

# **Barns preoperativa rädsla**

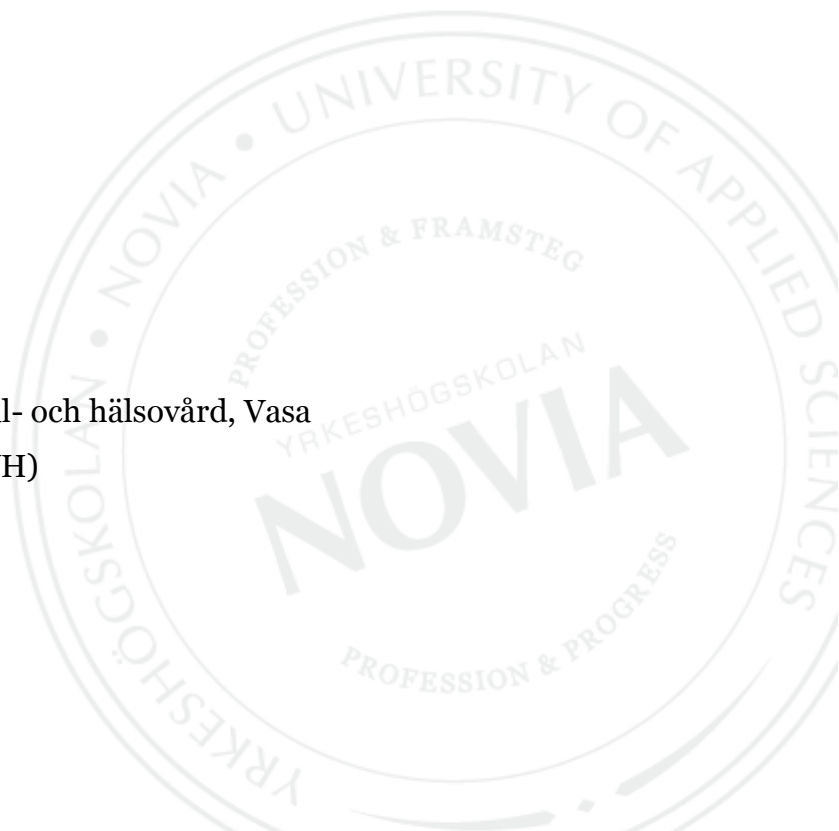
## **litteraturstudie**

Matilda Komsu

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2014



# EXAMENSARBETE

Författare: Komsu Matilda  
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa  
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete  
Handledare: Levy-Malmberg Rika

Titel: Barns preoperativa rädsla

---

Datum: Oktober 2014

Sidantal: 39

Bilagor: 1

---

## Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie undersöka barns preoperativa rädsla, vilka faktorer som bidrar till den preoperativa rädslan samt vilka metoder som sjukskötaren kan använda sig av för att minska rädslan inför operation. Forskningsfrågorna som ställs är: Hur kan sjukskötaren handla för att minska den preoperativa rädslan? och Vilka metoder kan sjukskötaren använda sig av för att minska den preoperativa rädslan? Som vårdvetenskapliga utgångspunkter har Katie Erikssons (1993;1994) teori om lidande och Sister Callista Roys (1980;1981;1994) adaptationsmodell använts.

Som datainsamling valdes en dokumentstudie bestående av vetenskapliga artiklar. För att skapa en sammanfattning av artiklarna har en resuméartikel gjorts. Med hjälp av innehållsanalys har de valda artiklarnas resultat analyserats och respondenten har fått fram två huvudkategorier; "faktorer som bidrar till den preoperativa rädslan hos barn" och "att minska den preoperativa rädslan" samt fem underkategorier; patient, omgivning, intervention, preoperativ ångest och sjukskötaren.

Resultatet visar att barn har svårt att föreställa sig hur det kommer att vara att bli intagen på sjukhus och att bli opererad. Detta skapar en känsla av att inte ha kontroll och gör att barn blir rädda. Sjukskötaren måste vara medveten om utlösande faktorer, samt känna till barnens beteende, för att kunna ta i bruk metoder som minskar rädslan. Ett effektivt sätt för att minska rädslan är att sjukskötaren använder sig av interventioner t.ex. dramatiserande lekar, att barnet får bekanta sig med operationsinstrument eller clowner som utför olika trick. Barns egna önskningar är att sjukskötaren lyssnar på barnet och visar respekt. Informationen som ges till barn skall vara så sanningsenlig som möjligt och barn vill få informationen på ett "vuxet" sätt. För att skapa tillit och förtroende är det viktigt att sjukskötaren låter barnet vara delaktig i vården och i mån av möjlighet fatta egna beslut.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: preoperativ, oro, ångest, rädsla, barn, operation, förberedelse

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Komsu Matilda  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa  
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hoitotyö  
Ohjaajat: Levy-Malmberg Rika

Nimike: Lasten preoperatiivinen pelko

---

Päivämäärä: Lokakuu 2014

Sivumäärä: 39

Liitteet: 1

---

## Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuustutkimuksen kautta tutkia lasten preoperatiivista pelkoa, tekijöitä jotka aiheuttavat preoperatiivista pelkoa ja erilaisia menetelmiä, jotka sairaanhoitaja voi käyttää vähentääkseen pelkoa ennen leikkausta. Opinnäytetyölle asetetut kysymykset ovat: Kuinka sairaanhoitaja voi toimia vähentääkseen preoperatiivista pelkoa? ja Minkälaisia menetelmiä sairaanhoitaja voi käyttää vähentääkseen preoperatiivista pelkoa. Hoitotieteen lähtökohtina käytettiin Katie Erikssonin (1993;1994) näkemystä kärsimyksestä ja Sister Callista Royn (1980;1981;1994) adaptaatiomallia.

Tiedonkeruuksi valittiin asiakirjatutkimus, joka koostuu tieteellisistä artikkeleista. Sisällöllinen kooste on tehty luodakseen kokonaiskuva valituista artikkeleista. Artikkeleiden tulokset analysoitiin sisältöanalyysin avulla ja siitä tekijä sai kaksi pääkategoriaa; ”tekijät, jotka vaikuttavat lasten preoperatiiviseen pelkoon” ja ”preoperatiivisen pelon vähentäminen” sekä viisi alaluokkaa; potilas, ympäristö, interventio, preoperatiivinen ahdistuneisuus ja sairaanhoitaja.

Tulokset viittaavat siihen, että lapsilla on vaikea kuvitella millaista on, kun joutuu sairaalaan ja leikkaukseen, ja tämä luo lapsille tunteen siitä, että he eivät hallitse tilannetta ja lapsi rupeaa pelkäämään. Sairanhoitaja pitää olla tietoinen laukaisevista tekijöistä ja lasten käyttäytymisestä, jotta hän pystyy ottamaan käyttöön menetelmiä, jotka vähentävät pelkoa. Tehokas tapa, jota sairaanhoitaja voi käyttää vähentääkseen lasten pelkoa, on käyttää interventioita kuten, esimerkiksi dramatisoivia leikkejä, antaa lasten tutustua leikkausvälineisiin tai käyttää pellejä, jotka esittävät erilaisia temppuja. Lasten omat toiveet ovat, että sairaanhoitaja kuuntelee heitä ja osoittaa kunnioitusta. Tietojen, jotka sairaanhoitaja välittää lapsille, pitää olla niin todenmukaisia kuin mahdollista ja lapset haluavat saada tietoa ”aikuisella” tavalla. Jotta voidaan rakentaa luottamusta, on tärkeää, että sairaanhoitaja antaa lasten osallistua hoitoon, ja mahdollisuuksien mukaan myös tehdä omia päätöksiä.

---

Kieli: Ruotsi Avainsanat: preoperatiivinen, levottomuus, ahdistuneisuus, pelko, lapsi, leikkaus ja valmistautuminen

---

# BACHELOR'S THESIS

Author: Komsí Matilda  
Degree Programme: Health care, Vaasa  
Specialization: Nursing  
Supervisors: Levy-Malmberg Rika

Title: Children´s preoperative fear

---

Date: October 2014

Number of pages: 39

Appendices: 1

---

## Summary

The aim of this thesis is, by a literature study, examine children´s preoperative fear, to determinate factors that contribute the preoperative fear and to find methods that the nurse can use to reduce the preoperative fear. The research questions asked are: How should the nurse act to reduce the preoperative fear? and What kind of methods could the nurse use to reduce the preoperative fear? The caring sciences basis being used are Katie Eriksson´s idea of suffering (1993; 1994) and Sister Callista Roy´s adaptation model (1980; 1981; 1994).

The data collection being used was document study, consisting of scientific articles. To create a summary of the articles the respondent made a brief article. The selected articles result were analyzed using content analysis and the respondent has produced two main categories; “factors that contribute the fear in children” and “to reduce the preoperative fear” and five subcategories; patient, environment, intervention, preoperative anxiety and nurse.

The result shows that children find it difficult to imagine how it would be to be hospitalized and going to surgery, this creates a feeling of not having control and makes children afraid. The nurse must be aware of the triggers and know the children´s behavior to be able to use methods that reduces the fear. An effective way to reduce fear is, to use interventions such as dramatizing plays, to familiarize the surgical instruments or to use clowns that perform various tricks. Children´s own request is that the nurse would listen to them and to show respect. The information given to the child should be as truthful as possible and children want to get the information in a “mature” way. In order to build trust and confidence, it is important that the nurse involves the child in their care and if it is possible also let the children make their own decisions.

---

Language: Swedish

Key words: preoperative, anxiety, angst, fear, children, surgery, preparation

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställning.....	3
3	Teoretiska utgångspunkter.....	3
3.1	Lidande enligt Katie Eriksson .....	4
3.2	Roys adaptionsmodell.....	6
3.2.1	Människan.....	6
3.2.2	Miljön.....	7
3.2.3	Hälsan .....	8
4	Teoretisk bakgrund .....	9
4.1	De preoperativa förberedelserna .....	9
4.2	Den preoperativ rädslan .....	12
5	Undersökningens genomförande .....	14
5.2	Datainsamlingsmetod.....	16
5.2.1	Inkluderingskriterier.....	17
5.2.2	Exkluderingskriterier .....	17
5.3	Innehållsanalys .....	17
5.4	Resumé.....	18
5.5	Forskningsetik.....	18
5.6	Praktiskt genomförande.....	20
6	Resultatredovisning .....	20
6.1	Faktorer som bidrar till preoperativ rädsla hos barn.....	21
6.2	Att minska den preoperativa rädslan.....	23
7	Tolkning av resultatet.....	28
8	Kritisk granskning.....	32
9	Diskussion .....	35

## Källförteckning

## Bilagor

# 1 Inledning

Dagligen genomgår barn olika operationer på sjukhus runtom i Finland. De vanligaste barnkirurgiska ingreppen är vård av frakturer, inflammerade blindtarmsbihang samt bräckoperationer. Mer krävande operationer är svåra medfödda skador, hjärtfel, korrigerande operationer i bukområdet, organtransplantationer, operationer för felställning på rygg- eller extremitet samt borttagning av tumörer. En del av de kirurgiska ingreppen som utförs på barn görs dagkirurgiskt, t.ex. bräckoperationer och tithålsingrepp. Inom barnkirurgi är variationen på diverse åtgärder och ingrepp stor, antalet olika operationer och ingrepp är ungefär 500. (HUICS, 2014)

Att bli intagen på sjukhus för operation är stressande för barn och detta kan komma i uttryck även efter operationen som psyksiska reaktioner t.ex. i form av sömnbesvär, beteendeförändringar, grinighet eller ätstörningar. Speciellt barn under skolåldern är väldigt känsliga för postoperativa symtom (Niemi-Murola, 2012, 112). Barn har svårt att föreställa sig hur det kommer att vara på sjukhuset, eftersom de inte tidigare varit med om något likande som de skulle kunna relatera till. Ovissheten gör att barnen upplever rädsla och ångest. Eftersom barn inte vet hur det kommer att gå till då man blir opererad, använder de sig av information eller intryck som de lyckats få tag på av föräldrarna eller från tv och internet, och bildar sig därefter med sin livliga fantasi en egen uppfattning om hur det kommer att vara. I forskningar som undersökt barns tankar och upplevelser inför operation, framkommer det att barn tror att sjukhuset är vitt och fullt med sjuka barn. Andra tror att föräldrarna kommer att lämna dit dem eller att sjuksköterskan kommer att göra vistelsen skrämmande. Många barn tror också att det kommer att vara smärtsamt och att kanylen kommer att göra ont. (Smith & Callery, 2005, s. 234-235; Wennström, Hallberg & Bergh, 2008, s. 99-101). Smärta varnar kroppen om fysiska fel, medan lidande varnar om psyksiska och andliga problem och man kan ha smärta utan lidande och lidande kan finnas utan smärta. Lidande och smärta är ofta förenade i en människas livssituation och därför är det svårt att avgöra om människan upplever lidande eller smärta (Eriksson, 1993, 2; 1994, 19-20).

Enligt respondentens egen erfarenhet är den preoperativa rädslan en känsla eller ett tillstånd som är obekvämt för vilken människa som helst. Barn är inte små vuxna och

kan inte uttrycka sina känslor och behov på samma sätt som vuxna. Respondenten fann detta intressant och ville fördjupa sig i ämnet för att operationen skall bli en så bra erfarenhet som möjligt för barnet och barnets föräldrar. Tanken bakom examensarbetet är att respondenten skall fördjupa sina kunskaper i barns preoperativa rädsla och få fram olika metoder som man som sjukskötare kan använda sig av för att minska rädslan inför operation.

