

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier støtte foreldre ved barns innleggelse i sykehus?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021

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

Sammendrag

Bakgrunn

Barn har rett på å ha med seg en forelder ved innleggelse i sykehus. For foreldrene kan innleggelsen oppleves stressende og usikker. De kan føle på engstelse og at de ikke strekker til. Å dekke foreldrenes behov og å gi de støtte er en viktig del av sykepleierens rolle.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse foreldres behov ved sykehusinnleggelse av deres syke barn, og hvordan sykepleierne kan være en god ressurs og støtte for foreldre.

Metode

Denne oppgaven er grunnlagt på en integrativ litteraturoversikt hvor fire forskningsartikler har blitt analysert. Besvarelsen er basert på relevant faglitteratur, artiklenes resultater og egne refleksjoner.

Resultater

Resultatene viser at foreldre har behov for å etablere en relasjon med helsepersonell, ha gjensidig informasjonsutveksling og å oppleve mestringsfølelse. Dersom disse behovene ikke blir møtt kan det gå ut over foreldrenes livskvalitet, opplevd støtte til familien og tilfredshet med helsevesenet.

Diskusjon

Relasjon er grunnlaget for omsorg og fremmer empatisk tilnærming i møte med foreldrene til syke barn. Å se den enkelte forelder kan føre til at sykepleieren ser individets behov for informasjon og mestring. Å støtte og møte foreldrenes behov er en del av sykepleiers rolle. Vi mener at ved å se den enkelte og dekke deres særegne behov kan sykepleier støtte foreldre under barns innleggelse i sykehus.

Nøkkelord: Foreldre, barn, sykepleie, støtte, behov, sykehus, innleggelse, opplevelse, erfaring, omsorg, familiesentrert omsorg, pårørende, sykdom, relasjon, informasjon, mestring.

Innholdsfortegnelse

1.0	<i>Innledning</i>	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Problemformulering.....	5
1.3	Hensikt.....	6
1.4	Begrepsavklaring.....	6
1.5	Oppgavens oppbygging.....	6
2.0	<i>Teorikapittel</i>	7
2.1	Barns innleggelse på sykehus	7
2.1	Familiesentrert omsorg.....	7
2.2	Samarbeid mellom foreldre og helsepersonell.....	8
2.3	Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	9
3.0	<i>Metode</i>	10
3.1	Hva er metode?.....	10
3.2	Søkeprosess	10
3.2.1	Valg av søkestrategi.....	10
3.2.2	Valg av databaser.....	11
3.2.3	Valg av søkeord og artikler.....	11
3.3	Analyse av artikler	13
4.0	<i>Resultater</i>	14
4.1	Å skape en relasjon	14
4.1.1	Å etablere en relasjon basert på empati	14
4.1.2	Å se den enkelte forelder	15
4.2	Å tilrettelegge for gjensidig informasjonsutveksling	16
4.2.1	Foreldres behov	16
4.2.2	Informasjon og sykepleieperspektivet.....	17
4.3	Å fremme mestring.....	17
4.3.1	Å inkludere familien.....	18

4.3.2	Opplevd livskvalitet i familien og mestringsstrategier	19
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon.....	21
5.1.1	Land og arena for studiene.....	21
5.1.2	Forskerens bakgrunn.....	21
5.1.3	Studiens deltakere	22
5.1.4	Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode	24
5.1.5	Integrativ litteraturoversikt som metode.....	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	Å skape en relasjon.....	25
5.2.2	Å gi mulighet for gjensidig informasjonsutveksling	27
5.2.3	Å fremme mestring	29
5.2.4	Konklusjon.....	32
6.0	Anvendelse i praksis	33
	Litteratur.....	34
	Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler	36

Antall ord: 10891

1.0 Innledning

Ved barns innleggelse i sykehus har barnet rett på å ha med seg minst én omsorgsperson under hele oppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Det er viktig at sykepleier og foreldre skaper en god relasjon. Ettersom foreldrene er tilstede ved innleggelsen, må sykepleier i tillegg kunne forholde seg til og vite hvordan en skal ivareta og støtte foreldrene. Dersom de klarer å skape en tillitsfull relasjon er det lettere for partene å ha en åpen kommunikasjon og arbeide sammen mot et felles mål. Dersom foreldrene føler at de får tilfredsstilt deres behov under oppholdet, kan det resultere i god opplevd helsetilfredsstillelse og livskvalitet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Når et barn blir sykt og innlagt i sykehus vil det føre til bekymring og redsel for både foreldre og barnet selv. Vi ønsker blant annet å undersøke hvordan sykepleier og foreldre kan skape en god relasjon og ha et godt samarbeid under innleggelsen. En god relasjon kan bidra til at sykepleierne kan oppfylle foreldrenes behov, støtte, og være en god ressurs for foreldrene under oppholdet. Vi interesserer oss for hvordan foreldre blir ivaretatt og hvordan de opplever tilværelsen på sykehus. Påførende er en stor ressurs, og det er viktig at de får oppfølging og blir ivaretatt. Vi ønsker å opparbeide oss ekstra faglig kunnskap innenfor området utover det vi allerede har opparbeidet oss gjennom sykepleierutdannelsen. På den måten kan vi styrke vår evne til å ta vare på denne pasientgruppen som ansvarlige sykepleiere senere.

1.2 Problemformulering

Når et barn blir innlagt på sykehus vil det være en stor omveltning for foreldre og barnet, og helsepersonellet får to “pasienter” å forholde seg til. Familiens stabile, trygge og forutsigbare hverdag blir preget av uforutsigbarhet og nye rutiner (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). For at barnet og foreldrene skal oppleve et trygt, forutsigbart og anerkjennende miljø er det en forutsetning at de blir møtt med respekt og anerkjennelse av personalet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67).

Å ivareta barnet vil også være å ivareta foreldrene, og motsatt. Under innleggelsen har foreldrene et høyt stressnivå, og det kan gå ut over deres helse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Det er viktig at sykepleierne har kunnskap om omsorg og støtte for å kunne ivareta foreldrene i en sårbar situasjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke behov foreldre til syke barn har ved sykehusinnleggelse, og hvordan sykepleierne kan være en god ressurs og støtte for foreldre.

1.4 Begrepsavklaring

Empati er å vise forståelse og anerkjennelse for en person som forteller om seg selv og sin situasjon. Å leve seg inn i og vise medfølelse er å vise empati. Enn må derimot ikke være enig i eller identifisere seg med det som blir sagt. Empati kan for eksempel vise seg gjennom aktiv lytting (Kristoffersen, 2016, s. 388).

Livskvalitet er en indre opplevelse av ulike sider ved ens livssituasjon (Kristoffersen, 2016, s. 55). I utgangspunktet knyttes det ikke til noe individet kan ha, gjøre eller omgis av, men kan ha en indirekte påvirkning dersom det har en betydning for opplevelsen til individet.

Livskvalitet handler ikke om hva slags situasjoner en er gjennom i løpet av livet, men hvordan en opplever og håndterer den (Kristoffersen, 2016, s. 56-57).

1.5 Oppgavens oppbygging

I teorikapitlet skriver vi om tema som omhandler resten av oppgaven. Temaene i kapitlet handler om barns innleggelse på sykehus, familiesentrert omsorg, samarbeid mellom foreldre og helsepersonell, og om Kari Martinsens omsorgsfilosofi. I metodekapitlet beskriver vi hvordan vi har gått frem ved søking og valg, samt analyse av artiklene. I resultatkapitlet har vi kommet frem til tre hovedkategorier med sine underkategorier som vi skriver om i kapitlet. Videre har vi diskusjonskapitlet. Her diskuterer vi den anvendte metoden og resultatene fra artiklene i lys av teori, supplerende artikler, og vår egen erfaring.

Avslutningsvis gir vi konkrete forslag til sykepleiepraksis.

2.0 Teorikapittel

2.1 Barns innleggelse på sykehus

Når barn blir innlagt på sykehus og er sykt, kan det ofte føre til blant annet uforutsigbarhet, frykt, usikkerhet, ubehag og smerter. Det fører igjen til stress hos både barnet og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Familiens trygge, stabile og forutsigbare hverdag blir preget av uforutsigbarhet og nye rutiner. Familien opplever også mye venting, ubehag og eventuelt skremmende opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). For at barnet og foreldrene skal få oppleve et trygt og forutsigbart miljø er det en forutsetning at de blir møtt med respekt og anerkjennelse av personalet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67).

Ved barns innleggelse har barnet rett på å ha med seg minst én omsorgsperson under hele oppholdet. Er barnet alvorlig sykt eller har en livstruende sykdom, skal begge foreldrene få være hos barnet. Ved foreldrenes tilstedeværelse skapes det en trygghet og barnets toleranse for stress øker. Det er viktig at foreldrene er til stede for barn i alle aldre (Grønseth & Markestad, 2017, s. 72).

Foreldrene kan ved barnets innleggelse bli usikre, engstelige og stresset når barnet lider eller er redd og engstelig. Hvis foreldrene ikke kan bidra mye i omsorgen kan de kjenne seg utilstrekkelige og hjelpeløse. For at foreldrene skal føle at de har en viss kontroll over situasjonen til barnet, og for at de skal kunne delta så mye som de ønsker i omsorgen, trenger foreldrene mye informasjon og veiledning. Det er viktig å berolige foreldrene, fordi foreldres stress kan føre til stress og engstelse hos barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Hvis foreldrene har en åpen og god kommunikasjon med helsepersonell, og får følelsesmessig støtte og god informasjon om barnets tilstand, kan foreldrene selv føle seg trygge. Dette kan igjen bidra til å gjøre barnet trygt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87-88). For at foreldrene skal kunne bevare sin foreldrerolle ved innleggelse ønsker de fleste foreldrene å ivareta grunnleggende omsorg til barna, som for eksempel å stelle, trøste, støtte og være tilgjengelige for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 91).

