



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 62

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær
(ordinær eller kontinuasjon)

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Erling Hoff Leirvik

Antall ord: 7493

Pediatri

**Sykepleie til barn og pårørende når det er
barn som er innlagt på sykehus**

Sammendrag

Tema: *Pediatric – Sykepleie til barn og pårørende når det er barn som er innlagt på sykehus*

Problemstilling:

Akutt sykehusinnleggelse kan være en dramatisk opplevelse for barn og deres pårørende. Hvordan kan jeg som sykepleier hjelpe barn og pårørende med å mestre sykehusoppholdet, og hvilke kunnskaper kan da være nyttige å kunne?

Som sykepleier kan en møte barn mange steder, både i og utenfor sykehus. Sykepleie til barn er et sammensatt og utfordrende fagfelt, et hvert barn er unikt. Noen av elementene i denne oppgaven handler om utvikling- og tilknytningsteori, barns reaksjonsmønstre og mestringsevne under sykehusopphold og foreldrenes rolle.

Resultatet fra denne studien viser at sykepleie til barn er kompleks, i tillegg til barnet så må en også ta hensyn til foreldrenes funksjon og behov. Sykepleie til barn er også for lite prioritert på skolen.

Summary

Topic: *Pediatrics – Nursing care for children and their parents when it is the child who is hospitalized.*

Question:

Acute hospitalization can be a dramatic experience for the children and their parents. How can I as a nurse help the children and their parent with coping hospitalization, and what type of knowledge do I need?

As a nurse can you meet children in many different places, both in- and outside the hospital. Pediatric nursing is challenging, every child is unique. Some of the elements in this study contain children's bonding- and development skills, reaction patterns, coping skills and parents function and caring needs. Pediatric nursing should also be more focused on during the basic education.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	5
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	5
1.2	Begrunnelse for valg.....	5
1.3	Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	6
1.4	Førforståelse og presentasjon av mitt ståsted.....	7
1.5	Oppgavens hensikt.....	7
2	METODE	7
2.1	Definisjon av metode.....	7
2.2	Litteraturstudium som metode.....	8
2.3	Søkeord brukt i oppgavens utforming.....	8
2.4	Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	8
2.5	Vitenskapelig forståelse.....	9
2.6	Etiske aspekter.....	10
3	MESTRINGSTEORI.....	11
3.1	Hva er mestring	11
3.2	Benner & Wrubels sykepleieteori	12
4	OM BARNET.....	13
4.1	Tilknytningsteori	13
4.2	Utviklingsteori	14
4.3	Barns behov	17
4.4	Kommunikasjon med barn	17
4.5	Barns reaksjonsmønstre.....	19
4.6	Foreldrenes rolle.....	19
5	DRØFTING	20
5.1	Benner og Wrubel – Om mestring.....	20
5.2	Barnet.....	22
5.3	Foreldrenes rolle.....	24
6	AVSLUTNING	25
6.1	Oppsummering og avrunding.....	25
6.2	Oppgavens relevans.....	26
7	LITTERATURLISTE	26

1 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

1.1.1 Tema

Pediatri, sykepleie til barn og pårørende når det er barnet som er innlagt på sykehus.

1.1.2 Problemstilling

Akutt sykehusinnleggelse kan være en dramatisk opplevelse for barn og deres pårørende. Hvordan kan jeg som sykepleier hjelpe barn og pårørende med å mestre sykehusoppholdet, og hvilke kunnskaper kan da være nyttige å kunne?

Fokuset mitt har vært å lære litt mer om sykepleie til barn. Men jeg har i denne oppgaven valgt å trekke inn både foreldrene og barnet. Dette har jeg gjort fordi foreldrene har en sentral rolle i barn liv. Jeg har i denne oppgaven også valgt å trekke inn kognitiv og psykososialutvikling for å utvide min forståelse, dette gir meg en bedre kunnskap og/eller evne til å kommunisere, forstå og samhandle med barnet.

1.2 Begrunnelse for valg

I løpet av høsten 2008 hadde jeg og en medstudent blant annet medisinsk praksis ved en pediatrik avdeling i Malawi, Afrika. Her var vi innom en Pediatric High Dependency Unit (H.D.U), Children's Accident and Emergency Unit og Pediatric Burns Unit. Majoriteten av pasientene som kom inn var barn med akutte sykdomstilstander eller som var blitt utsatt for fysiske traumer. De fleste var kritisk syke og Pediatric H.D.U. hadde avdelingens høyeste mortalitets rate.

I forbindelse med denne praksiserfaringen lærte jeg litt om sykepleie til barn. Men samtidig så følte jeg at det var så mye jeg ikke visste. Mye av det vi lærte gikk på konkrete observasjoner som vitale tegn, symptomer, smertevurdering og medisinske behandlingstiltak. Det som jeg derimot følte at jeg ikke strakk til på gikk på det å møte barn og foreldre på en måte som kan hjelpe de med å mestre innleggelsen, samt det å kunne skape en trygg atmosfære selv om innleggelsen var akutt.