## 2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att genom en litteraturstudie undersöka barns preoperativa rädsla, vilka faktorer som bidrar till den preoperativa rädslan samt vilka metoder sjukskötaren kan använda sig av för att minska rädslan inför operation. Examensarbetet görs för att öka respondentens kunskap om preoperativ rädsla och för att få fram olika metoder för att minska rädslan inför operation. Detta examensarbete kan användas som hjälpmedel för vårdstuderande, professionella samt föräldrar. Forskningsfrågorna som ställs är:

- Hur kan sjukskötaren handla för att minska den preoperativa rädslan?
- Vilka metoder kan sjukskötaren använda sig av för att minska den preoperativa rädslan?

## 3 Teoretiska utgångspunkter

Som en av de teoretiska utgångspunkterna har respondenten valt att fördjupa sig i Katie Erikssons (1994; 1993; 1987) syn på lidande, eftersom om ett barn inför en operation upplever ångest och rädsla upplever det också lidande. Respondenten kommer att reda ut vad begreppet lidande är, vad det innebär att lida samt hur människan försöker lindra lidandet. Som en andra teoretisk utgångspunkt valde respondenten att fördjupa sig i Sister Callista Roys adaptationsmodell (1994; 1981: 1980) och hennes syn på människan, miljön och hälsan. Respondenten har valt att fokusera på den anpassningsbara människan i den föränderliga miljön eftersom, det passar bäst ihop med respondentens valda ämne.

### 3.1 Lidande enligt Katie Eriksson

Katie Erikssons caritativa vårdteori har kategoriserats som en filosofi. I filosofin menar Eriksson att människan är ”en omätbar enhet”. Erikssons omvårdnadsteori söker efter kunskap som illustrerar vårdandet och framhäver vikten av att patienten tillägnas kunskap, dvs. en teori som är en fördel för den lidande människan (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 75-76).

Genom en begreppsanalys kan man bäst belysa frågan om vad lidandet är. Då man använder sig av begreppsanalys kan man få en allmän sammanfattning av lidandet som fenomen och begrepp. Före 1940-talet betydde lidande: en plåga, ett kval, en smärta och en vanda. Efter 1940-talet syns en tydlig förändring i vad lidandet betyder. Man har börjat beskriva lidande som smärta och sjukdom. Definitionerna ”lidande” och ”smärta” kan inte ses som synonymer. Smärta varnar kroppen om fysiska fel, medan lidande varnar om psyksiska och andliga problem. Man kan ha smärta utan lidande och lidande kan finnas utan smärta. Lidande och smärta är ofta förenade i en människas livssituation, och därför är det svårt att avgöra om människan upplever lidande eller smärta (Eriksson, 1993, 2; 1994, 19-20).

Enligt Eriksson finns det såväl en negativ som positiv dimension i lidandet. Att ”vändas” och ”pinas” är att lida. Det beskrivs även som att någonting ont attackerar människan. Att lida kan innebära att ”utså” och att ”kämpa”, men det kan också beskrivas som att ”försonas”. Huvuddimensioner som kan urskiljas är att begreppet lida är någonting ont eller negativt, någonting som attackerar människan, en kamp, men även någonting som man bör leva med, någonting som människan utsätts för. Att ”lida” kan även vara någonting som har en mening, något konstruktivt, en försoning. (Eriksson, 1994, s. 20-21) Att lida är som att genomgå en kamp mellan det goda och det onda, i lidandet ställs liv mot död. Kärnan i mänskligt liv utgörs av liv och lust, död och lidande. I en blandning av människans födelse, livstid och död finns en blandning av lust och lidande. (Eriksson, 1993, s. 1)

Eriksson menar att vårdandets hjärta är att ha kunskap om hälsa och lidande och att motivet för all sorts vård är att lindra lidande. Vidare beskrivs lidandet som en del av människans liv och i sig självt är lidandet något ont som inte har någon mening, men som människa kan man ge lidandet en mening för sitt liv och för sig själv. Varje

lidande formas av människan och hennes omgivning, varenda lidande är unikt på sitt sätt. Lidandet i vården beskrivs som vårdlidande, sjukdomslidande och livslidande. Ett vårdlidande uppstår när det finns en klyfta mellan en patients begär och behov och den attityd, den hållning och den kunskap som sjukskötaren har för den lidande människan (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 79).

Människan vill inte lida utan försöker lindra sitt lidande på olika sätt. Människan utvecklar olika strategier för att kunna fly undan eller förinta lidandet. Exempel på modeller som människan tar hjälp av kan vara; 1) Förintelse av lidandet, människan gör ett försök i att eliminera lidandet. 2) Förakt för lidande, människan gör ett försök att resa sig över lidandet. 3) Flykt från lidandet, människan förnekar lidandets existens och gör ett försök i att springa undan eller fly från lidandet. 4) Resignation i lidandet, människans inställning till lidandet är känslolöst och ödesbetonad, lidandet blir ett givet ofrånkomligt ont. 5) Ödmjukhet inför lidandet, människan gör ett försök i att hitta en betydelse med lidandet. Vår förmåga att konfronteras med och att lindra lidandet beror på vår egen mognad samt vårt eget lidande. För att lidandet skall kunna lindras behövs hopp. Hoppet som finns hos oss är bundet till ömsesidigt givande och tagande och att bli hjälpta och att hjälpa. Vi kan endast övervinna lidandet genom att lida, men om det finns hopp i lidandet kanske det ger oss mod att våga gå in i lidandet. Att trösta är också något som vi alltid kan göra och verklig tröst bygger tillit hos den lidande människan och ger även hopp och mod. Det måste finnas rum för livshopp och livsleda i trösten (Eriksson, 1994, s. 72,76-77).

Vårdandet innebär att man använder olika former av lärande, ansning och lekande för att skapa ett tillstånd av tillfredsställelse, tillit, kroppsligt välbefinnande samt att uppleva att man är i en utvecklig som har som syfte att upprätthålla, stödja eller igångsätta hälsoprocesser (Eriksson, 1987, s. 9). Alla människor bär på en förmåga att vara vårdare och att vilja vårda (Eriksson, 1987a, 1987b). Grunden för vårdandet - tro, hopp och kärlek utgör även grunden i kampen om lidandets lindrande (Eriksson, 1994, s. 77).

*"Inom varje människa finns en djup längtan efter att få spela sitt livs lidandes drama. Varje människas lidande utspelas i ett lidandets drama och att försöka lindra en medmänniskas lidande innebär att våga vara medaktör i dramat. Varje människa*

*träder in i dramat i den skepnad som hon allra helst vill gestalta, dvs. i sitt lidandes innersta väsen. Finner hon inte en medaktör tvingas hon byta skepnad om och om igen tills hon finner en. Det är det nakna lidandet, det rent kroppsliga lidandet, fritt från varje metafysisk dimension som till sist träder fram.”*

*(Eriksson, 1994, s.53).*

## **3.2 Roys adaptationsmodell**

Engelskans begrepp adaption översätts med orden bearbetning och anpassning, i Roys modell kommer båda dessa synvinklar av adaption in. Roys adaption handlar om hur människan klarar av att anpassas till en miljö som förändras, och hur man själv kan påverka den föränderliga miljön på ett lämpligt sätt. Det handlar om att använda sig av copingprocesser för att skapa en inre och en yttre balans. Man kan koppla adaptionen till olika synvinklar av mänskligt liv såsom överlevnad, reproduktion, utveckling, förändring och bemästrande av människan och miljön (Roy & Roberts, 1981, s. 53; Riehl & Roy, 1980, s.180; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 223).

Roys adaptationsmodell går i korthet ut på att människan måste vara aktiv när det gäller att anpassa sig till livsomständigheter för att utvecklas och för att ens integritet skall kunna bevaras. Detta betyder att man inte ger upp utan att man genom att acceptera omständigheterna eller genom att klarar av situationen finner en balans och jämvikt i tillvaron. Då förändringar sker och försök till att anpassa sig misslyckas kan en persons hälsa vara hotad. Det är då sjukskötaren kommer in i bilden för att ge stöd och för att hjälpa personen att återfå och bevara balansen (Andrews & Roy, 1994, s. 17; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 225).

### **3.2.1 Människan**

Människan som ett självorganiserande system, miljön som en arena för utmaningar och hälsa och omvårdnad som en anpassningsfråga till rådande livsomständigheter utgör de fyra centrala begreppen för Roys adaptationsmodell. Människan ses som

holistisk, en helhet som är självorganiserad, dvs. även fast människan består av många små system, fungerar dessa gemensamt som en helhet där människan har förmåga att känna, tänka, välja och fundera. Roy lyfter fram grupperns adaptation, men själva fokusen ligger hos individen som en del av en grupp (större eller mindre) (Andrews & Roy, 1994, s. 16, 18-19; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 226).

Människan, som alla andra system, tar emot stimuli, behandlar stimuli samt reagerar på stimuli. Människans beteende kan beroende på reaktionen på stimuli vara anpassningsbart eller effektlöst. Ett anpassningsbart beteende är ett tecken på en lyckad reaktion på stimuli, medan ett effektlöst beteende tyder på anpassningsproblem. Hur människan beter sig, beror på miljön samt individens förmåga att anpassa sig till miljön. Människans anpassningsnivå bestäms av en kombinerad effekt av tre olika klasser av stimuli, ”focal stimuli” är det stimuli som är i direkt möte med en person, ”contextual stimuli” är all stimuli som föreligger, det tredje stimuli kallas ”residual stimuli” och dit hör tro, attityder och karaktärsdrag som har en obestämd effekt på den nuvarande situationen (Andrews & Roy, 1994, s. 19; Riehl & Roy, 1980, s. 181; Roberts & Roy, 1981, s. 55).

### **3.2.2 Miljön**

Vidare anses miljön ha en framträdande plats eftersom adaptationen sker genom förhållandet till miljön och de stimuli som miljön skapar. Stimuli kan komma både utifrån och inifrån. För att definiera miljön har Roy använt sig av Helsons verk. Helson är specialiserad på fysiologisk psykologi och definierar den stora förändringen i anpassningen samt individens funktion av anpassningsnivån. Människan har ständigt ett samspel med miljön, som hela tiden förändras och p.g.a. detta ställs människan inför utmaningar. För att uppleva hälsa behöver man klara av att som människa utvecklas i takt med att livet förändras. Till miljön hör även allt det som berör människans existens såsom livsvillkor, händelser som inträffar, syn på den fysiska miljön, sociala aspekter samt ett globalt perspektiv som omfattar jorden och jordens resurser. Miljön är en källa till stimuli som har skiftande karaktär. Stimuli kan beroende på människans förmåga att klara av dem antingen upplevas som positiva, starka, negativa eller påträngande. Oavsett vilket så kräver de respons av människan

på ett eller annat sätt (Andrews & Roy, 1994, s. 20; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 226-227).

### 3.2.3 Hälsan

Hälsa är ett tillstånd och en process där människan är och blir anpassad och hel. Hälsan reflekterar anpassningen, alltså människans samverkan med miljön. Människans hälsa är beroende av att hantera en miljö som förändras samt att kunna anpassa sig till denna miljö så att utvecklingen främjas och personen i sig växer i harmoni med universum. I detta finns en etisk uppmaning om att inte bara se de egna omedelbara behoven, utan att kunna ta i beaktande de goda som är gemensamt. Tanken är även att ohälsa och hälsa kan samexistera (Andrews & Roy, 1994, s. 20-21; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 227).

Människans samspel med miljön står i fokus för omvårdnaden, och sjukskötarens uppgift är att stödja samspelet så att resultatet är största möjliga välbefinnande och en maximal mänsklig utveckling. Om ett under- eller överskott uppstår i förhållande till de behov som patienten kräver, skapas ett behov i form av omvårdnadsinterventioner. Sjukskötarens måste dock komma ihåg att välbefinnande på det fysiska, psykiska och sociala området inte alltid är möjligt för alla och då handlar det om att man som sjukskötare gör det bästa av situationen. Även om prognosen för en patient är dålig eller de sociala omständigheterna är besvärliga, måste sjukskötarens upprätthålla patientens upplevelse om vad livskvalitet är (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 227).

Enligt Roy finns det sex problemlösningsssteg som sjukskötarens kan använda sig av i omvårdnadsprocessen. Först måste sjukskötarens fastställa patientens beteende och hur patienten beter sig som ett anpassningsbart system. Följande steg är att identifiera de stimuli som påverkar patientens beteende, och med hjälp av dessa två steg kan sjukskötarens ge ett utlåtande om patientens anpassningsförmåga, och detta är det tredje steget som kallas för omvårdnads diagnos. När sjukskötarens identifierat behoven och omvårdnadsdiagnosen är gjord, följer det fjärde steget där sjukskötarens planerar vården och sätter mål. I det fjärde steget väljer och uppfyller sjukskötarens

vårdens interventioner, med vilka man försöker stödja anpassningsförmågan hos patienten. Det sjätte och sista steget är bedömning av omvårdnadens resultat. Sjukskötaren skall bedöma om man nått de resultat som önskats (Andrews & Roy, 1994, s. 21-22).

## **4 Teoretisk bakgrund**

I detta kapitel kommer respondenten att beskriva två olika begrepp för att läsaren skall få en djupare förståelse för den preoperativa rädslan hos barn. Respondenten kommer att beskriva vilka de preoperativa förberedelserna hos ett barn är samt vad som kan tänkas orsaka den preoperativa rädslan hos barn.

