EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2016:18

Föräldrars påverkan på barn i den preoperativa fasen
- Ur anestesisjuksköterskornas perspektiv

Robin Svensson

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Föräldrars påverkan på barn i den preoperativa fasen -Ur anestesisjuksköterskornas perspektiv
Författare:	Robin Svensson
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterska inom anestesi
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Isabell Fridh

Sammanfattning

Under den preoperativa fasen möter anestesisjuksköterskan patienten för första gången. Tidigare forskning har visat att föräldrar upplever ångest inför att deras barn ska genomgå en operation. Föräldrars och anestesisjuksköterskans attityd påverkar barnet, - och vikten av en god relation är av stor betydelse. Tidigare forskning har belyst att föräldrar har stor påverkan på barnet preoperativt, men ingen tidigare forskning har belyst anestesisjuksköterskans perspektiv på hur föräldrar påverkar barnet. Syftet med studien var att undersöka hur anestesisjuksköterskan uppfattar att föräldrar påverkar sitt barn under den preoperativa fasen samt att undersöka vilka strategier anestesisjuksköterskan använder i mötet med barn och föräldrar. För att få reda på anestesisjuksköterskans upplevelser och erfarenheter valdes kvalitativ forskningsintervju med induktiv ansats som metod. Fem anestesisjuksköterskor som hade erfarenhet av att vårda barn fick frågan om hur de upplever att föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen. En kvalitativ innehållsanalys utfördes av de transkriberade intervjuerna. Resultatet visade att anestesisjuksköterskorna upplevde att föräldrarna hade stor påverkan på barnet vilka kunde utgöra hinder och förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen. Resultatet presenteras i tre kategorier: Förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen, Hinder i mötet med barn i den preoperativa fasen och Anestesisjuksköterskornas strategier. De tre kategorierna har tillhörande subkategorier. Tidigare studier styrker att föräldrar påverkar sitt barn i vårdsituationer, men få forskningsstudier tar upp barnets oro för föräldern som mår dåligt av att medverka i en vårdsituation. Vidare forskning om barns oro för föräldern bör göras.

Nyckelord: *Anestesisjuksköterska, föräldrarnärvaro, barn, oro, rädsla, anestesi, preoperativa fasen.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Den preoperativa fasen 1

Anestesisjuksköterskans kompetensområde 1

Mötet med barn preoperativt 2

Familjefokuserad omvårdnad 3

Vårdrelationen – kärnan i vårdprocessen 3

Information 4

Delaktighet 4

PROBLEMFORMULERING 5

SYFTE 5

METOD 6

Urval 6

Etiska överväganden 7

Datainsamling 7

Dataanalys 7

Förförståelse 8

RESULTAT 9

Förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen 9

Relationen i familjen 9

Trygga föräldrar 10

Information 10

Hinder i mötet med barn i den preoperativa fasen 10

Negativa föräldrar 11

Ifrågasättande föräldrar 11

Rädda föräldrar 11

Barnets oro för föräldrarna 11

Auktoritära föräldrar 12

Anestesisjuksköterskornas strategier 12

Få barnet lugnt och tryggt 12

Avleda 13

DISKUSSION 13

Metoddiskussion 13

Resultatdiskussion 15

Förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen 15

Hinder i mötet med barn i den preoperativa fasen 16

Anestesisjuksköterskornas strategier 17

Slutsatser 18

Vidare forskning 18

REFERENSER *19*

Bilaga 1
Bilaga 2

INLEDNING

Anestesisjuksköterskan möter patienter i olika åldrar och alla möten är olika. Att som anestesisjuksköterska möta barn inom anestesin kan bli en speciell utmaning. Barn kan ha svårt att förstå vad som väntar dem och det okända är skrämmande för dem. Vid möten med barn är oftast föräldern eller någon närstående med och därför är det viktigt att båda får den information som behövs för att barnet som patient och förälder och närstående kan känna tillit och lugn inför anestesin. Då det för mig är viktigt att skapa en god upplevelse för barn som har kontakt med vården har jag valt att studera detta område. Genom att få ta del av anestesisjuksköterskors tidigare erfarenheter kan det hjälpa mig och även andra i framtida kontakter med barn och föräldrar inför en anestesi.

I examensarbete studeras hur anestesisjuksköterskor upplever hur föräldern kan påverka barnet i den preoperativa fasen samt vilka strategier anestesisjuksköterskan använder i mötet med barn och föräldrar.

BAKGRUND

Den preoperativa fasen

Den preoperativa fasen är den första fasen i den perioperativa vårdprocessen och där anestesisjuksköterskan träffar patienten för första gången. Anestesisjuksköterskan ska påbörja den preoperativa dialogen i lugn och ro och helst utanför operationssalen. Det är viktigt att patienten får tid och får ett lugnt bemötande i den preoperativa dialogen för att kunna känna ett förtroende för anestesisjuksköterskan. I den preoperativa fasen samlar anestesisjuksköterskan information från patienten och patientens journalhandlingar om patienten och patientens sjukdom (Lindwall & Von Post, 2008, ss 87-88). I den pre-operativa bedömningen skall anestesisjuksköterskan identifiera individuella riskfaktorer samt optimera patientens fysiska och psykiska tillstånd, informera och förbereda utrustning (Arvidsson, 2005, s 176).

Anestesisjuksköterskans kompetensområde

Anestesisjuksköterskan skall i sitt arbete ta hänsyn till patientens behov av omvårdnad och behandling under en anestesi och operation. Riksföreningen för anestesi och intensiv-vård och Svensk Sjuksköterskeförening (2012) skriver i kompetensbeskrivningen att anestesisjuksköterskan skall skapa tillit, trygghet och förtroende samt informera och undervisa både patient och närstående. Anestesisjuksköterskan skall uppmärksamma och respektera patientens integritet och värdighet. Lindwall och Von Post (2008, ss 20-26) beskriver anestesisjuksköterskans yrkesparadigm. För att beskriva anestesi-sjuksköterskans yrkesparadigm utgår man från

fyra grundkomponenter som anestesi-sjuksköterskan ska förhålla sig till. De fyra grundkomponenterna är: *Människobild - vetenskapssyn, yrkesbild – världsbild, intresse, kompetens.* Anestesisjuksköterskans människobild påverkar hennes syn på patienten. Anestesisjuksköterskan ska utgå från att se människan som en medmänniska och inte se patienten utifrån en diagnos. Patienten ska ses utifrån sin helhet -utifrån kropp, själ och ande och skall mötas med respekt och värdighet. Anestesisjuksköterskan skall ha intresse för patientens välmående och att tillsammans med patienten utveckla vårdandet. Anestesisjuksköterskans kompetens ska utgå från vårdvetenskapen och skall ha ett intresse för vidare utveckling i sin kompetens. Anestesisjuksköterskans syn på människan och sitt yrke påverkar hennes intresse för patienten och sin kompetens.