2.1 Familiesentrert omsorg

Ved familiesentrert omsorg har man et felles mål om å gjøre det beste for barnet, og det kan tilstrebes ved at omsorgen er preget av et nært samarbeid mellom familien og helsepersonellet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Når en tar i bruk familiesentrert omsorg som

arbeidsmetode bidrar en til at foreldrene kan være med å ta beslutninger om barnets pleie, behandling, omsorg og oppfølging av barnet. For å få til et likeverdig samarbeidsforhold mellom foreldre og helsepersonell er det viktig å bygge opp tillit til hverandres kompetanser. Det er viktig å ha respekt for at partene har forskjellige ønsker og behov, og det er viktig å dele informasjon med hverandre. Grønseth & Markestad (2017, s. 88) har vist at familiesentrert omsorg har positive effekter med blant annet bedre kommunikasjon mellom partene, at de har økt forståelse for pasientens situasjon, økt tilfredshet med helsetjenestene og økt livskvalitet ved kronisk sykdom.

For å anvende en god familiesentrert omsorg må man ha en åpen kommunikasjon, god informasjon, og en felles forståelse av situasjonen både for helsepersonell, familien og barnet. Det er viktig at sykepleierne kartlegger familiens kunnskaper om helse, sykdom og behandling, og foreldrenes tidligere erfaring med sykdommer hos barn, før man gir informasjon. Det er altså viktig å tilpasse informasjonen til hvert individ. Når en har en felles forståelse av sykdom, behandling og det som skal skje videre, minskes misforståelser for barnet og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

2.2 Samarbeid mellom foreldre og helsepersonell

Det er viktig å tilstrebe en god kommunikasjon med foreldrene. Det er avgjørende at sykepleierne er tilgjengelige, at de viser at de er der for dem. Det kan sykepleierne gjøre ved å spørre om det er noe de lurer på, lytte til det de sier og spørre om de kan fortelle hva de ønsker og mener. Det er også en nødvendig forutsetning at foreldre, og helsepersonell har gjensidig respekt for hverandres ulike kompetanser, ønsker, syn og tradisjoner (Grønseth & Markestad, 2017, s. 90). Ved informasjonsutveksling er det viktig å ikke bruke faguttrykk. En skal bruke enkle og forståelige setninger, og gi ærlig og realistisk informasjon. Det kan bidra til at foreldre opplever kontroll og mestrer situasjonen bedre (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Viktig informasjon om for eksempel prosedyrer og behandling bør i tillegg gis skriftlig. Når foreldrene får god forståelse for sykdommen og behandlingen reduserer det stress og øker mestring. Sykepleierens oppgave er å hjelpe foreldrene til å forstå informasjonen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89).

Under innleggelsen har foreldrene et behov for å bli sett og anerkjent. Det oppleves godt og omsorgsfullt når sykepleieren viser at de ser foreldrene i den vanskelige situasjonen, og bryr seg om hele familien. Det blir lettere for foreldrene å føle at barnet blir tatt godt vare på

dersom de føler at sykepleieren er der for de, og at de er opptatt av at foreldrene skal mestre situasjonen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). “Foreldrene bør oppmuntres til å søke støtte hos venner, familie og støttegrupper. Å snakke med andre i samme situasjon som dem selv oppleves ofte godt” (Grønseth & Markestad, 2017, s. 90).

Under sykehusoppholdet er det viktig at sykepleieren og foreldrene skaper et tillitsfullt og godt forhold. Det er nemlig opplevelsen av god kommunikasjon og en empatisk holdning fra helsepersonellet som utgjør tilliten og tilfredsheten med sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 92). Når barnet skrives ut er det viktig at foreldrene har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter for å kunne ivareta ansvaret for barnet. Informasjonen som blir gitt før utskrivelse må være konkret (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89).

2.3 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsens omsorgsfilosofi og etikk er tett knyttet til pasientens egen opplevelse av helse, velvære og livslyst (Kristoffersen, 2016, s. 53). Begrepet omsorg deler Martinsen inn i 3 dimensjoner; det relasjonelle, praktiske og moralske (Martinsen, 2005, s. 135). I oppgaven videre vil vi fokusere på den relasjonelle dimensjonen ved Martinsens omsorgsfilosofi. Denne filosofien bygger på at relasjonen er det mest grunnleggende i menneskelivet og derfor er vi avhengige av hverandre (Kristoffersen, 2016, s. 55-56).

Når omsorg blir gitt i en relasjon mellom to mennesker kan dette resultere i livsytringer som tillit, empati, åpenhet og barmhjertighet (Martinsen, 2005, s. 138). Tillit, en av livsytringene, er grunnleggende i alle samtaler og i ens holdning til andre. Å vise tillit vil si å våge å utlevere seg selv for å bli møtt av den andre. Uten tillit blir opplevelsen utrygg for begge parter, og i sykepleien er det svært viktig å ha tillit for å kunne formidle omsorg (Martinsen, 2005, s. 142-143).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan en skal gå frem for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Metoden kan hjelpe oss til å samle inn informasjon og belyse spørsmålene våre slik at vi kan undersøke hensikten vår på en faglig og god måte (Dalland, 2017, s. 111). Den ene metoden er kvantitativ, den gir oss informasjon i form av målbare enheter. Den andre er kvalitativ metode, som gir informasjon om meninger og opplevelser fra enkeltpersoner. Metoden utføres gjerne gjennom intervju, som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017, s. 112). Man velger metode ut fra hva man ønsker å undersøke. Ved en kvantitativ metode går man i bredden ved å hente litt opplysninger fra mange ulike personer som er med i undersøkelsen. En bruker gjerne spørreskjema der en ønsker å få frem det som er felles. Ved kvalitativ metode går man i dybden og får mange opplysninger fra få personer. Her ønsker en å få frem sammenhenger og eventuelt det ensartede på området (Dalland, 2017, s. 113).

Friberg (2017, s. 141-142) forteller at litteraturoversikt handler om å finne eksisterende forskning og få en oversikt over hva som ble studert i artikkelen. Ved integrativ litteraturoversikt foretas det en datareduksjon der en velger ut artikler som omhandler hensikt og problemstilling. En får oversikt gjennom tabeller over de utvalgte artiklene, og sammenligner artiklene ved å se på likheter og ulikheter. Til slutt validerer en artiklene der fokuset er rettet mot å fremstille resultatene fra de ulike studiene til en ny oversikt (Friberg, 2017, s. 150).

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Valg av søkestrategi

For å finne empiriske studier som samsvarte med oppgaven, utførte vi et strukturert litteratursøk. Det innebærer å finne inklusjons- og ekskluderingskriterier som avgrensar søkeresultatet. Vi ønsket forskning som var publisert i nyere tid, da det er viktig med oppdatert informasjon i sykepleien. Disse skulle finne sted på et sykehus med vestlig kultur, da vi ønsket informasjon fra helsesystem som er sammenlignbart det vi har i Norge. Artiklene måtte være fagfelleverderte forskningsartikler for å sørge for at kunnskapen var av god kvalitet. Når forskningen er av nyere tid, og studien er fra et sykehus med vestlig kultur, vil den kunne være overførbart til det norske helsevesenet. Vi valgte å ikke spesifisere alder på barn videre enn 0-18 år da vi ønsket å inkludere alle aldre. Vi ønsket derimot ikke artikler

basert på forskning om palliative barn, da vi mener alvorlighetsgraden kan kreve en annen type omsorg og sykepleie.

3.2.2 Valg av databaser

Under valget av fagfelleverderte artikler søkte vi i flere relevante databaser. Gjennom biblioteket sine nettsider var det mange databaser å utforske, som for eksempel Swemed+, Cinahl, Pubmed og British Nursing Index. Alle disse inneholdt aktuelle forskningsartikler på områder innen sykepleie. Vi søkte gjennom alle de nevnte databasene, og brukte mange ulike søkestrategier. På Pubmed og British Nursing Index fikk vi verken gode resultater eller relevante artikler. Vi fant mest relevante artikler til vårt tema på Swemed+, Sykepleien.no og Cinahl. Her fikk vi et bredt utvalg av empiriske studier som var relevant for vår oppgave.

3.2.3 Valg av søkeord og artikler

For å finne forskningsartikler som belyste vårt tema trengte vi gode søkeord. Vi ønsket å finne artikler som omhandlet foreldre til barn som var innlagt på sykehus og hvordan de opplevde dette. Vi kom fram til disse søkeordene: “barn, foreldre, pårørende, sykehus, sykepleiers rolle, relasjon, familiesentrert omsorg, opplevelse og syk*” og deres engelske ekvivalenter. Disse søkeordene ble satt sammen med AND/OR i ulike kombinasjoner for å finne artikler. Med utgangspunkt i dette fikk vi opp mange artikler i databasene. Ved å avgrense videre til fagfelleverdert forskning, utgitt innen tidsperioden 2011-2021 og utført i et land med vestlig kultur fikk vi innsnevret søket vårt.

På Swemed+ brukte vi søkeordene “foreldre OR pårørende AND barn AND sykehus”, avgrenset til utgivningsår 2011-2021 og til fagfelleverderte tidsskrifter. Etersom at Swemed+ er en database basert på skandinaviske tidsskrifter er det ikke behov for å avgrense mer geografisk. Med dette søket fikk vi 17 resultater der fem var relevante for oss da de tok for seg foreldreperspektivet under sykehusinnleggelse av deres syke barn. Herfra har vi artikkel 3, 5, 6 og 7. Tre av disse har vi tatt med som supplerende artikler. Den femte relevante artikkelen ble ikke tatt med videre, noe som vi forklarer lengre nede i delkapittelet.

For å finne flere artikler prøvde vi med andre kombinasjoner av søkeordene. Inne på Sykepleien.no endte vi opp med søkeordene “foreldre AND opplevelse AND sykehus”. Vi

begrenset det til forskning utgitt fra 2011 til 2021 og fikk 19 treff. To av artiklene var relevant til vårt tema og hadde foreldreperspektivet, slik fant vi artikkel 2 og 4.

