

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Preoperativ sykepleie til barn

Hvilke strategier kan sykepleier anvende for å trygge barn i førskolealder som opplever sykehusrelatert frykt i preoperativ fase?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 01.11.2021

Kandidatnummer: 8103

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

Sammendrag

Bakgrunn

Nesten én av ti pasienter i norske sykehus er barn under 9 år. Til tross for at en så stor andel av pasientene er barn, omhandler det meste av sykepleieutdanningen sykepleie til voksne og eldre. Preoperativ fase er for barn ofte forbundet med redsel, noe som kan føre til traumer og ha betydning for barnets oppvekst og helse.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse ulike strategier sykepleier kan anvende for å trygge barn i førskolealder som opplever sykehusrelatert frykt i forkant av operasjon.

Metode

Jeg har skrevet en litteraturbasert oppgave med kvalitativ forskningsmetode. Oppgaven tar utgangspunkt i tre vitenskapelige artikler. I tillegg har jeg supplert med relevant faglitteratur.

Resultater

Resultatet av min analyse av de valgte forskningsartiklene har jeg sammenfattet i fire hovedtema med syv undertema. Hovedstrategiene er å ufarliggjøre det skumle og ukjente, benytte en barnefokusert tilnærming, å bruke foreldrene som ressurs og å anvende legemidler når det er hensiktsmessig. Dette er strategier som har vist seg å ha god effekt for å redusere sykehusrelatert frykt hos barn.

Diskusjon

Flere av strategiene overlapper hverandre og brukes ofte samtidig. Det er med andre ord vanskelig å sette strategiene opp mot hverandre og å vurdere om en strategi er bedre enn andre. Den hyppigst brukte strategien for å redusere barns sykehusrelaterte frykt i preoperativ fase er å anvende sedativa. Dette er ikke helt uproblematisk da det kan føre til komplikasjoner både per- og postoperativt. Det er derfor viktig at sykepleiere i tillegg tar i bruk ikke-medikamentelle strategier i forberedelsene før operasjon.

Nøkkelord

Sykepleie, preoperativ forberedelse, barn, strategier, stress, angst, frykt

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	5
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2	<i>Problemformulering</i>	5
1.3	<i>Hensikten med oppgaven</i>	5
1.3.1	<i>Avgrensninger og begrepsavklaringer</i>	6
2	Teori.....	6
2.1	<i>Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold</i>	6
2.2	<i>Å kommunisere med barn</i>	7
2.3	<i>Å opprette tillitsforhold til barnet</i>	8
2.4	<i>Barns opplevelser og reaksjoner ved sykehusopphold</i>	8
2.5	<i>Utviklingsmessige særtrekk hos barn 3-6 år</i>	9
3	Metode.....	10
3.1	<i>Trinn 1 - helikopterperspektiv</i>	11
3.2	<i>Trinn 2 - avgrense litteratursøket</i>	11
3.2.1	<i>Valg av database</i>	11
3.2.2	<i>Søkestrategier</i>	12
3.2.3	<i>Kriterier</i>	13
3.3	<i>Trinn 3 - sikre kvaliteten på utvalget</i>	13
3.4	<i>Trinn 4 – 6: Analyse</i>	13
3.4.1	<i>Trinn 4 - identifisere overgripende temaer</i>	14
3.4.2	<i>Trinn 5 - Likheter og forskjeller mellom studiene</i>	15
3.4.3	<i>Trinn 6 - sammenstilling</i>	15
4	Resultater.....	15
4.1	<i>Å ufarliggjøre det skumle og ukjente</i>	16
4.1.1	<i>Medbestemmelse og inkludering</i>	16
4.1.2	<i>Besøk før innleggelse</i>	16
4.1.3	<i>Medisinsk lek</i>	17
4.1.4	<i>Distraksjon</i>	17

4.2	<i>Å bruke legemidler for å berolige</i>	17
4.3	<i>Barnefokusert tilnærming</i>	18
4.3.1	Aldersadekvat kommunikasjon	18
4.3.2	Å bruke seg selv	19
4.3.3	Relasjonsbygging	19
4.4	<i>Bruke foreldrene som ressurs</i>	20
4.5	<i>Oppsummering</i>	20
4.6	<i>Hva forårsaker preoperativt stress, og hva kan være konsekvensene av dette?</i>	20
5	Diskusjon	21
5.1	<i>Metodediskusjon</i>	21
5.1.1	Stress og angst – sykehusrelatert frykt	21
5.1.2	Kildekritikk	21
5.1.3	Avgrensing av alder	22
5.1.4	Søkeprosessen	22
5.1.5	Reliabilitet og validitet	23
5.1.6	Forfattere av studie med bakgrunn som anestesisykepleiere	23
5.1.7	Deltagerne i studiene	23
5.2	<i>Resultatdiskusjon</i>	24
5.2.1	Å ufarliggjøre det skumle og ukjente	24
5.2.2	Legemiddelbruk	25
5.2.3	Barnefokusert tilnærming	26
5.2.4	Foreldre som ressurs	28
5.2.5	Strategiene anvendt i praksis	29
6	Konklusjon	30
	Referanser	31
	Vedlegg	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge tall hentet fra Statistisk Sentralbyrå (2021) er nesten en av ti pasienter i norske sykehus barn under 9 år. Til tross for at en så stor andel av pasientene er barn, fokuserer sykepleieutdanningen i all hovedsak på voksne og eldre. For noen år siden gjorde Barnesykepleierforbundet en undersøkelse som viste at grunnutdanningene i sykepleie hadde få undervisningstimer om barn. Universitetet i Tromsø var den institusjonen som hadde flest undervisningstimer om sykepleie til barn og brukte totalt 6 timer over 3 år på dette temaet (Dolonen & Hernæs, 2021). Jeg var i praksis på barneavdelingen på SUS. Der observerte jeg at sykepleiers pedagogiske tilnærming hadde stor betydning for barnets opplevelse av sykehusoppholdet. Sykepleie til barn kan være svært utfordrende. En opplevelse av å ha fått lite undervisning rettet mot barn i tillegg til egne erfaringer fra praksis var den direkte bakgrunnen for at jeg valgte preoperativ sykepleie til barn som tema for denne oppgaven.

1.2 Problemformulering

Mange barn som trenger kirurgisk behandling kjenner på angst (Thomasgaard, Lohne, & Valeberg, 2021). Frykten er ofte rettet mot det å være i et fremmed og ukjent miljø og adskillelse fra foreldrene. Undersøkelser, prosedyrer og behandling kan ofte være skremmende opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). For å redusere disse følelsene bør barnet være godt forberedt på prosedyren som skal utføres, og gis informasjon om hva de har i vente. Sykepleierne spiller en sentral rolle når det gjelder å skape trygghet hos barnet. Det er viktig at sykepleier bidrar til å møte barnets behov for trygghet for at sykehusoppholdet ikke skal oppleves traumatisk. Dersom sykehusoppholdet oppleves utrygt og skremmende for barnet, kan denne erfaringen prege barnets videre utvikling. I verste fall kan dette føre til sykehusskrek som i sin ytterste konsekvens vil kunne ha betydning for forholdet til helsevesenet også i voksenalder.

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse ulike strategier sykepleier kan anvende for å trygge barn i førskolealder som opplever sykehusrelatert frykt i forkant av operasjon. Målet er at kunnskapen skal kunne anvendes i praksis slik at sykepleier kan hjelpe barna til bedre å mestre denne situasjonen.

1.3.1 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Jeg har valgt å skrive oppgaven fra sykepleiers synsvinkel. Som avgrensning har jeg valgt å ta utgangspunkt i barn i førskolealder, altså barn i alderen 2-6 år.

Stubberud, Grønseth & Almås (2017) definerer preoperativ fase som tidsrommet mellom en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep til pasienten blir operert.

Sykepleier møter ofte ikke barnet før det innlegges. Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om tiden fra barnet blir innlagt på sykehuset til det opereres.

Begrepene stress og angst blir ikke tydelig definert, og brukes om hverandre i artiklene jeg har tatt utgangspunkt i. I denne oppgaven velger jeg derfor å bruke formuleringen «sykehusrelatert frykt» som er ment å dekke både stress- og angstdimensjonen.

2 Teori

2.1 Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold

Joyce Travelbees sykepleietenkning har fått stor betydning for utdanningen av sykepleiere i Norge. Hun definerer sykepleie som «... *en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene*» (Travelbee, 1999, s. 29). Et menneske-til-menneske-forhold er vesentlig for å

skape et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Før et kirurgisk inngrep er sykepleiers rolle å sørge for at pasientens behov for informasjon og sikkerhet er komplett.

«*Den som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep, er ikke en datamaskin som kan programmeres; han er et menneske med følelser, håp, ønsker, drømmer og frykt*» (Travelbee, 1999, s. 272). Sykepleiers oppgave er med andre ord å se hele pasienten og, ved hjelp av et tillitsskapende menneske-til-menneske-forhold, danne en relasjon som gir trygghet og tillit til pasienten. Relasjonsbyggingen er særlig viktig i utøvelsen av sykepleie til barn da pasienter i denne alderen kan ha angst for å separeres fra foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017).

Sykepleieren vil derfor være den som kan gi barnet trygghet når foreldrene ikke er til stede.

Ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem – når de samtaler, og når de er tause (Travelbee, 1999, s. 135).

