

SY180H 000

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

«Trygghet til barn på sykehus»

Frist for innlevering: 27.04.2012

Totalt antall sider: 28

Kandidatnummer: 273

Kull 09H

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	1
1.3 Avgrensinger av oppgaven.....	1
1.4 Definisjoner av sentrale begreper	2
1.5 Formålet og disposisjon av oppgaven	2
2.0 METODE	3
2.1 Valg av metode.....	3
2.2 Kildekritikk.....	4
3.0 TEORI	5
3.1 Presentasjon av Joyce Travelbee`s sykepleierteori	5
3.2Utviklingspsykologiske særtrekk 4-6 år.....	8
3.3 Kommunikasjon og lek med barn.....	9
3.4 Barnets møte med barneavdelingen.....	11
3.5 Forberedelse til operasjon.....	13
4.0 DRØFTING.....	14
4.1 Sykepleierens innledende møte med barnet og foreldrene.....	14
4.2 Barnets reaksjon på sykdom og sykehusinnleggelse – sykepleierens oppgaver	16
4.3 Kommunikasjon med barn i preoperative fase.....	20
5.0 AVSLUTNING	24
LITTERATURLISTE.....	25

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å skrive om sykepleie til barn fordi det er noe som jeg interesserer meg for. Jeg har lyst å jobbe med barn når jeg er ferdig utdannet sykepleier, og valgte derfor å fordype meg innen sykepleie til barn. Når jeg var i praksis på kirurgisk avdeling ved et lokalsykehus, var barn en av pasientgruppene jeg møtte. Jeg har lyst å lære mer om hvordan man som sykepleier skal møte barn på deres nivå, og hvordan man best mulig skal kommunisere med dem.

Jeg ønsker å fordype meg i preoperativ fase. Ofte kan barn bli stresset i denne fasen og vil derfor ha behov for trygghet både fra sykepleieren og foreldrene. For meg er det viktig med et godt samspill mellom sykepleier og barn, og derfor har jeg blant annet valgt å fokusere på dette. Videre har barn i preoperativ fase behov for informasjon. Jeg vil undersøke hvordan man skal kommunisere med barn for at informasjon skal komme fram på best mulig måte.

Totalt antall ord: 9185

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Jeg har valgt en problemstilling jeg mener gir rom for diskusjon. I min oppgave ønsker å diskutere hva som kan bidra til å skape tillitt mellom sykepleier og barnet som er innlagt på sykehuset. Jeg vil komme med forslag til hva jeg som sykepleier kan gjøre for å skape trygghet og tillit gjennom samspill med barnet. Det er viktig at barnet opplever trygghet. Når barnet er trygg vil sykepleien og kommunikasjonen bli bedre. Derfor er min problemstilling:

"Hvordan kan jeg som sykepleier skape trygghet for barn i en preoperativ fase?"

1.3 Avgrensinger av oppgaven

Først og fremst har jeg valgt å fokusere på barn mellom 4-6 år (førskolealder). Dette med bakgrunn i Tveiten (1998) som sier at det er en del utviklingspsykologiske særtrekk hos barn fra de er tre- til sju år, og dette har særlig betydning ved sykehusinnleggelse og sykdom. I min oppgave har jeg valgt å gi en beskrivelse av et barn som er innlagt for operasjon.

Sykehusoppholdet vil vare kun noen få dager. Barnet er i utgangspunktet frisk når han blir innlagt, men skal opereres på grunn av beinbrudd i ankelen. Han har foreldre/foresatte med seg, og de skal være der under hele oppholdet. Jeg vil fokusere på den preoperative fasen av sykehusoppholdet, fordi denne perioden kan oppleves skremmende, utrygg og stressende for barnet.

1.4 Definisjoner av sentrale begreper

Sykepleier: Autorisert sykepleier. Når jeg nevner sykepleieren i oppgaven vil jeg bruke benevnelsen sykepleier eller hun.

Barn: Når jeg nevner barnet i oppgaven vil jeg bruke benevnelsen barn, barnet eller han.

Foreldre: Mor og far eller en av dem. Det kan også være foresatte.

Preoperativ fase: Gjelder tiden fra det er blitt bestemt at barnet skal opereres til barnet er kommet til operasjonsavdelingen (Almås 2001).

Samspill: Betyr å virke i felleskap (Tveiten 1998). Når jeg snakker om samspill mener jeg kommunikasjon og samspill med barnet.

1.5 Formålet og disposisjon av oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvordan man som sykepleier kan oppnå tillitt hos barn i alderen 4-6 år og redusere stress i den preoperative fasen gjennom samspill. Hvis sykepleieren har kunnskaper om utviklingspsykologiske særtrekk hos barn i alderen 4-6 år, kan hun bruke disse kunnskapene til å gi best mulig sykepleie til barnet. Jeg vil fokusere på barnesykepleie i oppgaven, og hvordan sykepleieren skal gi best mulig sykepleie til barnet for å redusere stress i preoperativ fase.

Videre i oppgaven kommer en metodedel hvor jeg redegjør for valg av metode, søk etter litteratur og forskning og kildekritikk av kilder jeg vil bruke i oppgaven. Etter metodedelen kommer en teoridel der jeg tar opp Joyce Travelbees sykepleierteori, utviklingspsykologiske særtrekk 4-6 år, kommunikasjon og lek med barn, barnets møte med barneavdelingen og forberedelse til operasjon. Deretter kommer en drøftingsdel der jeg vil drøfte teorien jeg har valgt opp mot problemstillingen min. Tilslutt kommer det en avslutning og en litteraturliste som viser litteraturen jeg har valgt å bruke i denne oppgaven.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

I følge Dalland (2007) er metoden redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Dalland (2007) siterer Vilhelm Aubert:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel, til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007: 83).

Dalland (2007) skriver at en innenfor samfunnsvitenskapen skiller mellom kvantitativt orienterte og kvalitativt orienterte metoder. Den kvalitative metoden tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter, slik at man har muligheten til for eksempel å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Den kvalitative metoden er når man fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.

For å svare på min oppgave ønsker jeg å gjøre et litteratursstudie der jeg samler informasjon fra bøker, fag- og forskningsbaserte artikler og internett. I følge Dalland (2007) er målet for den vitenskapelige virksomheten å forbedre praksis, dette vil jeg gjøre ved å bruke litteratursstudiet. Jeg har valgt litteratursstudiet fordi jeg ønsker å samle informasjon til min bacheloroppgave fra bøker, internett og forskningsbaserte artikler. Litteratursstudiet er i følge Støren (2010) en systematisering av kunnskapen. Det vil si å lete etter den, samle den, vurdere den og sammenfatte den.

I følge Aadland (1997) er det ikke bare observasjoner og intervjuer som danner utgangspunkt for kvalitativ tekstanalyse og tolkning. Man kan bruke skriftlige materialer eller kilder som kan supplere undersøkelsen. Avisartikler, møtereferater, årsberetninger, journaler og faglige artikler kan man bruke for å se hvordan en gruppe mennesker tenker og oppfatter virkeligheten. Jeg har i min oppgave brukt flere fagbøker og to forskningsartikler for å besvare min problemstilling.

2.2 Kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland 2007:66).

I følge Dalland (2007) skal kildekritikk vise at man er i stand til å se kritisk på det kildematerialet man bruker i en oppgave, og hvilke kriterier man bruker under utvelgelsen. Dalland skriver videre at hensikten med kildekritikk er å gi leseren et innblikk i hvilke refleksjoner man som forfatter av en oppgaven har gjort seg om litteraturen man har brukt. I tillegg hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Når jeg søkte etter litteratur om barnesykepleie og preoperativ sykepleie fikk jeg mange treff. Når det er sakt var ikke alt relevant, men jeg fant et par bøker som kunne svare for min problemstilling. Det var vanskelig å skulle velge ut aktuell litteratur da mange bøker kun hadde få sider av relevans. For meg var det viktig å støtte meg til forfattere som tilsynelatende har skrevet mye om temaene i min problemstilling. Jeg er fornøyd med litteraturen jeg har brukt for å belyse min problemstilling, og jeg mener at jeg har brukt relevant sykepleierrettet litteratur.