Mötet med barn preoperativt

Barn läser av vuxna bättre än vad vi tror och anestesisjuksköterskans attityd och förhållningssätt spelar därför stor roll i mötet med barnet. Det första mötet med barnet är av stor vikt då det kan komma att påverka kontakten med sjukvården i framtiden. En anestesisjuksköterska som är varm, empatisk och intresserad av barnet samt är lyhörd för barns tankar och känslor och som har lätt för att kommunicera med barn, kommer att skapa god kontakt och samarbete med barnet som leder till att framtida kontakter med sjukvården präglas av samarbete. Barns trygghet i sjukvården ökas av kontinuitet i vården (Tamm, 2003, ss 91-92). Att planera besök inför operation så att barnet kan etablera kontakt med den anestesisjuksköterska som barnet kommer att träffa på operationsdagen kan öka tilliten och tryggheten till anestesisjuksköterskan (Gimbler Berglund, et al., 2013, s 32). Vikten av att förbereda barnet inför en operation är bereoende på när den förberedande informationen ges. Barn som får informationen tidigt hinner att bearbeta informationen och visar mindre rädsla på operationsdagen (Tamm, 2003, s 86). Förberedelserna inför anestesin kan påbörjas lika många dagar före som barnets ålder (Fanghol & Valla, 2012, s 372)

Barn har begränsad förmåga att själva ta ansvar och göra val. Vad de kan bestämma och vilka val de kan göra är beroende på deras ålder och utveckling. Genom att anestesi-sjuksköterskan bemöter barnet med respekt, vänlighet och engagemang får det barnet att känna sig väl omhändertaget (Fanghol & Valla, 2012, s 370).

Enligt en studie av MacLaren Chorney, Tan och Kain (2013, ss 838-840) upplever många barn ångest inför operation. Det framkommer också att sjukvårdspersonal och föräldrars attityder samt beteenden påverkar barnet. I Sjöberg, Amhliden, Nygren, Arvidsson och Svedbergs (2015, ss 2498-2950) studie framkommer vikten av barnens delaktighet i den perioperativa vården. Vikten av information, interaktion och barnens upplevelse av miljön påverkar delaktigheten. Barn beskriver själva hur viktigt det är med förberedande och detaljerad information samt att bli lyssnad på och känna tillit.

Familjefokuserad omvårdnad

Barn är inför en anestesi rädda för att separeras från sina föräldrar och att de själva skall genomgå, för dem en skrämmande situation. Rädslan för att föräldrarna inte finns där som stöd när man har smärta är mer skrämmande än själva anestesin (Tamm, 2003, ss 88-90).

Familjefokuserad omvårdnad innebär att vården och omsorgen fokuserar på familjens betydelse på barnets upplevelse av vård. Familjecentrerad och familjerelaterad omvårdnad är två inriktningar inom den familjefokuserade omvårdnaden. Med familje-centrerad omvårdnad ser man familjen som ett system där patienten är en del av systemet och som vid förändring påverkar de övriga delarna, dvs. familjemedlemmarna. Med familjerelaterad omvårdnad sätter man antingen patienten eller familjemedlemmen i centrum. Dessa två inriktningar skall komplettera varandra. (Benzein, Hagberg & Saveman 2012, ss 19-26).

Familjefokuserad omvårdnad inom anestesin beskrivs som en förälders närvaro vid en anestesiinduktion (Romino, Keatly, Secrest & Good 2005, s. 788). En studie gjord av Hong-gu, Li-Xia, Wai-Chi, Joanne, Saw, Ho Cheung och Piyanee (2015, ss 1544-1546) bekräftar att föräldrars upplever ångest när deras barn skall genomgå en operation. Föräldrars överdrivna ångest under den preoperativa fasen påverkar barnets förmåga att hantera operationen och hämmar den postoperativa återhämtningen.

Tydlig information minskar föräldrarnas ångest vilket leder till att föräldrarna kan ge bättre stöd och hjälpa sina barn att hantera ångesten. En god relation mellan sjuksköterskan, patienten och familjen leder till god vård (Wright, Watson & Bell 2002, ss 176-179)

Vårdrelationen – kärnan i vårdprocessen

Eriksson (2014, ss 55-56) beskriver att grunden för vårdandet är relationen mellan patient och vårdaren det vill säga vårdrelationen. I vårdrelationen skall vårdaren vara lyhörd för patientens behov och ge utrymme för patienten att utrycka dem. Vårdrelationen bygger på ömsesidighet och patienten lär sig att ge och ta, men givandet och tagandet är ingen självklarhet. Vårdaren får aldrig forcera en relation.

Utan vårdrelationen blir patienten ett objekt i vårdandet. Vårdrelationen bygger på ömse-sidig tillit och respekt i förhållandet mellan patienten och vårdaren och hur vårdaren bemöter och uppmärksammar patienten. Tillit till vårdaren skapas då patienten

känner att möjligheten att växa och utvecklas skapas utifrån sin syn på hur man bör leva (Wiklund, 2003, ss. 155-156).

Vårdrelationen kan se olika ut beroende vårdsammanhanget, men syftet är att stärka och stödja patienten i vårdprocessen. Vårdrelationen kännetecknas av att vårdaren fokuserar på patienten och patientens behov av vård utifrån ett professionellt förhållningssätt. En vårdande relation kan även finnas mellan patient och närstående. Men det som skiljer den naturliga vårdande relationen och den professionella vårdrelationen är att en naturliga vårdande relationen är oreflekterade och påverkad av ens egen förförståelse i form av tyst kunskap. I den professionella vårdrelationen reflekterar man över det som händer i relationen utifrån professionell kunskap (Dahlberg & Segersten, 2010, ss. 190-192). Enligt Berg och Danielson (2007, ss 502-504) krävs kontinuitet i vården för att uppnå en bra vårdrelation.

Information

Information till både barnet och föräldern i den preoperativa fasen hjälper till att minska ångest och rädsla inför operation (Hong-Gu, et al., 2015, s. 1545). Det kan vara första gången ett barn skall genomgå anestesi och allt är då nytt och främmande. Operations-miljön, personalen, all teknisk apparatur och instrument samt vad som kommer att hända är främmande för barnet och kan leda till ångest (Tamm, 2003, s. 81).Barn har behov av att få detaljerd information i den preoperativa fasen om hur operationen går till, hur det går till när de skall sova, om de kommer att känna av smärta och om deras föräldrar får vara med och var föräldern är under operation. (Buckley & Savage, 2010, s. 2882). Andra barn kan känna mindre behov av detaljerad information utan bara vilja få allt gjort (Sjöberg, et al., 2015, ss. 2948-2949). Anestesisjuksköterskan måste kunna svara på barnets frågor samt kunna tolka tecken på rädsla hos barnet. Preoperativ information kan ge på flera olika sätt och bör anpassas efter barnets ålder och mognad. Information kan ges skriftligt, muntligt, video eller att man visar barnet, t.ex. att genomföra en procedur på en docka (Tamm, 2003, ss. 81-86).

Delaktighet

Enligt Nationalencyklopedin innebär delaktighet att man aktivt medverka. Eriksson, (1987, s. 38) beskriver att vårdandet går ut på att dela och att delandet innebär att vara delaktig. Delandet sker mellan två människor t.ex.vårdaren och patienten.

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & svensk sjuksköterskeförening (2012) skriver i kompetensbeskrivningen att anestesisjuksköterskan skall respektera patientens integritet och rätt till självbestämmande.