Kommunikasjon kan med andre ord være både verbal- og nonverbal. Nonverbal kommunikasjon er en kontinuerlig prosess i alle dagligdagse møter ansikt til ansikt. Både

ansiktsuttrykk og kroppsspråk, men også berøring og toneleie, inngår som deler i nonverbal kommunikasjon. Travelbee (1999) mener at all interaksjon med den syke gir sykepleieren anledning til å bli kjent med ham som menneske. Hun hevder også at kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

2.2 Å kommunisere med barn

God kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97). Kommunikasjon er en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe barn til å bearbeide opplevelser som følge av sykdom og sykehusopphold. Barn har kortere oppmerksomhet enn voksne. I tillegg blir barn lett forstyrret av mange synsinntrykk, støy, uro og avbrytelser. Samtaler med barnet bør derfor skje i et gunstig miljø. Et skjermet rom uten støy og forstyrrende elementer vil være optimalt for å sikre barnets oppmerksomhet. I tillegg bør dialogen være kortvarig og gjennomføres når barnet er opplagt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 103). Å anvende forskjellige hjelpemidler i samtalen kan hjelpe barna til bedre å forstå informasjonen som blir gitt. Eksempel er å formidle informasjon ved å bruke tegninger, leker, eventyr og film. Metaforer kan også anvendes for å gjøre informasjonen lettere å begripe. Eksempelvis kan sykepleieren omtale intravenøs væske som å få drikke inn i kroppen gjennom et sugerør (St-Onge, 2012).

I samtale bør sykepleier ha barnet i fokus (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). For at barnet skal oppleve å bli respektert og få sin integritet ivaretatt, må sykepleieren anerkjenne væremåten, tankene og følelsene til barnet. Er barnet engstelig for en undersøkelse, bør det ikke bli møtt med «dette er ikke noe å grue seg for» eller «dette vil ikke gjøre vondt». Det er avgjørende at barnet får validert sine følelser for at tilliten til sykepleieren skal styrkes. For å vise at barnet er hovedpersonen i samtalen, må sykepleieren snakke til barnet slik at barnet føler seg kompetent i samtalen ved å ta utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse. Dette innebærer at sykepleieren må gi informasjon og stille spørsmål som barnet har forutsetninger til å forstå og gjøre seg opp en mening om. Lykkes sykepleierne med dette, kan det gi barnet en følelse av nærhet til sykepleieren. Videre vil det øke barnets mulighet for å oppleve mestring og å beholde sin integritet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99).

Barn med erfaring fra innleggelse i barneavdeling har sammen med barneombudet laget «Sykehusekspertenes 10 bud» (Grønseth & Markestad, 2017, s. 70):

1. Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare foreldrene sine.

2. Barn skal ha all informasjon, men ikke skrem dem.
3. Gi informasjon som også barnet forstår.
4. Spør, vær interessert og snakk hyggelig.
5. Ikke stress og ikke snakk så fort.
6. Vær positiv, rolig og vennlig.
7. Ikke bruk forkortelser.
8. Snakk kort og greit, men ikke latin.
9. La voksne også få høre det når barna får informasjon (så kanskje de også skjønner).
10. Ikke lov 100% garanti, for det kan man ikke love.

Budene oppsummerer hvordan barn ønsker at sykepleiere og andre helsearbeidere ved barneavdelingen skal imøtekomme dem og deres behov for informasjon.

2.3 Å opprette tillitsforhold til barnet

Hvordan kan så sykepleier opprette et godt tillitsforhold til barnet? Først og fremst bør sykepleieren sette seg ned slik at barnet kan ha øyekontakt med sykepleieren. Dette bidrar til å skape en trygg og god relasjon (Grønseth & Markestad, 2017). Barn er naturlig skeptiske til fremmede. En del av sykepleierens oppgaver er å utføre nødvendige og ofte ubehagelige preoperative prosedyrer. Selv om tillitsforholdet mellom barnet og sykepleier i utgangspunktet er godt, kan det bli svekket gjennom at barnet blir påført skremmende og i noen tilfelle smertefulle opplevelser. Det kan derfor være krevende å bygge et tillitsforhold til barn som er sterkt nok til å tåle slike utfordringer. Barn er også vare for sykepleierens toneleie og nonverbale signaler. Ut fra hvordan sykepleieren opptrer, og hva som blir sagt, vil barnet kategorisere sykepleieren som «snill» eller «slem». Barn foretrekker sykepleiere som lytter og bruker tid sammen med dem, er morsomme, tuller og sprer glede (Grønseth & Markestad, 2017). På denne måten kan sykepleier legge til rette for, og bidra til å opprettholde, et tillitsforhold til barnet.

2.4 Barns opplevelser og reaksjoner ved sykehusopphold

For å kunne gjøre rede for hvordan sykepleierne kan skape trygghet hos barn, er det vesentlig å vite hvordan barn opplever en innleggelse og hvilke reaksjoner som kan forventes.

På sykehuset møter barna et teknisk miljø med maskiner, lys, og uvante lydinntrykk (alarmer). De trygge omgivelsene som finnes hjemme erstattes med et fremmed miljø som preges av uforutsigbarhet, nye rutiner, mye venting og opplevelser som kan være

skremmende, ubehagelige og i noen tilfelle vonde (Grønseth & Markestad, 2017, s. 64). I tillegg vil de møte mange mennesker kledd ulike antrekk i forskjellige farger. Fremmede skal ta på og undersøke barnet uten at det nødvendigvis forstår hvorfor. Barn, særlig de som ikke har vært på sykehus før, kan få en følelse av å miste kontroll.

Sykehusrelatert frykt er ofte relatert til stress. Stress tilknyttet sykdom forsterkes i barneårene fordi barn i stor grad kan relatere følelser, tanker og opplevelse av mestring til kropp og kroppsbeherskelse (Grønseth & Markestad, 2017, s.64). Barna kan derfor føle seg truet når de må ligge i ro på grunn av skader i kroppen, når de må ta blodprøver eller når de må gjennomgå andre prosedyrer som kan skade kroppen. Barn som går i barnehagen og/eller på fritidsaktiviteter kan også oppleve at de mister muligheten til å delta i sine daglige rutiner, samt at de ikke får være med vennene sine. Dette vil kunne øke følelsen av utrygghet. Barn uttrykker stress på ulike måter. Barn kan ha vansker med å sette ord på følelsen, og kan derfor skjule det med å framstå som om de kjeder seg. Sinne og aggresjon forekommer også ofte. Andre tegn på høyt stressnivå kan være engstelse, tilbaketrekning, separasjonsangst og spise- og søvnproblemer. Barnets egen opplevelse av hvor truende sykehusoppholdet er, avgjør hvordan barnet kan reagere. Dette avhenger av barnets tidligere erfaringer med sykdom og behandling. Stress i et omfang barnet kan håndtere gir muligheter for å utvikle seg og lære å mestre nye situasjoner. Blir stresset for høyt, og strekker seg ut over hva barnet kan håndtere, kan barnet regrediere. Regresjon er en forsvarsmekanisme der barnet går tilbake til tidligere utviklingstrinn. De fleste barn får ingen varige mén, men mye eller langvarig stress i oppveksten kan likevel disponere for kroniske helseplager og nedsatt livskvalitet senere i livet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65).

2.5 Utviklingsmessige særtrekk hos barn 3-6 år

Erik Erikson var en tysk psykolog som var særlig opptatt av barn og unges utvikling. Han utviklet en teori om psykososiale stadier som han kalte «menneskets åtte aldre». Barn i alderen 3-6 år er ifølge Erikson i fasen «Initiativ og skyldfølelse». I denne alderen utvikler barnet skyldfølelse (Brønstad & Hårberg, 2020). Barn som må opereres kan eksempelvis tro at kirurgi er en konsekvens av noe de har gjort galt.

En annen psykolog som har hatt betydning for forståelsen av barns kognitive utvikling er Jean Piaget. Han mener at barn i førskolealder er i det preoperasjonelle stadiet (Raaheim, Teigen & Mørch, 2020). Konkret tankegang kjennetegner barn i denne fasen, og evnen til abstrakt

tenking er fraværende. Det vil si at barna ikke er i stand til å tenke konsekvenser av en gitt handling. Ord og uttrykk tolkes bokstavelig, og barna har en tendens til å gi egne forklaringer og definisjoner til ord de ikke forstår. Eksempelvis kan begrepet slange om medisinsk utstyr oppfattes som levende slanger. I tillegg har barn i denne aldersgruppen stor fantasi og vansker med å skille fantasien fra virkelighet. Et annet utviklingsmessig særtrekk for barn i førskolealder er at de fester seg ved enkelte karakteristika i situasjoner (Grønseth & Markestad, 2017). Barna kan for eksempel være redd sprøyter og helsepersonell som går kledd i hvite klær.

Separasjonsangst er et annet særtrekk for barn i denne aldersgruppen. De kan derfor reagere med protest, fortvilelse og fornektelse dersom de blir atskilt fra foreldrene i forbindelse med kirurgi og preoperative forberedelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73). På barneavdelingen vil også prosedyrer og undersøkelser avvike fra barnets normale rutiner. Dette, kombinert med et dårlig utviklet tidsbegrep og barnets kognitive nivå, kan gjøre situasjonen forvirrende og angstskapende for barnet.

Det er også et særtrekk ved barn i førskolealder at de på grunn av umodenhet kan oppleve smerte mer intenst enn voksne (Oslo universitetssykehus, 2020). Barn i denne alderen har enkle oppfattelser av kroppen og kan for eksempel tro at alt blodet skal renne ut av kroppen ved blødninger og at beinet brekker i to ved bruddskader. Dette kombinert med frykt for skade og lemlestelse av kroppen kan være skremmende for barnet som skal gjennomgå både preoperative forberedelser som for eksempel å få innlagt perifere venekanyler og påfølgende kirurgisk inngrep.

3 Metode

Metode kan beskrives som det å følge en viss vei mot et mål (Dalland, 2017, s. 54). Dalland (2017, s.50) refererer til Vilhelm Auberts definisjon av metode som en fremgangsmåte, altså et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Han poengterer videre at et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i mangfoldet av metoder.

For å besvare oppgaven har jeg valgt å anvende kvalitativ forskningsmetode. Metoden egner seg til å få forståelse for en person og deres livssituasjon (Friberg, 2017, s. 107). Kvalitativ tilnærming handler om å finne meningssammenhenger (Thidemann, 2020, s. 76), og er derfor formålstjenlig for denne oppgaven. Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie.