Når jeg skal gi kildekritikk til litteratur jeg har brukt i min oppgave har jeg valgt å bruke www.ntnu.no sine fire kriterier som er troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet. For å vurdere troverdighet har jeg søkt opp forfatteren av bøkene jeg har brukt. Jeg fant ut at de forfatterne jeg har referert til er anerkjente. De har utdanning innenfor enten sykepleie, barnesykepleie, psykologi og noen hadde også lang undervisningserfaring. For å vurdere graden av objektivitet i kildene jeg brukte, undersøkte jeg om informasjonen var i samsvar eller i konflikt med informasjon som er kjent fra før. Eksempelvis brukte jeg to bøker som omhandlet pediatrik sykepleie, og oppdaget at bøkene presenterte mye av det samme. Ingen av forfatterne jeg brukte hadde som hensikt å selge noe, og det inneholdt derfor bare teori i bøkene.

For å vurdere kildens nøyaktighet har jeg undersøkt når kilden ble publisert. Noen bøker jeg brukte kommer fra en eldre årgang som 1998, 1999 og 2001, og dette kan gi utfordringer i forhold til påliteligheten. Siden flere forfattere hadde publisert samme teori, kunne jeg stole på at teorien stemte. Jeg brukte blant annet Jean Piagets teori fra 1952, men den ser jeg på som pålitelig fordi den omhandler omfattende vitenskap om barns utvikling. Noen forfattere hadde skrevet mer detaljert og utfyllende, noe som hjalp meg å få bedre innsikt i teorien. For

å vurdere kildens egnethet måtte jeg først lese gjennom litteraturen for så å gjøre et utvalg som var aktuell for min oppgave. Jeg fant flere relevante bøker om pediatrik- og preoperativ sykepleie og Joyce Travelbees sykepleierteori. Forskningsartiklene jeg fant var jeg først usikre på, men ved å undersøke om de inneholdt hensikt, metode, utvalg, resultat og konklusjon, fant jeg ut at artikkelen kunne regnes som en forskningsartikkel.

3.0 TEORI

3.1 Presentasjon av Joyce Travelbee`s sykepleierteori

Joyce Travelbee ble født i 1926 i New Orleans USA og hun døde i 1973 bare 47 år gammel. Hun er kjent for sin sykepleierteori som handler om menneske-til-menneske-forhold, lidelse, mening, håp, kommunikasjon og målrettet intellektuell tilnærming. Hun har jobbet som psykiatrisk sykepleier på DePaul Hospital Affiliate School i New Orleans (Current Nursing 2012 og Nursing Theory u.å).

Travelbee mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre og finne mening ved sykdom og lidelse. Hun mener at sykepleierens rolle er å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Kommunikasjon er målrettet og sentralt i Travelbees syn på sykepleie (Travelbee 2001).

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom, lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 2001: 29).

I følge Travelbee er et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av den som er syk og sykepleieren. Travelbee mener at sykepleierens mål og hensikt kun kan oppnås ved at det etableres et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleieren og pasienten. Forholdet etableres gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser (Travelbee 2001). Nedenfor vil jeg gjøre rede for de forskjellige fasene i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold:

Det innledende møtet

Det første møtet mellom sykepleieren og pasienten vil være preget av at sykepleieren og pasienten ikke er blitt kjent. Ved å observere pasienten vil sykepleieren bygge seg opp meninger om pasienten. Også pasienten vil gjøre seg opp tanker om sykepleieren. I det innledende møtet får begge et førsteinntrykk av hverandre. Førsteintrykket vil hovedsakelig være basert på en verbal og non-verbal kommunikasjon. Sykepleierens oppgave vil være å bryte ned kategoriseringen av pasienten for å kunne forstå mennesket, dette for at interaksjonen ikke skal bli upersonlig og overflatisk (Travelbee 2001).

Fremvekst av identiteter

I denne fasen karakteriseres evnene til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ i tillegg til å etablere tilknytning til vedkommende. Dette krever evnen til å overskride seg selv for å se og oppfatte den andre, samtidig som man bruker seg selv som et instrument i denne prosessen. I denne fasen vil man oppleve at en retter tanker og følelser mot den andre og å motta inntrykk fra den andres personlighet. En sykepleiers oppgave er å vurdere likheter og forskjeller mellom seg selv og pasienten. Dette for å kunne bidra til fremvekst av empati (Travelbee 2001).

Empatifasen

Empati er i følge Travelbee (2001) en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Dette innebærer ikke at sykepleieren skal tenke og føle det samme som pasienten, men at hun skal være der for pasienten å ta del i pasientens sinnstilstand. I situasjoner der man har empati til et annet menneske opplever man nærhet og kontakt. Travelbee mener at empati vil forandre forholdet mellom pasient og sykepleier for bestandig. For å oppnå empati mener Travelbee at det må være likhetstrekk i partenes erfaringsbakgrunn. Samtidig må sykepleieren evne å forstå pasientens opplevelse av situasjonen.

Sympatifasen

I følge Travelbee (2001) er sympati og medfølelse et resultat av empatifasen, men representerer et skritt videre. Dette ved at det foreligger en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre plager. Man kan formidle sympati og medfølelse verbalt, men også non-verbalt. Gjennom sympati formidler sykepleieren at hun bryr seg om pasienten som det unike

mennesket han er. Dette viser sykepleieren ved at hun forstår og deler pasientens fortvilelse og ønsker å hjelpe. Resultatet av sympati og medfølelse er at sykepleieren klarer å omsette sin sympati og medfølelse til sykepleierhandlinger, og har lindret eller redusert pasientens plager. Pasienten vil oppleve at sykepleieren hjelper han, og at hun ser på han som et unikt menneskelig individ.

Gjensidig forståelse og kontakt

Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er i følge Travelbee (2001) opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt. Dette er det overordnede målet for all sykepleie. Gjensidig forståelse og kontakt oppleves når sykepleieren og pasienten har gått gjennom de fire forutgående, sammenhengende fasene. I denne fasen mener Travelbee at sykepleier tittelen avløses av trygghet. Pasienten har nå fått erfart at sykepleieren ikke misbruker hans tillit (ibid).

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når man skal bli kjent med pasienten. I følge Travelbee (2001) kan kommunikasjon betraktes som en prosess der sykepleieren bruker kommunikasjon for å søke å gi informasjon til pasienten og hans familie. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren formidle omsorg til pasienten hun har ansvar for, gjerne ved bruk av non-verbal kommunikasjon.

”Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord – skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon betegner overføring eller budskap uten bruk av ord; en kommuniserer non-verbalt med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser” (Travelbee 2001:138).

Travelbee (2001) mener kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiersituasjoner. Kommunikasjon kan være med på å trekke andre mennesker nærmere, støte dem bort fra hverandre, gi hjelp eller såre hverandre. Det er gjennom kommunikasjon at den andres verdi som et unikt menneskelig individ kan komme til uttrykk eller tilsløres.

I følge Travelbee (2001) er et kirurgisk inngrep mer enn en prosedyre, det er også en menneskelig erfaring. De fleste som skal igjennom et kirurgisk inngrep møter problemer som dreier seg om å forsøke å oppfylle to grunnleggende behov. Det ene er behovet for

informasjon og det andre er behovet for sikkerhet. Sykepleierens rolle vil i dette tilfellet være å anvende sine observasjons- og kommunikasjonsevner mens hun:

1. Fastslår hvordan den syke oppfatter det forestående inngrepet, hva hun/han føler.
2. Vurdere vedkommendes angstnivå.
3. Fastslår hva vedkommende vet eller er blitt informert om av legen og andre om det forestående inngrepet.
4. Finne frem til behov, problemer eller hull i vedkommendes kunnskaper eller informasjon (Travelbee 2001:273).

