller besvare barnets spørsmål når de selv ikke vet. Foreldrene kan bidra til å normalisere sykehusmiljøet, gi støtte og redusere stress hos barnet (Carlsen & Sjøbjerg, 2013, s. 121). Sykehuset er et ukjent miljø for barn og foreldrene blir da konstanten i den nye situasjonen de må forholde seg til. Foreldrene er derfor en ressurs for både barnet og for sykepleieren ettersom sykepleierens mål er å redusere barnets stressfølelse og skape situasjoner som barnet kan mestre.

5.3 Mestringsstrategier

Under prosedyrer kan bruk av avledning og bilder være gode metoder for å redusere barnets ubehag (Stubberud, 2019, s. 153). Avledningen bidrar til mestring da man får barnet til å rette oppmerksomheten bort fra det som er skummelt og stressende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 71). Eriksson (Håkonsen, 2018, s. 57) sier at barn bruker lek for å oppnå mestring, og lek som avledning vil derfor kunne bidra til dette, barnet blir også mindre stresset av å leke. Vi har i praksis sett at ventetiden før en operasjon kan bli lang og operasjoner kan bli flyttet på. Noe av det verste for et barn som er innlagt på sykehus er å vente på at noe vondt eller skummelt skal skje, og dette kan medføre mye stress for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 71). Ventetid er i mange situasjoner dessverre helt uunngåelig, men vi har erfart i praksis at

barnet vil reagere mindre negativt på lang ventetid dersom de vet hva som foregår og får et aktivitetstilbud, for eksempel se en film, leke på lekerommet eller gå ut en tur dersom det er muligheter for det.

For å hindre at barnet opplever situasjonen og ventetiden som stressende, kan det være hensiktsmessig å avlede barnet slik at det glemmer det som skal skje, men det er viktig at avledningen er tilpasset barnets alder og utviklingsstadium, slik at barnet opplever mestring tilknyttet avledningen (Perry et al., 2012, s. 70). Sykepleieren kan ha god hjelp til å forstå barnets forutsetninger og kjennetegn av å kjenne Piagets utviklingsteori og sykehusets retningslinjer for preoperative forberedelser. Ved å kjenne til barnets utviklingsstadium vil sykepleieren kunne benytte seg av riktige avledningsteknikker. Dette vil gjøre at barnet blir mindre stresset, og ved å leke vil barnet føle at hun mestrer situasjonen.

5.3.1 Metoder for avledning og mestringsstrategier

Sykepleieren skal bli kjent med det enkelte barnet og iverksette tiltak for å redusere deres stress, dette kan gjøres med hjelp av Travelbees (2001, s.41) menneske- til menneskeforhold. Her legger Travelbee fokus på at å utøve sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi den alltid er, direkte eller indirekte, rettet mot mennesket. Målet er å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, eller til å opprettholde en best mulig helsetilstand (Travelbee, 2001, s.31). Tiltak for avledning kan være klovner eller en film, alt ettersom hva det enkelte barnet responderer godt på. Det er hensiktsmessig å la barnet bestemme selv og bruke sin autonomi for hva hun ønsker som avledning. Dette gjør at barnet får økt kontroll over situasjonen, og dermed fremmer det mestring og reduserer stress.

Vi har gjennom oppgaven sett at det finnes flere metoder som kan brukes for å avlede barn slik at de skal føle seg tryggere. Hong-Gu, H. et.al. (2015, s. 435-436) sin studie viste at mange barn fikk redusert stress og økt mestring ved lek på operasjonsdagen og at leken også har god effekt på det postoperative forløpet. Av erfaring har vi selv sett at barna blir mindre stresset når de gjør noe de synes er gøy. Spesielt når det er lenge til operasjonen har vi erfart at det er svært hensiktsmessig å ta tid sammen med barna til å leke, prate sammen eller spille et spill. De glemmer en stund hva de gruer seg til og det bygger også tillit til sykepleieren. Et besøk av sykehusklovnene eller en musikkterapeut kan også være aktuelt, alt etter hva barnet selv ønsker og liker for å øke barnets følelse av mestring i situasjonen. Igjen er det viktig at man har avklart på forhånd hva barnet liker. I praksis møtte vi et barn som var redd for klovner, da sykehusklovnene kom på besøk ble barnet stresset og redd, og dette gjorde at

barnet fikk redusert sin følelse av mestring, som vi hadde brukt lang tid på å bygge opp på avdelingen.

