

Kandidatnummer: 6105 + 6306

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Ivaretagelse av barn innlagt på somatisk avdeling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger/10.05.21

✓ Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn:

Problemstillingen vår er basert på et tema vi ønsker mer kunnskap om, og et tema vi opplever er lite omdiskutert på studiet vårt. Derfor har vi valgt en problemstilling som kan bidra til at vi kan tilegne oss mer forståelse angående behandling av barn, i tillegg til å kanskje revurdere hvordan norske sykehus nå behandler barn som er innlagt på somatisk avdeling.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å se på hvilke tiltak som skal til for å bedre barns opplevelse av sykehusinnleggelse. Vi ønsker å sette lys på hvilke tiltak som blir tatt i bruk i behandling av barn. Vi vil se på hva og hva som fungerer godt i pleien av barn, og hva som fungerer mindre godt.. På denne måten kan det bli mer innlysende hvilke retningslinjer som skal tas i bruk ved behandling av barn på somatisk avdeling.

Metode:

Metoden vi har tatt i bruk er en systematisk litteraturoversikt. Vi har tatt i bruk fire kvalitative forskningsartikler og supplert med relevant pensumlitteratur. Vi skal benytte forskningsartiklenes resultat, pensumlitteratur og egne meninger for å besvare problemstillingen.

Konklusjon:

Barn har behov for individuell tilpasning med hensyn til barnets alder og mentale tilstand. God kommunikasjon og relasjon til barnet er avgjørende for barnets opplevelse av innleggelsen. Bruk av lek er et godt verktøy for å redusere stress, og distrahere barnet fra sykehusets hverdag. Ved å tilpasse sykehusoppholdet på en måte som virker kjent fra barnets habituelle tilstand, kan det hjelpe barnet med å håndtere dets sykdom og behandling.

Nøkkelord:

Sykepleie, pediatri, barn, kommunikasjon, ivaretagelse, lek, relasjon, pårørende, kunnskap, forståelse, utvikling, sykehus.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning:	4
1.1. Bakgrunn for valg av tema	4
1.2. Problemformulering	5
1.3. Hensikt med oppgaven	5
1.4. Avgrensinger	6
1.5. Oppgavens oppbygning	7
2.0 Teoribakgrunn	7
2.1 Barn på sykehus og mestring av posttraumatisk stress og traumer	7
2.2 Barnets utvikling og utviklingspsykologi	9
2.3 Kommunikasjon med barn	11
2.4 Joyce Travelbees menneske-til-menneske relasjon	12
3.0 Metode	13
3.1 Litteratursøk	14
3.2 Søkeprosess	14
3.3 Analyse av artikler	15
3.4 Kildekritikk	18
4.0. Resultat	18
4.1. Informasjon og inkludering av barn	18
4.2. Bruk av lek og spøk	20
4.3. Kommunikasjon og relasjon	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.2 Resultatdiskusjon	23
5.2.1 Stressreduksjon; informasjon, forberedelse og kommunikasjon	23
5.2.2. Trygghet; rutiner, foreldres tilstedeværelse og relasjonsbygging	26
5.2.3. Mestringsstrategier; selvbestemmelse, deltakelse og lek	28
6.0 Konklusjon	30
Litteraturoversikt	31

Ord: 9231

1.0 Innledning:

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Problemstillingen vår er basert på et tema vi ønsker mer kunnskap om. Vi sitter med en opplevelse av at pediatri og psykologiske utfordringer hos barn er lite omdiskutert både i utdanningen vår og i praksis. Derfor falt valget vårt på ett tema om barn, slik at vi på den måten kan tilegne oss mer kunnskap og innsikt i behandling av barn på sykehus. For ett barn er kanskje deres første møte med sykehus noe surrealistisk, uoversiktlig eller skremmende. Det er gjerne her de kommer for å ta farvel med sine besteforeldre, eller ett sted de assosierer med sprøytestikk eller skremmende mennesker i hvitt tøy.

Under praksisperiodene i utdanningen til å bli sykepleier har vi møtt på svært få barn. Derfor har behandling av barn blitt mer et samtaleemne, hvor vi diskuterer erfaringer rundt møte med barn på sykehus. Ved å prate med kollegaer eller bekjente får vi høre deres opplevelser rundt temaet, både fra en sykepleiers rolle, eller fra pårørende til barnet. For å unngå at barn blir skremt av en sykehusinnleggelse, ønsker vi å se på hvilken rolle en sykepleier har i å ivareta barnet.

Ivaretagelse av barn har flere aspekter, som barnets psykososiale behov, velvære og trygghetsfølelse. Derfor vil vi se på hvordan en sykepleier kan bedre barnets opplevelse av sykehusinnleggelsen.

Det er et problem at barn føler på stress under behandling. Om barnet opplever store traumer på sykehus kan det bli et enda større problem i fremtiden der barnet mulig vil trenge videre behandling. Traumatiske hendelser for barn på sykehuset kan svekke deres tillit til helsevesenet, noe som kan utvikle seg til sykehusangst. Traumer i tidlig alder kan også føre til andre psykologiske vansker som kan skape utfordringer for barnet i oppveksten (Håkonsen, 2014). I verste fall kan traumatiske opplevelser for barnet i ung alder, hindre dem fra å søke helsehjelp om det skulle være nødvendig når de blir voksne. Om barnet kun har dårlige minner eller erfaringer med behandling på sykehus, vil terskelen for å oppsøke hjelp i etterkant være stor. Derfor ønsker vi å se på hvilke verktøy og ressurser som kan bedre barnets opplevelse, og gi barnet gode minner fra behandlingen på pediatrik avdeling.

1.2. Problemformulering

- Ivaretagelse av barn innlagt på somatisk avdeling.

1.3. Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å sette mer fokus på hvordan sykepleierens arbeid kan bedre barnets opplevelser på sykehus. Vi ønsker å se på hvilke ressurser som nå blir tatt i bruk på avdelinger som møter på barn, og hvilken effekt disse ressursene har. Vi ønsker å se på forskningsartikler hvor resultatene vil gi oss en bedre forståelse for hvilke tiltak som har en god nytteverdi for barnets opplevelse. Ut ifra funnene i forskningen vi inkluderer, skal vi drøfte og konkludere med noen tiltak vi mener fungerer bra, og hva som fungerer mindre bra. Vi vil også se på mulige forbedringspotensial.

I denne oppgaven vil vi se nærmere på behandling av barn, da man må tenke på en annen måte enn man gjør i behandling av voksne. Det må tas hensyn til utviklingspsykologi, og man må tilpasse seg barnets alder og forståelse. Ett barn utvikler seg enormt de første leveårene. Det er derfor viktig for en sykepleier å observere om barnet har normal utvikling og forståelse, eller om barnets utvikling kan avvike fra det vi anser som normalt. Det er også viktig å bruke kommunikasjonsverktøy, og prate på en måte barnet forstår. En må kommunisere annerledes med ett barn på 5 år, enn en ville gjort med et barn på 10 år.

Forhåpentligvis kan resultatet av vår oppgave bedre opplevelsen for barn i møte med sykehus, og minske risikoen for at barnet etablerer en redsel for innleggelse og behandling av sykdom. Hovedpoenget er å forebygge dårlige erfaringer for ett barn i møte med sykehus, og å oppnå en så skånsom og behagelig behandling som mulig for unge pasienter.

1.4. Avgrensinger

Med tanke på utviklingspsykologi ønsker vi å begrense aldersgruppen på pasientene til skolealder, 5-13 år. Vi ekskluderer barn under 5 år, da de kan ha et annet krav for kommunikasjonsferdigheter hos personaler, og har kanskje større behov for nonverbal kommunikasjon. I alderen 7-12 skjer det en stor utvikling i barnets ønske om selvbestemmelse og samtykkekompetanse. Etter loven skal barnet bestemme over seg selv etter fylte 18 år, likevel er det en periode mellom 7-12 år, hvor barnets ønsker og meninger gradvis skal tas mer hensyn til.

Når barnet er fylt 7 år, og når yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene, andre som har foreldreansvaret eller barnevernstjenesten gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §4-4).