Barnen i Sjöberg, et als. (2015, ss. 2949-2950) studie beskriver delaktigheten utifrån att de känner att någon lyssnar på dem, kan svara på deras frågor och att det fick vara med att ta mindre beslut som att t.ex. var anestesisjuksköterskan fick sätta injektionen samt att de fick bestämma att de fick hålla i andningsmasken vid induktionen. Barnen beskrev även tilliten till anestesisjuksköterskan som att vara delaktig. Att känna anestesi-sjuksköterskans lugna bemötande samt att kunna få ha med sitt gosedjur och att veta att anestesisjuksköterskan och ens förälder var där när de skulle somna.

För att barn ska kunna vara delaktiga behöver de kunskap om vad som kommer att hända och varför. Som vårdpersonal har man skyldighet att utgå från barns åsikter och behov och att anpassa informationen utifrån barnet (Runeson, Hallström, Elander & Hermerén 2002, ss. 590-594).

PROBLEMFORMULERING

Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svensk Sjuksköterskeförening (2012) skriver i kompetensbeskrivningen att anestesisjuksköterskan ska skapa tillit, förtroende och trygghet till patient såväl som till närstående. Anestesisjuksköterskan ska också informera och undervisa patienter och anhöriga.

Tidigare forskning inom området bekräftar att föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen, men få forskningsstudier tar upp anestesisjuksköterskans upplevelse av detta. Att som anestesisjuksköterska förstå hur föräldrar påverkar barnet kan underlätta vårdandet av barnet. Det leder fram till frågan; *Hur påverkar föräldrarna sitt barn under den preoperativa fase*n? samt *Vilka strategier kan man använda i mötet med barn och föräldrar?*

Det är ett viktigt område att studera eftersom att anestesisjuksköterskans erfarenheter kan behöva lyftas fram för att reflektera över handlingar som eventuellt kan utföras annorlunda. Det kan också gynna anestesisjuksköterskans relation till barnet och närstående samt anestesisjuksköterskans utveckling.

SYFTE

Att undersöka hur anestesisjuksköterskan uppfattar att föräldrar påverkar sitt barn under den preoperativa fasen samt att undersöka vilka strategier anestesisjuksköterskan använder i mötet med barn och föräldrar.

METOD

Studien genomfördes med en kvalitativ metod med induktiv ansats då syftet med studien är att beskriva anestesisjuksköterskornas erfarenheter av fenomenet (Segesten, 2006). Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s.160) innebär induktiv ansats att forskaren förutsättningslöst tolkar texter utifrån människors upplevelser av ett fenomen.

I denna studie studeras anestesisjuksköterskors uppfattning av hur föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen och vilka startegier anestesisjuksköterskorna använder i mötet med barn och föräldrar. För att ta reda på anestesisjuksköterskors uppfattningar och strategier samlades data in kvalitativt i form av öppna intervjfrågor och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004, s106., Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, ss. 162-171).

Enligt Henricsson och Billhult (2012, s. 130) är denna typ av data kvaliativ då tolkning utifrån anestesisjusksköterskors sagda ord om fenomenet är föremålet för tolkning och inte numerisk data som vid kvanitativa studier.

Urval

Urvalet i studien utgick utifrån ett bekvämlighets urval som enligt Polit och Beck (2008, s. 341) innebär att man väljer den mest tillgängliga som deltagare som till exempel sjuksköterskor på ett visst sjukhus. Inklusionskritertier var att anestesisjuksköterskan arbetar på ett mindre länssjukhus utan egen operativ enhet för barn och har erfarenhet från att vårda barn.

Efter kontakt med verksamhetschef på operationskliniken på ett sjukhus i västra Sverige blev studien godkänd att genomföras hos dem. Och med hjälp av utbildningsansvarig på kliniken tillfrågades fem stycken anestesisjuksköterskor ut som har erfarenhet av att vårda barn varav fem stycken deltog i studien. Anestesisjuksköterskorna var mellan 40-64 år var av alla var kvinnor och har jobbat som anestesisjuksköterska i 8-36år.

Alla anestesisjuksköterskorna intervjuades individuellt, de fick tid avsatt för intervjun och intervjuerna hölls på deras arbetsplats.

Etiska överväganden

Enligt Högskolan i Borås riktlinjer för examensarbete på magisternivå prövas normalt inte studier på avancerad nivå av Regionala etikprövningsnämnden. Trots att inte examensarbeten på avancerad nivå prövas skall man ändå följa etikprövningslagens regler för information och samtycke.

Innan studien påbörjades skickades ett informationsbrev (se bilaga 1) till verksamhetschefen på ett sjukhus i västra Sverige för ett godkännande att genomföra studien på operationsavdelningen.

Enligt Vetenskapsrådet (2003, ss. 27-41) etiska krav fick anestesisjuksköterskorna muntlig och skriftlig (se bilaga 2) information om studiens syfte och hur datainsamlingen skulle genomföras. Informanterna fick information om att deras deltagande var frivilligt och att dem under studien kunde avbryta sitt deltagande utan att ge en förklaring. Vidare fick informanterna information om att materialet skulle hanteras med konfidentialitet och att det var enbart jag och min handledare som har tillgång till materialet.

Datainsamling

Som datainsamlingsmetod har öppna intervjufrågor använts för att fånga anestesisjuksköterskornas upplevelser och erfarenheter. Enligt Polit och Beck (2008, ss 392-393) innebär öppen intervju att forksaren ställer en bred fråga som är relaterat till syftet och där deltagaren får berätta utifrån sina egna erfarenheter och där intervjuaren har möjlighet att ställa följdfrågor.
Fågan som informaterna fick var :*Kan du berätta om hur föräldern påvekar barnet i den preoperativa fasen?*
Vilka strategier kan man använda i mötet med barn och föräldrar?
Och för att få en djupare förståelse av det som deltagaren berättade ställdes följdfrågor som: *Vad menar du med det? Kan du berätta mer om det? Vad innebär det för dig?*

Intervjuerna spelades in med två stycken olika inspelningsenheter för att vara säker på att intervjuerna spelades in och att det sedan var lätt att höra vad som var sagt under intervjun. Intervjuerna varade mellan 12-30 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant för att sedan analyseras och bli resultatet i studien.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades manifest enligt Graneheim och Lundman (2004, s. 106).

Lundman och Hällgren Graneheim (2008, ss. 162-171) beskriver centrala begrepp i den kvalitativa innehållsanalysen. De centrala begreppen är: *Analysenhet, domän, menings-enhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema.* Analysprocessen började med att de transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger för att skapa en helhetsbild av innehållet. Analysenheten delades in i tre domäner positiva upplevelser, negativa upplevelser och strategier. Meningsenheter valdes sedan ut som var tillräckligt stora för analysen. Risken med att ha för stora meningsenheter är att de kan ha flera betydelser och blir då svåra att hantera (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 163). Menings-enheterna kondenserades till kortare meningar där det centrala begreppet bevarades. Nästa steg i processen var att abstrahera den kondenserade texten för att skapa koder. Koderna är en etikett för meningsenheten och ska kortfattat beskriva innehållet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008, s. 163). Koderna jämfördes med varandra och färg-markerades för att kunna gruppera dem efter likheter. Av koderna skapades tio underkategorier som parades ihop och skapade tre kategorier. Av kategorierna skapades ett tema. För att se ett exempel på analysprocessen se tabell 1.