Min litteraturstudie baserer seg på data fra empiriske forskningsartikler. Empiri betyr kunnskap bygd på erfaringer fra virkeligheten (Thidemann, 2020, s. 56). Litteraturbaserte oppgaver er egnet til fordypning i et tema som tar utgangspunkt i eksisterende tekster (Friberg, 2017, s. 49). Samtidig kan en litteraturoversikt passe godt på bachelornivå og som et forarbeid til videre empirisk forskning (Friberg, 2017, s. 142).

Jeg har brukt Fribergs metode for litteraturoversikt. Friberg (2017) viser til seks trinn:

1. Ta et helikopterperspektiv.
2. Avgrense litteratursøk.
3. Sikre kvaliteten på utvalget.
4. Analyse av de utvalgte studiene.
5. Finne likheter og forskjeller mellom studiene.
6. Sammenstilling av det som er analysert frem.

I det videre vil jeg gå gjennom trinnene i Friberg (2017) sin metodebeskrivelse.

3.1 Trinn 1 - helikopterperspektiv

Friberg (2017, s. 146) sier at det å ta et helikopterperspektiv er et godt verktøy for å få et oversiktsbilde over litteraturen på et gitt område. Dette fikk jeg ved å lese abstrakter fra et stort utvalg av artikler som berørte tema for oppgaven min. På denne måten fikk jeg dannet meg et bilde av hva litteraturen har undersøkt og vært opptatt av.

3.2 Trinn 2 - avgrense litteratursøket

Neste trinn var å avgrense litteraturen for å finne passende studier til min oppgave. Gode og presise søkeord er avgjørende for å finne relevant og passende studier.

For å komme frem til artiklene jeg har anvendt i oppgaven gjorde jeg strukturerte søk med fokus på hensikten med oppgaven. Systematiske litteratursøk er en iterativ prosess (Thidemann, 2020, s. 82). Det vil si at jeg har gjort gjentatte prøvesøk med ulike søkeord og i forskjellige databaser. I dette kapitlet vil jeg beskrive hvilke databaser jeg har brukt, mine søkestrategier i tillegg til mine inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.2.1 Valg av database

For å finne relevante fagartikler har jeg valgt å bruke databasene Cinahl og PubMed. Cinahl inkluderer vitenskapelig litteratur som er særlig relevant for sykepleie-faget. Ifølge

Universitetsbiblioteket ved UiO er Cinahl den beste databasen for kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Spesialgruppen for medisin og helsefag, 2020). PubMed er verdens største database innen medisin, sykepleie og andre helsefag (Berteussen, 2021).

3.2.2 Søkestrategier

For at jeg skulle finne litteratur som passet best til min oppgave gjennomførte jeg systematiske søk basert på konkrete søkeord. Jeg valgte å kun anvende engelske ord i søkene mine da dette viste seg å gi et bredere utvalg av resultater. Søkeordene jeg brukte for å komme frem til artikkelen i Cinahl er presentert i tabellen under.

Tabell 1

Søk	Søkeord	Ant. treff	Avgrensning	Ant. treff	#1	#2	#3
S1	Child*	850 635	Siste 5 år	269 734			
S2	Preoperative or before surgery	80 160	Siste 5 år	37 492			
S3	Anxiety or stress or fear or worry	347 396	Siste 5 år	133 467			
S4	Nurs*	930 423	Siste 5 år	189 809			
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	38	Siste 5 år & Barn, 2-5 år	11	6	4	1

Note: Forkortelser i tabellen: ant = antall, #1-#3 = tre runder med utvelgelses: #1: lest abstrakter valgt basert på artiklenes titler. #2: skimlest artikkel. #3: grundig lesning og brukt som litteratur i oppgaven. Dersom artiklene viste seg å være uaktuelle for oppgaven, avbrøt jeg lesingen av abstrakt eller artikkel.

Ved å bruke de samme søkeordene, fant jeg en artikkel som måtte forkastes da kun et lite avsnitt omhandlet aldersgruppen jeg var interessert i. I referanselisten fant jeg derimot en artikkel som fanget min interesse, og som jeg valgte å bruke i min oppgave.

Tabellen under viser søket jeg utførte for å finne artikkelen i PubMed.

Tabell 2

Søk	Søkeord	Ant. treff	Avgrensning	Ant. treff	#1	#2	#3
S1	Preoperative anxiety children nursing	175	Etter 2012 & Barn, 2-5 år	25	18	5	1

Note: Forkortelser i tabellen: ant = antall, #1-#3 = tre runder med utvelgelses: #1: lest abstrakter valgt basert på artiklenes titler. #2: skimlest artikkel. #3: grundig lesning og brukt som litteratur i oppgaven. Dersom artiklene viste seg å være uaktuelle for oppgaven, avbrøt jeg lesingen av abstrakt eller artikkel.

3.2.3 Kriterier

Som tabellen viser, har jeg kun inkludert artikler som er nyere enn 2012 og de som omhandlet barn i alderen 2-5 år. I tillegg krysset jeg av for artikler som var fagfellevurdert i henhold til inklusjonskriteriene som ble satt. Fagfellevurdering er kvalitetssikring av forskningsbidrag ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publisering (Svartdal, 2021). Et annet kriterium var at forfatterne av artiklene var sykepleiere da det er nettopp sykepleiernes perspektiv jeg har et ønske om å fordype meg i.

I oppgaven har jeg kun anvendt artikler som retter fokus mot hvordan sykepleier kan ivareta barn i preoperativ fase. I tillegg var et av inklusjonskriteriene at litteraturen måtte omhandle barn som skulle gjennomgå kirurgiske prosedyrer.

3.3 Trinn 3 - sikre kvaliteten på utvalget

Kvaliteten på studier kan måles på mange måter. Jeg valgte å sikre at artiklene i utvalget mitt var skrevet av kvalifiserte sykepleiere, at studiene var publisert i anerkjente tidsskrifter og at de var fagfellevurdert.

3.4 Trinn 4 – 6: Analyse

Opgaven tar utgangspunkt i tre forskningsartikler som alle er empirisk basert.

Fremgangsmåten jeg har brukt for å finne mine utvalgte artikler er presentert i kapittel 3.2.2:

Søkestrategier. I første omgang leste jeg overskriftene og abstrakter tilhørende de overskriftene som vakte interesse. Videre skumleste jeg relevante artikler i fulltekst.

Forskningsartiklene som viste seg å være irrelevante ekskluderte jeg. Til slutt satt jeg igjen med tre artikler. Jeg vurderte disse tre som relevante fordi innholdet var aktuelt for hensikten med oppgaven:

- “The Worst Is the Worry: Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children” (Thomasgaard, M., Lohne, V., & Valeberg, B.T., 2021).
- “Reducing Paediatric Anxiety Preoperatively: Strategies for Nurses” (St-Onge, A., R., 2012).
- Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children (Bizzio et al., 2020).

Å analysere en tekst er å granske hva teksten forteller (Thidemann, 2020). Analysearbeidet innebærer å dele opp, sammenligne, se likheter, forskjeller og sammenhenger mellom de ulike tekstene. Jeg har som tidligere fulgt Friberg (2017) sin fremgangsmåte for litteraturoversikt.

3.4.1 Trinn 4 - identifisere overgripende temaer

De vitenskapelige artiklene jeg valgte å anvende i oppgaven har jeg lest gjennom flere ganger. Friberg (2017) sier at dette kan være hensiktsmessig for å forstå helheten i studien. Alle artiklene er skrevet på engelsk. For å forsikre meg om at jeg forsto artiklene rett, måtte jeg oversette deler av artiklene. For å identifisere overgripende temaer satte jeg opp hovedtemaer og undertemaer fra hver enkelt artikkel. Tabellen under gir en oversikt over denne delen av analysen.

Tabell 3

Artikkel/forfatter	Hovedtema	Undertema
The Worst Is the Worry: Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children (Thomasgaard et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> - Å ufarliggjøre det ukjente og skumle - Å bruke seg selv - Ha et fang å sitte på 	<ul style="list-style-type: none"> - Barn trenger skreddersydd informasjon - Distraksjon - Mestring og deltakelse - Et positivt første møte - Handle etter situasjonen - Ta tidligere erfaringer til betraktning - Foreldre gir trygghet
Reducing Pediatric Anxiety Preoperatively: Strategies for Nurses (St-Onge, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> - Medisinsk lek - Barnefokusert tilnærming - Informerte foreldres tilstedeværelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Distraksjon - Aldersadekvat språk
Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children (Bizzio et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Relasjonsbygging - Evne til observasjon - Foreldrenes tilstedeværelse - Miljø - Kontroll - Distraksjon - Informasjon 	

3.4.2 Trinn 5 - Likheter og forskjeller mellom studiene

Tabellen over synliggjør likheter og forskjeller mellom min analyse av studiene. Det mest påfallende er at det er flere likheter enn ulikheter. Forfatterne bruker noe ulikt språk, men innholdet i strategiene er i stor grad de samme. Resultatene av min analyse presenteres i neste trinn.

3.4.3 Trinn 6 - sammenstilling

Jeg har sammenfattet resultatene og satt de sammen i fire hovedtema og syv undertema som tabellen under viser:

Tabell 4

Hovedtema	Undertema
Å ufarliggjøre det skumle og ukjente	Medbestemmelse og inkludering Besøk før innleggelse Medisinsk lek Distraksjon
Legemiddelbruk	
Barnefokusert tilnærming	Aldersadekvat kommunikasjon Bruke seg selv Relasjonsbygging
Foreldre som ressurs	

4 Resultater

Hovedtemaene jeg kom frem til i analysen min, representerer strategier som sykepleier kan bruke i møtet med barn.

Artiklene beskriver strategier som har vist seg å være effektive for å redusere sykehusrelatert frykt hos barn og som dermed bidrar til trygghet. En strategi er et opplegg og gjennomføring av planer med sikte på å nå bestemte mål (Høiback, 2020). Her er målet å redusere barns sykehusrelaterte frykt i preoperativ fase ved å anvende de ulike strategiene. I dette kapitlet presenterer jeg resultatet av min analyse av de valgte forskningsartiklene. Jeg benytter de fire hovedtemaene og syv undertemaene jeg fant i litteraturgjennomgangen. Disse temaene er strategier som har vist seg å ha god effekt for å redusere sykehusrelatert frykt hos barn. Jeg vil i det videre presentere hver av disse fire hovedstrategiene og tilhørende undertema..

