



Bachelorgradsoppgave

Aspekter ved barns innleggelse på sykehus

Aspects of hospitalization of children

Marianne Overrein Torp

Antall ord: 9 577

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag

Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Abstrakt

Introduksjon: Årlig blir i gjennomsnitt 100 000 barn og unge mellom 0-18 år innlagt på sykehus i Norge. Dette kan være en psykisk og fysisk belastning for barn. Generelt er det sparsomt med forskning på barns egne erfaringer og opplevelser ved en sykehusinnleggelse og også forholdet mellom sykepleiere og barn. **Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke opplevelser barn har ved innleggelse i sykehus og hvilken betydning dette har for sykepleiere.

Metode: Dette er en allmenn litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler. **Resultat:** Forskningen viser at sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn. Videre fremgår det av studiene at barna trenger å oppleve trygge omgivelser, og at det er viktig at de får god kontakt og kommunikasjon med sykepleiere. Sentralt er også at barna ved sykehusinnleggelsen ønsker å føle seg mer inkludert i prosessen og å få en mer adekvat informasjon om hva som står fore. I denne relasjonen er det også essensielt at sykepleierne kan tilpasse seg barnets utviklingstrinn og modenhet. **Diskusjon:** Funnene ble korrelert med relevant litteratur, forskning og teorier.

Konklusjon: Studien underbygger tidligere forskning og teori om barn innlagt i sykehus. Sykehusinnleggelser er generelt en belastning for barn og ofte assosiert med utrygghet og usikkerhet. Det er viktig at sykepleierne erkjenner dette og at de på ulikt vis kan bidra til å gjøre denne opplevelsen mindre traumatisk.

Nøkkelord: Barn, innleggelse, sykehus, sykepleie

Keywords: Children, hospital, hospitalization, nursing

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Teoretisk tilnærming	1
1.2 Relevans for sykepleiefaget.....	2
1.3 Oppgavens hensikt og avgrensning	3
2.0 Metode	4
2.1 Fremgangsmåte	4
2.2 Litteratursøket.....	4
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.4 Inkluderte artikler	5
2.5 Analyse	6
2.6 Ethiske overveielser	7
3.0 Resultat	8
3.1 Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn	8
3.1.1 Sykehus som miljø.....	8
3.1.2 Samarbeid med sykepleiere.....	8
3.1.3 Å være alene	9
3.2 Barn trenger å oppleve at sykepleiere er til å stole på	9
3.2.1 Sykepleieegenskaper barn setter pris på.....	9
3.2.2 Kommunikasjon mellom barn og sykepleiere	10
3.3 Sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn.....	11
3.3.1 Informasjon bør tilpasset barnets alder og utviklingsnivå	11
3.3.2 Barn har et ønske om å bli hørt.....	11
3.3.3 Barn som aktive og passive deltagere i kommunikasjonsprosessen	12
4.0 Resultatdiskusjon	14
4.1 Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn	14
4.1.1 Sykehus som miljø.....	14
4.1.2 Samarbeid med sykepleiere.....	15
4.1.3 Å være alene	16
4.2.1 Sykepleieegenskaper barn setter pris på	17
4.2.2 Kommunikasjon mellom barn og sykepleiere	19
4.3 Sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn.....	20
4.3.1 Informasjon bør tilpasset barnets alder og utviklingsnivå	20
4.3.2 Barn har et ønske om å bli hørt.....	21

4.3.3 Barn som aktive og passive deltagere	22
5.0 Metodediskusjon.....	24
6.0 Konklusjon	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1: oversikt over søkestrategi	
Vedlegg 2: oversikt over inkluderte artikler	
Vedlegg 3: oversikt over analyse av artiklene	

1.0 Introduksjon

Barnealderen defineres vanligvis som 0-18 år og aldersspennet mellom et spedbarn og en ungdom på 18 år er stort (Tveiten, 2012a). Årlig blir i gjennomsnitt 100 000 barn og unge mellom 0-18 år innlagt i sykehus i Norge (Brunvand, 2012, Grønseth og Markestad, 2011). Sykehusinnleggelse hos barn er først aktuelt når barnet er så sykt at det ikke kan behandles i hjemmet eller at hjemmesykepleie ikke er forsvarlig (Tveiten, 2012a). Hovedårsaken til at barn blir innlagt i sykehus er ofte på grunn av akutte og forbigående sykdommer og skader eller på grunn av langvarig eller kronisk sykdom (Grønseth og Markestad, 2011, Wennick, 2012).

Sykehusinnleggelse kan være en påkjenning for barns psykiske og fysiske utvikling (Dolidze, Smith og Tchanturia, 2013). I følge Kristoffersen, Breivne og Nortvedt (2011) kan en endring av livssituasjonen, være seg akutt sykdom, skade eller funksjonstap, føre til en krise for mennesker. Med sykdom og sykehusinnleggelse følger det ofte stress, utrygghet, negative opplevelser, redusert mestringsopplevelse og økt avhengighet av foreldrene, noe som er nært knyttet sammen med mistriivsel og ubehag (Grønseth og Markestad, 2011, Håkonsen, 2010). Stress er en dynamisk prosess der individets evner settes på prøve av omgivelsenes krav og brukes ofte for å beskrive kroppens tilpasningsreaksjon fra psykiske og fysiske påkjenninger (Ellneby, 2000). Hva som forårsaker stress og hvordan barn og ungdom mestrer dette avhenger blant annet av alder og utviklingstrinn (Grønseth og Markestad, 2011).

Sykepleieres fokus skal være rettet mot barns utvikling og modenhet, og sykepleien skal være tilpasset barns særegne behov (Grønseth og Markestad, 2011). Barn og unge har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne, og det er derfor viktig å skape trygghet i sykdomssituasjoner (Eide og Eide, 2007). Helsepersonell har en viktig oppgave i å forstå hvordan barn reagerer og videre ha kunnskap om tilnærming på barns aldersnivå (Dyregrov, 2002). Kjente rutiner, glede, humor og lek kan bidra til å skape trygghet og velvære hos barn innlagt i sykehus (Grønseth og Markestad, 2011), og barnets trygghet er i stor grad avhengig av den tryggheten sykepleiere klarer å skape (Korsvold, 2009).

1.1 Teoretisk tilnærming

For å hjelpe barn og unge til å mestre stress ved innleggelse i sykehus, må sykepleiere vurdere ulike tiltak tilpasset barnets utviklingstrinn (Grønseth og Markestad, 2011). Teorier som er brukt for å

belyse dette nærmere er Jean Piagets kognitive utviklingsteori, Erik H. Eriksons psykososiale teori og Joyce Travelbees interaskjonteori.

Jean Piaget fant ut at barns tenkemåte er kvalitativt forskjellig fra de voksnes, da barns tenkningen er styrt av andre kognitive strukturer. Piagets sentrale idé var at barnets egenaktivitet utgjør grunnlaget for dets kognitive utvikling. Piagets har en stadieteori som beskriver progresjonen i barns kognitive utvikling. Teorien opererer med fire hovedstadier (Helgesen, 2011)., hvor to av disse vil være relevant for denne oppgaven: preoperasjonell erkjennelse (ca. 2-7 år) og konkretoperasjonell erkjennelse (ca. 7-12 år) (ibid).

Erik H. Eriksons teori om den psykososiale utviklingen omhandler barnets sosiale og emosjonelle utvikling. Erikson omtaler hver stadieovergang som en krise, med to motsatte løsninger for hver krise, dog de fleste barn kommer ut et sted mellom de to ytterpunktene. Eriksons teori opererer med åtte stadier, som strekker seg fra vugge til grav (Helgesen, 2011). To av stadiene vil være relevante for denne oppgaven: initiativ vs. skyldfølelse (ca. 3-6 år) og arbeidslyst vs. mindreverd (ca. 6-12 år) (ibid).

Joyce Travelbees interaksjonsteori er en mellommenneskelig prosess, hvor viktigheten av å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient settes i fokus. Travelbees teori forholder seg videre til at hvert menneske er unikt, og at dette er et grunnleggende syn for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Pasienten er i en situasjon som er preget av et problem eller en krise, som kjennetegnes av lidelse og mangel på mening. Sykepleiere har en oppgave i å hjelpe pasienten til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom (Kristoffersen, 2011a).

1.2 Relevans for sykepleiefaget

Forskning har tidligere vært i stor grad rettet mot forholdet mellom sykepleiere og foreldre til barn innlagt i sykehus (Livesley og Long, 2013). Det har derimot vært lite fokus rettet mot forskning på barns egne erfaringer og opplevelser ved en sykehusinnleggelse og videre forholdet mellom sykepleiere og barn (Backe-Hansen, 2009, Livesley og Long, 2013, Shin og White-Traut, 2005). Først i 1989 ble FNs barnekonvensjon ble vedtatt, og artikkel 12 viser til barns rett til deltagelse og rett til å gi uttrykk for sine synspunkter (Backe-Hansen, 2009). Med dette som utgangspunkt er det derfor viktig med forskning der fokus er rettet mot faktorer som barns reaksjoner og deres bakgrunn og levekår (ibid).

Barn kan være svært forskjellige og opptre ulikt i ulike situasjoner (Steen, 2012). Forskning på barns opplevelser ved innleggelse i sykehus, fra et pasientperspektiv, kan bidra til at helsepersonell kan ivareta barn på en bedre og mer profesjonell måte. Relevante aspekt her er blant annet bedre kjennskap til barnets utviklingstrinn for optimal kommunikasjon, hvordan kunne etablere en god kontakt og ikke minst hvilke forventninger man skal ha til barnet (Steen, 2012).

1.3 Oppgavens hensikt og avgrensning

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke opplevelser barn har ved innleggelse i sykehus og hvilken betydning dette har for sykepleiere.

Denne studien har et pasientperspektiv og er avgrenset mot barn som er syke og innlagt i sykehus. Diskusjonen vil begrunne og belyse funnene i resultatdelen og se på hvordan sykepleiere kan gi god pleie og omsorg til barn innlagt i sykehus. Studien er valgt å omfatte barn i alderen 5-12 år. Selv om det er stor forskjell mellom et barn på 5 år og 12 år, viser Tveiten (2012b) at barns opplevelser og reaksjoner ved en sykehusinnleggelse kan være relativt like, selv om det også kan være store individuelle forskjeller. Det vil også være viktig å ta i betraktning at barn kan regredere under stress og fungere på et lavere utviklingstrinn enn det alderen skulle tilsi (Grønseth og Markestad, 2011).

Barnet og barnets familie ses vanligvis på som en helhet når barnet legges inn på sykehus (Tveiten, 2012a). På tross av dette vil denne studien være avgrenset til kun å fokusere på *barnets* opplevelser ved en sykehusinnleggelse, og ikke barn og foreldre som en helhet. Men barnets foreldre vil bli nevnt som en ressurs i enkelte sammenhenger.

2.0 Metode

2.1 Fremgangsmåte

Denne studien er en allmenn litteraturstudie, hvor formålet er å beskrive kunnskap innenfor et bestemt område. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres forskningsartikler på et usystematisk nivå (Forsberg og Wengström, 2013). Resultatet i litteraturstudien er basert på 12 forskningsartikler hvor 11 av artiklene er kvalitative og 1 er kvantitativ. Dette for å på best mulig måte få fram barns subjektive opplevelser ved en sykehusinnleggelse.