For å søke etter artikler fra andre land brukte vi databasen Cinahl. Vi forsøkte ulike variasjoner av søkeord, og endte opp med “child, hospitalized AND parent-child relations AND pediatric nursing”. Vi begrenset søket med å avgrense til fagfelleverderte forskningsartikler som ble publisert i tidsrommet 2011-2021 og omhandlet forskning fra et land med vestlig kultur. Dette søket gav oss åtte artikler, der fire av de omhandlet foreldreperspektivet. Vi endte opp med artikkel 1 som vi inkluderte da denne traff på alle våre kriterier. De andre artiklene i søket ble ekskludert da de var basert på land uten vestlig kultur. Artikkelen måtte vi senere forkaste som forklart nedenfor.

Vi utførte et nytt søk på Cinahl. Vi brukte spesifikke søkeord da vi ville ha en artikkel med et spesifikt innhold. Vi ønsket en artikkel med sykepleierperspektivet på familiesentrert sykepleie med kvalitativ metode. Dermed forsøkte vi ulike kombinasjoner av aktuelle søkeord og kom frem til “Professional-Family Relations AND nursing role AND family centered care AND qualitative NOT palliative”. Vi begrenset søket til fagfellevurdert forskning og artikler publisert i tidsrommet 2011-2021. Med dette fikk vi 17 treff. Åtte av disse forkastet vi grunnet den geografiske bakgrunnen. Vi forkastet videre seks artikler da deres forskningsområde ikke stemte med vårt område. Dermed satt vi igjen med tre artikler som var relevante for oss. Etter en gjennomlesning av disse forkastet vi en av artiklene da den var basert på eldre litteratur. En annen ble forkastet fordi studien ble utført på en intensivavdeling for både voksne og barn, der sykepleierne ikke var spesialiserte innen barnepleie. Vi endte til slutt opp med artikkel 1 som omhandlet intensivsykepleiere på barneintensiven.

Når vi gikk gjennom artiklene var vi kritiske til flere aspekter. En av aspektene var tidsskriftet artiklene var publisert i. Vi undersøkte om artiklene var fagfelleverderte og troverdige, og om de omhandlet helsefag. Et annet aspekt var forfatterne av artiklene. Vi utførte et sekundærsøk, der vi undersøkte hvilken utdanning og arbeidserfaring forfatterne hadde, og om det var aktuelt for det artikkelen handlet om. Videre så vi på om sykehusene studiene hadde blitt utført på var autoriserte sykehus. Når vi leste gjennom artiklene vurderte vi om artikkelen var aktuell for vårt formål, og om den var pålitelig. Det gjorde vi ved å undersøke hva forfatterne forsket på og hvilken metode som ble brukt. Videre så vi hva slags eksklusjonskriterier de

hadde og hvordan deltakerne ble valgt ut. Vi undersøkte også om artikkelen fulgte krav om innhold og form etter IMRaD-struktur (Dalland, 2017, s.79-80).

Etter gjennomgang av alle våre artikler fant vi ut at mesteparten av artiklene tilfredstilte våre krav og belyste vårt tema. Vi ønsket både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, da vi ønsket å belyse vårt tema fra ulike metoder. Vi leste tre artikler som ikke tilfredstilte oss med tanke på vårt tema. Disse artiklene hadde hovedfokus på selve undersøkelsesmetoden og ikke på deltakernes opplevelse, i tillegg hadde den ene artikkelen et helsevesen med en annen kultur enn norske sykehus, noe som påvirket resultatet i undersøkelsen. Disse artiklene ble ekskludert. Vedlegg 1 viser en oversikt over artiklene vi har tatt med i oppgaven.

3.3 Analyse av artikler

Slik Friberg forklarer en integrativ litteraturoversikt (Friberg, 2017, s. 150), utførte vi en stegvis prosess for å få artiklene og deres innhold til å gå fra en helhet til en del, og deretter til en ny helhet. Dette gjorde vi ved å lese grundig gjennom artiklene flere ganger og satte de mest aktuelle resultatene inn i en tabell, som er presentert i tabell 1. Slik kunne vi tydelig se likheter og ulikheter mellom studiene, også om resultatene var relevante for oppgaven og om de bidro til å belyse vår hensikt. Vi sammenlignet resultatene for å finne karakteristika og mønstre som studiene delte. Som resultat av dette analysearbeidet kom vi frem til tre hovedkategorier med sine underkategorier. Disse blir presentert og utdypet i resultatkapittelet. Vi mener at disse hovedkategoriene og deres underkategorier er relevante for problemområdet og hensikten vi ønsker å belyse i vår oppgave.

4.0 Resultater

Gjennom analysen av forskningsartiklene kom vi frem til data som vi sorterte inn i tre hovedkategorier med sine underkategorier. Disse kategoriene er fremstilt i følgende tabell, tabell 1, med utdyping av innholdet gjennom kapittelet.

Tabell 1

Hovedkategorier	Underkategorier
<i>Å skape en relasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Å etablere en relasjon basert på empati • Å se den enkelte forelder
<i>Å gi mulighet for gjensidig informasjonsveksling</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Foreldres behov • Informasjon og sykepleieperspektivet
<i>Å fremme mestring</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Å inkludere familien • Opplevd livskvalitet i familien og mestringsstrategier

4.1 Å skape en relasjon

Studiene til Trajkovski et al. (2012) og Moe et al. (2017) poengterer at det er et betydelig behov for å etablere en relasjon mellom sykepleieren og foreldrene. Det støttes også i studien til Sjuls & Johannessen (2015). Trajkovski et al. (2012, s. 2481) skriver:

“It’s important to build a meaningful relationship with the parents in order to assist these parents in a difficult time in their lives. Parents have no choice but to leave their babies in our hands so it’s important they feel as though they can trust us. In order to build this trust and meet their needs we need to develop a meaningful relationship”.

4.1.1 Å etablere en relasjon basert på empati

I studiene til Trajkovski et al. (2012, s. 2480) og Moe et al. (2017, s. 7) kom sykepleierne fram til at det er et sentralt behov å etablere en effektiv relasjon med foreldrene til det innlagte barnet. I Moe et al. (2017, s. 7) opplevde sykepleierne at foreldre verdsatte når de viste dem empati, og at dette førte til at de viste mer tillit i samtale med sykepleierne. Dette støttes av studien til Trajkovski et al. (2012, s. 2481) der sykepleierne forteller at de brukte samtaler som et virkemiddel i relasjonsbyggingen. I samtalen snakket sykepleierne om barnet og dets

pleie men også om subjekt utenfor barnets pleie som for eksempel familiens hverdag. Det kunne hjelpe foreldrene til å slappe mer av i situasjonen (Trajkovski et al., 2012, s. 2481). Foreldrene i Sjuls & Johannessen (2015, s. 252) støtter opp dette da de opplevde det som godt da sykepleieren tok bort oppmerksomheten fra det syke barnet og snakket om andre tema. Videre fremhevet sykepleierne i studien til Moe et al. (2017, s. 7) at for å kunne etablere en relasjon basert på empati måtte sykepleierne være oppmerksomme på foreldrene og ordlegge seg slik at foreldrene kan forstå hva de formidlet og ikke ha en “bedreviter-holdning” over foreldrene, i tillegg til å støtte og oppmuntre under samtalen. Sykepleierne i Sjuls & Johannessen (2015, s. 252) oppfordret foreldrene til å spørre når de ikke forstod hva som ble sagt.

Resultatene som kommer frem i Moe et al. (2017, s. 7) mener det er viktig at sykepleierne er bevisst på at foreldrene står i en vanskelig posisjon. Når de er oppmerksomme på dette vil de kunne vise empati for foreldrene og danne et godt grunnlag for en relasjon. Samme artikkel slår fast at den opplevde krisen kan vise seg gjennom ulike uttrykk i reaksjonene til foreldrene, spesielt ved separasjon fra barnet. Det er viktig at sykepleieren er åpen og tolerant for disse uttrykkene. Ved situasjoner der sykepleieren vet at det kommer til å gå bra med barnet, må de huske på at det ikke er sikkert at foreldrene er klar over det (Moe et al., 2017, s. 7). I Sjuls & Johannessen (2015, s. 251) forteller foreldrene at å ha barnet sitt innlagt på intensivten oppleves som det mest dramatiske de hadde opplevd, og enkelte forteller at de var i en krise. Videre skriver de at foreldrene ble frustrerte og sinte når de ble møtt negativt av enkeltpersoner. Hvordan personalet var som personer hadde en betydning for om foreldrene stolte på de eller ikke (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 251-252). Moe et al. (2017, s. 7) hevder at å etablere en empatisk relasjon med foreldrene vil føre til at sykepleieren har realistiske forventninger til foreldrene. Uten denne forståelsen mener de at foreldrene kan oppfattes som vanskelige fra sykepleierens perspektiv og at dette vil påvirke relasjonen på en dårlig måte.

4.1.2 Å se den enkelte forelder

I studien til Moe et al. (2017, s. 7) hevder de at i møtet og samtalen mellom foreldre og sykepleier er det viktig at foreldrene føler seg sett av helsepersonellet. Et eksempel de gir er at sykepleierne viser at de bryr seg om deres barn. Dette støtter studien til Sjuls & Johannessen (2015, s. 253). En forelder forteller:

“Når du er i en situasjon og sitter der og griner og synger, og noen andre sitter og tar på ditt barn og trøster. (...) jeg følte like mye det [helsepersonalet] var barnehagetanten

hans, som var like glad i ham som jeg er. Og når de klarer å formidle det til et barn som de aldri har sett før, det synes jeg er utrolig flott” (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 253).

Moe et al. (2017, s. 7-8) slår fast at å se den enkelte forelder må tilpasses til hvor foreldrene er i prosessen, ettersom behovet til foreldrene endrer seg i løpet av innleggelsen på sykehus. Foreldrene i Sjuls & Johannessen (2015, s. 251-252) bekrefter dette. I begynnelsen av oppholdet på intensivavdeling hadde foreldrene ikke et behov for å være alene med barnet, de var i en unntakstilstand. De fortalte at det følte trygt å ha personalet tilstede til enhver tid i begynnelsen. Lengre ut i oppholdet følte de seg derimot mer avslappet uten personalet til stede.