### **4.1 De preoperativa förberedelserna**

Att söva ett barn som är lugnt och harmoniskt är ett rent nöje, men att söva ett barn som skriker och är i panik är rena motsatsen. Hemligheten med att åstadkomma en behaglig situation för barnet, ligger i de pre-operativa förberedelserna. Hjälpmedel som vårdpersonalen kan använda sig av i pre-operativa situationer är EMLA-salva, som lindrar smärtan vid punktering av en ven, samt effektivare oral eller rektal premedicinering. För att ytterligare skapa en harmonisk situation, krävs att personalen har förståelse för att ge preoperativ information i en så avstressad miljö som möjligt, att föräldrarna skall få vara närvarande, samt att barnet får en omsorgsfull postoperativ smärtbehandling (Bodelsson & Lundberg & Roth & Werner, 2011, s. 209).

De pre-operativa förberedelserna skall innefatta både muntlig och skriftlig information. Det måste också finnas tid och tillfälle för att ställa frågor. Man kan även använda sig av andra hjälpmedel som stöder barnet till att få en förståelse för vad som kommer att hända. Exempel på metoder som kan användas är att barnet får bekanta sig med utrustingen. För mindre barn kan man ta dockor till hjälp för att demonstrera,

även bilderböcker med innehåll som är realistiskt, kan vara till hjälp. Till äldre barn kan internet eller en informations cd-skiva fungera som hjälpmedel (Hovind, 2013, s. 370-371; Niemi-Murola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhiä, 2012, s. 112). Otillräcklig information kan leda till att barnet upplever sig sårat och förtroendet för vårdpersonalen sjunker (Bodelsson m.fl., 2011, s. 210).

Att under lugna förhållanden sätta en perifervenkateter är en av utmaningarna som förekommer under de preoperativa skedet. Genom sakkunnig bedömning bestäms var den perifera venkatetern skall sitta, men om situationen tillåter skall det finnas rum för flexibilitet. För barnet finns vissa valmöjligheter, t.ex. val av hand och insticksställe, val av position – sitta eller ligga samt på vilket sätt barnet kan vara delaktigt i proceduren. För att ytterligare göra situationen mer harmonisk, finns det en bedövningskräm som kallas för Emla. Emla finns som plåster och som kräm och appliceras ca en timme före man tänker sätta en perifervenkateter. Meningen med Emla är att den tar bort största delen av obehaget och smärtan (Hovind, 2013, s. 371, 374).

Ett preoperativt förberedande besök för barn som skall få anestesi bör ordnas. Det är önskvärt att samma personal som är på förbesöket också skall genomföra anestesi. Det är viktigt att skapa ett gott förtroende så att barnet inser att anestesiologygen är en glad och snäll tant eller farbror, detta hjälper till att minska barns rädsla (Hovind, 2012, 372; Niemi-Murola m.fl., 2012, s. 112; Bodelsson m.fl., 2011, s. 210). En del av informationen som ges vid det preoperativa besöket är: Vad som kommer att hända och i vilken ordningsföljd. Informationen som ges skall vara så sanningsenlig som möjligt. Den skall också vara saklig och enkel och skall helst förmedlas till barnet och föräldrarna i ett rum där det finns få faktorer som kan distrahera barnet. Personalen måste även försäkra sig om att både föräldrar och barn vet vad det innebär att fasta (Hovind, 2013, s. 372).

Enligt rutin skall barn vara utan att äta 4 timmar före planerad operation, dock får klara vätskor inmundigas upp till två timmar preoperativt. Med klara vätskor menas vatten eller saft, inte mjölk. Speciellt barn som är yngre än 3 månader är känsliga för kolhydratbrist och dehydrering, därför är det skäl att sätta stor vikt på att behandla och observera dehydrering preoperativt. När tecken på cirkulatorisk påverkan finns bör man preoperativt hydrera med kolloider. För att undvika hypoglykemi ges även

glukoshaltiga infusionslösningar (Bodelsson m.fl., 2011, s. 211; Niemi-Murola m.fl. 2012, s. 113).

Det är sjukskötarens uppgift att systematiskt samla information om barnet och sedan bedöma behov, problem och hälsostatus. Det är även bra att fråga om barnet tidigare haft komplikationer i samband med anestesi, hit hör även postoperativt illamående, klargöra för hur barnet tolererar läkemedel samt om ärftliga sjukdomar som finns i släkten. När barnet undersöks, kontrolleras barnets allmäntillstånd, utvecklingsstadiet samt vätske- och näringstillståndet. Att lyssna på lungorna och på barnets hjärtljud hör även till de grundläggande sakerna. Beroende på barnets grundsjukdom och på typen av operation, avgörs om blodprov behöver tas eller inte. Rutinmässigt behövs inga blodprov tas (Niemi-Murola m.fl. 2012, s. 112).

Sjukskötaren informerar även barnet och föräldrarna om operationssalen, om inledningen av anestesi samt om uppvaknandet och smärtlindringen. När det gäller operationssalen får en förälder följa med in, och det skall bestämmas på förhand vem som kommer med in till operationssalen. Barnet skall också få information om miljön, att det i operationssalen finns grönklädda människor med mössa och munskydd, att operationssängen är hård, smal och har en konstig kudde, att det finns lampor med starkt ljus, att det kan lukta konstigt och att det kommer ljud från olika instrument. Angående inledningen av anestesi berättas om EKG-elektroderna, som kan beskrivas som klistermärken, om pulsoximetern och blodtrycksmanschetten, om kanylen som är ”ett tunt rör” och att barnet somnar med hjälp av sömnmedel som sätts i kanylen eller som det andas in samt att barnet sover hela tiden och vaknar sedan igen efter operation. Information som ges gällande uppvakning och smärtlindring är att barnet flyttas till en övervakningsavdelning och då får föräldrarna komma dit, att vissa barn gråter och är oroliga under uppvaknandet samt om förväntad smärta postoperativt (Hovind, 2013, s.372-373).

För att barn skall känna sig trygga, är föräldrarnas närvaro nödvändig. Målet inför narkosen är att vid insomnandet och uppvaknandet skall en av föräldrarna närvara. Det är även nödvändigt att diskutera och planera med både barnet och föräldrarna om vem som skall göra vad och när och hur åtgärden sker. Situationer där föräldrarna inte önskas närvara, är om föräldrarna själv inte vill vara närvarande, om barnets oro förvärras av föräldrarnas oro eller om barnet inte kan uppfatta om föräldrarna är

närvarande eller inte p.g.a. sjukdom (Hovind, 2013, s. 371; Lindwall, 2012, s. 182-183).

Är premedicineringen nödvändig? Meningen med premedicinering är att lugna ner barnet och minska rädslan inför operation samt att underlätta introduktionen av anestesi. (Niemi-Murola m.fl. 2012, s. 113) Genom att ge god information då barnet och föräldrarna kommer på förbesök och genom en barnvänlig miljö, kan man reducera och till och med eliminera behovet av premedicinering. Premedicinering behöver inte ges på rutin utan kan övervägas beroende på ingrepp, barnets ålder samt ångestnivån hos barnet. (Hovind, 2013, s. 373-374) Om premedicinering används, är det vanligast att man använder sig av läkemedelsgruppen bensodiazepiner, som ger en lyckad sedering och en analgesisk verkan. Premedicineringen skall ges i en behaglig form åt barnet, inga stick alltså. Man försöker också undvika att ge premedicinering rektalt åt barn som är över 3 år. Rekommendationen är att premedicineringen ges oralt d.v.s. via munnen som mixtur eller i tablettform. Eventuella biverkningar som premedicineringen orsakar är att andningen förlamas längre, återhämtningen från anestesi blir långsammare samt att barnet blir förvirrat vid uppvakningen. Överlag ges inte premedicinering åt barn som är under sex månader. (Niemi- Murola m.fl. 2012, s. 113)

Operationsteamet måste utgå från barnpatientens tolkning och uppfattning av verkligheten, och det är sjukskötarens uppgift att se till att barnet efter operationen är en erfarenhet rikare. En positiv upplevelse kan bidra till att barn tror mer på sig själva och sin förmåga att handskas med svåra situationer. (Hovind, 2013, s. 361)

*”Tumregel: Börja förbereda barnet lika många dagar före anestesi som barnets ålder i år.”*

*(Hovind, 2013, s. 372).*

## **4.2 Den preoperativ rädslan**

Vad är det som händer när vi blir rädda? Det som utgör rädsloreaktionen är egentligen flera olika reaktioner såsom kroppsliga, beteendemässiga, känslomässiga och tankemässiga. Man brukar kalla reaktionen för ”kamp-flykt-frys” -reaktionen. I denna reaktion gör sig kroppen redo för att fly ifrån, kämpa emot eller avleda en fara eller ett hot (Svirsky, 2012, s. 11).

Osäkerheten som finns inför en obehaglig situation är stressande för barn, därför är det viktigt att både barn och föräldrar får saklig och ärlig information om vad som kommer att hända under operationsdagen. (Bodelsson m.fl., 2011, 210; Niemi-Murola m.fl. 2012, 112). Det är inte enbart barnen som kan vara oroliga inför en operation, utan även föräldrarna kan vara oroliga. Men genom att vara medveten om de största och viktigaste orsakerna till familjens oro, kan vårdprocessen planeras utifrån ett perspektiv som är familjecentrerat. Betydande faktorer som påverkar oron inom familjen kan vara att separeras från familjen, att vårdas av okända människor eller enbart att befinna sig i en okänd miljö. I synnerhet barn kan vara oroliga och rädda för det okända. Övriga faktorer som familjens oro påverkas av, är de undersökningar som görs preoperativt, rädsla för att någonting skall förändras i samband med själva operationen, att de normala rutinerna förändras, smärta, anestesi samt eventuell sjukdom (Lindwall, 2012, s. 184).

När man förbereder ett barn inför anestesi, är det viktigt att utgå ifrån barnets ålder och mognad, för att förebygga den preoperativa rädslan (Hovind, 2013, s. 370). Genom att ha genomtänkta rutiner och att försöka undvika att väntetiden blir onödig, kan man minska ängsligheten hos barnpatienten. För att stärka barns färdighet att klara av procedurer, bör anestesipersonalen ge barnen möjlighet att inverka på händelserna samt ge dem emotionellt stöd (Hovind, 2013, s. 371). Barn upplever smärta som skrämmande och därför är det viktigt att informera barnet om att det finns sätt att lindra och förhindra smärta (Bodelsson m.fl., 2011, s. 210). Barnet skall informeras i förväg om det är något som blir obehagligt, och att ge beröm åt barnet när det samarbetar är viktigt. Procedurer som är smärtsamma bör undvikas i mån av möjlighet (Hovind, 2013, s. 371). Barns behov ändrar i situationer som upplevs obehagliga och smärtsamma. Behov som då blir viktigare är: Att de får vara nära föräldrarna, att de får ha kontroll över hela situationen, att de blir respekterade samt att de får ha kontakt med något som känns bekant eller välkänt (Lindwall, 2012, s. 178).

Barn måste få uttrycka sina känslor. Det skall vara tillåtet att gråta och uttrycka sin rädsla och ilska. Detta gäller för såväl små barn som större barn. Genom att berömma ett barn skapar man tillit, trygghet och självförtroende. Som tröst kan även någon form av belöning fungera. Att gosedjuret finns med är en självklarhet (Hovind, 2013, s. 371-372).

Genom att använda sig av tekniken *konkurrerande stimuli* kan man avleda tankarna från det som sker. Som sjukskötare kan man utnyttja nyfikenheten som finns hos barn genom att ta fram överraskande och spännande saker, t.ex. en låda med belöningar. Man kan använda denna avledningsteknik till alla åldersgrupper. När man vill rikta spädbarns koncentration till något annat kan man t.ex. använda sig av vaggning, en napp, färgstarka saker som rör sig eller massage. Små barn kan man avleda genom att de får leka med och prova masken innan man inleder anestesi. Med större barn kan man använda sig av kognitiva strategier och olika dataspel (Hovind, 2013, s. 371).

En kognitiv strategi kan t.ex. vara *fantasiresor*, som är en metod där barnet avsiktligt tar kontrollen över sina egna tankar. Fantasiresor kan användas av barn från fem års ålder. Med hjälp av sin egen fantasi eller med hjälp av andra kan barn använda sig av tekniken för att leda bort tankarna från det obehagliga. Detta kan ske genom föreställda bilder och tidigare erfarenheter. En annan kognitiv strategi är *avslappningstekniker*. Metoden går ut på att barnet låtsas vara så avslappnat i varje kroppsdel så att det nästan inte går att röra sig. Avslappningstekniken kan göras tillsammans med andningsövningar för att förebygga hyperventilation (Hovind, 2013, s. 371).

## 5 Undersökningens genomförande

I följande kapitel kommer respondenten att redogöra för litteraturstudiens datainsamlingsmetod, data-analysmetod, forskningsetik samt hur det praktiska genomförandet har gått till. En litteraturstudie innebär att man studerar tidigare forskning och datainsamlingsmetoden består av dokument som utgörs av vetenskapliga artiklar. En sammanfattning av alla artiklar har gjorts i form av en

översiktsartikel och som data-analysmetod har respondenten valt kvalitativ innehållsanalys.

## 5.1 Kvalitativ metod

Metoder som tenderar till att tolka eller beskriva ett fenomen och fenomenets egenskaper så noggrant som det bara går kallas för *kvalitativa forskningsmetoder*. Kvalitativa metoders syfte kan vara att förklara och förstå fenomen, upplevelser eller erfarenheter. Bland annat omvårdnadsforskare använder sig av kvalitativa metoder (Forsberg & Wengström, 2013, s. 129). Med kvalitativa metoder kan man få reda på om människors tankar, förväntningar, attityder och motiv, och forskare kan söka efter betydelse, nyanser samt innebörd i beteende och händelser. Kvalitativa metoder används även för att studera dynamiska processer såsom utveckling, rörelse, samspel och helheter (Malterud, 1998, s. 33).