Vi velger å inkludere barn opp til 13 år, for å se på utviklingen mellom barn og foresatte i den tiden barnet møter på utfordringer med å bli inkludert i valg og bestemmelser.

Pasientgruppen inkluderer barn som er innlagt på somatisk avdeling, både jenter og gutter. Det blir inkludert barn uavhengig av om deres diagnose er akutt eller kronisk, eller om barnet er innlagt for behandling uten fast diagnose for sykdommen. Det blir ikke begrenset noen prosedyrer, men satt fokus på behandlinger hvor barnet kan oppleve mer usikkerhet og redsel, som blodprøvetaking og veneflon innleggelse. Det blir også lagt vekt på situasjoner som legevisitt og behandlingsmøter, eller andre hendelser hvor det blir overført informasjon til barn og pårørende.

Barn som behandles poliklinisk eller er innlagt for et kortere sykehusopphold enn 2 døgn ble ekskludert fra vår oppgave. Dette fordi vi ønsker et fokus på barn som er innlagt på sykehus over lengre tid, og hvordan sykepleiere kan ivareta barn som blir tatt ut fra sin habituelle hverdag.

1.5. Oppgavens oppbygning

Teoribakgrunnen handler om relevant litteratur og bakgrunnsstoff for oppgaven. Dette omhandler barns mestring av stress og traumatiske hendelser på sykehus, barnets utvikling og utviklingsteori, kommunikasjon med barn, og Joyce Travelbees menneske-til-menneske relasjon. Metodekapitlet beskriver metode og fremgangsmåte som er anvendt i denne oppgaven. Resultatkapitlet tar for seg de sammenlagte resultatene ut fra forskningsartiklene som er tatt i bruk. Her presenteres hovedfunnene og likhetene i artiklene. I diskusjonskapitlet drøftes metoden og resultatene fra artiklene, hvor det presenteres styrker og svakheter for oppgaven. I diskusjonen blir det også lagt vekt på personlige skildringer og vurderingen. Oppgaven avslutter med konklusjon, hvor vi konkretiserer tiltak med god effekt i behandling av barn på sykehus.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet skal vi presentere relevant faglig litteratur i tråd med problemstillingen. Vi skal bruke Eriksons utviklingsteori for å fremheve barnets utvikling i samband med hvordan barn reagerer på sykehusopphold og håndterer stress og traumer. Vi skal også se på kommunikasjon med barn, og knytte Travelbees sykepleieteori opp mot problemstillingen.

2.1 Barn på sykehus og mestring av posttraumatisk stress og traumer

Når barn legges inn på sykehus er det av nødvendige medisinske årsaker. Med sykdom og sykehusinnleggelse følger det med barnas frykt, usikkerhet, uforutsigbarhet og ofte smerter. Dette medfører stress, både for pasient og pårørende. De største og vanligste kildene til stress hos barn og ungdom er det å være i et fremmed og ukjent miljø, atskillelse eller trussel om separasjon fra foreldre. Begrenset mulighet til fritidsaktiviteter og lek vil også gi en større kontrast mellom sykehusoppholdet og barnets normale hverdag. Undersøkelser, prosedyrer og behandling av sykdommen vil også tilføre barnet mer redsel og stress på sykehus. Dersom stresset varer over tid eller overskrider barnets mestringsevne, kan dette føre til negative reaksjoner etter sykehusoppholdet. Dette kan være uheldig for barnets utvikling, helse og

velvære videre i livet. Hva som forårsaker stress, og hvordan barn mestrer dette, er avhengig av barnets utviklingstrinn. Vi skal senere i oppgaven gå nærmere inn på dette, i forhold til Erikson sin utviklingsteori (Grønseth & Markestad, 2019).

Ved sykehusinnleggelse møter barn et fremmed miljø som utsetter dem for ukjente og uforutsigbare situasjoner. Kjente, trygge omgivelser og rutiner blir borte, og barnet mister kontroll over situasjonen de er i. Det er ved en slik spontan endring som sykehusinnleggelse, at barnet mister en gradvis tilpasning til en ny hverdag. I barneårene er tanker, følelser og opplevelsen av mestring sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse. Immobilitet, skader og inngrep på kroppen, som blodprøver, venefloner, og prosedyrer kan derfor oppleves som truende og skremmende for barnet. Et ukjent miljø, skremmende prosedyrer, fremmede ord og ukjente helsepersonell i hvite sykehusklær gir barnet en følelse av å miste kontroll over egen kropp og situasjon. Dette er faktorer som kan øke stress, og som kan utfordre barnets følelse av udødelighet, og introdusere barnet om tanken på døden. Som resultat av dette, kan det medføre angst og traumer, og i noen tilfeller dødsangst. Det stresset barna opplever kan være en trussel mot barnets videre utvikling (Grønseth & Markestad, 2019).

Barn i ung alder er mest utsatt for å oppleve uheldige ettervirkninger, påkjenninger og traumer etter sykehusopphold. Følelsen av utrygghet og uforutsigbarhet forsterkes av følelsesmessig og intellektuell modenhet. Gjentatte innleggelse, alvorlig sykdom og traumatiske opplevelser ved prosedyrer og undersøkelser er også risikofaktorer for etterreaksjoner hos barn. De fleste barn får ingen varige mén, men reaksjoner som engstelse, spisevaner og endret atferd- og søvnmønster kan forekomme. Andre barn kan ha vansker med tilknytning til andre mennesker, skape nye venner og å være sosiale senere i livet. Dette kan være resultat av lengre innleggelse der de får lite sosiale stimuli, manglende sosialisering med jevnaldrende og får ikke utfordret seg selv sosialt. Mye og langvarig stress relatert til sykehusinnleggelse kan altså føre til kroniske helseplager, nedsatt livskvalitet og psykiske påkjenninger videre i livet. Det er derfor viktig å skape et miljø som forebygger og reduserer stress og traumatiske opplevelser, og fremmer mestring hos barn under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2019).

2.2 Barnets utvikling og utviklingspsykologi

Utvikling er en livslang prosess som styres, reguleres og påvirkes i et samspill av biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer, der det er en gjensidig påvirkning mellom menneskene og miljøet (Håkonsen, 2014, s.34).

Utviklingspsykologi studerer hele menneskelivet og utviklingen til mennesket fra fødsel til alderdom og død. Som følge av de naturlige vekst- og utviklingsprosesser gjennomgår mennesker hele tiden forandringer. Utviklingsprosesser og læring pågår hele livet, men i denne oppgaven skal vi fokusere på utviklingen som skjer i barndommen. Utviklingsprosessene som skjer i barndommen, har en avgjørende betydning videre i livet. I barndommen er de fysiske og psykiske forandringene mer omfattende enn senere i livet (Håkonsen, 2014).

Psykologen Erik H. Erikson har utarbeidet en teori der han deler menneskets utvikling inn i åtte psykososiale stadier. Den psykologiske utviklingen til mennesket er avhengig av de sosiale relasjonene som etableres på ulike stadier gjennom livet. I følge Erikson utvikler personligheten seg i åtte faser knyttet til ulike alderstrinn. Hver fase inneholder en grunnleggende problemstilling som har med identitetsutviklingen å gjøre. Erikson mente at man havnet i en valgsituasjon, og at valget man tar er avgjørende for om man kommer styrket eller svekket ut av situasjonen. Valget man tar vil være avgjørende for utviklingen videre i livet (Gjøsund & Huseby, 2010).

Den tredje psykososiale fasen i Erikson sin teori, eller «den tredje alderen» er initiativ eller skyldfølelse. Den tredje alderen omfatter alderen tre til seks år. I barndommen blir grunnlaget for den senere utviklingen lagt. De første leveåra er det i hovedsak familien som gir barnet dette grunnlaget. Senere blir forholdet til venner viktigere og gir en større påvirkning. I denne alderen har barn et stort energioverskudd, er nysgjerrig og tar initiativ. Barnet har en sterk trang til frigjøring og opposisjon fra foreldre og andre som bestemmer over dem. Når barnet lærer og mestrer nye aktiviteter selvstendig, styrkes barnets selvtillit (Gjøsund & Huseby, 2010). Samtidig settes det krav til barnet, og det er normer og regler som det forventes at barnet skal følge, og barnet får oppleve forskjellen på rett og galt. Dersom barnet stadig irettesettes og får vite at det det gjør er galt, kan barnet bli passivt og utvikle skyldfølelse. Om barnet får mye skryt og

positive tilbakemeldinger, kan dette styrke barnets selvfølelse og selvtillit (Brønstad & Hårberg, 2020).