Trajkovski et al. (2012, s. 2481) hevder at hver familie kommer inn med sine egne erfaringer, kunnskap, kultur og personligheter, noe som gjør at familien har ulike, særegne behov. Det er viktig for sykepleierne å bli kjent med foreldrene for å kunne gi sykepleie som er tilpasset familiens individuelle behov (Trajkovski et al., 2012, s. 2480). Moe et al. (2017, s. 8) mener det er nødvendig at sykepleierne har muligheten til å ha foreldrene i fokus for å bli kjent med dem. Foreldrene i Sjuls & Johannessen (2015, s. 252) følte at de var blitt involvert i vurderinger og behandling av barna, at helsepersonellet hadde tatt vare på dem og gitt omsorg.

4.2 Å tilrettelegge for gjensidig informasjonsutveksling

Studiene til Sigurdardottir et al. (2017) og Sjuls & Johannessen (2017) tar for seg foreldrenes perspektiv og behov når det gjelder informasjon. Moe et al. (2017) beskriver sykepleierens meninger og erfaringer ved informasjonsutvekslingen. Dette blir også tematisert i Trajkovski et al. (2012). “Without parents you can’t have babies. You can’t exclude them because they brought us the baby so they need to understand what’s going on and they need to feel involved” (Trajkovski et al., 2012, s. 2481).

4.2.1 Foreldres behov

I studien til Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) kommer det fram at mødre som har et barn med kronisk sykdom og som enten deltok i en støttegruppe eller hadde fått informasjon om barnets sykdom, opplevde en påfallende høyere grad av støtte til familien. Det kommer også frem at mødre med tidligere innlagt barn har markant høyere tilfredshet med helsevesenet for blant

annet informasjon og kommunikasjon, i motsetning til mødre som ikke har hatt barn innlagt på sykehuset tidligere. Det viste ingen forskjell blant fedrene i samme undersøkelse når det gjaldt tilfredshet med helsevesenet og opplevd støtte til familien fra helsevesenet. Å ha mottatt god informasjon om barnets sykdom var en viktig forutsetning for god opplevd familiestøtte (Sigurdardottir et al., 2017, s. 246-247). I studien til Sjuls & Johannesen (2015, s. 252) kommer det frem at alle foreldrene hadde både positive og negative opplevelser rundt temaet informasjon. Det som opplevdes som viktig for foreldrene var å få direkte, oppriktig og troverdig informasjon. Foreldrene i artikkelen opplevde den faglige kompetansen som høy. Dette ble forsterket når personalet anerkjente sin kompetanse eller mangel på kompetanse og konfererte med andre helsepersonell. På den andre siden likte foreldrene ikke at diskusjoner mellom flere faggrupper ble tatt foran sengen til pasienten. Noen av foreldrene i studien til Sjuls & Johannesen (2015, s. 252) opplevde det også som vanskelig å forholde seg til mange ulike mennesker. Alle foreldrene opplevde derimot å bli tatt på alvor. En av foreldrene i studien sa "Det følte som de var veldig grundige. Det er ikke noe de tok lett på. Det er ikke sånn at jeg følte at de ikke tok meg på alvor" (Sjuls & Johannesen, 2015, s. 252).

4.2.2 Informasjon og sykepleieperspektivet

I studien til Moe et al. (2017, s. 8) mente sykepleierne at det var avgjørende å legge til rette for gjensidig informasjonsutveksling for å kunne gi foreldrene innsikt i barnets situasjon. Sykepleierne kunne da tilpasse informasjonen til den enkelte forelder etter deres behov og forutsetning. Sykepleierne i studien ga informasjon fortløpende under oppholdet. De informerte om viktigheten for at foreldrene var hos barnet og hva de mente var best for barnet.

Sykepleierne i studien til Moe et al. (2017, s. 8) mente at foreldrene ikke fikk med seg all informasjonen som ble gitt. Det var da viktig å kjenne foreldrene godt slik at de kunne gi informasjon som var av betydning for den enkelte. Sykepleierne måtte lytte aktivt og forsikre seg om at de hadde forstått foreldrene og deres ønsker (Moe et al., 2017, s. 8). Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) bekrefter viktigheten av at foreldrene forstår informasjon som ble gitt.

4.3 Å fremme mestring

Studiene til Trajkovski et al. (2012) og Sjuls & Johannesen (2015) belyser hver sitt perspektiv av familiens inkludering i omsorgen til barnet. Studien til Sigurdardottir et al.

(2017) forteller om hvordan familien til det syke barnet opplever livskvaliteten innad i familien. Mens Moe et al. (2017) legger fram mestringsstrategier som sykepleierne kan ta i bruk for å støtte familien. Her støtter Sigurdardottir et al. (2017) mestringsstrategiene med foreldreperspektivet. Trajkovski et al. (2012, s. 2481) skriver:

“Parents are more knowledgeable of how things go, so they don’t demand in the sense that, “I want it done now”, but they want to get involved. They want to work with you for that common goal. They realise: “I can’t do the intensive stuff, but I can do other stuff. I can do the nurturing stuff””.

4.3.1 Å inkludere familien

Trajkovski et al. (2012, s. 2481) mener at det er en viktig del av sykepleierens rolle å gi informasjon, veilede og involvere familien i den daglige pleien av barnet. Samme artikkel slår fast at familien kan bidra mye til den fysiske pleien til barnet, og sykepleiere forstår at familien ønsker å bli involvert. I studien til Sjuls & Johannessen (2015, s. 252) bekrefter foreldrene at de følte seg velkomne på avdelingen og hadde valget om å være med barnet så mye som de selv ønsket. Foreldrene følte at det var viktig å være med barnet, og at personalet tilrettela for dette. Dette opplevdes ekstra viktig når barnet var kritisk sykt (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 252).

I studien til Trajkovski et al. (2012, s. 2480) understreket sykepleierne viktigheten av å bli kjent med foreldrene for å kunne gi individualisert pleie som er tilpasset familiens behov. Videre poengterte sykepleierne at hele familien må bli inkludert, begge foreldre, eventuelle søsken og besteforeldre. Det var viktig for sykepleierne at fedre er like mye med på avdelingen som mødre. For å inkludere hele familien fikk de tilbud om å være med i omsorgen, noe sykepleierne i studien mener de har blitt flinkere til å tilby (Trajkovski et al., 2012, s. 2481). Studien slår fast at å involvere familien skjer gjennom innleggelsen, og at det krever deltakelse og bidrag fra mange parter i det tverrfaglige samarbeidet.

Sykepleierne i studien til Trajkovski et al. (2012, s. 2481) forteller om den “riktige” tiden å involvere foreldrene. Dette ble vurdert ut ifra individuelle omstendigheter og behov, men generelt var den beste tiden å involvere familien når sykepleieren skulle utføre oppgaver. Sykepleierne i studien ønsket å involvere foreldrene, samtidig som de ønsket å beholde kontrollen over omsorgen til barnet. Det var dermed nødvendig å finne en gylden middelvei mellom foreldrene og sykepleier (Trajkovski et al., 2012, s. 2482).

I studien til Trajkovski et al. (2012, s. 2483) forteller sykepleierne at ved å kommunisere, gi forklaringer og å inngå kompromiss med foreldrene kunne sykepleierne tilpasse barnets pleie til foreldrenes tidsplan. I tillegg kunne de vite hvordan de skulle gi oppdateringer om barnets fremgang. Studien slår fast at dersom deltakelse i pleien skulle kunne gjennomføres måtte foreldrene være punktlig til de avtalte tidene. Foreldrene burde prioritere en daglig tilstedeværelse på avdelingen for å være en del av familiesentrert pleie. Sykepleierne opplevde at familiesentrert pleie ofte ble gitt sporadisk avhengig av hvor involverte familiene var. Studien la frem at mangel på retningslinjer for ansatte, hvor godt familien og sykepleieren samarbeidet, og utilstrekkelig tid påvirket også familiesentrert sykepleie. Sykepleierne i studien poengterte at de var i en posisjon over foreldrene der de bestemte hva foreldrene kunne gjøre og ikke gjøre. Det kunne gjerne ta motet fra foreldrene, men de mente at det til tider var nødvendig for barnets skyld (Trajkovski et al., 2012, s. 2482-2483).

Sykepleierne i Trajkovski et al. (2012, s. 2482) følte et ansvar for å forberede foreldrene på hvordan livet deres ville komme til å bli etter utskrivelse. Deres ansvar lå i å ta vare på barnet og samtidig ta vare på foreldrene under innleggelse. Studien kom frem til at under innleggelsen skjedde det en endring i rollene over tid. I starten av innleggelsen følte foreldrene ofte på redsel og bekymring, som ofte gikk over til at foreldrene følte seg mer selvhjulpne og mer kapabel til å ta vare på sitt barn ved utskrivelse. I starten hadde sykepleierne kontroll på pleien, med lite involvering av foreldrene. Dette endret seg til at foreldrene var de som gav pleie til barnet, med støtte fra sykepleierne (Trajkovski et al., 2012, s. 2482).

4.3.2 Opplevd livskvalitet i familien og mestringsstrategier

I studien til Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) viser resultatene at mødre som har barn med kronisk sykdom opplever lavere livskvalitet sammenlignet med mødre som ikke har barn med kronisk sykdom. For fedrene viser resultatene ingen forskjell. Derimot viser resultatene at begge foreldre opplever lavere livskvalitet når barnet har vært innlagt på sykehus tidligere. De foreldrene som hadde barn som tok faste medikamenter, og familier som trengte umiddelbar støtte fra profesjonelt helsepersonell opplevde lavere livskvalitet (Sigurdardottir et al., 2017, s. 246).