Hensikten med punktene over er i følge Travelbee (2001) å bruke den informasjonen som kommer fram, til å strukturere sykepleierintervensjonen for å ivareta pasientens behov for informasjon og sikkerhet.

3.2 Utviklingspsykologiske særtrekk 4-6 år

I følge Tveiten (1998) har en del av utviklingspsykologiske særtrekk hos barn i 4-6 års alderen betydning ved sykdom og sykehusinnleggelse. Innleggelse av barn på sykehuset stiller store krav til barnets mestringsevne. Sykehusinnleggelse betyr nye rutiner, ukjente mennesker, nye omgivelser, prøver og undersøkelser som kan være vonde. Tveiten (1998) skriver at barn i alderen 3-7 år er veldig opptatt av kroppen og hvordan den fungerer. Dette fordi barn i denne alderen tenker konkret og setter alt som foregår rundt seg i forbindelse med seg selv. Sykehusinnleggelse med behandling, prøver og undersøkelser kan føre til at barnet føler seg truet, stresset og følelsen av og ikke mestrer situasjonen. Tveiten (1998) skriver videre at barn i alderen 5-7 år har evnen til å tenke mer abstrakt og barnet forstår sammenhengen lettere. Små barn ser ikke sammenhengen like lett som store barn. For eksempel kan små barn tro at en stikkpille er en pille som stikker. Fantasien er sterk i 4-6 års alderen. I denne alderen liker barn å lage ting, tegne og dikte opp historier. Barnet klarer ikke alltid å skille fantasi fra virkeligheten.

I følge Grønseth og Markestad (2005) er Jean Piagets teori fra 1952 om barn intellektuelle utviklingen den mest kjente og oftest benyttede teorien. Denne teorien beskriver barnets kognitive strukturer i fire stadier. Piagets mente at studieutviklingenes rekkefølge var universell og lik for alle barn. I den preoperasjonelle fasen (2-6 år) forteller Piagets at barnet

begynner å tenke logisk og formålsbevisst, men greier fremdeles ikke å besvare spørsmål om antall, størrelser, mengder eller forhold i bevisstheten. Barnet har i denne fasen en egosentrisk tekning helt fram til femårsalderen. Ofte ser barnet seg selv i sentrum og har begrenset evne til å se ting fra andres perspektiv. Barn oppfatter derfor seg selv som årsaken til at en hendelse oppstår både når det gjelder positive og negative hendelser. Piaget mener at barn gjennom aktiv handling og håndtering av ting i sin omverden vil få erfaringer som de gradvis setter sammen til et bilde av verden. Hos små barn er det konkrete og praktiske handlinger det handler om (Bunkholdt 2002).

3.3 Kommunikasjon og lek med barn

Eide og Eide (2007) skriver at begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med. Begrepet kommunikasjon brukes i dagligspråket om en rekke fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett. Kommunikasjon er når budskapet består av ulike typer tegn og signaler. Utvekslingen av budskapet vil føre til en prosess mellom partene noe som kalles et kommunikasjonsforløp

I følge Grønseth og Markestad (2005) er god kommunikasjon nøkkelen til å bli kjent med og skape et tillitsforhold til barn. Kommunikasjon er en toveisprosess der budskapet blir sendt fram og tilbake mellom en sender og en mottaker. For å møte den andre parten der han er tilgjengelig må man ha innsikt i hverandres virkelighetsoppfatning, og å kontrollere at budskapet forstås likt. Barn trenger hjelp til å finne meningen og forstå budskapet som formidles gjennom kommunikasjon. Spørsmål som barn ikke forstår kan gi en avstandsfølelse og hemme lysten til å meddele seg. Barn har vanskeligheter med å konsentrere seg når de ikke finner en hendelse meningsfylt. Tveiten (1998) sier at kommunikasjon kan være verbal eller non-verbal, men som oftest er den en kombinasjon. Barn i ulike alder har forskjellig ordforråd og begrepsforståelse. Når barnets språk er lite utviklet er non-verbal kommunikasjon viktig. Tveiten (1998) skriver at gjennom kommunikasjon kan barnet lære at det som er vondt ikke trenger å være vanskelig å snakke om. Hvis barnet blir tatt på alvor kan det skape tillit til sykepleieren.

Grønseth og Markestad (2005) skriver at lek er en spontan, frivillig og lystbetont aktivitet som skjer som følge av en indre lyst til å leke på barnets premisser. Leken skjer i en verden

som ikke trenger å være virkelig. Mange friske barn leker nesten hele tiden. Det er i lekerelasjoner at barnet får bekreftelser på sitt egenverd og hvem han er som person. Når barnet er innlagt på sykehuset er sykdommen, symptomer og behandlingen mest i fokus. Derfor er leken nødvendig for å se barnets friske side. Leken er viktig for barnets livskvalitet fordi den gir glede, trivsel, mestringsopplevelser og mening. Når barnet leker reflekterer han over hvordan han ser på verden. Gjennom lek kan vi forstå barnets virkelighet. Dette er en plattform hvor sykepleieren har mulighet til å møte barnets dets nivå. Man kan si at det oppstår kommunikasjon mellom sykepleieren og barnet.

Grønseth og Markestad (2005) skriver at lek reduserer stress og gir mestringsopplevelse i uoversiktlige og krevende situasjoner. Barnets kjente leker og bamser er med på å skape trygghet og bidrar til å skape en felles grunn mellom hjemmet og sykehusmiljøet. I lekens verden mestrer barnet opplevelser og hendelser. Lek er også et tilfluktssted der barnet kan trekke seg tilbake, ha kontroll og få ”jeg kan” opplevelsen. Grønseth og Markestad (2005) skriver videre at ettersom leken foregår ”på liksom” skaper den avstand til, og ufarliggjør, følelser som oppleves skremmende for barnet. Gjennom lek bearbeider barnet følelser og traumatiske opplevelser. Barnet kan gi uttrykk for hjelpløshet, skuffelse, frustrasjon og sinne.

Grønseth og Markestad (2005) skriver at den fysiske aktiviteten som utspilles i lek er med på å trene barnets kroppsbeherskelse, fysiske styrke og koordinasjon. Når barnet leker blir det kjent med seg selv og verden rundt seg ved å se på, ta på og undersøke kroppsdelene og andre gjenstander i omgivelsene. Når barn leker med andre barn lærer de nye ord, begreper og lekeferdigheter. Det er via samspill at barn lærer gjensidighet, hva som er min og din. I følge Tveiten (1998) har Piaget en teori der lek er grunnleggende for den kognitive utviklingen i likhet med imitasjon. Imitasjon er når barnet imiterer andre.

I følge Grønseth og Markestad (2005) har sykepleieren en viktig oppgave med å synliggjøre lekevennlige miljøer på barneavdelingen. Atmosfæren og miljøet på sykehuset må oppmuntre til lek. Hvis miljøet er utrygt hemmes leken. Leken kommer heller ikke til uttrykk hvis barnet sørger, er sint, er tørst eller sulten.

3.4 Barnets møte med barneavdelingen

I følge Tveiten (1998) kan tidligere erfaringer med sykehus, delaktighet fra foreldre, kvaliteten på sykepleietilbudet i avdelingen og sykdommens art være faktorer som påvirker barnets reaksjon på sykehusinnleggelsen. Grønseth og Markestad (2005) skriver at kvaliteten på sykepleiertilbudet er sykepleierens kompetanse, organisering av sykepleien og tilgjengelige ressurser.