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Irritation till ex-empel , arga mot oss…men just hur dem är mot oss tror jag barnet känner jätte väl(3)	känner av hur för-äldrarna är mot oss	Negativa föräldrar	Hinder i mötet med barn i den pre-operativa fasen

Tabell 1.

Förförståelse

Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) beskriver att förförståelsen är en viktig del då den kan påverka intervjun samt tolkningsprocessen. Alla människor har kunskaper som de fått med sig från erfarenheter och upplevelser. En persons förförståelse kan både utgöra ett hinder och en förutsättning vid skapande av ny kunskap. Som hinder kan förförståelsen utgöra en vägg som hindrar oss att in ny kunskap. Som förutsättning har man med sig sin erfarenhet som gör att vi förstår fenomenet vi undersöker (Dahlberg 2014, ss. 69-70).

Då jag tidigare har erfarenhet av att vårda barn som sjuksköterska, men inga tidigare erfarenheter inom en anestesi fanns det en viss förförståelse för hur föräldrar kan påverka barnet. Min förförståelse underlättade att förstå vad anestesisjuksköterskorna pratade om.

RESULTAT

Anestesisjuksköterskorna i studien upplevde att föräldrar har både positiv och negativ påverkan på sitt barn i den preoperativa fasen vilket kunde påverka deras arbete. Av intervjuerna framkom uppfattningar av föräldrars påverkan på barnet samt vilka strategier anestesisjuksköterskan använder i mötet med barn och föräldrar. Resultatet av intervjuerna skapade tio underkategorier och tre kategorier. Se tabell 2.

Tabell 2.

Underkategori	Kategori
Relationen i familjen	Förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen
Trygga föräldrar	
Information	
Negativa föräldrar	Hinder i mötet med barn i den preoperativa fasen
Ifrågasättande föräldrar	
Rädda föräldrar	
Barnets oro för föräldrarna	
Auktoritära föräldrar	
Få barnet lugnt och tryggt	Anestesisjuksköterskornas strategier
Avleda	

Förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen

Anestesisjuksköterskorna kunde tidigt känna av om det fanns harmoni och trygghet i familjen.

Relationen i familjen

Anestesisjuksköterskorna upplever att de känner av om det finns harmoni och trygghet i familjerna när de kommer till operationsavdelningen. De upplever att familjer som sitter

tillsammans och kanske spelar ett spel eller läser en bok ihop - har harmoni och trygghet i familjen.

Om föräldrarna är lugna och harmoniska så möter man oftast ett lugnt och fint barn. Om föräldrar inte lägger sin uppmärksamhet på barnet så upplever anestesisjuksköterskorna en frånvaro på en kärleksfull relation som i sig kunde påverka barnets trygghet.

”Positivt är ju att…man ser redan när man hämtar dem…att dem sitter och läser tillsammans eller dem spelar nåtts spel…man känner att de är en harmoni och…är van att ge barnet trygghet och gör de i denna situationen också”

Trygga föräldrar

De flesta föräldrarna upplevs positiva och att de då påverkar sitt barn positivt. Lugna och trygga föräldrar hjälper sitt barn och ger uttryck för att allt ska går bra i den preoperativa fasen vilket anestesisjuksköterskorna upplever har stor betydelse.

Ett tryggt barn är både nyfiket och intresserad, det går då lättare att prata och genomföra förberedelserna med barnet. Den preoperativa fasen underlättas när föräldrar kan dölja sin oro för sitt barn, upplever anestesisjuksköterskorna.

”…kanske är jätteorolig inombords men inte visar det så mycket för barnet i och med det kan förmedla för barnet att , nämen det är inget fara”

Information

Välinformerade föräldrar upplevs vara trygga och positivt inställda. När föräldrar förmedlat vidare den information de fått till sitt barn upplever anestesisjuksköterskorna ett lugn och att den preoperativa fasen blir lättare.

”…den informationen de har fått…sen förmedlar man det hemma till sitt barn … så är det ju ett lugnt barn och en lugn mamma eller pappa som är med hit. Och då går det ju mycket mycket lättare”.

Hinder i mötet med barn i den preoperativa fasen

Anestesisjuksköterskorna upplever att föräldrars inställning, attityd och ifrågasättande färgar barnet och påverkar barnet i den preoperativa fasen.

Negativa föräldrar

Barn är känsliga för föräldrars utstrålning. Har föräldrarna med sig dåliga erfarenheter från vården sedan tidigare kan de överföra det på barnet. Föräldrar med en negativ syn på vården och med en irritation på personalen påverkar barnet negativt upplever anestesisjuksköterskorna.

”…de har en förälder som…har en liten negativ syn kanske till sjukhuset eller till personalen överlag så är det ofta att dem eee påverkar barnet negativt i det”

Ifrågasättande föräldrar

Föräldrar kan uppleva det obehagligt att se sitt barn uppkopplad med sladdar till en monitor. Det gör att föräldrar ifrågasätter om det är nödvändigt med övervakningen. Anestesisjuksköterskorna upplever då att barn kan bli rädda och osäkra på grund av föräldrars ifrågasättande. Det leder till att barn ifrågasätter övervakningen och kan leda till att de vägrar narkos och operation.

”…ifrågasättande gör att barnet hör det och själva blir fundersamma på vad som ska hända egentligen…”

Rädda föräldrar

Föräldrars rädsla överförs till barnet. Barnet ser på förälderns kroppsspråk och kan höra föräldern säga att han eller hon är rädd. Anestesisjuksköterskorna upplever att den preoperativa fasen tar längre tid när föräldrar överför sin rädsla på barnet. Föräldrar som är stickrädda förlänger proceduren då anestesisjuksköterskorna måste lirka och leka mer med barnet.

”…om mamman och pappan är rädda…speglar det på barnet…och blir rädd själv… för mig är ju att det tar längre tid och att det blir mer att jag måste lirka mer…sitta längre ååå leka mer…”

Barnets oro för föräldrarna

Vissa föräldrar upplever att sjukhus och operationer är obehagligt. Barn blir oroliga då de känner av förälderns obehag och oro. Barnet blir mer oroligt för hur föräldern mår och anestesisjuksköterskorna upplever att barnet blir otryggt och svårare att ta hand om. Barn gynnas inte när föräldrar mår dåligt av att medverka i den preoperativa fasen. Anestesisjuksköterskorna upplever då att de klara sig bättre utan förälderns närvaro.

Anestesisjuksköterskorna belyser vikten av att skapa en god relation med barnet från början.

”Barnet blir ännu mer oroligt om de ser att föräldern blir, kanske inte mår bra… tycker att det är så obehagligt att de håller på att svimma… – och då känns det nästan bättre om man kan, att man är själv med barnet.”

