

Hvordan kan sykepleier forberede en treåring til en prosedyre ved hjelp av lek?



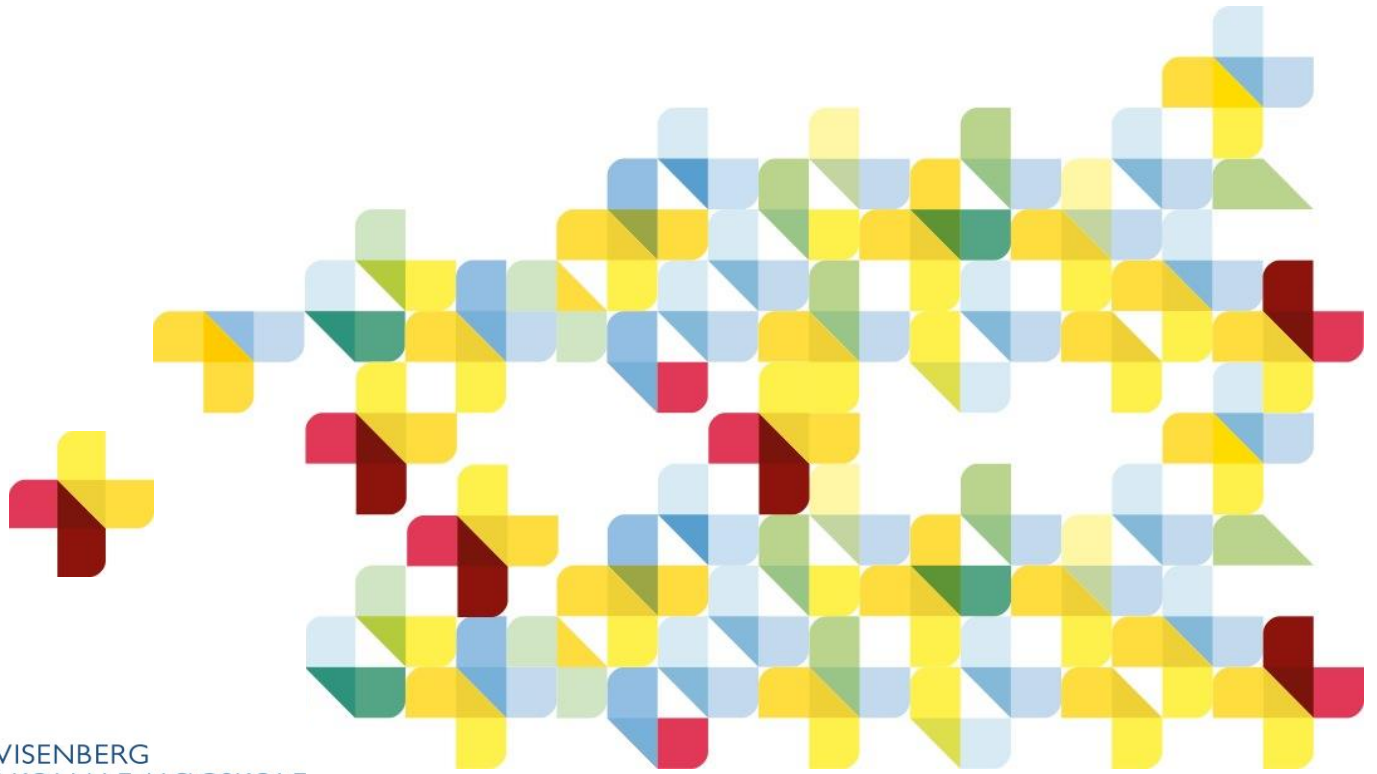
Kandidatnummer:366
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9328
Dato:14.04.16



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE



Tittel:

Lek som forberedelse av barn på sykehus

ABSTRAKT

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier forberede treåringen til en prosedyre ved hjelp av lek?

Metode:

Metoden som er benyttet er en litterærstudie. Det er benyttet litteratur som bøker og forskning- og fagartikler for å besvare problemstillingen som er valgt. Artikkelsøkene er gjort på databasene PubMed og Cinahl.

Teoretisk perspektiv

Teorien i oppgaven er basert på utviklingsteoriene til Piaget og Erikson, Aaron Antonovskys salutogene modell, barns stress og mestring, lek som kommunikasjon og sykepleiers ansvar- og funksjonsområde samt etiske og juridiske perspektiv.

Drøfting:

Drøftingen er delt opp i undertema og drøftet opp mot teorien som er presentert i første del av oppgaven. Drøftingen tar for seg ulike måter sykepleier kan bruke lek som forberedelse til en prosedyre hos barn. Her benyttes både forskning og teori for å finne et svar på problemstillingen som er valgt.

Konklusjon:

Opgaven konkluderer med at det å ha kunnskap om barn og lek er veldig viktig i arbeid med barn. Det å ta seg tid til å forberede en treåring til en prosedyre vil bidra til at barnet føler en trygghet til hva som skal skje og de opplever å ha mer kontroll over det som for barnet kan føles som en uoversiktlig og utrygg situasjon. Det finnes ikke kun én oppskrift på hvordan sykepleier skal ivareta barn som er innlagt på sykehus, derfor er det viktig at sykepleier kjenner til barnet og ut i fra barnets egne behov planlegger hvordan det er hensiktsmessig å forberede barnet.

Nøkkelord:

Barn, lek, sykehusinnleggelse, prosedyre, sykepleie

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensning	2
1.3 Oppgavens disposisjon	2
Kapittel 2 Metode	3
2.1 Litteratursøk og søkehistorie	3
2.2. Kildekritikk	4
Kapittel 3 Teoretisk grunnlag	5
3.1 Juridiske rammer for sykepleiere	5
3.2 Etikk	5
3.3 Sykepleierens ansvar og funksjonsområde	6
3.4 Aaron Antonovsky- den salutogene modellen	7
3.5 Barns utvikling	8
3.5.1 Kritikk av Piaget	9
3.5.2 Barns kognitive utvikling	9
3.5.3 Barns psykososiale utvikling	10
3.6 Lek og kommunikasjon	11
3.7 Stress og mestring hos barn	12
Kapittel 4 Drøfting	13
4.1 Første møtet med sykehus	13
4.2 Fremme det friske	16
4.3 Lek som forberedelse til en prosedyre	18
Kapittel 5 Konklusjon	23
Litteraturliste	24

Kapittel 1 Innledning

For barn kan en sykehusinnleggelse oppleves som skummel og stressende, og det kan for mange føles utrygt med flere nye mennesker og ukjente situasjoner. I denne oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan gi god sykepleie til sykehusinnlagte barn ved bruk av lek som forberedelse til en prosedyre. Videre vil jeg begrunne og presentere mitt valg av tema og problemstilling, samt oppgavens metode.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I 2013 ble 346 000 barn og unge behandlet ved norske sykehus (SSB, 2014). Ved innleggelse vil mange barn føle ubehag, stress og usikkerhet. Som sykepleier er det da slik jeg ser det viktig å ha kunnskap om hvordan sykepleier kan trygge og å gi god og omsorgsfull sykepleie til disse barna. Lek er en viktig og naturlig del av barns verden og derfor et viktig redskap og hjelpemiddel i møte med barn som er innlagt på sykehus (Grønseth og Markestad, 2011). Ved å skrive om dette temaet ønsker jeg å belyse hvordan jeg som sykepleier kan bruke lek i arbeidet med å forberede barn til en prosedyre.

Jeg har alltid hatt glede, og interesse, av å samhandle med barn. Gjennom sykepleierutdanningen opplever jeg at det har vært lite fokus og lite undervisning om det å kunne gi god sykepleie spesifikt til barn. Derfor ønsker jeg å tilegne meg mer spesifikk kunnskap om nettopp hvordan sykepleier kan bidra til at sykehusoppholdet for barnet og dets familie kan bli så trygt og godt som mulig. Etter endt utdanning er ønsket mitt å kunne jobbe med barn og unge og derfor vil denne oppgaven kunne gi meg ny og økt kunnskap som vil være relevant og viktig videre for min yrkeskarriere.

På bakgrunn av dette, har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan som sykepleier forberede en treåring til en prosedyre ved hjelp av lek?