Alle barn som blir innlagt på sykehuset må igjennom undersøkelser, prosedyrer og behandlinger. Dette er med på å skape engstelse og bekymringer hos barnet ifølge Grønseth og Markestad (2005). Ettersom barnet ikke vet om det de skal igjennom er smertefullt eller ufarlig, er de alltid i beredskap. Barnets begrensede forståelse og mangelfulle kontroll kan føre til engstelse hos de minste. Ved sykehusinnleggelse fratras barn deler av sin vanlige medbestemmelse. Det vil si at muligheten til å velge eller ta beslutninger er viktig for å ha kontroll og å påvirke situasjoner. Barnet kan ikke velge selv om prosedyren eller undersøkelsen skal bli gjennomført eller ei (ibid).

Sykehusmiljøet er annerledes fra det barnet er vant til. Barnets kjente og trygge rammer, og rutiner, forsvinner. Det er viktig at barnet og familien føler seg trygge på barneavdelingen. Personalets holdning til barnet og familien har derfor innvirkning på om de vil trives. I følge Grønseth og Markestad (2005) virker fremmede voksne truende på småbarn, og det spesielt i situasjoner der alt er nytt og ukjent.

Blix og Breivik (2006) skriver at stress er individets måte å reagere på når det blir utsatt for belastninger utenom det vanlige og som utfordrer individets mestringsevne. Fysiologisk kan stress vises ved høyt blodtrykk og fordøyelsesbesvær. Psykologiske reaksjoner på stress kan være angst som også medfører fysiologiske reaksjoner som hjertebank, skjelvninger og pustebesvær.

I følge Tveiten (1998) er barn som er innlagt på sykehus i en helt ny situasjon. Barnet møter nye hvitkledde mennesker i nye omgivelser. Han sover i en annen seng enn det pleier og kan ofte oppleve smerte og ubehag. Ofte medfører adskillelse fra foreldrene og begrensninger med tanke lek og aktivitet. Disse faktorene kan føre til stress og usikkerhet hos barnet. Grønseth og Markestad (2005) skriver at sykehusmiljøet er en av faktorene som påvirker stress hos barn. Dette fordi sykehuset er annerledes enn det barnet er vant til hjemmefra. Derfor betyr

mottakelsen av barnet mye for hvilke inntrykk barnet og pårørende får av barneavdelingen. Sykdom og sykehusinnleggelse kan medføre stress som overstiger barnets mestringsevne. Barnet forsvarer seg gjennom regresjon, aggresjon, tilbaketrekning, separasjonsangst eller spise- og søvnproblemer hvis stresset blir for stort. Hvordan man reagerer i en stressfylt reaksjon varierer fra person til person, og graden av stress som utløses av en bestemt situasjon er en funksjon av samspillet mellom hvert enkelt menneske og årsaken til stress (Bunkholdt 2002).

Tveiten (1998) skriver at en vanlig stressreaksjon hos småbarn og førskolebarn er regresjon. Regresjon er en forsvarsmekanisme der barnet går tilbake til et tidligere utviklingsnivå på enkelte områder. Dette skjer når mestringsevnen ikke står i samsvar med kravene fra omgivelsene. Barnet oppnår ubevisst mindre krav og forventinger til mestring gjennom regresjon. Apati hos barnet kan oppstå og vises ved at barnet leker mindre enn vanlig. For eksempel vil kanskje barnet sitte på fanget hele tiden og er mindre aktivt enn før. Apatien kan være et uttrykk for angst og utrygghet. I følge Grønseth og Markestad (2005) har barn i alderen 2-6 år mangelfull utvikling i tidsbegrep og det kan bli vanskeligere å huske å forstå informasjon. Tveiten (1998) skriver at barn ikke forstår at mor eller far kommer tilbake når de forlater dem. I følge Tveiten (1998) betyr samspill å virke i fellesskap. Kvaliteten av samspillet er viktig og påvirkes av kontinuitet og langsiktighet. Det vil si at det beste for barnet er relasjoner som varer over en lengre periode. Når barnet er syk og ligger på sykehuset kan samspillet mellom barnet og foreldrene påvirkes. En mulig årsak til dette kan være at foreldrene er redde for å ha fysisk kontakt med barnet sitt som følger av behandling. I følge Tveiten (1998) mener Piaget at barnet gjennom lek går inn i et samspill med andre. Barnet kommer i kontakt med ting og mennesker, og lærer verden å kjenne.

Tveiten (1998) har referert til Hundeides åtte temaer for godt samspill. Temaene er ment for foreldre, men kan også brukes av sykepleiere.

1. Vis positive følelser – vis at du er glad i ditt barn.
2. Juster deg til barnet og følg dets utspill.
3. Snakk til barnet ditt om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en ”følelsesmessig samtale”.
4. Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre.
5. Hjelp barnet til å samle sin oppmerksomhet, slik at dere har en felles opplevelse av ting i omgivelsene.

6. Gi mening til barnets opplevelse av omverden ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme.
7. Utdyp å gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt.
8. Hjelp barnet ditt å kontrollere seg selv ved å sette grenser for det på en positiv måte – ved og ledet det, vise positive alternativer og ved å planlegge sammen.

3.5 Forberedelse til operasjon

I følge Almås (2001) er den preoperative fasen fra det blir tatt en beslutning om å gjennomføre et kirurgisk inngrep, til pasienten ligger på operasjonsbordet. Hvor lang denne fasen er, varierer fra minutter til flere døgn. I de fleste tilfeller vet pasienten at han/hun skal innlegges på sykehuset og opereres, men likevel kan det oppstå ubehagelige tanker når dagen nærmer seg. Mange kan oppleve anestesian som en trussel. Det er ikke uvanlig at noen føler at de ikke har kontroll over seg selv eller redselen for at anestesian ikke vil virke som den skal.

I følge Grønseth og Markestad (2005) er målet med forberedelsen at pasienten vet hva han går i møte. Tveiten (1998) skriver at forberedelse kan være med på å redusere stressopplevelse og føre til at barnets kapasitet til mestring styrkes. I følge Almås (2001) skal pasienten forberedes til operasjonen gjennom informasjon og veiledning. Alle pasienter som skal opereres får informasjon om at magesekken må være tom før man skal opereres. Det er vanlig at pasienten faster fra midnatt samme dag som operasjonen skal utføres. Huden til pasienten skal også forberedes, i og med at dette er en stor bakteriekilde. Til den vanlige hudfloraen er det streptokokker samt hvite og gule stafylokokker. Disse finner man mest i dypere hudlag som i hudfolder, hårfollikler, svetteporer og talgkjertler. Under operasjonen blir hudbarrieren brutt og bakteriene kan komme inn i operasjonssåret.

Almås (2001) skriver at sykepleieren har ansvar for at de siste forberedelsene til operasjonen blir utført. På operasjonsdagen skal pasienten enten dusje eller få fullt sengebud. Videre skal pasienten få ren jakke, underbukse og eventuelt spesielle strømper som han skal ha på seg under operasjonen. Før operasjonen må pasientens munn være så ren som mulig ettersom dette er med på å forebygge infeksjonsrisikoen etter operasjonen. Pasienten får heller ikke ha neglelakk og leppestift på ser for at blodsirkulasjonen skal kunne observeres. Alt av smykker,

ringer, armbånd og klokker må fjernes ettersom de er en stor bakteriekilde som kan føre til infeksjon. Før pasienten blir fraktet til operasjonsavdelingen har sykepleieren ansvar for at pasienten har på seg identifikasjon, at pasienten har vært på toalettet, at puls og temperatur er kontrollert og at premedikasjon er gitt. Almås (2001) skriver at premedikasjon skal berolige og lindre smerte hos pasienten. Hvis pasienten er godt premedisinert blir behovet for anestesimidler redusert.