Auktoritära föräldrar

Barn får ibland ingen chans att svara på grund av att föräldrar griper in. Barn upplevs oroliga, rädda och nedtryckta då föräldrar har en mer auktoritär och negativ styrning på sitt barn. Anestesisjuksköterskorna upplever att det kan leda till att barnet protesterar. De fall då föräldrar tillåter sitt barn att delta upplevs som positivt av anestesisjuksköterskorna.

”vända mig till barnet, prata med barnet…märker man ju liksom lite hur det blir då.. är det barnet som tillåts att svara eller är det föräldern som tar över å svarar…oftast föräldern som fortsätter…svarar då”

Anestesisjuksköterskornas strategier

När anestesisjuksköterskorna upplevde att föräldrar hade en negativ påverkan på barn försökte de att på sitt sätt avleda barnet och få barnet att känna sig trygg och lugn i situationen.

Få barnet lugnt och tryggt

Anestesisjuksköterskorna upplever att dem kunde känna onda aningar och försökte då fånga barnets uppmärksamhet. Att först hälsa och skapa en god kontakt med barnet och sedan hälsa på föräldern belyste anestesisjuksköterskorna som viktigt. Anestesisjuksköterskorna upplever ibland svårigheter i att skapa en bra kontakt med barnet först. De fick då skapa en kontakt med föräldern först för att sedan kunna vända sig till barnet och få en bra relation.

Anestesisjuksköterskorna var överens om att det är viktigt att man fokuserar på barnet först och främst för att barnet skall känna sig lugn och trygg.

”…de är väldigt viktigt att man ehh, hälsar och får en god kontakt med en gång, ögonkontakt med barnet först och sen med föräldrarna och att man presenterar sig. Eh så att dem känner sig lugna och trygga”

Avleda

Att jobba i par där den ena kunde jobba mot föräldern och den andra mot barnet och avleda genom att prata med föräldern och att visa en film för barnet upplevde anestesisjuksköterskorna som en bra metod. Anestesisjuksköterskorna upplever att det var bättre att föräldrar inte medverkade i den preoperativa fasen om de var rädda. Barn fick ibland sövas ner på mask för att anestesisjuksköterskorna skulle kunna utföra sitt arbete i den preoperativa fasen.

”...det finns ju dem barnen som jag kan distrahera och föräldrarna är jätterädda, då tycker man att de bästa är att föräldrarna går ut”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet av kvalitativ studie kändes självklart då studiens syfte var att utifrån anestesi-sjuksköterskornas perspektiv belysa hur föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen.

Efter godkännande av verksamhetschefen fick jag namn på sex representativa deltagare utifrån kriteriet: att ha vana av att vårda barn. Då ett examensarbete utförs under tio veckor, valdes fem intervjuer att genomföras för att ha tid att utföra och analysera intervjuerna med god kvalitet. Kvale och Brinkmann (2014, ss 156-157) skriver att det inte finns någon *”gyllene regel”* för hur många intervjuer som skall genomföras. Antalet intervjuer beror på studiens syfte samt den tid och de resurser som finns. Kvale och Brinkmann (2014, s. 157) beskriver också att ett mindre antal intervjuer är mer lätthanterliga och forskaren får möjligheten att vara mer noggrann.

Anestesisjuksköterskorna intervjuades på ett sjukhus i västra Sverige. Enligt Polit och Beck (2008, s 341) ses det som ett bekvämlighetsurval att välja de mest tillgängliga deltagarna. Problemet med att utföra ett bekvämlighetsurval är enligt Polit och Beck (2008, s. 341) att resultatet kan avvika från vad resterande i befolkningen uppfattar.

Att endast kvinnor deltagit i studien kan ha påverkat studiens giltighet då det inte finns med något manligt perspektiv utifrån problemet. Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 169) belyser vikten av att inkludera både män och kvinnor i studien för att få problemområdet belyst ur olika synvinklar – för att stärka resultatets giltighet.

För att ta reda på anestesisjuksköterskornas perspektiv av hur föräldrar påverka barnet samt vilka strategier de har i mötet med barn och föräldrar valdes kvalitativ forskningsintervju som metod. Kvale och Brinkmann (2014, s. 15) skriver att genom att man pratar med människor får man kunskap om deras erfarenheter och upplevelser. Valet av kvalitativ intervjustudie styrks av Kvale och Brinkman (2014, ss. 46-47).

Enligt Kvale och Brinkmann (2014, ss. 176-177) börjar en intervju med en inledande fråga utifrån syftet där informanten svarar utifrån sina egna upplevelser. Svaren på den inledande frågan ger intervjuaren möjligheten att ställa uppföljningsfrågor. Genom att ett nickande eller ett ”mm” kan informanten uppmuntras att fortsätta berätta om sina upplevelser. För att få en djupare beskrivning av det som sagt ställs sonderande frågor t.ex. ”kan du berätta mer om det?”.

Genom att anestesisjuksköterskorna fick en öppen fråga gav jag dem möjligheten att med sina egna ord beskriva sina erfarenheter. För att fördjupa sig i vad som sas under intervjun ställdes följdfrågor där anestesisjuksköterskorna fick utveckla och beskriva sig mer. Detta styrks av även Polit och Beck (2008, ss. 392-393).

Intervjuerna hölls på operationsavdelningen på ett mindre sjukhus i västra Sverige. Enligt Trost (2005, ss. 44-45) finns det både för- och nackdelar för var intervjun sker. Att låta informanten vara med och besluta var intervjun ska ske ses som en fördel. Då intervjuerna hölls på eftermiddagen efter anestesisjuksköterskornas avslutade arbetspass kom vi överens om att mötas i ett konferensrum på operationsavdelningen där vi kunde sitta ostörda. Trost (2005, s. 44) styrker vikten av att intervjuerna sker ostört.

Intervjupersonerna fick skriftlig och muntlig information om studien i anslutning till intervjun. Polit och Beck (2008, s. 4009) beskriver vikten av att förbereda informanten.
Då anestesisjuksköterskorna har lång erfarenhet inom anestesi och vana av att möta barn och föräldrar upplever jag att de hade lätt för att berätta om sina upplevelser och erfarenheter.

Som oerfaren intervjuare var jag försiktig med oavsiktliga kommentarer och det kan ha begränsat innehållet i intervjuerna då det i efterhand upptäcktes att andra följdfrågor kunde ställas. Detta kan ses som en svaghet och som kan ha påverkat trovärdigheten.

Intervjuerna spelades in på två olika inspelningsenheter för att jag skulle vara säker på att jag vid transkribering hade god inspelningskvalitet. Kvale och Brinkmann (2014, ss 218-219) belyser vikten av god inspelningskvalitet. Intervjuerna transkriberades ordagrant där även skratt, hostningar med mera antecknades. Jag transkriberade alla intervjuer själv. Att själv transkribera sina intervjuer säkrar många detaljer som är viktiga för analysen samt att man själv blir medveten om sin intervjumetod (Kvale & Brinkmann 2009, s. 196). Alla intervjuer transkriberades direkt efter avslutad intervju för att inte glömma bort viktiga detaljer som kunde påverka materialet. De första intervjuerna upplevde jag som svåra men efter att ha lyssnat och skrivit ner alla intervjuer direkt upplevde jag att intervjuerna blev bättre för varje gång.