En effektiv avledning kan være å puste langsomt og dypt sammen med sykepleieren, der sykepleieren instruerer barnet i pusteteknikker. En annen teknikk kan være at barnet blåser på en fjær i hånden og ser hvordan den beveger seg, eller bruke såpebobler eller en ballong (Stubberud, 2019, s. 152-153). Panella (2016, s. 16) viser at ulike virkemidler som er nevnt ovenfor er gode aktiviteter for avledning. I praksis har vi observert i forbindelse med ting barn synes er stressende, at man kan snu situasjonen over til en mestringssituasjon ved å la barnet fortelle om noe det liker å gjøre eller engasjerer seg for, eller spille et spill barnet er flink på. Da vender barnet oppmerksomheten mot dette og glemmer den stressende situasjonen det er i, og føler mestring fordi barnet gjør noe det liker og får til samtidig som det gjennomfører noe det har gruet seg til uten noe problem, som vil føre til desto mer mestring og mindre stress

5.3.2 Problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring

Emosjonelt orientert mestring er hensiktsmessig å benytte seg av i situasjoner som ikke kan løses eller elimineres ved å løse selve problemet, men ved å endre den følelsesmessige responsen på situasjonen (Folkman & Lazarus, 1984, s. 150). På den måten løses likevel problemet uten at konkrete handlinger er foretatt. På den andre siden vil problemorientert mestring innebære å gå inn aktivt og direkte for å endre problemet. Å være på sykehus utgjør en stressende situasjon for barnet. Kognitiv vurdering er et nøkkelord i teorien til Lazarus & Folkman (1984, s. 44). Vurderingen er med på å avgjøre hvordan situasjonen oppleves, og hvorvidt mestringen vil være orientert mot følelsesregulering eller problemløsning. Det vil si at den enkelte situasjonen og hvordan barnet opplever hendelsen og omgivelsene har sammenheng med hvilken mestringsstrategi som vil bli benyttet for å løse situasjonen. I de preoperative forberedelsene kan det benyttes flere virkemidler som bidrar til mestring hos barnet. Som tidligere nevnt er forutsigbarhet en viktig faktor. Dette kan knyttes til opplevelse av kontroll som videre gir mulighet for mestring og redusert stress. God informasjon samt tillit og trygghet kan gi forutsigbarhet. Nedenfor blir lek diskutert som et virkemiddel i forberedelsen, og et middel som kan føre til flere former for mestring.

Lek med og demonstrering på dukker kan føre til mestring hos barnet. I leken kan barnet leke at dukken gjennomgår de samme prosedyrene som barnet, har den samme sykdommen eller skal gjennom det samme forløpet, dette kan bidra til at barnet bearbeider egne følelser som redsel og smerte. Det kan derfor bidra til at barnet får utløp for negative følelser samt skaper

trygghet i at barnet ikke er alene i situasjonen og dermed øke barnets mestring. Ut i fra vår forståelse av teorien kan det å bearbeide følelser både være en form for problem- og emosjonelt orientert mestring. Når barnet regulerer følelsene for å mestre situasjonen kan man si at det er en form for emosjonelt orientert mestring, samtidig som problem orientert mestring også omhandler en indre, tankemessig restrukturering av en situasjon, der personen søker å forstå situasjonen på en ny eller annerledes måte (Håkonsen, 2018, s. 260). Samtidig som det å bearbeide følelser i seg selv ser en form for mestring, kan det også gi støtte fra omgivelsene samt mulighet for sykepleier å identifisere og dermed oppklare eventuelle misforståelser eller mangelfull kunnskap hos barnet. Lek kan også bidra til å fortrenge ubehagelige opplevelser som også er en form for emosjonelt orientert mestring (Grønseth & Markestad, 2017, s. 91). Her blir ikke følelsene bearbeidet eller får utløp for, men det reduserer likevel det følelsesmessige ubehaget som dermed endrer situasjonen ved å endre den emosjonelle responsen på den.