2.2 Litteratursøket

For å finne relevante forskningsartikler ble det gjennomført søk i databasene Medline, Cinahl, SveMed og Psykinfo. Det ble gjort sammenfallende funn i de ulike søkemotorene, men de inkluderte artiklene ble i hovedsak funnet i Medline og Cinahl. Søkeordene ble valgt med utgangspunkt i litteraturstudiens hensikt og ble kombinert på ulike måter for å finne relevante artikler. Videre ble det gjort avgrensninger på noen av søkene. Søk har blitt gjennomført, og titlene har blitt lest, deretter har abstraktet blitt lest hvis tittelen var relevant. Dersom artikkelen så relevant ut, ble artikkelen lest i sin helhet. Videre ble artikkelen valgt ut for gransking og vurdert om den skulle inkluderes i studien. For å finne relevant litteratur ble det også utført håndøk. Ved håndøk kan man lese referanselisten til en artikkel som beskriver valgt problemområde (Forsberg og Wengström, 2013). 3 artikler ble funnet ved bruk av håndøk, hvor en artikkel ble hentet i Google Scholar med tittelsøk og to artikler ble hentet i Medline ved bruk av tittelsøk.

Tabell 1. Eksempel på oversikt over søkestrategi

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline, 19.01.15		"Confident" OR "Safety" AND "Child, Hospitalized"	39	39	6	2	2

Utvalg 1: lest artiklenes tittel

Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkel valgt ut for gransking og vurdering

Se vedlegg 1. Oversikt over søkestrategier

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I denne litteraturstudien ble det gjort flere vurdering over hvilke artikler som skulle inkluderes og ekskluderes fra studien.

Inklusjonskriterier:

- Barn i alderen 5-12 år
- Barn innlagt i sykehus
- Barnets perspektiv (pasientperspektiv)
- Artikler fra 2005 til nåtid
- Original artikkel
- Full tekst
- Skandinavisk eller engelsk språk

Eksklusjonskriterier:

- Barn under 5 år og over 12 år
- Barn som ikke var innlagt i sykehus
- Pårørendeperspektiv og sykepleieperspektiv
- Artikler eldre enn 10 år
- Ikke skandinavisk eller engelsk språk

2.4 Inkluderte artikler

Tabell 2. Eksempel på oversikt over en inkluderte artikler.

Forfatter Tittel År Land	Studiens hensikt	Design	Deltagere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Brady (2009) Hospitalized children's views of the good nurse, England	Belyse karakteriske tegn ved en god sykepleier fra barns perspektiv	Kvalitativ studie Intervju med tegning og skrivning	22 barn (7- 12 år)	Fem resultater som viser til karakteristiske tegn på en god sykepleier: Kommunikasjon, profesjonell kompetanse, trygghet, utseende og moral	Godkjent av etisk komité

Se vedlegg 2. Oversikt over inkluderte artikler

2.5 Analyse

De utvalgte forskningsartiklene ble nøye gransket og vurdert. Deretter ble det gjort en tekstanalyse som er inspirert av de 3 trinnene i innholdsanalysen til Graneheim og Lundman (2004); å identifisere meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier. De meningsbærende enhetene ble funnet ved å granske resultatdelen til de utvalgte artiklene. Resultatet ble lest flere ganger, og relevante stikkord til studiens hensikt ble notert og farget i en gitt fargekode. Ut i fra de meningsbærende enhetene ble det dannet subkategorier og deretter ble hovedkategoriene utarbeidet. Det ble dannet 3 hovedkategorier:

- Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn
- Barn trenger å oppleve at sykepleiere er til å stole på
- Sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn

Hovedkategoriene svarer til oppgavens hensikt og brukes som overskrifter i resultat- og diskusjonsdelen. For å skape en bedre struktur på oppgaven ble det videre dannet flere underkategorier for hver av de tre hovedkategoriene.

Tabell 3. Eksempel på hvordan analysen ble gjort

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategori
Realitet og fantasi har ikke sammenheng	Realitet og fantasi om sykehus har ikke sammenheng hos barn.	Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn
Frykt er basert på erfaring om sykdom	Frykt relatert til sykehusinnleggelsen	
Frykt for å være alene	Frykt basert på samarbeid med sykepleiere	
Separasjon fra familie og venner. Endring av rutiner i hverdagen	Frykt for det ukjente	
Være i et ukjent miljø, skaper en følelse av angst	Frykt for å være alene	
Frykt for undersøkelser og behandling		

Se vedlegg 3. Oversikt over analyse av artiklene

2.6 Etske overveielser

Etske overveielser av de 12 inkluderte forskningsartiklene i denne litteraturstudien har blitt gjennomført. Det er viktig at valgt forskning ikke bare støtter forfatterens hypotese, men fr fram alle resultatene selv om de er ulike og stritter mot forfatterens synspunkter og meninger (Forsberg og Wengstrm, 2013).

Valgt forskning bør ha fått tillatelse fra etisk komite eller vise at etske betraktninger er gjort (Forsberg og Wengstrm, 2013). En av de inkluderte artiklene er ikke godkjent av etisk komité, men etske overveielser med tanke på forskning av barn er gjort, artikkelen er svært relevant for denne litteraturstudien og har derfor blitt inkludert.

Det er viktig at barn deltar i forskning slik at de får en like sikker og utprøvd behandling som voksne (Grindheim og Hpoldy, 2014). En viktig del av FNs barnekonvensjon som ble vedtatt i 1989, omhandler barns rett til deltagelse i forskning, men forholdet mellom barns kompetanse, kognitive utvikling og sårbarhet er sentralt for etske vurderinger (Backe-Hansen, 2009). Samtykkeprosessen innebærer samtykkekompetanse, informasjon og frivillighet (Grindheim og Hpoldy, 2014). Barn har i hovedsak ikke juridisk kompetanse fr de er myndige (Backe-Hansen, 2009, Grindheim og Hpoldy, 2014). Dersom foresatte samtykker er det derimot ingen nedre aldersgrense for barns deltakelse i forskning, så lenge barnet selv ønsker å delta (Backe-Hansen, 2009). Det er viktig at barnet fr tilpasset informasjon, avpasset i forhold til dets forståelsesevne (Grindheim og Hpoldy, 2014). Artiklene som er inkludert i studien har gitt informasjon om forskningen til de inkluderte barna og pårørende. Informasjonen som ble gitt til barna ble tilpasset med tanke på deres utviklingsnivå.

3.0 Resultat

Resultatet fra denne litteraturstudien vedrørende barns opplevelser ved innleggelse i sykehus, blir belyst gjennom 3 kategorier: Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn. Barn trenger å oppleve at sykepleier er til å stole på. Sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn.

3.1 Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn

I seks av tolv forskningsartikler ble det vist til ulike former for frykt (Coyne 2006a, Forsner, Jansson og Sørli, 2005, Lindeke, Nakai og Johnson, 2006, Salmela, Salanterä og Aronen, 2009, Schmidt et al., 2007, Wilson, Megel, Enebach og Carlson, 2010).

3.1.1 Sykehus som miljø

Sykehus er i hovedsak et ukjent miljø for barn, som generer følelser i form av frykt og angst (Coyne 2006a, Wilson et al. 2010). Manglende og til dels feil informasjon og erfaring kan føre til misforståelser om forholdene på sykehus, noe som kan skape angst for sykehusinnleggelser hos noen barn (Coyne, 2006a). Barna i studien til Wilson et al. (2010) var bevisste på positive og negative utfall ved en sykehusinnleggelse. De negative utfallene omhandlet død, det å ikke få hjelp og det å være lenge på sykehus. De positive utfallene var å få dra hjem igjen, føle seg frisk og få hjelp. I Forsner et al. (2005) sin studie viste det seg at realitet og fantasi om sykehus ikke samsvarte hos barn. Barna hadde kunnskap basert på erfaringer og hva de hadde lært av sine foreldre og på skolen, men samtidig bar deres tanker preg av fantasi. Studien til Salmela et al. (2009) viste også at barns fantasi var grunnleggende for den frykten de følte om sykdom og sykehusinnleggelser. Fortellingene barna hadde om sykdom kunne virke skremmende (Forsner et al. 2005).

"I was a little nervous because I believed they would cut around here [shows a quadrangle covering his stomach]... and then I thought they would take everything out and then they would sew all round with skin-thread... that's what I believed" Forsner et al. (2005)

3.1.2 Samarbeid med sykepleiere

I Salmela et al. (2009) sin studie rapporterte barna 29 ulike former for frykt. Den største frykten ble satt i kategorien "samarbeid med sykepleiere", og inkluderte prøvetaking, medisiner og operasjoner. Lignende observasjoner ble også gjort i forskningen til Schmidt et al., 2007, Coyne, 2006a, Lindeke et al., 2006. I Schmidt et al. (2007) sin studie fikk barna spørsmål om det var noe av det sykepleierne gjorde som de ikke likte, og svarene var spesielt relatert til aspekter som angikk medisiner og intravenøst utstyr. Dette i tråd med Coyne (2006) sin studie, der barn generelt var redde for

injeksjoner og blodprøver. Barna var redde for smerte, det å bli skadet og i verstefall død. Noen av barna i sistnevnte studie var også redde for forandringer på kroppen, eksempelvis synlige arr og andre skader som kunne vises eller sees.

Jente 9 år: *"Hmm... I didn't want to come in here. I felt really scared and... I don't like when I see people going to the operating room on a table and that... 'cause like, when I watch films of someone going in hospital and having an operation, like some people die 'cause of different things and I keep saying I don't want an operation or whatever because I feel that I am going to die...."*
Coyne (2006a)

På den andre side viste barna som deltok i studien til Schmidt et al. (2007) at sykepleiere bidro til å skape mindre frykt, og at de hadde mindre å være redde for.

3.1.3 Å være alene

Barns frykt kan ifølge Salmela et al. (2009) og Wilson et al. (2010) relateres til barnas utviklingsnivå. I disse studiene ble det spesielt påpekt at det å være alene var en av hovedårsakene til den frykten barna opplevde. Da var de usikre på hva som kunne skje med dem, og de hadde negative tanker og forestillinger basert på tidligere erfaringer. Både det kjente og det ukjente skapte frykt noe som igjen førte til emosjonelle reaksjoner som tristhet og surhet.

Studien til Coyne (2006a) viser særlig at separasjon fra familie og venner var fryktskapende. Wilson et al. (2012) påpeker at barns samvær med foreldre og sykepleiere, især foreldre, var betryggende når de skulle på såkalte "skumle undersøkelser" eller andre prosedyrer som de var ukjente med. Elementer i denne utryggheten var bl.a. endring av hverdagsrutiner, både hjemme og på skolen; de savnet hjemmets atmosfære og trygghet (Coyne, 2006a).