4.1 Å ufarliggjøre det skumle og ukjente

Å ufarliggjøre det skumle og ukjente er en samlebetegnelse for flere tilnæringsmåter. Når en situasjon er ukjent, kan barn oppleve frykt og usikkerhet (Thomasgaard et al., 2021). Frykten er rettet mot det fremmede miljøet der det er mennesker, utstyr og prosedyrer som barnet ikke har tidligere kjennskap til. Hovedtemaet har jeg delt inn i fire undertema med strategier sykepleier kan anvende for å ufarliggjøre det barn noen barn vil oppleve som skummelt og ukjent. Hver strategi presenteres videre under.

4.1.1 Medbestemmelse og inkludering

Barn kan få en følelse av å miste kontrollen når de blir fratatt muligheten til å gjøre seg opp egne meninger om dagligdagse ting (Thomasgaard et al., 2021). Medbestemmelse gir barnet kontroll over en situasjon og kan derfor redusere stress. I tillegg vil barnet føle seg inkludert, og det gir mestringsfølelse. Dette bør anvendes så langt det lar seg gjøre så lenge det ikke kommer i konflikt med hva som anses å være til barnets beste. En anestesisykepleier forteller at hun gir barnet mulighet til å velge mellom å få narkose med maske eller intravenøst. Om valget faller på maske, får barna bestemme om de vil holde masken selv, eventuelt en forelder eller om sykepleieren skal gjøre det. Å få medvirke på denne måten, ved å ta enkle valg som påvirker dem, vil kunne føre til mindre engstelse og større grad av samarbeidsvillighet (Thomasgaard et al., 2021). Barnet må selvsagt gis valg som han eller hun har forutsetninger for å kunne ta en avgjørelse om.

4.1.2 Besøk før innleggelse

Det kan være formålstjenlig å la barnet bli kjent med sykehuset før en innleggelse. Dette kan gjøres ved at barnet får komme på besøk. Omvisning, blant annet på operasjonsstuen, kan være både spennende og tryggende for barnet (St-Onge, 2012). En av deltakerne i Thomasgaard med flere sin studie (2021) fortalte at vedkommende hadde hospitert på en barneavdeling i et annet skandinavisk land. På dette sykehuset hadde de et lekerom som var identisk med operasjonsstuen. Sykepleierne på sykehuset fortalte at det var rutine at barna som skulle opereres fikk oppholde seg på lekerommet for å gjøre seg kjent med utstyret og miljøet. Gjennom lek ble barnet gitt mulighet til å bli kjent i miljøet og fikk tid til å prosessere inntrykkene slik at møtet med operasjonsstuen etterpå ble å møte noe gjenkjennelig.

4.1.3 Medisinsk lek

Læring gjennom lek er viktig for barn. Dessuten er lek både gøy og trygghetskapende (Thomasgaard et al., 2021). Generelt er barn engstelige for å bli operert, men mange har vansker med å sette ord på hva de er redde for. Utstyret og miljøet er ukjent og bidrar til å forsterke uro, usikkerhet og utrygghet. I forkant av operasjonen kan barnet få leke med medisinsk utstyr for å gjøre seg kjent med utstyret. Thomasgaard med flere (2021) refererer til et sykehus der de på barneavdelingen hadde laget en koffert med medisinsk utstyr som barna kunne utforske og leke med. Dette viste seg å ha god angstdempende effekt da sykepleieren opplevde at leken med utstyret bidro til å ufarliggjøre medisinsk utstyr.

Sykepleier kan også aktivisere barn ved å for eksempel la det blåse luft i ventilasjonsbagen, og late som om det er en ballong. Barnet kan få lytte på kosebamsen sin, en forelder eller sykepleier med stetoskop. Medisinsk lek og distraksjon kan være overlappende strategier.

4.1.4 Distraksjon

Å trekke oppmerksomheten bort fra det som er relatert til operasjonen vil kunne redusere angstnivået (St-Onge, 2012). Mange har en iPad eller en telefon de kan bruke til å se på tegnefilm eller til å høre på musikk. Ved å stille spørsmål som for eksempel hva de liker å gjøre hjemme eller i barnehagen, vil barnet rette fokuset mot dette i stedet for det som omhandler operasjonen. Å synge kjente barnesanger når sykepleierne utfører prosedyrene vil også være en god strategi for å avlede barnet (Bizzio et al., 2020). I artikkelen «The Worst Is the Worry...» er det referert til en anestesisykepleier som forteltest hun laget klikkelyder med pulsoksymeteret og at hun lot barnepasienten leke med dette. I tillegg fikk barnet prøve å feste elektroder på en forelder eller på et kosedyr. Hun opplevde da at mange barn synes det var mindre skummelt når det kom til deres tur. Studier har vist at denne strategien kan være like effektiv som ulike beroligende legemidler for å redusere barnets angstnivå (Thomasgaard et al., 2021).

4.2 Å bruke legemidler for å berolige

Bizzio med flere (2020) viser til en studie gjort av Kain (2007) som slår fast at anestesisykepleiere foretrekker å bruke legemidler for å berolige barn som opplever stress preoperativt. Hun støtter dette da det utvilsomt er effektivt og skånsomt sammenlignet med fastholding som per definisjon er et tvangstiltak som bør unngås som strategi for å roe ned et utrygt barn. Det er imidlertid ikke udelt positivt med slik medisinerings da uønskede

bivirkninger som for eksempel luftveisproblematikk, spasmer i stemmebånd og lav oksygenmetning kan forekomme. I tillegg kan premedikasjon føre til delirium og agitasjon postoperativt (Bizzio et al., 2020).

4.3 Barnefokusert tilnærming

Sykepleieren bør ha en barnefokusert tilnærming når informasjon skal formidles.

Forskningsartiklene peker på viktigheten av å henvende seg direkte til barnet og ikke kun til foreldrene slik studiene viser at sykepleiere i stor grad gjør. En barnefokusert tilnærming vil si at barnet er hovedpersonen i samtalen. Dette legger grunnlag for å skape en god relasjon mellom sykepleieren og barnet. En barnefokusert tilnærming vil også bidra til at barnet føler seg sett og inkludert. Slik vil barnets integritet bli ivaretatt og gi rom for medbestemmelse. Strategiene som blir beskrevet under er måter å sikre barnefokusert tilnærming.

4.3.1 Aldersadekvat kommunikasjon

Informasjon om anestesi og hva som vil skje pre-, per-, og postoperativt står sentralt i forberedelsene av barnet (Thomasgaard et al., 2021). Det vil si at sykepleieren, i tillegg til å informere foreldrene, bør henvende seg direkte til barnet for å gi informasjonen. Barn oppfatter ofte ord og uttrykk annerledes enn voksne. Det er viktig at sykepleierne stiller spørsmål for å forsikre seg om at informasjonen blir forstått. Sykepleierne må også gi barna mulighet til å spørre om ting de måtte lure på. Ved å lytte til barnet, kan barnet føle seg respektert. St-Onge refererer til en studie av Smith og Callery (2005) som viste at helsepersonell stort sett henvender seg til foreldrene når de skal gi informasjon om behandling og om hva som skal skje med barnet deres. Barnet må også adresseres direkte, men da i alderstilpasset språk. I dialogen bør ikke den profesjonelle bruke munnbind da dette kan skape distanse. Barnet skal se sykepleieren som et menneske, ikke «et grønt romvesen» som skjuler seg bak et munnbind (St-Onge, 2012).

Barn foretrekker kort og presis informasjon (Bizzio et al., 2020). Aldersadekvat kommunikasjon innebærer å tilpasse informasjonen og språket til det enkelte barnet. Det vil si at man må ta høyde for at barn kan ha individuelle utviklingsforskjeller. Barn tiltrekkes av underholdning. For å fange barnets oppmerksomhet er det derfor viktig å bruke humor og «tøysesnakk» (Bizzio et al., 2020). Å kommunisere ved hjelp av kroppsspråk kan også styrke relasjonen mellom barnet og sykepleieren. Det er viktig å ikke utelukke sentral informasjon (St-Onge, 2012). Sykepleier må være ærlig. Dersom hun bruker ord som smerte, stikk eller

skade må dette gjøres med varsomhet (Bizzio et al., 2020). Dersom sykepleieren har en barnefokuseret tilnærming, vil kommunikasjonen dem imellom skape en relasjon med barnet som er tillitsskapende.

4.3.2 Å bruke seg selv

Sykepleierens profesjonelle og personlige egenskaper er viktige for å redusere stress (Thomasgaard et al., 2021). Sykepleierens første møte med barnet er avgjørende for å skape en trygg relasjon med barnet. Thomasgaard med flere skriver i artikkelen at en av sykepleierne i studien gir barnet en liten presang når de møtes første gang. Hensikten med dette er at barnet skal få et godt inntrykk av sykepleieren og det gir barnet en god opplevelse. Det er eksempelvis ikke hensiktsmessig om det første som skjer i samspillet mellom sykepleier og barn er at en legger inn perifert venekateter.

Sykepleieren må være i stand til å tolke situasjonen og gjøre individuelle vurderinger om hva akkurat dette barnet har behov for (Thomasgaard et al., 2021). Det vil være gunstig å kartlegge barnets tidligere erfaringer med sykehusopphold. Har barnet vært operert tidligere, og kanskje har en dårlig opplevelse av dette, er det særlig viktig med en god forberedelse (Thomasgaard et al., 2021). Da bør sykepleieren forsøke å finne ut hva det var som skjedde forrige gang slik at samme uheldige forhold kan unngås. Ved å spørre barn hva de er redd for, og å bekrefte at det kan være en naturlig måte å reagere på, får barnet bekreftet at det er greit å vise usikkerhet. Slik kan sykepleier bidra til å redusere stress som er relatert til barn som opplever usikkerhet rundt hva som i situasjonen er passende oppførsel (Bizzio et al., 2020).