Kiwanisdukken kan sykepleieren benytte seg av som et virkemiddel til demonstrasjon og informasjonsformidling. Sykepleieren kan forklare og bidra til at barnet får kjennskap til blant annet medisinsk utstyr og en forståelse av hvorfor og hvordan det blir benyttet. Dette blir en form for problemorientert mestring ettersom barnet søker kunnskap og veiledning, og har mulighet til å foreta en eventuell revurdering av situasjonen ut fra ny kunnskap og forståelse (Kristoffersen, 2017, s. 250). Lek med medisinsk utstyr på dukken kan også gi en form for mestring ved at barnet føler at det får til noe. På den måten kan man si at mestringssituasjonen som oppstår i forbindelse med bruk av dukker og lek med utstyr som hjelpemiddel består av en kombinasjon av det at barnet har mulighet til å mestre selve prosedyrene og utstyret, barnet kan bearbeide følelser og barnet opparbeider seg kunnskap og får mulighet til å stille spørsmål og endre misoppfatninger.

5.4 Sykepleieren pedagogiske funksjon

I Norsk Sykepleierforbund's (NSF, 2011) yrkesetiske retningslinjer heter det at sykepleie skal bygges på forskning, erfarings basert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2011).

Sykepleieren skal hjelpe pasienten med å håndtere konsekvenser sykdom og behandling har for pasientens grunnleggende behov (Tveiten, 2014, s. 23). Når et barn skal operere har sykepleieren en viktig rolle og er en stor del av forberedelsene. Sykepleieren er det første barnet møter og har et stort ansvar for at barnet skal være forberedt til operasjonen og føle mestring under oppholdet. Det er viktig at sykepleieren og barnet bygger opp en god relasjon for at sykepleieren skal kunne ivareta den pedagogiske funksjonen (Tveiten, 2014, s. 158). Sykepleieren legger til rette for at barnet og foreldrene skal få god informasjon, veiledning og

undervisning (Tveiten, 2014, s. 158). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) sier at helsepersonell så langt som mulig skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og hva informasjonen betyr. Men mange voksne synes det er vanskelig å fortelle barn om vanskelige ting, dette kan føre til at sykepleieren ubevisst eller bevisst ikke tar seg tid til å snakke med og informere barnet, dette kan føre til at barnet kan føle seg nedprioritert (Grønseth & Markestad, 2017, s. 103) Dette kan videre i verste fall føre til dårlig relasjon og mistillit mellom barnet og sykepleier, som igjen vil gå ut over barnets mestringskapasitet og føre til økt følelse av stress for barnet.

Som nevnt står pasientinformasjon sentralt i helselovgivningen, og pasienten skal ha informasjon om egen behandling og hva barnet har rett på. Det er viktig å gi barnet og barnets foreldre undervisning. Når man gir undervisning er det viktig at informasjonen er tilpasset barnets forutsetninger og man må sikre at informasjonen som blir gitt blir forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 199, § 3-5). Det kan forekomme at sykepleieren gir informasjonen som barnet har krav på, men at det ikke blir tatt hensyn til barnets forutsetninger, dette kan føre til at barnet ikke forstår informasjonen som blir gitt og dette kan føre til økt følelse av stress og mindre følelse av mestring av situasjonen for barnet (Grønseth & Markestad, 2017 s. 103).

