

# ”Prata med mig, förklara vad ni ska göra!”

Om behoven av förberedelse hos barn och föräldrar  
i samband med en sjukhusvistelse

<b>FÖRFATTARE</b>	Johanna Fehn
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng Omvårdnad - Eget arbete VT 2007
<b>OMFATTNING</b>	10 poäng
<b>HANDLEDARE</b>	Ann-Kristin Holm
<b>EXAMINATOR</b>	Anna-Lena Hellström

<b>Titel (svensk):</b>	”Prata med mig, förklara vad ni ska göra!” Om behoven av förberedelse hos barn och föräldrar i samband med en sjukhusvistelse
<b>Titel (engelsk):</b>	“Talk to me, explain what you are going to do!” About the preparatory needs of children and parents in hospital
<b>Arbetets art:</b>	Eget arbete, fördjupningsnivå I
<b>Program/kurs/kurskord/ kursbeteckning:</b>	Sjuksköterskeprogrammet 120 p/ Omvårdnad – Eget arbete/ VOM200/SPN7
<b>Arbetets omfattning:</b>	10 poäng
<b>Sidantal:</b>	21 sidor
<b>Författare:</b>	Johanna Fehn
<b>Handledare:</b>	Ann-Kristin Holm
<b>Examinator:</b>	Anna-Lena Hellström

## SAMMANFATTNING

Barn har andra behov än vuxna vilket inte alltid beaktats i vårt samhälle och vården. Barn har haft en låg ställning i sjukvården men den har stärkts allt mer. Idag vårdas de flesta barn på särskilda barnavdelningar och deras föräldrar får vara nära sina barn. Barns rädsla för sjukhusvård varierar med deras ålder och mognad. Syftet med detta arbete var att få förståelse för barns och föräldrars behov av förberedelse i samband med barns sjukhusvistelser. Syftet var även att öka kunskapen om hur sjuksköterskan möter dessa behov, vidare att beskriva de effekter som förberedelser har på barn och föräldrar samt konsekvenser av att inte vara förberedd. Fördjupningsarbetet var en litteraturgranskning av elva vetenskapliga artiklar som bearbetades induktivt. Barn och föräldrar visade sig ha behov av att få tydlig information och förberedelse för en sjukhusvistelse och planerad operation. Sjuksköterskan informerade barnen bland annat genom lek med dockor, bilderböcker, film och rollspel. Metoderna utformades ofta efter barnens ålder och utveckling. Barn och föräldrar som genomgick ett förberedelseprogram var mindre oroliga och bättre rustade i jämförelse med grupper som fick vanlig information. Genom att väga in familjens kultur, erfarenheter och behov kunde förberedelser anpassas på bästa sätt. Ansande och lek i vården kunde hjälpa barnet att hantera sina känslor. Att få bli delaktig och känna medbestämmande i sin vård var viktigt för barnet och genom att få adekvat förberedelse från sjuksköterskan kände sig barnet respekterat som en egen person. Ytterligare forskning behövs inom området för att sjuksköterskan ska bli mer medveten om barns individuella behov och kunna möta dessa i vården.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	1
<b>Inledning</b> .....	1
<b>Historik</b> .....	1
<i>Hälsa och sjukdom</i> .....	2
<b>Utvecklingspsykologiska aspekter</b> .....	2
<i>Språkutveckling</i> .....	3
<i>Sätt att tänka</i> .....	3
<b>Barn på sjukhus</b> .....	3
<i>Historik</i> .....	4
<i>Patientrollen</i> .....	4
<b>Reaktioner under sjukhusvistelser relaterade till barns utveckling</b> .....	5
<i>Rädslan för att bli övergiven</i> .....	5
<i>Rädslan för att bli stympad</i> .....	5
<i>Rädslan för att dö</i> .....	5
<b>Barnets rättigheter på sjukhus</b> .....	6
<i>FN:s barnkonvention</i> .....	6
<i>Skollagen</i> .....	6
<i>Hälso- och sjukvårdslagen, HSL</i> .....	6
<i>Nordisk förening för sjuka barns behov, NOBAB</i> .....	6
<b>Lekterapi</b> .....	6
<i>Ett sätt att informera</i> .....	7
<b>Katie Erikssons omvårdnadsteori</b> .....	7
<i>Ansa</i> .....	7
<i>Leka</i> .....	7
<i>Lära</i> .....	8
<b>SYFTE</b> .....	8
<b>METOD</b> .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	9
<b>Barnet</b> .....	9
<i>Barnets behov av förberedelse</i> .....	9
<i>Att förbereda barnet</i> .....	10
<i>Effekter av att förbereda barnet</i> .....	11
<i>Konsekvenser av att inte förbereda barnet</i> .....	12
<b>Föräldrarna</b> .....	13
<i>Föräldrarnas behov av förberedelse</i> .....	13
<i>Att förbereda föräldrarna</i> .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	14
<b>Metoddiskussion</b> .....	14
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
<b>REFERENSER</b> .....	20
<b>BILAGA</b>	
<b>Artikelsammanställning</b>	

## INTRODUKTION

### Inledning

Jag tycker mycket om barn. Det finns något vackert i barns utlämnande och naturliga beroende av andra. Barn är sårbara varelser och deras beroende medför ett ansvar för dem som finns runt barnen, främst föräldrarna. Som sjuksköterska kommer jag att möta sjuka barn och deras sårbarhet blir då extra tydlig. Vi har på sjuksköterskeprogrammet fått lära oss att god kommunikation är nödvändig för att en bra relation ska skapas mellan sjuksköterska och patient. En föreläsare påpekade under vår kurs i barnsjukvård att när ett barn vårdas, innebär det även att dess familj behöver vårdas. Det tror jag stämmer. Jag har funderat mycket kring hur sjuksköterskan kan möta både barnets och föräldrarnas behov när det oväntade sker och barnet blir tvungen att vara på sjukhus och möta sådant som är svårt och smärtsamt.

Hur relationen blir mellan mig som sjuksköterska och barnet har betydelse för vilken upplevelse barnet får av sin sjukhusvistelse. För att barnet ska vilja bjuda in mig till sig behöver det känna sig tryggt och kunna lita på mig. I samband med en sjukhusinläggning väcks många känslor och rädslor inom barnet. Att genomgå en operation kan upplevas mycket traumatiskt för barnet. Barn kan tro att det är deras fel att de är sjuka och att operationen är ett straff för att de varit olydiga. Det är min uppgift som sjuksköterska att låta barnet få uttrycka sin rädsla och förmedla trygghet. Min förhoppning är att detta arbete ska visa på hur sjuksköterskan kan möta och förbereda barn och föräldrar i samband med en sjukhusvistelse. Ett barn betraktas som barn upp till 18 års ålder. Idag vårdas de på många olika vårdavdelningar och inte bara på barnkliniker. Eftersom jag kommer att möta dessa barn i mitt arbete som sjuksköterska känns det relevant att studera detta område närmare. I arbetet kommer barn från två upp till 18 års ålder att belysas. Jag har inriktat mig på barn som vistas på sjukhus en kortare period och barn som ska genomgå en planerad operation.

### Historik

Florence Nightingale levde under åren 1820-1910 och betraktades som en pionjär inom modern sjukvård. Hon ville höja barnets ställning i vården under sin tid. I Fou-rapporten 1989:31 (1) beskrivs Nightingales tankar kring barnsjukvård.

*”Kan du nu komma ihåg vad du måste tänka på för barnet? Det är följande*

- 1. Frisk luft*
- 2. Lagom värme*
- 3. Renlighet för dess lilla kropp, kläder säng, rum och för hela huset*
- 4. Att ge barnet mat på bestämda tider*
- 5. Att inte skrämman det eller ruska dess lilla kropp eller uppröra dess ömtåliga nerver*
- 6. Ljus och glättighet*
- 7. Riktiga kläder både när det ligger och när det är uppe. Och reda och ordning i allt detta” (1 sid 118).*

Under sekelskiftet var fattigdomen utbredd i Sverige och den bristande hygien fick till följd att infektionssjukdomar var vanliga. Barnens ställning i samhället var låg vilket bidrog till att de inte fick någon särskild vård. Det ansågs inte meningsfullt att

satsa på de små barnen vars chans att överleva var liten. De var små och undernärda, botemedel fanns sällan och deras sjukhusvistelse blev snarare en förvaring för att de skulle äta upp sig. Vanliga sjukdomar som de vårdades för var infektioner i luftvägarna och mag-tarmkanalen. Tuberkulos var under 1900-talets början en av de vanligaste dödsorsakerna hos de små barnen (2).

Vårdtiden blev längre för de svårt sjuka små barnen under 1930-talet. De led av barnsjukdomar och dåliga hemförhållanden. Man upptäckte att sociala problem var orsak till ohälsa hos barn och deras psykiska hälsa kom att uppmärksammas. Från 1940 och framåt blev kvinnor och barn allt mer synliga i samhället och det satsades på familjepolitiska reformer. Barn började betraktas som riktiga barn med speciella behov och en utveckling skedde inom den barnmedicinska vetenskapen. Spädbarnsdödligheten (antalet döda barn under första levnadsåret per 1000 barn) minskade och fler sjukdomar kunde diagnostiseras, behandlas och botas. Istället växte barnolycksfallen i takt med att biltrafiken ökade. Barnsjuksköterskan fick en viktig uppgift att förebygga olycksfall och informera om riskerna. Den förbättrade tekniken inom förlossnings- och mödravården gjorde att fler barn räddades och att barn med grava handikapp överlevde. Den första kursen för utbildning till barnsjuksköterskor började år 1934. Utbildning inom barnsjukvård kom runt 1945 att omfatta grundutbildningen. Behovet av sjuksköterskor med kunskaper inom pediatrik ökade. Detta stärkte deras ställning. Idag arbetar barnsjuksköterskor med hela barnets familj. Bemötande och kommunikation är viktiga kunskaper i arbetet som dagens barnsjuksköterskor utför (2).