3.2 Barn trenger å oppleve at sykepleiere er til å stole på

I fem av tolv forskningsartikler ble det vist til kvaliteter som kjennetegner en god sykepleier sett fra et barns perspektiv (Brady, 2009, Coyne 2006b, Lindeke et al., 2006, Mårtenson og Fägerskiöld 2007, og Schmidt et al., 2007).

3.2.1 Sykepleieegenskaper barn setter pris på

Sykepleieres utseende hadde stor betydning for barna i Brady (2009) sin studie, spesielt var det at de var rene og hadde rent hår. Dersom en sykepleier hadde skittent hår, hadde barna den oppfatning at sykepleieren mest sannsynlig hadde lus, som kunne infisere dem og andre. Studien viser vider at barna hadde et tradisjonelt og konservativt syn på hvordan en sykepleier skulle se ut. Barna

forventet av sykepleieren skulle kle seg i en uniform som var ordentlig, ren og som identifiserte sykepleieren som et helsepersonell. Samtidig var en praktisk og profesjonell hårfrisyrerne noe barna satte høyt (ibid).

I følge Coyne (2006b) sin studie ønsket barna å kjenne sykepleiere som personer og ikke bare som helsepersonell. Dette illustreres også av Lindeke et al. (2006) som viser at barna mente at sykepleierens oppgave er å sørge for god pleie, mat og utstyr. De samme observasjonene gjøres i Schmidt et al. (2007) sin studie, der mange av barna satte pris på at sykepleieren var der for å hjelpe dem med grunnleggende behov, som hygiene, mat og fysiske og psykiske behov. Barna i den sistnevnte studien snakket om at sykepleiere trådte inn i en slags foreldrerolle.

I Bradys studie (2009) ble sikkerhet påpekt som en viktig faktor av mange av barna, spesielt viktig var de forhold som angikk smitte; selve frykten for å bli smittet. De var redde for kryssinfeksjoner, og det var derfor viktig at håndhygiene og andre hygienetiltak ble gjennomført. Barna i Schmidt et al. (2007) sin studie satte pris på at sykepleierens handlinger var basert på sikkerhet, beskyttelse og overvåking av deres behov og tilstand. I denne settingen er tillit en følelse av trygghet og sikkerhet, noe som også omhandler tillit til de ansatte (Mårtenson og Fägerskiöld 2007).

Det at helsepersonell har kompetanse og kunnskap er like viktig for barn, som det er for voksne (Brady 2009, Schmidt et al. 2007). Viktig er også at sykepleierne var hensynsfulle i sin virksomhet (Schmidt et al., 2007). Barna i studien til Brady (2009) forventet at sykepleierne skulle være organiserte, presise og ha ferdigheter når det kom til prosedyrer og andre sykepleiehandlinger. Noen av barna så videre på den gode sykepleieren som en person som administrerte intravenøs væske forsiktig, ga tabletter som ikke smakte ille og hadde kunnskap om hva de skulle gjøre for å gjøre dem smertefrie. Dette vises også i Schmidt et al. (2007) sin studie, da sykepleiehandlinger som omhandlet å redusere smerte var viktig for alle barna i studien. Et usikkerhetsmoment som barna hadde var i denne sammenhengen, bl.a., hvordan sykepleieren hadde tilegnet seg kompetansen.

3.2.2 Kommunikasjon mellom barn og sykepleiere

I følge Brady (2009) har kommunikasjon blitt identifisert som et kjennetegn på god sykepleie. Sykepleiekvaliteter som tilgjengelighet, snillhet og varme var faktorer barna i Coyne (2006b) sin studie satte høyt. I studien til Brady (2009) og Schmidt et al. (2007) ble kvaliteter som at sykepleiere brukte snille ord, var glade, tålmodige, vennlige og hjelpsomme, høyt verdsatt. Bruk av kjærlige ord og rolig og fin stemme gjorde at barn følte seg spesielle. Dersom en sykepleier ropte og var sint og ikke hørte på hva de hadde å si, ble sykepleieren betraktet som en dårlig sykepleier (Brady, 2009).

Det at sykepleieren hadde en positiv holdning var det mest karakteristiske med en god sykepleier i følge barna i Schmidt et al. (2007) sin studie.

Fysisk nærvær og berøring (Schmidt et al. 2007), øyekontakt og det at sykepleiere sitter nær barna og lener seg mot dem i samtaler, er en form for bekreftelse og respekt (Mårtenson og Fägerskiöld 2006). Barna i Bradys (2009) studie ønsket å få skryt etter gjennomføring av vanskelige prosedyrer, da dette viste at sykepleieren hadde empati med dem. Å høre oppmuntrende ord fra sykepleiere bidro til en betryggende følelse for barna i studien til Schmidt et al. 2009.

3.3 Sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn

Ti av de tolv valgte forskningsartiklene viser til viktigheten av informasjon til barn som er innlagt i sykehus (Coyne, 2006a, Coyne, 2006b, Forsner et al., 2005, Kelsey, Abelson-Mitchell og Skirton, 2007, Lambert, Glacken og McCarron, 2010, Lindeke et al., 2006, Mårtenson og Fägerskiöld, 2007, Runeson, Hallstöm, Elander og Herméren, 2002, Salmela et al., 2009 og Schmidt et al., 2007).

3.3.1 Informasjon bør tilpasset barnets alder og utviklingsnivå

Forvirrende og dårlig kommunikasjon var noe barn mislikte ved innleggelse i sykehus (Lindeke et al., 2006). Salmela et al. (2009) viste i sin studie at 20 % av barna hadde frykt for å ikke få adekvat informasjon. Forsner et al. (2005) beskriver i sin studie at barna hadde en følelse av å være fanget og at de prøvde å rømme når de var syke. Mulige årsaker til dette var bl.a. usikkerhet om selve sykdommen og behandlingsopplegget.

Mangel på informasjon førte til at barn følte seg glemt, og at de var et objekt uten følelser (Coyne, 2006b). Dette vises også i Schmidt et al. (2007) sin studie, hvor barna ønsket å bli behandlet som et individ, og at dette var en form for bekreftelse. Studien til Kelsey et al. (2007) viser til nødvendigheten av å gi nøyaktig informasjon på et passende nivå bidrar til en følelse av "empowerment" og autonomi. Kommunikasjon er en form for teamarbeid, og informasjon skal gis på en så god og forståelig måte som mulig basert på barnets tidligere erfaringer, språklige utvikling, medisinske og generelle tilstand (Mårtenson og Fägerskiöld, 2007).

3.3.2 Barn har et ønske om å bli hørt

Mårtenson og Fägerskiöld (2007) viser i sin studie at barn ønsker å holde et tempo likt det voksne har ved en sykehusinnleggelse. Dette ble også belyst i Coyne (2006b) sin studie, hvor barna ønsket å bli behandlet som voksne. Studien til Coyne (2006a) viser til at barn føler mangel på kontroll og tap av selvbestemmelsesrett. Dette omfatter aktiviteter som å stå opp, kle på seg, få mat og bruke badet

osv. Det ble vist at flesteparten av barna hadde den oppfatningen av at deres meninger ikke ble hørt. I følge Mårtenson og Fägerskiöld (2007) ønsker barn å ha kontroll over sin egen kropp.

Coyne (2006b) viser i sin studie at barna ønsket å få tilstrekkelig informasjon slik at de kunne forstå sin sykdom, bli involverte i behandlingen og forberede seg til prosedyrer. I følge Mårtenson og Fägerskiöld (2007) har helsepersonell en viktig oppgave i å involvere og oppfordre barn i større grad når det gjelder å ta del i diskusjoner, for eksempel om egen sykdom. Her holder også å forklare og motivere barnet før undersøkelser og planlagte prosedyrer. På denne måten kan det i følge Runeson et al. (2002) skapes et tillitsforhold mellom barnet og sykepleieren.

Når barna i Coyne (2006b) sin studie ble inkludert i behandling og pleie følte de seg glade, beroliget og behandlet med respekt. De følte seg mer forberedt og var mindre engstelige når det kom til behandling. I motsatt fall fikk den en følelse av stress og angst (Coyne, 2006b, Kelsey et al., 2007). I Coyne (2006b) sin studie ønsket i hovedsak alle barna å bli involvert i avgjørelser om deres behandling og pleie, de ønsket også at deres meninger ble respektert. Runeson et al. (2002) diskuterer bl.a. at barna ikke alltid kan velge eller ta standpunkt om en undersøkelse skal gjennomføres eller ikke, men at det er avgjørende at de er deltakende på sett og vis.

3.3.3 Barn som aktive og passive deltagere i kommunikasjonsprosessen

Studien til Lambert et al. (2010) viser til to ulike former av kommunikasjonsprosessen; barn som aktive og passive deltagere. Når helsepersonell ikke kommuniserer direkte med barna men med barnets foreldre, er barna passive deltagere i denne prosessen. Barna er aktive deltagere når helsepersonell kommuniserer direkte med dem, hører på dem og gir dem muligheten til å stille spørsmål. I følge Coyne (2006b) hevdes det at barn bør være aktive søkere etter informasjon. Det viste seg at barna brukte ulike metoder for å søke etter informasjon; de spurte sine foreldre, sykepleiere og leger og de observerte og pratet med andre barn med samme sykdom. Studien til Lambert et al. (2010) viste at barn ikke må bli satt i bås som en aktiv eller passiv deltager. Barna i studien foretrakk en individualisert tilnærming, og de ønsket å ha muligheten til å svinge fram og tilbake mellom de to ytterpunktene, basert på deres behov der og da. I studien til Runeson et al. (2002) reagerte barna på forskjellige måte når det kom til å være deltakende i avgjørelser: noen var svært aktive og noen passive. Noen av barna reagerte også med å miste kontrollen over situasjonen med skriking og sparking.

Flere av barna i studien til Kelsey et al. (2007) ønsket ofte at ansvaret skulle deles, og det viste seg at de var avhengige av støtte fra foreldre og helsepersonell for å ta del i denne beslutningsprosessen.

Men når informasjon ble gitt både til barna og til foreldrene, var foreldrene som regel i en "lederposisjon" og barna følte seg "less powerfull" på grunn av mangel på fagkunnskap. Dette var også opplevelser barna i Coyne (2006b) sin studie hadde. Barna følte at leger og sykepleiere ikke forklarte ting på deres nivå og brukte et vanskelig fagspråk og ofte snakket om dem i presens, med deres foreldre eller annet helsepersonell. Faktisk var det situasjoner hvor barn følte seg ekskludert fra informasjon og avgjørelser. Studien til Kelsey et al. (2007) viser til at man må snakke med barna, og ikke bare til pårørende.

4.0 Resultatdiskusjon

I resultatet presenteres ulike opplevelser barn har ved en sykehusinnleggelse, hvor hovedfunnene er at sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn, at barn trenger å oppleve at sykepleiere er til å stole på og at sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn. Disse funnene vil bli diskutert opp i mot Piagets kognitive utviklingsteori, Eriksons psykososiale utviklingsteori og Travelbees interaksjonsteori.

4.1 Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn

Et gjennomgående fenomen som studien omhandler, er barns opplevelse av frykt ved en sykehusinnleggelse. Frykt og angst er to begreper som ofte brukes om hverandre, hvor frykt innebærer den tankemessige vurderingen av en trussel, mens angst innebærer noe følelsesmessig og en opplevelse av noe truende (Håkonsen, 2012).