Kvalitativ data kan vara skrivna eller talade ord och visuella bilder som antingen är kreativt producerade eller observerade. Denna form av data förknippas i huvudsak med material som skriftliga dokument, intervjuer och observationer (Denscombe, 2010, 367-368; Jacobsen, 2012, 62). Forskare skall utan förutfattade meningar eller förväntningar insamla data som i en viss situation är så nära verkligheten som möjligt. Forskarna skall se till att informationen är korrekt och relevant (Jacobsen, 2012, 62). Målet med kvalitativ forskning är att förstå, hellre än att förklara. Med hjälp av kvalitativ metod kan man utveckla nya begrepp, beskrivningar eller teoretiska modeller (Malterud, 1998, s. 34-35).

Enligt Tjora (2012) är induktivansats och deduktivansats begrepp som används inom kvalitativ forskning. Med begreppet induktiv menas att forskaren utifrån observationer av enskilda fall förutsätter generella samband, medan man med deduktiv ansats försöker beskriva händelser utgående från en generell regel. Tjora (2012, s. 22-23) menar också att man kan ha som tumregel att studier som är kvalitativa har en lutning mot det induktiva och kvantitativa studier däremot lutar mer mot det deduktiva

## 5.2 Datainsamlingsmetod

Dokument är datamaterial, som vanligtvis används inom forskning. Ofta använder man dokument som bakgrundsdata. Dokument som datakälla kan vara frågeformulär, observationen samt intervjuer, och de kan identifieras som skriftliga källor. Det finns även forskning som baseras på visuella källor t.ex. bilder och ljud, som också kallas dokument. Dokumentstudier anses vara en metod som inte belastar deltagarna och kallas traditionellt som en icke-påträngande metod (Tjora, 2012; Denscombe, 2010).

Denscombe (2010) menar att orsaken till varför forskare använder sig av skriftliga källor är att de är så lättillgängliga. Forskaren behöver endast besöka biblioteket eller använda internet från forskarens egen dator, för att få tag på material eller data. Med detta menas att utan några behov av överenskommelser, tillstånd, fördröjningar, sannolikhet för etiska dilemman eller några större kostnader, får forskaren tillgång till stora mängder information på ett bekvämt avstånd (Denscombe, 2010, s. 299).

Vid analys av redan existerande dokument skaffar sig forskaren information om realitet som noterats vid bestämda platser och tidpunkter i olika syften och även med inriktning till specifika läsare. Därför måste man, när man använder dokument som källa, sätta in dokumenten i ett sammanhang. Man kan ställa sig frågorna, När har de skrivits? Av vem har de skrivits? För vem har de skrivits? Och var har de skrivits? (Tjora, 2012, s. 127- 128).

Skriftliga källors validitet måste fastställas och inte tas för givet när det gäller forskning. Dokument måste utvärderas med hjälp av fyra grundläggande kriterier. Autenticitet, man utvärderar om dokumentet är ursprungligt och äkta. Trovärdighet, är innehållet korrekt? Representativitet, är det ett typiskt dokument? Är det ett fullständigt dokument? Har det redigerats? Innebörd, hurudan är innebörden i dokumentet, tydlig eller entydig? (Denscombe, 2010, s. 301-302).

När man använder sig av dokumentstudier är det nödvändigt och viktigt att redovisa för varför forskaren har valt ut de dokument som finns med. Forskaren behöver också ha klara urvalskriterier för att kunna söka efter dokument på flera olika databaser. (Tjora, 2012, s. 128-129).

### **5.2.1 Inkluderingskriterier**

Respondenten har valt att begränsa sökningen av vetenskapliga artiklar så att publiceringen skett mellan 2005 och 2014. Till inkluderingskriterier hörde att artiklarna skulle vara i fulltext, vilket betyder att respondenten kunde läsa hela artikeln på internet. Artiklarna skulle även vara peer reviewed, vilken i sin tur betyder att artiklarna har blivit granskade av sakkunniga forskare innan publicering. Slutligen var kravet på artiklarna även att de skulle vara skrivna på svenska, finska eller engelska. Innehållet i artiklarna skulle handla om barn i åldern 0-12 år, beröra preoperativ rädsla eller omvårdnad samt olika former av interventioner som sjukskötaren kan använda sig av.

### **5.2.2 Exkluderingskriterier**

Studier eller artiklar som berörde vuxna eller äldre exkluderades eftersom arbetets syfte var att undersöka barns preoperativa rädsla. Andra exkluderingskriterier var om artiklarna var publicerade före år 2005 eller om de inte var peer reviewed eller tillgängliga i full text. Artiklarna exkluderades genast om de inte uppfyllde inkluderingskriterierna.

## **5.3 Innehållsanalys**

En innehållsanalys innebär att man systematiskt grupperar en text. Med hjälp av innehållsanalys, kan man på ett flexibelt sätt göra en analys av kvalitativt material. För att tillförlitligheten till resultaten skall öka är det viktigt att forskaren omsorgsfullt redogör för hur innehållsanalysen är gjord. (Tidström & Nyberg, 2012, s.135).

Innehållsanalys kan tillämpas på både text, bilder och ljud, så att innehållet kvantifieras. Genom att använda sig av innehållsanalys, får man fram vad själva texten återger som relevant, de prioriteringar som beskrivs, de värderingar som läggs

fram samt hur idéerna i texten hänger samman. Svar på de ovannämnda påståendena fås genom att man mäter vad texten innehåller, t.ex. idéer eller specifika ord, hur ofta dessa ord förekommer, i hurudan ordning orden kommer, åsikter om saker både positiva och negativa samt logiska sammanhang mellan idéerna som framkommer i texten (Denscombe, 2010, s. 308).

Vid kvalitativ analys krävs det intensivt tankearbete, förmåga att arbeta systematiskt och med känslighet för att utforska vad som utöver förväntningar och problemställningar finns i empirin. Det påpekas även att det är i analysen som den kvalitativa forskningens verkliga potential ligger (Troja, 2012, s. 137). Själva idén med denna metod är att man reducerar materialet genom att börja från enskilda uttalanden och går vidare till de större helheterna, klasserna eller grupperna. Man för samman flera uttalanden under de olika klasserna/grupperna. Efter att de övergripande grupperna har hittats skall man analysera de undergrupper som eventuellt framkommer (Tidström & Nyberg, 2012, s.135).

## **5.4 Resumé**

En översiktsartikel eller en resumé är en sammanställning av det analyserade materialet. Resumén är till för att läsaren skall få en överskådligare bild av materialet som använts i studien, samt för att tillförlitligheten av slutsatserna skall kunna bedömas. Information som skall finnas med i en resumé är det viktigaste av materialet, d.v.s. resumén skall ge information om författaren, vilket årtal materialet är publicerat, var materialet är publicerat, syfte, metod samt resultat (Rosén, 2012, 439). I detta fall var materialet vetenskapliga artiklar och för att underlätta för läsaren har respondenten valt att göra en resumé som hittas i bilaga 1.

## **5.5 Forskningsetik**

Etiska överväganden som görs både inför och under processen av ett vetenskapligt arbete kallas för forskningsetik. Forskningsetiken förutsätter att man har förmåga att

tänka igenom vilka värderingar och värden som ens egna handlingar, ord och tankar ger uttryck för men även förmåga att i situationer som inte kan förutses tillämpa de etiska principerna. För att i ett examensarbete kunna handskas med de etiska kraven som ställs, krävs kännedom om värderingar, normer, och principer som är formulerade som vägledande riktlinjer gjorda av riksdag, regering, forskarsamhället och internationella organisationer. Enligt Henricson (2012) består hela examensarbetet av etiska överväganden, från att ämne och frågeställning väljs, till genomförandet, rapporteringen samt resultatet publiceras (Henricson, 2012, s. 70).

Etiska principer är föreskrifter som fastslår normer för handlandet. Dessa principers uppgift är att göra en sammanfattning av de essentiella värdena, att visa vilka krav som ställs för att forskningssystemet upprätthålls samt vad det viktiga i forskning är. För att veta vilka handlingar som krävs för att leva enligt principernas ideal är människan i behov av kunskap om dessa principer. Några grundläggande principer är Lagen om etikprovning av forskning som avser människor, Personuppgiftslagen och Människovärdesprincipen. Belmontrapporten är en etisk plattform som innehåller principer och syftar till att fungera som hjälpmedel när etiska problem uppstår. (Henricson, 2012, s.71-72).

I forskarrollen ingår dubbla uppdrag. För det första skall hälsan och välbefinnandet värnas om hos de personer man studerar och för det andra igår det att verksamheten skall förbättras och arbetet skall ske från en grund som är forskningsbaserad. Deltagarnas värdighet, rättighet och integritet skall respekteras och man skall undvika att någon skadas (Henricson, 2012, s. 75; Denscombe, 2012).

Enligt Forskningsetiska delegationen (2012, s.18) hör det till god forskningspraxis att det i forskningen iakttas allmän omsorgsfullhet, noggrannhet och hederlighet när undersökningar och undersökningsresultat bedöms, vid dokumenteringen samt vid presentationen av resultatet. I forskningen skall även kriterierna för vetenskaplig forskning gällande data-anskaffnings-, undersöknings- samt bedömningsmetoder tillämpas och de skall dessutom vara etiskt hållbara. Forskaren måste ta hänsyn till andra forskares resultat och arbete och respektera det genom att hänvisa till deras forskning korrekt i den egna forskningen och resultatet. Forskningen skall planeras, genomföras samt rapporteras, och data som insamlats skall lagras så att det uppfyller kraven som vetenskaplig fakta förutsätter.

## 5.6 Praktiskt genomförande

Datainsamlingsmetoden i examensarbetet har varit dokument som bestått av vetenskapliga artiklar. Artiklarna har inte varit äldre än nio år (2005-2014) eftersom man har velat få med så aktuell forskning som möjligt. De vetenskapliga artiklarna har sökts på olika databaser, och genom både fritextsökning och avancerad sökning har respondenten hittat det material som ingår i studien. Databaser som har använts är Academic search elite (Ebsco), Cinahl (Ebsco) och Google Scholar. Sökord som har använts i databaserna är: preoperative, anxiety in children, surgery, preparation och operation i olika kombinationer.

Totalt har respondenten valt att ta med 18 väsentliga artiklar som presenteras i en resuméartikel för att ge läsaren en översikt av de valda forskningarna, dessutom fungerar resuméartikeln även som grund för resultatet. Med hjälp av innehållsanalys har respondenten kunna hitta likheter och olikheter för att kunna skapa kategorier och underkategorier. Ord och fraser har satts ihop till meningar för att skapa en ny helhet. Resultatet av studien presenteras med hjälp av de uppkomna kategorierna. Det redovisade resultatet speglas sedan mot den teoretiska bakgrunden och teoretiska utgångspunkterna, och respondenten har tolkat resultatet och fått en djupare förståelse för materialet som bearbetats. Som avslutning har en kritisk granskning av examensarbetets tillförlitlighet gjorts.

## 6 Resultatredovisning

I detta kapitel presenterar respondenten de resultat som framkommit av forskningarna som analyserats. Forskningarna presenteras i sin tur i en resuméartikel som återfinns i bilaga 1. Utgående från innehållsanalysen har huvud- och underkategorier utarbetats. För att göra resultatet så tydligt och förståeligt som möjlig har huvudkategorierna rubriker med kapitelnummer och underkategorierna är markerade med **fet stil**.

## 6.1 Faktorer som bidrar till preoperativ rädsla hos barn

### Patient

Kunskapen om vad som kommer att hända före och under en operation varierar hos både barn och föräldrar. Ofta är förväntningarna begränsade, eftersom barn inte kan föreställa sig hur det kan vara och vad som kommer att hända. Denna ovisshet gör att barn upplever oro och ångest inför intagning och operation. Barn är rädda för det okända och känner sig bekymrade över att inte veta vad som kommer att hända. En del barn tror att det kommer att göra ont och att de kommer att ha mycket smärta under operation och att de kommer att ha en kanyl och att den kommer att göra ont. Andra barn tror att sjukhuset är vitt och tomt, fullt med sjuka barn som är i samma ålder som de själva är. De flesta barn tror även att det inte finns någonting att göra på sjukhuset under den tiden som de befinner sig där. Separationen från föräldrarna kan skapa rädsla och ångest, och enligt en studie föreställde sig också ett barn att dennes mamma och pappa kommer att lämna honom på sjukhuset efter att han blivit intagen. Ett annat barn trodde att ingen kommer att berätta för honom vad som kommer att hända för att göra det hela mer skrämmande (Smith & Callery, 2005, s. 234-235; Wennström, Hallberg & Bergh, 2008, s. 99-101). Barnens synpunkter i fraser:

*Där är jag... (pekar på teckningen) jag ligger i sängen och jag har ritat mig själv och jag är lite ledsen, jag gråter lite också.*

*Jag känner mig som en person som är lite ledsen och det känns också lite läskigt.*

*Om man har gjort någonting tidigare och vet hur det fungerar, så kanske man efter det kan säga hur det kommer att vara.*

Trots att barn får information om vad som kommer att hända, ökar oftast barns ångestnivå när de kommer in till operationssalen från väntsalen, och den stiger ytterligare när anestesimasken appliceras. Separationen från föräldrarna kan även vara en betydlig faktor för barns preoperativa rädsla, speciellt om föräldern själv upplever ångest eller rädsla (Golan et. al., 2008, s. 264; Fortier et. al., 2010, s. 320).