I praksis har vi sett at sykepleieren i stor grad legger til rette for at barnet og dets foreldre får god veiledning og informasjon før operasjon og føler seg trygge. Men Hartviksen & Hagenes (2012, s. 26) skriver i sin studie at vi som sykepleiere ikke alltid er like flinke til å ivareta barns utrygghet. De skriver videre at vi må være flinke til å kommunisere og samarbeide med hverandre, slik at informasjon om barnets behov blir videreformidlet til alle som har ansvar for barnet under oppholdet (Hartviksen & Hagenes, 2012, s. 26). I praksis så vi at det ofte var viktig informasjon om barnets behov som ble oversett når informasjon skulle videreføres til neste vakt, og at dette svekket både barnets og foreldrenes tillit til personalet. I Hartviksen & Hagenes' (2012, s. 26) studie var alle deltakere enige om at den ideelle målsetting er å få alle barn til å føle seg trygg og ivaretatt under sykehusoppholdet, men at dette er noe urealistisk fordi det er et velkjent moment i arbeidsdagen på en barneavdeling at barn er utrygge. De peker på viktigheten av å ha en god dialog om dagligdagse ting og sørger for at barnet føler seg sett og inkludert i det som skal skje (Hartviksen & Hagenes, 2012, s. 26).

Vi opplevde i praksis at det av og til var vanskelig å avdekke barnets stress preoperativt fordi alle reagerte så forskjellig, noen reagerer med gråt og protester, mens andre barn blir stille og slutter å leke (Bjørnå, 2014, s. 13). Bjørnå (2014, s. 12) presenterer at preoperativ stress og uro kan ha mange negative konsekvenser for barnet postoperativt, som delir, forvirring og

økte smerter. Det er derfor viktig å ha et høyt fokus på å kartlegge barnets preoperative stress og uro, og å ha verktøyene til å se det enkelte barn. I praksis så vi mange forskjellige reaksjoner på stress preoperativt, noen barn begynte å gråte bare en hvitkledd kom inn i rommet, mens andre barn unnvek øyekontakt og var veldig stille. Det er viktig at sykepleieren klarer å se disse ulike reaksjonene barn har på å være i en stressende situasjon og møte barnet på dette. Familiens mål er ofte et annet enn sykepleierens mål, derfor er det viktig at sykepleieren veileder slik at sykepleieren og familier møtes på et felles mål. Sykepleieren må gjøre individuelle vurderinger ovenfor pasienten og familien. Sykepleieren kan bruke Tveitens (2014, s. 161) åtte faktorer (se kapittel 3.5).

Sykepleieren må klare å se hvem pasienten er og hva situasjonen er. Her er det viktig at hun har kjennskap til barnets utviklingstrinn og hva barnet skal gjennom. Hos barn fra 6-12 år er det viktig å huske at foreldrene fortsatt er viktige for barnets trygghet i stressende situasjoner og at rutiner er viktige (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Sykepleieren må alltid ha i bakhodet hva barnet skal gjennom og hva som kan påvirke situasjonen. Her kan stress og utrygghet påvirke situasjonen fordi barnet kan bli mindre samarbeidsvillig, ha mindre tillit til personalet og generelt være skeptisk og redd og igjen er det viktig å huske på at barnet har nedsatt toleranse for stress når foreldre ikke er til stede (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Videre bør man være klar over hva som kan hemme/fremme læring, dette punktet synes vi er spesielt viktig fordi barnet er redd for å skade kroppen og å miste selvkontroll (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69), dette er noe man bør ta til betraktning når man forbereder barnet til kirurgi. Vi må være bevisste på at frykten barnet har for å skade seg kan føre til at barnet misforstår eller ikke får med seg budskapet til sykepleieren, valg av riktige og positivt ladede ord er viktige, samt at forklaringene bør være logiske (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69) og at barnet får lov til å være med i samtalen og gjøre at hun føler seg nyttig. Videre bør undervisningen foregå på et rolig sted der barnet føler seg komfortabelt slik at man videre kan formidle undervisningens budskap.