4.1.1 Sykehus som miljø

Resultatet viser at sykehus er et ukjent miljø for barn, og at det kan bidra til å skape en følelse av frykt og angst. Grønseth og Markestad (2011) belyser dette nærmere og sier at når barn møter et fremmed miljø og utsettes for ukjente og uforutsigbare situasjoner, skaper dette en stressituasjon. Eksempler på dette kan være møte med mange fremmede mennesker og at de blir plassert på små rom med begrensede muligheter for utfoldelse (ibid).

Funn i resultatet viser til at erfaring og kunnskap barn har tilegnet seg om sykehus, ikke er realistiske og gjerne basert på fantasi. Dette blir utdypet av Tveiten (1998), som hevder at barn ikke alltid klarer å skille fantasi fra virkelighet. I sin fantasien kan barn gi liv til ting og lage årsakssammenhenger. I en sykehussituasjon kan dette gi skremmende resultater, særlig i kombinasjon med konkret tegning (ibid). Grønseth og Markestad (2011) viser til at barn i 3-6 års alderen har en magisk tenkning og vanskeligheter med å skille mellom fantasi og virkelighet. Dette kan knyttes opp til det preoperasjonelle stadiet (ca. 2-7 år) i Piagets kognitive utviklingsteori. Barnas perspektiv er egosentrisk, og deres tenkning er i hovedsak sentrert rundt deres eget jeg (Evenshaug og Hallen, 2000). Egosentrisk tankegang kan gjøre at barn lager urealistiske sammenhenger og en slik tankegang kombinert med fantasi kan føre til vonde opplevelser med sykdom og dens følger (Tveiten, 1998). I Piagets neste fase, den konkretoperasjonelle (ca. 7-11 år), kommer jeg-sentreringen til uttrykk på en ny måte. Barnet har vanskeligheter med å skjelle mellom sine egne oppfatninger og meninger på den ene siden og den faktiske virkeligheten på den andre (Evenshaug og Hallen, 2000). I Følge

Travelbee vil mennesker, subjektivt sett, være så sykt eller så friskt som det føler seg, og derfor forsøke å finne en mening eller en årsak på det som har skjedd (Kristoffersen, 2011a).

Alder, utviklingstrinn og sykdomsopplevelse har stor betydning for barnets trygghetsfølelse ved innleggelse i sykehus (Grønseth, 2002). Å skape et miljø der barn kan føle seg trygge ved en akutt sykehusinnleggelse kan derfor være utfordrende (ibid). En studie gjort av Livesley og Long (2013) viser til at helsepersonell og barn ofte jobber mot ulike mål og har ulike opplevelser av sykehussituasjonen. Barn ønsker å være mer som normale barn, mens helsepersonell har fokuset rettet mot å få jobben gjort. Sykepleierens rolle er i følge Travelbee å hjelpe den syke til å finne mening med den nåværende situasjonen, noe som skjer gjennom et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2011a). Det er viktig at sykepleiere er klar over barns sterke fantasi og ved å være var for barnets uttrykk for engstelse, uro og frykt kan misforståelser oppklares når det er nødvendig (Tveiten, 1998). Dette vil belyses videre i diskusjonen.

4.1.2 Samarbeid med sykepleiere

Resultatet viser at samarbeid med sykepleiere ofte blir forbundet med prosedyrer, undersøkelser og medisiner og videre smerter og ubehag. Dette presiserer også Grønseth og Markestad (2011), da prøver og undersøkelser som forårsaker ubehag, engstelse og eventuelt smerter, er blant de største kildene til stress hos barn ved en sykehusinnleggelse. Smerter, angst og frykt er sentrale opplevelser for barn i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse (ibid). Barn kan eksempelvis oppleve frykt for smerter ved synet av en sprøyte, eller barnet kan oppleve angst når smerten kjennes i kroppen og det ikke har forstått sammenhengen (Tveiten, 1998).

For barn er ikke møte med sykepleiere ved en sykehusinnleggelse kun knyttet opp i mot frykt. Resultatet illustrerer faktisk at sykepleiere også kan bidra til å skape mindre frykt hos barn. Sykepleiere har en viktig rolle i å respektere barnets grenser, ta pauser hvis barnet trenger å hente seg inn igjen, og være klar på at det er lov å gråte og å være redd. Dette kan faktisk være med på å redusere stress i forbindelse med prosedyrer og undersøkelser (Grønseth og Markestad, 2011). Sykepleiere har videre en viktig rolle i å hjelpe barn til å føle mestring. I følge Travelbee er sykepleierens overordnede mål og hensikt å hjelpe personer til å mestre og å finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2011a). Mestring kan defineres som individets forsøk på å håndtere utfordrende eller stressende situasjoner og det er viktig at sykepleiere gjennom veiledning kan hjelpe barnet til å tro at det kan mestre (Tveiten, 2012b). I følge Piaget er lek grunnleggende for den kognitive utviklingen, da lek i seg selv kan være tilfredsstillende og noe barn behersker fra tidligere erfaringer (Tveiten, 1998). Lek som metode kan bidra til at barn

føler mestring, men også trivsel og glede (Grønseth og Markestad, 2011, Korsvold, 2009, Zengerle-Levy, 2006). Leketøy kan være et nyttig redskap i mestringssituasjoner for barn mellom 5-12 år. Gode eksempler her kan være musikk og eventyr (trygghetsskapende og avslappende leker), spill og såpebobler (leketøy som kan brukes til å distrahere ved prøver og undersøkelser) og bøker, anatomiske dukker, sykehusutstyr og bøker om sykehus (forberedende- og/eller bearbeidende leketøy i forbindelse med prøver og undersøkelser) (Grønseth og Markestad, 2011). Ved å la barn leke med sykehusutstyr og la de få bidra så langt det lar seg gjøre under prosedyrer, kan resultatet bli at dette vil virke mindre skummelt og at de opplever en følelse av mestring og trygghet (Korsvold, 2009). Lek kan også benyttes dersom barn tidligere har opplevd noe som har gitt smerter, angst, frykt eller ubehag. Rollelek, som omfatter den samme situasjonen som barn opplevde som stressende, kan bidra til at sykepleiere får informasjon om hva barnet opplevde og dermed få mulighet for korrigerende av feiloppfatninger (Tveiten, 1998). Leken kan, satt i lys av dette, derfor ha en terapeutisk verdi da barn klarer å av reagere og bearbeide fryktede situasjoner (Egeland, 2009, Grønseth og Markestad, 2011).

4.1.3 Å være alene

Resultatet viser at barn er redde for å være alene ved sykehusinnleggelse og at de ønsker å bli passet på. Adskillelse fra foreldre eller trussel om adskillelse er i følge Grønseth og Markestad (2011) en kilde til stress hos barn ved innleggelse i sykehus. Dette funnet belyses også i Coyne og Kirwan (2012) sin studie som tar opp det temaet at barna generelt er redde for å være alene på sykehus. Opp igjennom årene har ulike syn rådet om foreldres tilstedeværelse på sykehus. Mot slutten av 1800-tallet ble foreldre frarådet å være sammen med sine barn på grunn av smitterisiko og på grunn av barnets reaksjon på adskillelse (Tveiten, 1998). Dette synet rådet fram til 1940-årene. Da begynte man å registrere at barn som hadde opplevd adskillelse ved en sykehusinnleggelse, tålte senere adskillelser dårlig. Disse barna fikk problemer med å inngå forpliktende forhold til andre, og de utviklet følelsen av angst og utrygghet (Tveiten, 2012b). Først i 1979 ga Sosialdepartementet ut forskrifter om barn på sykehus. Disse forskriftene ble revidert i 1988, og hadde da et større fokus på trygghetskapende tiltak for barn (Tveiten, 1998). I dag oppfordres foreldre til å være mest mulig til stede på sykehus, og det er lovfestet, i Pasient- og brukerrettighetsloven, at barn som er innlagt i en helseinstitusjon har rett til samvær med sine foreldre:

"Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-2)

Foreldres tilstedeværelse har ført til kortere liggetid og færre alvorlige reaksjoner på adskillelse (Grønseth og Markestad, 2011). I dag er det sjeldent at barn får varige mén etter et sykehusopphold, men reaksjoner som engstelse, endret adferd, søvn- og spisevansker kan forekomme (ibid). Dette kan knyttes opp mot Eriksons teori som omhandler den psykososiale utviklingen, hvor løsningen av en krisesituasjon vil være grunnleggende for hele den videre utviklingsprosessen hos barnet (Evenshaug og Hallen, 2000). Travelbedd hevder at pasientens familie er viktig og betydningsfull ved sykdom, i enkelte situasjoner (Kristoffersen, 2011a). Sykepleie til barn vil være en slik situasjon, da foreldre er den viktigste resursen et barn har ved en sykehusinnleggelse (Tveiten, 2012c).

Resultatet viser at endringer av hverdagsrutiner og daglige aktiviteter er en stressfaktor for barn ved innleggelse i sykehus. Dette belyses også av Tveiten (2012), da barn ved innleggelse i sykehus møter mange nye og fremmede mennesker, omgivelsene er nye, sengen er ny og både maten og døgnrytmen er annerledes enn i hjemmet. Store endringer eller mangel på daglige og kjente aktiviteter kan derfor føre til stress hos barn (Grønseth og Markestad, 2011). Dette funnet kan knyttes opp i mot Eriksons psykososiale teori (arbeidsløst vs. mindreverd), hvor barn i alderen 6-12 år har motivasjon for å mestre det de holder på med. Dersom barnet ikke føler mestring kan det føre til en følelse av mindreverd og utilstrekkelighet (Evenshaug og Hallen, 2000). Sykehusinnleggelsen avskjærer barn fra den normale hverdag, og livet kan fort bli utrygt og uforutsigbart (Korsvold, 2009). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-3) fastslår at barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjoner, så lenge det forsvarlig ut fra barnets helsetilstand. Opplevelsen av å ha god helse vil i følge Travelbee være knyttet opp i mot det å kunne utføre daglige aktiviteter på en tilfredsstillende måte (Kristoffersen, 2011a).

Sykdom kan representere en sårbarhetsfaktor som kan virke inn på barnets normale utvikling. Av den grunn kan trygge og ivaretagende omsorgspersoner utgjøre en beskyttende faktor for barn innlagt i sykehus (Steen, 2012). I lys av dette kan man hevde at sykepleiere har en viktig oppgave i å skape trygghet for barn innlagt i sykehus (Egeland, 2009), og man skal tilstrebe at hverdagen på sykehuset blir så lik den normale hverdagen som mulig. I tillegg er foreldres tilstedeværelse viktig og kan bidra til å skape trygghet eller redusere frykten barn har for innleggelse i sykehus (Grønseth og Markestad, 2011).