«Den fjerde alderen» omfatter alderen seks til tolv år og er kalt arbeidsevne versus mindreverdighet. I dette stadiet har barnet stort fokus på å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. I denne alderen vil barnet stadig bli mer kritisk til egne prestasjoner og evner, og barnet vil sammenligne seg selv med andre barn. Dette kan gi barnet en positiv følelse av mestring, eller en negativ følelse av å ikke mestre og å være mindre verdt. Barnet trenger anerkjennelse og positive tilbakemeldinger, slik at barnet har troen på seg selv, sine evner og egne prestasjoner. Hvordan omgivelsene reagerer på barnets handlinger, er avgjørende for om barnet opplever seg selv som dyktig eller om det får en følelse av mindreverdighet. Det er viktig å styrke barnet sine sterke sider, slik at barnet føler på mestring, god arbeidsevne og har tro på seg selv. Skapende eller underlegen grunnholdning er sentrale og viktige deler i den videre personlighetsutviklingen (Gjøsund & Huseby, 2010).

Barn i ung alder er mer følsomme for påvirkning på motoriske, følelsesmessige, tankemessige og sosiale områder. Etableringen av en grunnleggende trygghet og tillit i ung alder er avgjørende for barnets utvikling og psykologiske funksjoner. Mangel på nærkontakt og omsorg i denne perioden vil skape en følelse av usikkerhet og utrygghet som kan prege barnet videre i livet (Håkonsen, 2014). Når barnet føler seg utrygg og usikker, kan det føre til utviklingsforstyrrelse og svekkelse psykisk og fysisk videre i livet. Når barn blir innlagt på sykehus vil barnet oppleve å ha en manglende følelse av selvbestemmelse og frigjøring fra foreldre. Da de er under behandling på sykehuset og har lite kontroll over hverdagen, er det ofte sykehuspersonell eller foreldre som kan ta styringen. Når barn er innlagt og ikke forstår hva som skjer og hvorfor det får den behandlingen de får, kan det oppleve en følelse av å miste kontroll over egen kropp, skyldfølelse og mindreverdighet (Gjøsund & Huseby, 2010).

2.3 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon handler om å formidle og dele informasjon og ideer. Menneskelig kommunikasjon kan defineres som; «*det å dele tanker med andre individer, på en overlagt og uforbeholden måte*» (Allott, 2019). Dette innebærer at et individ har en tanke som han/hun ønsker å formidle (Allott, 2019). Ethvert barn, ungdom og menneske er unikt, og det er ingen fasit på hvordan man skal kommunisere med barn. Det er viktig at sykepleier og annet helsepersonell gir barnet rom og mulighet for å uttrykke seg selv uten å bli kritisert. Hvert enkelt individ og enhver situasjon er ulik, og man må tilpasse seg hvert enkelt menneske. Barn og unge befinner seg på ulike utviklingstrinn, der sykepleier må tilpasse seg og utfordre evnen til å kommunisere på den andres premisser (Eide & Eide, 2016).

For å få til en god kommunikasjon mellom sykepleier og barn er det flere faktorer som har stor betydning, men spesielt å tilpasse seg barnets utviklingsnivå er viktig. Åpen og ærlig informasjon og kommunikasjon fører til at det blir lettere å skape en relasjon og gjensidig tillit mellom barn og sykepleier. Dette er også en viktig faktor i at barnet skal føle seg trygg og ivaretatt under sykehusinnleggelsen (Eide & Eide, 2016). Kommunikasjon og informasjon tilpasset barnets alder, utviklingstrinn og situasjon er avgjørende for barnets opplevelse av sykehusinnleggelsen. Det vil hjelpe barnet med å skape en forutsigbarhet og kontroll over situasjonen, som igjen er med på å forebygge traumatiske opplevelser hos barnet (Grønseth & Markestad, 2019).

Barn i førskolealder er her-og-nå-orienterte, har egosentrisk tankegang og er impulsstyrte. De har et kort tidsperspektiv og har behov for små korte samtaler. Enkle og konkrete forklaringer hjelper barnet med å holde oversikt over informasjonen som blir gitt. Barn i denne alderen er preget av magisk tenking. Magisk tenking vil si at barnet tror at det som skjer er en følge av barnets tanker og handlinger. Det er derfor viktig å informere barnet om sammenhengen mellom sykdom og prosedyrer, for å forhindre barnet å tro at prosedyrer er en straff for handlinger barnet har utført. Barn i denne alderen bør ikke få informasjon lenge i forveien, da de er her-og-nå-orienterte og har et kort tidsperspektiv. Det er bedre å informere barnet rett før en prosedyre eller undersøkelse for å unngå at barnet gruer seg unødige eller mister oversikten over behandlingsforløpet (Eide & Eide, 2016).

Fra og med barnet er fire år og oppover, begynner barnet å utvikle en logisk forståelse og tankegang. Barnet tenker i konkrete kategorier og har behov for konkrete objekter for å forstå omverdenen. Forståelsen for tid og tidsperspektiv utvikler seg og blir bedre. Barnet kan gjenfortelle hendelser som nettopp har hendt, men har større vansker med å gjenfortelle hendelser lengre tilbake i tid. Barnet er fortsatt selvsentrert, og ser fortsatt det meste fra sitt eget perspektiv og ståsted. Når man kommuniserer med barn i denne aldersgruppen, kan det være et godt hjelpemiddel å bruke leker, tegninger og tidsstruktur i samtalen. Det er viktig å bruke barnets egen flyt, rytme og tempo i samtale. Det å relatere seg til barnet og vise interesse er viktig, i tillegg til at man har formålet med samtalen i bakhodet, slik at det vesentlige med samtalen og informasjonen når frem til barnet (Eide & Eide, 2016).

Kommunikasjon med barn er altså svært omfattende og har stor betydning for hvordan barn opplever sykehusinnleggelsen. Som sagt tidligere skal man tilpasse seg barnets utviklingsnivå og virkelighetsforståelse. Andre viktige faktorer ved kommunikasjon er at den bør bære preg av akseptering, toleranse, forståelse, bekreftelse og lytting. Helsepersonell må møte barnet på et emosjonelt og kognitivt plan, slik at barnet føler seg respektert og at dets integritet blir ivaretatt. Det er viktig å ikke bagatellisere og bortforklare barns følelser, for eksempel i forhold til at barnet gruer seg til en prosedyre. Ærlig og åpen informasjon er nøkkelen til god kommunikasjon og gjensidig tillit (Grønseth & Markestad, 2019).

2.4 Joyce Travelbees menneske-til-menneske relasjon

Joyce Travelbee (1926-1973) utarbeidet menneske-til-menneske-relasjonsmodellen, som ble presentert i boken hennes, «Mellommenneskelige forhold i sykepleie». Travelbee var opptatt av de mellommenneskelige forholdene i sykepleien, og hvordan vi kunne finne mening i sykdom og lidelse, og hvordan man kan finne veien til mestring og aksept. Travelbees teori om sykepleie omfatter også pasientens familie, da hele familien blir rammet når for eksempel barnet deres opplever helsesvikt og sykdom. Sykepleieren kan hjelpe både familien og pasienten i den utfordrende prosessen i å finne forståelse og akseptasjon for sykdommens konsekvenser (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø (red.), 2017).

I Travlebees teori blir kommunikasjon sett på som et av de viktigste redskapene sykepleieren har for å fremme mestring, forebygge skremmende opplevelser og for å skape en tillitsfull og trygg menneske-til-menneske relasjon. Travelbee beskriver flere kommunikasjonsteknikker som er aktuelle, der åpne spørsmål og aktiv lytting er noen av de mest sentrale. Det er ingen fasit på hvordan man skal kommunisere, og det er viktig å bruke skjønn og fornuft i enhver situasjon (Kristoffersen et al., 2017).