Innehållsanalysen av materialet utgick utifrån Lundman och Hällgren Graneheim (2008, ss. 159-171). Utan tidigare har erfarenhet av kvalitativ innehållsanalys har jag varit noggrann med att följa Lundman och Hällgren Graneheim (2008, ss. 159-171) metod för kvalitativ innehållsanalys.

Att vara endast en person som har analyserat intervjuerna kan påverka tillförlitligheten. Efter genomförd analys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, ss. 162-167) skickades allt material till min handledare som granskat texten för att se att analysen är noggrann beskriven och att jag hanterat mina intervjuer troget. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) ökar tillförlitligheten om två forskare har läst intervjuerna och gemensamt genomfört analysen.

Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 170) beskriver hur forskaren med sin förförståelse kan påverka resultatet i en kvalitativ studie genom samspelet i intervjun. Dahlberg (2014, s. 70) beskriver att ens förförståelse hjälper en att förstå fenomenet man undersöker. Då jag inte har någon tidigare erfarenhet inom anestesin, men har tidigare erfarenheter av att möta föräldrar och barn i vården kan det ha underlättat för mig att förstå anestesisjuksköterskornas upplevelse. Min tidigare förförståelse kan ha påverkat analysen av intervjuerna och därför påverkat tillförlitligheten för studien.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att anestesisjuksköterskorna upplevde att föräldrar påverkar barn både positivt och negativt. Det som föräldrar upplever av situationen speglar sig på barnet. Anestesisjuksköterskorna upplevde att föräldrar utgjorde förutsättningar och hinder i deras möte med barn i den preoperativa fasen som påverkade hur deras arbete under den preoperativa fasen skulle bli.

Förutsättningar i mötet med barn i den preoperativa fasen

I resultatet framkommer att anestesisjuksköterskorna upplever att de flesta föräldrar var väldigt positiva och lugna och att det påverkar barnet positivt. I en studie av Bevan, Johnston, Haig, Tousignant, Lucy, Kirnon, Assimes och Carranza (1990, ss. 178-180) undersöktes föräldrars närvaro under induktion av anestesi samt föräldrars frånvaro under induktionen. I gruppen där föräldrar närvarade upptäckte man att vissa föräldrar var lugna och andra hade ångest under anestesin.

I resultatet framkommer att de lugna föräldrarna inte påverkade sitt barns beteende under induktionen. Föräldrar som är välinformerade och informerar sitt barn inför anestesin upplever anestesisjuksköterskorna är positivt då det underlättar den preoperativa fasen.

Hong-Gu et. al. (2015, ss. 1539-1551) har i en studie undersökt hur föräldrar och barns ångest minskar genom föräldrars deltagande i lekterapin inför barnets anestesi. Föräldrarna i studien upplevde att både deras och barnets ångest minskade då de tillsammans fick förberedande information om vad som skulle vänta dem. I en studie av Bellew, Atkinson, Dixon och Yates (2002, ss. 124-130) undersöktes vikten av förberedande information till föräldrar inför att deras barn ska genomgå en anestesi. Funktionen av ett informationsblad jämfördes. Genom att en grupp föräldrar fick tillgång till informationsbladet och den andra gruppen av föräldrar fick inte del av informationsbladet. I resultatet visades att föräldrarna som fått informationsbladet kände att det fått bra med information samt att deras ångestnivå inför anestesin minskades.

Fincher, Shaw och Ramelet (2011, ss. 946-955) kom fram till att förberedande information minskade föräldrars ångest preoperativt vilket påverkade barnet positivt.

Barn som fick information av både föräldrar och anestesisjuksköterskorna var motiverade till att genomföra sin operation då de visste vad som väntade dem, men då de inte fick tillräckligt med information kände barnen en misstro (Sjöberg et. al., 2015, s. 2949). Barnen i studien av Buckley och Savage (2010, ss. 2882-2883) var i behov av detaljerad information om anestesin, operationen, smärtlindring, föräldrarnas närvaro samt hur de skulle känna postoperativt.

Hinder i mötet med barn i den preoperativa fasen

I resultatet framkommer att anestesisjuksköterskorna upplever att föräldrars rädsla och otrygghet överförs på barnet vilket kan leda till att den preoperativa fasen tar längre tid. Anestesisjuksköterskorna upplevde att det var bättre om föräldern inte var med i den preoperativa fasen om de inte kunde hantera sin rädsla. I en studie av Hong-Gu, et. al. (2015, s. 1544) såg man en relation mellan förälderns ångest och barnets ångest. Bevan, et. al. (1990, ss. 180-181) beskriver hur ångestfyllda föräldrar ökade barnets ångestnivå och att dessa föräldrar kände att deras ångest minskade då blev separerade från sitt barn medan andra upplevde att de kände sig lugnare om de fick vara med sitt barn.

I en kohortanalys av Kain, Caldwell-Andrews, Maranets, Nelson och Mayes (2006, ss. 81-84) undersöktes 568 barn och föräldrar. I studien jämfördes föräldrars närvaro och föräldrar som ej närvarat under anestesiinduktionen. De har i sin analys delat upp föräldrarna i två grupper -lugna och oroliga föräldrar. I studien framkom att oroliga barn som hade en lugn förälder närvarande under induktionen var mer lugna än de barn som var oroliga och inte hade någon förälder närvarande. Och de barn som var lugna men hade en orolig förälder närvarande var mer oroliga än de barn som var lugna och inte hade någon förälder närvarande. Författarna anser att anestesisjuksköterskan bör göra en bedömning om förälderns närvaro är lämplig utifrån om föräldern är lugn eller orolig.

Detta styrks även av Voepel-Lewis, Tait och Malviya (2000, ss.8-10) som i sin studie jämförde barns och föräldrars oro då föräldern var närvarande och där föräldern inte var närvarande.

Anestesisjuksköterskorna i denna studie upplevde att barn blev oroliga för föräldern. Det fanns ibland föräldrar som upplevde hela situationen som obehaglig och mådde så dåligt att de nästan svimmade. Barnen märkte oftast av att föräldern mådde dåligt och blev oroliga för hur deras mamma eller pappa mådde. Buckley och Savage (2010, s. 2883) har i en studie undersökt vilken sorts information barn som skall genomgå en tonsillektomi är i behov av. I studien framkommer det önskemål från barnen att veta om föräldern kommer vara närvarande under hela operationen eller var de annars kommer att vänta. Tidigare studier som styrker att barn oroar sig för föräldrar som mår dåligt av att närvara under anestesi kan inte hittas. Föreslår vidare forskning på detta område.

I denna studies resultat framkom att anestesisjuksköterskorna upplevde att barnets delaktighet i den preoperativa fasen hade stor betydelse. Det fanns föräldrar som hade en mer auktoritär styrning över sitt barn och inte gav sitt barn chansen att få säga sitt. Det fanns även föräldrar som tillät sitt barn att vara delaktigt men där barnet var medveten om att det var föräldern som hade kommandot. I en studie av Runeson, Mårtenson och Enskär (2007, ss. 505-511) intervjuades 23 barn om den information de fått inför sin operation och i vilken nivå de fick delta. Barnen i studien upplevde att de inte fick vara delaktiga i beslut, men upplevde samtidigt att det var bäst att föräldrarna och läkaren var de som bestämde om vad som skulle göras.