## Omgivning

Barn försöker få kontroll över den okända situationen, de försöker ta reda på vad som kommer att hända och samtidigt försöka relatera den nya situationen till tidigare upplevelser. Även utrustningen som används i operationssalen beskrivs som okänd och skrämmande. För att skapa kontroll över situationen vill barn veta om de kommer att sova under operationen, vad som kommer att hända inne i operationssalen samt hur det kommer att kännas efteråt. När barn inte vet vad som kommer att hända skapar det mera ångest än om barnet vet och försöker relatera till tidigare erfarenheter. När barn känner att de inte har kontroll över vad som kommer att hända upplever de rädsla. För att försöka skapa kontroll över situationen och försöka komma underfund med vad som kommer att hända, ställer barn ofta frågor om anestesi och operationen (Wennström, Hallberg & Bergh, 2008, s. 101-102). Barnen beskriver sina känslor inför anestesi såhär:

*Jag vill inte sova, för om jag sover så kommer jag inte att kunna se vad de gör åt mig.*

*Nu känns det precis som teckningarnas ansikte eftersom jag inte vet... Jag funderar över allting, hur det kommer att vara.*

*Hur kommer det att kännas efteråt?*

När barn med hjälp av teckningar får beskriva hur det känns att komma till sjukhus inför operation, har de ritat barn som har ledsna munnar, tårar på kinderna, barn som är små och smala i sjukhussängar, ibland även utan kläder och täcke. Sjukhusutrustning såsom kanyler, operationslampor och syreslangar har barnen ritat i oproportionerliga storlekar. Barnen på teckningarna hade ledsna miner, medan munnarna på föräldrarna och sjukhuspersonalen oftast hade ritats som glada. Dessa illustrationer kan beskriva barns upplevda, okontrollerade och skrämmande situation (Wennström, Hallberg & Bergh, 2008, s. 101). I en studie gjord i Finland har man kunna påvisa att enbart ankomsten till sjukhuset kan vara ångestfylld för barn (Puura m.fl. 2005, s. 191).

## 6.2 Att minska den preoperativa rädslan

### Intervention

Interventioner av olika slag har visat sig vara effektiva för att minska den preoperativa rädslan hos barn. Det har visat sig att barn som får genomgå ett specifikt förberedande program, har större möjlighet att använda sig av sina coping färdigheter än andra. Barn som förbereds inför operation genom att få verbal information, ha dramatiserande aktiviteter, bekanta sig med instrument samt få psykologiskt stöd i de viktigaste faserna i den preoperativa perioden, visar markant mindre ångest och barnen är mer eftergivna i den preoperativa perioden. Det understryks även att preoperativ förberedelse är mycket mer effektiv än enbart distraktionstekniker för att lindra ångest och stödja samarbetet. (Cuzzorea & Gugliandolo & Larcan & Romeo & Turiaco & Dominici, 2013, s. 142; Li, 2007, s. 1919; Aydin m.fl., 2007, s. 107; Rice et. al., 2008, s. 428).

Genom att barn får ha dramatiserande aktiviteter och att de får bekanta sig med olika instrument och utrymmen, gör att de psykiskt förbereds för operationen enligt deras psykosociala och kognitiva utveckling motsvarande deras ålder. Studier har även visat att ångestnivån både pre- och postoperativt minskat markant om barn förbereds preoperativt med dramatiserande lek. För lite äldre barn kan exempel på dramatiserande aktiviteter innebära preoperativ rundtur till operationssalen och lek med dockor på operationsbordet. Man kan till och med leka sig igenom en hel operation, så att barnen vet vad som kommer att hända. Sjukskötaren kan även uppmuntra barnen att utforska instrumenten som finns i operationssalen såsom EKG elektroder, blodtrycksmätare, pulsoximeter, intravenöst material samt anestesimask (Cheung & Li & Lopez, 2008, s. 67,69).

Föräldrars närvaro under den preoperativa perioden och under induktionen av anestesi hjälper till att minska barns preoperativa rädsla. Föräldrars närvaro kombinerat med någon annan form av intervention har visat sig vara ett ännu effektivare sätt för att minska eller eliminera rädslan. Beroende på barnets ålder och erfarenhet kan man använda sig av specialtränade clowner, som är närvarande tillsammans med barnet och barnets föräldrar under operationsdagen. Clownerna utför magiska trick, spelar

musik, spelar spel, har med sig leksaker, blåser såpbubblor och ordnar olika ordlekar för att distrahera barnet från ångesten och rädslan. När barnet skall sövas följer både clownerna och föräldrarna med till operationssalen (Vagnoli, Caprilli & Messeri, 2010, s. 939,941).

Videoklipp eller tv-spel som distraktionsmetod har också konstaterats vara effektivt för att minska barns rädsla. När barnen på morgonen kommer till sjukhuset för operation, får barnen välja mellan olika filmer eller serier. Man kan som sjukskötare även fråga barnet vad de brukar se på hemma och använda t.ex. Youtube som hjälpmedel för att söka upp någon film som barnet kanske ser på hemma, för att skapa en trygg miljö. På detta sätt känner barnet sig delaktigt, då det får vara med och välja, och på samma gång fungerar filmen/serien som en distraktion för att minska oron eller rädslan. Bästa resultat fås även om föräldrarna är närvarande (Mifflin & Hackmann & Chorney, 2012, s. 1163). Fraser som uppkom i denna kontext:

*Att lära barnen att komma till operationssalen och att de får gå och sova genom att andas i brandmännens mask eller att blåsa upp en ballong.*

*Barn som fick delta i interventioner med terapeutiska lekar upplevde mindre ångest både pre- och postoperativt än de barn som endast fick delta i interventioner med information.*

*Genom att använda sig av medicinskt tränade clowner för barn som skall genomgå operation kan den preoperativa oron betydligt lindras.*

*Familjecentrerade preoperativa interventioner minskar barns oro inför operation, men de minskar även förekomsten av postoperativt delirium.*

## **Preoperativ ångest**

Operation kan vara en känslomässigt traumatisk upplevelse för barn och resulterar i höga nivåer av preoperativ ångest. Den ångestframkallande situationen kan resultera i både långtids och korttids negativt beteende och träder fram både pre- och postoperativt. Genom att reducera barns ångest inför operation kan man förbättra både barnets och familjens upplevelser av operation. Barn som lider av hög ångestnivå

preoperativt är ofta rädda för vårdpersonal, märkbart upprörda och samarbetar inte över huvudtaget. Detta resulterar i en traumatisk upplevelse för alla parter – för barnet, föräldrarna och vårdpersonalen. När små barn är osamarbetsvilliga och upprörda, leder det ofta till att anestesi sker via mask och barnet hålls på plats mot dennes vilja, vilket i den postoperativa perioden gör att barnet vaknar upp från anestesi fortfarande upprörd och detta kan leda till akut delirium. Preoperativ ångest är även förknippat med postoperativ smärta. Studier har även visat att preoperativt ångestfyllda barn kräver mer smärtstillande postoperativt än icke ångestfyllda barn. Preoperativ ångest är även förknippat med mardrömmar, sömnproblematik, rädsla, allmän postoperativ ångest samt problem med aptiten (Li & Lopez, 2006, s. (547-549).

Barn som lider av preoperativ ångest har mera negativt känslomässigt beteende under introduktionen av anestesi och dessa barn har även snabbare puls och högre blodtryck (Li, 2007, s. 1923). Barn uttrycker sin preoperativa ångest genom att gråta, skrika, använda sig av ickeverbalt motstånd, verbalt motstånd eller negativt verbala känslor. Oftast kan ångesten uttrycka sig i en kombination av de ovannämnda beteendena, t.ex. gråt, verbalt motstånd och ickeverbalt motstånd tillsammans och detta uppträder främst hos yngre barn i åldern 2-6 år. Hos barn i åldern 7-10 år förekommer också ångestfyllt beteende till viss del, även om det inte är lika vanligt som hos mindre barn. Det vanligaste beteende som förekommer hos barn är icke verbalt motstånd t.ex. att barnet försöker puffa/ta bort anestesi masken (Chorney & Kain, 2009, s. 1437-1439). Fraser som uppkom:

*Barnen försökte fly undan situationen genom att gråta, genom verbal protester, genom att skrika eller verbalt uttrycka sin sorgsenhet eller rädsla.*

*Det vanligaste beteendet som framkom hos barnen var så kallat ickeverbalt motstånd, t.ex. genom att barnet försökte puffa bort anestesi masken.*

Trots att barn upplever rädsla, osäkerhet och smärta har det ändå visat sig att de samarbetar med vårdpersonal och pratar om deras situation med vårdteamet. Slutligen märker barnet att de måste göra någon form av kompromiss och konstaterar att det operativa ingreppet kommer kanske att resultera i smärta. Barnen tillåter sjukskötaren att sätta den intravenösa kanylen och att genom den ge smärtstillande läkemedel. Barnen förstår att sjukskötaren och de andra i vårdteamet inte vill något illa och de

förstår att läkemedlet kommer att hjälpa. För att minska rädslan för kanylinsättning och smärtan i samband med det, är det viktigt att förklara för barnet EMLA plåstrets uppgift. (Wennström & Hallberg & Bergh, s. 106, 2008) Barns synpunkter i fraser:

*Jag sätter sömnkrämen på min arm och jag har teckningarna med mig.*

*Före jag fick medicin hade jag ont, men efter att du gav mig medicinen var jag glad igen.*

## **Sjukskötaren**

För att upplevelsen och erfarenheten av en operation skall vara så lyckad som möjligt krävs att sjukskötaren lindrar barnets ångest inför operation. Om barnet känner sig tryggt, ökar även föräldrarnas tillfredsställelse och barnet är mer tillmötesgående med procedurerna som sker på sjukhuset samt att den postoperativa återhämtningen sker snabbare. Sjukskötaren måste vara medveten om och känna till det som kan utlösa preoperativ ångest hos barn. Hon/Han måste också känna till rädslan för att det skall göra ont, separationen från föräldrarna, rädslan för det okända, osäkerheten och ovissheten samt känslan av att förlora kontrollen. Sjukskötaren måste utveckla och införliva ångestreducerande strategier såsom att ta i bruk metoder som lämpar sig för barn, implementera olika distraktionstekniker samt eliminera icke önskvärda beteenden från tidigare erfarenheter. Sjukskötaren skall även värdesätta föräldrar/vårdnadshavare som en del av det familjecentrerade vårdteamet och att aktivt förespråka för informerade och förberedda föräldrars deltagande och engagemang. För att ta i bruk ovannämnda strategier krävs små förändringar i det praktiska beteendet, men det har en signifikant betydelse för hälsan och tillfredsställelsen hos de pediatrika patienterna och deras familjer (St-Onge, 2012, s. 18).

Den preoperativa dialogen hjälper till att minska den preoperativa rädslan samt ger barnen självförtroende. Som sjukskötare måste man ge barnen tid att berätta hur det känns för dem att komma till sjukhuset. Barnen skall även få berätta om tidigare erfarenheter. Genom att sjukskötaren lyssnar på barnet skapas förtroende och tillit mellan parterna. När barnet vågar lita på sjukskötaren, skapas självförtroende och

mod för att ställa frågor inför kommande operation. Sjukskötarens uppgift är att informera barnet om vad som kommer att hända från början till slut och så sanningsenligt som möjligt. Barn önskar att sjukskötaren skall behandla dem med respekt och att informationen som ges till dem skall ges på ett vuxet sätt. Detta gör att barnen implementerar sjukskötarens verbala språk och barnen upplever sjukskötaren som mer trovärdig och är bekväma med deras kontinuerliga närvaro. (Lindberg & von Post, 2006, s. 146-147)

Sjukskötaren måste låta barnpatienten vara med och påverka den preoperativa vården för att den skall kunna fortsätta. Barnen känner sig trygga när deras önskningar och mål tas i beaktande och samarbete mellan sjukskötaren och barnpatienten fungerar bättre. Under den preoperativa dialogen lär sjukskötaren och barnet känna varandra, och det byggs upp en vänskap mellan dem som gör att barnet upplever positiva känslor av att se sjukskötaren den dagen då det är dags för operation. Vänskapen och de positiva känslorna bekräftas även när sjukskötaren besöker barnet postoperativt och hela operationsupplevelsen förblir positiv (Lindberg & von Post, 2006, s. 147-148). Fraser som uppkom:

*Sjukskötaren gav barnen tid att berätta sina historier och de preoperativa dialogerna hölls utan stress. Historierna som barnen berättade var tidigare erfarenheter och nuvarande förväntningar angående anestesi och vårdpersonalen.*

*När barnen fick tid på sig, ökade deras självförtroende och de visste att de kunde lita på sjukskötaren och att de kunde byta tankar och funderingar i lugn och ro.*

*Barn ville bli sedda som viktiga personer och till detta hörde att de skulle få veta vad som var på gång och informationen skulle ges på ett seriöst sätt. Barnen vill även att sjukskötaren visade respekt för barnen och deras känslor just vid det tillfället.*

*Barnen kände sig trygga när deras önskningar och mål togs i beaktande och situationen förlöper lugnt om barnen får delta i beslut som rör deras vård.*

## **7 Tolkning av resultatet**

I detta kapitel kommer respondenten att analysera och tolka resultatet utgående från den teoretiska bakgrunden och de teoretiska utgångspunkterna. Lidande enligt Eriksson och adaptionsmodellen enligt Callista Roy utgör de teoretiska utgångspunkterna. Ur den teoretiska bakgrunden framkommer beskrivning av preoperativa förberedelser och preoperativ rädsla.

### **Barnpatienten inför operation**

Ur resultatet framkommer att barns tankar och psykiska välmående spelar stor roll inför en operation. Ovissheten och otryggheten inför en operation hos barnpatienter gör att de upplever rädsla och ångest. Barn tror även att operationen kommer att vara smärtsam. Separationen från föräldrarna gör att barnpatienten upplever ytterligare rädsla och ångest.