Joyce Travelbee beskriver sympati, empati og kompetanse hos sykepleieren som viktige faktorer i etablering av en gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier og for å skape en god menneske-til-menneske relasjon. Sympati er ifølge Travelbee en holdning som bygger på empati.

Sykepleier formidler ved empati og sympati både ved verbalt og nonverbalt engasjement, og viser at man bryr seg om barnet som er pasient. Sympati og støtte fra sykepleier påvirker barnet både fysisk og psykisk, da barnet føler seg sett og oppnår kontakt. Den gjensidige tilliten og den mellommenneskelige relasjonen blir sterkere og bedre utviklet over tid. Gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient står sentralt. Den mellommenneskelige relasjonen blir styrket når barnepasienten opplever at sykepleier har fylt et av vedkommendes behov. Her er sykepleierens kompetanse, kunnskaper og ferdigheter viktige (Kristoffersen et al., 2017).

3.0 Metode

I metodebeskrivelsen skal vi gjøre rede for datasamlingen og analysen av de fire vitenskapelige artiklene vi har valgt. Metode er redskapet vi benytter for å systematisk samle inn data og informasjon til å svare på problemstillingen. Det er også en fremgangsmåte som benyttes for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Metoden vi har valgt vil gi oss best mulig data til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

Vi har valgt å bygge bacheloroppgaven vår på en systematisk litteraturoversikt, basert på fire ulike vitenskapelige forskningsartikler. I tillegg bruker vi relevant litteratur fra pensum og andre fagbøker. En litteraturstudie vil si at vi samler inn data for å besvare problemstillingen, ved hjelp av sammenskriving av resultater fra gjennomførte og publiserte forskningsartikler eller studier.

Denne arbeidsmåten ligger i grunn for vår metodiske tilnærming for å svare på problemstillingen i denne oppgaven. Datasamlingen vår består av resultater og funn av fire vitenskapelige forskningsartikler som omfatter hvordan man skal ivareta barn som er innlagt på sykehus (Friberg, 2017)

Artiklene vi skal bruke har en kvalitativ tilnærming. Kvalitative studier gir informasjon om meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste. Det kvalitative går i dybden og fokuserer på en helhet. Dette er en gunstig metode for å få en dypere forståelse av menneskelige fenomener. Vi får derfor et dypere innblikk og forståelse i hvordan sykehusinnleggelse påvirker barn (Dalland, 2017).

3.1 Litteratursøk

Vi har benyttet UiS sitt bibliotek til å få tilgang til databaser for å finne relevant litteratur og forskning. Relevante databaser er PubMed, SveMed+ og Oria. De databasene består av aktuell forskning der man kan avgrense innenfor helse- og sykepleiefag. Gjennom PubMed og Oria fikk vi flere gode resultater på vitenskapelige forskningsartikler, og vi endte opp med å finne alle forskningsartiklene vi skal bruke i bacheloroppgaven via dem.

3.2 Søkeprosess

Vi anvendte systematisk litteratursøk for å finne forskning. Søkeordene ble basert på hensikten og problemstillingen i oppgaven vår. Når vi skulle søke på artikler i databasene PubMed og Oria anvendte vi søkeordene «child OR children, nursing OR nurse, hospital OR hospitalized, stress OR trauma, og pediatric». Vi satt sammen søkeordene i ulike kombinasjoner, både på norsk og engelsk. Ved de ulike søkekombinasjonene fikk vi flere ulike treff. Vi analyserte resultat på de ulike treffene for å se om artiklene var relevante. Ut fra dette begrenset vi resultatene til et mindre utvalg artikler. Deretter leste vi flere artikler i sin helhet, og valgte ut de artiklene som svarte best på problemstillingen og hensikten i oppgaven vår.

Gjennom søkeprosessen hadde vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for å lettere velge relevante artikler. Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle være fagfellevurdert, nordisk eller engelsk skrevet, utgitt mellom 2005-2021, barnets alder mellom 5-13, omfatte barn innlagt på somatisk avdeling, og ha IMRAD-struktur. Eksklusjonskriteriene var barn med psykisk sykdom, spedbarn og ungdom. Fagartikler ble også ekskludert. Barn som kun behandles på poliklinisk avdeling eller barn med kortere innleggelsestid enn to døgn ble også ekskludert, for å ha større fokus på barn som over lengre tid mistet sin naturlige hverdag i hjemmet.

Verdien av en systematisk litteraturstudie bygger på og er avhengig av hvor godt man vurderer og identifiserer relevante forskningsartikler. Hver artikkel må bli vurdert i flere trinn. Når vi valgte artikler hadde vi fokus på formålet med studien, resultater, konklusjon og om resultatene er gyldige eller om artiklene er relevante for vår problemstilling.

Titlene på de vitenskapelige forskningsartiklene vi skal anvende i denne oppgaven er:

- *“Nursing care through the perception of hospitalized children”*
- *“The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals”*
- *“Effect of play activities on hospitalized children's stress: A randomized clinical trial”*
- *“Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives”*

3.3 Analyse av artikler

Vi startet analysen ved å lese grundig gjennom artiklene. Vi noterte ned resultatene, konklusjonen og hovedtrekk i hver enkel artikkel. Vi sammenlignet likheter og ulikheter ved resultatene, og kom deretter frem til det nye resultatet vi skal presentere senere i oppgaven. Friberg sin beskrivelse av analyse er en bevegelse fra en helhet til deler og deretter til en ny helhet. Den nye helheten skapes ut ifra den skildrende sammenhengen fra hver enkelt del, og deretter skapes det et nytt resultat. Dette er en prosess der en analyserer de ulike forskningsartiklene med tanke på likheter og ulikheter, for å komme frem til en konklusjon, ny lærdom og skape nye tema. Gjennom denne prosessen og analysen av forskningsartiklene er det viktig å ha problemstillingen og hensikten i tankene, slik at man holder seg til den røde tråden (Friberg, 2017).

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler

Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat	Database
(Santos, Savila, Depinati, Cursino, & Ribeiro, 2016) <i>Nursing care through the perception of hospitalized children</i>	Målet med studien var å beskrive hvilke tiltak og ressurser som blir brukt på pediatrik avdeling, og vurdere hva som har god effekt og oppleves som positivt for pasienter.	Kvalitativ. Data ble samlet gjennom intervjuer med åpne spørsmål.	Studien viste viktigheten av lek under sykehusinnleggelsen. Barna satte pris på en sykepleier med vennlig og omsorgsfull tilnærming, i tillegg til informasjon og forklaringer ved prosedyrer og behandling	Oria
(Peña & Juan, 2011) <i>The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals</i>	Studien beskriver barns opplevelse på sykehus i interaksjon med sykepleier.	Kvalitativ. Data ble samlet inn gjennom observasjon og semistrukturerte intervjuer.	Kommunikasjon mellom sykepleier og barn har en grunnleggende rolle for barns opplevelse av å være innlagt.	PubMed

<p>(Potasz, Varela, Carvalho, & Parso, 2012)</p> <p><i>Effect of play activities on hospitalized children's stress: A randomized clinical trial</i></p>	<p>Hensikten med studien var å forske på om lek kan hjelpe barn med å redusere stress under sykehusinnleggelse.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>En parallell randomisert klinisk studie. Data ble samlet inn gjennom å analysere mengden kortisol i urinen til pasientene.</p>	<p>Lek var med på å redusere stress hos barn i alderen 7-11år. Barn i alderen 4-7 år hadde mindre effekt av lek.</p>	<p>PubMed</p>
<p>(Coyne, 2005)</p> <p><i>Consultation with children in hospital: children, parents' and</i></p>	<p>Målet med denne studien var å utforske barns, foreldres og sykepleierens syn på omsorgen i helsetjenesten.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Data ble samlet gjennom dybdeintervjuer, observasjon og spørreskjemaer.</p>	<p>Barna ønsket å få informasjon og bli inkludert i deres behandling. De ønsket informasjon om sykdommen, og være involvert i behandlingen.</p>	<p>PubMed</p>

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er et viktig metodisk redskap ved vurdering av skriftlige kilder i en systematisk litteraturstudie. Kildekritikk kan defineres som de metodene som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann eller usann. Dette innebærer både å kunne vurdere og karakterisere kildene. Dalland (2017) beskriver gyldighet, relevans og holdbarhet som sentralt når man skal vurdere kilder. Hensikten med kildekritikk er at man skal reflektere over relevansen og gyldigheten kildene har, i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

Valgte artikler er hentet fra vitenskapelige tidsskrifter. Vitenskapelige tidsskrifter har redaksjoner som er med på å sikre kvaliteten på artiklene når de utgis. Uavhengige fagpersoner er også med på å vurdere om hver enkelt artikkel holder vitenskapelig standard (Dalland, 2017). Det at de vitenskapelige forskningsartiklene vi har valgt ut er godkjent av redaksjoner, fagpersoner og etisk komite, er med på å styrke relevansen og hvor pålitelige de er. Artiklene vi har valgt ut belyser problemstillingen vår, og har gode og lærerike resultater som er relevante i vår oppgave.