6.0 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å se nærmere på hvordan sykepleiere kan bidra til økt mestring og redusert stress ved hjelp av preoperative forberedelser. Vi har sett at mange barn opplever preoperativt stress som kan ha konsekvenser for både det operative forløpet og kan gi negative senvirkninger for barnet. I tillegg kan negative opplevelser med helsevesenet prege måten både barnet og foreldrene opplever senere møter med helsepersonell. I de preoperative forberedelsene har sykepleieren mulighet til å iverksette intervensjoner for å øke mestring og redusere stress hos barnet. Vi har fokusert på informasjon, kommunikasjon, lek, avledning og mestringsteknikker.

Vi har kommet frem til at alt ovenfor bidrar til økt mestring og til reduisering av stress på hver sin måte. Vi har sett gjennom funn vi har gjort i forskning og teori at sykepleiere bør kombinere flere av metodene i forberedelsene for å kunne se hvert enkelt barn og dets behov. Ved å bruke tilpasset informasjon får barnet et bilde av forløpet og dette kan redusere risikoen for atferdsendringer. Kommunikasjon, både verbal og nonverbal, gjør at vi skaper tillit mellom barnet og sykepleieren og det kan bidra til at barnet føler kontroll over en situasjon hun synes er usikker. Foreldre kan være en god ressurs når de selv opplever at de er trygge og har oversikt over situasjonen, og derfor bør foreldre også inkluderes i forberedelsene. Vi har sett at barnet kan få tankene over på noe annet enn det skumle og ubehagelige og oppnå mestring ved bruk av avledning.

Vi tror at et større fokus på at barnet skal oppleve mestring i de preoperative forløpene og at gode tiltak rettet mot dette kan gjøre at barn føler seg tryggere og opplever mindre stress i forbindelse med operasjon. Vi håper at vi med denne oppgaven kan sette barnas mestring i fokus hos sykepleiere i det preoperative forløpet. Det hadde vært spennende å diskutere videre i en senere oppgave hvorvidt barns følelse av stress og fravær av kontroll over situasjonen er helt uunngåelig eller om dette skyldes at det er for lite fokus på dette hos sykepleierne.

LITTERATURLISTE

Barneombudet (2011) Sykehusekspertene. Hentet 15.5.20 fra:

<https://barneombudet.no/for-voksne/vare-publikasjoner/sykehusekspertene/>

Björnå, S. (2014). Bruk av premedikasjon til barn - til barnets beste?. *Inspira*, (4), s. 11-15

Hentet fra: <https://www.alnsf.no/inspira/2014/27-inspira-2014-4/file>

Carlsen, E. & Søjbjerg, I. L. (2013, 19. juni). *Psykososial preoperativ forberedelse av barn og unge*. Kirurgen.no. (s. 119-123) Hentet fra: http://kirurgen.no/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/02/Kirurgen_2013_02.pdf

Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal

Eide, H & Eide, T (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal

eHåndboken (u.å.). Psykososial preoperativ forberedelse av barn fra 0-18 år. Hentet fra:

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/49509/fields/23> 04.05.2020

Fernandes, S., Arriaga, P. & Esteves, F. (2015). Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries. *Health Communication*, 30(12), 1190-1200. <https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1080/10410236.2014.896446>

Finrud, I.-A. (2017). Pre- og postoperativ sykepleie til barn og ungdom. I R. Grønseth & T. Markestad (Red.), *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (s. 143-158). Bergen: Fagbokforlaget.