I resultatene i artikkelen til Moe et al. (2017, s. 9) hevdes det at når barn blir innlagt på sykehus havner foreldrene i en ukjent situasjon som kan føles både uoversiktlig og ubehagelig. De mener at det er viktig at sykepleierne tilbyr foreldrene samtaler. I samtaler oppmuntres foreldrene til å fortelle om deres opplevelser og erfaringer, og å gjengi deres versjon av det som har skjedd. I studien stiller sykepleierne oppfølgingsspørsmål, for eksempel om hva foreldrene følte eller tenkte om det som ble snakket om. Sykepleierne mente det ville hjelpe foreldrene å sette ord på hvordan de hadde det og hva de tenkte på (Moe et al., 2017, s. 9). I studien til Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) forteller mødre at det hjalp å delta i en støttegruppe. Mødrene i støttegruppen opplevde en større støtte til familien, enn mødre som ikke var en del av en støttegruppe. I studien til Moe et al. (2017, s. 9) informerte, veiledet og diskuterte sykepleierne hvordan foreldrene kunne ta del i omsorgen. Det var med på å gi foreldrene mestringfølelse og fremme tilknytning til barnet. Når sykepleierne ikke klarte å møte foreldrenes behov kunne det føre til usikkerhet og stress, noe som var en uheldig opplevelse for begge parter (Moe et al., 2017, s. 9).

Studien til Sjuls & Johannesen (2015, s. 252) tar utgangspunkt i foreldreperspektivet. Foreldrene forteller at sykepleierne la til rette for at de fikk være hos barnet sitt så mye de ønsket, noe som de opplevde som svært nødvendig. Flere av foreldrene opplevde at de kunne bearbeide det de hadde vært igjennom, når de hadde fått være med barnet sitt. Foreldrene i studien poengterte også at det var de som kjente barnet sitt best. De var imidlertid klar over at det de trodde var bra, nødvendigvis ikke var det beste. De beskrev at det var godt å få være med å delta i den daglige omsorgen til barnet. En forelder forteller "Så kan en få gjøre noe, om det så bare er å dra av et plaster eller tørke med en klut eller noe sånt. Det er så godt å gjøre noe" (Sjuls & Johannesen, 2015, s. 252).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet har to deler; metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi ta for oss integrativ litteraturoversikt som metode for hvordan den har bidratt til å belyse vårt tema i oppgaven. Her vil vi også kritisere våre kilder og diskutere artiklenes relevans og gyldighet. I resultatdiskusjonen tar vi for oss resultatene våre i lys av teori og egne erfaringer.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for studiene

Våre utvalgte studier er basert på landene Norge, Island og Australia. Vi ønsket å finne forskning som var sammenlignbart med norsk helsevesen, og i utgangspunktet ønsket vi forskning som var utført i Skandinavia. Vi tenkte at forskningen fra Skandinavia ville ha informasjon som enkelt kunne blitt generalisert for vår oppgave, men vi fant ikke artikler som dekket dette når vi søkte i skandinaviske databaser. Dermed ble søket utvidet til andre land. Vi brukte databasen Cinahl for å søke etter artikler som var basert på land med vestlig kultur. Både Island og Australia ansees å være land med godt etablert helsevesen bestående av personell med høy utdanning og avansert medisinsk behandling. Vi mener at det kan trekkes linjer mellom studier som er utført i disse landene til Norge. Selv om det ble brukt artikler fra land utenfor Skandinavia føler vi at det ble gjort et hensiktsmessig utvalg for vår oppgave som kan sammenlignes med det norske helsevesen.

Vårt ønske for forskningsarena til studiene var der barna ble innlagt på sykehus. Vi ønsket også at studiene ble utført på et sykehus eller en avdeling med helsepersonell som var videreutdannet og/eller har erfaring med barn. Vi ønsket å basere oppgaven på sykehus fordi en innleggelse vil være ukjent og potensielt skremmende for foreldrene. Vi vil påstå at det er på sykehuset foreldrene vil ha størst behov for støtte fra sykepleierne. Studien til Trajkovski et al. (2017) og Moe et al. (2017) inkluderte kun avdeling for nyfødt intensiv, mens studien til Sjul & Johannesen (2015) ble utført på en intensivavdeling. Studien til Sigurdardottir et al. (2017) ble utført på flere avdelinger på barnesykehuset Landspítali - The National University Hospital in Iceland.

5.1.2 Forskerens bakgrunn

I analysen av artikklene ble studienes validitet undersøkt ved å se på forfatterens utdanningsbakgrunn. Alle artiklene vi har valgt har sykepleiere som hovedforfattere. Flere av

artiklene har flere forfattere, der de fleste er sykepleiere. Noen av artiklene har forfattere innen andre områder enn helse, som for eksempel førsteamanuensis innen forskning og undervisning, eller konsulent innen statistikk. Flere av sykepleierne har videreutdanning i form av master eller doktorgrad. Videreutdanningen består av blant annet jordmor, barnesykepleier, nyfødt- og intensivsykepleier. Det er også flere forfattere som er lektorer innen helsefag, har doktorgrad for forskningsgrupper innen familienes helse og er familieterapeuter.

5.1.3 Studienes deltakere

Våre valgte artikler tar for seg både foreldre- og sykepleierperspektiv. I studiene til Trajkovski et al. (2012) og Moe et al. (2017) har de et sykepleierperspektiv, og i Sigurdardottir et al. (2017) og Sjuls & Johannessen (2015) har studiene foreldreperspektiv. Antall deltakerne i studiene varierte med 5 til 219.

I Trajkovski et al. (2012) bestod deltakerne av 33 sykepleiere som jobbet på nyfødt intensiv. Blant deltakerne var det en sykepleierpedagog og sykepleiere fra avdelingen. Arbeidserfaringen hos deltakerne var fra nyutdannede sykepleiere til sykepleiere med 15 års erfaring på den aktuelle avdelingen (Trajkovski et al., 2012, s. 2479). Artikkelen sa ikke noe om inklusjonskriteriene til deltakerne, men alle måtte jobbe på avdelingen under studien. Vi vil påstå at det er en svakhet for gyldigheten til studien når de ikke har presisert inklusjonskriterier. Det kan også være en svakhet å inkludere sykepleiere som er nyutdannet, men på den andre siden kan resultatet representere hele personalgruppen. En negativ side ved denne artikkelen er at den ble publisert i 2012. Siden 2012 er det gjort mye forskning og det kan være vanskeligere å relatere resultatene i artikkelen til dagens helsevesen.

I Moe et al. (2017) deltok fem sykepleiere. Inklusjonskriteriene til studien var at deltakerne var spesialsykepleiere innen barnesykepleie, som fire av fem deltakere var. Sykepleiere med minst to års erfaring på nyfødtavdeling, som den siste deltakeren var, kunne også delta i studien. Studien kritiserer selv at det kun er inkludert fem deltakere med fem dybdeintervjuer. De forteller at det hadde vært ideelt å hatt med deltakere fra flere nyfødt intensivavdelinger. Imidlertid kan det være nok med tre dybdeintervjuer for en fenomenologisk studie (Moe et al., 2017, s. 12).

I Sigurdardottir et al. (2017) deltok 177 familier, 159 mødre og 60 fedre, som resulterte i 219 deltakere. Kun én av foreldrene måtte delta i studien, men i noen tilfeller deltok begge foreldre fra en familie. Foreldrene måtte kunne lese og skrive landets språk for å være aktuell for studien. Videre måtte barna til foreldrene være i alderen 0-18 år og mottaker av helsetjenester i en av avdelingene på sykehuset som inkluderer nyfødt-, akutt-, barne-, eller dag og poliklinisk avdeling. Det var krav til hvor lenge barnet måtte være på de ulike avdelingene for å bli inkludert i studien, og ved innleggelse på nyfødt avdeling måtte barnet være medisinsk stabil for å være aktuell for studien. Dersom foreldrene deltok i en annen studie ble de ekskludert (Sigurdardottir et al., 2017, s. 243). En svakhet er at de inkluderer dag og poliklinisk avdeling i studien deres, som ikke samsvarer med vårt formål. Til tross for dette er kravene for barn som behandles poliklinisk at barnet skal være på avdelingen gjentatte ganger som varer over fire timer per gang (Sigurdardottir et al., 2017, s. 243). Vi konkluderer med at artikkelen samsvarer for vår hensikt.

I Sjuls og Johannessen (2015) deltok fem mødre og en far. Studien har som inklusjonskriterier at barnet må være mellom 0-18 år, være innlagt på intensivavdelingen over tolv timer og foreldrene måtte snakke norsk. Dersom foreldrene ikke kunne snakke norsk eller barnet gikk bort under innleggelsen ble foreldrene ekskludert (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 249). Denne artikkelen kan vi også kritisere grunnet få deltagere. Artikkelen er derimot en kvalitativ studie, så få deltakere er forventet.

Vi mener at valg av deltakere og perspektiv i artiklene samsvarer med vår problemstilling og formål i oppgaven. Vi ønsket å belyse både foreldre- og sykepleierperspektivet og mener at vi har hatt et godt utgangspunkt ved å ha to artikler av hvert perspektiv. Det er ulike sider ved artiklene vi kritiserer. Under søken etter artikler valgte vi å ikke spesifisere alderen på barnet videre enn 0-18 år da vårt fokus var på foreldrene. Vi endte opp med to artikler som omhandlet nyfødte barn og to som omhandlet barn i aldersgruppen 0-18 år. At vi har to artikler som baserer seg på nyfødte barn kan ha påvirket resultatet til artiklene, men vi mener at resultatene kan generaliseres for de fleste barns innleggelser. En annen side vi vil kritisere er publiseringsdato. Denne kan påvirke hvor sammenlignbar artikkelens resultat er med dagens helsevesen. Videre vil få deltakere eller å basere studien på én avdeling påvirke hvor representativt resultatene er for den faktiske populasjonen.

5.1.4 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

Vårt formål i denne oppgaven er å belyse foreldrenes behov og hvordan sykepleiere kan støtte foreldre under barns innleggelse på sykehus. Vi ønsket å utvikle en forståelse i dybden der foreldres og sykepleiers opplevelser og meninger under innleggelsen ble fremlagt. Dermed gjorde vi et bevisst valg om å lete etter artikler med kvalitativ tilnærming.