4.0. Resultat

Etter å ha analysert de fire artiklene i vår oppgave, ser vi at det er noen elementer som går igjen i konklusjonene. Ut fra artiklenes resultat, har vi observert noen grunnleggende handlinger som bedrer barnets sykehusopphold. Dette inkluderer god kommunikasjon og relasjon, informasjon og inkludering av barn, og bruk av lek og moro.

4.1. Informasjon og inkludering av barn

I behandlingssituasjoner hvor barn har fått god informasjon, god forklaring og ærlige svar angående prosedyrer og forventninger om smerter, virker det til å oppstå bedre erfaringer hos barn, enn om informasjonen er unnvikende. For eksempel under legevisitt eller behandlingsmøter er det kritisk at barnet får informasjon tilpasset barnets utvikling og forståelse.

Barna har behov for å ha oversikt over hva som skal skje, og hvilke forventninger de kan ha. Eldre barn kan få informasjon lenger frem i tid, for å planlegge dagen eller uken. Eldre barn har bedre tidsperspektiv og forståelse, og har lettere for å håndtere mer informasjon frem i tid. Små barn derimot, kan ha bedre effekt av å få informasjon angående prosedyrer tett opp mot utførelsen, da det kan være vanskeligere å planlegge hendelser frem i tid. Under prosedyrer som blodprøver eller innleggelse av veneflon, kan en gjennomgang av prosedyren hjelpe barnet med å oppleve mer kontroll over situasjonen (Peña & Juan, 2011).

Barn kan føle på mer oversikt over situasjonen der sykepleiere bruker god tid på å forklare og prate barna gjennom prosedyrene. Barna uttrykker kollektivt at de ønsker sykepleiere som tar seg tid til å forklare prosedyrene, og svare på alle slags spørsmål barna kan få: *“They ask to see my arm, look, put the medicine (venous access), like, normal. But they take very good care of us! They explain and answer my questions. We can’t have doubts! (Goku).”* (Santos et al., 2016, s.4-5)

På den andre siden er det barn som uttrykker misnøye med sykepleiere eller annet helsepersonell som ikke gir tilstrekkelig informasjon til barnet, eller gir kun informasjon til foreldre eller foresatte. Barna føler seg da usett og maktesløse, og går inn i en rolle som observatør over sin egen pleie. Noen barn forteller om situasjoner der helsepersonellet gir mer kommandoer som «stå i ro» eller «sitt helt stille», enn å forklare hvorfor det er viktig å for eksempel sitte stille som nevnt her: *To draw blood, they talk like this: “Stand still, boy”. One says it like that. So I don’t like it. (Cebolinha). They don’t talk when they put medicine in, they just do and tell us “Be real quiet” (Transformer).* (Santos et al., 2016, s. 606).

Foresatte uttrykker også viktigheten av å gi barna informasjon direkte, og at spørsmål fra helsepersonell først blir stilt til barnet. Respekt for barnet og barnets autonomi er kritisk for at barnet skal føle seg ivaretatt og sett. Det blir fra foreldre uttrykt hvor viktig det er med å gi barnet informasjon tidlig i sykdomsforløpet, slik at barnets kunnskap utvikler seg gjennom sykdommens behandling. Hos foreldre med kronisk syke barn, eller barn som hadde vært innlagt over lengre tid, opplever foreldre at barna hadde god oversikt over sykdom, prosedyrer og medikamenter. Både barn og foresatte gir uttrykk for at informasjon kan bli formidlet ukorrekt, dersom barnets ønsker eller følelser blir gjenfortalt fra foreldre til helsepersonell. Det er derfor

viktig at barnet skal ha muligheten til å prate direkte med sykepleierne uten foreldre som mellomledd (Santos et al., 2016).

Sykepleierne er enige med foreldre angående å gi informasjon til barn, men ønsker også å poengtere at vurderingen av hvilken informasjon som skal bli gitt er kompleks. Det er flere aspekter som må tas hensyn til, blant annet barnets alder, holdning, sykdomsforløp og barnets psykiske og mentale status. Helsepersonell må vurdere hvordan barnet vil håndtere å få informasjon, og om barnet vil ta mer skade av informasjon enn det oppnår goder. God informasjon til barnet kan, som nevnt over, hjelpe barnet med å få oversikt og kontroll over situasjonen. Men dersom barnet allerede er overstimulert, eller har fått mer informasjon enn det kan håndtere, kan det gi risiko for at mer informasjon vil tilføre barnet mer stress og usikkerhet enn tidligere (Coyne, 2005).

It depends on how old they are. I mean we would let them. It is difficult to put an age on it especially since most of these children have different kinds of abnormalities wrong with them and...you would have to think are they mentally alert, are they mentally sound, would they be able to do this properly. I'm sure they would especially those that only have something wrong with their body not mentally (Sarah – nurse). (Coyne, 2005, s. 7)

4.2. Bruk av lek og spøk

Lek blir også tatt med som et effektivt virkemiddel for sykepleiere på pediatrik avdeling. Ved bruk av lek i behandling av syke barn, skaper dette et lettere miljø, og barnet kan føle på mindre stress og uro. Ved innleggelse på sykehus blir barnet tatt bort i fra sin normale hverdag, og de rutinene det kjenner til blir endret. Hos et barn er det naturlig at lek er en forholdsvis stor del av hverdagen. Derfor kan bruk av lek på sykehuset hjelpe barnet å tilpasse seg en ny hverdag, da lek er noe barn har god kjennskap til. Lek kan også brukes for å distrahere barn, for å unngå at de gruer seg unødige til prosedyrer eller undersøkelser (Potasz et al., 2012)

I artikkelen “Effect of play activities on hospitalized children’s stress: a randomized clinical trial” brukes måling av kortisolnivået i urin til å kartlegge barnas stressnivå ved sykehusinnleggelse. Ved å separere en gruppe barn i to, hvor en gruppe bruker lek som del av behandlingen og andre gruppen ikke tar i bruk lek, ser man differansen av testresultatene. Her

kan en se om kortisolnivået i urinen er annerledes for disse to gruppene. Kortisol er et stresshormon, som gjør det mulig å kartlegge mengden stress pasienter føler på. Dette gjøres ved å måle mengden kortisol som skilles ut i urinen. Etter prøvene var tatt bekreftes teorien om at lek kan redusere stress. Dette begrunnes med at gruppen som bruker lek har en betydelig nedgang i kortisolnivåene, i forhold til gruppen barn som ikke har fått tilbud om lek. Dette gjelder for barn mellom 7-14 år, der barn under 7 år ikke hadde like store variabler i testresultatene. Resultatene var uavhengige av jenter og gutter, hvor alle hadde nedgang i kortisolnivåene. Årsaken til at barn under 7 år hadde mindre effekt av lek var uklart, men kan ha sammenheng med barnets mentale alder, utvikling og forståelse (Potasz et al., 2012).

Barn hadde også positive erfaringer med spøk fra sykepleierne. Spøk og erting fra sykepleierne kunne hjelpe med å danne en bedre relasjon, der sykepleierne tilpasset seg barnets væremåte. Dette avhenger av at det allerede er lagt til grunne en god relasjon, slik at spøk ikke ble mistolket som noe uhøflig eller slemt (Santos et al., 2016).