Enligt Eriksson (1993, 2; 1994, 19-20) kan man beskriva lidande som smärta och sjukdom, men dessa två kan inte ses som synonymer. Man kan ha smärta utan lidande och lidande kan finnas utan smärta. Smärtan varnar kroppen om fysiska fel medan lidande varnar om psykiska och andliga problem. Lidande och smärta är ofta förenade i en människas livssituation och därför är det svårt att avgöra om en patient upplever lidande eller smärta. Eriksson (1993, s. 13) menar också att en patient som inte upplever sig bli tagen på allvar genomgår ett lidande.

I synnerhet barn kan vara oroliga och rädsla för det okända, men även föräldrarna kan vara oroliga. Familjens oro kan påverkas av de undersökningar som görs preoperativt, rädsla för att någonting skall förändras i samband med själva operationen, att de normala rutinerna förändras, smärta, anestesi samt eventuell sjukdom (Lindwall, 2012 s. 184). Hovind (2013, 370) säger att när man förbereder ett barn inför anestesi är det viktigt att utgå ifrån barnets ålder och mognad för att förebygga den preoperativa rädslan. Genom att ha genomtänkta rutiner och att försöka undvika att väntetiden blir onödig, kan man minska ängsligheten hos barnpatienten.

## **Att anpassas till det okända**

Av resultatet framkom att barn försöker ta reda på vad som kommer att hända och samtidigt försöka relatera den nya situationen till tidigare upplevelse. Omgivningen och utrustningen beskrivs som okänd och skrämmande. Ovissheten om att inte vara vaken och kunna se omgivningen och vad som händer skapar också otrygghet. Redskapen i sjukhusmiljön ritas av barn som oproportionerliga och enbart entrén till sjukhusmiljön skapar ångest. På barnens teckningar ritas föräldrarna och sjukhuspersonalen i omgivningen som glada individer, medan barnen ritas med ledsna minder och tårar på kinderna.

Eriksson (1993, 12-13) menar att varje lidande formas av människan och hennes omgivning. Lidande i vården beskrivs som livslidande, vårdlidande och sjukdomslidande. Ett vårdlidande uppstår när det finns en klyfta mellan en patients begär och behov och den attityd, den hållning och den kunskap som sjukskötaren har för den lidande människan.

Roys (1981, 53) adaptationsmodell handlar om hur människan klarar av att anpassas till en miljö som förändras och hur man själv kan påverka den föränderliga miljön på ett lämpligt sätt. Miljön är en källa till stimuli som har skiftande karaktär. Stimuli kan, beroende på människans förmåga att klara av dem, antingen upplevas som positiva, starka, negativa eller påträngande.

Ett preoperativt förberedande besök för barn som skall få anestesi bör ordnas. Det är önskvärt att samma personal som är på det förberedande besöket också skall genomföra anestesen. Det är viktigt att skapa ett gott förtroende, så att barnet inser att anestesiologen är en glad och snäll tant eller farbror och det hjälper att minska barns rädsla. (Hovind, 2012, 372; Niemi-Murola, 2012, s. 112; Bodelsson m.fl., 2011, s. 210)

## **Interventioner som stöd inför operation**

Resultatet visar att interventioner av olika slag har visat sig vara effektiva för att reducera eller eliminera barns rädsla och ångest inför operation. Barn som får ta del av interventionsprogram före operationen har större möjlighet att använda sina coping

förmågor än andra. Interventioner hjälper barn att psykiskt förberedas inför operation enligt deras kognitiva och psykosociala utveckling motsvarande deras ålder. Verbal information, dramatiserande aktiviteter, video-/ tv-spel, clown, rundurer samt lek med operationsinstrumenten är exempel på interventioner som används preoperativt för barn. Föräldrars närvaro kombinerat med någon form av intervention har visat sig vara det effektivaste sättet att minska barns preoperativa rädsla.

Eriksson (1994, 72,76-77) menar att vår förmåga att konfronteras med och att lindra lidandet beror på vår egen mognad samt vårt eget lidande. För att lidandet skall kunna lindras behövs hopp. Vi kan endast övervinna lidandet genom att lida. Men om det finns hopp i lidandet kanske det ger oss mod att våga ingå lidandet. Att trösta är också något som vi alltid kan göra, och verklig tröst bygger upp tillit hos den lidande människan och ger även hopp och mod. Det måste finnas rum för livshopp och livsleda i trösten. Vidare menar Roy (1994, 20) att människan ständigt har ett samspel med miljön som hela tiden förändras och p.g.a. detta ställs människan inför utmaningar. För att uppleva hälsa, behöver man klara av att som människa utvecklas i takt med att livet förändras.

Bodelsson et. al (2011, s. 209) menar att hemligheten till att åstadkomma en behaglig situation ligger i de preoperativa förberedelserna och att både barn och föräldrar får så saklig information som möjligt.

## **Barnpatientens ångest inför operation**

Resultatet visar att operation är en känslomässigt traumatisk upplevelse för barn och kan resultera i höga nivåer av preoperativ ångest. Denna ångestframkallande situation kan leda till negativt beteende hos barnet både kortsiktigt och långsiktigt. Barnpatienter uttrycker sin preoperativa ångest genom att gråta, skrika, använda sig av verbalt och icke verbalt motstånd samt uppvisandet av negativa känslor. Den preoperativa ångesten är ofta förknippad med postoperativ smärta och barn som lider av preoperativ ångest kräver mera smärtstillande läkemedel postoperativt. Ångesten är ofta även förknippad med mardrömmar, rädsla och problem med sömn och aptit.

Eriksson (1994, 72, 76-77) säger att människan inte vill lida utan försöker lindra sitt lidande på olika sätt. Människan utvecklar olika strategier för att kunna fly undan eller

förinta lidandet. Eriksson beskriver fem olika modeller som människan kan ta hjälp av: 1) förintelse av lidandet, människan gör ett försök i att eliminera lidandet. 2) Förakt för lidande, människan gör ett försök att resa sig över lidandet. 3) Flykt från lidandet, människan förnekar lidandets existens och gör ett försök i att springa undan eller fly från lidandet. 4) Resignation i lidandet, människans inställning till lidandet är känslolöst och ödesbetonad, lidandet blir ett givet ofrånkomligt ont. 5) Ödmjukhet inför lidandet, människan gör ett försök i att hitta en betydelse med lidandet.

Roy (1994, 19; 1981, 55; 1980, 181) menar att hur människan beter sig, beror på miljön samt individens förmåga att anpassa sig till miljön. Enligt Roy (1994, 20) anses miljön ha en framträdande plats, eftersom adaptationen sker genom förhållandet till miljön och de stimuli som miljön skapar. Stimuli kan komma både utifrån och inifrån.

Enligt Svirsky (2012, s. 11) är det egentligen flera olika reaktioner, såsom kroppsliga, beteendemässiga, känslomässiga och tankemässiga, som utlöser rädsloreaktionen. Denna reaktion brukar kallas för ”kamp-flykt-frys”-reaktionen. Enligt Hovind (2013, 371-372) måste barn få uttrycka sina känslor och det skall vara tillåtet att gråta och uttrycka sin rädsla och ilska.

## **Den kompetenta sjukskötaren och barnpatienten**

Av resultaten framkom att sjukskötaren måste vara medveten om och känna till vad det är som utlöser den preoperativa ångesten, t.ex. rädslan för att det skall göra ont, separationen från föräldrarna, rädslan för det okända, osäkerheten och ovissheten och känslan av att förlora kontrollen. Först efter att sjukskötaren bär på den ovan nämnda kunskapen, kan hon utveckla och ta i bruk ångestreducerande strategier som lämpar sig för barn. Sjukskötaren måste även implementera olika distraktionstekniker samt eliminera icke önskvärda beteenden från tidigare erfarenheter. Sjukskötaren skall även värdesätta föräldrar/vårdnadshavare som en del av det familjecentrerade vårdteamet och att aktivt förespråka för informerade och förberedda föräldrars deltagande och engagemang. Barns förtroende och tillit för sjukskötaren växer om de får tid att berätta om tidigare erfarenheter och nuvarande förväntningar och känslor.

Sjukskötaren måste även låta barnen vara delaktiga i processen genom att ta i beaktande barnens önskningar och mål.

Eriksson (1987a, 1987b) säger att alla människor bär på en förmåga att vara vårdare och att vilja vårda. Eriksson (1994, s. 77) menar också att grunden för vårdandet - tro, hopp och kärlek utgör även grunden i kampen om lidandets lindrande. Vårdandet innebär enligt Eriksson (1987, s. 9) att man använder olika former av lärande, ansning och lekande för att skapa ett tillstånd av tillfredsställelse, tillit, kroppsligt välbefinnande samt att uppleva att man är i en utvecklig som har som syfte att upprätthålla, stödja eller igångsätta hälsoprocesser.

Roy menar att människans samspel med miljön står i fokus för omvårdnaden och sjukskötarens uppgift är att stödja samspelet så att resultatet är största möjliga välbefinnande och en maximal mänsklig utveckling. Roy säger också att sjukskötaren måste komma ihåg att välbefinnande på det fysiska, psykiska och sociala området inte alltid är möjligt för alla och då handlar det om att man som sjukskötare gör det bästa av situationen. (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012, s. 227).

## **8 Kritisk granskning**

Kvalitetsbedömning och kritisk granskning är inom all forskning viktigt, och i detta kapitel kommer respondenten att kritiskt granska litteraturstudien. Granskningen av litteraturstudiens tillförlitlighet sker utifrån Larssons (1994) kvalitetskriterier som utarbetats för kvalitativ forskning. Respondenten har utifrån kvalitetskriterierna valt att granska kvaliteten i litteraturstudiens helhet med hjälp av perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde, medan resultatet kvalitetsgranskas av struktur och innebördsrikedom. För resultatet används validitetskriteriet heuristiskt värde.

Enligt Larsson (1994, 165-168) är sanningen relativ och det finns alltid ett perspektiv till varje beskrivning av verkligheten. För att kunna använda oss av perspektivmedvetenhet, krävs att vi har en förförståelse för ämnet innan tolkningsprocessen inleds och det är förförståelsen som under tolkningsprocessen ständigt förändras. Genom att man i undersökningen redovisar för förförståelsen blir tolkningens utgångspunkt tydlig och forskarens perspektiv undanhålls inte läsaren.

Förförståelsen kan exempelvis redogöras genom att forskaren delar med sig av egna erfarenheter som är relevanta och betydelsefulla.

Respondenten fick sin förförståelse för ämnet genom att samla material i form av böcker och fakta från olika internetsidor och läsa in sig på det. Genom arbetserfarenhet inom vården har respondenten kunnat skapa sig en förståelse för ämnet. Respondenten anser att de teoretiska utgångspunkter som valts är lämpliga för undersökningen och skapar ett brett perspektiv och mera förståelse för ämnet, eftersom den ger Erikssons (1994) syn på lidande och Roys (1994) syn på hur människan anpassar sig i en föränderlig miljö. För mer omfattande synvinklar kunde fler teoretiker tillämpats och för ett bredare perspektiv kunde ytterligare utgångspunkter såsom lindrande, närhet och läkemedel använts. Den teoretiska bakgrunden är enligt respondenten tillräcklig för att skapa en vidare förståelse för ämnet.

Larsson (1994, 168-170) menar att den interna logiken är ett av de kriterier som används flitigast och vid användningen av detta kriterium granskas helheten i arbetet. Den interna logiken uttrycks som en harmoni som råder mellan forskningsfrågor, datainsamling samt data-analysmetod. Under den allmänna harmonin finns en följsats som går ut på att datainsamlingen och analysmetoden styrs av forskningsfrågorna, och på detta sätt binds man inte till enskilda metoder. Vid valet av forskningsmetod fås även ett perspektiv och perspektivet i sin tur påverkar resultatet som produceras. Tanken med den interna logiken är att det finns en helhet som enskilda delar kan skildras till och att det råder harmoni mellan delarna och helheten.

Respondenten har i litteraturstudien, som handlar om barns preoperativa rädsla, försökt skapa ett sammanhang mellan de olika delarna för att det i slutändan skall uppfattas som en helhet. Respondentens syfte med examensarbetet var att undersöka barns preoperativa rädsla, vilka faktorer som bidrar till den preoperativa rädslan samt vilka metoder sjukskötaren kan använda sig av för att eliminera eller minska rädslan inför operation. Syftet har besvarats genom att respondenten tagit del av tidigare forskning. Forskningsfrågan löd: Hur kan sjukskötaren handla för att minska den preoperativa rädslan? Och enligt respondenten har forskningsfrågan besvarats genom att ta fram metoder och tillvägagångssätt som sjukskötaren kan använda sig av.

Datansamlingen skedde genom dokumentstudie och insamlingen har skett elektroniskt. För att analysera data har respondenten valt innehållsanalys som metod för att hitta innebörd och beskriva fenomen som i detta fall var barns preoperativa rädsla. För ytterligare klarhet och sammanhang har respondenten gjort en resuméartikel som även har fungerat som bra stöd och översikt.

En viktig synvinkel av en vetenskaplig undersökning är att den påvisar god etik. Andra kvaliteter i en undersökning kan försämrats vid högt etiskt värde. Forskaren får inte framställa något som är falskt eller diffust inte heller dra förhastade slutsatser så att grupper eller individer drabbas. Det som utgör kvaliteten i vetenskapliga studier är att forskaren inte fuskar med vad som enligt denne uppfattas sant. Med vetenskaplig hederlighet menas att forskaren inte lagt till eller dolt någonting och att all information behandlats lika (Larsson, 1994, 171-172). Enligt respondenten har inga förhastade slutsatser dragits och all information som kommit fram har varit sann. Alla artiklar som har analyserats har analyserats på samma sätt och resultatet har återgetts med egna ord utan förvrängning. Egna tankar och slutsatser har uteslutits från resultatredovisningen.