1.2 Avgrensning

For å gjøre noen avgrensninger har jeg valgt å fokusere på barn i treårsalderen som er innlagt på sykehuset, og som skal forberedes til en prosedyre. Jeg har tilfeldig valgt denne aldersgruppen fordi jeg måtte gjøre en avgrensning da det vil være store utviklingsforskjeller hos barn i førskolealder, og at jeg ønsket å skrive om små barn. Det vil være forskjell på å tilnærme seg en treåring kontra å tilnærme seg en ettåring eller en seksåring.

Jeg har valgt en prosedyre som innebærer at barnet skal stikkes med nåler. Dette har jeg valgt fordi det ifølge Grønseth og Markestad (2011) viser seg at dette er den prosedyren som flest barn gruer seg aller mest for når de kommer til sykehuset. På grunn av oppgavens omfang og helhetlig tenking, har jeg likevel ikke fokusert kun på denne prosedyren da kunnskapen om lek som forberedelse kan sees i sammenheng og overføres til andre prosedyrer som barn også skal igjennom ved et sykehusopphold. Jeg har valgt å fokusere på barnet som pasient, men er samtidig bevisst på at når man arbeider med barn inngår også et tett samarbeid med foreldre som en viktig og naturlig del av samhandlingen med barnet. Et samarbeid med barnets pårørende vil i denne sammenheng være uunngåelig.

1.3 Oppgavens disposisjon

Etter innledning følger et kapittel om metode. Her vil jeg presentere litteratursøk som er gjort, søkeord og kildekritikk. Videre kommer teoridelen som ligger til grunn for denne oppgaven. Teoridelen er delt opp i kapitler der jeg har tatt for meg sykepleierens kunnskapsgrunnlag, utviklingsteorier fra Piaget og Erikson, lek som kommunikasjon og stress og mestring hos barn. Teoridelen avsluttes med Aaron Antonovskys salutogene modell. Deretter kommer drøftingsdelen der jeg besvarer problemstillingen i henhold til teorien. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

Kapittel 2 Metode

En metode beskriver hvordan vi kan gå frem for å etterprøve eller skaffe kunnskap om et emne. Valget av metode avhenger av hvilke spørsmål man vil ha svar på, og hvilke data man mener vil være hensiktsmessige å bruke til å besvare spørsmålene våre på en faglig god måte (Dalland, 2012). I denne oppgaven er jeg interessert i å skaffe meg kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bruke lek som forberedelse til ulike prosedyrer.

2.1 Litteratursøk og søkehistorie

I denne oppgaven har jeg først og fremst benyttet meg av relevant faglitteratur som kan bidra til å belyse og finne svar på problemstillingen jeg har valgt. Det var også naturlig for meg å lete etter litteratur på biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole. Da jeg som nevnt over, ikke har hatt så mye undervisning i pediatri som jeg har følt behov for, fikk jeg også mange gode tips om litteratur fra min veileder. Dette var til stor hjelp for videre søk etter relevant litteratur.

Jeg startet også tidlig med litteratursøk for å forsikre meg om at jeg ville finne relevant fag- og forskningslitteratur rundt min problemstilling. Jeg brukte lang tid på å lete gjennom ulike databaser som CINAHL, PubMed, SveMed+ samt tidsskriftet *Sykepleien*. Jeg fant ulike artikler som virket relevant for min oppgave og problemstilling og som jeg ønsket å lese grundigere.

Søkeordene jeg brukte for å finne mine utvalgte artikler var på norsk: *Barn, lek, sykehus*.

Engelske søkeord: *Child, hospitalized, play, coping, hospital, clown*.

Disse ordene ble brukt i ulike kombinasjoner. Jeg valgte også begrensninger som at artiklene skulle være tilgjengelig i full tekst, og fra de siste ti årene. Jeg valgte avgrensning fra de siste ti årene for å utvide søket slik at jeg kunne finne flere artikler om emnet.

Artiklene jeg sitter igjen med anser jeg som relevante for min oppgave da alle disse omhandler barn som pasienter og som igjen er målgruppen for denne oppgaven. Videre handler artiklene om hvordan sykepleier kan benytte seg av lek for å forberede barnet til en prosedyre og hvilke fordeler dette har for barnet i en sykehussituasjon. Jeg mener artiklene er

relevante for min problemstilling i en slik grad at jeg kan benytte meg av artiklene for å belyse tematikken i drøftingen og deretter i en konklusjon.

2.2. Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som fastslår om en kilde er troverdig eller ikke. Det betyr at den må vurderes og karakterisere den litteraturen som benyttes (Dalland, 2012).

Litteraturen og bøkene som er benyttet og valgt ut er valgt på bakgrunn av at forfatterne er velrennomerte på sine respektive fagfelt.

Artiklene som er brukt vurderte jeg først ved å lese artiklenes sammendrag. Dersom jeg gjennom sammendraget på artikkelen vurderer den til å være relevant for å belyse min problemstilling leste jeg så grundigere på artikkelens resultater og konklusjon.

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke både primær- og sekundærkilder. Et eksempel på primærkilde i oppgaven er salutogenesemodellen til Antonovsky da han selv har skrevet boken. Sekundærkilder er utviklingsteoriene til Piaget og Erikson som er beskrevet i annen litteratur.

I en av artiklene jeg har valgt er det forsket på bruk av lek i samhandling med, og behandling av barn med en kreftdiagnose. Jeg valgte derfor å være litt kritisk til å ta denne i bruk men etter å ha lest artikkelen hadde mange av resultatene og konklusjonene likheter som også er belyst i flere litteraturbøker som for eksempel Grønseth og Markstad (2011) eller i Tveiten, Wennick og Steen (2012). Jeg valgte derfor å benytte denne artikkelen selv om jeg ikke har valgt å skrive om kreft eller andre spesifikke diagnoser da den belyser hvordan man kan bruke lek som forberedelse til en prosedyre og hvordan lek kan bidra til bedre samhandling og mestring av stress hos barn.

Mange av artiklene jeg har valgt, både fag- og forskningsartikler, er engelskspråklige. Jeg har derfor tatt høyde for at mine tolkninger og oversettelser fra artiklene kan være mistolket eller feil som kan skyldes min språkforståelse.

Jeg har også valgt å benytte meg av utviklingsteoriene til Piaget og Erikson da jeg mener disse teoriene er beskrivende for min problemstilling. Vel vitende om at disse teoriene er gamle og at det er kommet en del kritikk mot disse teoriene i nyere tid. Jeg har skrevet mer om kritikk til disse teoriene under utviklingskapitlet i teorien.

Kapittel 3 Teoretisk grunnlag

3.1 Juridiske rammer for sykepleiere

Som sykepleier og autorisert helsepersonell er det en rekke lover og regler man er pliktig til å forholde seg til. «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4-2).

De samme rettighetene og forskriftene gjelder også for pasientene, som i dette tilfellet er barn. Det er samtidig svært viktig at sykepleiere er kjent med disse lovene og forskriftene. I *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) kapittel 2 §6 står det skrevet at barn har rett til å ha minst en av foreldrene sine hos seg under institusjonsoppholdet. Videre, i kapittel 4 §12, står det at barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater dette og det samtidig skal tilrettelegges for undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.

I Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (1999) i kapittel 3, §3-2 står det beskrevet av pasienten har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få en innsikt i egen helsetilstand samt hva som er innholdet i helsehjelpen de mottar. Informasjonen som blir gitt skal være tilpasset mottagers individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn samt gis på en hensynsfull måte (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Som helsepersonell skal man også forsikre seg om at informasjonen og innholdet som blir gitt er forstått av mottaker (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Dersom pasienten er under 16 år skal, ifølge § 3-4, foreldre eller andre mer foreldreansvaret informeres (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.2 Etikk

«Etikk er teori om moral» (Brinchmann, 2008, s. 17). Videre skriver Brinchmann at moral er regler for hva som er rett og galt, godt eller dårlig i møte med og i forhold til andre mennesker. I sykepleien vil man ofte komme til å møte på situasjoner hvor det vil bli konflikt

mellom ulike verdier. Dette kalles et etisk dilemma og det er svært viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan man på en god måte kan løse disse dilemmaene (Brinchmann, 2008). I etikken er det viktig å vektlegge verdier som velgjørenhet (ville og gjøre det beste for pasienten) og forhindre skade, ubehag (ikke-skade-prinsippet), respekt for autonomi og rettferdighet (Nordtvedt, 2012).