4.2 Barn trenger å oppleve at sykepleier er til å stole på

4.2.1 Sykepleieegenskaper barn setter pris på

Resultatet viser at sykepleieres utseende er av stor betydning for barn og at det kan ha stor innvirkning når det kommer til å skape relasjoner. Newton og Chaney skriver at bruk av uniform bidrar til at sykepleiere ser profesjonelle ut (Roohafza et al., 2009). Hvite uniformer kan bidra til å gi

sykepleiere en identitet som helsepersonell, skape trygghet med tanke på smittevern og representere en form for beskjedenhet (ibid). En studie gjort av Festini et al. (2008) hevder derimot at barn ønsker at helsepersonell skal bruke flerfargede uniformen da dette kan skape en trygg atmosfære og bidra til å redusere følelsen av frykt. Barn tegner ofte sykepleiere med et smil og med fargerike klær (Roohafza et al., 2009). Funnene er relativt motsigende, da noen barn ønsker at sykepleiere skal hvite uniformer, mens andre barn ønsker fargerike uniformer. Man kan derfor stille seg spørrende om uniformens farge vil ha en betydning for barns opplevelse av sykepleiere.

Resultatet viser at barn har et ønske om å kjenne sykepleiere som personer og ikke bare som helsepersonell. Dette da barn, vist i resultatet, har meninger om hvordan de ønsker at forholdet til helsepersonell skal være, og at de har en formening om hva som gjør en sykepleier til en god sykepleier. Det er derfor viktig at sykepleiere også er klar over sin rolle i arbeidet med barn, og at deres framtreten og væremåte har stor betydning for barnets velferd (Corsano et al., 2012). Dette funnet kan ses i lys av Travelbees interaksjonsteori som ser på viktigheten av å ikke kategorisere pasienter og sykepleiere som roller, men at man ser hverandre og at man forholder seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2011a). Dette kan antyde at sykepleiere har en viktig rolle i å skape kontakt med barn. Sykepleiere tilbringer mye tid sammen med barn som er innlagt i sykehus (Grønseth og Markestad, 2011), og dersom sykepleier behandler barnet med respekt, tar det på alvor og holder avtaler kan dette bidra til å etablere nær kontakt (Egeland, 2009). Slike trygge relasjoner er preget av åpenhet og forståelse og kan vokse fram i samværet med mennesker som vil oss vel (Thorsen, 2011). I denne settingen kan man i følge Korsvold (2009), bruke leken som et viktig verktøy for å bli bedre kjent med og skape bedre relasjoner med barn. Lek er en form for språk som sykepleiere må kunne implementere for å få kontakt med barn (ibid).

Det fremgår også av resultatet at barn har et genuint ønske om at sykepleiere skal hjelpe dem og sørge for at grunnleggende behov blir ivaretatt. Generelt er det lite teori og forskning som tar for seg dette temaet ut i fra et barns perspektiv, men Virginia Hendersons behovsteori tar for seg noen relevante aspekter i den anledningen. Hun understreker at pasienter selv kjenner deres behov, og at de videre har klare formeninger om hvordan de nødvendige gjøremålene skal ivaretas. Hendersons teori bygger på at man som sykepleiere skal hjelpe eller assistere hvert enkelt menneske med å utføre gjøremål som er av betydning for deres helse (Kristoffersen, 2011a). I Travelbees sykepleieteori er håpet en sentral faktor, og tillit er nært knyttet til dette. Tillit er basert på den troen om at noe vil hjelpe oss (Kristoffersen, 2011a). I en slik situasjon er foreldre en grunnleggende ressurs, men sykepleiere vil også her komme inn og bidra til å dekke barnets grunnleggende behov (Grønseth og Markestad, 2011). Resultatet viser faktisk at barn kan føle at sykepleiere trer inn i en

foreldrerolle. Dette kan belyses fra et sykepleieperspektiv, da sykepleierne i studien til Zengerle-Levy (2006) ofte hadde den samme følelsen. De behandlet de innlagte barna på samme måte som de behandlet sine egne. Som sykepleier har man således både en rolle som profesjonell aktør, men like viktig en rolle som omsorgsperson (Grønseth og Markestad, 2011).

Resultatet viser at barn er opptatt av at sykepleiere skal ha kompetanse og kunnskap, men det er sparsomt med litteratur og forskning på området. Men det hevdes faktisk at sykepleiere må ha relevant og tilstrekkelig kunnskap for å møte barns behov for sykepleie, noe som inkluderer en kombinasjon av ulike kunnskaper, holdninger og ferdigheter (Tveiten, 2012a). Helsepersonellets forsvarlighet fremgår også tydelig i Helsepersonelloven:

“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, §4)

Det er et generelt inntrykk at grunnutdanningen i sykepleie har hatt for liten oppmerksomhet på temaet ”barn som pasienter” (Grønseth, 2009). En slik tolkning kan man også gjøre ut i fra Rammeplanen for sykepleieutdanningen, der det antydes at det har vært for lite fokus på pediatrik sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008). Da kunnskap om syke voksne ikke alltid er overførbart til syke barn, er det derfor behov for barnefaglig kompetanse. Barn og unge er ulike voksne på flere områder, og spesielle kunnskaper er viktig for å gi dem sykepleie av god kvalitet (Grønseth, 2009).

4.2.2 Kommunikasjon mellom barn og sykepleiere

Ut i fra resultatet er det tydelig at barn har sine preferanser når det kommer til sykepleieres kommunikasjon og væremåte, og at tilgjengelighet, snillhet og varme er kvaliteter barn setter pris på. Dette understrekes også av Grønseth og Markestad (2011), som påpeker at barn ønsker at sykepleiere skal bruke snille ord og ha en behagelig og varsom væremåte. Erfaringer viser at sykepleiere som ser sinte ut, er høyrøstede, sjefete og travle, er dårlig likt av barn. Barn er generelt varsomme på toneleie og nonverbal kommunikasjon, slik at de fort kan karakterisere sykepleiere som ”slemme” eller ”snille” (ibid).

Dette er i samsvar med Travelbee som hevder at kommunikasjon er et av sykepleiernes viktigste verktøy når det kommer til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienter (Kristoffersen, 2011a). God kommunikasjon er også i følge Grønseth og Markestad (2011) nøkkelen til å bli kjent

med og skape et tillitsforhold til barn. Dessuten er det viktig i denne prosessen at sykepleieren er fysisk og psykisk tilstede for at det skal etableres et optimalt tillitsforhold (ibid).

”Barn er ikke små voksne”, og barnets alder og utviklingstrinn er en viktig faktor å ta hensyn til i kommunikasjon med barn (Korsvold, 2009). I samtaler med barn må man som sykepleier ha nok tid, og man må lytte aktivt og være nærværende, slik at man oppfatter barnets ulike uttrykk (Tveiten, 2012c). Dette er i overensstemmelse med Piagets teori som viser at barn tenker på en helt annen måte enn voksne, og at de har liten evne til å tenke abstrakt før de trer inn i tenårene. Slike forhold er viktig å ta hensyn til og er av stor betydning for kommunikasjon med barn, da ord og begreper har forskjellig betydning for personer med og uten evnen til abstrakt tenkning (Eide og Eide, 2007).

I følge Tveiten (2012c) er barns konsentrasjon relativt begrenset og de har ikke alltid evne til å sitte lenge i en samtale. Det er derfor viktig at sykepleiere er oppmerksomme på dette. Når man observerer at barnet er i ferd med å miste sin konsentrasjon, kan man med god hensikt ta en pause fra samtalen og spørre ”Vil du heller at vi skal leke nå?” (Tveiten, 2012c). Som tidligere skrevet, representerer lek en alternativ måte å kommunisere med barn på (Korsvold, 2009). Som sykepleier har man god anledning til å gjøre gode observasjoner når barnet er i lek (Tveiten, 2012c). Hvert barn er unikt slik at det er viktig at leken tilrettelegges ut i fra barnets alder, utviklingstrinn og interesser (Korsvold, 2009).

4.3 Sykehusinnleggelser kan gi mangel på kontroll hos barn

4.3.1 Informasjon bør tilpasses barnets alder og utviklingsnivå

Det fremgår av resultatet at mangel på informasjon ofte fører til at barn føler seg glemt ved en sykehusinnleggelse. Dette belyses av Coyne og Kirwan (2012) som viser at barn kan bli deprimert dersom sykepleiere ikke lytter til eller svarer på deres spørsmål. Studien viser videre at mange barn er kritiske over helsepersonells kommunikasjonsmåter, da de har problemer med å forstå medisinske ord og uttrykk samt lange setninger (ibid). Å gi informasjon ved en sykehusinnleggelse kan derfor bidra til å redusere stressnivået hos barn (Grønseth og Markestad, 2011). Dette er i tråd med at informasjon kan gjøre barnet mer forberedt, skape bedre forståelse og reduserer følelsen av smerte og av angst (Coyne og Kirwan, 2012). Dette er med forbehold om at den informasjonen som gis til et barn, er tilpasset dets utvikling, forståelse og at man tar hensyn til den situasjonen barnet er i (Grønseth og Markestad, 2011, Tveiten, 2012c). I følge Tveiten (1998) bør informasjonen som gis, stimulere flere sanser, for eksempel se og høre og se, høre og kjenne på. For en sykepleier vil det være viktig å ha kunnskap om at regresjon er en reaksjon barn kan få ved en sykehusinnleggelse.

Regresjon er en forsvarsmekanisme som barn bruker ubevisst; hvis stresset overskrider grensen for hva barnet kan håndtere, kan det ofte gå tilbake til tidligere utviklingstrinn (Grønseth og Markestad, 2011). Det bør videre vektlegges at informasjonen som gis, er så konkret som mulig, da abstrakt informasjon kan føre til forestilling og fantasi (Tveiten, 1998), j.f. Piaget.

Resultatet understreker også at nøyaktig informasjon på et passende nivå bidrar til en følelse av empowerment og autonomi hos barn innlagt i sykehus. Barns autonomi står sentralt i sykepleiens samarbeid med barn og foreldre i empowermentprosessen. WHO (1998) definerer empowerment som en prosess som setter mennesker i stand til å ta økt kontroll over faktorer som har betydning for deres helse. Sykepleiere er samarbeidspartnere i empowermentprosessen, fordi de er eksperter på det faglige området og bør ta de etiske og faglige vurderingene. Like viktig er det også å møte barnet og barnets familien der de er da "barnet og foreldrene er eksperter på seg selv" (Tveiten, 2012b). I denne situasjonen kan også lek brukes når man skal informere, avlede og motivere barn og også for å skape trygghet (Korsvold, 2009). Av denne grunn kan man også tenke at bruk av lek er viktig i empowermentprosessen overfor barn. I følge Travelbee er det å bruke seg selv terapeutisk et kjennetegnet på en profesjonell sykepleier. Dette innebærer bl.a. at man skal bruke sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2011a). En relevant relasjon her er at sykepleiere på en barneavdeling må tørre å leke og å være på barnets nivå (Grønseth og Markestad, 2011, Korsvold, 2009). Da barn kan se på sykepleiere som personer med mye makt, vil det derfor være viktig at sykepleiere respekterer barnets grenser. Dette kan ses på som en form for maktfordeling, og sykepleiere kan bli mer ufarliggjort (Tveiten, 2012c).