4.0 DRØFTING

4.1 Sykepleierens innledende møte med barnet og foreldrene

Når barn blir innlagt på sykehuset er mottakelsen sykepleieren gir barnet og foreldrene viktig for hvilket inntrykk barnet får av barneavdelingen (Grønseth og Markestad 2005). For at barnet skal venne seg til utseendet, stemmen og fremtreden til sykepleieren bør hun unngå å være for fremtredene i begynnelsen. Derfor kan sykepleieren i begynnelsen henvende seg til foreldrene. Hvis barnet og foreldrene får et godt førsteinntrykk av barneavdelingen og sykepleieren, kan dette være med på å styrke det videre oppholdet. Det er gjennom et menneske-til-menneske-forhold at sykepleier og barnet innleder et forhold. I det innledende møtet vil sykepleieren gjøre seg opp en mening om barnet og barnet vil gjøre seg opp en mening om sykepleieren. For at sykepleieren skal få et inntrykk av barnet og foreldrene, og motsatt, er det i følge Travelbee (1999) viktig at de snakker sammen og at sykepleieren prøver og forså deres syn på det som skal skje. Derfor er det viktig at sykepleieren viser at hun bryr seg, og vil lytte til tankene barnet og foreldrene har rundt sykehusinnleggelsen og operasjonen.

For at sykepleieren skal skape et tillitsforhold til barnet er god kommunikasjon viktig. Derfor er det viktig at sykepleieren bruker kommunikasjon for å forberede og informere barnet og foreldrene om hva som vil skje i løpet av sykehusoppholdet. Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er en gjensidig prosess. For sykepleieren handler denne prosessen om å søke å gi informasjon, mens for pasienten og de pårørende brukes denne prosessen for å få hjelp. Travelbee (1999) skriver videre at det er gjennom kommunikasjon at sykepleieren formidler omsorg for pasienten. Det vil si at sykepleieren kommuniserer gjennom sin måte å utføre sykepleien på. Det er viktig at sykepleieren tar initiativ til å prate med barnet for å skape kontakt og tillitt (Grønseth og Markestad 2005). Sykepleieren kan for eksempel ta initiativ til

å snakke med barnet mens hun leker med han. Her tror jeg barnet vil se at hun er til å stole på, og han kan føle seg trygg sammen med henne.

Barn i alderen 4-6 år kan oppleve det skremmende og bli innlagt på sykehuset. Derfor er det viktig at sykepleieren har kunnskap om den aldersgruppen barnet er i for å gi best mulig sykepleie. Når sykepleieren vet barnets aldersgruppe er dette med på å gi henne en forståelse av hvordan hun skal opptre ovenfor barnet for å gjøre sykepleien lettere. Det er viktig for barn i alderen 4-6 år å få en konkret oversikt over hva som skal skje, hvor lang tid det kommer til å ta og hvor lenge de skal være innlagt på barneavdelingen. Dette er viktig fordi at tidsbegrepet til barn i denne aldersgruppen ikke er fullstendig utviklet (Grønseth og Markestad 2005). Her kan sykepleieren sette opp en plan for hver dag som viser dagens handlingsforløp og tidsforløp. Et annet tiltak kan være at sykepleieren og barnet lager en nedtellingskalender til barnet skal reise hjem, slik at barnet ser hvor mange dager han har igjen av oppholdet.

Barn som blir innlagt på sykehuset kan bli stresset og føle at de mister mestringsfølelsen. Barnet vil føle seg utrygg som følge av at han er kommet til et nytt sted med nye rutiner, mennesker, undersøkelser og prøver (Grønseth og Markestad 2005). Hvis sykepleieren bøyer seg ned til barnets nivå når hun skal kommunisere med barnet kan det være med på å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og barnet. I det første møte mellom sykepleier og barnet er det viktig at sykepleieren tar seg tid til å bli kjent med barnet. Dette kan hun gjøre ved å sette seg ned sammen med barnet å leke med lekene barnet har med hjemmefra. Dette understrekes i Grønseth og Markestad (2005) som påpeker at kjente leker som barnet har med hjemmefra kan være med på å skape trygghet for barnet. Jeg ser på det som en fordel når sykepleieren skal informere barnet om hva som skal skje under en undersøkelse eller operasjon, at hun for eksempel kan bruke bamsen som barnet har med hjemmefra som et hjelpemiddel i samtalen. Bruk av hjelpemidler i samtale med barn er med på å gjøre kommunikasjonen mellom sykepleier og barnet bedre. Barn forstår lettere hvis ord og handlinger kombineres (Grønseth og Markestad 2005).

Sykehusinnleggelse kan gi en traumatisk opplevelse ikke bare for barnet, men også for foreldre og søsken (Tveiten 1998). Derfor er det viktig at sykepleieren legger til rette for at oppholdet blir best mulig for barnet og dets foreldre. Det er vanskelig og unngå at barnet vil oppleve angst og frykt når det er innlagt på sykehuset, noe som kan føre till at det blir vanskelig for sykepleieren å oppnå tillitt hos barnet (ibid). Sykepleien er god når sykepleieren

klarer å se sammenhengen barnet er i. Når sykepleieren ivaretar barnets behov på en faglig og forsvarlig måte, vil barnet oppleve tillitt, trygghet og lindring. Mottakelsen barnet og foreldrene får på barneavdelingen betyr mye for hvordan inntrykk de får av avdelingen (Grønseth og Markestad 2005). For eksempel kan barneavdelingen kan på forhånd sende ut brosjyre slik at barnet og foreldrene kan forberedes på hva de kommer til å møte. Barn som skal inn til operasjon på sykehuset vil få en innkalling med dato for innleggelse og operasjon. Her er det en passende anledning og legge ved en brosjyre. Et hovedmål er barnet og foreldrene skal føle seg trygge på barneavdelingen. Derfor er personalets holdning til barn og foreldre avgjørende for hvordan oppholdet vil bli. Trygget og trivsel til barn og foreldrene kan forsterkes ved at de har faste kontaktpersoner å forholde seg til (Grønseth og Markestad 2005). Sykepleieren kan vise sympati ved å bry seg om barnet, og lytte til hvordan han opplever oppholdet på barneavdelingen. Travelbee (1999) skriver at sympati og medfølelse innebærer varme, godhet, en kortvarig form for medlidenhet, evnen til omsorg og et følelsesmessig nivå å kommuniserer med pasienten på. Ved at sykepleieren viser sympati til barnet kan føre til at han føler seg velkommen, respektert og trygg. Min oppfatning er at der er avgjørende at barnet føler seg trygg på sykepleieren for at det skal oppstå et godt samspill mellom dem.

Tveiten (1998) skriver om en undersøkelse som viser hvordan foreldre til syke barn, som er på sykehus, opplever situasjonen. Undersøkelsen konkluderer med at foreldre har et stort behov for informasjon både fra sykepleiere og leger. Foreldrene understreker at de syntes det er viktig med en kontaktsykepleier, og at de blir tatt på alvor og vist respekt. Her ser jeg at sykepleiere ikke bare må skape et menneske-til-menneske-forhold til barnet, men også dets foreldre. Dette for å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og foreldre. Foreldre vil også danne seg et førsteinntrykk av sykepleieren og det er derfor viktig hvordan man som sykepleier framtrer ved det første møte, slik at foreldrene og barnet får et godt inntrykk av sykepleieren. Ved at sykepleieren gir et inntrykk av at hun er til å stole på, er det lettere for foreldrene å gi sykepleieren ansvaret for barnet.