«Etisk bevissthet er altså en forutsetning for å yte god omsorg og å kommunisere godt og hensiktsmessig» (Eide og Eide, 2008, s.51).

Autonomi kan forstås som selvbestemmelse og selvregulering (Tveiten et.al., 2012). «Barn er ikke små voksne» (Grønseth og Markestad, 2011, s.9). Så lenge barnet er under 18 år, er det foreldrene som er barnets myndighetspersoner. Det vil si at barnet har en begrenset autonomi. Det vil igjen bety at det da stilles store krav til sykepleierens egne refleksjoner over egen praksis og sykepleiers moralske standard. Selv om barnets autonomi er begrenset, og det er foreldrene som gir informert samtykke på vegne av barnet, har barnet rett til å uttrykke seg etter at det har fylt syv år. Det er sykepleierens ansvar å sørge for at barnets uttalelser blir hørt og ivaretatt samtidig som at budskapet som formidles skal være tilpasset barnets alder og utviklingsnivå. Her er et godt samarbeid med foreldre helt essensielt (Tveiten et al., 2012).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det nedfelt at sykepleier har et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasientene og at man i tillegg skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

3.3 Sykepleierens ansvar og funksjonsområde

I og med at sykepleie er et praktisk yrke omfatter sykepleie områder eller funksjoner som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2012, s.17). Dette omfatter følgende funksjonsområder:

1. Helsefremming og forebygging
2. Behandling
3. Lindring
4. Rehabilitering og habilitering
5. Undervisning og veiledning

6. Organisering, administrasjon og ledelse
7. Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning

Ut ifra de overnevnte funksjonene, har jeg i denne oppgaven valgt veiledende og undervisende funksjon da det er relevant for problemstillingen.

Utvikling, mestring og læring er det de undervisende og veiledende funksjonene handler om. «Veiledning er en viktig og velegnet metode i sykepleiepraksis» (Kristoffersen et al, 2015, s. 363). Veiledning går ut på at man sammen jobber mot et felles mål som er satt av pasienten selv slik at brukermedvirkningen blir ivaretatt. Videre samarbeider sykeleier og pasient om hvordan de sammen skal oppnå dette målet. Veiledning til barn tar utgangspunkt i barnets egne behov. Hovedformen for veiledning skjer gjennom kommunikasjon og derfor blir dialogen med barnet svært viktig. Det er derfor viktig at sykepleieren evner å skape en god relasjon til barnet slik at man oppnår god veiledning. Veiledning kan defineres som en istandsettingsprosess. Det dreier seg om å legge til rette for utvikling og læring og man kan se på denne prosessen som pedagogisk (Tveiten et al., 2012). Undervisning er en metode som er godt egnet når pasienter eller pårørende skal tilegne seg ny kunnskap (Kristoffersen et al, 2015). Når det gjelder barn er det viktig å tilstrebe at barnet og foreldrene har tilstrekkelig med kunnskap for å kunne mestre sykdommen, symptomene og behandlingen. For at undervisning til barn skal ha en positiv effekt er det viktig med god individuell tilpassing for det enkelte barnet (Tveiten et al., 2012).

3.4 Aaron Antonovsky- den salutogene modellen

Aaron Antonovsky var en israelsk professor i medisinsk sosiologi og som lanserte begrepet salutogenese. Salutogenese er en helsefremmende retning hvor fokus skal være rettet mot hva som gjør oss eller holder oss friske, altså det motsatte av patogenese som omhandler det som gjør oss syke. Et av de mest sentrale begrepene i Antonovskys teori er begrepet *sense of coherence* (SOC), som vi på norsk kaller *opplevelse av sammenheng* (OAS). Dette begrepet sier noe om hvordan vi oppfatter verden, hvordan vi håndterer verden og hvordan vi setter disse inn i en meningsfylt sammenheng (Antonovsky, 2012). SOC utvikles mest i barne- og ungdomsårene og jo bedre SOC man har desto bedre mestrer man (Tveiten et al., 2012). SOC kan forstås med tre faktorer som er beskrevet av Ruud (2012). Disse er forståelighet, overkommelighet og mening. Forståelighet kan bidra til å hjelpe barnet med å begripe og

forstå sin egen situasjon. Da er det viktig å gi barnet god informasjon og en god forklaring på situasjonen. Overkommelighetsbegrepet omhandler hvilke ressurser barnet har for å mestre situasjonen, kravene og belastningene det utsettes for. Det siste begrepet er mening. Dette begrepet forklares med at barnet må finne en mening med situasjonen, med andre ord motivasjon (Ruud, 2012) & (Antonovsky, 2012).

En artikkel skrevet av Similä og Innstrand (2015), hevder at salutogenese bidrar til bedre barnehelse i tillegg til at det er et viktig perspektiv og gir et teoretisk grunnlag i arbeid med barn. Målet er at barnet skal føle trygghet på at de vil få nødvendig og hensiktsmessig hjelp og at barnets synspunkter skal bli tatt på alvor (Similä og Innstrand, 2015).

Antonovsky (2012) mente at man i stedet for å fokusere på hva som gjør oss syke, må man heller rette fokuset over på menneskets mestringsressurser og hva som holder oss friske. I arbeid med barn kan dette perspektivet bidra til å øke mestring i dagliglivet og bidra til en bevissthet rundt eget potensial (Similä og Innstrand, 2015). Videre skriver de at man ved å benytte det salutogene perspektivet bidrar til at barna selv skal oppleve mestring ved å benytte egne ressurser.

3.5 Barns utvikling

Utvikling kan sies å være noe av det som skjer med alt som lever mens det beveger seg fremover i tid. Utvikling er da forandring (Bunkholdt, 1991). Utviklingen hos barn er en kompleks og en livslang prosess. Fra første stund er barnet en aktiv medspiller i sin egne utvikling (Håkonsen, 2011). Biolog Jean Piaget og Psykolog Erik H. Erikson er de to som er mest kjent for sine stadieteorier og den psykososiale utviklingen hos barn. Det som kjennetegner stadieteorier er at forandringene fra et stadium til neste baseres på ny kunnskap, samtidig som at barnet tenker annerledes og mer på vei over til det nye stadiet. Uavhengig av miljø eller kultur, vil barna gjennomgå stadiene på samme alder. Alle stadiene bygger på de foregående stadiene og erfaringene barna gjør seg på ett stadium er forberedelser til det neste stadiet. Dette gjelder også gode og dårlige erfaringer og disse erfaringene vil prege barnets

utvikling på et senere tidspunkt. Forandringene som skjer fra det ene stadiet til det neste vil føre med seg endringer på flere av barnets områder (Bunkholdt, 2000).

3.5.1 Kritikk av Piaget

Piagets teori er blitt mye kritisert de senere årene. Mest kritikk har blitt rettet mot at barnets utviklings kan deles inn i statiske faser. Barna i Piagets forskning handlet kun om barn i vestlige kulturer. Kulturelle forskjeller er også en faktor som er gjeldene i hvordan barn tenker. Piaget har i sin forskning ikke tatt stort hensyn til at barnets utvikling foregår i en sosial setting. Nyere forskning har også vist at barn evner å vise empati og evnen til å forstå andres følelser og tankegang i mye større grad enn det Piaget beskrev i sin forskning (Ruud, 2012). Metoden til Piaget kritiseres også for å være lite etterprøvbare, og han ble også kritisert for å generalisere ut ifra et lite utvalg og små grupper, som ofte var hans egne barn (Bunkholdt, 2000).

3.5.2 Barns kognitive utvikling

Den kognitive utviklingen er utvikling av evne til å tenke, lære, vurdere og løse problemer (Bunkholdt, 2000). Barn gjennomgår ulike og bestemte stadier i utviklingen og hvert enkelt stadium har spesielle kjennetegn (Håkonsen, 2011). Barns kognitive utvikling omfatter hukommelse, sanseoppfatning, oppmerksomhet og å kunne resonnerer, danne begreper, bedømme samt løse problemer (Grønseth og Markestad, 2011). Piaget hevder at barn som er i treårsalderen befinner seg i fase 2 i det han omtaler som den pre-operasjonelle fasen. Denne fasen omfatter barn i alderen fra to til seks år. Det som karakteriserer barns tenkning i det pre-operasjonelle stadiet er at de først og fremst begynner å bruke språket i større grad og de tilegner seg en viss evne til logisk tenkning samtidig som de ikke evner å forholde seg til mer enn en ting eller hendelse av gangen. De har forestillinger om både hendelser og mennesker og «late-som-leken» er et eksempel på at barnet har nådd det pre-operasjonelle stadiet. Videre er også barnets tenkning preget av egosentrisitet og at døde gjenstander oppfattes å ha liv. Barnet har vanskeligheter med å se andres perspektiv (Bunkholdt, 2000).