Gamst, K. M. T., (2017). *Profesjonelle barnesamtaler: Å ta barn på alvor* (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Grønseth, R & Markestad, T (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Harris, T. B., Sibley, A., Rodriguez, C., & Brandt, M. L. (2013). Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22(3), 161–166. Hentet fra: <https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1053/j.sempedsurg.2013.05.005>
- Hartviksen, K., & Hagenes, E. (2012). Trygge barn - sykepleierens utfordring. *Inspira*, (1), 24-7. S. 24 - 27 Hentet fra: <http://www.alnsf.no/inspira/2012/17-inspira-2012-1/file.html>
- Hong-Gu, H., Zhu, L., Chi Chan, S.W., Klainin Yobas, P. & Wang. W (2015). The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Perioperative Anxiety, Negative Behaviors, and Postoperative Pain in Children Undergoing Elective Surgery: A Systematic Review. *Pain management nursing*, 16 (23) s. 425-439. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.011>
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 24 april 2020 : https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utgave, bind 1, s. 89-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s. 237-294). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Nasjonalt kompetansesenter (2012) Kunnskapsbasert praksis. Hentet 3. Mai 2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICN etiske regler*. Hentet 26. april 2020 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Panella, J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11–22. doi: 10.1016/j.aorn.2016.05.004
- Perry J.N, Hopper V.D, Masiongale J. (2012). Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery using age-appropriate teaching interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 27 (2): 69-81.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Stubberud, D-G. (Red.). (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Søbjerg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 127-166). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, J.-I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Tveiten, S. (2014). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: fagbokforlaget

VEDLEGG

Vedlegg 1: Forskningsartikler

Artikkel 1	<i>Trygge barn - sykepleierens utfordring</i>
Type artikkel	Masteroppgave
Forfatter(e)	Hartviksen, K., & Hagenes, E.
Land og årstall	Norge, 2012
Hensikt/Problemstilling:	Hvordan kan sykepleiere bidra til tryggere barn i operasjonsforløp
Metode	Kvalitativ
Resultat/Funn	Engstelse smitter mellom barn og foreldre. Dårlig preoperativ informasjon, ventetid, smerteopplevelse og manglende samspill med foreldre fremmer engstelse. Bruk av informasjonsprogram, previsitt, og rutiner tilpasset barn kan i stor grad avhjelpe. Godt samarbeid mellom foreldre og sykehuspersonellet seg imellom virker fremmende
Konklusjon	Barn trenger individualisert omsorg i et sykehussystem med tid og rom for dette. Både egenskaper og holdninger hos den enkelte sykepleier og driftsmessige forhold har betydning for at barnet skal oppleve operasjonsforløpet sømløst

Styrker & svakheter	Funnene er fra Norge og gir dermed et godt bilde av norske forhold. Studien inneholder fokusintervju av sykepleiere på flere norske sykehus og deres opplevelser, og forfatterne har med sine egne opplevelser. Foreldre og barn er ikke intervjuet i denne oppgaven om deres opplevelser, og dette ville gitt mer relevant resultat for vår oppgave
---------------------	--

Artikkel 2	<i>Bruk av premedikasjon til barn - til barnets beste?</i>
Type artikkel	Forskningsartikkel
Forfatter	Björnå, S., & Leonardsen, A. C.
Land og årstall	Norge, 2014
Hensikt/problemstilling	Artikkelen søker å belyse forhold rundt premedikasjon og andre tiltak for å lindre uro og angst hos barn før operasjon
Metode	Litteratursøk

Resultat/funn	Når det kommer til det å vurdere hvilke barn som kan ha behov for premedikasjon er høy grad av emosjonalitet og impulsivitet, lav alder og lang ventetid faktorer som bør telle med i vurderingen. Høyt angstnivå og engstelige foreldre er også et varselsignal. Anestesipersonell bør individualisere omsorg i størst mulig grad, identifisere barn og situasjoner som kan kreve ekstra støtte i form av premedikasjon og således bruke premedikasjon på indikasjon. God omsorg kan altså også innebære å gi medikamenter. Psykologisk forberedelse og foreldre tilstede er nok det viktigste.
Konklusjon	Studien ser at der barnet kommer inn for planlagte inngrep har man god tid til å planlegge og forberede. Det kan i ulike situasjoner være aktuelt med premedikasjon der det haster med operasjon fordi man har mindre tid til planlegging, men lang ventetid kan være en indikasjon for å bruke premedikasjon
Styrker og svakheter	Studiet er fra Norge og gir et godt bilde av norske forhold. Den sier også mye om viktigheten av preoperative forberedelser. Men den ser også både på elektive og ø-hjelpsingrep og er skrevet med tanke på det per- og postoperative forløpet i et anestesisykepleierperspektiv, som kan villedde oss i vår oppgave