They (the nursing professionals) were playing for me to calm down. They said: "relax, we are going to stick you only 5 times" (Laughing)! But they spoke just for fun, just to calm me down and then they said "it won't hurt..." (Naruto). (Santos et al., 2016, s. 606)

4.3. Kommunikasjon og relasjon

God kommunikasjon er det fundamentale for å oppnå god pleie av barn. For å opprette god kommunikasjon med barnet, er det viktig å ta hensyn til barnets utviklingsgrad, alder og forståelse. Det er også gunstig å inkludere parter fra barnets univers, som leking og tegninger, som en del av kommunikasjonen. Med barn må en prate kort og konkret, med bruk av tydelige og forståelige ord. Ordforrådet hos barn øker med alderen, og helsepersonell må derfor tilpasse seg det nivået barnet er på (Peña & Juan, 2011).

Det er viktig for sykepleierne å forenkle språket, og unngå fagspråk som barn kan ha vanskeligheter med å forstå. Gjerne kan helsepersonellet prate med barnet på barnets nivå. På den måten er det lettere for barnet å holde fokuset, og barnet vil huske mer av samtalen. Det viser seg også at barn på sykehus har gode opplevelser med sykepleiere som også prater om sine interesser og sin hverdag (Coyne, 2005). Dette er fordi barnet vil danne en mer vennskapelig

relasjon til sykepleieren. I pleien av barn er det viktig å unngå at sykepleieren får en autoritær holdning, men heller at sykepleier og barnet er likestilte. I en allerede usikker hverdag for barn på sykehus, kan en autoritær holdning fra helsepersonellet tilføre barnet mer redsel og stress.

En god relasjon mellom sykepleier og barnet som er innlagt på sykehus, gjør pleien lettere for både barnet og sykepleierne. Det viser seg at når barna har vært fornøyd med behandlingen fra sykepleieren, resulterer dette i at barna ønsker å oppføre seg bra, og lytter bedre til hva sykepleieren sier. Behandlingen kan også bli lettere av en god relasjon mellom sykepleier og barn, der barnet er mer villig til å utføre pleien, og følge opp behandlingen også når sykepleier ikke er til stede. En god relasjon og gjensidig respekt mellom både sykepleierne, barnet og pårørende, har en god effekt både på behandlingen, sykepleierne, og barnet- og pårørendes opplevelse av innleggelsen (Peña & Juan, 2011).

5.0 Diskusjon

I følgende kapittel skal vi diskutere metoden vi har brukt i den systematiske litteraturstudien. I resultatdiskusjonen skal vi diskutere våre resultater i tråd med teori for å danne en ny helhet og svare på problemstillingen vår.

5.1 Metodediskusjon

Vi utførte et systematisk litteratursøk gjennom flere ulike databaser, der vi brukte samme søkeord i ulike kombinasjoner. Dette er med på å styrke studien, da vi har fått mange ulike resultat og mulig aktuelle artikler, og deretter plukket ut fire artikler som besvarer problemstillingen vår. De fire ulike artiklene er hentet fra to ulike databaser, Oria og PubMed. Dette kan være en svakhet da det kan være gunstig å hente artikler fra flere ulike databaser. Artiklene omhandler ivaretagelse av barn under lenger innleggelse på somatisk avdeling.

Alle artiklene våre er kvalitative, da vi ønsket å få en større helhet og gå mer i dybden enn i bredden på forskningen. Dette kan være en svakhet i oppgaven, da kvantitative resultat kunne vært med på å understøtte de kvalitative resultatene. Hensikten med artiklenes studie handlet om å ivareta barn på sykehus, og hvilke handlinger som gir barn en bedre opplevelse av sykehusinnleggelse. Vi ønsket hovedsakelig artikler som ikke var eldre enn ti år gamle, da eldre resultat kan bli sett på som ugyldig og irrelevant per dags dato. Vi har likevel inkludert en artikkel utgitt i 2005 og en utgitt i 2011, da artiklenes innhold og resultat ble sett på relevant, gyldig og besvarende på vår problemstilling.

Funnene i artiklene har mange fellesfaktorer og samsvarer i stor grad med hverandre. Ingen av studiene er utført i Norge, noe som kan være med på å svekke oppgaven. Norge kan ha ulikt lovverk, andre yrkesetiske retningslinjer og forskjellig kultur kontra der studiene ble utført. Likevel prøvde vi å velge artikler og forskning fra land som har etablerte helsetjenester, høyt utdannet helsepersonell og som kan være representative for norsk helsevesen. Det ville vært en fordel med studier som ble gjort i Skandinaviske land, men det ville gitt dårligere resultat i forhold til besvarelsen på problemstillingen vår, da vi fant lite relevante artikler. Likevel mener vi det er blitt utført et adekvat valg av forskningsartikler som er relevante og besvarende for oppgaven vår.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende delkapittel skal vi diskutere resultatene i tråd med teori og egne refleksjoner. Vi skal svare på problemstillingen vår; «ivaretagelse av barn innlagt på somatisk avdeling».

5.2.1 Stressreduksjon; informasjon, forberedelse og kommunikasjon

Et felles resultat av flere av studiene var at barna ønsket å få informasjon om sykdommen sin. Når barna fikk informasjon om hva som skulle skje og informasjon sykdommen sin, opplevde barna en større grad av mestring. Barna fikk større forståelse og følelse av å bli inkludert og ble bedre forberedt til potensielle stressende situasjoner (Santos et. al 2016). Barn har rett på informasjon om helsetilstanden, sykdommen og behandlingen sin. Det er viktig at informasjonen er konkret og tilpasset barnets alder og utviklingstrinn. Om barnet får tilstrekkelig informasjon

og forklaringer før undersøkelser og prosedyrer, kan det forebygge stress og øke mestring (Grønseth & Markestad 2019). Vi tenker det er viktig at sykepleier har kompetanse om kommunikasjon med barn. Det er viktig å se barnet, tilpasse seg hver enkelt og gi barnet relevant og konkret informasjon. Dette er en forutsetning for at barna får en opplevelse av redusert stress og økt mestringsfølelse. Helsepersonell og foreldre kan noen ganger ha et ønske om å skåne barn for vanskelig informasjon. Om barnet er kritisk sykt og det er fare for barnets liv, kan mange tenke at dette er informasjon som ikke skal bli gitt til barnet selv. Det kan være vanskelig å vurdere hvordan barnet kan håndtere informasjon om egen dødelighet, og det blir derfor en vanskelig situasjon som må vurderes nøye. Selv om artiklene konkluderer med at barn skal ha informasjon angående egen sykdom, er det flere etiske aspekter som må vurderes.

Barna gav uttrykk for at de ønsket direkte kontakt med sykepleier, og at kommunikasjonen ikke skulle gå via foreldre som mellomledd. Barna opplevde stadig at det ble passivt i kommunikasjonen, da sykepleier vendte seg til foreldrene. Barna opplevde bedre kontakt med sykepleier da sykepleieren kommuniserte direkte med barnet. Ved direkte kontakt og kommunikasjon fikk barna større mulighet til å stille spørsmål, og følte seg dermed sett og fikk en opplevelse av trygghet (Peña & Juan, 2011). Grønseth og Markestad (2019) mener at det er viktig å sette barnet i sentrum og at det er hovedpersonen i kommunikasjonen. Det er sykepleierens ansvar å tilpasse seg samtalen, velge hvordan man ordlegger seg, og vende seg til barnet. Det er viktig at barna har noe å si i sin egen behandling og at de får være med på å ta beslutninger og avgjørelser. (Grønseth & Markestad 2019). Vi tenker at det er viktig at sykepleier er oppmerksom på å henvende seg til barnet, og legge hovedvekten på at kommunikasjonen er direkte og tilpasset barnet. Å tilpasse seg barnets nivå, ha god tid og være åpen for at barnet kan stille spørsmål er en viktig del av pleien. Det å gi bekreftelse til barnet kan øke opplevelsen av kontakt og følelsen av trygghet. Dette kan videreføre til at barnet føler seg sett og blir forstått. Det å gi barnet informasjon direkte, uten foreldre som mellomledd har også noen utfordringer. Barnas foreldre er de som kjenner barnet best, og det kan være lurt å få veiledning fra foreldre til å formulere informasjonen som skal bli gitt til barnet. Kanskje kan foreldrene være en god ressurs i tildeling av informasjon, og et samarbeid mellom sykepleier og foreldre kan ha god nytteverdi.