### *Hälsa och sjukdom*

Perinatal dödlighet är ett mått på hur många barn som är dödfödda eller dör inom sju dygn. Det anses även vara ett mått på välfärden i ett land. År 1973 dog 14 av 1000 barn en perinatal död (3). År 2003 dog fem per 1000 födda barn. Samma år föddes enligt medicinska födelseregistreringen 97 228 stycken barn (4). Spädbarnsdödligheten i Sverige sjunker stadigt och är bland den lägsta i världen. Det dog 2,8 barn per 1000 levande födda år 2006. Vanligaste orsakerna till spädbarnsdödlighet idag är perinatale tillstånd (tillstånd som uppkommit vid födelsen) (5). För barn i åldrarna 1-14 år är tumörer, skador och förgiftningar de dominerande dödsorsakerna (6).

Ur ett internationellt perspektiv har barn i Sverige idag en mycket god hälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) jämförde den globala hälsosituationen 2002 hos barn i åldrarna 0-14 år och fann att Sverige låg bland de främsta. Barn lider av andra sjukdomar idag jämfört med hur det var under 1900-talets början. Den psykiska hälsan försämras bland barn och ungdomar och allt fler söker vård inom barnpsykiatri. För barn mellan två till 17 år var allergiska sjukdomar det vanligaste hälsoproblemet och astma den vanligaste kroniska sjukdomen år 2001. Diabetes och tarmsjukdomen glutenintolerans rapporterades som andra vanliga sjukdomar (6).

### **Utvecklingspsykologiska aspekter**

När sjuksköterskan kommunicerar med barnet är det viktigt att vara medveten om barnets sätt att tänka och uttrycka sig, vilket varierar med dess ålder och mognad.

### *Språkutveckling*

Barnets språkliga förmåga inverkar på förmågan att uppfatta information. Spädbarn bildar ljud som vi tolkar som uttryck för dess behov. När barnet är runt ett år kan det uttala ord och lära sig tecken och bilder som fungerar som representationer för något. Vid två års ålder kan de flesta barn foga samman ord till korta meningar. Fyra-femåringar frågar ofta om orsaker och sammanhang vilket främjar deras språkutveckling. Föreställningsförmågan i den åldern styr hur de uppfattar det som sägs. Barnet kan nicka att det förstår men har egentligen inte förstått det som sagts. Den verbala informationen behöver kombineras med en visuell. Ofta är dock det passiva ordförrådet större än det aktiva, det vill säga de ord barnet förstår är fler än de ord barnet använder. I vilken takt språkutvecklingen sedan går varierar från barn till barn. Barn kommunicerar bland annat genom lek och i leken kan deras behov och känslor framträda (7, 8).

### *Sätt att tänka*

Under det första levnadsåret utvecklas barnets grundtillit och upp till tre års ålder är rädslan för separation från föräldrarna stor. Enligt Erikssons (9) utvecklingsteori tar småbarn i tre-fyra års ålder egna initiativ och deras misstag visar sig i deras stora samvete. Om de till exempel kissar i sängen kan de känna skam och skuld som är kopplat till föräldrarnas negativa reaktion (9). I förskoleåldern (fyra-sex år) skapar sig barnet en egen identitet och försöker likna sina föräldrar. Självtändighetsutvecklingen gör att behovet av att bestämma över sig själv är starkt. Barnet förstår det som sägs konkret och uppfattar det bokstavligt. Det magiska tänkandet är stort i denna ålder. Barnet har svårt att skilja på den inre och yttre verkligheten. Det är övertygat om att ord och tankar kan framkalla handlingar och händelser. De antar också att allt som händer har ett samband med dem själva. Om de måste genomgå en operation så kan det tro att det beror på att de har varit olydiga. De tänker egocentriskt och kan bygga upp oralistiska kopplingar mellan händelser. Runt sju års ålder börjar barnet förstå sammanhang bättre och kan tänka abstrakt. Då kommer även det logiska tänkandet igång. I skolåldern (7-12 år) finns risk att barnet känner mindervärdeskänslor om det inte gör bra ifrån sig. Vuxna förebilder som ger bekräftelse är viktiga för barnet. Ungdomar mellan 12 och 17 år söker svar på vilka de är, ofta från kompisar och andra ledarförebilder. Ungdomar kan bli förvirrade i sin identitet och pendla mellan att vilja vara intima och isolerade från andra (7, 9, 10).

### **Barn på sjukhus**

Barn som läggs in på sjukhus möts av en ny värld styrd av egna lagar, normer och ritualer. Sjukhuset är en institution som barnet inte mött tidigare och att vistas där innebär en stor omställning för barnet och dess familj. Barnet kommer att sova i en främmande säng och kanske dela rum, få förändrade sov- och matvanor och det förväntas samarbeta med personalen. Tryggheten försvinner och att skiljas från allt det vanliga kan göra barnet oroligt och ångestfyllt. Barnet kommer förmodligen att genomgå obehagliga, kanske smärtsamma behandlingar. Vid en operation utsätts barnet för separation från sina föräldrar, syskon eller kamrater. Det kan ge symtom i efterhand och skapa ångest, sjukhusskräck eller dödsfunderingar (7, 11). Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om detta när hon ska förbereda barnet och föräldrarna.

### *Historik*

Före 1950 belystes inte de psykologiska aspekterna av barnets vistelse på sjukhus. Istället uppmärksammades de biomedicinska aspekterna och patologin. Personal inom sjukvården såg att barn som fick besök av sina föräldrar blev oroliga när de lämnade barnet. Om de inte fick besök ansågs de anpassa sig snabbare till sjukhusmiljön. Därför avråddes föräldrarna från besök (7). Först år 1940 började barnets upplevelse av sin sjukdom undersökas. Tamm (11) beskriver att den engelske psykiatern Bowlby fick i uppdrag av WHO att studera vilken betydelse separation mellan barn och föräldrar har för barns hälsa. Resultatet från det stora projektet med intervjuer av barnets känslomässiga reaktioner publicerades tio år senare 1951. Bowlby hävdade att separationer i tidig ålder har en negativ avgörande betydelse för barns fortsatta mentala hälsa (11).

År 1959 utgavs internationella rekommendationer för vården av barn på sjukhus. Där betonades bland annat den individuella vården för varje barn. Detta blev en vändpunkt för den pediatrika vården och den fysiska miljön på barnkliniker runt om i världen började förändras. På 1960-talet fick föräldrarna en egen säng i samma rum som barnet för att kunna vara hos barnet dygnet runt. Sjuksköterskan utbildades i att sätta barnets mentala hälsa i fokus. Till Sverige kom rekommendationerna i början av 70-talet (11).

### *Patientrollen*

Tamm (11) beskriver sociologen Parsons teori om patientrollen. Barnet tillskrivs patientrollen när det läggs in på sjukhus och rollen för med sig vissa förväntningar. Som patient har barnet en skyldighet att bli bättre, det vill säga det har ett slags ansvar för sin läkningsprocess. Det måste följa de normer och underordna sig de krav som vårdpersonalen ställer och samarbeta med dem för att återfå sin hälsa. Barnet kan dock inte helt underordna sig dessa krav. Under barndomen får barn ofta höra förmaningar om att de måste uppföra sig på ett visst sätt eller om de inte gör som föräldern säger så blir de sjuka. Fostran kan skapa en känsla i barnet att det har sig själv att skylla för sin sjukdom. Barnet underkastar sig ofta smärtsamma behandlingar genom att hålla tillbaka sina egna känslor. Barnet socialiseras in i patientrollen under påverkan av föräldrar och kamrater. Barn är för det mesta bekanta med sjukrollen innan de blir patienter eftersom lindrigare barnsjukdomar är vanliga. De lär sig vilka rättigheter och skyldigheter de har när de är sjuka hemma. Denna roll är ofta förknippad med något gott. Barnet får ofta extra uppmärksamhet och förmåner som att slippa undan läxor, få glass och godis i tider som det inte skulle få om det var friskt. Patientrollen på sjukhus skiljer sig dock från sjukrollen hemma. Föräldrarna säger till barnet att följa de regler som sjukhuset föreskriver och tillvaron är mer styrd (11).

Även kamraterna informerar barnet vad det innebär att vara patient. Barn delger gärna sina egna erfarenheter av sjukhusvistelser. De ger ofta en något förvrängd bild av hur det är på sjukhuset. Antingen överbetonas det negativa aspekterna med skräckexempel eller så målas enbart positiva bilder upp med snälla sjuksköterskor och doktorer. Kamraterna har förstahandserfarenhet och barnet lyssnar mer på dem än på sina föräldrar. TV-program ger en ensidig och dramatisk bild av sjukhus som kan övertyga barnet att det bara är livshotande skador och sjukdomar som leder till sjukhusvistelse. Om de måste till sjukhus kan de tro att deras sjukdom är betydligt allvarligare än den i själva verket är. Studiebesök i en sjukhusmiljö ger en mer realistisk bild av sjukhus. Barnet får då möjlighet att uppleva sjukhuset från insidan under odramatiska former och det minskar felaktiga bilder av vad det innebär att vara patient (11).

## **Reaktioner under sjukhusvistelser relaterade till barns utveckling**

När barnet läggs in på sjukhus utsätts det för stress och otrygghet. Vilka reaktioner barnet visar beror på dess ålder, sjukdomens karaktär och tidigare erfarenhet (7). En vanlig stressreaktion hos småbarn och förskolebarn är regression. Försvarsmekanismen innebär att barnet återgår till en tidigare utvecklingsnivå under en period. Barnet kan plötsligt börja prata "baby-språk" eller kissa på sig. Många barn mellan tre och fem år tror att de själva har skuld till sin sjukdom och att behandlingen är ett straff. Genom att sjuksköterskan frågar barnet varför det ligger på sjukhus kan hon utläsa från barnets svar om det bär på skuld känslor. Tre ångestområden väcks hos barnet oavsett ålder: rädslan för att bli övergiven, bli stympad och rädslan för att dö (11).