Artikkel 3	<i>The Effectiveness of Therapeutic Play Intervention in Reducing Perioperative Anxiety, Negative Behaviors, and Postoperative Pain in Children Undergoing Elective Surgery: A Systematic Review.</i>
Type artikkel	Forskningsartikkel

Forfatter	Hong-Gu, H., Zhu, L., Chi Chan, S.W., Klainin Yobas, P. & Wang. W
Land og årstall	Storbritannia, 2015
Hensikt/problemstilling	Å se på hvordan terapeutisk lek kan hindre stress og engstelse før operasjon
Metode	Mixed methods
Resultat/funn	Det er få som tidligere har forsket på innvirkningen av terapeutisk lek som en preoperativ intervensjon, og dermed var resultatet mangelfullt
Konklusjon	Det må gjøres mer forskning på terapeutisk lek som intervensjon for å avgjøre hvorvidt det er effektivt
Styrker/svakheter	Studiet er fra Storbritannia og er veldig aktuelt for norske forhold. En stor svakhet er at de ikke fikk noen klare resultater av studien.

Artikkel 4	<i>Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery using age-appropriate teaching interventions.</i>
Type artikkel	Forskningsartikkel
Forfatter	Perry J.N, Hopper V.D, Masiongale J.
Land og årstall	USA, 2012
Hensikt/problemstilling	Artikkelen gjennomgår litteratur innenfor preoperative intervensjonelle læringsstrategier for å redusere preoperativ stress

	hos barn, og diskuterer tilgjengelige metoder for forskningsbasert forberedelse av barn som gjennomgår kirurgi.
Metode	Litteraturstudie
Resultat/funn	Effekten av forberedelsen varierer med barnets alder, tidspunktet av forberedelsen, og tidligere historikk med helsevesenet. Viser også at barna har godt av involvering av foreldrene i forberedelsen og god tid på å prosessere informasjonen.
Konklusjon	Funnene viser at det å implementere alderstilpassede metoder innenfor preoperative forberedelser reduserer stress hos barn som gjennomgår kirurgi.
Styrker og svakheter	Artikkelen gjennomgår og sammenligner flere ulike forskningsartikler, som dermed kan ses på som fordelaktig. Studiet er fra USA og funnene kan relateres til norske forhold.

Artikkel 5	<i>Psykososial preoperativ forberedelse av barn og unge</i>
Type artikkel	Fagartikkel
Forfatter	Eva Carlsen & Inger Lucia Søjbjerg
Land og årstall	Norge, 2013
Hensikt/problemstilling	Ettersom det er en mangel på kunnskapsbaserte retningslinjer for preoperativ forberedelse av barn i Norge, er denne artikkelen skrevet med hensikt å beskrive hvordan man kan sikre god preoperativ forberedelse av barn og unge.
Metode	Litteratursøk
Resultat/funn	Hvordan forberede barn til kirurgi: omvisning, forberedelsesfilm, bildepermer og lek.

Konklusjon	Ved bruk av alderstilpassede strategier i den preoperative forberedelsen, hvor språk og hjelpemidler som film, bilder og medisinsk utstyr brukes aktivt, får barn og unge muligheten til å bli trygge og danne seg ulike mestringsstrategier. Slik forberedelse har gunstig effekt på engstelse, innledning til narkose og oppvåkning. Det gir et raskere og mer uproblematisk operasjonsforløp, med mindre behov for postoperativ smertelindring.
Styrker og svakheter	Norsk artikkel som er skrevet i sammenheng med et samarbeidsprosjekt med fagutviklingssykepleiere ved de kirurgiske barneavdelingene og med OsloMet. Artikkelen er derfor skrevet av personer som har lang erfaring i arbeid med barn.