Tre av våre utvalgte artikler er av kvalitativ tilnærming, og en av kvantitativ tilnærming. Artikkelen som er av kvantitativ tilnærming tok vi med i oppgaven da artikkelen gav oss en breddeforståelse for mange foreldres tilfredshet og opplevd støtte fra helsetjenesten. Ved å ha en artikkel av kvalitativ og en av kvantitativ tilnærming for å belyse foreldrenes perspektiv mener vi at vi har hatt et godt grunnlag av både dybde og bredde for å belyse foreldrenes behov under sykehusinnleggelse av deres barn. Vi har basert sykepleierperspektivet på kvalitative artikler da vi mener at det ikke er lett å få frem sykepleiernes meninger i et breddeperspektiv til en kvantitativ artikkel. For å finne ut hvordan sykepleierne kan støtte foreldre baserte vi perspektivet på kvalitative studier der sykepleiernes meninger og opplevelser ble utdypet. Vi mener at utvalget av artikler og deres metodiske tilnærminger har vært hensiktsfullt i belysningen av tema til tross for begrensninger i form av tid og ord i oppgaven.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Ved bruk av integrativ litteraturoversikt som metode sammen med våre fire forskningsartikler føler vi at vi har klart å svare på vår hensikt. Likevel har vi gjerne tatt med for få artikler for å svare på kompleksiteten rundt forskningens fagområde. På grunn av begrenset tidsaspekt mente vi likevel at vi kunne svare på oppgaven med fire utvalgte studier. Flere av våre forskningsartikler er skrevet på engelsk, dermed kan det være en mulighet for at vi har gått glipp av informasjon ved oversettelse av studien. Vi har kritisert både svake og sterke sider ved artiklene, og mener at de er godt representative og gyldige for vårt formål, som kan sammenlignes med helsetjenestene som blir utført i Norge.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med vår oppgave er å belyse hvilke behov foreldre til syke barn har ved innleggelse på sykehuset, og hvordan sykepleier kan støtte foreldrene under innleggelsen. Videre ønsker vi å øke sykepleiernes kunnskap og bevissthet når det gjelder å ta vare på foreldrene under innleggelsen, og hvordan det kan utføres. Opplever foreldrene å bli sett og tatt på alvor, kan det igjen skape trygghet for barnet og opplevelsen av innleggelsen vil gjerne øke tilfredsheten med helsetjenestene. For å besvare vår problemstilling har vi funnet og analysert fire aktuelle forskningsartikler. Fra resultatene til artiklene har vi kommet frem med tre hovedkategorier med deres respektive underkategorier. Disse hovedkategoriene tar for seg hvordan sykepleiere og foreldre kan skape en relasjon slik at sykepleierne kan se hvilke behov foreldrene har, bli en god ressurs for, og støtte foreldrene under oppholdet. For å skape denne relasjonen må man gi mulighet for gjensidig informasjonsutveksling. Videre vil det kunne fremme mestring hos foreldrene. I kapittelet vil vi diskutere resultatene med hjelp av teori, supplerende artikler og egne refleksjoner.

5.2.1 Å skape en relasjon

I teorikapittelet skriver vi om Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Filosofien bygger på at relasjoner er grunnlaget i menneskers liv, og det er relasjoner som er årsaken til at mennesker er avhengig av hverandre (Kristoffersen, 2016, s. 55-56). Når en gir omsorg sier Martinsen at det kan fremkalle livsytringer som tillit, medfølelse, barmhjertighet og åpenhet i en relasjon (Martinsen, 2005, s. 138). Samtlige av våre studier tematiserer relasjonen mellom foreldre og sykepleier som et tydelig behov.

Grønseth & Markestad (2017, s. 87) skriver at familiesentrert omsorg har som felles mål å gjøre det som er best for barnet. Familiesentrert omsorg bidrar til mer forståelse for situasjonen til pasienten. I tillegg bidrar omsorgen til høyere tilfredsstillelse med helsetjenestene og økt livskvalitet ved kronisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Dette kan fremmes ved at omsorgen blir grunnlagt på et nært samarbeid mellom helsepersonell og familien (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Artiklene Moe et al. (2017), Sjuls & Johannessen (2015) og Trajkovski et al. (2012) tematiserer behovet for relasjonsbygging mellom foreldre og sykepleier.

Som pårørende trenger foreldrene å bli sett og anerkjent. Sykepleieren må bekrefte, være der for foreldrene i situasjonen og vise empati for hele familien (Grønseth & Markestad, 2017, s.

89). Ifølge Martinsen (2005, s. 138) vil empati vise seg når omsorg blir gitt i en relasjon. Klarer sykepleieren å tilfredsstille dette oppleves det som god omsorg, både for foreldrene og barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). Dette bekreftes av sykepleierne i Moe et al. (2017, s. 7) og Sjuls & Johannessen (2015, s. 252-253). Martinsen (2005, s. 138) skriver videre at dersom sykepleier gir omsorg i en relasjon vil det fremkalle empati hos sykepleier og fremme tillit og åpenhet mellom sykepleier og foreldre. Dette støttes av foreldrene i Sjuls & Johannessen (2015, s. 252-253), de opplevde å bli sett av helsepersonell, for eksempel ved at sykepleieren viste empati for barnet. Sykepleierne opplevde videre at dersom de viste empati til familien ville det føre til at foreldrene var mer tillitsfulle i samtalen (Moe et al., 2017, s. 7). For at foreldrene skal bli møtt med anerkjennelse og oppleve innleggelsen som forutsigbar og trygg, mener vi at det må være en relasjon mellom foreldre og sykepleier. Denne relasjonen mener vi kan fremme individualisert omsorg til enkeltes behov. Å være bevisst på at foreldre er i en vanskelig situasjon vil kunne fremme empati hos sykepleieren. Videre kan det danne grunnlag for relasjon mellom partene som er preget av åpenhet og tillit.

I en situasjon der sykepleier vet at barnet kommer til å klare seg kan det hende at foreldrene ikke vet det. Når foreldre opplever en krise kan denne uttrykke seg i ulike reaksjoner. Foreldre i Sjuls & Johannessen (2015, s. 251) bekrefter denne opplevelsen. Vi tenker at dersom sykepleieren ikke ser foreldrene som et individ kan de overse en forelder i krise. Videre kan det føre til en unødvendig og uheldig opplevelse av situasjonen for foreldrene. Vi mener derfor at det er viktig at sykepleieren tar seg tid og lærer seg å kjenne foreldrene.

Videre er det viktig at partene har respekt for hverandres ulikheter når det gjelder kompetanse, ønsker og syn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 90). Sykepleierne i Trajkovski et al. (2012, s. 2481) tematiserer dette og poengterer at hver familie har særegne behov som resultat av dette. Ved å bli kjent med familien kan sykepleier gi omsorg tilpasset disse behovene (Trajkovski et al., 2012, s. 2480). Dersom sykepleier og foreldre har tid og mulighet til å danne en empatisk relasjon mener sykepleierne i Moe et al. (2017, s. 7) at de kan ha realistiske forventninger til foreldrene. Martinsen (2005, s. 142-143) mener at gjennom relasjonsbygging kan tillit og åpenhet oppstå. Har partene skapt en god relasjon, vet en hva en kan forvente av hverandre. Fra praksis har vi erfart at dette kan stemme. Det er lettere å se hvilke behov pårørende har og hva de kan trenge av omsorg når en har skapt en relasjon til dem.

For å få til et likeverdig samarbeidsforhold mellom helsepersonell og foreldre må partene ha

tillit til hverandres kompetanse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). God kommunikasjon og et empatisk syn har mye å si for tilliten mellom partene og hvor tilfreds familien er med sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 92). Tillit, åpenhet og empati tematiserer også Martinsen (2005, s. 138) i sin omsorgsfilosofi som resultat av relasjon og omsorg. Vi vil kritisere Grønseth & Markestads påstand om at foreldre og sykepleier kan få et likeverdig samarbeidsforhold gjennom tillit. Vi mener at sykepleier alltid vil ha en rolle overfor pasient og pårørende under en sykehusinnleggelse og at denne vil være en barriere for et likeverdig samarbeid. Dette tematiserer også Trajkovski et al. (2012, s. 2482-2483).

Sykepleierne i studien til Trajkovski et al (2012, s. 2481) og foreldrene i Sjuls & Johannessen (2015, s. 252) tematiserer samtaler som virkemiddel i etablering av en relasjon. Når sykepleierne snakket om tema utenfor barnets pleie ble oppmerksomheten tatt vekk fra det syke barnet. Det opplevde foreldrene som godt, og de følte seg mer avslappet. Sykepleierne i Moe et al. (2017, s. 7) tematiserte empati og den gode kommunikasjonen i relasjonen. De poengterte at sykepleierne måtte være oppmerksomme på foreldrene og ordlegge seg slik at foreldrene forstod informasjonen. I tillegg var det viktig at sykepleieren ikke hadde en bedreviter-holdning overfor foreldrene. Samtalen skulle støtte og oppmuntre foreldrene.

5.2.2 Å gi mulighet for gjensidig informasjonsutveksling

En innleggelse er, som nevnt i teorikapittelet, ofte en usikker og stressende situasjon for foreldre til syke barn. Å ha god informasjon og en åpen kommunikasjon mellom foreldre og sykepleier kan føre til at foreldrene opplever en viss kontroll og trygghet rundt barnets situasjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Foreldrene i studien til Sjuls & Johannesen (2015, s. 252) har erfart både negative og positive opplevelser ved kommunikasjonen. De fikk direkte, troverdig og oppriktig informasjon, følte de ble tatt på alvor og opplevde personalets kompetanse som høy. At personalet anerkjente sine grenser i egen kompetanse og konfererte med annet helsepersonell ble også opplevd som noe positivt av foreldrene. Derimot ble fagdiskusjoner mellom faggrupper ved sengekanten mottatt negativt av foreldre i studien (Sjuls & Johannessen, 2015, s. 252). Vi forstår det som at foreldrene ønsket at diskusjoner og konferering mellom personell skulle skje utenfor pasientrommet. Ettersom en innleggelse kan kreve mye av foreldrene, og at barnet kan være i en sårbar posisjon kan vi se for oss at det er negativt for familien å høre på slike diskusjoner. Ved diskusjoner kan fagpersonell oppfattes usikre og dermed ikke fremstå som en samlet enhet for pasienten og pårørende. Vi mener det

er bedre for pasient og pårørende dersom helsepersonell kommer inn på pasientrommet med en klar beslutning.