4.3.2 Barn har et ønske om å bli hørt

Resultatet fremhever at barn føler mangel på kontroll og tap av selvbestemmelsesrett ved innleggelse i sykehus. Dette funnet blir diskutert av Grønseth og Markestad (2011) og Festini et al. (2008) som viser til at mangel på kontroll har vist seg å være en kilde til stress som kan skape angst hos barn innlagt i sykehus. Grønseth og Markestad (2011) viser videre at begrenset forståelse og mangel på kontroll er hovedårsaken til engstelse hos barn i en slik situasjon. Dette kan knyttes opp i mot Eriksons psykososiale teori, hvor han hevder at ordet krise ikke trenger å betegne en truende katastrofe, men like gjerne en kritisk periode med økt sårbarhet og økte muligheter. Utfallet av den kritiske perioden kan likeså vel være positiv og føre til videreutvikling men også negativ og føre til feilutvikling og feiltilpasning (Evenshaug og Hallen, 200). Livesley og Long (2013) påpeker at barn har lite kontroll over hva som skjer med dem ved en sykehusinnleggelse, og at de er svært sårbare. Å bli hørt og lyttet på av helsepersonell er noe barn verdsetter, og følelsen av å bli ignorert skaper en form

for tristhet (Coyne og Kirwan, 2012). Det å ha kontroll kan bidra til å gjøre situasjoner mindre dramatisk (Grønseth og Markestad, 2011).

Resultatet viser også at barn ønsker å få informasjon for å forstå sin sykdom, bli involvert i behandling og forberede seg til prosedyrer. Coyne og Kirwan (2012) belyser dette funnet, og hevder at barn ønsker å få informasjon ved en sykehusinnleggelse, og da en informasjonen ut i fra deres forutsetninger, at de forstå budskapet og at de involveres i og kan ha innflytelse på avgjørelser. Trygghet handler ofte om kontroll (Eide og Eide, 2007), og følelsen av tilhørighet, og opplevelsen av å ha kompetanse kan hjelpe barn til å mestre de utfordringene de møter (Grønseth og Markestad, 2011). Grønseth og Markestad (2011) skriver at forståelse for sykdom og for hva som skjer når man er syk kan gi oversikt og kontroll. Godt forberedte barn klarer å mestre utfordringer bedre (Egeland, 2009), de opplever mindre stress, er mindre engstelige og mestrer prosedyrer og behandling bedre (Grønseth og Markestad, 2011). Gjennom slik mestring kan barn få en "jeg-kan-opplevelse" som kan bidra til at barn får tro på at de er kompetente, og videre gi en form for indre kontroll (ibid).

Et betydningsfullt funn i resultatet er at barn ikke alltid kan velge selv eller ha innflytelse på de undersøkelsene som skal gjennomføres. Dette funnet kan diskuteres opp i mot barns autonomi. Barn har begrenset autonomi, og fram til barnet er 18 år er foreldre barnets myndighetspersoner (Tveiten, 2012a). Men FN's barnekonvensjon, artikkel 12, fastslår at barn har rett til å gi uttrykk for sine synspunkter i forhold som angår dem selv, men at det må samsvare med barnets alder og modenhet (FN, 1989). Ut i fra dette kan man antyde at sykepleie til barn kan by på etiske utfordringer (Tveiten, 2012d). Det kan være vanskelig å respektere barns grenser dersom det motsetter seg behandling eller undersøkelser. Det vil derfor være viktig å ta i betraktning at barn kan medvirke på noen områder, men at det ikke alltid kan bestemme selv (Tveiten, 2012b). Som helsepersonell vil det være viktig å vurdere barnets meninger og foreslå ulike behandlingsalternativer dersom det er mulig (Coyne og Kirwan, 2012). Sykepleiere må forholde seg til barnet og til barnets foreldre. De vil videre ha et ansvar i å ivareta barnets rett til uttalelse, samtidig som man har et ansvar i å forholde seg til barnets foreldre som har rettigheter overfor sitt eget barn (Tveiten, 2012d).

4.3.3 Barn som aktive og passive deltagere

Det framgår av resultatet at det er to former for barns deltagelse i kommunikasjonsprosessen, både som aktiv og passiv deltager. I studien til Coyne (2008) trekkes det fram ulike årsaker til at barn ikke alltid er aktive deltagere i kommunikasjonsprosessen. Det kan bl.a. være at de ikke kjenner helsepersonellet, redsel for å skape trøbbel hvis de stiller spørsmål, at de blir ignorert og at helsepersonell ikke hører på dem. Det er av stor betydning for mennesker å oppleve at de kan gjøre

noe selv for å påvirke sin situasjon på en positiv måte (Kristoffersen, 2011b). Med utgangspunkt i funnene i Coyne og Kirwan (2012) sin studie kan man antyde at helsepersonell må støtte barns forsøk på å være aktive i kommunikasjonsprosessen, da det kan være svært utfordrende for barn å avbryte helsepersonell som jobber. Dette kan sammenlignes med voksnes rolle ved innleggelse i sykehus, da det er viktig å gi pasienter en aktiv rolle i alle situasjoner (Kristoffersen, 2011b). I følge Grønseth (2009) vil barns deltagelse i beslutningsprosesser variere mellom å kunne motta informasjon til fullt å bli respektert for egne beslutninger. Men sykepleierens viktigste oppgave er å kommunisere med barnet, uansett alder og modenhet.

Et annet viktig funn er at barn ikke må bli satt i bås som aktiv eller passiv deltager, men at det er viktig med en individuell tilnærming. I følge Shin og White-Traut (2005) kan barn velge å ikke ta initiativ til samtale, selv om sykepleiere inviterer barnet til å være aktiv deltager i kommunikasjonsprosessen. Coyne (2008) skriver at det ikke har blitt gjennomført nok forskning på barns deltagelse ved innleggelse i sykehus, og det er faktisk usikkert hvilken rolle barn egentlig ønsker å ha. Men ut i fra de funn som er gjort i resultatdelen kan man trekke den slutning at barn har et stort ønske om og har behov for å få adekvat informasjon, men at ønsket om å delta i beslutningsprosessen kan variere fra barn til barn. Resultatet viser videre at barn ofte ønsker at ansvaret skal deles, og at de er avhengig av støtte fra foreldre og helsepersonell. Tveiten (2012) bekrefter dette, da hun viser til at barn er avhengige av foreldre og/eller helsepersonell for å ta avgjørelser. I den sammenheng er det viktig å huske på at man ikke skal ekskludere barnet og at barnet har rett til å uttale seg. En studie gjort av Lambert, Glacken og McCarron (2013) nevner tiltak sykepleiere kan benytte seg av for å aktivt involvere barn i prosessen, eksempelvis lek, spill og andre aktiviteter som kan øke barnets interesse i å delta.

5.0 Metodediskusjon

En styrke ved studien er at det ble gjort et litteratursøk i flere databaser om temaet, noe som er viktig for å fange opp all relevant litteratur da de ulike søkemotorene har forskjellig registreringspraksis. Generelt ble det funnet få artikler, og de artiklene som ble valgt å inkludere i studien ble hentet fra Medline og Cinahl. Det at det var sparsomt med litteratur, gjør resultatene noe usikre og må derfor tolkes deretter. De 12 artiklene som derimot ble inkludert i studien, fremsto som svært relevante for oppgavens hensikt, og har blitt brukt godt gjennom resultatdelen.

Funnene i de inkluderte artiklene er relativt sammenfallende da barn ofte har mange av de samme opplevelsene ved en sykehusinnleggelse. Det er derfor få ulikheter og motargumenter, noe som gjør det utfordrende å få framstilt et tydelig skille mellom resultat- og diskusjonsdel. Man kan derfor finne elementer i disse to kapitlene som til en viss grad overlapper hverandre.

Det ble tilstrebet å finne nyere forskning som ikke var eldre enn 10 år. Allikevel ble en artikkel publisert i 2002 inkludert i resultatet da den omhandlet tematikk som ikke var adekvat dekket i de andre artiklene. Det er også nødvendig å nevne at noe litteratur brukt i diskusjonsdelen av oppgaven, være seg forskningsartikler, fagbøker og annen litteratur, var eldre enn 10 år. Dette være seg at det var lite litteratur å oppdrive med tanke på oppgavens hensikt.

De inkluderte artiklene er fra et helsevesen som kan sammenlignes med vårt eget, slik at de observasjoner gjort i disse studiene er overførbare til norske forhold. Det gjør resultatene i denne oppgaven troverdige.

11 av 12 de inkluderte artiklene i studien representerte kvalitativ forskning. Dette omfatter blant annet intervjuer, observasjoner og åpne samtaler, og handler i hovedsak om å forstå andre personers opplevelser og erfaringer (Pettersen, 2011). Da får man framstilt barns reaksjoner og følelser på en deskriptiv måte. Slike observasjoner er subjektive, så man kan ikke utelukke at framstillingen og tolkningen av resultatene kan være farget av egne oppfatninger, meninger og erfaringer. Men da de ulike studiene i prinsippet kom fram til sammenfallende konklusjoner, anser man dette som mindre betydningsfulle for de vurderinger som er gjort. Således er det en begrensende faktor ved denne oppgaven at bare én kvantitativ studie er brukt, men det ble altså ikke funnet andre slike studier.

Da det var lite forskning på barns opplevelse ved en sykehusinnleggelse, var det vanskelig å finne nok artikler som hadde lik aldersavgrensning. Studien ble derfor aldersavgrenset til barn mellom 5 og 12

år, og det ble tilstrebet og finne artikler som omhandlet barn i denne alderen. På tross av dette ble det inkludert artikler hvor barna var under 5 og over 12 år. En så stor aldersavgrensning kan være negativt for studien, da det vil være stor forskjell på et barn på 5 år og 12 år, men i prinsippet viste de inkluderte artiklene at det ikke var så store ulikheter mellom de ulike aldersgruppene.

Lite forskning på temaet førte også til at det i denne oppgaven ofte ble referert til samme forfatter. Viser da spesielt til Imelda Coyne og Sidsel Tveiten. Dette kan være en begrensende faktor til de vurdering som er trukket, og kan ha gjort oppgavebesvarelsen noe snever.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse barns opplevelser ved en sykehusinnleggelse og hvilken betydning dette har for sykepleiere. Studien underbygger tidligere forskning og teori om dette temaet. Sykehusinnleggelser er generelt en stressfaktor hos barn og er ofte assosiert med utrygghet og usikkerhet. Funn i resultatet viser at barns fantasier ofte kan være brutale og ikke nødvendigvis samsvarer med realitetene. Sykepleiere har derfor en viktig rolle i å ivareta barnet på en profesjonell og god måte basert på dets utviklingsnivå, alder og modenhet. Videre viser resultatet at barn i større grad ønsker å få relevant informasjon angående sin sykdom og behandling og i større grad føle seg deltagende i prosessen. Lek viste seg å ha stor positiv betydning i denne situasjonen ved at den bidro til å skape kontakt, relasjon, trygghet og tillit.

For videre å kunne utdype de problemstillinger som en sykehusinnleggelse har for barn, er videre forskning nødvendig bl.a. for å øke sykepleiernes kompetanse på området.