### *Rädslan för att bli övergiven*

Barn är vana vid upprepningar och förutsägbarhet i tillvaron vilket skapar trygghet. Grundtilliten hos små barn (ett-tre år) rubbas om barnet separeras från sina föräldrar vid en sjukhusinläggning. Att bli övergiven innebär att förlora kärlek och trygghet. Barnets reaktion börjar i protest, övergår i förtvivlan och om barnet fortfarande upplever sig övergivet kan det uppträda apatiskt (11). Barn i förskoleåldern (fyra-sex år) har ingen färdigutvecklad tidsuppfattning. Barnet förstår inte att mamma kommer tillbaka utan tror att hon är borta för alltid. Det underlättar att konkretisera och t. ex. tala om att mamma kommer tillbaka när barnet ska äta kvällsmat (7).

### *Rädslan för att bli stympad*

Förskolebarn har en ökad medvetenhet om den egna kroppen och en rädsla för att den ska skadas. Smärta och provtagningar upplevs som hot mot på den kroppsliga integriteten och helheten. Deras fantasi kan göra att de uppfattar information från sjuksköterskan på ett skrämmande sätt. Barnet tänker konkret och kan tolka ordet smärtpump som att det är pumpen som skapar smärta. Det kan inbilla sig att hålet som sticket av en spruta gör, får det som är inuti kroppen att rinna ut. Då kan plåster användas och fungerar som en magisk ritual för barnet då den kroppsliga helheten kan återställas. I skolåldern (7-12 år) minskar övergivenhetsrädslan och mest påtaglig är rädslan för att kroppsdelar ska tas ifrån dem. Även tonåringar känner obehag för att någon ska inkräkta på deras kroppsliga integritet. De är rädda för att underkasta sig och att förlora kontrollen över sig själva (7, 11).

### *Rädslan för att dö*

Mellan fyra till sex års åldern tror barn ofta att döden drabbar enbart gamla och sjuka och att de själva är odödliga. Om vuxna använder metaforen att den döde har somnat in, för att lugna barnet, kan det få en motsatt effekt. Barnen kan bli rädda för att somna eller för att bli sövda med narkos vilket kan ge mardrömmar. Barn i åtta-nio års ålder förstår att döden kan drabba alla vilket kan leda till dödsångest. Tonårstiden är full av starka känslor och grubblerier över livet och döden. Tonåringen förnekar ofta allvaret i sin sjukdom till följd av sin stora rädsla för att dö (11).

Rädslor och starka reaktioner kan lindras av att barnet förbereds inför en sjukhusvistelse. Det är viktigt med konkret och enkel information till barnet om undersökningar och behandlingar. Hur informationen ska ges beror på barnets ålder och förmåga att ta till sig kunskap (7). Tamm (11) beskriver pedagogen Deweys tanke "learning by doing" som innebär att om barn ska lära sig så går det inte enbart att förmedla kunskapen verbalt eller bildligt då det är för abstrakt för barnet. Istället måste



det ske genom barnets egen aktivitet. När barnet själv har varit med om något, sett med egna ögon och rört med egna händer så formas en erfarenhet av det som lärts ut. Denna erfarenhet är bestående och relativt motståndskraftig mot glömska (11).

## **Barnets rättigheter på sjukhus**

Följande lagar och bestämmelser beskriver barnets rättigheter i vården.

### *FN:s barnkonvention*

FN:s generalförsamling antog konventionen om barns rättigheter 1989. Sverige godkände barnkonventionen 1990 som ett av de första länderna. Barnkonventionen består av 54 artiklar av vilka artikel 3, 6 och 24 berör barnet i vården. Där fastslås att barnets bästa alltid ska komma i främsta rummet. Varje barn har en inneboende rätt till livet och till det skydd och omvårdnad som behövs för att det ska uppnå bästa möjliga hälsa. Barn har alltid rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör barnet. Artikel 31 talar även om barnets rätt till vila och fritid, till lek och rekreation anpassad till barnets ålder (12).

### *Skollagen*

Barns rättigheter när de insjuknat och vårdas på sjukhus berörs i Skollagen. Barn ska få tillfälle att delta i verksamhet som motsvarar den som erbjuds i förskola eller barnomsorg, under den tid de vårdas på sjukhus (13).

### *Hälso- och sjukvårdslagen, HSL*

Kraven på hälso- och sjukvården som HSL ställer gör ingen skillnad på om patienten är ett barn eller en vuxen. Patienten har rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och sin vård samt att få bli delaktig. Vård och behandling ska så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet (14).

### *Nordisk förening för sjuka barns behov, NOBAB*

I Lieden 1988 hölls den första europeiska konferensen om barn på sjukhus. NOBAB sammansatte därefter Standard för Omsorg om Barn och Unga på Sjukhus. Den omfattar elva kvalitetsnycklar vilka uppmanas att följas: Sjukhusvård, Barns rätt till upprätthållande av relationer, Föräldraansvar, Information, Medbestämmande, Integritet, Stöd i normalutvecklingen, Anpassad omgivning, Kvalificerad personal, Kontinuitet och helhet samt Uppföljning. Sveriges regering antog dessa riktlinjer 1998 som underlag för vård av barn på sjukhus (15).

## **Lekterapi**

Sjuka barn har samma behov av lek som friska barn. I Sverige har leken använts på sjukhus under snart ett sekels tid. Vid Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus i Stockholm startades år 1912 lek- och sysselsättningsverksamhet för barn på sjukhus. Fram till 1950-talet vårdades barn på vuxenavdelning och behandlades som ”minivuxna” med samma mattider, sovtider och besökstider som vuxna patienter (16).

### *Ett sätt att informera*

Föreningen Sveriges Lekterapeuter arbetar för att barn ska få åldersanpassad information given genom lek. De vill att barn som ligger på sjukhus, genom lek och skapande verksamhet ska bli hjälpta att bearbeta nya erfarenheter och inhämta kunskap (16). En förutsättning för lek är att barnet känner sig tryggt, att det finns tid och att barnet får leka ostört. Månsson (10) skiljer på tre olika informationslekar: den ostrukturerade leken, den strukturerade och avreaktionsleken. I den ostrukturerade leken blir barnet bekant med sjukhusmiljön och materialet som används där. Barn kan få leka inför en specifik undersökning eller behandling med konkret material såsom dockor och nallar. Detta kallas den strukturerade leken. De små barnen kan då förstå vad som händer även om de inte verbalt kan uttrycka sig fullt ut. Då information ges genom lek görs barnet delaktigt i sin vård genom den egna upplevelsen som blir till förståelse. Föräldrar kan vara med vid informationen som passiva lyssnare. Efter undersökning och behandling behöver barnet bearbeta vad det varit med om. Detta kallas för avreaktionslek. Vuxna bearbetar upplevelser verbalt medan barn ofta gör det genom lek (10, 16).

På vårdrummet kan lekterapeuten stimulera till lek med färgkritor, lera, spel eller musik. Det kan barnet, anhöriga och sjuksköterskan leka med när lekterapeuten inte är kvar på rummet. När barnet drabbas av en sjukdom behöver det få stimulans för att kunna växa och utvecklas normalt. En viktig del i deras behandling på sjukhus är att de i så stor utsträckning som möjligt ska kunna fortsätta med sina normala lek- och fritidsaktiviteter. Lekterapi ger stöd åt det friska hos barnet. Idag har 42 kliniker där barn vårdas i Sverige en lekterapiverksamhet. Alla barn och ungdomar mellan 0-18 år som ligger på sjukhus är välkomna, liksom deras föräldrar och syskon (16).

### **Katie Erikssons omvårdnadsteori**

Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson (17) är än idag verksam och har haft stort inflytande över synen på vårdandets konst. Hon menar att uttrycksformerna för vårdandet varierar medan kärnan är densamma. Vårdandet består av den konkreta kroppsliga ansningen och den symboliska leken och lärandet. Hennes teori sammanfattas i:

*”Att vårda är att ansa, leka och lära, att fungera i tro, hopp och kärlek”*

(17 sid 9).

#### *Ansa*

Ansning beskrivs som en konkret och kravlös kärleksgärning. Människan blir accepterad som hon är, älskad för sin egen skull och inte för sina handlingar. Dess syfte är att människan ska uppleva ett kroppsligt välbehag och njutning som kan gynna växt och utveckling. Människan strävar efter frihet, oberoende och att bli självförsörjande. Den som ansar hjälper den andre till att kunna klara sig själv. Att ansa kan vara att våga gå utanför sig själv, hålla en hand eller krama om någon. Beröring är en viktig del i ansningen och Bibeln visar många exempel på beröringens helande verkan på människan.

#### *Leka*

*”Leken är en paradox. I leken finns övning, prövning, lust, skapande och allvar”*

(17 sid 26).

Att kunna leka är ett uttryck för hälsa. Enligt Erikssons (17) teori är leken ett element i vårdandet och ett medel för att uppnå hälsa. Leken är grundläggande för barnets

personlighetsutveckling och kommunikativa utveckling. I lekens paradox finns tryggheten i det egna inre bekanta och i det okända nya i den yttre verkligheten. Människan kan i leken växla mellan dessa två verkligheter och gradvis infoga det nya från den yttre verkligheten i sin egen inre värld. Det föder en känsla av att kunna behärska situationen. Eriksson (17) menar att leken idag har fått en undanskymd plats i vården och hon betonar dess viktiga betydelse (17).

### *Lära*

Lärandet utgör en av varandets, livets grunddimensioner. Det innebär en ständig förändring. Vårdaren hjälper patienten att möjliggöra lärandet som ger nya möjligheter och patienten kan återvinna sitt oberoende. Det betyder att vårdaren behöver ha en lärande hållning i vårdandet. Enligt Erikssons (17) teori hör det naturliga lärandet samman med lekandet och att det är viktigt att lärandet inom vården får mera inslag av lek (17). Lärandet sker genom kommunikation. Både vuxna och barn har rätt att lära sig om sin sjukdom och vård genom att få information om den (14).

## **SYFTE**

Syftet med detta arbete var att få förståelse för barns och föräldrars behov av förberedelse i samband med barns sjukhusvistelser.

Syftet var dessutom att öka kunskapen om hur sjuksköterskan möter dessa behov, vidare att beskriva de effekter som förberedelser har på barn och föräldrar samt konsekvenser av att inte vara förberedd.