Det som var hovedårsaken til stress skyldes generelt at barna hadde opplevde mangel på kontroll. Aspektet om kontroll er et grunnleggende behov, og må ligge til grunn for å oppleve mestring. Barna opplevde å ha mer kontroll, bedre humør, redusert stress og styrket selvbilde når de ble involvert i behandlingen og fikk tilstrekkelig med informasjon (Coyne, 2005). Eide og Eide (2014) mener at følelsen av kontroll kan skapes ved at man opplever å få tilstrekkelig informasjon om sin sykdom og behandling. Dette fører igjen til en følelse av mestring. Viktigheten i å informere og forklare barnet om hva som skal skje, er avgjørende for om barnet opplever kontroll og mestring av stress under sykehusinnleggelsen (Eide & Eide, 2014). I følge Erikson sin utviklingsteori er tankegangen til barn i ulike utviklingsfaser forskjellige. Sykepleier må derfor tilpasse seg hvert enkelt barn, etter hvilket utviklingstrinn de er i. I den tredje fasen, alderen tre til seks år, er barnet fortsatt selvsentrert og ser verden med seg selv i sentrum. I alderen seks til tolv år blir barnet mer kritisk til seg selv, og søker mer bekreftelse fra de rundt seg (Gjøsund & Huseby, 2010). Selv om det er viktig at barnet skal oppleve kontroll, er det svært viktig å huske på barnets grenser på sykehus. Et barn på sykehus lider av en sykdom, og det vil være naturlig at barnet er mer redusert. Et barn på sykehus kan ha vansker med å opprettholde den belastningen han har i hjemmet, og kan nytte godt av at sykepleiere tar på seg noe ansvar, for å avlaste barnet eller foresatte. Det er viktig for en sykepleier å vise trygghet og ansvar, slik at barnet kan føle seg trygg på å miste noe av ansvaret. På denne måten kan en sykepleier gi rom for at barnet kan slappe av, og tilegne helsepersonellet noe av ansvaret de normalt selv ville håndtert.

Et kritisk punkt i utførelsen av god informasjon og kommunikasjon er sykepleierens disponible tid. For at barna skal ha muligheten til å få rikelig med informasjon og tid til å få stille alle spørsmål de har, krever dette at sykepleierne har god tid inne hos pasienten. I en travel hverdag på sykehuset kan dette da skape utfordringer, da en sykepleier har rikelig med tidkrevende arbeidsoppgaver uten pasientkontakt. Det avhenger derfor av avdelingens ressurser og planlegging, om sykepleierne har mulighet til å tilby barna det de ønsker og det de trenger for å få en god opplevelse av sykehusinnleggelsen. Tidsmangel i arbeidsdagen til en sykepleier kan derfor utfordre sykepleierens mulighet til å gi barnet rikelig med forberedelser og informasjon.

5.2.2. Trygghet; rutiner, foreldres tilstedeværelse og relasjonsbygging

En trygghet for barna var å opprettholde sine faste daglige rutiner når de var innlagt. Barna opplevde det som viktig å ha faste tider for behandling, undersøkelser og prosedyrer. Når barna kunne forutse og ha kontroll over hverdagen og hva som skulle skje til ulike tidspunkt, skapte dette en trygghet og redusert stressnivå (Coyne, 2005). Ved sykdom og sykehusinnleggelse blir dagligdagse rutiner som gjør hverdagen forutsigbar og stabil, brutt. Dette kan føre til en trussel mot barnets utvikling. I førskolealder og de første skoleårene er det viktig for barna med faste rutiner, som leggetid, måltid, fritid, skole og barnehage (Grønseth & Markestad 2019). Når slike rutiner endrer seg ved sykehusinnleggelse, kan det føre til en enda større utfordring for barn å tilpasse seg den nye hverdagen. I følge pasient- og brukerrettighetsloven §6-3, har barn rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i en helseinstitusjon. Barn i skolepliktig alder og førskolebarn har rett til undervisning og spesialpedagogisk hjelp under sykehusinnleggelsen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6). Vi tenker det er viktig at sykepleier legger til rette for at barna får faste rutiner de kan forholde seg til under sykehusinnleggelsen. Sykepleier, foreldre og barn kan sammen lage en plan for søvn, medikament, undersøkelser, skole, fritid og måltid, slik at det blir tatt hensyn til barnets vanlige rutiner. På denne måten vil barnet kunne oppleve mestring og kontroll over situasjonen, da de har muligheten til å forutse sykehushverdagen. Det kan oppstå utfordringer ved kombinasjon av barnets normale rutiner, i forhold til rutiner på en sykehusavdeling. Om det er underbemanning av ansatte på sykehus, vil det på grunn av tidsmangel bli vanskelig å tilpasse seg barnets rutiner optimalt. Forsinkelser eller spontane endringer i sykepleierens arbeidsdag kan da ha negativ effekt på barnet, og barnets tillit til sykepleieren. Det er viktig for helsepersonell og opprettholde avtaler som blir lagt sammen med barnet, og om noe akutt skulle oppstå er det viktig det blir gitt beskjed til barnet at sykepleieren blir forsinket. Dette for å understreke overfor barnet at sykepleieren respekterer hans tid, og for å opprettholde relasjonen som er til stede.

Foreldres eller andre omsorgspersoners tilstedeværelse var avgjørende for barnas sykehusinnleggelse. Ved sykehusinnleggelse fører det med frykt, smerter og skremmende situasjoner, hvor foreldrene gav trøst, nærhet og støtte. Gjennom foreldrenes nærhet og tilstedeværelse ble situasjonen opplevd som mer trygg, stressnivået ble redusert og barna mestret utfordringer lettere (Coyne, 2005). Barn har rett på å ha minst en forelder med seg under hele

sykehusoppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Når foreldrene ikke er til stede kan barn i større grad oppleve utrygghet og separasjonsangst, som videre kan føre til økt stress og psykiske plager senere i livet (Grønseth & Markestad, 2019). Det er altså viktig at man legger til rette for at foreldre får følge barna sine gjennom hele sykehusinnleggelsen. Barna føler seg tryggere i foreldres nærvær, får omsorg og trøst. Vi ser på foreldres tilstedeværelse som kjernen i at barnet skal føle seg trygg. Foreldres kontinuerlige tilgjengelighet kan også ha sine utfordringer, både for foreldre og barn. Om foreldrene er synlig opprørt, kan det ha en negativ effekt på barnet. Om foreldrene er emosjonelt utslitt, lider av stress eller søvnmangel vil barnet legge merke til dette, og det kan forsterke barnets stressreaksjon. Det er særdeles viktig for sykepleiere å også ivareta foreldre, og avlaste der det er behov for det. Å ta en samtale alene med foreldre kan hjelpe en sykepleier til å forstå hvor en kan avlaste, slik at foreldre kan ivareta barnet optimalt, uten å bli utslitt gjennom sykehusoppholdet. Barnet er det mest dyrebare foreldrene har, og ved sykdom hos barn kan det være traumatisk for foreldrene også.