I kvalitativa studier vill man i resultatet utforma någonting på ett nytt sätt så att det uppstår nya innebörder. Detta gör att innebördsrikedomen är en avgörande kvalitet. Det är viktigt att uppmärksamheten fästs på hur innebörder utformas. Kategorierna som utformas skall vara innebördsrika och fånga det väsentliga och trots detta ändå ha nyanserna i behåll. Forskaren måste beskriva fenomen som de framträder och teorier och fördomar skall frånses. Olika delar av texten skall kunna integreras till en helhet och det blir då självklart att tolkningen får större exakthet och högre kvalitet om fler nyanser fångas (Larsson, 1994, 172-173). Respondenten hoppas att examensarbetet kan fungera som informationskälla och hjälpmedel för studerande, föräldrar, patienter samt professionella inom vårddyrket. Fenomen såsom patienten, omgivningen, interventioner, preoperativ ångest och sjukskötaren har beskrivits och tolkats med den teoretiska referensramen för att skapa en helhet.

Larsson (1994, 173-175) menar att som motsats till innebördsrikedomen kan det ställas krav på att undersökningen resultat utgör en god struktur. I kvalitativ forskning skall det finnas en spänning mellan strukturen och innebördsrikedomen. Språket skall vara enkelt och resultat skall inte vara suddigt. Den röda tråden måste följas genom

hela arbetet. Det hela handlar om konsten att söka strukturen i rådata, för att sedan framställa resultatet på ett sätt som tydliggör och framhäver strukturen så klart och enkelt som möjligt. Det är viktigt att man som forskare tydliggör vad som är en huvudsak och bisak och att läsaren lätt kan följa med i argumentationen.

Respondenten anser att examensarbetets struktur är god och att den röda tråden följs genom hela arbetet. Språket är enkelt och lättläst. Resultatet har framställts med huvudkategorier och underkategorier för att göra det lättare för läsaren att hänga med i respondentens tolkning.

När man vill bedöma kvaliteten i kvalitativ forskning använder man sig av kvalitetskriteriet heuristiskt värde. Kravet på en kvalitativ forskning är att den skall förmedla kunskapstillskott genom utformningen. En lyckad analys skall få fram nya sätt att uppfatta verkligheten på, nya perspektiv. Det betonas även vikten av att resultatet skall kunna förmedla en illustration av verkligheten som gör att läsaren övertygas, vilket resulterar i att studien kan användas i andra sammanhang än sitt eget. (Larsson, 1994, 179-180) Examensarbetet är en litteraturstudie vilket betyder att tidigare forskning har analyserats och använts, detta gör att totalt ny kunskap inte framkommit. Dock har denna litteraturstudie stärkt kopplingen till tidigare forskning och respondenten har tagit fram en ny helhet och ett nytt sätt att se på saken på. Genom analysen har många användbara metoder och tillvägagångssätt framkommit som förhoppningsvis har examensarbetet bidragit till ny kunskap för läsaren och hoppas att det kan komma till användning för både studerande och professionella.

## **9 Diskussion**

Det är vanligt att barn upplever operation som en stressande och ångestfylld upplevelse, därför är det av stor vikt att sjukskötaren försöker lindra eller eliminera rädslan och ångesten. Syftet med examensarbetet var genom att göra en litteraturstudie undersöka barns preoperativa rädsla, vilka faktorer som bidrar till den preoperativa rädslan samt vilka metoder som sjukskötaren kan använda sig av för att minska rädslan inför operation. Examensarbetet gjordes för att öka respondentens kunskap om barns preoperativa rädsla samt för att ta fram olika metoder för att

minska rädslan inför operation. Forskningsfrågorna som ställdes var: Hur kan sjukskötaren handla för att minska den preoperativa rädslan? Och Vilka metoder kan sjukskötaren använda sig av för att minska den preoperativa rädslan?

Vårdteoretikerna Katie Eriksson och Sister Callista Roy användes som teoretiska utpunkter och lämpade sig väl för respondentens valda ämne. Erikssons syn på lidande lämpade sig eftersom barnet i en stressande och ångestfylld situation enligt respondenten lider och Roys adaptionsmodell (människan, miljön och hälsa) passade in på det valda ämnet eftersom barn har svårt att anpassa sig i sjukhusmiljö och hela omgivningen med all stimuli gör hela situationen svår för barnen. Dessa två teoretiker med två olika infallsvinklar gav en bred grund för litteraturstudien.

Redovisningen av resultatet gjordes i form av huvud- och underkategorier. Huvudkategorierna som framkom ur innehållsanalysen var: faktorer som bidrar till preoperativ rädsla hos barn och att minska den preoperativa rädslan. Underkategorierna som framkom var: patient, omgivning, intervention, preoperativ ångest och sjukskötaren.

Barns kunskap om vad som kommer att hända för och under en operation varierar och deras förväntningar inför operation är ofta begränsade eftersom de inte kan föreställa sig vad som kommer att hända. Ovissheten som finns, gör att de flesta barn upplever någon form av oro eller ångest inför operation. Barn är rädda för det okända och de tror även att de kommer att ha smärta. Respondenten kan av egen erfarenhet nämna att även vuxna människor upplever samma oro och ångest även om man vet vad som kommer att hända och är väl informerad. Vidare anser respondenten att sjukskötaren måste veta och känna till vad det är som orsakar den preoperativa rädslan hos barn och på vilka sätt barn uttrycker sin rädsla. Sjukskötaren måste även känna till konsekvenserna av obehandlad preoperativ rädsla.

Sjukskötaren kan med hjälp av olika interventioner lindra eller eliminera barns preoperativa ångest. Forskning har visat att barn som får genomgå förberedande program har större möjlighet att använda sina coping färdigheter. Förutom verbal information kan interventioner i form av dramatiserande lekar, musik, såpbubblor, leksaker, att bekanta sig med operationssalens instrument, lek med dockor i operationssalen, clowner samt föräldrars närvaro, lindra barnens preoperativa rädsla. Enligt respondenten är det av stor vikt att alla sjukskötare som jobbar med barn och

anestesi känner till dessa metoder och även använder sig av dem. Respondenten anser även att sjukskötaren skall kunna och våga ta med föräldrarna i barnets vård om föräldrarna så vill det.

Den preoperativa dialogen är viktig för barnen, den ger dem självförtroende och hjälper till att minska den preoperativa rädslan. Det är viktigt att barn får berätta om sina känslor och hur de upplever ankomsten till sjukhuset. Barn vill att sjukskötaren ger informationen på ett så vuxet sätt som möjligt och att informationen som ges är sanningsenlig. På detta sätt upplevs sjukskötaren mer trovärdig och hela situationen blir bekvämare. För att vården skall bli så bra som möjligt måste barnen själva få vara med och påverka och ta beslut i mån av möjlighet. Respondenten anser att det är viktigt att skapa tillit och förtroende för att samarbetet skall fungera. Respondenten vill också påpeka att det är viktigt att sjukskötaren respekterar barnet och visar förståelse.

Forskningsfrågan har enligt respondenten besvarats. I resultatredovisningen framkom metoder som sjukskötaren kan använda sig av för att minska barns preoperativa rädsla. Respondenten har även fått fram hur sjukskötaren med hjälp av professionalitet kan handla i sådana situationer. Förutom svar på forskningsfrågan respondenten även fått ta del av vilka konsekvenser som kan uppstå om barn preoperativa rädsla inte minskas. För att kunna minska barnpatienters preoperativa rädsla är det viktigt att sjukskötaren känner till barns känslomässiga upplevelse och vet hur barn beter sig, även detta har respondentens litteraturstudie svarat på. Respondenten fann det intressant när barn själv beskrev sina känslor och upplevelser före en operation och vilka tankar och önskningsar som kretsade i de små livens huvuden.

Trots att respondenten inte hade några problem med att hitta aktuell forskning krävs ändå fortsatt forskning inom ämnet. Fortsatt forskning krävs för att få fler synvinklar på hur man kan minska barns preoperativa rädsla i de olika faserna i den preoperativa perioden. Respondenten tror även att med tillräckliga interventioner och distraktionstekniker kanske man inte behövde använda premedicinering över huvudtaget. Sjukskötarna behöver också få mer kunskap om barns rädslor, eftersom det är ett ofta förekommande fenomen inom sjukhusvärlden. Slutligen tror respondenten att sjukskötaren borde bli bättre på att bemöta barnpatienter, för att

skapa ett förtroendefullt band. Avsaknaden av aktuell och lokal forskning är ett tecken på att forskarna i Finland ännu inte fördjupat sig i ämnet. Dock är ett flertal av forskningarna som valdes från Sverige vilket tyder på att det forskats mera i ämnet i grannlandet.

Examensarbetet har gett respondenten ny kunskap om lidande och om människans anpassningsförmåga i en föränderlig miljö. Utgångspunkterna har fungerat som den röda tråden genom hela examensarbetet. Respondenten valde att undersöka barns preoperativa rädsla, eftersom det för respondenten var ett främmande område. Under examensarbetets gång har respondenten fått fördjupa sig i de preoperativa förberedelserna samt fått en förståelse för vad den preoperativa rädslan innebär och hur och varifrån den uppkommer. Slutligen har respondenten fått lära sig om hur sjukskötaren kan handla i situationer där barn upplever preoperativ rädsla samt vilka metoder som kan användas för att minska rädslan.

Respondenten har under en givande process fått nya kunskaper inom ett främmande område och hoppas att arbetet kommer i användning antingen för studerande eller professionella. Respondenten kan i framtiden tänka sig att utveckla detta examensarbete på en högre utbildningsnivå och då ta med tankeställningen om vilka konsekvenser som uppstår om den preoperativa rädslan inte lindras.

## Källförteckning

- Andrews, H & Roy, C., 1994. *Royn adaptaatiomalli*. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Aydin, T., Sahin, L., Algin, C., Kabay, S., Yucel, M., Hacioglu, A., Yaylak, F & Kilicoglu, A., 2007. Do not mask the mask: use it as an premedicant. *Pediatric Anesthesia*, 18, s. 107-112.
- Bodelsson, M., Lundberg, D., Roth, B. & Werner, M., 2011. *Anestesiologi*. u.o: Studentlitteratur.
- Callery, P & Smith, L., 2005. Children´s accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*., 14, s. 230-238.
- Chorney, J & Kain Z., 2009. Behavioral Analysis of Children´s Response ti Induction of Anesthesia. *International Anesthesia Research Society*, 109(5), s. 1434-1440.
- Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N. & Dominici, T. 2013. A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatric Anesthesia*, 23, s. 139-143.
- Denscombe, M., 2010. *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. 1987. *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts Förlag AB
- Eriksson, K. (red.) 1993. *Möten med lidanden*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Eriksson, K., 1994. *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Forsberg, C & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Forskningsetiska delegationen., 2012. [Online]  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [hämtat: 18.8.2014].

Fortier, M., Del Rosario, A., Martin, S. & Kain, A., 2010. Perioperative anxiety in children. *Pediatric Anesthesia*, 20, s. 318-322.

Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel A. & Keidan I., 2008. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 19, 262-266.

Henricson, M., 2013. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (u.o.) Studentlitteratur AB

Hovind, I., 2013. *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

HUCS., 2014. [Online] [http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvard-for-barn-och-ungdom/Kirurgisk\\_var\\_d\\_for\\_barn/Sidor/default.aspx](http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvard-for-barn-och-ungdom/Kirurgisk_var_d_for_barn/Sidor/default.aspx) [hämtat: 22.08.2014]

Jacobsen, D.I., 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur AB.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Tillgänglig i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.) (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Li, H., 2007. Evaluation the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 1919-1926.

Li, HC., & Lopez, V. 2006. Assessing children's emotional responset to surgery: A multidimensional approach. *Journal of Advanced Nursing*. 53(5), s. 543-550.

Li, HC., & Lopez, V. 2008. Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *JSPN*. 13(2), s. 63-72.

Lindberg, S., & Von Post, I. 2006. From fear to confidence: children with fear of general anaesthesia and the perioperative dialogue for dental treatment. *Journal of Advanced Perioperative Care*. 2(4), s. 143-151.

Lindwall, L., 2012. *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. (red.). 2012. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Borgå: Bookwell Oy.
- Nyberg, R., Tidström, A. 2012. *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Mifflin, K., Hackmann, T. & Chorney, J., 2012. Streamed video clips to reduce anxiety in children during inhaled induction of anesthesia. *International Anesthesia Research Society*, 115(5), s. 1162-1167.
- Puura, A., Puura, K., Rorarius, M., Annala, P., Viitanen, H. & Baer G., 2005. Children's drawings as a measure of anxiety level: a clinical pilot study. *Pediatric Anesthesia*, 15, s. 190-193.
- Rice, M., Glasper, A., Keeton, D. & Spargo, P., 2008. The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: an observational study. *Pediatric Anesthesia*, 18, s. 426-430.
- Riehl, J & Roy, C. 1980. *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rosén, M., 2012. Systematisk litteraturöversikt. Ingår i: Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (u.o.) Studentlitteratur AB
- Roy, C & Roberts, S. 1981. *Theory construction in nursing. An Adaptation Model*. Long Beach: Prentice-Hall.
- St-Onge, A., 2012. Reducing paediatric anxiety preoperatively: Strategies for nurses. *Ornac Journal*, s. 14-19.
- Svirsky, L., 2012. *Rädslor, fobier och nedstämdhet hos barn och unga*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Tjora, A., 2012. *Från nyfikenhet till systematisk kunskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vagnoli, L., Caprilli, S. & Messeri, A., 2010. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what would be the most promising option?. *Pediatric Anesthesia*, 20, s. 937-943.