4.3.3 Relasjonsbygging

En god relasjon er det viktigste redskapet for at sykepleier skal vinne et barns tillit. Thomasgaard med flere skriver at å bruke god tid på å skape en god relasjon med barnet vil være en god investering for at barnet skal føle seg ivaretatt (2012). Barna vil gjennomskue en usikker sykepleier. For å skape tillit er det viktig at sykepleieren fremstår rolig og profesjonell. På denne måten får barnet inntrykk av at sykepleieren vet hva hun gjør (Bizzio et al., 2020). Barnet er også i stand til å observere hvordan sykepleieren samhandler med kollegaene sine. Et godt samarbeid og en god tone med kollegaene er derfor viktig. Løfter som sykepleier gir barnet, må for all del innfris. Dersom løfter brytes, vil tilliten umiddelbart kunne svekkes (Thomasgaard et al., 2021).

4.4 Bruke foreldrene som ressurs

Separasjon fra foreldrene er en av faktorene som kan fremme stress hos barn da de kan føle seg hjelpeløse om de blir adskilt (Thomasgaard et al., 2021). Foreldrene skaper trygghet, og det kan være godt å ha et kjent fang å sitte på i en situasjon som ellers føles utrygg. De fleste foreldre er gode samarbeidspartnere, og kan være til god hjelp for sykepleierne for å berolige barnet. De kjenner barnet, og vet hva som skal til for å roe det ned. Til tross for at noen foreldre også er redde og stresset, klarer mange ta seg sammen for barnets skyld. Det er viktig at foreldrene er informerte, og at de er rolige og behersker situasjonen. Sykepleieren bør observere interaksjonen mellom barnet og foreldrene for på den måten kunne vurdere barnets og foreldrenes angstnivå og bruke det til å tilpasse sitt samspill med barnet (Bizzio et al., 2020). Dersom foreldrene er stresset og angstpreget, vil disse følelsene ofte overføres til barnet (St-Onge, 2012). I slike tilfelle kan det være hensiktsmessig at foreldrene trekker seg litt bort. Et alternativ kan være å ha med en annen person som barnet har tiltro til som klarer å beholde roen under forberedelsene.

4.5 Oppsummering

God informasjon, tillitsvekkende og relasjonsbyggende kommunikasjon vil alltid være viktig i samspillet mellom sykepleier og pasient uavhengig av pasientens alder. Når pasienten er et barn, er det særlig viktig å anvende alderstilpassede strategier for å trygge barnet i preoperativ fase. Dersom sykepleieren klarer å ufarliggjøre det skumle og ukjente, ha en barnefokusert tilnærming, bruke barnets foreldre som en ressurs og en god støttespiller i tillegg til å anvende legemidler når dette er hensiktsmessig, vil det kunne bidra til å trygge barn som opplever sykehusrelatert frykt. Det er viktig at sykepleier er klar over hva som kan forårsake preoperativt stress og eventuelle konsekvenser av dette.

4.6 Hva forårsaker preoperativt stress, og hva kan være konsekvensene av dette?

Det er særlig fem faktorer som kan fremme stress hos barn i preoperativ fase: fysisk skade eller kroppsskade, separasjon fra foreldre eller annen omsorgsperson, frykt for det ukjente, usikkerhet rundt passende oppførsel og en følelse av å miste kontrollen (St-Onge, 2012). Barns individuelle forskjeller som temperament, emosjonalitet, modenhet, alder, kjønn, tidligere livserfaringer og evne til å mestre nye situasjoner kan ha betydning for den preoperative opplevelsen. Ofte må redde og utagerende barn fastholdes mot sin vilje under

anestesiinduksjonen. Å gå inn i narkosen på en slik traumatiserende måte kan ha betydning postoperativt (St-Onge, 2012). Studier har vist at barn som preges av høyt stress i forkant av operasjonen vil ha et større behov for smertestillende legemidler postoperativt. I tillegg til psykologiske utfordringer som stress og angst, vil barn i enkelte tilfeller kunne utvikle atferdsforstyrrelser som for eksempel apati og spise- og søvnproblematikk. Preoperativt stress kan også medføre fysiologiske reaksjoner som hypertensjon, takykardi og økt sekresjon av veksthormon (Thomasgaard et al., 2021).

67% av barn som opplevde preoperativt stress utviklet en eller flere negative endringer i atferd. Atferdsendringen har imidlertid vist seg å gradvis avta i de aller fleste tilfeller. Likevel beholdt 7% av barna som var kraftig preget av stress før operasjon atferdsendringen opp til et år postoperativt (Bizzio et al., 2020).

5 Diskusjon

Dette kapittelet deles i to hoveddeler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen begrunner jeg ulike valg jeg har tatt i søkeprosessen og i avgrensninger som er gjort. Resultatdiskusjonen kobler resultatene mot teorien. I tillegg vil jeg belyse mine holdninger til og erfaringer med forskjellige strategier.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Stress og angst – sykehusrelatert frykt

Begrepene stress og angst brukes om hverandre i artiklene jeg har tatt utgangspunkt i. Angst er en psykologisk diagnose der kroppen til enhver tid er i beredskap (Norsk helseinformatikk, 2021). Stress kan defineres som en fysisk og følelsesmessig respons på en opplevd utfordring eller fare i omgivelsene (Stenbakken, 2014). Stress er med andre ord en naturlig reaksjon som mange vil komme til å oppleve, men er ikke i seg selv en diagnose. I min oppgave velger jeg å bruke formuleringen «sykehusrelatert frykt» som dekker både stress- og angstdimensjonen.

5.1.2 Kildekritikk

I en litteraturstudie som baserer seg på data fra vitenskapelige artikler er det viktig å være kildekritisk. Kildekritikk innebærer å vurdere om litteraturen er troverdig, objektiv, nøyaktig og egnet for oppgaven (Orgeret, 2021). Jeg har i hovedsak anvendt forskningsartikler og relevant pensumlitteratur som kilder til denne oppgaven. Det er særlig viktig å være kritisk til digitale kilder da i teorien hvem som helst kan publisere informasjon. Derfor har jeg vært

ytterst forsiktig med å hente definisjoner og tilleggsinformasjon fra internett. De gangene jeg likevel har støttet meg på andre kilder enn lærebøkene og vitenskapelige artikler har jeg eksempelvis brukt Store medisinske leksikon, Store norske leksikon og tidsskriftet Sykepleien. I alle disse kildene er forfatterne fagfolk med medisinsk ekspertise. Det garanterer for at informasjonen som publiseres er troverdig og dermed til å stole på.

5.1.3 Avgrensning av alder

I utgangspunktet ville jeg avgrense oppgaven til å omhandle barn i alderen 3-6 år. Bakgrunnen for dette er at barn utvikler nye særtrekk når de fyller 3 år. I denne alderen utvikler barn skyldfølelse (Brønstad & Hårberg, 2020). Deres manglende evne til abstrakt tenking, barnas syn på kroppen og frykt for å separeres fra foreldrene gjør denne aldersgruppen attraktiv for temaet i min oppgave. Pensumboken jeg har anvendt i store deler av oppgaven tar også utgangspunkt i barn i denne alderen når barns utviklingsmessige særtrekk beskrives. Databasene jeg har brukt for å finne kilder har alderen 2-5 år som inklusjonskriterium. Jeg fant det derfor formålstjenlig å avgrense oppgaven til aldersgruppen 2-6 år.

5.1.4 Søkeprosessen

I metode-kapittelet skrev jeg at et kriterium jeg la vekt på da jeg valgte artiklene jeg ønsket å anvende var at de var skrevet etter 2012, altså at ikke er eldre enn 10 år. I starten av søkeprosessen hadde jeg kun artikler skrevet de siste 5 årene som et inklusjonskriterium. Årsaken til dette var at jeg ønsket å bruke artikler som presenterer nyere forskning. Disse avgrensningene førte til et smalt utvalg av artikler, særlig i databasen PubMed. For å gjøre et bredere søk, valgte jeg derfor å utvide til artikler som er skrevet etter 2012.

For å få tips til gode søkeord så jeg på MeSh-ordene benyttet i forskningsartiklene. MeSh står for «Medical sub headings» (Legemiddelaktuelt, 2018). Dette verktøyet hjalp meg til å finne autoriserte søkeord som kunne benyttes i databasene. I to av søkeordene valgte jeg å bruke trunkering. Det vil si at jeg kun søkte på stammen av ordet for å få ulike varianter av ordet (Helsebiblioteket, 2016). Eksempelvis skrev jeg child* og nurs* for å dekke artikler som inneholdt andre ord som children, nurse og nursing. Preoperativ er et annet begrep for before surgery. I søket skrev jeg derfor kombinasjonsordet: «OR» for å få resultater som inneholdt det ene eller det andre begrepet. Når jeg hadde klar alle søkeordene brukte jeg «velg alle» og søk med AND for å få resultater som inneholdt alle søkeordene.

5.1.5 Reliabilitet og validitet

I analysen har jeg undersøkt artiklernes reliabilitet og validitet. Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2017, s. 40). Validitet står for relevans og gyldighet og vil si at informasjonen i artiklene skal kunne gi svar på problemstillingen jeg har for min oppgave. Felles for de tre utvalgte artiklene er at alle beskriver strategier sykepleiere har brukt i egen praksis for å redusere barns preoperative frykt. Dette styrker artiklernes validitet for temaet i oppgaven. Reliabiliteten styrkes ved at artiklene er fagfellevurdert og at de er skrevet av sykepleiere med flere års erfaring.