Litteraturliste

Backe-Hansen E (2009) *Barn, De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Hentet 26.januar 2015 fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>

Brady M (2009) Hospitalized Children's Views of The Good Nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543-560.

Doi:10.1177/0969733009106648

Brunvand L (2012) *Pediatri*, i: Ørn S, Mjell J og Bach-Gansmo (red.) *Sykdom og behandling*, s.519-529,

Oslo, Gyldendal Akademiske

Corsano P, Majorano M, Vignola V, Cardinale E, Izzi G og Nuzzo M J (2012) Hospitalized children's representations of their relationship with nurses and doctors. *Journal of Child Health Care*,

17(3), 294-304. Doi: 10.1177/1367493512456116

Coyne I (2005a) Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326

336. Doi: 10.1177/1367493506067884

Coyne I (2005b) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives.

Journal of Clinical Nursing, 15, 61-71. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x

Coyne I (2008) Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A

review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682-1689. Doi:

10.1016/j.ijnurstu.2008.05.002

Coyne I og Kirwan L (2012) Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life.

Journal of Child Health Care, 16(3), 293-304. Doi: 10.1177/1367493512443905

Dolidze K, Smith E L og Tchanturia K (2013) A Clinical Tool for Evaluating Emotional Well-Being: Self

drawings of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(5), 470-478. Doi:

10.1016/j.pedn.2013.02.026

Dyregrov A (2002) "Barn i krise: gjør ikke situasjonen enda verre!" Noen praktiske retningslinjer i en

travel hverdag. *Scand J Trauma Emerg Med*, 10 (1), 85-88. Hentet 8.mai 2015 fra

http://www.krisepsyk.no/media/Barn_i_krise.pdf

- Eide H og Eide T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Egeland S E (2009) Barns behov på isolat. *Sykepleien*. 94(5), 42-43. Hentet 15.april 2015 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/barns-behov-pa-isolat>
- Evenshaug O og Hallen D (2000) *Barne- og ungdomspsykologi*, 4.utg, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Ellneby Y (2000) *Om barn og stress, og hva vi kan gjøre med det*, Oslo, Pedagogisk Forum
- Festini F, Occhipinti V, Cocco M, Biermann K, Neri S, Giannini C, Galici V, de Martino M og Caprilli S (2008) Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 1018 -1026. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02430.x
- FN (1989) FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen). Hentet 7.mai 2015 fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
- Forsberg C og Wengström Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3.utg., Stockholm, Natur & Kultur
- Forsner M, Jansson L og Sørli V (2005) The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *Journal of Child Health Care*, 9(2), 153-165. Doi: 10.1177/1367493505051406
- Graneheim og Lundman (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grindheim H K og Håpoldøy (2014) Å forske på barns premisser. *Sykepleien*. 102(8), 50-53. Hentet 15.mars 2015 fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/08/forske-pa-barns-premisser>
- Grønseth R (2009) *Barn trenger spesialister*. Hentet 5.mai 2015 fra <https://www.nsf.no/fagutvikling/fagartikkel/116715/barn-trenger-spesialister>
- Grønseth R (2002) Simen er tungpust, i: Bjørk I T, Helseth S, Nortvedt F (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*, Oslo, Gyldendal Akademiske

- Grønseth R og Markestad T (2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie*, 3.utg., Bergen, Fagbokforlaget
- Helgesen L A (2011) *Menneskets dimensjoner*, 2.utg., Kristiansand, Høyskoleforlaget AS
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 4. mai 2015 fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Håkonsen K M (2010) *Innføring i psykologi*, 4.utg, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Kelsey J, Abelson-Mitchell N og Skirton H (2007) Perception of young people about decision making in the acute healthcare environment. *Paediatric Nursing*, 19(6), 14-18. Hentet 19.januar 2015 fra
<https://vpn.hint.no/ehost/pdfviewer/,DanalInfo=web.ebscohost.com+pdfviewer?sid=427d45f5-5551-4698-9092-74ca4371670c%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4114>
- Kristoffersen N J (2011b) Stress og mestring, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg, s. 133-196, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Kristoffersen N J (2011a) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1, 2.utg, s.207-280, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Kristoffersen N J, Breivne G og Nortvedt F (2011) Lidelse, mening og håp, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg, s. 245-294, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Korsvold L (2009) Lek og barnesykepleie. *Sykepleien*. 90(12), 39-43. Hentet 15.april 2015 fra
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/lek-og-barnesykepleie>
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 4.mai fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

- Lambert V, Glacken M og McCarron M (2010) Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 569-582. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05511.x
- Lambert V, Glacken M og McCarron M (2013) Using a range of methods to access children's voices. *Journal of Research in Nursing*, 18(7), 601-616. Doi: 10.1177/1744987112475249
- Lindeke L, Nakai M og Johnson L (2006) Capturing Children's Voices for Quality Improvement. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31(5), 290-295.
Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06111.x
- Livesley J og Long T (2013) Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1292-1303. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.005
- Mårtenson E K. Og Fägerskiöld A M. (2007) Information exchange in paediatric settings: an observational study. *Paediatric nursing*, 19(7), 40-43. Hentet 19.januar 2015 fra <http://dx.doi.org/10.7748/paed2007.09.19.7.40.c4458>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2015, 1.januar) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 21. april 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen R C (2011) *Oppgaveskrivingens ABC, veileder og førstehjelp for høyskolestudenter*, Oslo, Universitetsforlaget
- Roberts C A og Messmer P R (2012) Unaccompanied Hospitalized Children. Nurses' Search for Understanding. *Journal of Holistic Nursing*, 30(2), 117-126. Doi: 10.1177/0898010111423422
- Roohafza H, Pirnia A, Sadeghi M, Toghianifar N, Talaei M og Ashrafi M (2009) Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1953-1959.
Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02745.x

- Runeson I, Hallström I, Elander G og Hermerén G (2002) Children's participation in the decision-making process during hospitalization: An observational study. *Nursing Ethics*, 9(6), 583-598.
Doi: 10.1191/0969733002ne553oa
- Salmela M, Salanterä og Aronen E T. (2009) Child-Reported Hospital Fears In 4 to 6-Years-Old Children. *Pediatric Nursing*, 35(5), 269-303. Hentet 20.januar 2015 fra <http://search.proquest.com/docview/199460939?accountid=12870>
- Schmidt C, Bernaix L, Koski A, Weese J, Chiappetta M og Sandrik K (2007) Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 336-342. Doi: 10.1097/01.NMC.0000298127.32161.05
- Shin H og White-Traut (2005) Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 56-62. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03564.x
- Steen H F (2012) Utviklingspsykologi, i: Tveiten S, Wennick A og Steen H F (red.) *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie*, 1.utg, s. 83 – 109, Oslo, Gyldendal akademiske
- Thorsen R (2011) Trygghet, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, Pasientfenomener og livsutfordringer*, bind 3, 2.utg, s. 105-132, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Tveiten S (1998) *Barnesykepleie*, 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Tveiten S (2012a) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?, i: Tveiten S, Wennick A og Steen H F (red.) *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie*, s. 11 – 41, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Tveiten S (2012b) Barns helse og livskvalitet, i: Tveiten S, Wennick A og Steen H F (red.) *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie*, s. 42- 82, Oslo, Gyldendal Akademiske
- Tveiten S (2012c) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon I forhold til barn og foreldre, i: Tveiten S, Wennick A og Steen H F (red.) *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie*, s. 157 – 204, Oslo, Gyldendal Akademiske

Tveiten S (2012d) Etisk perspektiv på sykepleie til barn, i: Tveiten S, Wennick A og Steen H F (red.)

Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie, s. 205 – 212, Oslo, Gyldendal akademiske

Wennick A (2012) Sykepleie til barn, i: Tveiten S, Wennick A og Steen H F (red.) *Sykepleie til barn-*

familiesentrert sykepleie, 1.utg, s. 83-109, Oslo, Gyldendal akademiske

Wilson E. M, Megel E. M, Enebach L og Carlson L. K (2010) The Voices of Children: Stories About

Hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 24, 95-102. Doi:

10.1016/j.pedhc.2009.02.008

World Health Organization (1998) *Health Promotion Glossary*. Hentet 20.april 2015 fra

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

Zengerle-Levy K (2006) Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing*. 32(3), 226-

237. Hentet 20.januar 2015 fra

<http://search.proquest.com/docview/199428616?accountid=12870>

Vedlegg 1: oversikt over søkestrategi

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline, 19.01.15		"Confident" OR "Safety" AND "Child, Hospitalized"	39	39	6	2	2
Medline 19.01.15	Abstract Full text Språk: danish, english, norwegian og swedish	"Communication" OR "Communication methods, Total" AND "Child, Hospitalized"	113	113	8	5	4
Medline 20.01.15		"Insecurity" OR "Frightened" AND "Child, Hospitalized"	6	6	1	1	1
Medline 20.01.15		"Frustration" AND "Child, Hospitalized"	9	9	3	1	1
Cinahl 20.01.15	Abstract Available, Research Article, Full Text, Age Groupe: Child: 6-12	"Communication" OR "Communication Methods, Total" AND "Child, Hospitalized"	60	60	4	2	1

Utvalg 1: lest artiklens tittel

Utvalg 2: lest artiklens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkel valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2: oversikt over inkluderte artikler

Forfatter Tittel År Land	Studiens hensikt	Design	Deltagere	Hovedresultat	Kommen tar i forhold til kvalitet
Brady (2009) Hospitalized children's views of the good nurse, England	Belyse karakteriske tegn ved en god sykepleier fra barns perspektiv	Kvalitativ studie Intervju med tegning og skrivning	22 barn (7- 12 år)	Fem resultater som viser til karakteristiske tegn på en god sykepleier: Kommunikasjon, profesjonell kompetanse, sikkerhet, utseende og egenskaper	God kvalitet Godkjent av etisk komité
Coyne (2006) Children's experiences of hospitalization, England	Belyse barns opplevelser av innleggelse i sykehus	Kvalitativ studie Intervju	11 barn (7-14 år)	Studien baserer seg på frykt som barn opplever i sammenheng med innleggelse i sykehus. Frykt ble delt inn i 4 ulike kategorier: Separasjon fra familie og venner, være i et ukjent miljø, undersøkelser og	God kvalitet Godkjent av etisk komité

				behandling, tap av selvbestemmelsesrett	
Coyne (2005) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives, England	Utforske barns, foreldres og sykepleieres syn på barns deltakelse i behandling i et sykehusmiljø	Kvalitativ studie Intervju, observasjon og tegning	11 barn (9-15 år) 10 foreldre 12 sykepleiere	Funnene i studien baserte seg på: - Konsultasjon i behandling - Mangel på informasjon og konsultasjon - Involvering av barn i avgjørelser	God kvalitet Godkjent av etisk komité
Forsner et al. (2005) The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short term illness, Sverige	Belyse erfaringer og opplevelser fra barn mellom 7-10 år om å være syk	Kvalitativ studie Intervju	7 barn (7-10 år)	Ulike funn basert på barns opplevelse av sykehusinnleggelse, basert på realitet og forestillinger. Stor kontrast. - Redd og selvsikker - Trist og komfortabel - Smerter og ha det bra - Være fanget og prøve og rømme	God kvalitet Godkjent av etisk komité