Hvordan barn opplever egen sykdom har en sammenheng med den kognitive utviklingen og hvilke tidligere erfaringer barnet har på området. Som nevnt, er små barn egosentriske med en konkret tankegang samtidig som de ser seg selv som en årsak til at ting skjer. Ett eksempel er

at de tror de blir straffet med sykdommen fordi de ikke lyttet til foreldrene eller at man blir totalt tappet og helt tom for blod når man tar blodprøve.

Barn i treårsalderen er den aldersgruppen som er mest utsatt for stressreaksjoner, ubehag, usikkerhet og ettervirkninger ved et sykehusbesøk. Hvordan barnet håndterer disse reaksjonene påvirkes av utviklingstrinn og alder. Barn i denne alderen er blant annet redd for å bli forlatt, de opplever frykt for det som er ukjent, som f.eks. nåler, smerter eller trussel mot egen integritet (Grønseth og Markestad, 2011).

3.5.3 Barns psykososiale utvikling

Erik Erikson hevder at barnet fra fødsel av er på vei inn i et samfunn og at samfunnets ulike institusjoner er med på å påvirke mennesket utviklingsforløp. Barnets sosiale miljø er en medbestemmende faktor for menneskers utvikling (Bunkholdt, 2000).

Eriksons psykososiale teori har åtte stadier. Jeg skal nå ta for meg fase 3 som omhandler initiativ versus skyld fordi dette stadiet omfatter barn mellom tre til fem år. I denne fasen utvikler barna grunnholdningene initiativ eller skyldfølelse (Renolen, 2008). Barnet beveger seg nå innenfor større områder, både fysisk og psykisk og det vil nå møte en verden som på mange måter nå vil komme til å ligne de voksnes. De evner å ta initiativ til å sette i gang ulike aktiviteter, både handlinger og tanker. Ved å ta initiativ kan barnet få en opplevelse av å mestre og beherske sine omgivelser. Når det er sagt, kan dette også medføre at barna kan føle på skyld for sine handlinger og tanker (Håkonsen, 2011). En viktig oppgave for barna og miljøet er da og kunne finne gode muligheter til utfoldelse av behov og muligheter, men samtidig sette grenser som ikke skaper skyldfølelse (Bunkholdt, 2000).

Barn på dette stadiet utvikler også stadig bedre hukommelse. Dette gjør at barna i større grad nå vil være i stand til å huske tidligere erfaringer (Bunkholdt, 2000). Dersom barn i treårsalderen nå får en rekke negative erfaringer med det å være innlagt på sykehus, vil barnet nå godt kunne huske på hva som skjedde forrige gang de var i kontakt med sykehuset. De vil kunne assosiere med tidligere erfaringer og ikke forholde seg til den faktiske situasjonen eller det som skal skje denne gangen, men kun fokusere på det som skjedde

forrige gang (Eide og Eide, 2008). Derfor vil det være ekstra viktig å tilrettelegge forholdene slik at det blir minst mulig traumatisk for barnet å være i kontakt med sykehuset.

3.6 Lek og kommunikasjon

Lek kan defineres som en spontan, frivillig og lystbetont aktivitet som engasjerer barnet.

Leken er motivert av indre lyst til å leke og dette skjer på barnets premisser. Leken foregår i en verden som er uavhengig av virkeligheten, den er ikke på ordentlig, men handler om å late som (Grønseth og Markestad, 2011).

Forskning gjort av Pontes, Tabet Folkmann, Cunha og Almeida (2015) hevder at leken er helt essensiell for barns utvikling. De mener også at ved å leke kan barn relatere seg til mennesker og miljøet rundt fra de er veldig små (Pontes et al., 2015). Når barn blir innlagt på sykehus vil det være naturlig at denne innleggelsen vil innebære et fokus på sykdom, symptomer, smerter og ulike behandlinger. Dersom det er barnets første innleggelse vil de overnevnte faktorene bidra til et økt stress nivå og utrygghet for barnet da innleggelsen er en ukjent situasjon. Det er derfor viktig at barn får leke fordi leken kan være en adspredelse og en avledning fra det skumle, det ubehagelige og det smertefulle (Tveiten et al., 2012). Lek gir barnet glede, livskvalitet, mestringsopplevelse og mening og derfor er lek svært viktig for barnets livskvalitet. Lek reflekterer barns måte å se verden på (Grønseth og Markestad, 2011).

Lekaktiviteter på avdelingen må tilrettelegges ut fra barnets alder og enkelte behov, funksjonsnivå, ressurser og helsetilstand. Med utgangspunktet i alderen jeg har valgt for denne oppgaven, altså treåringen, kan eksempler på lekaktiviteter være rolleleker, late-som-leker og leker som reflekterer sosiale relasjoner. Tegning, bruk av perler, rim og regler er også populære aktiviteter for barn i denne aldersgruppen. For at lek skal ha en terapeutisk effekt, som for eksempel til bruk som forberedelse til en prosedyre, kan man som sykepleier delta aktivt i leken sammen med barnet og oppfordre barnet til å spille rollen som lege eller sykepleier mens sykepleieren kan spille rollen som barnet og pasienten. Her kan også en dukke eller en bamse brukes i rolleleken (Grønseth og Markestad, 2011).

Mange av de sykehusinnlagte barna er redd for nåler. Dette vil kunne skape mye stress, bekymring og engstelse hos disse barna. I sær små barn kan oppleve prosedyrerelatert smerte

i større grad fordi de har mindre forståelse av situasjonene enn større barn (Grønseth og Markestad, 2011). Tveiten et al. (2012) hevder at den forberedende fasen er viktig og helt avgjørende for hvordan prosedyren kommer til å oppleves for barnet. Barnet kan i forkant få se, ta på og i noen tilfeller leke med utstyret som skal brukes til prosedyren og man kan som sykepleier vise barnet hvordan prosedyren skal gjennomføres ved bruk av en bamse eller en dukke (Tveiten et al., 2012).

Lek er et velegnet hjelpemiddel for en sykepleier for å lettere kunne samhandle og kommunisere med barn (Grønseth og Markestad, 2011). Barn er ulike og befinner seg på ulike stadier, både aldersmessig og utviklingsmessig. Det å la barnet gjøre noe som er av naturlig interesse for dem, kan være en god måte å skape en relasjon på samt gjøre det lettere for sykepleieren å komme i nær og god kontakt med barnet (Eide og Eide, 2008). En god sykeleierobservasjon vil være å observere barnet når det leker og kommuniserer ut fra sine forutsetninger. På denne måten vil man kunne fange opp viktig informasjon ved å observere hva barnet sier og gjør under leken. Dette kan gi sykepleieren ny og viktig informasjon og kunnskap om hva barna tenker og føler. Dette er svært viktig kunnskap og informasjon som i etterkant vil kunne gjøre det lettere for sykepleieren å nærme seg barnet på et riktig nivå gjennom lek og i samtale. (Tveiten et al., 2012).

3.7 Stress og mestring hos barn

Grønseth og Markestad (2011) hevder at en sykehusinnleggelse for barn medfører stress og at de største kildene til stress er at de først og fremst at barna er i et ukjent miljø omgitt av fremmede mennesker. Videre vil prøvetaking og undersøkelser som forårsaker engstelse, eventuelle smerter og ubehag være en medvirkende faktor til stress og engstelse samt at atskillelse fra omsorgspersonene vil være vanskelig og krevende for barna. Hvordan barnet mestrer stress og hva som kan være årsakene til det, er avhengig av blant annet barnets alder, utviklingstrinn og kognitive fungering.