En av grunnene til dette kan forklares med den språkbarrieren som vi opplevde. De fleste sykepleierne, legene og annet personell ved avdelingene kunne bruke og å forstå engelsk godt, men det var kun et fåtall av pasientene og pårørende som gjorde det samme. Dette skapte visse hindringer i kommunikasjonen. Men satt dette til side så opplever jeg at dette er en problemstilling som jeg ikke har mye kunnskaper om og som jeg samtidig synes er et relevant tema opp mot sykepleiefaget. En ting er å hjelpe pasienter og deres pårørende ved en voksen somatisk avdeling, men hvordan blir det når det er barna som er syke?

En annen årsak for valg av tema begrunner jeg med at ut i fra min opplevelse så dekker Bachelorutdanningen i sykepleie for lite om *sykepleie til barn*. Rammeplanen gitt for sykepleierutdanningen samt studieplanen ved skolen (tidl. Fagplan) har ikke etter min mening lagt stor nok vekt på pediatri som eget fagfelt. Selv om det er en egen videreutdanning innen barnesykepleie så kan en som sykepleier møte mange barn, både ved sykehusavdelinger og i kommunehelsetjenesten (eks: legevakt, hjemmesykepleien) (www.regjeringen.no og www.hsh.no).

I følge Statistisk sentralbyrå skjer over halvparten av innleggelse av barn i somatiske sykehus på vanlige avdelinger og ikke særskilte barneavdelinger, dvs. 40 000 av totalt 72 258 innlagde barn i somatiske sykehus (året 1995). Når en ser på denne statistikken så forstår vi at sannsynligheten for at en møter barn i utøvelsen som sykepleier er ganske stor. Hovedtyngden av disse barna møter vi på fylkes- og lokalsykehus og andre plasser hvor det er lange avstander til Universitetssykehus og tilsvarende plasser hvor det er mer naturlig å ha egne barneavdelinger. Slik statistikk øker oppgavens relevans (Sundal 2001). Dette medfører at som sykepleier kan en møte på mange barn med ulike behov og diagnoser, både langvarige og akutte. Som sykepleier ønsker jeg å ha bedre kjennskap til dette temaet (SSB).

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Utgangspunktet i denne oppgaven er barn på vanlige institusjoner med barnestuer, og ikke egne barneavdelinger, selv om oppgaven kan være relevant for begge parter. Utover det har jeg ikke tatt utgangspunkt i en spesiell aldersgruppe eller utviklingsfase, men jeg har brukt eksempler fra barn i 2-6 års alderen for å illustrere kompleksiteten. Dermed vil oppgaven gi et mer overordnet innblikk.

1.4 Førforståelse og presentasjon av mitt ståsted

Med førforståelse refererer en til den kunnskapen som forskeren, eller den som fremlegger et tema, sitter med fra før. Dette kan bygges på et interessegrunnlag som en vil utdype og lære mer om (*Hermeneutiske spiral*) og/eller en påstand som en vil poengtere (Forsberg 2008). Min førforståelse bygger på den erfaringen som jeg tilegnet meg i Malawi, hvor dette var et "ikke" tema. Der måtte både barna og foreldrene finne en måte å mestre opplevelsen på selv. Og jeg kjente samtidig på en følelse av utilstrekkelighet, fordi dette er et tema som jeg selv kan alt for lite om.

1.5 Oppgavens hensikt

Intensjonen min med dette arbeidet er å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan møte/hjelpe barnet og pårørende på en måte som skaper trygghet, reliabilitet og mestringsfølelse under sykehusoppholdet. Jeg tror at den inhospitale fasen kombinert med selve hendelsesforløpet kan påvirke barnets og foreldrenes tilværelse og opplevelse i situasjonen og i etterkant.

2 METODE

2.1 Definisjon av metode

Metode kan blant annet defineres som en systematisk fremgangsmåte (*Systematic review*) for å frembringe kunnskap på eller etterprøve påstander. Metoden beskriver hvordan du skal gå til verks for å nå det målet du har satt deg ut ifra problemstillingen som du har valgt. Dette gjøres blant annet fordi at du skal kunne følge en strukturert fremgangsmåte og leseren skal kunne ha muligheten til å vurdere verdien og troverdigheten i det du skriver (Dalland 2007, Forsberg 2008).

2.2 Litteraturstudium som metode

Et litteraturstudium er en metode som blir brukt til å systematisere og vurderer kunnskap fra hovedsakelig skriftlige kilder. I en litteraturstudie skal en ikke fremskaffe ny kunnskap men bruke tidligere utgitte kunnskaper til å formulere en ny problemstilling.

Det bør også begrunnes hvorfor en har valgt akkurat denne metoden (Dalland 2007).

Siden vi ikke selv har valgt metoden er det derfor ikke nødvendig å begrunne valget, men heller forklare hva litteraturstudiet innebærer.