5.1.6 Forfattere av studie med bakgrunn som anestesisykepleiere

Felles for artiklene er at de er skrevet av anestesisykepleiere og fokuserer i stor grad på anesthesiinduksjonen. I min oppgave har jeg sagt at jeg ønsker å undersøke strategier som kan brukes i hele den preoperative fasen, altså fra barnet innlegges på sykehuset til operasjonen. Til tross for at litteraturen i artiklene stort sett omtaler preoperativ fase som tiden fra barnet ligger på operasjonsbordet til barnet er i narkose, kan strategiene som presenteres brukes i hele den preoperative fasen. På grunn av denne likheten har jeg valgt å inkludere disse studiene i oppgaven. Fra det øyeblikket barnet ankommer sykehuset vil barnet møte et nytt miljø. Barn som opereres som inneliggende, vil i første omgang møte sykepleier på sengepost, og ikke anestesisykepleierne. Sykepleieren på sengepost blir gitt anledning til å bruke bedre tid på relasjonsbyggingen enn anestesisykepleiere som ofte kun er til stede i forbindelse med operasjonen.

5.1.7 Deltagerne i studiene

To av artiklene jeg har valgt er kvalitative studier som baserer seg på dybdeintervjuer av sykepleiere. Det er relativt få deltagere i studiene. Den ene artikkelen er skrevet på grunnlag av et intervju av 20 deltagere. Den andre artikkelen inkluderer kun 6 sykepleiere i studien. Selv om de er få, representerer de mange års praktisk erfaring, flere av dem mer enn ti år. Jeg anser derfor resultatene for å være relevante for min oppgave. Artikkelen «Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children» baserer seg ikke på egne studier, men viser til flere andre artikler som har belyst dette temaet og har sammenfattet funn fra disse. De samme strategiene som presenteres i artikkelen samsvarer altså med strategier fra de andre artiklene.

5.2 Resultatdiskusjon

Det har vært utfordrende å kategorisere strategiene i hovedtema og undertema da mange av strategiene overlapper hverandre og i mange tilfelle brukes samtidig. Det finnes både medikamentelle og ikke-medikamentelle strategier for å redusere barns sykehusrelaterte frykt i preoperativ fase. En viktig forutsetning for at barnet skal oppleve at sykepleieren er tillitsvekkende og trygg er at sykepleieren kjenner til de utviklingsmessige særtrekkene og slik er i stand til å anvende strategier som passer barnets alder, modenhet og eventuelle tidligere erfaringer.

5.2.1 Å ufarliggjøre det skumle og ukjente

Felles for de tre artiklene er at de mener at det kan være hensiktsmessig for barnet å besøke sykehuset før innleggelsen for få en omvisning, gjerne på operasjonsstuen. Omvisningen kan bidra til å normalisere og å ufarliggjøre sykehusmiljøet. Dette forutsetter at en sykepleier må sette av tid til omvisning, samt at det er ledig på operasjonsstuen. Bor barnet langt fra sykehuset, kan besøk også være problematisk å gjennomføre da det vil gå mye tid til reising. Alternativt til et fysisk besøk kunne sykehuset prioritere å innrede et lekerom med utstyr som finnes på en operasjonsstue. Rutinemessig kunne barna bli tilbudt å bruke tid her preoperativt. Et slikt lekerom, som ligner en operasjonsstue, vil være kostbart. Derfor vil det sannsynligvis være et mer realistisk alternativ å lage dette som en modell for eksempel i et dukkehus. Dersom sykepleieren sammen med barnet brukte tid på lekerommet eller med modellen, vil sykepleieren bruke medisinsk lek som også vil bidra til å skape en god relasjon til barnet.

Lek stimulerer barns kognitive og sosiale utvikling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 82). Å lære gjennom lek har vist seg å være både gøy og trygghetsskapende. I tillegg kan forberedelser i form av medisinsk lek hjelpe barnet til å bearbeide inntrykk og være med å ufarliggjøre prosedyrer. I leken skapes kontakt og trygghet, trivsel, glede og mestringsopplevelser (Grønseth & Markestad, 2017). Denne strategien kan også bidra til at barnet kan distansere seg fra virkeligheten som for mange oppleves utrygg.

En annen strategi sykepleier kan anvende er distraksjon. Ved å avlede barnets oppmerksomhet flyttes fokuset fra det som barnet kan oppleve skummelt og fremmed. En ulempe med å anvende distraksjon som strategi er at avledningen kan forstyrre relasjonsbyggingen mellom barnet og sykepleieren. Det finnes ulike metoder for distraksjon. Sang, musikk og distraksjon ved bruk av lek kan være en god avledning da sykepleieren

fremdeles har barnets oppmerksomhet. Dersom barnet avledes ved film eller andre tekniske duppeditter, kan oppmerksomheten fort vendes bort fra sykepleieren, og stå i motsetning til å skape et tillitsforhold. Mange barn har med egne kosedyr når de skal legges inn på sykehuset. Sykepleieren kan bruke kosedyret som distraksjon ved å leke med og prate til bamsen. Kosedyret kan også brukes til medisinsk lek ved at barnet eller sykepleieren kan utføre prosedyrer på bamsen først. Her er det bare sykepleiers fantasi som setter grenser for hva en kan finne på av aktiviteter. Thomasgaard med flere skriver at studier har vist at distraksjon er like effektivt som å benytte seg av beroligende legemidler.

5.2.2 Legemiddelbruk

Som artiklene viser, og som jeg har erfart i praksis, blir legemidler i stor grad anvendt for å berolige barn som opplever frykt i forkant av operasjon. Bizzio med flere viser til en studie som konkluderer med at mange anestesisykepleiere foretrekker nettopp å bruke legemidler for å berolige barn som opplever stress preoperativt (2019). Sannsynligvis er dette ofte den mest brukte løsningen for å holde barnet i ro uten å bruke fysisk makt. Jeg ble selv bedt om å være med å holde fast et barn som var utagerende under en prosedyre. Da fikk jeg erfare hvor ubehagelig en slik situasjon kan være både for barnet, foreldrene og for den som utfører prosedyren. Medisinering vil raskt og effektivt kunne dempe sykehusrelatert frykt hos barn. Imidlertid kan likevel medisinering føre til utsettelse av operativt inngrep på grunn av legemiddelets virketid. Dersom barnet har lite eller ingen effekt av sedativa, kan det noen ganger også være nødvendig å øke doseringen som igjen krever at kirurgi kanskje må utsettes til ønskelig effekt av legemiddelet er oppnådd. Et høyt forbruk av legemidler vil dessuten være kostbart for sykehuset. En annen ulempe med sedativa er at barnet blir fratatt sin integritet og evne til medbestemmelse noe som er viktig for at barnet skal oppleve kontroll i situasjoner som kan oppleves skremmende. Ved å bruke legemidler for å berolige, vil barnet i mindre grad enn ellers kunne ha mulighet til å tilegne seg mestringsstrategier. Mestringsstrategier vil kunne gi barnet en bedre forutsetning for å håndtere lignende situasjoner senere i livet. I norsk legemiddelhåndbok (2020) står det at det ikke lenger er rutine å gi angstdempende premedikasjon, men at det skal tas en vurdering av dette ut fra pasientens angstnivå og alder. I praktisk hverdag er det nok likevel ofte slik at sykepleier vil velge å bruke sedativa. Legemiddelhåndboken (2020) understreker imidlertid at god preoperativ forberedelse kan ha like angstdempende og beroligende effekt som sedativa. I et slikt perspektiv kunne det være ønskelig at det ble systematisk diskutert å bruke de ikke-

medikamentelle strategiene som er omtalt i artiklene som alternativ for å dempe sykehusrelatert frykt hos barn i større grad enn det jeg fikk inntrykk av under min praksisperiode ved barneavdelingen.

5.2.3 Barnefokusert tilnærming

Kommunikasjon står sentralt i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og barn. Travelbee (1999) legger vekt på at god kommunikasjon krever sykepleiekompetanse. Sykepleier må være bevisst på at både den verbale- og nonverbale delen av kommunikasjonen er viktige i anvendelsen av strategiene. Travelbee mener at all interaksjon med den syke gir sykepleieren anledning til å bli kjent med han som menneske for å etablere et menneske-til-menneskeforhold, altså en relasjon hvor barnet har tillit til sykepleieren. Da er det en forutsetning at sykepleieren har en barnefokusert tilnærming Første punkt i «Sykehuseksperternes 10 bud» er: «Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare foreldrene sine». En barnefokusert tilnærming vil si at sykepleieren sørger for at barnet er hovedpersonen i samtalen. Sykepleieren bør også tilstrebe at barnet så langt det lar seg gjøre får medvirke ved å ta enkle valg om behandlingen. Dette vil gi barnet en følelse av kontroll og mestring. For at dette skal ha noe for seg må barnet gis valgmuligheter som barnet er i stand til å håndtere. En åpenbar grense for hva barnet kan bestemme selv er for eksempel hvorvidt det skal opereres eller ikke. Barn i førskolealder er selvsagt ikke i stand til å ta en slik avgjørelse da de ikke er fullstendig utviklet kognitivt, og dermed ikke forstår sitt eget beste. Sykepleier bør derimot gi barnet valg som barnet har forutsetning for å ta som for eksempel selv å bestemme fargen på bandasjen.

I følge «Sykehuseksperternes 10 bud» ønsker barn all informasjon, men sykepleieren må for all del ikke skremme barnet. Travelbee mener at sykepleierens rolle før et kirurgisk inngrep er å sørge for at pasientens behov for informasjon og sikkerhet er komplett. Hva som menes med komplett informasjon og sikkerhet er ikke universelt. Barn vil oppleve dette individuelt, og det er derfor viktig at sykepleier observerer barnet for å forstå det enkelte barnets behov og deretter skreddersy informasjonen til å være aldersadekvat og individuelt tilpasset.