En vanlig stressreaksjon for barn er regresjon, det å gå tilbake i utviklingen. Eksempler på dette er at barnet kan begynne å snakke «babyspråk» eller mestrer ikke ferdigheter som barnet tidligere evnet å utføre (Tveiten et al., 2012). Barn i treårsalderen alderen kan i mange tilfeller også reagere med skyldfølelse på sykdommen eller innleggelsen.

Mestring kan sees som en måte å håndtere utfordrende og stressende situasjoner på (Tveiten et al., 2012). Grønseth og Markestad (2011) beskriver tre ulike mestringsstrategier hos barn:

- Avledningsteknikker
- Kognitive strategier
- Emosjonell støtte

Som sykepleier er det viktig å gi barnet en opplevelse av mestring. Et eksempel kan være at barnet kan få bestemme hvilken arm det vil at sprøyten skal settes i eller at barnet får være med å velge et tidspunkt for gjennomføring av prosedyren (Tveiten et al., 2012). Dette bidrar til at barnet er delaktig i egen prosess, noe som er hensiktsmessig for å trygge og redusere stress hos barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Når barnet så har mestret noe eller vært tålmodig og holdt ut, er det viktig å gi barnet anerkjennelse i form av ros og oppmuntrende ord (Tveiten et al., 2012).

Kapittel 4 Drøfting

Hvordan kan jeg som sykepleier forberede små barn til en prosedyre ved hjelp av lek?

4.1 Første møtet med sykehus

Når barn blir innlagt på sykehus møter de som oftest et fremmed miljø (Grønseth og Markestad, 2011). For små barn vil det å komme i et nytt og ukjent miljø være en stressfaktor. Derfor er det en viktig sykepleieroppgave å bidra til å gjøre denne opplevelsen og innleggelsen så bra som mulig for de barna det gjelder (Tveiten et al., 2012). Personalets holdninger til barnet som pasient og hvordan barnet blir mottatt når det ankommer avdelingen er helt avgjørende for hvordan dette oppholdet og denne opplevelsen vil bli for barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Barnet som kommer til et sykehus møter som oftest en ny situasjon, et nytt sted, nye mennesker som er kledd i hvitt og både mat og dagsrytme er ofte annerledes enn hva barnet normalt er vant til. Barnet kan også noen ganger kjenne på frykt for at foreldrene ikke skal være sammen med dem og barnet kan noen ganger også bli påvirket av foreldrenes eventuelle engstelse og redsel. En slik stressreaksjon kan for noen barn føre til at

de går tilbake i utvikling på enkelte områder, altså det vil skje en regresjon. Barnet kan i noen tilfeller begynne å snakke «babyspråk», noen vil kunne tisse på seg eller oppleve at de ikke lenger mestrer tidligere innlærte ferdigheter. En slik stressreaksjon er en forsvarsmekanisme og vil vanligvis gå over etter en stund. (Tveiten et al., 2012). I tillegg kan barn i treårsalderen i noen tilfeller reagere med skyldfølelse. De kan oppleve at det er deres skyld at de ble syke og måtte legges inn på sykehuset. Grunnen til at barn spesielt i treårsalderen ofte reagerer slik er at de befinner seg i det utviklingsstadiet der de begynner å forstå hva som er rett og galt samtidig som barnet ofte tenker veldig konkret. Barnet kan også oppleve vanskeligheter med å forstå sammenhenger. Dette stadiet kalles ifølge Eriksson initiativ vs. skyld (Bunkholdt, 2000). Dersom barnet skulle få en slik reaksjon, er det viktig at sykepleier, i samråd med foreldrene, samtaler og hjelper barnet på best mulig måte til å forstå at det ikke er deres skyld (Tveiten et al., 2012). Det er derfor viktig at sykepleiere som jobber med barn kjenner til barnas reaksjonsmønster og utvikling, samt naturlige reaksjoner som kan oppstå og barns uttrykk for smerte og ubehag (Grønseth og Markestad, 2011).

Sett i slikt lys er det derfor viktig å prøve å skape et så trygt miljø som mulig for barna og deres familie på avdelingen. Som nevnt over, er det første møtet med barnet og familien viktig og for å ivareta barnet og dens familie, er det da slik jeg ser det svært viktig å vise de respekt, omsorg og omtanke samt bidra til trygghet og et så godt opphold som mulig. For at barnet skal føle at oppholdet på sykehuset skal bli så normalt og trygt som mulig, kan man blant annet oppmuntre barnet til å ta med egne leker, klær eller ting hjemmefra som de er glad i og som de kjenner godt til. Slik kan sykepleier tilstrebe en så normal hverdag som mulig og så langt det lar seg gjøre opprettholde barnets faste rutiner som spising, toalettbesøk og døgnrytme. (Grønseth og Markestad, 2011). Koukourikos, Tzeha, Panteliodou og Tsaloglidou (2015) hevder at ved å bruke lek i samhandling med barn kan bidra til at barnet blir kjent i ukjent miljøer og situasjoner.

En annen trygghetsfaktor for barnet er at man bør tilstrebe å ha en primærsykepleier eller så få kontaktpersoner som mulig. Slik blir det enklere for barnet og dets familie å knytte kontakt og opprette et tillitsforhold til sykehuspersonalet, i stedet for å måtte forholde seg til nye mennesker og i noen tilfeller motta ulik informasjon (Grønseth og Markestad, 2011). Det som kan gjøre det utfordrende og til dels vanskelig med å gjennomføre viktigheten av å gi barnet og dens familie en primærsykepleier, kan være at det stort sett er turnusordninger ved de fleste sykehus som igjen vil føre til ustabilitet blant personale på et sykehus og som igjen fører til uforutsigbarhet for pasientene. Liggetiden på et sykehus er generelt kort og varer

gjennomsnittlig i en til fire dager det vil ofte si at de som er pasienter den ene dagen kan være utskrevet og byttet ut med nye pasienter og utfordringer den andre dagen da sykepleieren kommer tilbake på jobb (Tveiten et al., 2012).

Som nevnt i teorien, og beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), har pasienter rett på informasjon som er nødvendig for å få et innblikk og en forståelse for sin helsetilstand og helsehjelpen de mottar. Som sykepleier til barn er det viktig at informasjon gis på en måte som er forståelig for barnet. Det er viktig at informasjonen som blir gitt er tilpasset barnets alders- og utviklingsnivå. Dersom barnet er under 16 år, skal informasjonen gis i samråd med foreldrene. Å informere barnet er en plikt vi sykepleiere har og vi må også sørge for at informasjonen som er blitt gitt er forstått. Når det er sagt hevder Grønseth og Markestad (2011) at dersom barnet er godt informert i forkant av en prosedyre kan barnets stressnivå reduseres. Som nevnt, er det viktig at informasjonen tilpasses barnet. Her er det viktig at sykepleier kjenner til barnets forventinger, frykt, kunnskapsnivå, fantasier og barnets mestringressurser. Med denne kunnskapen kan sykepleier i forkant planlegge hvordan informasjonen skal gis på en hensiktsmessig måte slik at barnet forstår det som blir sagt. Informasjon til små barn kan brukes som en forberedelse til en prosedyre. Det er i mange tilfeller best at barn blir informert og forberedt så tett inn på gjennomføringen av selve prosedyren som skal gjennomføres som mulig (Tveiten et al., 2012). Det er også viktig å ta i betraktning hvilket tidspunkt det er hensiktsmessig å gi slik informasjon til barnet. Tveiten et al. (2012) sier at rolige omstendigheter og et uthvilt barn er viktig samt å benytte seg av muligheten når barnet selv virker interessert. Barnet er da mer mottagelig for informasjon og når tiden for prosedyren er inne kan barnet gjenkjenne informasjonen og føle at det er trygt. Piaget beskriver at små barn er egosentriske. De vil oppfatte seg selv som årsak. Et eksempel er at barn kan tro de ble syke fordi de ikke hørte etter foreldrene (Bunkholdt, 2000). Med grunnlag i dette kan sykepleier generalisere informasjonen til barnet for å gjøre den forståelig og få barnet til å forstå at det ikke er alene om å oppleve dette samt at det er flere barn som også blir syke. Dette kan gjøres ved at sykepleier informerer i tredje person. «Noen barn blir veldig redde før de skal ta en sprøyte» eller «noen barn pleier å være redde for å si i fra dersom de blir redde, men det er veldig fint om de gjør det» (Tveiten et al., 2012). Sykepleier kan også vise bilder av barn som ikke blir redde når de får injeksjoner eller som opplever at det å bli stukket med nål ikke gjør vondt. Dette kan bidra til å skape avstand fra situasjonen og legger til rette for å snakke om det som er vanskelig. Dette vil kunne styrke barnets tro på

at også de vil kunne mestre og gjennomføre denne prosedyren, da de nå har kunnskap om at andre barn har mestret dette tidligere.