I studien til Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) rapporterer mødre med tidligere innleggelser av barnet at de var mer fornøyd med helsevesenet når det gjelder informasjon og kommunikasjon. Vi tror at erfaring fra tidligere gir foreldrene en viss forventning om hva som kommer til å skje ved en ny innleggelse. Videre kan dette føre til at foreldrene er mindre stresset og sårbare, som foreldre uten erfaring trolig føler på. Noen av foreldrene i studien til Sjul & Johannesen (2015, s. 252) fortalte at det var vanskelig å forholde seg til mange ulike mennesker under innleggelsen. Det kan være en fordel å tilstrebe en kontinuitet av personalet. Å ha få ansatte å forholde seg til kan fremme kommunikasjonen. Personalet som kjenner pasienten vet hva slags informasjon som er gitt, og hva de kan trenge videre.

Grønseth & Markestad (2017, s. 90) skriver at å delta i en støttegruppe kan gi foreldrene mulighet til å snakke med andre i samme situasjon. Egeland & Tandberg (2011, s. 19) forteller at foreldrene i en slik støttegruppe fikk informasjon om nye mestringsstrategier de kunne ta i bruk, deriblant hvordan de kunne gi informasjon til øvrig familie og nettverk. Videre viser resultatene til Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) at mødre med et kronisk sykt barn opplevde en høy grad av støtte til familien dersom de enten hadde fått informasjon om sykdommen eller deltatt i en støttegruppe. Fedrene i den samme undersøkelsen viste ingen slik korrelasjon. Vi forventet at støttegrupper ville være en positiv støtte for foreldrene og ble overrasket over at fedre ikke opplevde dette. Vi kan se for oss at resultatene har blitt påvirket av at det var et lavere antall fedre som deltok i undersøkelsen i forhold til mødre. Dette kan videre påvirke hvor representative resultatene er. På den andre siden har vi opplevd i praksis at det ofte er mødre som er innlagt sammen med barnet. Hvis vi antar at dette er representativt for de fleste innleggelser kan dette påvirke undersøkelsen og dens resultat i artikkelen.

For å dekke foreldrenes behov for informasjon er det viktig at sykepleieren ser foreldrene som enkeltindivider. Hvert individ trenger ulik informasjon. Ved å kartlegge individets forståelse rundt sykdommen, behandlingen, helse og tidligere opplevelser, kan sykepleier gi støtte i form av individuell informasjon som dekker behovet til forelderen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Sykepleierne i studien til Moe et al (2017, s. 8) tilpasset informasjonen etter den enkeltes forelders behov og forutsetning, og gav denne fortløpende gjennom oppholdet. Sykepleierne i Sjul & Johannessen (2015, s. 252) oppfordret foreldrene til å spørre dersom

de ikke forstod informasjonen som ble gitt. Vår opplevelse i praksis er at det er stor forskjell fra person til person for hvor mye og hva slags informasjon foreldrene trenger. Vi opplever ofte at en forelder med et kronisk sykt barn og hyppige innleggelse har mer kunnskap om barnets sykdom enn helsepersonellet har. Deres behov for informasjon kan være mer spesifikt og går gjerne over vårt kunnskapsnivå som sykepleierstudenter. På den andre siden vil en forelder til et barn med nyoppdaget sykdom trenge mer grunnleggende informasjon, noe vi føler at vi har kunnskap til å gi. Det er sykepleiers ansvar å sørge for at foreldrene forstår informasjonen som gis, i tillegg skal informasjonen være ærlig og realistisk (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) og Moe et al. (2017, s. 8) støtter behovet om at foreldre må forstå informasjonen som gis. Sykepleierne forteller at foreldrene til tider ikke fikk med seg informasjonen som ble gitt. Dette er viktig at sykepleierne er observant på. Videre poengterer de at når partene har utviklet en relasjon kan sykepleieren forstå hvilken informasjon som er viktig for den enkelte forelder (Moe et al., 2017, s. 8). Dette støtter Martinsen (2005, s. 138). Hun mener at åpenhet og tillit viser seg i en relasjon. Vi mener at bruk av skriftlig informasjon kunne vært et tiltak for sykepleierne i Moe et al. (2017), da dette gir foreldrene mulighet til å lese informasjonen flere ganger.

Grønseth & Markestad (2017, s. 90) skriver at sykepleierne kan tilrettelegge for god kommunikasjon ved å være tilgjengelig for foreldrene. Det kan de gjøre ved å initiere en dialog om hvordan foreldrene har det og om deres ønsker og meninger (Grønseth & Markestad, 2017, s. 90). I Moe et al. (2017, s. 8) forteller sykepleierne at det var avgjørende å legge til rette for informasjonsutveksling, og at dette kunne gi foreldrene innsikt i situasjonen. Vi tenker at ved å invitere foreldrene til dialog kan sykepleierne vise at de er tilgjengelig for foreldrene. Det vil da være lettere for sykepleierne å forstå hva slags informasjon foreldrene trenger. Ved å legge til rette for informasjonsutveksling mener vi at sykepleieren lettere kan støtte foreldrene.

5.2.3 Å fremme mestring

Sykepleierne har en sentral rolle for at foreldrene skal få et best mulig opphold på sykehuset. For at sykepleierne skal kunne legge til rette for dette kommer Trajkovski et al. (2012, s. 2480) frem til at det er viktig at sykepleierne bruker tid på å bli kjent med den enkelte forelder for å lære dem å kjenne, deres behov og ønsker. Dette støttes av Martinsen (2005, s. 138) som mener at tillit, empati, åpenhet og barmhjertighet kan oppstå når sykepleier gir omsorg i en relasjon med et annet menneske. Grønseth & Markestad (2017, s. 87-88) skriver at foreldrene

trenger fri tilgang til helsepersonellet, få følelsesmessig støtte, god informasjon og ha en åpen kommunikasjon med sykepleierne. Det kan være med på at foreldrene føler trygghet, som igjen kan påvirke foreldrenes opplevelse av oppholdet. Artikkelen til Svavardsdottir & Tryggvadottir (2019, s. 703) mener det er viktig at sykepleierne har terapeutiske samtaler med foreldrene. Det gir foreldrene en følelsesmessig og pedagogisk støtte. I tillegg kan en diskutere barnets sykdom, som kan være med på å legge til rette for at foreldrene håndterer sykdommen bedre (Svavardsdottir & Tryggvadottir, 2019, s. 704). Vår erfaring er at etter en har hatt ansvar for en pasient et par dager får man en innsikt i pasientens og pårørendes ønsker og behov. Ved flere anledninger har vi erfart at familien synes det er godt når noen kjenner deres situasjon.

Under innleggelsen har sykepleieren og foreldre et felles mål, vi ønsker alle å gjøre det beste for barnet. For å få til dette må omsorgen for barnet være preget av et nært samarbeid mellom familien og sykepleierne (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Det bekrefter Trajkovski et al. (2012, s. 2481), som skriver “They want to work with you for that common goal”.

Mesteparten av tiden opplever vi samarbeidet mellom helsepersonellet og pårørende som et uvurderlig teamarbeid. Samarbeidet med pårørende kan til tider kan oppleves krevende. Da er det viktig å være klar over at vi har et felles mål om å gjøre det beste for pasienten.

I teorikapittelet beskrives det at foreldrene ønsker å være med å bidra i den daglige omsorgen for barnet. Som for eksempel å stelle, trøste og være tilgjengelige for barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 91). I studien til Sundal et al. (2018, s. 86) kommer det frem i resultatene at foreldrene ønsket å være en stor del av omsorgen som blir gitt til barnet, samtidig som sykepleierne forventet det. For at foreldrene skal kunne ivareta denne omsorgen, må sykepleierne legge til rette for det (Sundal et al., 2018, s. 86). I studien til Trajkovski et al. (2012, s. 2481) forstår sykepleierne at foreldrene ønsker å bli involvert i barnets pleie. Foreldrene vet også at de ikke kan gjøre medisinske prosedyrer, men være med på å gi omsorg til barnet. Sjøls & Johannessen (2015, s. 252) forteller at sykepleierne la til rette for at foreldrene kunne være med barna sine. I tillegg beskriver foreldrene at de kjenner barnet sitt best, men at det de trodde ikke alltid var best for barnet. Foreldrene følte likevel at de ble involvert i vurderinger og behandlingen av barnet. Under en innleggelse på sykehus vil det foregå flere avanserte prosedyrer som foreldrene ikke kan bidra til. Vi kan se for oss at foreldrene føler seg utenfor i klinisk setting. Å beholde en viss kontroll ved for eksempel å

stelle og å være der for barnet, kan bidra til at foreldrene opplever mestringsfølelse i den nye og usikre tilværelsen.

For å få til et godt samarbeid under innleggelsen er det viktig å tilstrebe familiesentrert omsorg. Familiesentrert omsorg har vist seg å bedre kommunikasjonen mellom partene, og sykepleierne kan vise forståelse for pasientens situasjon. Videre kan det føre til økt tilfredshet med helsetjenestene og økt livskvalitet for foreldrene med barn som har kronisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Resultatene i Sigurdardottir et al. (2017, s. 246) viser at foreldre med barn som har kronisk sykdom opplever lavere livskvalitet. I Svavardsdottir & Tryggvardsdottir (2019, s. 704) viser resultatene at familier til barn med kreftdiagnoser var eksistensielt mer bekymret og hadde lavere kognitiv og fysisk funksjon. De mente at det var svært viktig at helsepersonell utviklet effektive grep for å bedre livskvaliteten til familiene.