Aldersadekvat kommunikasjon vil si at kommunikasjonen er tilpasset barnets alder og modenhet. Dette forutsetter at sykepleieren har kunnskap om barns utviklingsmessige særtrekk i denne alderen. Erikson hevder at et av kjennetegnene for barn i førskolealder er at de i denne alderen utvikler skyldfølelse og kan derfor ha en opplevelse av at det er deres skyld at de må opereres. Til tross for at barn kan ha vansker med å sette ord på følelser, kan det

være hensiktsmessig å spørre barn om hva de opplever som skremmende og bekrefte deres opplevelser rundt dette. St-Onge skriver at usikkerhet rundt passende oppførsel er en av faktorene som kan være angstfremmende for barn i preoperativ fase. Grønseth og Markestad (2017) hevder at barn kan miste følelsen av anerkjennelse dersom sykepleieren bagatelliserer eller bortforklarer følelser barnet har. Dersom sykepleieren har sagt til barnet at det ikke kommer til å gjøre vondt å få lagt inn PVK, kan tilliten barnet har til sykepleieren brytes dersom dette står i motsetning til det barnet opplever. Barn i førskolealder kan også ha intense smerteopplevelser. Det som for voksne kan virke som ubetydelig, som for eksempel å fjerne et plaster, kan for barnet oppleves som dramatisk. Barn er ekstra vare for inkongruens, og det sykepleieren sier bør derfor alltid være reelt.

Thomasgaard med flere (2021) skriver i sin artikkel at det er en nyttig investering å bruke god tid for å bygge en trygg relasjon. I teorien høres det veldig fint ut, men det finnes faktorer som kan gjøre dette vanskelig i praksis. Som et resultat av økt kompetanse innen pediatrik kirurgi blir flere barn i dag operert dagkirurgisk (St-Onge, 2012). Dagkirurgi er økonomisk lønnsomt da liggetiden på sykehuset blir redusert. I tillegg åpner dagkirurgi for muligheten til å operere flere pasienter. Ulempen dette medfører er at sykepleieren har begrenset tid sammen med pasientene preoperativt. Da blir tiden sykepleieren har til å bygge en relasjon med barnet knapp. I praksis på barneavdelingen opplevde jeg hva en god relasjon hadde å si for å få barnets tillit. Jeg hadde ansvar for en 3 år gammel jente som hadde et brudd i armen og ventet på at en gipstekniker skulle komme for å legge på gips. Moren til barnet ringte på alarmen for å spørre om jeg hadde mulighet til å passe datteren mens mor gikk til bilen for å hente noe. Tiden hun var borte brukte jeg til å sitte på gulvet og leke sammen med barnet. Vi fikk umiddelbart god kontakt. Gipsteknikeren kom før moren hadde kommet tilbake. Barnets reaksjon var å gråte samtidig som hun kom bort og satte seg på fanget mitt. Ved å engasjere meg i hennes leker og å bruke tid sammen med henne, klarte jeg å skape et tillitsforhold som gjorde at hun søkte trygghet hos meg når moren ikke var i rommet.

Ingen av artiklene jeg har analysert trekker frem betydningen av å sette seg ned på barnets høyde i samtale. Grønseth og Markestad (2017) sier imidlertid at barn liker best sykepleiere som setter seg ned slik at barnet kan ha øyekontakt med dem. Dersom barnet sitter på gulvet og leker, kan sykepleieren sette seg ned sammen med barnet. Alternativt kan det være hensiktsmessig å ha en stol tilgjengelig for å komme i riktig høyde. Hensikten med å ha øyekontakt i samtaler er å utjevne maktbalansen mellom sykepleieren og barnet. Særlig viktig

er det i lengre samtaler, eksempelvis når sykepleieren skal gi informasjon om det pre- per- og postoperative forløpet. I slike samtaler hvor viktig informasjon skal formidles, må sykepleieren tilrettelegge for et gunstig miljø uten distraksjoner som kan ta barnets oppmerksomhet bort fra budskapet. Det kan likevel være hensiktsmessig å ta i bruk ulike hjelpemidler i samtale med barna for å lettere nå fram med informasjonen. Eksempelvis kan informasjonen formidles gjennom tegninger, leker, eventyr og film. Metaforer, som for eksempel å kalle en perifer venekanyler for et sugerør, kan også brukes for å kommunisere mer aldersadekvat. Faren med å bruke metaforer er at barn i førskolealder tolker det som blir sagt bokstavelig, og barna kan bli redde dersom deres oppfatning ikke samsvarer med virkeligheten.

En av flere foreslåtte strategier er «å bruke seg selv». Det vil si at sykepleieren anvender egne faglige kunnskaper og praktiske erfaringer i møte med pasienten. Da barn kan uttrykke stress og frykt på ulike måter bør sykepleieren være i stand til å observere barnet for å identifisere de ulike signalene som kan ha mange forskjellige uttrykk. Grønseth og Markestad (2017) skriver at barn er vare for sykepleierens toneleie og nonverbale signaler, og at de kan kategorisere sykepleieren som «snill» eller «slem» ut fra hvordan sykepleieren opptrer. Barna foretrekker sykepleiere som evner å gå ut av sin egen komfortsone og tør å være litt «barnslige» i måten de henvender seg til barna. I artiklene legges det vekt på at sykepleieren bør ha en tydelig positiv holdning og fremstå blid og fornøyd. Også i Sykehuseksperternes 10 bud heter det i punkt 5 og 6: «Ikke stress og ikke snakk så fort» og «Vær positiv, rolig og vennlig». Sykepleiere er selvsagt i likhet med alle andre bare mennesker. De kan gå gjennom ting privat som kan påvirke dem på jobb. Da er det viktig at sykepleier anstrenger seg og i størst mulig grad skiller privatliv og jobb. I arbeidssituasjonen skal sykepleieren opptre profesjonelt. I noen tilfelle kan dette være vanskelig. Sykepleieren bør da være åpen om dette med kollegaene sine og be om hjelp dersom det blir vanskelig å opptre agere profesjonelt.

5.2.4 Foreldre som ressurs

Foreldre kan være en god resurs for sykepleierne da de kan være gode støttespillere og bidra til å berolige barnet. Bizzo med flere (2020) skriver at en av årsakene til barnets sykehusrelaterte frykt kan være å bli separert fra foreldrene. Separasjonsangst er et særtrekk for barn i denne aldersgruppen og påstanden støttes dermed av teorien. I tillegg til å bruke foreldrene rent praktisk til støtte og trøst, bør sykepleieren observere interaksjonen mellom foreldrene og barnet. Da kan sykepleieren kopiere strategier foreldrene benytter seg av for å

trøste barnet. Videre bør sykepleieren legge merke til hvordan foreldrene holder barnet og måten barnet berøres på slik at hun kan bruke lignende tilnæringsmåter. Sykepleieren må også observere foreldrenes stressnivå. Urolige foreldre vil lett kunne overføre sin frykt til barnet. Da bør sykepleier veilede foreldrene slik at de kan opptre mer hensiktsmessig. Skulle foreldrene være så utpreget at den ikke lar seg justere, vil det kunne være beste løsning å be dem holde seg mer i bakgrunnen.

5.2.5 Strategiene anvendt i praksis

På barneavdelingen fikk jeg i oppgave å måle blodsukkeret på en 4 år gammel jente. Barnet satt og tegnet inne på lekerommet sammen med moren sin. Da jeg kom bort hoppet barnet i fangen på moren. Hun ble taus, og jeg merket at hun var redd. Jeg valgte å sette meg på en stol ved siden av. For å vise interesse spurte jeg hva hun tegnet. Da jeg hadde fanget barnets oppmerksomhet ba jeg om å få låne en finger for å ta en liten blodprøve. Jenta hadde ikke noe lyst til å ta blodprøve og gjemte derfor hendene bak ryggen. For å ufarliggjøre prosedyren spurte jeg om barnet ønsket å prøve på meg først. Det ville hun svært gjerne. Hun stakk meg i fingeren og fikk sett hvordan prosedyren skulle utføres og min reaksjon på dette. Da det var hennes tur holdt hun fingeren fram, og blodsuktermålingen ble gjennomført uproblematisk. I denne situasjonen fikk jeg tatt i bruk flere strategier for å redusere barnets frykt. Først og fremst fikk barnet sitte på morens fang og fikk dermed hennes nærhet og trygghet. I tillegg satte jeg meg ned slik at jeg fikk øyekontakt med barnet. Jeg brukte meg selv ved å la jenta prøve å stikke i min fing først. Da fikk hun både «lekt» med medisinsk utstyr samt å delta i prosessen. I etterkant ser jeg at jeg også kunne gitt barnet valget mellom om jeg eller moren skulle stikke i fingeren.

Dette eksempelet illustrerer hvordan strategiene brukes om hverandre i praksis. Det er med andre ord vanskelig å sette strategiene opp mot hverandre og å vurdere om en strategi er bedre enn andre. Sykepleieren bør i alle pasientmøter være i stand til å anvende de ulike strategiene der hvor det er hensiktsmessig. Resultatene i artiklene samsvarer med teorien om at kraftig preoperativ angst kan disponere til postoperative utfordringer som atferdsforstyrrelser som for eksempel apati og spise- og søvnproblematikk. I teoridelen påpekte jeg at de fleste barn ikke får varige mén til tross for disse følelsene. Det er likevel i høyeste grad relevant å implementere strategiene i sykepleiepraksis til barn da studier har vist at noen barn vil rammes av dette, og konsekvensene kan være tildels alvorlige. Min onkel, som i dag er over 60 år og praktiserer som allmennlege, forteller at han den dag i dag gruer seg til han skal på

sykehuset. Han relaterer dette til at han tre år gammel var innlagt for en brokk-operasjon. På det tidspunktet tillot ikke sykehuset foreldrene å besøke sine barn. Dette ble begrunnet med at barna ble urolige når foreldrene skulle dra. Så dypt kan altså dette sitte selv for en person som gjennom sitt yrke burde hatt større forutsetninger for å ha et avslappet forhold til sykehus enn et gjennomsnitt av befolkningen.