4.2 Fremme det friske

Mestring kan sees i sammenheng med det salutogene perspektivet til Antonovsky. Mestring dreier seg om individuelle ressurser, holdninger, kunnskap og hvordan man bruker disse ressursene (Tveiten et al., 2012). Ruud (2012) beskriver at det er viktig at voksne hjelper barna å finne en mening i deres opplevelser og hva de erfarer. Dette bidrar til å styrke barnas SOC. I møte med sykehusinnlagte barn kan sykepleier bidra til å hjelpe barnet å begripe sin situasjon, en forståelighet. Barn er mer nysgjerrige, utholdende og interesserte i ting de liker. Dette kan sykepleier bruke som en hjelp og avledning til å få tankene bort fra smerte, engstelse og ubehag. Denne formen for mestringsstrategi kalles avledningsteknikker og passer for alle aldersgrupper. For en treåring vil det i noen tilfeller hjelpe å bli sunget for eller at noen blåser på eller stryker på det vonde området. Et annet eksempel på en avledningsteknikk, som beskrives av Grønseth og Markestad (2011), kan være å telle sammen med barnet og samtidig la barnet ta den voksne i å telle feil. Det å bli fortalt historier for, som for eksempel om da noen barnet kjenner godt også var redd eller i en lignende situasjon, vil være en god avledning og kan virke avstressende på barnet (Grønseth og Markestad, 2011).

Som sykepleier er det viktig at vi med hjelp av veiledende funksjon bidrar til å hjelpe barnet til å tro at det kan mestre. Et eksempel på dette vil være å la barnet være en del av egen prosess og behandling samt medvirke der det er mulig. Barnet kan for eksempel være med på å bestemme i hvilken arm sprøyten skal settes eller blodprøven tas og når det passer seg slik kan barnet få være med å bestemme klokkeslettet sprøyten skal tas. Man kan på den andre siden ikke la barnet bestemme om prosedyren skal gjennomføres eller ikke, da dette ikke er noe barnet kan velge bort. At barnet får delta i egen prosess og behandling vil gi barnet en følelse av anerkjennelse og respekt (Tveiten et al., 2012). Dette kan sees i sammenheng med Antonovskys begrep overkommelighet, da barnet trenger tilstrekkelig ressurser for å kunne mestre det de blir utsatt for i en sykehussammenheng som igjen styrker barnas SOC. Det vil også være hensiktsmessig å gi barnet oppmuntrende ord og rose barnets holdninger og mot

dersom barnet mestrer noe. Videre vil det være viktig å vise en støttede og empatisk holdning til barnet (Grønseth og Markestad, 2011). På den ene siden står det i *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) at barnet har krav på å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet. På den andre siden hevder Grønseth og Markestad (2011) at barnets stressnivå kan stige og synke i takt med foreldrenes stressnivå. Det vil da si at om en sykepleier jobber med ulike mestringsstrategier vil det være hensiktsmessig at foreldrene også spiller på lag. Dersom en eller begge foreldrene tydelig viser tegn til engstelse eller bekymring vil også barnet legge merke til dette og strategiene vil da virke mot sin hensikt.

Antonovsky understreker viktigheten av det salutogene perspektivet hvor det rettes fokuset på det som gjør oss frisk kontra det som gjør oss syk (Tveiten et al., 2012). Similä og Innstrand (2015) hevder i sin artikkel at det er viktig å øke personens, i dette tilfellet barnets, bevissthet rundt eget potensial, mestringsevne i dagliglivet og evnen til å kunne nyttiggjøre seg av sitt potensiale. Ett eksempel på hvordan barnet kan nyttiggjøre sitt eget potensial er ved at de får bruke egne ressurser. Det er da viktig at sykepleier observerer hva barnet faktisk kan og er komfortabel med. Dette kan for eksempel være at barnet selv holder blodprøveglassene, velger farge på bandasjen, plasteret eller hvilken arm man skal stikke i. Grønseth og Markestad (2011) sier at barn som er innlagt på sykehus delvis blir fratatt sin medbestemmelse. Ved å la barnet få bruke sine egne ressurser samt være delaktig i sin egen situasjon vil det bidra til at barnet føler det har kontroll over situasjonen og dermed vil stressnivået synke eller avta. Dette vil kunne bidra til at barnet finner en mening i situasjonen det befinner seg i og dermed øke barnets motivasjon (Ruud, 2012).

Latter og lek henger sammen også i en sykehushverdag som er preget av fremmede mennesker, nye rutiner og ukjent miljø er det viktig å kunne motivere til et positivt fokus i en ellers krevende situasjon. Et tiltak for å gjøre hverdagen til barn på sykehus bedre og mer lystbetont er de velkjente sykehusklovnene. Koller og Gryski (2008) beskriver at klovnene på et sykehus bruker lek og latter som et verktøy for å gjøre hverdagen til sykehusinnlagte barn lettere. Målet til klovnene er å rette fokus på det som er positivt og redusere stress. De skaper arenaer for latter, humor og glede i en situasjon som for mange er preget av mye stress, ubehag og alvor. Forskning på sykehusklovn utført av Linge (2012) hevder at sykehusklovnene er veldig positive for barn innlagt på sykehus. Klovnene bidrar til at barna lettere «glemmer» sykdommen og sammen med klovnene kan de føle og oppleve glede og humor. Noen barn klarer i større grad å slappe av og flytte fokus over på noe annet enn å være

et sykt barn. Allikevel hevder Tveiten et al. (2012) at selv om klovnene er et positivt innslag i barnets sykehushverdag der de sprer glede og humor til barna, vil klovnene på en annen side og ut i fra et sykepleieperspektiv, redusere mulighetene til å observere og se barnet som helhet. Det vil i noen tilfeller være vanskelig for sykepleier å observere reaksjoner på sykdom, smerter og hvordan barnet generelt har det på sykehuset. Videre hevder Tveiten et al. (2012) at klovnene kan bidra til å redusere barnets helhetstilnærming, da det kan oppstå oppdeling av barnets behov.

4.3 Lek som forberedelse til en prosedyre

Grønseth og Markestad (2011) hevder at barn og lek ikke kan skilles. Leken er barnets måte å se verden på. Lek for barn er like viktig som samtalen er viktig for voksne. Det vil si at barns behov for lek er svært viktig, selv om barnet er sykt og innlagt på sykehus. Sykepleier har ifølge *Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon* (2000) krav om å tilrettelegge for at barn skal aktiveres og stimuleres samt at aktivitetene skal være tilpasset barnets alder og utviklingstrinn. Sykepleier skal dessuten legge til rette for at barn skal få leke og utvikle seg, da lek er viktig for barns utvikling (Tveiten et al., 2012). Sykepleier må kartlegge barnets lekerutiner og få kunnskap om hva barnet liker eller ikke liker. Det er viktig å samtale med barnet og foreldrene og lytte til hva de har å si. På denne måten vil det bli enklere for sykepleier å tilrettelegge og ta initiativ til lek som barnet finner interessant og lystbetont. For sykepleier vil dette være et godt hjelpemiddel til å kommunisere og møte barnet på barnets eget nivå (Grønseth og Markestad, 2011).

Li, Chung, Ho, Kwok (2016) understreker at for barn er det å være innlagt på sykehus en stor påkjenning og at dette kan skape et høyt stressnivå hos barn som igjen kan være skadelig for barnets fysiske og psykiske helse. Det vil si at som sykepleier er det en viktig oppgave å få barnet til å føle seg trygg og godt forberedt før en eventuell prosedyre, da disse ofte skaper utrygghet, stress og redsel hos barna (Pontes et al., 2015). Lima og Santos (2015) hevder at for barn, kan lek bidra til å redusere ubehaget som kan komme med ved en sykehusinnleggelse.