## **METOD**

Litteraturstudien bygger på vetenskapliga artiklar som söktes elektroniskt i databaserna CINAHL och PubMed samt manuellt. Kombinationen av sökord, hur sökningen utföll samt vilka artiklar som valdes, redovisas i tabellen på sid 9. Jag började med att läsa titlarna och av dem som verkade intressanta för mitt ämne läste jag abstract. Då abstract verkade stämma överens med syftet skrev jag ut artikeln i fulltext. De artiklar som söktes manuellt (19, 23-26) fann jag i referenslistor i artiklar jag redan hade läst. Sammanlagt lästes 14 artiklar igenom i sin helhet varav 11 valdes ut. Två artiklar valdes bort då de inte var vetenskapligt granskade och en annan för att innehållet inte tjänade mitt syfte. De valda artiklarna beskrev hur barn förbereddes för undersökningar eller operationer samt effekterna av förberedelserna. Artiklarna bestod av sju kvantitativa, två kvalitativa och två litteraturstudier. För artikelsammanställning, se bilagan.

Artiklarna översattes och lästes först rakt igenom för att få en känsla för materialet. Sedan lästes de igenom grundligt ytterligare en gång och en induktiv bearbetning gjordes av artiklarnas innehåll. **Barnet** och **Föräldrarna** utsågs till huvudrubriker då dessa kategorier återkom i samtliga artiklar. Sjuksköterskans roll speglades tydligt under båda kategorierna. Gemensamma teman grupperades och fungerade som respektive underrubriker i resultatet: *Barnets behov av förberedelse, Att förbereda barnet, Effekter av att förbereda, Konsekvenser av att inte förbereda, Föräldrarnas behov av förberedelse* samt *Att förbereda föräldrarna*.

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Valda Artiklar, Ref. nr	Sökdatum
CINAHL	child AND nurse AND prepare	abstract, peer reviewed, 1980-2007	16	22	070322
CINAHL	child AND nurse AND communication	abstract, peer reviewed	38	28	070322
CINAHL	child AND surgery	abstract, peer reviewed	290	20, 21, 27	070326
Manuellt i referenser				19, 23, 24, 25, 26	070403
PubMed	child AND interview AND nurse	english	306	18	070405

## RESULTAT

### Barnet

#### *Barnets behov av förberedelse*

Flertalet artiklar betonade vikten av att barn behövde klar och tydlig information för att kunna förbereda sig inför en sjukhusvistelse (18-26). I en engelsk undersökning med nio barn tog Smith m.fl. (21) reda på deras behov av information före planerade operationer och vilken kunskap barnen hade innan de kom till sjukhus. Barnen som var i sju till elva års åldern, ombads i hemmet att skriva eller rita hur de trodde att det skulle bli på sjukhuset. De visade sig veta mycket lite om sjukhus och deras planerade operationer. Deras okunskap gjorde dem oroliga och ibland ångestfyllda inför att komma till sjukhus. Flera barn trodde att de skulle få sprutor och uppleva mycket smärta. Några barn trodde att deras föräldrar skulle lämna dem och att ingen skulle förklara vad som skulle hända. Barnen bar på många olika frågor innan de skulle komma till sjukhus och bli opererade.

*“When I am awake will I be taken step-by-step through what is going to happen? ...Will my mum and dad be there when I wake up? ...Are you allowed to use game boys?”* (21 sid 236).

I intervjuerna fann författarna (21) att majoriteten av de 61 frågorna barnen ställde handlade om vad som skulle hända, hur sjukhuset såg ut och om smärta; hur det skulle kännas. Övriga frågor berörde samordning, hur de skulle få information, narkosen, barnets tillstånd och dess familj. Flera av barnen tyckte ett bra sätt att få information

skulle vara genom broschyrer med bilder och foton från sjukhuset. Några önskade även få besöka sjukhuset. Barnens minnesbilder från tidigare sjukhuserfarenheter orsakade oroliga tankar om att deras operation inte skulle gå bra (21). Vissa tillfällen i samband med operationen var särskilt svåra för barnen att genomgå och de behövde bli förberedda på dessa. Separation från föräldrarna vid transport till operationsrummet, venprovtagning, sövningen och att nål skulle sättas, framkallade extra mycket stress hos barnen (20, 22).

Coyne (18) intervjuade elva barn och ungdomar, som var mellan 9-15 år, angående deras upplevelse av delaktighet i sin vård. Det framkom att barnen hade ett behov av att bli tillfrågade om sin vård och bli informerade för att kunna förstå sin sjukdom, bli involverade i vården och kunna förbereda sig (18). Oavsett från vilket land eller vilken operation barn skulle genomgå så upplevde mer än hälften av alla barn (60 %) oro för att bli opererade. Tidigare forskning som Justus m.fl. (22) tar upp i sin litteraturgranskning, visade att oron kunde försena narkosen och framkalla stresshormoner som kunde försena tillfrisknandet (22). Flera studier fann att de barn som tidigare blivit opererade var mer oroliga inför en ny operation (20, 27). I en undersökning hade en tredjedel av barnen tidigare traumatiska sjukhuserfarenheter vilka gav motsträviga beteenden i samband med operationen (27). Horne m.fl. (25) beskrev Reisslands undersökning som visade att yngre barn i fyra-sju års ålder inte hade lärt sig att hantera stressande situationer, som en sjukhusinläggning, utan var beroende av sina föräldrar för att klara detta. Äldre barn i 7-13 års ålder försökte däremot hantera den nya situationen med hjälp av copingstrategier (25).

#### *Att förbereda barnet*

Att barnets behov av förberedelse togs på allvar av sjuksköterskan framhölls av en rad författare (18, 22-24). En del sjuksköterskor tyckte att barnets synvinkel och delaktighet i sin vård var viktig och de uppmuntrade barnen att uttrycka sin syn på vården de fick. Vissa sjuksköterskor menade att barnets delaktighet i sin vård var beroende av dess kognitiva mognad (18).

Studien av Månsson m.fl. (24) utfördes på 58 barnavdelningar och visade hur information och förberedelse gavs till barn och föräldrar inför en klinisk undersökning. Barnen var antingen inläggande, öppenvårdspatienter eller dagpatienter. På nästan samtliga avdelningar (90 %) användes speciella förberedelseprogram för barn som skulle genomgå planerade operationer. Förberedelsens utformning var oftast relaterad till barnets ålder. Det var mer vanligt att sjuksköterskor före läkare informerade om det som skulle ske. De vanligaste sätten att förbereda småbarn i två till tre års ålder var med hjälp av dockor och lekterapi med lekterapeuter. Förskolebarn (fyra-fem år) blev oftast informerade genom att bli visade medicinsk utrustning som demonstrerades på dockor. Foton på barn som hade genomgått operationen och besök på operationssalen användes ibland. Skolbarn (sex-tolv år) fick förberedelse genom att titta i fotoalbum, i anatomiböcker och i broschyrer. Tonåringar (13-18 år) informerades genom att bli visade den medicinska utrustningen som skulle användas samt genom broschyrer, bilder och fotoalbum som följdes av en diskussion. Det kontrollerades om barnen hade uppfattat informationen genom att fråga barnen och/eller dess föräldrar eller be barnen beskriva sina känslor. Hur denna återkoppling gick till bestämdes av barnens ålder och mognad. Tidpunkten för informationen varierade mellan en till 20 dagar före barnets undersökning. Majoriteten av barnen och föräldrarna var nöjda med informationen de fått (24). Barnets individuella kognitiva mognad hade betydelse för utformningen av

metoderna i förberedelseprogrammen (20, 22-24). Repetition användes för att barnet skulle minnas bättre (23). Föräldrarna förberedde sina barn inför en operation genom att försöka förklara vad som skulle hända (21, 25-27). Några föräldrar tog på eget initiativ med sina barn och visade ett akutvårdsrum (26).

Justus m.fl. (22) beskrev Meet Me at Mount Sinai-programmet (MMAMS), som var ett samarbete mellan socialarbetare och sjukvårdpersonal i ett mångprofessionellt team. Känslomässig och kognitiv förberedelse anpassades efter utvecklingsbehoven hos barnet för att deras oro skulle minska och en positiv bearbetning av deras upplevelser skulle kunna ske. MMAMS innehöll olika lekmetoder och mental förberedelse med stödjande insatser för både barnet och dess familj. Barnet fick en förhandsvisning av hur sjukhusvistelsen kunde upplevas, som var skraddarsydd efter deras ålder, operationen och deras livserfarenheter. Varje förberedelsemoment var baserat på teamets bedömning av barnet och familjen, deras kultur, språk, sjukdomshistoria och prognos samt uttryckta bekymmer (22). Förberedelseprogrammen som beskrevs i artiklarna använde många olika hjälpmedel för att illustrera vad barnet skulle gå igenom som filmer, diabilder, bildböcker, rollspel, fotoalbum och dockor (19, 20, 22-26). I leken kunde riktig sjukhusutrustning användas som barnet fick med sig hem och kunde leka med och därmed fortsätta förberedas. Det var viktigt att valet av hjälpmedel anpassades efter barnets ålder och dess mognad. Ett sätt att minska barnets oro var att lära ut avslappningsövningar (22).

I studien av Shin m.fl. (28) filmades sjuksköterskor under deras dagliga aktiviteter med åtta sjuka barn. Verbalt och ickeverbalt beteende under interaktioner och samspel analyserades. Av alla interaktioner mellan sjuksköterskan och barnet bestod en mindre del (ca 12 %) av att ge information. Det var vanligare att sjuksköterskan gav information till föräldrarna än till barnet. Barnen frågade sällan sjuksköterskan om information utan ansågs vara passiva deltagare i spelen. Barnen bemötte mestadels sjuksköterskans handlingar genom att hålla med och göra som hon sa (28).

#### *Effekter av att förbereda barnet*

Att bli informerad före operation påverkade positivt barnens förmåga att bli bra igen. När barnen blev förberedda och tillfrågade om tillvägagångssätt i sin vård kände de sig glada, uppmuntrade och behandlade med respekt (18).