<p>Kelsey et al. (2007)</p> <p>Perception of young people about decision making in the acute healthcare environment, England</p>	<p>Utforske hvordan barns oppfatninger av inkludering i medisinske beslutninger har virkning på deres omsorg.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>10 barn (12-16 år)</p>	<p>Funnene i studien er basert på:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Involvering i avgjørelser - Psykologisk virkning av å være inkludert i beslutningsprosessen - Kommunikasjon 	<p>God kvalitet</p> <p>Godkjent av etisk komité</p>
<p>Lambert et al. (2010)</p> <p>Communication between children and health professionals in a child setting: a child Transitional communication model, Irland</p>	<p>En etnografisk studie om kommunikasjon mellom barn og helsepersonell i et sykehusmiljø</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju, observasjon og aktiviteter</p>	<p>49 barn (6-16 år)</p>	<p>Studien viser til to former for kommunikasjon med barn; barna kan være passive og aktive deltagere.</p> <p>-Barna må ikke bli satt i bås, de må ha muligheten til å variere mellom å være en aktiv og passiv deltager basert på den nåværende situasjonen.</p>	<p>God kvalitet</p> <p>Godkjent av etisk komité</p>

<p>Lindeke et al. (2006)</p> <p>Capturing Children's Voices for Quality Improvement, USA</p>	<p>Spørsmål stilt til barn innlagt i sykehus for å belyse hvordan man kan forbedre og utvikle sykehusinnleggelsen slik at den er mer tilnærmet barn</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>120 barn (5-20 år)</p> <p>Delt inn i 3 alderskategorier.</p>	<p>Studien belyser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det beste med å være innlagt på sykehus - Det verste med å være innlagt på sykehus - Forbedringer som kan gjøres på sykehus 	<p>God kvalitet</p> <p>Godkjent av etisk komité</p>
<p>Mårtenson og Fägerskiöld (2007)</p> <p>Information exchange in paediatric settings: an observational study, Sverige</p>	<p>Identifisere, beskrive og generere kommunikasjon mellom barn og helsepersonell</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Observasjon</p>	<p>28 barn (10-17 år)</p>	<p>Kjernen i studien er å balansere omstendighetene, som er basert på seks kategorier: ta del, tillit, være i kontakt, gjensidighet, få informasjon og deltakelse fra familien</p>	<p>God kvalitet</p> <p>Godkjent av etisk komité</p>
<p>Runeson et al. (2002)</p> <p>Children's participation in the decision-making process during hospitalization:</p>	<p>Identifisere hverdagslige situasjoner i sykehus som belyste barns deltakelse i avgjørelser, og identifisere</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Observasjon</p>	<p>24 barn (5mnd-18år)</p>	<p>Studien viser til 5 ulike nivåer av barns deltakelse i avgjørelser og inkludering.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen kommunikasjon mellom barn og 	<p>God kvalitet</p> <p>Godkjent av etisk komité</p>

<p>an observational study, Sverige</p>	<p>ulike nivåer av deltakelsen</p>			<p>helsepersonell - Kort informasjon til barnet. Ble ikke skapt et trygghetsforhold mellom helsepersonell og barnet - God kommunikasjon mellom helsepersonell og barnet, men ved protest fra barnet, ble undersøkelser uansett gjennomført - God kommunikasjon. Her var det mulig å inngå et kompromiss. Barna kunne ikke velge selv, men være deltakende - Barna var enige i det som var planlagt etter</p>	
----------------------------------------------------	----------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				gitt informasjon	
Salmela et al. (2009) Child-Reported Hospital Fears In 4 to 6-Year-Old Children, Finland	Belyse sykehusrelatert frykt for barn fra 4 – 6 år	Kvantitativ studie	90 barn (4-6 år)	Frykt relatert til sykehusinnleggelse, hvor de vanligste formene for frykt var: - samarbeid med sykepleiere - å være pasient - å være alene	God kvalitet Godkjent av etisk komité
Scmidt et al. (2007) Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors, USA	Å belyse barns fornemmelse av sykepleieres væremåte, basert på barnas egne ord og tanker	Kvalitativ studie Intervju	65 barn (5-18 år)	Studien belyser funn satt inn i 3 kategorier: - 7 kvalifikasjoner en sykepleier bør ha. - Barns meninger om sykepleiere - Råd fra barn til sykepleiere	God kvalitet Etiske overveielser er gjort, men studien er ikke godkjent av etisk komité
Wilson et al. (2010) The voices of children: Stories about hospitalization, USA	Belyse barns syn på sykehusinnleggelse, basert på egne erfaringer og opplevelser	Kvalitativ studie	93 barn (5-9 år)	Studien baserer seg i hovedsak på sykehusrelatert frykt. - Det å være alene	God kvalitet Godkjent av etisk komité

				<ul style="list-style-type: none">- Bevisste på positive og negative utfall- Sykehus som unikt miljø	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Vedlegg 3: oversikt over analyse av artiklene

Meningsbærende enhet	Subkategori	Kategori
<p>Realitet og fantasi har ikke sammenheng.</p> <p>Frykt er basert på erfaringer om sykdom.</p> <p>Frykt for å være en pasient.</p> <p>Frykt for å være alene.</p> <p>Separasjon fra familie og venner.</p> <p>Endring av rutiner i hverdagen.</p> <p>Være i et ukjent miljø. Skaper følelse av angst.</p> <p>Frykt for undesøkelser og behandling. Frykt for smerter, og bli skadet og i verstefall død.</p> <p>Frykt for å være alene. Når barn var alene var de usikre på hva som kunne skje med dem. Barna ønsket å bli passet på.</p> <p>Barn er bevisste på positive og negative utfall av en sykehusinnleggelse.</p>	<p>Realitet og fantasi om sykehus har ikke sammenheng hos barn.</p> <p>Frykt relatert til sykehusinnleggelse.</p> <p>Frykt basert på samarbeid med sykepleiere.</p> <p>Frykt for det ukjente.</p> <p>Frykt for å være alene.</p> <p>Barn er bevisste på positive og negative utfall av en sykehusinnleggelse</p>	<p>Sykdom og sykehusinnleggelse kan skape frykt og usikkerhet hos barn.</p>
<p>Kjærlige ord, skryt, empati, rolig og fin stemme, smil og kroppsspråk</p>	<p>Pålitelighet fra sykepleiere. En sykepleier skal være kjærlig,</p>	<p>Barn trenger å oppleve at sykepleiere</p>

<p>var kvaliteter barn satte høyt hos sykepleiere.</p> <p>Kompetanse og kunnskap er like viktig for barn som for voksne. Barn forventer at sykepleier skal være organisert, presis og ha ferdigheter når det kommer til prosedyrer og lignende.</p> <p>Sikkerhet er viktig. Mange barn er opptatt av å ikke bli smittet når de er innlagt på sykehus. Rent hår og god håndhygiene er derfor viktig.</p> <p>Uniformen må være ren og ordentlig. Hårfrisuren må være praktisk og profesjonell.</p> <p>Etiske og sosiale kvaliteter som å føle, tenke og handle på bestemte måter ble satt høyt. Sykepleieren skal være ærlig, lytte, være til å stole på, hjelpsom, snill, vennlig og presis.</p> <p>Barn ser på sykepleiere som vennlige og hjelpsomme. De ønsker å kjenne sykepleieren som person og ikke som helsepersonell. Sykepleiekvaliteter som</p>	<p>ærlig, snill, tilgjengelig og varm.</p> <p>Kompetanse og kunnskap og er like viktig for barn som for voksne.</p> <p>Sikkerhet og god hygiene er viktig.</p> <p>Utseende til sykepleieren har stor betydning for barn.</p> <p>Tillit er en form for bekreftelse og respekt.</p> <p>Helsepersonell skal være støttende.</p>	<p>er til å stole på.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

<p>tilgjengelighet, snillhet og varme er viktig.</p> <p>Tillit er en følelse av trygghet og sikkerhet. Det er en form for bekreftelse og respekt når helsepersonell er støttende.</p>		
<p>Barn vet ikke hva de skal forvente av kroppen sin når de er syke.</p> <p>Den normale hverdagen er byttet ut med uro, og usikkerhet om sykdom og behandling plager dem.</p> <p>Det å være syk føles som å være fanget, og prøve å rømme.</p> <p>Barn kan være aktive og passive deltagere i kommunikasjonsprosessen, basert på deres behov der og da.</p> <p>Barn ønsker å få informasjon slik at de kan forstå deres sykdom, bli involvert i behandling og forberede seg til prosedyrer. Barn skal være aktive søkere etter informasjon.</p> <p>Ved mangel på informasjon føler barna seg ekskludert og ignorert</p>	<p>Usikkerhet.</p> <p>Barn kan være aktive og passive i kommunikasjonsprosessen.</p> <p>Informasjon er viktig for barn, og bidrar til å skape en form for trygghet.</p> <p>Informasjon skal basere seg på barnets utvikling og medisinske tilstand.</p> <p>Informasjon = inkludering</p> <p>Barn ønsker i hovedsak å bli inkludert i deres behandlingssituasjon, og føler seg ekskludert hvis ikke.</p> <p>Barn ønsker å bli tatt på alvor, og være med å bestemme.</p>	<p>Sykehusinnleggelse kan gi mangel på kontroll hos barn</p>

<p>fra informasjon og avgjørelser.</p> <p>Noen barn føler at leger ikke forklarer ting på deres nivå og bruker fagspråk.</p> <p>Mangel på informasjon fører til at noen barn føler seg glemt, og at de er et objekt uten følelser.</p> <p>Barn ønsker i hovedsak å bli inkludert i behandlingsprosessen, slik at de kan forbedre seg til prosedyrer. Noen ganger bør ansvaret deles med andre i en beslutningsprosess.</p> <p>Barn føler seg maktesløse på grunn av mangel på fagkunnskap.</p> <p>Positivt å bli inkludert. Hvis man ikke føler seg inkludert skapes det en form for frykt/angst/stress for sykehus. God informasjon er derfor viktig.</p> <p>Informasjon skaper mindre frykt for sykehus. Snakk til barna, og ikke bare til pårørende.</p> <p>Barn ønsker å holde likt tempo med voksne. De vil ha kontroll</p>	<p>Helsepersonell skal styrke barnet til å ta del i diskusjoner.</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--

over sin egen kropp.

Helsepersonell skal styrke barnet til å ta del i diskusjoner.

Kommunikasjon er en form for teamarbeid.

Informasjon skal gis på en god og forsvarlig måte, basert på barnets tidligere erfaringer, språklig utvikling, medisinsk og generell tilstand.

20 % hadde frykt for å ikke få informasjon.

Tap av selvbestemmelsesrett.

Mangel på kontroll, med tanke på sovetid, våkentid, mat og drikke og lignende. Barn føler at de må få tillatelse til å gjøre ting.

Ulike nivåer av deltagelse i avgjørelser hos barn. Noen er passive og andre er aktive.