Artikkel 6	<i>Using an Educational Multimedia Application to Prepare Children for Outpatient Surgeries</i>
Type artikkel	Forskningsartikkel
Forfatter	Fernandes, S., Arriaga, P. & Esteves, F.
Land og årstall	Portugal, 2015.

Hensikt/problemstilling	Studien undersøker effekten av bruk av multimedia som intervensjon i preoperativ forberedelse, og de kognitive, emosjonelle og fysiologiske responsene det gir barnet, samt foreldrenes stressnivå.
Metode	Mixed methods
Resultat/funn	Barn som mottok multimedia som intervensjon i forberedelsen rapporterte om lavere bekymringsnivå om sykehusinnleggelse, medisinske prosedyrer, sykdom og negative konsekvenser enn de som var i kontrollgruppen og i sammenligningsgruppene. Stressnivået hos foreldrene var også lavere her.
Konklusjon	Det å gi informasjon til barn om medisinske prosedyrer og sykehusregler og rutiner er viktig for å redusere deres preoperative bekymringer, og også relevant for foreldres stressnivå.
Styrker og svakheter	Studien er portugisisk, som kan gi et feil bilde, da forholdene i Portugal er annerledes enn i Norge. Men studien har gode funn og har en god struktur og oppbygning

Artikkel 7	<i>Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective.</i>
Type artikkel	Forskningsartikkel

Forfatter	Panella, Judy J.
Land og årstall	USA, 2016
Hensikt/problemstilling	Hensikten er å forsyne leseren med kunnskap som er spesifikt knyttet til utviklings- eller alderstilpasset preoperativt omsorg av barn.
Metode	Litteraturstudie
Resultat/funn	En alderstilpasset preoperativ forberedelse bidrar til å legge til rette for en positiv sykehusinnleggelse og redusere stress. Legger vekt på omsorgspersonenes rolle og viktighet i forberedelsen og som en god samarbeidspartner med sykepleier.
Konklusjon	Optimal omsorg sørges for når det medisinske teamet forstår og respekterer barnets utviklingsnivå, inkluderer familiemedlemmer og omsorgspersoner i beslutningsprosessen og jobber for å skape en positiv medisinsk opplevelse.
Styrker og svakheter	Studien er amerikansk, helsevesenet i USA er ganske likt Norges helsevesen, så det kan godt sammenlignes med norske forhold. Svakheten er at artikkelen er skrevet på engelsk, som kan ha ført til fortolkninger under oversetting

Artikkel 8	<i>Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery.</i>
Type artikkel	Forskningsartikkel
Forfatter	Harris, T.B., Sibley, A., Rodriguez, C. & Brandt, M.L.
Land og årstall	USA, 2013
Hensikt/problemstilling	Har blant annet som formål å være informativt for medisinsk personell
Metode	Litteraturstudie
Resultat/funn	Faktorer som menes å ha innvirkning på evne til psykologisk tilpasning under sykehusoppholdet: det å være i et ukjent miljø med varierende rutiner, forskjellige klær, mat og lek enn det barnet er vant med, helsepersonellens kliniske undersøkelser av kropp inkludert kjønnsorganer, bruk av medisinsk terminologi, opplevelse av negative følelser, og observasjon av omsorgspersonenes angst.
Konklusjon	Responen på kirurgiske inngrep har vist å forbedres basert på omfanget og kvaliteten av den preoperative forberedelsen, som bør være tilpasset utviklingsstadiet på barnet.

Styrker og svakheter	Studien er amerikansk. USAs helsevesen er ganske likt helsevesenet i Norge og kan derfor sammenlignes med norske forhold. Artikkelen er på engelsk, som kan ha ført til fortolkninger under oversetting av artikkelen.
----------------------	--

Vedlegg 2 Pico Skjema

	P: Patient/Problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Norsk	Barn Sykepleier Preoperativt	Kommunikasjon Terapeutisk lek Foreldre		Mestring Stress Komplikasjoner
Engelsk	Children Nurse Preoperative care	"Communication" "Therapeutic play" "parental presence"		"Fear" "Coping" "Complications"