*”...They’re telling me what they’re doing as well, whereas at Hospital B they didn’t tell me what they were doing a lot, they get my opinion as well on the operations. I wasn’t really afraid cos they did actually tell you the risks of it (Ben aged 13)” (18 sid 66).*

När barn hade genomgått någon form av utarbetat förberedelseprogram före operation framkom entydiga resultat: en klar minskning av deras oro (18-23, 26). Barn som fick förberedelse hämtade sig snabbare och fick färre känslomässiga problem som separationsångest och sömnstörningar (20, 22). Användandet av en barnbok med enkla illustrerade förklaringar av vad som skulle ske under operationen bidrog till mer kunskap hos barnen. Mödrarna skattade att deras barn både före och efter operation, var mindre oroliga, irriterade, hjälplösa och mer förberedda om de hade läst boken (19). Att dramatisera olika situationer och öva på varandra, i kombination med mental förberedelse, fann Peterson i Hornes (25) litteraturgranskning vara en effektiv

förberedelsemetod. När en kamrat spelade patient gjorde det speciellt starkt intryck på barnet (25).

Barn i två till tio års ålder fick delta i ett förberedelseprogram inför en öra-, näsa- eller halsoperation. Förberedelsen bestod bland annat i rollspel och lek med dockor som skulle gå igenom samma operation. En kontrollgrupp fick vanlig skriftlig och muntlig information som inte var anpassad efter barnets ålder eller mognad. I jämförelse med kontrollgruppen visade gruppen som fått förberedelser en klar förbättring inom alla åldersgrupper och både barnet och föräldrarna kunde delta bättre och hade mer kunskap om premedicinering, EMLA-bedövning och narkos. Båda grupperna blev tillfrågade om de ansåg att informationen överensstämde med deras verkliga upplevelse av operationen. Gruppen som fått förberedelseprogrammet tyckte att informationen stämde bättre överens med deras erfarenheter än vad kontrollgruppen ansåg. Av barnen utan förberedelse tyckte cirka en tredjedel att informationen överensstämde väl med verkligheten medan hälften av barnen som gick igenom förberedelseprogram ansåg detsamma. De barn som hade fått leka med narkosmasken visade betydligt mindre rädsla i samband med sövningen. Förberedelserna gav större effekt på oron hos yngre barn under fem år än på äldre barn som var upp till tio år (20).

En sexårig pojke som skulle genomgå en ljumskbräckoperation fick förberedelse genom MMAMS. Sjuksköterskan förberedde pojken genom att använda en nalle som patient som skulle opereras på samma sätt. Pojken fick hjälpa till att sköta nallen och på så sätt kunde han uppleva en form av kontroll över operationen han skulle gå igenom. Familjen fick besöka sjukhuset och pojken fick med sig medicinsk utrustning hem för att leka med. Pappan trodde att pojken genom förberedelserna inte såg sin ljumskbräckoperation som något skrämmande längre. Istället verkade han ivrig att snart få bli opererad (22).

Barn mellan tre och tolv år som fick mentalt stöd och systematisk förberedelse inför specifika påfrestande situationer i samband med operation, visade sig vara mindre upprörda och oroliga. De var mer samarbetsvilliga under blodprovstagningen, premedicineringen och transporten till operationssalen. Barnen kunde även anpassa sig bättre postoperativt i jämförelse med en kontrollgrupp som hade fått rutinemässig muntlig information. De hade lättare för vätskeintag postoperativt och färre barn behövde medicin postoperativt jämfört med i kontrollgruppen (23). Liknande resultat med bättre samarbetsvilja hos barnen kunde ses i Lynches (26) studie. Där fick barnen känna på materialet som skulle användas under operationen och blev tillfrågade om vilken doft de ville känna vid sövningen innan de somnade (26).

#### *Konsekvenser av att inte förbereda barnet*

De flesta av de elva barnen i åldern 9-15 år, i Coynes (18) studie hade erfarenheter av att deras egna åsikter och synsätt inte togs tillvara. De kände sig exkluderade när de inte fick information och blev utestängda från beslut i deras vård. När de inte fick någon förberedelse trodde de att vårdpersonalen var så upptagna att de inte hade tid för barnen. En annan konsekvens var att personalen upplevdes som opersonlig och bara var ute efter att tjäna pengar. Efter att sjuksköterskan frågat dem om något, kunde hon vända sig till deras mamma och fråga samma sak. Ett barn sa att hon var den enda som kunde svara vad det var för fel på henne. I flera fall förklarade läkaren det som skulle ske med hjälp av facktermer som barnen inte förstod. Barnen upplevde det som att han talade över deras huvuden eller helt ignorerade dem vilket det kändes respektlöst. Ett

barn upplevde sig vara bortglömt när personalen inte tog tid sig tid och kände sig som ett osynligt objekt utan känslor. Flera barn menade att de vande sig vid att bli behandlade på det sättet. Men denna nioåriga flicka reagerade och uttryckte följande (fritt översatt): “...Prata med mig, förklara vad ni ska göra!”

*”It made me feel a bit...a slight bit...like a piece of machinery actually. They weren’t actually talking to me...I thought hey I’m the patient here! Talk to me, explain what you are going to do! (Isobel aged 9)”* (18 sid 66).

Barnen sökte på egen hand information för att kunna hantera deras sjukhusvistelse. Detta var den dominerande copingstrategin hos barnen. De frågade sina föräldrar, sjuksköterskor och kompisar som var sjuka, jämförde sin situation med erfarenheter från besök på sjukhus och med medicinska TV-program (18, 21). I intervjuer av Smith m.fl. (21) som gjordes en till två veckor före operation, framkom att inget av de nio barnen hade fått information direkt från sjukhuspersonalen. Inför operationen läste flera barn broschyrer skrivna på ”vuxenspråk”, ämnade för föräldrarna. Föräldrarna till ett barn hade försökt förklara vad som skulle hända men var osäkra på hur det såg ut på ett barnsjukhus (21).

## **Föräldrarna**

Föräldrarna betonade bevarandet av deras barns autonomi och självbestämmande i vården. Om barnens möjligheter respekterades trodde föräldrarna att deras självkänsla förstärktes och det ledde i förlängningen till att deras välbefinnande gynnades. Om barnet blev involverat i vården skulle det minska dess upplevelse av smärta. Några föräldrar betonade att deras barn hade mycket kunskap om sin sjukdom och behandling och att sjuksköterskan borde använda deras kunskap (18).

### *Föräldrarnas behov av förberedelse*

Även föräldrarna utsätts för stress när de får reda på att deras barn ska läggas in på sjukhus. De bär på oro för deras barns hälsa och deras rutiner i det vanliga livet blir rubbade. De kan känna sig hjälplösa och förvirrade. Deras känslor kan överföras till barnet, speciellt om föräldrarna inte får tillräcklig information och förberedelse. Barnets operation är traumatisk att genomgå även för föräldrar (22). De upplevde det mycket svårt att se på när deras barn blev sövda och när en nål skulle sättas (19). Föräldrarna förberedde sina barn inför en operation genom att försöka förklara vad som skulle hända (21, 22, 27, 28). Några föräldrar visade på eget initiativ ett akutvårdsrum för sina barn (28). Föräldrar kunde känna sig osäkra hur de skulle prata om operationen med sitt barn för att de själva inte hade fått tillräckligt med information (21, 22, 25).

### *Att förbereda föräldrarna*

Ett sätt för föräldrarna att hantera den nya situationen som innebar att deras barn lades in på sjukhus, var att de själva fick en aktiv roll i barnets förberedelse. I MMAMS kunde föräldrarna lära sig avslappningsövningar, läsa böcker om hur de kunde stötta sina barn och göra aktiviteter med sitt barn för att kunna hantera sin stress. De blev informerade om barnets olika förberedelsemetoder och deras syfte. Föräldrarna kunde fungera som en länk mellan barnet och sjuksköterskan genom att information som gavs till dem kunde överföras till barnet (22).



Flera studier visade att föräldrarna deltog mer i deras barns vård när de blivit förberedda genom tydlig information (19, 20, 22, 23). I studien av Visintainer m.fl. (23) fick en grupp föräldrar systematisk förberedelse och stöd tillsammans med sina barn. Självskattningsformuläret visade att de kände sig mindre oroliga, var mer adekvat informerade och nöjda med vården jämfört med dem som fick vanlig information (23). Mödrar som läste en barnbok med sitt barn tyckte att den hjälpte dem att hantera sin oro inför operationen. Skillnaden i oro var dock liten i jämförelse med mödrarna i kontrollgruppen (19). Studien av Månsson m.fl. (24) visade att föräldrarna var med under alla förberedelserna för barnet. Flera förberedelseprogram visade på detsamma (19, 20, 22-24, 26). Undantag gjordes för tonåringar då de kände sig mer obesvärade av att få prata själva med sjuksköterskan (24). Föräldrarna fick ofta skriftlig information om barnets undersökning eller operation (21, 22, 24).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Det var angeläget att studera hur sjuksköterskan kan hjälpa barn att hantera sin rädsla i samband med en sjukhusvistelse. Det framkom under artikelsökningen att operationer väckte speciellt stor rädsla hos många barn vilket gjorde att operationer blev inbegripna i begreppet sjukhusvistelse som används i syftet. I de artiklar där barnen genomgick en operation var den planerad och krävde en kortare sjukhusinläggning. Omvårdnads-teoretikern Katie Eriksson valdes då hennes teori om ansa, leka och lära verkade vara applicerbar på mitt undersökningsområde (17).