Forberedelse før en prosedyre er meget viktig. Målet med en god forberedelse før en prosedyre er å trygge barnet slik at prosedyren blir lettere å gjennomføre, og slik at bruk av tvang kan unngås. Hos de små barna er det mangel på forståelse, kontroll og det kjente som

skaper redsel. Misforståelser som å tro at hele armen blir tappet for blod skaper mer frykt hos barna og det er da viktig at sykepleier underviser og gir barnet kunnskap om hvordan det faktisk fungerer og henger sammen når man skal ta en blodprøve. En metode kan være å ta med nødvendig utstyr som skal brukes til en slik prosedyre og la barnet se på utstyret samtidig som man forklarer hvordan det skal brukes. På denne måten blir barnet kjent med utstyret som skal brukes og det vil ikke lengre være helt ukjent for barnet når selve prosedyren skal gjennomføres. Ved å vise frem utstyret samtidig som man muntlig underviser barnet, stimulerer man flere sanser samtidig. På denne måten kan barnet lage seg et mer realistisk bilde av situasjonen. Etter at barnet har blitt kjent med utstyret kan også sykepleier demonstrere prosedyren på en bamse eller en dukke og slik vil noen barn kunne få et mer visuelt inntrykk av hvordan prosedyren senere skal gjennomføres. På en annen side forteller ikke dette hele sannheten og gir heller ikke et realistisk bilde av hva barnet faktisk kan forvente. Nøyaktige og helt konkrete fakta om prosedyren er en viktig del av forberedelsen for det er en gang slik at det ikke er bamsen som skal ha dette stikket men det er barnet. Det er viktig å understreke ovenfor barnet at denne prosedyren er viktig og helt nødvendig for å bli frisk (Grønseth og Markestad, 2011). Med å understreke for barnet at dette er nødvendig for å bli frisk, benytter man Antonovksys salutogene perspektiv i sykepleie til barn. I stedet for å si til barnet at du må ha denne sprøyten fordi du er syk, kan man ha fokus på at denne sprøyten er viktig for at barnet skal bli frisk.

Det kan være nyttig å starte forberedelsene til en prosedyre for barn i treårsalderen kvelden i forveien eller samme morgen. Grunnen til dette er at barn i den alderen ikke har utviklet en tidsoppfatning enda og ikke evner å forholde seg til tid i like stor grad som større barn (Bunkholdt, 1991). Derfor vil det være hensiktsmessig for barnet med forberedelser så nært inntil utførelsen av prosedyren som mulig, men det kan på en annen side være nyttig og hensiktsmessig at sykepleier benytter seg av et tidspunkt hvor barnet selv viser interesse (Tveiten et al., 2012).

Det er rimelig å tenke at det i mange tilfeller kan være hensiktsmessig å demonstrere prosedyrer på en bamse eller lignende og det kan noen ganger være nyttig å forteller historier om dyr eller andre fiktive figurer som har vært i same situasjon som barnet. Dette vil kunne bidra til å skape avstand til den vanskelige situasjonen og gjøre det lettere å snakke om vanskelige tema, men de vil likevel være mindre troverdige enn historier om andre barn.

Intervjuer utført av Li et al. (2016) ble barn spurt om hvordan de mente at bruk av lek var nyttig som forberedelse til en prosedyre. Et av barna svarte at sykepleieren hadde gjennomgått

hele prosedyren med henne mens de lekte sammen. Hun sier at dette gjorde at hun gruet seg mindre og at hun nå ikke lenger er redd for å ta sprøyter.

I forskningen til Li et al. (2016) viser det seg at det å bruke lek som forberedelse til en prosedyre reduserer stress og negative følelser mot sykehusoppholdet. Det er en viktig del av barns liv å få muligheten til å leke selv også når de er syke. Lek er en god forberedelse til en prosedyre samtidig som barna får kunnskap og en bedre forståelse av hva prosedyren vil innebære for barnet.

Som forskningen til Li et al. (2016) viser, vil det på en side si at det å forberede barnet vil kunne gi gode resultater for selve utføringen av prosedyren da barnet får mer kunnskap og samtidig er godt forberedt. På en annen side er alle barn forskjellige og man må som sykepleier tilpasse hver situasjon til det enkelte barnet. Selv om barnet er godt informert på forhånd kan det hende at når tiden er inne og prosedyren skal gjennomføres, vil likevel barnet kunne protestere og motsette seg å gjennomføre prosedyren. Dette er for mange barn en helt naturlig reaksjon da de er redd for at det skal gjøre vondt eller bli ubehagelig. Et tiltak kan være at sykepleier må gi rom for mer følelsesmessig støtte og vise en tydelig støttende og empatisk holdning. Barnet må få rom til å uttrykke seg, gråte og vise redsel og sinne. Sykepleier kan prøve å anerkjenne barnets følelser ved å si «nå virker det for meg som om du er veldig redd» eller «det er mange voksne som også blir redde når de må ta blodprøve eller sprøyte». Sykepleier kan tilby kosedyret som kan passe på og vise at sykepleier hele tiden vil være tilgjengelig for barnet gjennom hele prosedyren. Som motivasjon kan sykepleier tilby barnet en belønning etter at prosedyren er gjennomført. En slik belønning kan for eksempel være et klistremerke, en brus eller en diplom som kan motivere barnet til å gjennomføre prosedyren og som gir trøst (Tveiten et al., 2012).

Live Korsvold skrev i 2009 en artikkel om lek og barnesykepleie. I denne artikkelen hevder hun at det kreves mye av en sykepleier som jobber tett med barn. Hun skriver at sykepleier bruker lek i samhandling med barn for å skape trygghet og tillitt. Videre hevder hun at barnets trygghet igjen avhenger av sykepleiers egen trygghet som bunn i erfaring og en evne til å ha kontakt med barn samt å ha en lekende holdning. For at sykepleier skal kunne bruke lek i praksis, må sykepleier ha leken i seg. Med det mener Korsvold (2009) at det kreves mer enn bare teoretisk kunnskap for å kunne gjennomføre dette.

Sykepleier må kunne sette seg inn i barnets situasjon, kjenne til hvordan barnet har det og samtidig ha kunnskap om barns individuelle behov. Her er det viktig at sykepleier tar seg god tid til å prate med barnet og ikke minst lytte til hva barnet har å si. Det må gis mulighet til å fortelle hvordan det har det. Allikevel kan det være slik at barnet ikke ønsker å snakke med sykepleier, da kan det være nyttig for sykepleier å lytte til og observere barnet mens det leker på sin naturlige måte. Slik kan sykepleier få et innblikk i barnets tanker og følelser. Mange barn kan ha lange monologer mens de leker og som kan gi sykepleier relevant og nyttig informasjon om barnets tilstand.

Korsvold(2009) intervjuet mange sykepleiere som jobber ved en barneavdeling og en av sykepleierne der beskrev at det å bruke lek skaper glede for barna i en hverdag som ellers er fylt av undersøkelser, intravenøse slanger og medisiner.

Barnets identitet som syk forsterkes ved å være innlagt på sykehus. Derimot hevder Antonovsky og den salutogene modellen at det bør være fokus på det friske i mennesket. Sykepleieren i intervjuet understreker at det å bruke lek kan bidra til å forsterke det friske i barnet. Leken bidrar til at en unormal hverdag blir så normal som mulig for barnet. Lek er en forutsetning for at barnet skal kunne mestre sin situasjonen på hensiktsmessig måte, hevder Korsvold (2009).

På den ene siden har jeg gjort meg erfaringer fra tidligere praksisperioder på sykehus at tiden man har til rådighet på en sykehusavdeling kan til tider være knapp. Sykepleier har mange ulike oppgaver som skal utføres og ansvar for flere pasienter. I løpet av en travel arbeidshverdag er det mange arbeidsoppgaver som skal utføres på kort tid og som gjør at det kan være utfordrende å jobbe som sykepleier på en barneavdeling (Tveiten et al., 2012).