Barna opplevde det som en trygghet da de fikk en god relasjon mellom seg og sykepleieren. Opplevelsen av når sykepleieren viste interesse og empati, var med på å skape en trygghet og redusert stress hos barna. For å skape en god relasjon, mente barna at det var viktig at sykepleieren hadde godt humør, viste forståelse og brukte humor. Barna følte seg trygg i møte med sykepleiere med nevnte egenskaper (Santos et al., 2016). Relasjonen mellom foreldre og sykepleier påvirket også barna. Når barna observerte at foreldrene og sykepleieren fikk en god relasjon og var vennlige mot hverandre, førte det til at barna også fikk tillit til sykepleierne og følte at de var i trygge hender (Peña & Juan 2011). Barn i ung alder observerer og lærer gjennom foreldre og andre nære. Når barna observerer foreldrene som trygge og at de har kontroll, fører dette videre til at barna får samme følelse (Gjøsund & Huseby, 2010). Det å skape en gjensidig tillit og danne en relasjon mellom pasient og sykepleier, mener Travelbee er avgjørende for god sykepleie (Kristoffersen et al., 2017). Relasjonsdanningen er altså svært avgjørende for barnas opplevelse under innleggelsen. Vi ser på det som viktig at sykepleier har en vennlig og imøtekommende væremåte, i tillegg til å bruke humor der det passer seg. Relasjonen mellom sykepleier og foreldre er også viktig å ha fokus på, da dette kan være avgjørende for relasjonen mellom barn og sykepleier. Å danne en relasjon med barn kan noen ganger kreve mer tid og innsats, andre ganger kan det komme naturlig. Det kan være en utfordring for sykepleiere å holde

seg profesjonelle i pleien av barn. Det å danne en for nær relasjon, vil være emosjonelt slitsomt for en sykepleier. Barnet skal ikke være på sykehus for alltid, og det kan bli traumatisk for helsepersonell å miste barn til sykdom. I andre situasjoner kan det bli vanskelig å ta farvel med barn som skal hjem igjen etter et langt sykehusopphold. Dette gjelder ikke bare sykepleieren, men barnet kan slite med å miste kontakten med sykepleiere som har stått dem nært. Derfor er det en hårfin balansegang mellom å danne en god relasjon til barnet, uten at det blir for vanskelig for noen av partene å ta farvel når tiden er inne.

5.2.3. Mestringsstrategier; selvbestemmelse, deltakelse og lek

Selvbestemmelse og deltakelse var noe barna satte stor pris på i ukjente og nye situasjoner. Barna søkte informasjon, da de opplevde at det å være forberedt og ha kunnskap reduserte stress (Santos et. al. 2016). Når barn opplever at de har en valgmulighet og selv kan delta, hjelper dette barna med å få kontroll over situasjonen, og de føler seg sett. Dette kan ha en grunnleggende betydning for hvordan barn reagerer på sykdom og nye situasjoner. Når barna får være med å ta avgjørelser i behandlingen sin, kan dette hjelpe dem med å øke mestringsfølelsen. Informasjon og kunnskap om sykdommen sin og behandlingen bidrar til at barnet får en større kontroll over og innsikt i situasjonen sin (Grønseth & Markestad, 2019). Vi tenker at sykepleier må være åpen for at barn skal få ta valg i behandlingen sin. Barnet skal bli sett og hørt, og en skal akseptere at barn tenker på ulike måter og mestrer situasjoner ulikt. Det kan oppstå etiske dilemmaer i barns mulighet til å ta egne valg. Små valg som farge på bandasje, hvilke motiv på plaster eller valg mellom aktiviteter og premier, kan gi barn glede og mestringsfølelse. Om barn har for mange valgmuligheter kan dette medføre mer stress hos barnet, og det kan utfordre deres evne til å stole på sitt valg. I andre situasjoner hvor det ikke er mulig å velge, men der helsehjelpen er nødvendig, er det også viktig å ikke overkjøre barnet. Da må en heller prøve å forklare barnet hvorfor det er nødvendig, og likevel ivareta barnet og gi dem trøst og omsorg.

Barn satte pris på lek, spill, humor og tankereiser for å mestre utfordrende situasjoner. Lek var spesielt viktig for at barna skulle håndtere stress, smertefulle prosedyrer og bearbeiding av skremmende situasjoner. Barna som lekte under sykehusinnleggelsen hadde en redusert mengde av stresshormonet kortisol i urinen, i forhold til barn som ikke lekte (Potasz et al., 2013). Tegnesaker, egne leker og leker som var tilgjengelig på sykehus, gav en trygghet og en distraksjon fra stresset og usikkerheten med å være innlagt på sykehus (Santos et al., 2016). Som nevnt tidligere har barn rett på å bli aktivisert og stimulert under sykehusoppholdet, så langt helsen tillater det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-3). Dette er et grunnleggende behov hos barn, og kan bli brukt som en mestringsstrategi for å takle sykdom. Å bearbeide utfordrende situasjoner er nødvendig for alle, slik at man kan utvikles videre. Lek er en naturlig del av utviklingen til barn, i tillegg til at det reduserer stress og utfordrende situasjoner (Gjørund & Huseby, 2010). Vi mener sykepleier bør ha fokus på å tilrettelegge lek for barn. Det er viktig å lære seg å kjenne barnet, slik at man kan tilpasse lek til hvert enkelt barn. Lek er viktig for barn, og kan være en distraksjon for det vonde man opplever på sykehus. Ved bruk av lek er det viktig at leken er tilpasset barnets alder og mestringssevne. Å utfordre barn i lek som barnet ikke klarer å håndtere, kan føre til at lekestunden får en negativ virkning. Dette kan for eksempel handle om barn som spiller spill som er beregnet for eldre barn, noe som kan komprimere barnets mestringsopplevelse. Barn på sykehus kan også ha kroppslige utfordringer, og barn med mindre mobilitet kan få leke på en tilpasset måte, som for eksempel med tegning eller spill i sengen. Det er viktig å gi barna bekræftelse og komplimenter under lekestunden, for å bygge opp barnets selvtillit. Lekestund på sykehus skal være et avbrekk, og et sted hvor barnet kan være seg selv og uttrykke seg slik de måtte ønske.

6.0 Konklusjon

Ved ivaretagelse av barn innlagt på somatisk avdeling er det mye man som sykepleier må tenke på og ta hensyn til. Det er ingen fasit på hvordan man skal gå frem, da hver enkelt pasient har individuelle behov. Vi vil konkludere med at det først og fremst er viktig å ha søkelys på barnets utviklingstrinn og tilpasse seg og bli kjent med barnet. Kommunikasjon bør i størst mulig grad skje direkte med barn, eller med barnet til stede. Likevel bør en avtale med foreldre i forkant, og bli enige om hvor mye som skal bli formidlet til barnet. Kommunikasjonen skal være tilpasset barnets alder og forståelse, og en skal unngå fagspråk som er vanskelig å forstå for barn. Det er viktig å huske på at barn har en god forståelse for egen sykdom, og de må ikke bli undervurderte for å få informasjon, eller ta del i valg angående sykdomsforløpet. Relasjon mellom barn, pårørende og sykepleiere er svært viktig for å gi barnet en god opplevelse av sykehusoppholdet og behandlingen. Bruk av lek og spøk kan redusere stress og redsel hos barn, og kan bygge opp barnets selvbilde og mestringsopplevelse. Lek bør tas i bruk i så stor grad som mulig, og bør tilpasses barnets alder, evne og mulighet. Gode ressurser og adekvat bemanning er avgjørende for å oppnå ønsket behandling av barn. Sykepleiere må ha tilstrekkelig med tid for å kunne utføre nevnte tiltak optimalt, og med det ivareta barn som er innlagt på somatisk avdeling.

Litteraturoversikt

- Allott, N. (2019, Mai 30). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra snl.no:
<https://snl.no/kommunikasjon>
- Brønstad, A., & Hårberg, G. B. (2020, Mars 25). *ndla*. Hentet fra ndla.no:
<https://ndla.no/nb/subject:24/topic:1:183771/topic:1:184796/resource:1:3987?filters=urn:filter:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1>
- Coyne, I. (2005, Desember 25). Consultation with children in hospital: children, parent's and nurse's perspective. *Journal of clinical Nursing*.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats*. Polen: Studentlitteratur AB.
- Gjøvsund, P., & Huseby, R. (2010). *Psykologi - mennesket i utvikling*. Oslo: Cappelen Damm.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2019). *Pediatric og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø (red.), G. H. (2017). *Grunnleggende sykepleie, Bind 3 - pasientfenomener, samfunn og mestring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999), Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Peña, A. N., & Juan, L. C. (2011, November). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Rev. Latino-Americano Enfermagem*.
- Potasz, C., Varela, M. J., Carvalho, L. B., & Parso, L. B. (2012, October). Effect of play activities on hospitalized children's stress: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Santos, P. M., Savila, L. F., Depinati, J. R., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016, Februar 23). Nursing care through the perception of hospitalized children