De kvalitativa artiklarna beskrev barns och föräldrars behov och syn på delaktighet och förberedelser inför en sjukhusvistelse och operation (18, 21). Studierna utfördes på mindre undersökningsgrupper av nio respektive elva barn vilket beaktades vid analysen. Litteraturstudierna presenterade tidigare forskning på området förberedelse för barn (22, 25) varav en även hade en fallbeskrivning (22). En artikel beskrev hur svenska barnavdelningar gick till väga när de informerade barn (24). Två kvantitativa artiklar visade hur kommunikationen mellan barn, föräldrar och sjuksköterska såg ut samt barns beteende i samband med en operation (27, 28). De övriga kvantitativa artiklarna (19, 20, 23, 26) beskrev skillnader i beteenden hos barnet och föräldrarna mellan experimentgrupper, vilka deltog i olika förberedelseprogram, och kontrollgrupper som fick vanlig rutinmässig information. I samtliga kvantitativa studier samlades data in genom observation och självskattningsformulär. Resultaten presenterades i tabeller, diagram och siffror som åskådliggjorde signifikanta skillnader i gruppernas känslor och beteenden. Resultaten överensstämde mycket väl; genom olika faktorer kunde det utläsas att barnens och föräldrarnas oro minskades av att få noggrann förberedelse och tydlig information från sjuksköterskan. En svaghet i dessa studier var att det inte framkom vad barnen tyckte om förberedelserna, förutom i studien skriven av Hatava m.fl. (20). Kritik kan även riktas mot bortfallsfrekvensen som var hög i flera studier och fick till följd att några resultat inte kunde generaliseras (19, 20, 24, 26, 28). Enkät svar från 58 (70 %) av 83 barnavdelningar låg till grund för resultatet i studien av Månsson m.fl. (24). Följaktligen gav detta inte en helt tillförlitlig bild av hur många barnavdelningar som egentligen använde sig av förberedelseprogram för barn.

När det gäller artikelsökningen förvånades jag över att sökordet *prepare* gav så få användbara artiklar. *Parents* användes inte som sökord på grund av att föräldrarnas perspektiv redan fanns med i majoriteten av artiklarna. Mycket tid lades på artikelsökningen och trots det blev utfallet inte helt tillfredställande. Försök gjordes att finna kvalitativa artiklar som närmare beskrev barns upplevelser av förberedelse, genom att använda sökorden *experience*, *needs* och *qualitative*, dock utan resultat. Att så många av artiklarna presenterade kvantitativa jämförelseanalyser fick till följd att jag omformulerade mitt syfte, för att det skulle passa artikelunderlaget. En möjlig orsak till att det gjorts få undersökningar med kvalitativ ansats kan vara att det krävs speciell etisk granskning av studier som berör barn. Detta för att förhindra att barnen utsätts för något de inte kan skydda sig mot. Flertalet författare (18, 20, 21, 24, 27, 28) upplyser om att deras studie genomgick granskning av en etisk kommitté.

Majoriteten av artiklarna var baserade på studier med barn mellan två och tolv år och därför kom denna åldersgrupp mest i fokus i mitt arbete. Tonåringar berördes inte lika ingående i artiklarna och deras perspektiv beskrevs mer ytligt i uppsatsen. Föräldrarnas utrymme i artiklarna var inte lika stort som barnens och därför fick föräldrarna en mindre roll i arbetet. Beträffande ursprungsland kom tre artiklar (20, 24, 27) från Sverige, vilket sågs som en fördel eftersom de visade på svenska förhållanden, där jag kommer att vara verksam som sjuksköterska. Fyra artiklar var från Europa: Irland (18), Österrike-Belgien (19) och England (21, 26). Tre andra kom från USA (22, 23, 28) och en från Australien (25). Spridningen av länder ansågs vara berikande och bidrog till ett mångkulturellt resultat. Artiklar som var publicerade under de senaste tio åren eftersträvades vid urvalet. Årtalsbegränsning vid databassökning ansågs inte vara nödvändigt och användes endast då artikel (22) hittades. Ett flertal artiklar refererade till studien av Visintainer m.fl. (23) och resultatet var viktigt för den fortsatta forskningen p.g.a. studiens stora omfattning och storlek. Därför valdes den trots dess tidiga årgång 1975. Av övriga artiklar publicerades åtta stycken under 2000-talet och två stycken år 1994.

## **Resultatdiskussion**

Barn som skulle genomgå en operation hade endast liten kunskap om sjukhus och ofta felaktiga bilder av vad som skulle hända. De kunde identifiera sina behov av information (21, 22). Sjuksköterskan bemötte barnens behov av information genom att i förberedelser använda sig av lek med dockor, fotoalbum, anatomi- och bilderböcker, film, rollspel och flera andra metoder. Metoderna för förberedelse var ofta anpassade efter barnens ålder och mognad (19, 20, 22-24, 26, 27). Det rådde samstämmighet mellan artiklarna att förberedelse gav god effekt med minskad oro och ökade kunskaper hos barnen och föräldrarna. Grupper med barn och föräldrar som genomgått något förberedelseprogram var bättre rustade inför en sjukhusvistelse än grupper som fick vanlig rutinmässig information (18-20, 22, 23, 25, 26). Barnen kände sig uppmuntrade och behandlade med respekt när de blev förberedda. De fick färre problem som separationsångest och sömnstörningar efter sjukhusvistelsen (20, 22). Föräldrarna kände oro och behövde bli försäkrade om att deras barn fick bra vård. De var ofta med sina barn när de blev informerade av sjuksköterskan och kunde få en aktiv roll i deras förberedelseprogram. De fick även skriftlig information och barnböcker att läsa med sitt barn (19, 21, 22, 24, 25). När föräldrarna blev informerade deltog de mer i deras barns vård (19, 20, 22, 23). Föräldrar som inte fick bra förberedelse kände sig osäkra för hur de skulle prata med sina barn om det som skulle hända (21, 22). När

barnen inte blev informerade kände de sig kränkta och blev upprörda (18, 21). Med denna sammanfattning anser jag härmed att syftena med arbetet är infriade.

Likheterna i artiklarnas resultat är många, vilket var väntat. Genom liknande metoder har författarna funnit att anpassad information ger mer förberedda och nöjda barn och föräldrar, vilket tidigare forskning redan pekat på (18-23, 25-27). Om barn tittade på TV-program som utspelade sig på sjukhus kunde de tro att det bara var livshotande skador och sjukdomar som ledde till en sjukhusvistelse vilket oroade dem (11). Att denna feltolkning fanns hos barn bekräftades i artikel (20). Studiebesök på sjukhuset gav en mer realistisk bild av sjukhusvistelsen (11). Några barn önskade få besöka sjukhuset vilket flera barn även gjorde i förberedelseprogram (21, 22, 24, 26). Barn hade störst behov av att få reda vad som skulle hända, hur det skulle bli på sjukhuset och hur det skulle kännas (21). De frågor som barnen ställde inför en sjukhusvistelse speglar de rädslor som Tamm (11) menar väcks i varje barn inför en sjukhusvistelse: rädslan för att bli övergiven, stympad och rädslan för att dö (11). Deras ängsliga frågor om narkosen kan troligen förklaras med att barnen i studien var i sju till elva års ålder då rädslan för att somna in och dö är stor. Frågorna som handlade om smärta och nålar speglar att barn kan uppleva smärta som hot mot på deras kroppsliga integritet och helhet (11, 21).

Ett barn undrade om det är tillåtet att leka och spela game-boy på sjukhuset (21). Det är viktigt att sjuksköterskan visar att barnet får ägna sig åt normala lek- och fritidsaktiviteter på sjukhuset (16). Enligt Skollagen och NOBAB har barnet rätt att på sjukhus få delta i verksamhet som motsvarar den som erbjuds i förskola eller barnomsorg (13, 15). För att göra sjukhusmiljön mer vanlig och tillåtande för lek skulle alla barn- och vuxenavdelningar kunna ha ett hörn med kitor, leksaker och spel. Genom möjlighet till lek kan barn som är sjuka eller anhöriga bearbeta sina känslor och förbereda sig (16).

Det är en stor omställning för barn att läggas in på sjukhus. Barn behöver få del av de rutiner och normer som gäller (11). Det framkom att det var betydelsefullt för barnen att känna delaktighet i sin vård vilket fick dem att känna sig respekterade (18, 21). I en artikel var det mer vanligt att sjuksköterskor gav information om barnets vård till föräldrarna än direkt till barnet (28). Barnen upplevde ibland att vårdaren talade över deras huvud eller helt ignorerade dem. Det gjorde dem upprörda och ett barn beskrev det som att hon kände sig som en maskin som ingen pratade med. Barnen vände sig dock vid att inte bli räknade med (18). Detta ser jag som ett sätt för vårdaren att utöva makt över barnet vilket även görs när facktermer används vid information. Barn har en lagstadgad rätt till delaktighet i sin vård och rätt att få individuellt anpassad information (14, 15). FN:s barnkonvention menar att barn alltid har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör barnet (12). Lagarna verkar till viss del följas i praktiken ute på sjukhusen eftersom det framkom i artiklarna att barnets behov av delaktighet beaktades (18, 21, 22, 26). Delaktighet, medbestämmande och förberedelse kan ses som sammankopplade komponenter som när de efterlevs gör att barnet känner sig respekterat. Ett exempel på medbestämmande var att barnen fick bestämma vilken doft de ville känna i samband med sövningen (26).

Erikssons (17) teori menar att ansandet i vården innebär att människans behov blir mötta och den andre blir hjälpt till att kunna klara sig själv. Som sjuksköterska tror jag att det är mycket värdefullt att se barnen och bekräfta dem som egna personer med äkta

känslor (17). Barn med tidigare erfarenhet av en operation var mer oroliga än de barn som opererades för första gången (20, 27). Kanske berodde det på att barnen tidigare inte hade blivit mötta i sina rädslor och behov. Av de barn som hade fått förberedelse före operation ansåg endast hälften att denna förberedelse stämde överens med den verkliga upplevelsen av operationen (20). Möjligtvis finns det en risk att operationen framställs som ”för rolig” i förberedelsens lek och rollspel. Kanske underbetonas det som är svårt och smärtsamt. Barnet behöver få hjälp att minska sin oro och slappna av men barnet ska inte luras. Det är en form av trauma att gå igenom en operation och barnet kommer att uppleva smärta, vilket är viktigt att det får reda på. Sjuksköterskan behöver tro på barnet och ta oron på allvar. Först då kan barnet känna tillit till sjuksköterskan. Barnet behöver få sanningsenlig information och ha någon att dela sina rädslor med.

När information ges genom lek görs barnen delaktiga i sin vård genom att den egna upplevelsen i leken blir till förståelse. De små barnen kan genom den så kallade strukturerade leken, förstå vad som ska hända även om de inte verbalt kan uttrycka sig fullt ut (7, 10, 16). När barnet får leka det som barnet kommer att gå igenom, så växlar det mellan två verkligheter och infogar det nya på sjukhuset i den yttre verkligheten, in i sin egen inre värld. Barnet upplever en känsla av att behärska situationen och det leder till delaktighet i vården (17). Jag tolkar det som att flera författare beskrev Deweys tanke ”learning by doing” i sina förberedelsemetoder (11). Erikssons (17) teori om lekens betydelse i vården styrktes av artiklarnas resultat (17, 20, 22-24, 26).