6 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse strategier sykepleier kan anvende for å trygge barn i førskolealder som opplever sykehusrelatert frykt i forkant av operasjon. Strategiene som ble presentert i forskningsartiklene har jeg sammenfattet til fire hovedstrategier med syv underkategorier. Gjennomgående i utøvelsen av alle strategiene er at kommunikasjon og sykepleiers relasjon til barnet vil være av avgjørende betydning for at barn skal føle seg ivaretatt og dermed dempe sykehusrelatert frykt. I de fleste tilfeller kan og bør de ulike strategiene kombineres. Dersom sykepleieren klarer å ufarliggjøre det barnet opplever som fremmed og skummelt, ha en barnefokustert tilnærming, bruke foreldrene som resurs og anvende legemidler når det er hensiktsmessig, vil barn som opplever sykehusrelatert frykt i preoperativ fase føle seg trygg og ivaretatt. Sykepleieren må ta høyde for at alle barn vil ha individuelle forskjeller i alder og modenhet, og at strategiene bør anvendes i tråd med dette. De postoperative konsekvensene for barn som har opplevd sterk grad av sykehusrelatert frykt er i noen tilfeller alvorlige. Derfor er det all grunn til å være føre var og anvende dempende strategier slik de er beskrevet.

Opgaven belyser viktigheten av preoperativ sykepleie til barn, og jeg stiller meg derfor undrende til at sykepleie til barn ikke har et større fokus i sykepleieutdanningen. Mange av strategiene blir nok i varierende grad anvendt i praksis uten at dette nødvendigvis er en bevisst handling av sykepleierne. Alle som jobber med barn, både på barneavdelinger og i forbindelse med kirurgi, burde likevel gjennom sitt utdanningsløp få anledning til å tilegne seg kunnskaper om barn, barns utvikling og strategier som kan redusere sykehusrelatert frykt. Når artiklene også viser til mulige og tildels alvorlige konsekvenser av ikke å ta strategiene i bruk, understreker det viktigheten av denne kunnskapen, og hvorfor disse bør implementeres i utdanningen og i praktisk arbeid med barn.

Referanser

- Berteussen, L. M. (2021). PubMed. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/PubMed>
- Bizzio, R., Cianelli, R., Villegas, N., Hooshmand, M., Robinson, M., Hires, K. A., & Stathas, A. (2020). Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.005>
- Brønstad, A., & Hårberg, G. B. (2020). Eriksons psykososiale stadier. I *Nasjonal digital læringsarena*. <https://ndla.no/nb/subject:1:777ae87e-ca79-4866-920a-115cfeb7bbe1/topic:2:183771/topic:2:184796/resource:1:3987>
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I *Dags för uppsats—Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.
- Grue, J. (2019). Metafor. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/metafor>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). *Søketeknikker*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Høiback, H. (2020). Strategi. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/strategi>
- Legemiddelaktuell. (2018). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. I *Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuell/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Norsk helseinformatikk. (2021). Symptomer og tegn på generalisert angstlidelse. I *NHI*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/generalisert-angst-symptomer-og-tegn/>
- Norsk legemiddelhandbok. (2020). T22.2.2.8 Premedikasjon. I *Norsk legemiddelhandbok*. <https://www.legemiddelhandboka.no/T22.2.2.8/Anestesi>
- Orgeret, K. S. (2021). Kildekritikk. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/kildekritikk>
- Oslo universitetssykehus. (2020). *Psykososial preoperativ forberedelse av barn 3-6 år*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/49543>
- Raaheim, K., Teigen, K. H., & Mørch, W. T. (2020). Jean Piaget. I *Store norske leksikon*.
- Spesialgruppen for medisin og helsefag. (2020). CINAHL - søkeveiledning. I *Universitetsbiblioteket*. https://norskbiobibliotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL_2020_SMH_200220.pdf
- Stenbakken, C. (2014). Stressmestring. I *LHL*. <https://www.lhl.no/gardermoen/hjerteloftet/livsstilsendring/stressmestring/>
- St-Onge, A. R. (2012). Reducing paediatric anxiety preoperatively: Strategies for nurses. *ORNAC Journal*, 30(4), 14–19.
- Svartdal, F. (2021). Fagfelleevaluering. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter—Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thomasgaard, M., Lohne, V., & Valeberg, B. T. (2021). «The Worst Is the Worry»: Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children. https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/valeberg-r.pdf?sfvrsn=a1dbdb37_4
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1

	Pasienter på somatiske sykehus totalt
	2020
	Begge kjønn
F00 Hele landet	
0-9 år	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	180 318
10-19 år	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	150 121
20-39 år	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	434 392
40-59 år	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	482 821
60-69 år	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	262 014
70-79 år	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	254 421
80 år eller eldre	
Antall pasienter eller behandlinger i alt	157 144

Vedlegg 2

Artikkelens tittel	The Worst Is the Worry: Importance of Preoperative Preparation of Preschool Children								
Tidsskrift/årstall	AANA Journals,								
Forfattere	Maren Thomasgaard, MSc, RNA Vibeke Lohne, PhD Berit Taraldsen Valeberg, PhD, RNA								
Perspektiv	Anestesisykepleiers perspektiv								
Problem	Barn opplever ofte et høyt angstnivå før anestesi, noe som kan føre til dårlig samarbeid under anestesiinduksjon og negative konsekvenser i den postoperative perioden.								
Hensikt	Å skaffe kunnskap som kan forbedre praksisen av å forberede førskolebarn på anestesi og kirurgi ved å analysere anestesisykepleiernes preoperative erfaringer med barn								
Metode	Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med anestesisykepleiere. Artikkelen har en kvalitativ tilnærming. 6 anestesisykepleiere fortalte om deres erfaringer med preoperativ forberedelse av barn. Spørsmålene som ble stilt var: <ul style="list-style-type: none"> - Kan du fortelle meg om dine erfaringer med engstelige barn før og under induksjon av anestesi? - Kan du fortelle en historie om en tid da du følte at handlingene dine gjorde barnet rolig og mindre engstelig? - Hvordan føler du at foreldrenes tilstedeværelse påvirker barnet? 								
Resultater	Strategiene deles inn i tre hovedtema med syv undertema: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%;">Hovedtema</th> <th style="text-align: left; width: 50%;">Undertema</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">Å ufarliggjøre det ukjente og skumle</td> <td>Barn trenger skreddersydd informasjon Distraksjon Mestring og deltakelse</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Å bruke seg selv</td> <td>Et positivt første møte Handle etter situasjonen Ta tidligere erfaringer til betraktning</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Ha et fang å sitte på</td> <td>Foreldre gir trygghet</td> </tr> </tbody> </table>	Hovedtema	Undertema	Å ufarliggjøre det ukjente og skumle	Barn trenger skreddersydd informasjon Distraksjon Mestring og deltakelse	Å bruke seg selv	Et positivt første møte Handle etter situasjonen Ta tidligere erfaringer til betraktning	Ha et fang å sitte på	Foreldre gir trygghet
Hovedtema	Undertema								
Å ufarliggjøre det ukjente og skumle	Barn trenger skreddersydd informasjon Distraksjon Mestring og deltakelse								
Å bruke seg selv	Et positivt første møte Handle etter situasjonen Ta tidligere erfaringer til betraktning								
Ha et fang å sitte på	Foreldre gir trygghet								

Vedlegg 3

Artikkelens tittel	Reducing Paediatric Anxiety Preoperatively: Strategies for Nurses
Tidsskrift/årstall	ORNAC Journal, desember 2012
Forfattere	Angela R ST. Onge, anestesisykepleier
Perspektiv	Anestesisykepleiers perspektiv
Problem	Preoperativt stress hos barn kan forårsake økte postoperative smerter i tillegg til spise- og søvnvansker. Barn som opplever stress i forkant av operasjonen, kan være lite samarbeidsvillige. Ofte resulterer dette i at helsepersonell må holde barnet fast for å få indusert barnet. En slik traumatisk hendelse vil kunne prege både barnet, foreldrene og helsepersonellet i etterkant. Studien viser at enkelte barn som går inn i narkose sterkt angstpreget kan bli deliriske postoperativt.
Hensikt	Hensikten var å identifisere enkle strategier sykepleierne kan implementere i hverdagslige rutiner for å redusere barns preoperative stress.
Metode	Kvalitativ forskningsmetode basert på andre vitenskapelige artikler.
Resultater	Det er særlig fem faktorer som kan være angstfremkallende: fysisk skade eller kroppsskade, separasjon fra foreldre eller annen omsorgsperson, frykt for det ukjente, usikkerhet rundt passende oppførsel og en følelse av å miste kontrollen. Strategier som kan anvendes for å redusere dette er medisinsk lek, barnefokuset tilnærming med aldersadekvat språk, distraksjon og informerte foreldres tilstedeværelse.

Vedlegg 4

Artikkelens tittel	Exploring Non-Pharmacological Management among Anesthesia Providers to Reduce Preoperative Distress in Children
Tidsskrift/årstall	Journal of Pediatric Nursing,, november 2019
Forfattere	Rossana Bizzio, Natalia Villegas, Mary Hooshmand, Melisia Robinson, Kimberly A. Hires og Alexandra Stathas
Perspektiv	Anestesisykepleiers perspektiv
Problem	Å bruke legemidler for å berolige barn er effektivt for å redusere preoperativ angst. Farmakologiske metoder vil derimot koste sykehuset dyrt. I tillegg kan man risikere å måtte utsette operasjonen til legemiddelet har effekt.
Hensikt	Å utforske ikke-medikamentelle metoder for å redusere preoperativt stress hos barn.
Metode	20 anestesisykepleiere deltok i dybdeintervjuer. Kvalitativ metode ble brukt for å analysere resultatene av intervjuet. Spørsmålene som ble stilt var: <ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor tror du barn i alderen 1-6 år opplever stress i preoperativ fase? - Hvilke ikke-farmakologiske metoder bruker du for å redusere preoperativ angst? - Hvordan kommuniserer du med barna i preoperativ fase?
Resultater	Artikkelen kommer frem til syv ikke-medikamentelle strategier: <ul style="list-style-type: none"> - Relasjonsbygging - Evne til observasjon - Foreldrenes tilstedeværelse - Miljø - Kontroll - Distraksjon - Informasjon