Tiden strekker ikke alltid til og man har kanskje ikke alltid like god tid til å forberede barnet i forkant av en prosedyre. På den andre siden hevder forskningen som er gjennomført av Li et al. (2016) at de barna som deltok i deres forskning og som ble forberedt med lek før en prosedyre opplevde å ha en mer positiv opplevelse av gjennomføringen av prosedyren enn de barna som ble forberedt på «vanlig» måte. Dette støttes også av Pontes et al. (2015) som gjennomførte en lignende studie som viser at barn som ikke blir forberedt før de skal ta en sprøyte, ble oppfattet som veldig redde og stresset samt at flere av barna gråt og var mer urolige enn de barna som fikk leke og var godt informert i forkant av prosedyren. Barna som fikk leke opplevdes å samarbeide bedre med sykepleiere i større grad enn de barna som ikke fikk de samme forberedelsene i forkant av prosedyren. Dette viser at det å ta seg tid til å leke og samhandle med barn samt møte barna på deres nivå vil øke sannsynligheten for at

prosedyren vil bli gjennomført på en god måte. Det å bruke mer tid til forberedelser og lek med barnet i forkant av prosedyren, vil kunne føre til at selve gjennomføringen av prosedyren ikke tar altfor lang tid. Slik jeg ser det vil det i en travel sykepleierhverdag være riktig og viktig å ta seg tid til å forberede barnet i forkant av prosedyren. Dette vil kunne være en god investering og riktig bruk av tid.

Grønseth og Markestad(2011) hevder at små barn ofte misforstår og har fantasier som gjør at de kan bli engstelige og redde. Engstelsen forsterkes når de befinner seg i ukjente miljøer, blant ukjente rutiner og føler på frykt for smerte og ubehag samt ytterligere skader. De har også vanskeligheter med å oppfatte og forstå den virkeligheten som de befinner seg i. Det er da rimelig å si at dersom barnet hadde vært godt forberedt og fått tilstrekkelig med informasjon om prosedyren i forkant, hadde det fått avkrefte eventuelle fantasier. Barna som da ikke får avkrefte disse fantasiene vil derimot fortsatt sitte med denne redselen og stresset under gjennomføring av prosedyren.

For et barn i treårsalderen er leken veldig viktig og gjennom lek stimulerer deres karaktertrekk og identitet (Grønseth og Markestad, 2011). En spesiell form for lek som er karakteristisk for en treåring er rollelek. Bunkholdt (1991) beskriver at treåringen leker en del rolleleker, «late-som» -leker og at de på denne måten også leker og gjentar situasjoner og hendelser de har opplevd i hverdagen. Barna skaper fantasileker og foretrekker å leke med realistiske leker. Som sykepleier er det viktig å kjenne til disse utviklingstrekkene hos barn da det kan være en inngangsport til en god samarbeidsrelasjon samtidig som sykepleier må oppfordre til å selv være med å leke sammen med barnet. Ved at sykepleier kjenner til barnet og hva det liker, kan sykepleier benytte en slik mulighet til å utnytte leken terapeutisk. Det vil si at sykepleier kan bruke rollelek til å forberede barnet før en prosedyre. Man kan invitere til lek og oppmuntre barnet til å for eksempel leke prosedyren som barnet skal igjennom. Sykepleier kan på denne måten veilede og undervise barnet om prosedyren samtidig som de leker sammen og skaper en trygt miljø for barnet. Sykepleier kan ta med seg utsyr som brukes for å gjennomføre prosedyren, vise og fortelle barnet hva det er og hvordan de brukes. Etter at sykepleier så har vist hvordan prosedyren foregår kan man oppfordre barnet til å bruke rollelek. Barnet kan spille sykepleier eller lege og sykepleier selv kan spille barnet som skal gjennomføre prosedyren. Kanskje finnes det utkleddingsklær på avdelingen som kan brukes i rolleleken. På denne måten benytter sykepleier seg av leken som en forberedelse til en prosedyre som barnet senere skal igjennom. Slik får barnet et innblikk i og et mer realistisk bilde å forholde seg til av situasjonen (Grønseth og Markestad, 2011). Denne måten for

leketerapi ble også benyttet i forskningen til Pontes et al. (2015) da barna fikk både se og leke med utstyret som kom til å bli brukt under prosedyren, hvilket gav gode resultater. Sett i slik lys, kan barna uansett hvor godt forberedte de er og selv om forskning viser til at barna får uttrykt sine følelser gjennom lek, kan noen barn som blir forberedt gjennom lek begynne å gråte under prosedyren. Allikevel vil barna føle en trygghet og stole på de sykepleierne som tar seg tid til å leke med de. De føler seg da forstått og de opplever at det å vise følelser og være engstelig også er greit og anerkjenne barnets følelser (Pontes et al., 2015). Derfor kan det være hensiktsmessig at den sykepleieren som forberedte barnet, er den samme som gjennomfører prosedyren. På den måten vil forberedelsen som er gjort i forkant av prosedyren være mest mulig realistisk for barnet når prosedyren skal gjennomføres (Tveiten et al., 2012).

Kapittel 5 Konklusjon

For en sykepleier som jobber med barn er det viktig å ha kunnskap om barn, men sykepleier må også ha leken i seg. Lek er viktig for barnets utvikling og dermed er det viktig at sykepleier evner å kunne leke sammen med barnet. Jeg har forsøkt å belyse ulike måter en sykepleier kan bruke lek som forberedelse til en prosedyre hos en treåring. Å bruke lek som forberedelse før en prosedyre er viktig i den forstand at barnet får ta del i sin egen prosess og ved bruk av lek vil barnet kunne få en bedre forståelse for hva det skal igjennom samt at det er viktig å gi barnet en forståelse av at prosedyren er nødvendig for at det skal bli friskt. Likevel er barn forskjellige og det finnes ikke en oppskrift på hvordan sykepleier kan ivareta barn på sykehus. Kjennskap til barnet og dets familie er viktig. Hvert enkelt barn må vurderes ut ifra sitt eget behov og sykepleier må møte barnet på barnets nivå og tilpasse leken og forberedelsene deretter. Lek skaper trygghet for barna i en stressende og uoversiktlig situasjon og lek som forberedelse kan gjøre informasjonen barnet får forståelig. Leken representerer noe som er kjent for barnet. Hvis sykepleier bruker god tid på både å forberede samt gjennomføre forberedelsene, vil dette kunne bidra til at selve gjennomføringen av prosedyren går bra.

Oppfatningen jeg sitter igjen med er at lek er et viktig og nyttig redskap som forberedelse til en prosedyre, og det er med på å skape et tryggere barn på sykehus da barnet selv føler at det har en oversikt over situasjonen og det som skal skje.

Litteraturliste

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, S. B. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Bunkholdt, V. (1991). *Små barn i vekst og utvikling*. Oslo: Tano Aschehoug.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Koller, D., & Gyski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a Model of Therapeutic Clowning. *Evidence- Based Complementary and Alternative Medicine*, 5 (1), s. 17-25. Doi: 10.1093/ecam/nem033

Korsvold, L (2009). Lek og barnesykepleie. *Sykepleien*, 90 (12), s. 39-43.

Koukourikos, K., Tzeha, L., Pantelidou, P., & Tsaloglidou, A. (2015). THE IMPORTANCE OF PLAY DURING HOSPITALIZATION OF CHILDREN. *Materia Socio-Medica*, 27(6), 438–441. Doi: 10.5455/msm.2015.27.438-441

Kristoffersen, N. J. (2015). Den myndige pasienten. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 337-385.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2012). Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-29.

Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., & Kwok, B., M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, 16(36). Doi: 10.1186/s12887-016-0570-5.

Lima, K., Y., N., & Santos, V., E., P. (2015). Play as a care strategy for children with cancer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 76-81. Doi: 10.1590/1983-1447.2015.02.51514

Linge, L. (2012). Magical attachment: Children in magical relations with hospital clowns. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7. Doi: 10.3402/ghw.v7i0.11862

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pontes, J. E. D., Tabet, E., Folkmann, M. A. D. S., Cunha, M. L. D. R., & Almeida, F. D. A. (2015). Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. *Einstein* (São Paulo), 13 (2), s. 238-242. Doi: 10.1590/S1679-45082015AO2967.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruud, A. K. (2012). *Hvorfor spurte ingen meg?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statistisk sentralbyrå. (2014). Pasienter på somatisk sykehus 2013. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2014-04-09>

Similä, W. & Innstrand, S. T. (2015). Salutogenese gir bedre barnehelse. *Sykepleien*, 7. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.54641.

Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. I Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, F. H. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.42-81.

Tveiten, S. (2012). Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, F. H. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 205-212.

Tveiten, S. (2012). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, F. H. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 157-203.

Tveiten, S. (2012) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, F. H. *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.11-41.