Det er viktig å ha en felles forståelse av sykdom og behandling. Dette kan redusere faren for misforståelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Trajkovski et al. (2012, s. 2480) sier at en må bli kjent med foreldrene for å gi individualisert pleie. Ved at sykepleierne kommuniserte, ga forklaringer og inngikk kompromiss kunne pleien tilpasses foreldrenes behov (Trajkovski et al., 2012, s. 2483). Det kommer frem i artikkelen til Moe et al. (2017, s. 9) at det er viktig å tilby foreldrene samtaler der foreldrene får fortelle om deres opplevelser og erfaringer. Når foreldrenes behov ikke ble møtt, kan det føre til usikkerhet og stress (Moe et al., 2017, s. 9). Vi mener familiesentrert omsorg er et godt utgangspunkt når en skal gi omsorg til barn og pårørende. Vår erfaring tilsier at dette ofte gjøres naturlig uten at en tenker bevisst over det.

I begynnelsen av innleggelsen kjente foreldrene som oftest på usikkerhet og bekymring. Etterhvert utviklet foreldrene kunnskap og kompetanse når det gjaldt barnets situasjon, og foreldrene ble da mer selvstendige og følte at de mestret barnets situasjon bedre (Trajkovski et al., 2012, s. 2482). Når foreldrene får oppfylt sine behov med informasjon, opplæring og veiledning kan de kjenne mestring. Det Egeland & Tandberg (2011, s. 19) legger i ordet mestring er at foreldre opplever egenomsorg midt i omsorgsrollen. En forelder sier "Ta deg tid til å hente seg selv inn" (Egeland & Tandberg, 2011, s. 19). Opplevelsen av kommunikasjon og god relasjon er forhold som i stor grad påvirker tilliten og tilfredsheten under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 92). Vi mener det er viktig at sykepleierne utvikler et godt samarbeid med foreldrene slik at rollene kan endre seg utover oppholdet.

5.2.4 Konklusjon

Vi konkluderer med at relasjonen mellom foreldre og sykepleier er grunnlaget for omsorgen. Dersom sykepleier gjør seg kjent med hver enkelt forelder kan sykepleieren bedre forstå deres individuelle behov for informasjon og mestring. Videre vil det fremme en empatisk tilnærming i møte med foreldre til syke barn. Vi mener at ved å se den enkelte og dekke deres særegne behov kan sykepleier støtte foreldrene under barnets innleggelse.

6.0 Anvendelse i praksis

Resultatene våre viser at ivaretagelse av foreldre under barns innleggelse i sykehus er en sentral del av sykepleiers rolle. Det må etableres en relasjon mellom sykepleier og foreldre for å ha et grunnlag for omsorg basert på empati. Gjennom relasjonen kan sykepleier bli kjent med hvert enkelt individ og forstå deres særegne behov for informasjon og mestring. Ved å dekke foreldrenes behov kan sykepleier støtte foreldrene under innleggelsen av deres syke barn på sykehus. Våre funn i denne oppgaven gir oss en oppfatning om at det er potensial for forbedring i praksis.

Våre forslag til forbedring i praksis er som følgende:

- Vi foreslår at avdelingen holder veiledningsgrupper for ivaretagelse av pårørende for sykepleiere. Aktuelle tema kan være samtaler med pårørende, hvordan inkludere familien i pleien og ivaretagelse av pårørende under kritiske situasjoner. Simuleringer og refleksjoner fra sykepleiere kan føre til at sykepleiere lærer av hverandre og at sykepleier reflekterer rundt egen rolle i samtale og ivaretagelse av pårørende.
- Vi foreslår at det prioriteres å lage mulighet for samspill mellom sykepleier og foreldre. Å skape tid for at sykepleier og foreldre kan sitte sammen, gjerne på et eget rom uten barnet til stede, kan fremme relasjonen mellom partene. Sykepleier har da mulighet for å bli kjent med foreldrene, se den enkelte og deres behov og ønsker. Foreldrene får også muligheten til å fortelle om deres opplevelser og tanker, og sykepleier kan møte de i situasjonen. I tillegg vil vi foreslå at det tilstrebes å ha en kontinuitet i helsepersonellet rundt barnet og foreldrene.
- Vi foreslår at informasjon til foreldre gis skriftlig og at det forsøkes å gi mulighet for deltakelse i støttegrupper for foreldre. Resultatene viser at foreldre ikke alltid får med seg informasjonen som blir gitt, til tross for hvor viktig det er. Ved skriftlig informasjon får foreldrene mulighet til å lese informasjonen flere ganger, noe som kan øke forståelsen for innholdet. I tillegg vil vi foreslå at helsepersonell fremmer foreldrenes deltakelse i støttegrupper ettersom at dette hadde god effekt i studiene. Å delta i støttegruppe kan gi mulighet til å gi foreldrene informasjon, støtte og mestringsfølelse.

Litteratur

- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Egeland, S. E. & Tandberg, B. S. (2011). Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus. *Vård i Norden*, 31(1), 16-20.
<https://doi.org/10.1177/010740831103100104>
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (utg. 3). Studentlitteratur.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (utg. 4). Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleie - fag og funksjon* (3. utgave, bind 1, 29-87). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utgave, bind 3, 15-80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utgave, bind 3, 349-406). Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen* (1.utg). Akribe.
- Moe, K., Skisland, A., V-S. & Söderhamn, U. (2017). Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn. *Sykepleien Forskning* 12(62155), e-62155.
<https://10.4220/Sykepleienf.2017.62155>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§6-2>
- Sigurdardottir, A. O., Garwick, A. W. & Svavarsdottir, E. K. (2016). The importance of family support in pediatrics and its impact on healthcare satisfaction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 241-252. <https://doi.org/10.1111/scs.12336>
- Sjuls, M. & Johannessen, B. (2015). Foreldres opplevelser i intensivavdelingen. *Sykepleien forskning*, 10(3), 248-255. <https://10.4220/Sykepleienf.2015.55027>
- Sundal, H., Petersen, K. A. & Boge, J. (2018). Foreldre utfører mesteparten av pleien og omsorgen ved barns korte sykehusopphold. *Klinisk sygepleje*, 32(2), 80-93. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2018-02-02>
- Svavarsdottir, E. K. & Tryggvadottir, G. B. (2019). Predictors of quality of life for families of children and adolescents with severe physical illnesses who are receiving hospital-based care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 698-705. <https://doi.org/10.1111/scs.12665>
- Trajkovski, S., Schmeid, V., Vickers, M. & Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), s. 2477-2487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x>

Vedlegg 1. Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel	Forfatter. Årstall. Land. Database.	Hensikt. Perspektiv.	Metode	Resultat
Artikkel 1: Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study	Forfattere: Trajkovski, S., Schmeid, V., Vickers, M. & Jackson, D. Årstall: 2012 Land: Australia Database: Cinahl	Hensikt: Å utforske nyfødtsykepleierens perspektiv på sin rolle i familiesentrert sykepleie på nyfødtintensiv. Perspektiv: Sykepleier.	Kvalitativ metode med fortolkende tilnærming. Fokusgrupper og individuelle intervju. Deltakere: 33 nyfødt-intensivsykepleiere.	Fire tema: å bli kjent med foreldrene og deres ønsker, å involvere familien i dagligpleien, å skape et kompromiss med fordelingen av arbeidet mellom familie og helsepersonell og å tilpasse støtte over tid.
Artikkel 2: Hvordan møte foreldre til et nyfødt, sykt barn.	Forfattere: Moe, K., Skisland, A. & Söderhamn, U. Årstall: 2017 Land: Norge Database: Sykepleien.	Hensikt: Å beskrive sykepleierens erfaringer om hva som er viktig i møte og samtale med foreldre til nyfødt, sykt barn. Perspektiv: Sykepleier	Kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming. Individuelle intervju med utgangspunkt i to faste, åpne spørsmål og deretter oppfølgingsspørsmål. Inklusjonskriterier: spesialsykepleier i barnesykepleie eller sykepleier med minimum 2 års erfaring fra nyfødtavdeling = 5 deltakere.	Avgjørende å etablere en relasjon med grunnlag i empati; å se den individuelle forelder, å ha rom for utveksling av informasjon, at foreldre opplever mestring. Hvor god møtet og samtalen blir mellom sykepleier og forelder avhenger av fravær eller tilstedeværelse av disse aspektene.

<p>Artikkel 3: The importance of family support in pediatrics and its impact on healthcare satisfaction</p>	<p>Forfattere: Sigurdardottir, A. O., Garwick, A. W. & Svavarsdottir, E. K. Årstall: 2016. Land: Island. Database: Svemed+</p>	<p>Hensikt: Evaluere forutsetninger for helsetilfreds hos foreldre som har barn på barnesykehus i Reykjavik Perspektiv: Foreldre som pårørende.</p>	<p>Kvantitativ metode. Spørreskjema. Lukkede spørsmål. 159 mødre og 60 fedre med barn på enten nyfødt, akutt-, barne- eller dag og poliklinisk enhet deltok.</p>	<p>Opplevd familiestøtte, familiens livskvalitet og mestringsstrategier korrelerer positivt med tilfredshet for helsetjenester blant foreldre.</p>
<p>Artikkel 4: Foreldres opplevelser i intensivavdelingen</p>	<p>Forfattere: Sjuls, M. & Johannessen, B. Årstall: 2015. Land: Norge. Database: Sykepleien.</p>	<p>Hensikt: Få innblikk i opplevelser og erfaringer til foreldre med barn på intensivavdeling. Perspektiv: Foreldre som pårørende.</p>	<p>Kvalitativ tilnærming. Fem dybdeintervjuer av fem mødre og en far som har barn innlagt på intensivavdeling.</p>	<p>Foreldre opplever sykehusoppholdet som stressende og emosjonelt krevende, samtidig som de opplevde trygghet og ble inkludert. Helsepersonellens profesjonalitet og personlighet kan påvirke oppholdet i både positiv og negativ retning.</p>