4.2 Barnets reaksjon på sykdom og sykehusinnleggelse – sykepleierens oppgaver

Ved sykehusinnleggelse og sykdom synker toleransen for stress, og barnets vurdering av sykehusoppholdets omfang er i følge Grønseth og Markestad (2005) avgjørende for hvordan han vil reagere. For meg er en viktig oppgave for en sykepleier å forebygge stress og se til at

barnet følger mestring. Viktige momenter er at barnet føler egenverd og tilhørighet, og at barnet opplever å ha kompetanse. Tiltak sykepleieren kan komme med for å bidra til at barnet føler seg kompetent, er at hun kan innstille seg på barnets nivå både mentalt, fysisk og utviklingsmessig. For eksempel bør hun ikke snakke for barnlig, men heller ikke for vanskelig. Dette krever at sykepleieren har kompetanse om utviklingspsykologiske særtrekk hos barn i alderen 4-6 år. Et annet tiltak er at sykepleieren må gi ros til barnet. Eksempelvis kan hun gjøre dette etter at barnet har vært igjennom en undersøkelse eller prosedyre. Det er viktig at sykepleieren også gir ros selv om barnet gråter, ettersom det skal tillates at barn gråter når de har vondt. Det er også særdeles viktig at man gir ros til barnet fordi han har vært flink til å fullføre en prosedyre. Det er viktig at sykepleieren gir barnet oppgaver han kan mestre med tanke på hvilken skade/sykdom han har for å styrke hans mestringsfølelse. For eksempel kan barnet kan hjelpe til under en blodprøvetakning ved at han kan holde glassene eller bestemme hvilken rekkefølge glassene skal tas i. Her er det viktig at sykepleieren har kunnskaper om barnets aldersgruppe, for å kunne tilpasse tiltakene til hvilken aldersgruppe barnet er i (ibid). Jeg mener at utførelse av tiltakene over kan være med på å være med på å styrke barnets selvfølelse, mestringsfølelse og kompetenthet.

Ukjente sykehusmiljø kan være en av årsakene til stress hos barn ved sykehusinnleggelse. Dette i tillegg til at barnet er syk, engstelig og sliten (Grønseth og Markestad 2005). En sykepleiers oppgave er å finne årsaker som fører til stress og redusere stress hos barnet. En mulig stressårsak til barnet som skal opereres kan være frykt for det som skal skje grunnet mangelfull informasjon. Ved å gi barnet god informasjon kan dette være med på å redusere stress barnet eventuelt vil oppleve. Jeg tror at det kan være lurt at sykepleieren viser barnet utstyr, tegninger og bilder som illustrerer og forklarer det barnet skal igjennom. Å ta seg tid til å sette seg ned med barnet og forklare han om operasjonen, er en viktig nøkkel for å redusere stress. Som sykepleier bør man ha kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til at barnet får en positiv opplevelse av sykehusinnleggelsen.

Tiltak sykepleieren kan gjøre for å redusere stress og skape trygghet er i følge, Grønseth og Marekstad (2005), å gi god informasjon. Med dette mener jeg at desto mer barnet vet på forhånd desto mindre vil barnet bekymre seg for operasjonen. Ved å gjøre hverdagen så kjent og normal som mulig kan dette være med på å redusere barnets stress. Det er som tidligere nevnt at barn vil føle seg trygg i kjente omgivelser. Eksempelvis kan barnet ha med seg leker, klær, bilder og andre gjenstander hjemmefra framfor sykehusets skjorter og leker som tilhører

barneavdelingen. Et annet trygghets tiltak er at sykepleieren opptrer rolig ovenfor barnet og uttrykker faglig og sosial kunnskap. Hvis sykepleieren har med seg alt utstyret hun trenger til prosedyren hun skal utføre, og slipper å gå ut for å hente det hun mangler, kan dette være et eksempel på å vise kunnskap. Videre er det viktig å opptre rolig og trygg i sin yrkesutøvelse i nærvær med barnet og foreldrene. Hvis sykepleieren virker usikker og tilbakeholden, kan det føre til at barnet og foreldrene blir usikker og utrygg. En undersøkelse gjort av Kyte, Kleven, Elzer og Kvigne (2011) påviser at sykepleierens kunnskap om medisinske og naturvitenskapelige emner er nødvendig for at sykepleieren skal kunne føle seg trygg i yrkesutøvelsen og observasjon av pasienten. Det kom også fram i undersøkelsen at sykepleieren trengte denne type kunnskap for å kommunisere og samhandle med andre i yrket og pårørende. Hvis sykepleieren virker kompetent og trygg i sin rolle, kan engstelsen hos barn og foreldre dempes (Grønseth og Markestad 2005). Det er viktig at sykepleieren legger til rette for lek og fysisk aktivitet å bidra til å skape en hyggelig atmosfære på barneavdelingen. Her kan sykepleieren blant annet informere barnet om lekestuen og vise han hva som finnes av underholdning på avdelingen.

En undersøkelse gjort av Patel, Schieble, Davidson, Tran, Schoenberg, Delphon og Bennett (2006) var målet å finne ut om videospill kunne bidra til å senke stressnivået hos barn i den preoperative fasen. De i alt 112 barna som deltok i undersøkelsen var mellom 4-12 år og hadde med foreldrene helt til induksjonen av anestesi. Barna ble delt inn i grupper der en gruppe var kontrollgruppe, en gruppe fikk Midaolam (beroligende middel) og den siste gruppen fikk bruke videospill. De brukte *modified Yale Preoperative Anxiety Scale* for å vurdere stressnivået hos barnet og *the Posthospital Behavior Questionnaire* for å vurdere forandringene i den preoperative væremåten hos barna. Resultatet av undersøkelsen viser at barna som brukte videospill i den preoperative fasen viste et lavere stressnivå enn de andre barna. Konklusjon er at å tilby barn videospill i den preoperative fasen kan være med på å distrahere barna og minke stress.

En annen stressfaktor for barn som er innlagt på sykehuset er atskillelse fra foreldrene. Barnet kan oppleve det som en trussel å bli forlatt selv om foreldrene er sammen med barnet under hele innleggelsen (Grønseth og Markestad 2005). Når foreldrene må forlate barnet i kortere perioder er det viktig at kontaktsykepleieren har opprettet et godt menneske-til-menneske-forhold til barnet slik at han føler seg trygg sammen med sykepleieren mens foreldrene er borte. Det er ikke bare barnet som syntes det er vanskelig å være atskilt fra foreldrene, foreldrene

kan synes det er vanskelig å forlate sitt syke barn(ibid). Sykepleieren bør informere foreldrene om at en av dem bør være tilstede til en hver tid. Hvis sykepleieren og foreldre samarbeider om omsorgen for barnet vil rollene deres utfylle hverandre. Med dette mener jeg at sykepleieren kan hjelpe foreldrene med for eksempel stell av barnet eller lek. I en slik situasjon ser foreldrene at barnet er trygge hender og adskillelsen oppleves lettere for både barnet og foreldre. Det er viktig at sykepleieren ber foreldrene om å informere barnet om en eventuell atskillelse, og ber dem presisere at de kommer tilbake. Foreldrene bør ikke forlate barnet mens det sover. Dette fordi jeg tror barnet vil føle seg utrygg hvis det våkner og ikke vet hvor foreldrene er.

Når barnet blir innlagt på sykehuset må han igjennom diverse undersøkelser og prosedyrer. Dette kan i følge Grønseth og Marekstad (2005) være med på å øke stressnivået hos barnet og skape engstelse. Engstelse kan oppstå ved at barnet har begrenset forståelse og kontroll over det som skal skje. Barn i alderen 4-6 år har stor fantasi og har derfor vanskeligheter med å skille fantasi fra virkeligheten (Tveiten 1998). God informasjon fra sykepleien er med på å skape klarhet og minke en eventuell engstelse hos barnet. Ved å gi barnet medbestemmelse og mulighet til ha med foreldrene under undersøkelsen kan engstelse svekkes. For eksempel kan barnet bestemme hvilken hånd de skal ta blodprøven på, eller hvordan han skal sitte/ligge. Grønseth og Markestad (2005) skriver at barn ved sykehusinnleggelse fratras sin medbestemmelse, noe som fører til at stressnivået stiger. Hvis barnet får være med å ta avgjørelser vil han oppleve at han har kontroll i situasjonen.