Coyne och Gallager (2011, s. 2339) undersökte barn och ungdomars upplevelse av att delta i samtal och beslutsfattande i vården. I studien deltog 55 barn i åldrarna 7-18 år som intervjuades i fokusgrupper och i individuella intervjuer. Barnen i intervjun beskrev föräldrarnas påverkan i deras delaktighet i vården. Barnen beskrev situationer där föräldrar bad dem vara tysta och att inte avbryta när de talade med doktorn vilket barnet upplevde som att det hindrade dem att delta i vården. Barn kan känna svårigheter eller att inte vara redo för att prata med sjukvårdspersonal och låter därför föräldern vara den som pratar för dem (Coyne & Gallager, 2011, s. 2339, Coyne & Kirwan, 2012, s. 298). För att kunna vara delaktig i sin vård upplever barn att information är viktigt (Coyne & Kirwan, 2012, s. 299, Sjöberg, et al., 2015, ss. 2948-2949).

Anestesisjuksköterskornas strategier

Anestesisjuksköterskorna anser att det är viktigt att skapa en god första kontakt med barnet för att barnet ska känna trygghet och ett lugn. Informanterna i Gimbler Berglund, et als. (2013, ss. 31-32) studie beskrev när svårigheter i samarbetet med föräldrar uppstod blev det svårt att skapa en god kontakt med barnet. För att få bra kontakt med

barnet beskrev anestesisjuksköterskorna vikten av att få ögonkontakt med barnet samt att barnet är nyfiket och intresserat. Anestesisjuksköterskorna i denna studie berättade att de ibland fick hitta något som fångade barnets uppmärksamhet och försöka avleda och distrahera barnet i situationen. Patel, Schieble, Davidson, Tran, Schoenberg, Delphin och Bennett (2006, ss. 1020-1022) har i en randomiserad prospektiv studie med 112 barn i åldrarna 4-12 år utvärderat ångestnivån inför en anestesiinduktion. De delade randomiserat upp barnen i tre grupper: förälders närvaro, föräldrars närvaro + handhållet videospel och föräldrars närvaro + 0,5mg/kg Midazolam per oralt mer än 20 min före start av operation. I studien framkom att de barn som i samband med induktionen haft ett handhållet videospel minskade sin ångest.

Anestesisjuksköterskorna i denna studie upplevde att ibland när situationen inte blev bättre blev de tvungna att söva ner barnen på mask. Runeson, Proczkowska-Björklund och Idvall (2010, ss. 345-354) har undersökt utifrån syftet att kartlägga etiska dilemman som kan uppstå före och under induktionen av anestesin. Två gruppintervjuer genomfördes där anestesisjuksköterskor fick berätta om etiska dilemman de upplevt. Ett beskrivet fall i studien handlade om ett barn som i induktionen blev mer irriterad och var svår att få kontakt med. Anestesisjuksköterskan i fallet fick då med tvång söva ner barnet på mask och upplevde det som jobbigt. Anestesisjuksköterskan utförde handlingen då hen kände press av anestesiläkaren som stod bredvid. Anestesisjuksköterskan tänkte efteråt att hen egentligen borde skickat hem barnet och skjuta fram tiden till ett annat tillfälle (Runeson et al., 2010, ss. 349-350).

Slutsatser

- Föräldrars inställning och attityder överförs och påverkar barnet
- Positiva föräldrar ger positiva barn
- Negativa föräldrar ger negativa barn
- Barn blir oroliga för sin förälder då de ser att mamma eller pappa mår dåligt

Resultatet av denna studie kan användas av personal i sjukvården som möter barn tillsammans med föräldrar för att öka medvetenheten av föräldrars påverkan på barnet, men även öka medveten om att barns oro ökar då föräldern inte mår bra i vårdsituationen.

Vidare forskning

Ytterligare forskning om barns oro för föräldern i den preoperativa fasen behövs, för att anestesisjuksköterskor och annan personal ska få kunskap och ökad kompetens för att minska barns oro i den preoperativa fasen då deras föräldrar mår dåligt av att närvara.

REFERENSER

Akademin för vård, a. o. v. H. i. B., 2015. *www.hb.se.* [Online]
Available at:
http://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H15_Riktlinjer%20-%20Magister_exarbete.pdf
[Använd 24 06 2016].

Arvidsson, S. B., (2005). Preoperativ bedömning. i: Halldin, M. A. & Lindahl, S. G. (red.) *Anestesi.* Stockholm: Liber, ss. 175-181.

Bellew, M., Atkinson, K. R., Dixon, G. & Yates, A., (2002). The introduction of a paediatric anaesthesia information lea¯et: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Paediatric Anaesthesia,* Volym 12, ss. 124-140.

Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (2012) Varför ska familjen ses som en enhet?. i: Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B-I. (red.) *Att möta familjer inom vård och omsorg*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 23-27.

Berg, L. & Danielson, E., (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in. *Scandinavian Journal Caring Sciences,* Volym 21, ss. 500-607.

Bevan, J., Johnston, C., Tousignant, G., Kirnon, V. & Carranza, R. (1990). Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to inductionof anaesthesia in children. Canadian journal of Anaesthesia, 37(2), ss. 177-182.

Buckley, A. & Savage, E., (2010). Preoperative information needs of children undergoing tonsillectomy. *Journal of Clinical Nursing,* Volym 19, ss. 2879–2887.

Coyne , I. & Gallagher, P., (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing,* Volym 20, ss. 2334-2343.

Coyne, I. & Kirwan, L., (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of Child Health Care,* 16(3), ss. 293-304.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. 5. uppl. Stockholm: Liber

Fanghol, R. & Valla, A., (2012). Barn. i: Hovind, I. L. red. *Anestesiologisk omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur, ss. 361-382.

Fincher, W., Shaw, J. & Ramelet, A.-S., (2011). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing,*, 26(8), ss. 946–955.

Gimbler Berglund, I., Ericsson, E., Proczkowska-Björklund, M. & Fridlund, B., (2013). Nurse anaesthetists' experiences with pre-operative anxiety. *Art & Science,* 25(1), ss. 28-34.

Graneheim, U. H. & Lundman, B., (2004). Qualitative content analysis in nursing research:. *Nurse education today,* 24(2), ss. 105-112.

Henricson, M., 2012. Diskussion. i: Henricson, M. (red.) *Vetenskalig teori och metod.* Lund: Studentlitteratur, ss. 471-479.

Henricson, M. & Billhult, A., (2012). Kvalitativ design. i: Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur, ss. 129-127.

Hong-Gu, H., Li-Xia, Z., Wai-Chi, S. C., Joanne Li Wee, L., Saw Sandar, K., Ho Cheung, W. (2015). A mixed-method study of effects of a therapeutic play intervention. *Journal of Advanced Nursing,* 71(7), ss. 1539–1551.

Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Maranets, I., Nelson, W., Mayes, L. C. (2006). Predicting Which Child-Parent Pair Will Benefit from Parental Presence During Induction of Anesthesia: A Decision-Making Approach. *International Anesthesia Research Society,* 102(1), ss. 81-84.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Lindwall, L. & Von Post, I. (2008). *Perioperativ vård: att förena teori och praxis*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., (2008). Kvalitativ innehållsanalys. i: Granskär M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad Kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur, ss. 159-171.

MacLaren Chorney,, J., Tan, E. T. & Kain, Z. N., (2013). Adult-Child Interactions in the Post Anesthesia Care Unit: Behavior Matters. *Anesthesiology,* 118(4), ss. 834–841.

Nationalencyklopedin, delaktighet. http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/delaktighet (hämtad 2016-01-20)

Patel, A., Schieble, T., Davidson, M., Tran, M. C. J ., Schoenberg, C., Delphin, E., Bennett, H. (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anesthesia,* Volym 16, ss. 1019-1027.

Polit, D. F. & Beck, C. T., (2008). *Nursing research.* 8:e uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins .

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård. Hämtad (2016-01-17) från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf

Romino, S. L., Keatly, V. M., Secrest, J. & Good, K., (2005). Parental presence during anesthesia induction in children.. *Association of perioperative Registered Nurses Journal,* 81(4), ss. 779-792.

Runeson, I., Hallström, I., Elander, G. & Hermerén, G., (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics,* 9(6), ss. 583-598.

Runeson, I., Mårtenson, E. & Enskär, K., (2007). Children’s Knowledge and Degree of Participation in Decision Making When Undergoing a Clinical Diagnostic Procedure. *Pediatric Nursing,* 33(6), ss. 505-511.

Runeson, I., Proczkowska-Björklund, M. & Idval, E., (2010). Ethical dilemmas before and during anaesthetic induction of young children, as described by nurse anaesthetists. *Journal of Child Health Care,* 14(4), ss. 345-354.

Segesten, K. (2006). *Vårdforskningens begrepp: engelsk-svensk, svensk-engelsk.* 1. uppl. Lund: Studentlitteratur

Sjöberg, C., Amhliden, H., Nygren, J. M., Arvidsson, S., Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation. *Journal of clinical nursing,* Volym 24, ss. 2945-2963.

Tamm, M. (2003). *Barn och rädsla*. Lund: Studentlitteratur

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet, 2003. *www.vr.se.* [Online]
Available at:
https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforsk
[Använd 25 02 2016].

Voepel-Lewis, T., Tait, A. R. & Malviya, S., (2000). Separation and induction behaviors in children: Are parents good predictors?. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 15(1), ss. 6-11.

Wiklund, L., (2003). *Vårdveenskap i klinisk praxis.* 1.a uppl. Stockholm: Natur och Kultur.

Wright, L. M., Watson, W. L. & Bell, J. M., (2002). *Familjefokuserad omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Jag är sjuksköterska som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör jag ett examensarbete på avancerad nivå.
Syfte med examensarbetet är att belysa hur föräldrar, ur anestesisköterskans perspektiv, påverkar relationen mellan barn och sjuksköterska.
Tidigare forskning inom området bekräftar att föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen, men ingen tidigare forskning tar upp anestesisjuksköterskans upplevelse av detta. Att som anestesisjuksköterska förstå hur föräldrar påverkar barnet kan underlätta vårdandet av barnet.
Då jag vill ta reda på anestesisjuksköterskors erfarenhet av hur föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen är har jag valt en kvalitativ metod för mitt examensarbete.
Datainsamling kommer att ske som öppna intervjuer på arbetsplatsen där tid skall avsättas för de som vill delta i intervjun.
De jag vill skall delta i studien skall arbeta som anestesisjuksköterska hos er och de skall ha erfarenhet av att söva barn.
Anestesisjuksköterskorna som deltar i intervjun kan avbryta sitt deltagande när de vill utan krav på förklaring. Det är bara jag och min handledare som kommer att ha tillgång till intervjumaterialet. Efter att examensarbetet är färdigt kommer de inspelade intervjuerna och det transkriberade materialet att raderas.
Det slutgiltiga examensarbetet kommer att presenteras skriftligt och kommer att finnas tillgängligt på Högskolebiblioteket i Borås. Om ni önskar kan ett exemplar vidarebefordras till kliniken.
Vid publicering kommer det analyserade intervjuerna att vara avidentifierade.
Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring. Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

_____

Robin Svensson
E-post: robin.svensson@gmail.com
Tfn 0707544007

Thomas Eriksson
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Högskolan i Borås
E-post: thomas.eriksson@hb.se
Tfn 033-435 47 82

Godkännande
Undertecknad verksamhetschef godkänner härmed att **Robin Svensson** genomför datainsamling inom ramen för vad som ovan beskrivits.

X-stad / 2016

_____

Namn
Titel/Verksamhet/Ort

Bilaga 2

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Jag är sjuksköterska som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör jag ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att belysa hur föräldrar, ur anestesisköterskans perspektiv, påverkar relationen mellan barn och sjuksköterska.

Tidigare forskning inom området bekräftar att föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen, men ingen tidigare forskning tar upp anestesisjuksköterskans upplevelse av detta. Att som anestesisjuksköterska förstå hur föräldrar påverkar barnet kan underlätta vårdandet av barnet.

Då jag vill ta reda på anestesisjuksköterskors erfarenhet av hur föräldrar påverkar barnet i den preoperativa fasen är har jag valt en kvalitativ metod för mitt examensarbete.

Datainsamling kommer att ske som öppna intervjuer på arbetsplatsen där tid skall avsättas för de som vill delta i intervjun.

De jag vill skall delta i studien skall arbeta som anestesisjuksköterska hos er och de skall ha erfarenhet av att söva barn.

Anestesisjuksköterskorna som deltar i intervjun kan avbryta sitt deltagande när de vill utan krav på förklaring. Det är bara jag och min handledare som kommer att ha tillgång till intervjumaterialet. Efter att examensarbetet är färdigt kommer de inspelade intervjuerna och det transkriberade materialet att raderas.

Det slutgiltiga examensarbetet kommer att presenteras skriftligt och kommer att finnas tillgängligt på Högskolebiblioteket i Borås. Om ni önskar kan ett exemplar vidarebefordras till kliniken.

Vid publicering kommer det analyserade intervjuerna att vara avidentifierade.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Jag handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

_____

Robin Svensson
E-post: robin.svensson1989@gmail.com
Tfn 0707544007

Thomas Eriksson
Akademin för vård, arbetsliv och välfärd
Högskolan i Borås
E-post: thomas.eriksson@hb.se
Tfn 033-435 47 82

Informerat samtycke

Jag har fått skriftlig och muntlig information om den aktuella studien och vet var jag kan vända mig med ytterligare frågor.

Genom min underskrift samtycker jag till att den intervju jag deltar i spelas in på band och att det som framkommer i intervjun sammanställs till en magisteruppsats vid Högskolan i Borås.

Jag har kännedom om att deltagandet är frivilligt och att jag närsomhelst kan välja att avbryta mitt deltagande.

_____ _____

Informantens underskrift Datum

_____ Namnförtydligande

Jag har förklarat studiens syfte och intervjuns upplägg för ovanstående informant

_____ _____

Robin Svensson Datum