Wennström, B., Hallberg, L. & Bergh, I., 2008. Use of preoperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 96-106.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L., 2012. *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

## Resuméartikel

Författare, år	Titel	Syfte	Metod	Resultat
1. Cuzzocrea, Gugliandolo, Larcan, Romeo, Turiaco & Dominici 2013	A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors	Evaluera effekten av ett psykologiskt preoperativt program och för att stödja barnpatienters medgörlighet vid operativa processer.	Klinisk studie med 50 barn i åldern 3-12 år och deras mammor deltog i studien. Modified Yale Pre-operative Anxiety Scale användes för att evaluera rädslan och Induction Compliance Checklist för att evaluera medgörligheten under induktionen av anestesin.	Att använda sig av lekfulla dramatiseringar i den operativa processen, att manipulera med hjälp av instrumenten som finns och stöd av psykolog kan vara användbart för barn inför operation. De barn som fick delta i interventioner var mindre rädda i det preoperativa rummet än de barn som enbart blev distraherade med olika tekniker.
2. St. Onge 2012	Reducing paediatric anxiety preoperatively: Strategies for nurses	Att belysa strategier som sjuksköterskor kan implementera i sitt praktiska arbete för att minska på barns preoperativa rädsla.	En litteraturstudie.	Sjuksköterskan måste ta i beaktande föräldrarna som en del av ett familje-centrerat vård team och att aktivt stödja och se till så att föräldrarna är informerade och förberedda inför delatagandet.
3. Mifflin, Hackmann & Choreney 2012	Streamed video clips to reduce anxiety in children during inhaled induction of anesthesia	Avgöra om distraktion i form av video kan användas som ett kliniskt verktyg av anestesiloger för att minska rädslan hos barnpatienter.	Klinisk studie med 89 barn i åldern 2-10 år som genom randomiserat urval placeras i antingen video distraktionsgruppen eller i kontroll gruppen. Modified Yale Pre-operative Anxiety Scale användes för att mäta barnens rädsla.	Barn som var i video distraktionsgruppen var mindre rädda under induktionen av anestesin och det visade sig även att variationen i rädslan minskade från väntrummet till induktionen jämfört med kontrollgruppen.
4. Vagnoli, Caprilli & Messeri 2010	Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what would be the most promising option?	Undersöka vilken intervention som är mest effektiv när det gäller att minska den preoperativa rädslan.	En klinisk studie där 75 barn i åldern 5-12 år deltog (samt en av föräldrarna till barnen). Barnen var randomiserat valda till olika grupper med 25 barn i varje grupp. Modified Yale Pre-operative Anxiety Scale användes för att mäta rädslan under den preoperativa perioden.	De barn som var i clowngruppen var markant mindre rädda än de barn som hörde till premediceringsgruppen och kontrollgruppen. Det fanns inte några större skillnader mellan kontrollgruppen och premediceringsgruppen.
5. Fortier, Del Rosario, Martin & Kain	Peroperative anxiety in children	Undersöka barns rädsla under de preoperativa perioden.	En klinisk studie där 261 barn i åldern 2-12 deltog. Oron rankades före operation, efter operation och två veckor efter operation. Man använde	Låg sociabilitet hos barnet och föräldrar som var rädda gav barnen preoperativ rädsla. Barns rädsla ökade markant före operation. Preoperativ rädsla var kopplad till postoperativ smärta

2010			sig av olika mätskalor för att ranka rädslan hos barnen.	samt negativt beteende hos barnen postoperativt.
6. Chorney & Kain 2009	Behavioral analysis of children's responset o induction of anesthesia	Använda sig av detaljerade beteende analysmetoder för att karaktärisera barns beteende i vuxen-barn interaktioner i den preoperativa miljön.	Digitala audiovisuella inspelningar av 293 barn i åldern 2-10 år kodades m.h.a. Observer XT software och Revised Perioperative Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale.	Mer än 40 % av barnen visade en del oroligt beteende under induktionen medan 17 % visade på markant oroligt beteende och 30 % av barnen kämpade emot anestesiloger under induktionen. De yngre barnen visade sig ha mera akut orolighet medan de äldre barnen hade höge poäng i tidigt reglerande och engagerande.
7. Wennström, Hallberg & Bergh 2008	Use of perioperative dialouges with children undergoing day surgery	Undersöka vad det betyder för barn att närvara på sjukhus under dag kirurgi.	En grundad teori undersökning genomfördes mellan år 2005 och 2006 med 15 pojkar och fem flickor i åldern 6-9 år. Man använde sig av intervjuer som spelades in som inkluderade perioperativ dialog, observationer av deltagaren samt pre-och postoperativa teckningar.	Det största problemet för barn som genomgår dag kirurgi är att de sattes inför en oförutsägbar och orolig situation. Barnen vet inte vad de skall förvänta sig, de möter en okänd verklighet. Det visade sig även att de upplever att det är någonting utöver det vardagliga och att de försöker ta över kontrollen över situationen.
8. Li & lopez 2008	Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study	Undersöka effektiviteten och lämpligheten av att använda terapeutisk lek när man förbereder barn inför en operation.	En randomiserad kontrollerad studie med 203 barn i åldern 7-12 år som var godkända för operation. Data samlades in under en 13 månaders period. Alla barn delades på ett randomiserat sätt in i en experiment grupp och en kontrollgrupp.	Barn som var i experimentgruppen visade markant mindre rädsla än de barn som var i kontroll gruppen. Resultaten stöder effektiviteten och lämpligheten för att använda sig av terapeutisk lek när man förbereder barn inför operation.
9. Rice, Glasper, Keeton & Spargo 2008	The effect of a preoperative education progrmme on perioperative anxiety in children: an observational study	Undersöka influensen mellan de som gått ett preoperativt program och de som inte gjort det och hur mycket orolighet barnen har under introduktionen av anestesin.	En observationsstudie där 94 barn i åldern 2- 16 år deltog. 21 stycken var med i ett preoperativt program och 73 stycken var inte med. Man använde sig av mYPAS för att mäta barnens rädsla.	Resultatet visar att de barn som hade genomgått de preoperativa programmet visade sig uppleva mindre rädsla. Detta gällde på avdelningen, i väntrummet och i anestesirummet.
10. Golan, Tighe, Dobija, Perel & Keidan 2008	Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomised controlled trial	Avgöra om speciella skolade professionella clownner minskar på preoperativa rädslan och resulterar i en lugn induktion av anestesin jämfört	En randomiserad kontrollerad och blind studie med 65 barn i åldern 3-8 år. Barnen delades in i tre olika grupper (ingen premedicinering och ingen närvaro av	Gruppen som fick ha clownner närvarande hade lägre poäng i mYPAS när det gällde väntrummet än vad kontrollgruppen hade. Effekten av clownerna fortsatte när barnen kom in i operationssalen men hade lika verkan som

		med användningen av midazolam eller ingen intervention alls.	clowner, premedicinering och närvaro av clowner). Barnen filmades också. För att mäta barnens rädsla användes mYPAS.	premedicineringen. När masken väl kom fanns det inga markanta skillnader på de tre grupperna.
11. Li 2007	Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale	Jämföra effektiviteten av två preoperativa sjukskötarinterventioner samt att undersöka lämpligheten av användandet av "Children's emotional manifestation scale" och för att evaluera effektiviteten av preoperativa interventioner.	En enkel randomiserad metod med sammanlagt 203 barn i åldern 7-12 år. Barnen delades in i två grupper, ena gruppen var experiment grupp och andra fick sedvanlig information preoperativt.	Barn som fick terapeutisk intervention i form av lek visade ha minskad rädsla, mindre negativa känslor, lägre medelartär blodtryck samt långsammare puls jämfört med de barn som endast fick information. De barn som var mycket rädda hade snabbare puls, högre blodtryck och mer negativt känslomässigt beteende under induktionen av anestesi.
12. Aydin, Sahin, Algin, Kabay, Yucel, Hacioglu, Yaylak & Kilicoglu 2007	Do not mask the mask: use it as an premedicant	Undersöka effekter på rädsla och acceptering av masken genom att ge en anestesimask under den preoperativa visiten så att barnen skall kunna leka med den hemma.	En randomiserad klinisk studie med 50 barn i åldern 3-7 år som delades in i två grupper. Man använde sig av mYPAS för att mäta rädslan hos barnen och man fastställde också hur barnen accepterade masken och den totala masktiden.	Nivån av rädslan hos kontrollgruppen var statistiskt högre än i maskgruppen under induktionen av anestesi. Acceptansen av anestesimasken var också bättre i gruppen där de hade fått masken med sig hem än i gruppen som enbart fått information (kontrollgruppen).
13. Kain, Caldwell-Andrews, Mayes, Weinberg, Wang, MacLaren & Blount 2007	Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children	Undersöka om familjecentrerad, beteende baserat förberedelseprogram minskar rädslan under induktionen av anestesi och underlättar barnets återhämtning postoperativt	En randomiserad kontrollerad studie med totalt 408 barn (2-12 år) och deras föräldrar som delades in i fyra olika grupper. En kontrollgrupp, en grupp med föräldrars närvaro, en grupp som fick familjecentrerad förberedelse och en premediceringsgrupp.	Gruppen som fick familjecentrerad preoperativ förberedelse upplevde signifikant mindre rädsla än barnen i de andra tre grupperna och var mindre rädda under induktionen av anestesi. Barnen som hörde till de som fick familjecentrerad förberedelse upplevde också mindre förekomst av akut delirium postoperativt och slapp tidigare bort från uppvakningen jämfört med de andra grupperna.
14. Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas & McClain 2006	Preoperative anxiety, postoperative pain and behavioral recovery in young children undergoing surgery	Undersöka hur den preoperativa rädslan påverkar barnet postoperativt.	En kontrollerad kohort studie där 241 barn i åldern 5-12 år deltog. Rädslan och temperament dokumenterades med hjälp av en hel del skalor för operation. Man följde även upp postoperativt beteende 14 dagar efter operation.	Enligt föräldrarna till barnen visade det sig att de barn som varit rädda och oroliga före operation hade mera smärtor under vistelsen på sjukhus samt tre dagar efter hemkomst. De barn som var mer oroliga och rädda hade högre risk att få postoperativa problem (sömnproblem t.ex.), de förbrukade mera medicin och de hade också större chans att få akut delirium (9,7% jämfört med

				1,5%).
15. Lindberg & von Post 2006	From fear to confidence: children with fear of general anaesthesia and the perioperative dialogue for dental treatment.	Att beskriva vad som kan hjälpa barnen att klara av deras rädsla inför generell anestesi under den preoperativa perioden med sjukskötaren samt hur barnen beskriver hur det känns att få vara en del av vårdplanerings processen.	Data samlades med hjälp av en så kallad "critical incident technique" genom direkta observationer samt intervjuer som skrevs upp av sjukskötaren. Sammanlagt deltog 35 barn som var i kö för tandläkarbesök som skulle ske i generell anestesi.	Det visade sig att kontinuiteten av vården fick barnen att känna sig självsäkra och detta hjälpte dem att klara av rädslan för anestesi. Självsäkerheten uppnåddes hos barnen om de fick tid av sjukskötaren, att de blev tagna på allvar, att få delta i beslut, att få hjälpa, att veta att allt går bra och att tycka att det är roligt att komma tillbaka till sjukhuset.
16. Li & Lopez 2006	Assessing children's emotional responset to surgery: A multidimensional approach.	Att ta i bruk ett multidimensionellt synsätt genom psykologiska-, subjektiva- och beteendemässiga mätningar för att undersöka sambandet när man mäter barns känslomässiga respons inför operation.	En tvärsnittsstudie gjord med 106 stycken kinesiska barn från Hong Kong i ålder 7-12 år. Med hjälp av olika skalor mättes barnens ångestnivå men ångestnivån mättes även med hjälp av pulsfrekvensen och blodtrycket.	Barn med höga ångestnivåer preoperativt visade mera negativt beteende under induktionen av anestesi. De barn som hade mera negativt känslolöst beteende hade även högre pulsfrekvens samt högre medelartärblodtryck.
17. Smith & Callery 2005	Children's accounts of their preoperative information needs	Undersöka behovet av information för barn i åldern 7-11 år relaterat till planerat intag för operation och att identifiera kunskapen hos en grupp barn som väntar på operation och deras eget identifierat behov av information.	Intervju med nio stycken barn i åldern 7-11 år med hjälp av skriv och rit tekniken för att försäkra sig om deras behov av information.	Barnen upplevde att de inte fått direkt information från sjukhuset eller från professionella inom vården. Barnen erhöll information från broschyrer för patienter, tv och upplevelser av släktingar och vänner. En del barn visste lite om sjukhus och deras egna planerade operation. Barnen hade frågor om: att få information, proceduren, anestesi, tiden, sjukhus miljön, stöd från familjen, känslor/smärta, deras kondition och bekymmer.
18. Puura A, Puura K, Rorarius, Annila, Viitanen & Baer 2005	Children's drawings as a measure of anxiety level: a clinical pilot study	Påvisa nivåer av preoperativ rädsla hos barn genom att räkna deras teckningar	En klinisk pilot studie med 60 barn i åldern 4-7 år som delades in i två grupper, oroliga barn och lugna barn. Alla barn ritade en teckning under tre olika tillfällen. Barnen var också randomiserade till tre olika premediceringsgrupper.	Teckningar som de oroliga barnen hade ritat hade signifikant högre poäng när det gällde rädslan, redan efter ankomst till sjukhuset. Det fanns dock inga statistiska skillnader mellan de olika premediceringsgrupperna då man jämförde deras teckningars poäng.