Barneavdelingen har en egen lekestue, i tillegg til at barn har mulighet til å ta med leker inn på rommet sitt. Det er gjennom lek at sykepleieren og barnet kan skape en relasjon, og gjennom lek kan sykepleieren kommuniserer med barnet (Grønseth og Markestad 2005). Når barnet leker reduseres stress og barnet opplever mestingsopplevelse. Derfor kan sykepleieren informere barnet om hvor det finnes leker slik at barnet får leke når det er i en stresset situasjon. Sykepleieren kan gjennom lek med barnet observere og vurdere barnets smerte gjennom nonverbale uttrykk som stemmebruk og ansiktsuttrykk skriver Tveiten (1998). Dette kan sykepleieren gjøre i den preoperative fasen for å observere smertene barnet har. Lek kan bli brukt i forbindelse med forberedelse, eventuelt kan sykepleieren vise og la barnet leke med de aktuelle redskapene til en prosedyre/undersøkelse. Ved at barnet får leke med de aktuelle redskapene kan det være med på å forberede barnet til operasjonen å berolige barnet slik at det ikke opplever stress. Mens barnet leker kan sykepleieren gi informasjon å svare på

spørsmål som barnet kommer med. Når sykepleieren og barnet har dannet et menneske-til-menneske-forhold er det viktig med gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2001). Det kan barnet og sykepleieren oppleve gjennom lek. Det er viktig at sykepleieren tør å leke med barnet, og ta initiativ til å leke (Grønseth og Markestad 2005). Ved at sykepleieren tar initiativ til lek viser det at hun er interessert i å komme i kontakt med barnet. Sykepleieren må tilrettelegge leken ut fra barnets behov, ressurser, funksjonsnivå og helsetilstand (ibid). For barn i alderen 3-6 år er rollelek viktig der barnet for eksempel leker lege-pasient eller mor-far-barn. Ved at barnet for eksempel leker doktor og sykepleieren leker det syke barnet kan sykepleieren observere barnets tanker rundt sykehusoppholdet.

Sykepleieren kan bidra til at samspillet mellom barnet og foreldrene blir ivarettatt mens barnet er innlagt på sykehuset. Det kan sykepleieren gjøre ved å ta initiativ til å igangsette en aktivitet foreldrene og barnet kan gjøre sammen, for eksempel å spille et spill. Etter at sykepleieren har tatt initiativ er det viktig at foreldrene overtar sykepleierens rolle, og fortsetter å ta initiativ selv (Tveiten 1998). For at foreldrene skal få informasjon om hvilke aktiviteter som kan utføres på barneavdelingen er det viktig at sykepleieren viser foreldrene rundt. Lekerommet på barneavdelingen er en viktig faktor for barnets trivsel (ibid), og bør derfor være tilgjengelig for barnet. Lek er viktig for barnets kognitive utvikling og det er gjennom lek at barnet eksperimenterer med virkeligheten. Barnet vil kunne utvikle sin forståelse om hvordan alt henger sammen (Grønseth og Markestad 2005). Jeg ser viktigheten av å ta initiativ til lek for å opprettholde kontakt med barnet og å etablere et miljø basert på tillit, trygghet og trivsel.

4.3 Kommunikasjon med barn i preoperative fase

I Travelbees(1999) teori om menneske-til-menneske-forhold er den siste fasen gjensidig forståelse og kontakt. Derfor bør sykepleieren kommunisere på barnets premisser. Med det mener jeg at sykepleieren må se på hvert enkelt barn og utføre sykepleie etter hvert enkelts behov. For å oppnå et tillitsforhold til barnet er god kommunikasjon viktig (Grønseth og Markestad 2005). Sykepleieren må holde det hun har lovet ovenfor barnet for å opprettholde tillitt. Hvis sykepleieren for eksempel ikke kan holde en avtale, er det viktig at hun gir beskjed og avtaler et nytt tidspunkt for møte. Et godt tillitsforhold mellom sykepleieren og barnet er nøkkelen til god kommunikasjon. Jeg tror at barn tør å åpne seg mer hvis han stoler på sykepleieren.

Travelbee (1999) skriver at pasienter som skal gjennom et kirurgisk inngrep har behov for informasjon, sikkerhet og trygghet. Her er det viktig at sykepleieren gir informasjon på enklest mulig måte slik at barnet forstår hva hun sier. For at barnet skal oppleve trygghet i den preoperative fasen er god informasjon nøkkelen. Sykepleieren må forsikre seg om at barnet har forstått den informasjonen hun har gitt. Dette kan hun gjøre ved å oppfordre barnet til å stille spørsmål eller for eksempel tegne en tegning av hans oppfatning av det kirurgiske inngrepet.

En sykepleier som har kunnskap om hvordan hun skal kommunisere med barn vil automatisk kommunisere bedre med barnet. Dette fordi hun vet hvilke teknikker hun skal bruke for at barn skal forstå hva hun sier. Når sykepleieren skal informere barnet om det kirurgiske inngrepet må hun tenke på miljøet rundt barnet ettersom dette kan påvirke barnets oppmerksomhet til sykepleieren (Grønseth og Markestad 2005). Barn har kort oppmerksomhetstid og man bør derfor føre kortvarige og lettfattelige samtalen. Jeg tror at det er upassende å gi viktig informasjon til et barn, som leker med andre barn, på lekestuen. Her vil barn vær mer interessert i å se å leke med andre enn å lytte til sykepleieren. En annen viktig faktor er at informasjonen om operasjonen bør konsentreres om det som er viktig for barnet (ibid). Er barnet interessert i å høre om operasjonen, kan sykepleieren fortelle. Hvis barnet ikke viser interesse for operasjonen, kan sykepleieren begrense informasjonen hun gir.

Små barns språk er ofte lite utviklet og den kognitive kapasiteten reduseres i enkelte situasjoner. Barn uttrykker seg via språk og atferd, og kommuniserer og forstår best når ord og handlinger kombineres skriver Grønseth og Markestad (2005). Derfor er bruk av hjelpemidler i samtale med barn med på å gjøre det lettere å snakke om opplevelser og følelser. Her kan sykepleieren bruke tegninger, leker og bilder for å gjøre informasjonen lettere å forstå for barnet. Travelbee (1999) skriver at non-verbal kommunikasjon blir brukt til å overføre informasjon gjennom symboler som bilder, musikk, dans og miming. Dette kan sykepleieren bruke som utgangspunkt i samtale med barn. En fireåring syntes skapende virksomhet er populært ifølge Grønseth og Markestad (2005). Derfor passer det bra for et barn i fireårsalderen å lage en tegning av livet på sykehuset. Dette kan sykepleieren spille videre på i samtale med barnet i etterkant.

I forkant av sykehusinnleggelsen kan barnet ha gjort seg opp noen tanker om det kirurgiske inngrepet. Barnet kan også ha gitt uttrykk for redsel. Det er ikke sikkert at barnet selv vil fortelle om tankene og redselen i forbindelse med sykehusinnleggelsen og derfor må sykepleieren få den informasjonen fra foreldrene. Jeg syntes det er viktig at sykepleieren vet hva barnet tenker om sykehusinnleggelsen, slik at hun kan kartlegge stressnivået til barnet. I følge Travelbee (1999) bør det kartlegges hvilket angstnivå og informasjonsbehov barnet har. Dette finner sykepleieren ut av gjennom å kommunisere med barnet. I en samtale mellom sykepleier og barnet kan det være lurt at barnet får bestemme hva samtalen skal handle om. Ved at barnet får bestemme innholdet får sykepleieren et innblikk i hva er opptatt av (Grønseth og Markestad 2005). Når sykepleieren vet hva barnet er opptatt av kan hun bruke dette for å skape trygget og unngå stress. Jeg ønsker å presisere at bruk av enkelt språk og enkle forklaringer er med på å møte barnet på sitt ståsted.