Flera artiklar understryker vikten av tydlig information till föräldrarna. Det är vanligt att föräldrarna försöker förbereda sina barn inför en sjukhusvistelse och planerad operation. Många barn förväntar sig också att deras föräldrar kan svara på frågor. Det visade sig vara osäkra vad de skulle svara på frågorna. Föräldrarna är ingen tillförlitlig källa till kunskap för barnet då de inte alltid är insatta i barnsjukvården och vad som kommer att hända (18, 21). Jag tror att en del föräldrar är rädda och försöker skydda sina barn från det som gör ont och undanhåller kanske information från dem. Om sjuksköterskan informerar på ett bra sätt kan föräldrarna istället fungera som en länk mellan sjuksköterskan och barnet (22). Först när föräldrarna har blivit förberedda och fått svar på sina oroliga frågor kan de förmedla lugn och fungera som stöd för sina barn. Barn är lyhörda och är föräldrarna oroliga så överförs lätt känslorna till barnen.

En olikhet ses i resultaten mellan två artiklar (18, 28) angående om barn själva söker information eller inte. Coyne (18) menade att självständigt informationssökande var den dominerande copingstrategin för barnen. Det framgår inte i vilka åldrar de elva barnen var men citaten i artikeln kommer från barn mellan nio och 14 år (18). Observationerna av Shin m.fl. (28) visade att de åtta barnen, som var mellan fem och sex år, sällan frågade sjuksköterskan om information utan betraktades som passiva i samspelen. Resultaten kan dock inte generaliseras eftersom undersökningsgrupperna är små. Studierna är gjorda i Korea och England vilket borde medföra en viss kulturell skillnad i barnens beteenden (18, 28). Ålderskillnaden kan även vara en trolig förklaring till motsägelsen. De äldre barnen har kanske lättare att ta för sig och fråga för att kunna hantera sin situation medan yngre barn är mer osäkra och beroende av sina föräldrar och därmed underkastar de sig sjuksköterskan. Tanken styrks av resultatet Horne m.fl. (25) visar på. Som sjuksköterska behöver jag vara lyhörd för barnets behov av information för att det inte meddelar sig på samma sätt som vuxna gör. Barnets rädslor kanske inte alltid märks på utsidan och då får sjuksköterskan

använda sin fantasi och försöka forska efter barnets tankar och känslor. I likhet med en undersökningsmetod tror jag det går att göra genom att be barnet rita en teckning hur de tror att operationen kommer att bli (21). Barn kommunicerar bland annat genom lek (10). Genom att vara observant när barnet ”leker operation” med en nalle, går det att få reda på vilka föreställningar och känslor det har inför operationen.

Platsen för undersökningarna på barnen varierade från barnsjukhus, barnavdelningar och öppenvårdsavdelningar med dagkirugi. I några artiklar framgick inte avdelningens sort helt klart vilket kan skapa missförstånd hos läsaren. I artikeln av Månsson m.fl. (24) undersöktes ”swedish pediatric wards” vilka jag tolkade som barnavdelningar som inte nödvändigtvis var lokaliserade till barnsjukhus (24). Idag vårdas även barn på våra vuxenkliniker vilket jag har erfarit från en hjärtavdelning för vuxna. Medicinska orsaker kan förklara att det ibland är nödvändigt för barnen att ligga på vuxenavdelningar. Tidigare var det vanligt att det ingick praktik inom barnsjukvård på sjuksköterskeprogrammet. Jag har i min utbildning saknat den kunskapen. Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet är kursen i barnsjukvård valbar på bekostnad av en annan kurs. Jag anser, med stöd av antagandet att vi kan träffa barnen i vuxenvården, att det är viktigt att sjuksköterskor har kunskap om barns behov och deras rättigheter.

Smith m.fl. (21) nämnde i bakgrunden av sin studie att det inte gick att bestämma vilken förberedelse barnet skulle få genom att se på dess ålder och utvecklingsteorier. Barnen var olika och behövde även individuellt anpassad information (18, 21, 22). MMAMS praktiserade detta och familjen fick en skräddarsydd förberedelse anpassad efter flera faktorer såsom deras kultur, sjukdomshistoria samt tidigare erfarenheter av sjukhusvistelse. MMAMS:s mångprofessionella samarbete resulterade i en god och genomtänkt förberedelse för hela familjen. Det framgår inte i studien om programmet har spridit sig internationellt. Deras sätt att arbeta utifrån en holistisk människosyn har mycket att lära oss och författarna menade att arbetssättet var applicerbart även på sjukhus där inte alla professioner var representerade (23). Tidigare erfarenheter av operation gav mer oro och inverkade negativt på barnets beteende före operationen, vilket talar för det behövs en individuellt anpassad förberedelse (20, 22, 27). Sjukvårdens ekonomi styrde i vissa fall vilken förberedelse barnen kunde få (24). Förberedelseprogram kräver resurser och pengar. Oro hos barnen före operationen kunde försena narkosen och framkalla stresshormoner som försenade tillfrisknandet, vilket krävde längre vårdtider (22). Det framgick att förberedda barn hade enklare att anpassa sig pre- och postoperativt samt att de visade bättre samarbetsvilja. Barnen verkade må både psykiskt och fysiskt bättre om de blev förberedda (23, 26). I förlängningen borde då barnens behandling bli mindre kostsam och vårdtiden bli kortare, vilket talar för att prioritera utvecklingen av förberedelseprogram.

Barnens (sju-elva år) frågor om vad de ville få reda på visade på vilka behov de hade av information före en operation. På så sätt kunde de bidra till utvecklingen av förberedelseprogram för barn inför sjukhusvistelser. Författarna (21) föreslår i sin introduktion, att det bästa sättet att förvissa sig om behoven hos barn i vissa åldrar är att fråga dem direkt, i motsats till att förlita sig på teoretiska antaganden av barnens förmåga och förståelse. Jag är beredd att hålla med och eftersöker mer forskning med liknande kvalitativa undersökningar, där större grupper med barn blir tillfrågade om deras upplevelser och behov av förberedelse (21). Det skulle även vara relevant att

närmare undersöka vilken tidpunkt som är lämpligast att förbereda barnen samt om flickor och pojkar skiljer sig i deras sätt att tillgodogöra sig information.

Även i en vuxen människa tror jag det finns ett litet barn. När vi blir sjuka så kommer barnet fram i oss. Plötsligt klarar vi oss inte längre själva utan blir beroende av andra. Vi förlorar kontrollen och blir utlämnade till andras vårdnad och kunskap. Eriksson (17) menar att människan strävar efter frihet och oberoende, till att vara självförsörjande (17). Jag tror beroendet av andra människor kan skapa en oro i oss över att våra behov inte kommer att bli bemötta och respekterade. Det kan kännas igen i barnets ängslan över att sjuksköterskan kommer att göra något som är smärtsamt för barnet, utan att först berätta det. Eller i barnets ångest över att föräldrarna ska lämna barnet ensam före en operation. Liknande oro kan vi vuxna känna när vi blir sjuka och förlorar vårt självbestämmande. Vi vill kunna lita på dem som vårdar oss. Då behöver vi, precis som barnet, få information och förberedelse så att vi kan känna oss delaktiga i vården som ges. Att se att vi själva bär på ett litet barn inom oss kan hjälpa oss att förstå vikten av att möta barnets behov av förberedelse.

## REFERENSER

1. Vårdförbundet SHSTF. Anteckningar om sjukvård...ur vårt tidsperspektiv. Stockholm: SHSTF, 1989 (FoU-rapport;1989:31).
2. Enskär K, Edwinston Månsson M. Pediatrisk vård och specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2000.
3. Medicinsk födelseregistrering 1999. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/9A33FCFF-7E66-4EA2-823C172F2936B313/1608/2001425.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/9A33FCFF-7E66-4EA2-823C172F2936B313/1608/2001425.pdf). Tillgänglig: 2007-03-16
4. Medicinsk födelseregistrering 2003. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F11FF46F-7D50-4D78-AF54-0330B5E92239/3628/2005424.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F11FF46F-7D50-4D78-AF54-0330B5E92239/3628/2005424.pdf). Tillgänglig: 2007-03-16
5. Folkhälsa Lägesrapport 2006. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E8B505A3-047B-484C-95F80BC5BE59F0BA/7133/200713115\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E8B505A3-047B-484C-95F80BC5BE59F0BA/7133/200713115_rev.pdf). Tillgänglig: 2007-03-20
6. Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm). Tillgänglig: 2007-03-20
7. Tveiten S. Omvårdnad i barnsjukvården. Lund: Studentlitteratur; 2000.
8. Mitchell P. Barns psykiska utveckling. Lund: Studentlitteratur; 1993.
9. Eriksson E H. Ungdomens identitetskriser. Stockholm: Natur och kultur; 1988.
10. Månsson M. Barn behöver veta. Arlöv: LIC Förlag; 1988.
11. Tamm M. Hälsa och sjukdom i barnens värld. Stockholm: Liber; 1996.
12. FN:s barnkonvention. [www.bo.se/vux\\_allman\\_mallsida.aspx?pageid=44](http://www.bo.se/vux_allman_mallsida.aspx?pageid=44). Tillgänglig: 2007-03-22
13. Skollagen: Skolverket. [www.skolverket.se/sb/d/777#paragraphAnchor0](http://www.skolverket.se/sb/d/777#paragraphAnchor0). Tillgänglig 2007-03-22
14. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). [www.socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Regelverk/lag\\_halsoochsjukvard.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Regelverk/lag_halsoochsjukvard.htm). Tillgänglig: 2007-03-23
15. Nordisk förening för sjuka barns behov. [www.nobab.se](http://www.nobab.se). Tillgänglig 2007-03-23
16. Föreningen Sveriges Lekterapeuter. [www.sverigeslekterapeuter.se](http://www.sverigeslekterapeuter.se). Tillgänglig: 2007-03-23
17. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Nordstedts Förlag; 1997.

18. Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *J Clin Nurs* 2006;(15):61-71.
19. Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gardner H, Stark H, Pfluegler A m.fl. Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *Ped Otorhin* 2003;(67):35-41.
20. Hatava P, Olsson G, Lagerkranser M. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Ped Ana* 2000;(0):477-86.
21. Smith L, Callery P. Children's accounts of their preoperative information needs. *J Adv Nurs* 2005;(14):230-38.
22. Justus R, Wyles D, Wilson J, Rode D, Walther V, Lim-Sulit N. Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Ped Nurs* 2006;32(1):35-42.
23. Visintainer M, Wolfer J. Psychological preparation for surgical pediatric patient: the effect on children's and parent's stress responses and adjustment. *Pediatrics* 1975; 56(2):187-02.
24. Månsson M, Dykes A-K. Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in swedish pediatric wards. *Ped Nurs* 2004;30(3):182-88.
25. Horne D, Vatmanidis P, Cereri A. Preparing patients for invasive medical and surgical procedures 1: Adding behavioral and cognitive interventions. *J Behav Med* 1994;20(1):1-14.
26. Lynch M. Preparing children for day surgery. *Children's health care* 1994;23(2):75-85.
27. Proczkowska-Björklund M, Svedin C-G. Child related factors affecting compliance with induction of anaesthesia. *Ped Ana* 2004;(14):225-34.
28. Shin H, White-Traut R. Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit. *J Adv Nurs* 2005;52(1):56-62.



## BILAGA

### Artikelsammanställning

Referensnr:	18
Titel:	Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives.
Författare:	Coyne I.
Land:	Irland
Tidskrift:	Journal of Clinical Nursing
Publikationsår:	2006
Syfte:	Undersöka barns, föräldrars och sjuksköterskors syn på delaktighet i vården.
Metod:	Kvalitativ studie där grounded theory-metod användes. Djupintervjuer och observation av barnen. Frågeformulär till föräldrarna och sjuksköterskan.
Urval:	Elva barn (9-15 år) med varierande sjukdomshistorier, tio föräldrar och tolv sjuksköterskor valdes ut från fyra olika barnavdelningar.
Bortfall:	Inget.

---

Referensnr:	19
Titel:	Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial.
Författare:	Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C et al.
Land:	Österrike, Belgien
Tidskrift:	Pediatric Otorhinolaryngology
Publikationsår:	2003
Syfte:	Undersöka om förberedelse inför en operation med hjälp av en barnbok minskade pre- och postoperativ oro och smärta hos barn och deras mödrar.
Metod:	Randomiserad kvantitativ studie. En experimentgrupp erhöll en illustrerad barnbok i förberedande syfte och dess effekt jämfördes med en kontrollgrupp. Mödrarna och sjuksköterskorna skattade barnens oro samt hur förberedda och delaktiga de var i vården.
Urval:	610 barn (två-tio år) slumpmässigt utvalda, varav 400 deltog, som genomgick öra-, näsa- eller halsoperationer och deras mödrar.
Bortfall:	210 familjer deltog inte p.g.a. att de svarade ofullständigt på frågeformuläret.

---

Referensnr:	20
Titel:	Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods.
Författare:	Hatava P, Olsson G, Lagerkranser M.

Land: Sverige  
Tidskrift: Pediatric Anaesthesia  
Publikationsår: 2000  
Syfte: Undersöka om ett förberedelseprogram underlättade för barn och föräldrar att tillgodogöra sig information och minskade oron före operation samt ta reda på deras åsikter om förberedelserna.  
Metod: Kvantitativ jämförande studie. En grupp med barn fick vanlig information och en grupp fick utökad information med bland annat rollspel. Ett självskattningsformulär fylldes i där de skattade sin oro och tillfredsställelse av informationen och vården.  
Urval: 169 barn (två-tio år) och deras föräldrar, varav 160 deltog. Barnen genomgick öra-, näsa- eller halsoperation på en öppenvårdsavdelning.  
Bortfall: Nio barn p.g.a. de inte deltog under en del av studien.

---

Referensnr: 21  
Titel: Children's accounts of their preoperative information needs.  
Författare: Smith L, Callery P.  
Land: England  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
Publikationsår: 2005  
Syfte: Undersöka vilka behov av information barn hade inför en operation samt vilka kunskaper de hade innan de lades in på sjukhus för operation.  
Metod: Kvalitativ. Barnen intervjuades under tiden de ritade teckningar. Intervjuerna analyserades.  
Urval: 40 lämpliga barn (sju-elva år) valdes från operationslistan varav nio barn valde att delta. Barnen skulle genomgå planerade operationer på ett barnsjukhus.  
Bortfall: 31 barn ville inte delta.

---

Referensnr: 22  
Titel: Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective.  
Författare: Justus R, Wyles D, Wilson J, Rode D, Walther V, Lim-Sulit N.  
Land: USA  
Tidskrift: Pediatric Nursing  
Publikationsår: 2006  
Syfte: Undersöka hur barn i olika åldrar uppfattar en operation och diskutera förberedelseprogramms kliniska innebörd samt presentera principerna i programmet Meet Me at Mount Sinai.  
Metod: Litteraturgranskning baserad på 37 artiklar och även en fallbeskrivning från MMAMS-programmet.

Urval: Framgår ej.  
Bortfall: -

---

Referensnr: 23  
Titel: Psychological preparation for surgical pediatric patient: the effect on children's and parents' stress responses and adjustment.  
Författare: Visintainer M, Wolfer J.  
Land: USA  
Tidskrift: Pediatrics  
Publikationsår: 1975  
Syfte: Pröva tre olika typer av psykologisk förberedelse och stödjande vård för att öka anpassningen hos barn och deras föräldrar till sin sjukhusvistelse och operation samt jämföra effekterna med en kontrollgrupp.  
Metod: Randomiserad kvantitativ studie. Tre olika barngrupper genomgick varierande förberedelser och barnens reaktioner och känslor under behandlingen mättes och jämfördes med en kontrollgrupp. Föräldrarnas oro och tillfredsställelse med informationen självskattades.  
Urval: 84 barn (tre-tolv år) och föräldrar valdes slumpmässigt ut varav alla deltog. De genomgick tonsillektomi eller liknande operation och hade ingen tidigare erfarenhet av sjukhus.  
Bortfall: Inget.

---

Referensnr: 24  
Titel: Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in swedish pediatric wards.  
Författare: Månsson M, Dykes A-K.  
Land: Sverige  
Tidskrift: Pediatric Nursing  
Publikationsår: 2004  
Syfte: Att belysa hur barnavdelningar informerar och förbereder barn och föräldrar inför en klinisk undersökning. Undersöka när, av vem, med vilken metod informationen gavs, om den var baserad på kvalitetsindikatorer och om ekonomin påverkade den.  
Metod: Kvantitativ enkätstudie. Frågeformulär om sjukhustyp, informationsservice och förberedelsemetoder skickades till avdelningar. Deskriptiv analys gjordes av svaren.  
Urval: 83 stycken svenska barnavdelningar varav 58 (70 %) svarade på frågeformuläret.  
Bortfall: 25 barnavdelningar besvarade ej enkäten.

---

Referensnr: 25  
Titel: Preparing patients for invasive medical and surgical procedures 1: Adding behavioral and cognitive interventions.  
Författare: Horne D, Vatmanidis P, Cereri A.  
Land: Australien  
Tidskrift: Behavioral Medicine  
Publikationsår: 1994  
Syfte: Att undersöka oron hos barn och vuxna över sjukhusvård samt flera aspekter av psykologisk förberedelse inför operationer.  
Metod: Litteraturgranskning.  
Urval: Granskning av forskning inom området under de senaste 30 åren av totalt 48 artiklar.  
Bortfall: -

---

Referensnr: 26  
Titel: Preparing children for day surgery.  
Författare: Lynch M.  
Land: England  
Tidskrift: Children's Health Care  
Publikationsår: 1994  
Syfte: Undersöka effekterna av ett preoperativt utbildningsprogram på barnens känslomässiga smärta.  
Metod: Kvantitativ studie. En grupp med barn och föräldrar deltog i ett förberedelseprogram två veckor före operation. Barnens beteende analyserades och de skattade själva sina känslor genom att välja ett av fem målade ansiktsuttryck.  
Urval: 66 barn (tre-tio år) tillfrågades varav 36 valde att delta. De genomgick planerade operationer.  
Bortfall: 30 barn ville ej delta.

---

Referensnr: 27  
Titel: Child related factors affecting compliance with induction of anaesthesia.  
Författare: Proczkowska-Björklund M, Svedin C-G.  
Land: Sverige  
Tidskrift: Pediatric Anaesthesia  
Publikationsår: 2004  
Syfte: Identifiera beteendefaktorer preoperativt som kunde förutsäga hur barnet skulle hantera narkosinduktionen.  
Metod: Kvantitativ studie. Barnen filmades under premedicinering och narkos och deras beteende analyserades. Frågeformulär fylldes i av föräldrarna om beteende och rädslor.  
Urval: 102 barn (två-sju år) som genomgick öra-, näsa- eller halsoperationer och deras mödrar.  
Bortfall: Framgick ej.

---

Referensnr:	28
Titel:	Nurse-child interaction on an inpatient paediatric unit.
Författare:	Shin H, White-Traut R.
Land:	USA
Tidskrift:	Journal of Advanced Nursing
Publicationsår:	2005
Syfte:	Att undersöka mönster i sjuksköterska/barn/förälderrelationen och identifiera sjuksköterska/barn och sjuksköterska/förälder-interaktioner på en pediatrik avdelning.
Metod:	Kvantitativ undersökning. Sjuksköterskeaktiviteter med barnen filmades under totalt åtta timmar. Verbalt och ickeverbalt beteende och samspel registrerades och analyserades.
Urval:	Tio barn (fem-sex år) på sjukhus i Korea tillfrågades, varav åtta barn deltog i studien, deras mödrar och sex sjuksköterskor som hade minst två års arbetserfarenhet.
Bortfall:	Två barn ville inte delta.