I følge Tveiten (1998) er tidlig samspill mellom sykepleieren og barnet et viktig grunnlag for barnets utvikling av trygge forhold til andre mennesker. Det er viktig at sykepleieren vet hva samspill innebærer og kan legge til rette for det. Med dette mener jeg at hvis barnet og sykepleieren skal ha et godt samspill, er det viktig at barnet stoler på sykepleieren og føler seg trygg på henne. Derfor er det viktig at barnet får en primærsykepleier som han skal forholde seg til under innleggelsen for å forsikre gode relasjoner og et godt samspill. Mens barnet er innlagt på sykehuset må han igjennom diverse prøver og undersøkelser som kan oppleves ubehagelig og stressende. For eksempel kan det oppleves smertefullt for barnet å få innlagt veneflon og jeg tror derfor det kan være lurt at det ikke er sykepleieren som barnet eventuelt stoler på som utfører prosedyren. Dette mener jeg fordi hvis sykepleieren påfører barnet "smerte" kan dette være ødeleggende for det gode samspillet og det utviklede tillitsforholdet mellom dem. Det understrekes i Travelbee (1999) at pasienten får tillit til sykepleieren gjennom handlingene sykepleieren påfører pasienten, og dersom sykepleieren setter veneflonen på barnet kan det ødelegge tillitsforholdet mellom dem.

Barn som er godt foreberedt til operasjon er i følge Grønseth og Markestad (2005) mindre engstelig. Jeg tror det er viktig at når sykepleieren opplever barnet tilstrekkelig forberedt bør det åpnes opp for lek i ventetiden, for at han skal få noe annet og tenke på føler at barnet er godt forbered mener jeg at han kan få leke, mens han leker vil han tenke på andre ting i ventetiden til han skal opereres. Som nevnt ovenfor kan sykepleieren tilby videospill for å avlede barnet, slik at stressnivået synker. Lek fører til at barnets stressnivå reduseres. Videre

er lek med på å styrke barnets mestringsfølelse i krevende situasjoner.(ibid). Mens barnet leker kan sykepleieren, som i tiden før operasjon har rukket å bli kjent med barnet, mulighet til å observere om barnet trives i leken eller ikke. Det er ikke sikkert at lek klarer å avlede barnet i ventetiden før operasjon, men dette vil sykepleieren eventuelt kunne oppdage av barnets adferd. En observerbar adferd kan som tidligere nevnt for eksempel være stress hos barnet. Sykepleieren må i samsvar med foreldrene arbeide for å senke barnets stressnivå ved å lytte til han og la han dele sine tanker.

Grønseth og Markestad (2005) skriver at foreldrene er en ressurs for barnet i forberedelsen til operasjon. Det er viktig for barnet å ha foreldrene med seg hele veien for å opprettholde hans trygghet blant annet for å minske stress og ubehag. For at barnet skal føle seg trygg på sykehuset er det viktig at sykepleieren og barnet har skapt et menneske-til-menneske-forhold. Et tillitsforhold mellom sykepleieren og barnet er her avgjørende. Mengde og kvalitet på informasjonen barnet har fått av sykepleieren tror jeg i høyeste grad er med på å avgjøre om sykehusoppholdet opplevdes trygt for barnet eller ikke.

I den preoperative forberedelsen skal sykepleieren utføre en kontroll på at alt som skal være gjort klart til operasjonen er gjort. Dette gjør hun ved å følge en sjekkeliste som hun går igjennom sammen med barnet og foreldrene. I følge Almås (2001) skal barnet være dusjet, fått på seg rene operasjonsklær og ligge klar i sengen med rent sengetøy. Barnet må ta av seg eventuelle smykker, og det er en sykepleiers oppgave å se til at dette er gjort før operasjonen. Når sykepleieren har sett at alt er klart, krysser hun av på et skjema som hun tar med til operasjonsavdelingen. Når barnet er klargjort til operasjon må sykepleieren minne barnet og foreldrene om at han ikke får spise eller drikke før operasjon. Her er det viktig å presisere at foreldrene må være ansvarlig for at barnet ikke inntar mat og drikke når sykepleieren ikke er tilstede. På denne måten deler foreldrene og sykepleieren på omsorgen for barnet.

5.0 AVSLUTNING

Mitt formål med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan oppnå tillitt hos barn i alderen 4-6 år, og redusere stress i preoperativ fase gjennom samspill. Gjennom drøfting har jeg kommet fram til at sykepleieren vil oppnå tillit hos barnet blant annet gjennom kommunikasjon og samspill. Ved at sykepleieren gir av seg selv å tør og leke, og bruke kommunikasjon i lek, vil gjøre at barnet føler seg trygg. Jeg har gjennom denne oppgaven funnet ut at barn føler seg trygge hvis de er godt informert på forhånd. Derfor er det viktig at sykepleieren har god kunnskap om barn i alderen 4-6 år for å kunne gi best mulig sykepleie. For å forebygge stress må sykepleieren sørge for at barnet føler mestring, mens barnet er innlagt på sykehuset.

Det er viktig at sykepleieren viser interesse for å bli kjent med barnet og dets foreldre, og skaper et menneske-til-menneske-forhold med begge parter. Det er her sykepleieren og barnet skaper kontakt som fører til at de stoler på hverandre. Det at sykepleieren skaper et menneske-til-menneske-forhold med barnets foreldre er også viktig for at de skal kunne samarbeidet om omsorgen for barnet under sykehusinnleggelsen. Gjennom et godt tillitsforhold mellom sykepleier og barnet, kan barnet føle seg trygg i tiden før operasjon. Sykepleieren har ansvar for at barnet er godt informert for å unngå stress hos barnet. Hun kan gjennom lek formidle informasjon til barnet og kan be barnet stille spørsmål for å være sikker på at barnet har forstått informasjonen. Det er også viktig at foreldrene er godt informert og trygge, siden barna kan bli påvirket av foreldrene. Et godt forhold mellom sykepleier og barnet er avgjørende for at barnet skal føle seg trygg, tilfreds, betydningsfull og unngå stress i preoperativ fase av sykehusinnleggelsen.

LITTERATURLISTE

Almås, H. (2001) *Klinisk sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Grønseth, R. & Markestad, T. (2005) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Selvvalgt litteratur:

Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget (42 sider)

Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi: En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget (48 sider)

Current Nursing . (2012, 25. januar). Human-To-Human Relationship Model. Hentet 29. Mars 2012 fra http://currentnursing.com/nursing_theory/Joyce_Travelbee.html (1 side)

Kyte, L., Kleven, O. T., Elzer, T. A. & Kvigne, K. (2011). Medisinsk og naturvitenskapelig kunnskap i sykepleiepraksis. *Sykepleien Forskning*, 6(4):314-322. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0184 (8 sider)

Nursing Theory. (u.å.) Biography and Career of Joyce Travelbee. Hentet 10. April 2012 fra <http://nursing-theory.org/nursing-theorists/Joyce-Travelbee.php> (1 side)

Patel, A., Schieble, T., Davidson, M., Tran, M. C. J., Schoenberg, C., Delphin. E. & Bennett. H. Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anesthesia* 16: 1019-1027. doi: 10.1111/j.1460-9592.2006.01914.x (8 sider)

Støren, I. (2010). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm AS (7 sider).

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (123 sider)

Tveiten, S. (1998). *Barnesykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal (88 sider)

Viko: Veien til informasjonskompetanse. (u.å.) Kildekritikk. Hentet 11. april 2012 fra <http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk> (2 sider)

Selvvalgt litteratur: 328 sider