I en litteraturstudie kreves det mer en pensumlitteratur, det er derfor helt nødvendig å gjøre seg kjent med biblioteket og internett som gode resurser for å finne relevante kilder. Den innledende litteratursøkingen har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet om det problemområdet som vi ønsker å arbeide med. Videre tar litteraturstudiet sikte på å presentere og plassere den teorien som er mest relevant opp mot problemområdet. I en litteraturstudie stilles det krav om, og må komme klart frem, *hvorfor* en bestemt type litteratur er valgt, og *hvordan* utvalget er gjort. Oppgavens validitet og reliabilitet er avhengig av at kildegrunlaget er godt beskrevet og begrunnet (Dalland 2007).

Gangen videre i en litteraturstudie tar sikte å tolke den innsamlede litteraturen og bruke det som er mest relevant inn i oppgaven. Denne teorien sammen med det sykepleieteoretiske perspektivet danner grunnlaget for drøfting og skal hjelpe meg å finne svar på min problemstilling. Resultatet av problemstillingen skal så oppsummeres og det skal avgies en konklusjon på oppgaven (Dalland 2007).

2.3 Søkeord brukt i oppgavens utforming

Ved innsamling av data til dette studiet har jeg brukt følgende søkekriterier på både norsk og engelsk: *pediatric nursing, coping, parents, trauma, accidents, critical ill children, relation and communication.*

2.4 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Hovedtyngden av litteraturen kommer fra pensumlitteratur og annen fagboklitteratur. Dette er sekundær litteratur siden den stort sett bygger på andres studier. Selv om denne litteraturen er

høyst relevant vil primærlitteratur som forskningsartikler gi oppgaven en større betydning og troverdighet.

I den teoretiske delen av oppgaven skal jeg legge frem den teorien som er mest relevant innenfor de søkskriteriene som tidligere vist. Denne teorien danner basis i oppgaven og er utgangspunktet for det som jeg senere skal drøfte. Den teoretiske delen kommer til å omhandle barnet og dets behov, foreldres rolle og mestringsteori fra Benner og Wrubel, bygd på R. Lazarus stressmestringsmodell (Forsberg 2008, Dalland 2007).

Jeg har blant annet tatt med følgende forfattere; Trond Markestad, Anne Marie Moesmand, Anne Bovbjerg, Marit Kirkevoll, Berit Grøholt, Tom Eide og Hilde Eide samt Tina Moules og Joan Ramsay.

Teorien som jeg har valgt ut hos disse forfatterne tar for seg *det innlagte barn, barnet som pasient, kommunikasjon i sykepleien – det å møte barn og foreldre på sykehus, barns psykologiske utvikling, stressmestring, reaksjoner på akutt sykdom og skader hos barnet, familien i sykepleien, sykepleie til barn og foreldrenes uklare rolle under sykehusoppholdet*. Ut over dette har jeg med forskningslitteratur fra Rotegård, Sundal og Mulvihill, som tar for seg mors ”*uklare*” rolle, foreldrenes informasjonsbehov og Nursing care for children.

Andre viktig ressurspersoner som har vektlagt sin forskning på barn og forståelse av tilknytningsteori er Daniel Stern og Mary Ainsworth, disse kommer jeg ikke nærmere inn på i oppgaven men viser til de her fordi det fremhever forskningens relevans og vektlegging de senere årene.

2.5 Vitenskapelig forståelse

Metoderetningen i dette litteraturstudiet som jeg skriver er kvalitativt orientert. Intensjonen er å fremlegge en oppgave basert på en studie som både tar sikte på å analysere kvantitative og kvalitative tidligere utgitte studier. Litteraturen som samles inn skal ligge til grunn for min tolkning av temaet og være orientert opp mot besvarelse av min problemstilling. Oppgaven vil bære preg av mitt subjektive syn allerede fra starten av. Ved utforming av problemstillingen hadde jeg allerede sporet meg inn på hvordan oppgaven skulle utformes, hva som skulle vektlegges og hvilke type litteratur som jeg ønsket å trekke inn (Forsberg 2008).

Den *kvalitative* metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste og måle. Ordet kvalitet viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. Kvalitativt orienterte metoder benyttes for å samle inn data som kan hjelpe med å karakterisere et spesielt fenomen. Den kvalitative metoden er en *hermeneutisk* tilnærming. Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Det er et forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til det vi studerer. Å tolke (fortolke) på denne måten vil derfor si å gå dypere inn i et tema for å gi klarhet i noe som fremstår som uklart (*jf: førforståelse pkt 1.4*).

Dalland trekker frem i sin bok, forfatterne Thuren, Patel og Davidsons begrepsforklaring på hermeneutikk: *hermenautikk er humanistisk orientert og forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom menneskelige handlinger, livsytringer og språk*. Historisk sett ble hermenautikken brukt til å fortolke bibelen og andre dokumenter. I senere tid blir det brukt som en grunnleggende metode for å skille mellom forklarende og forstående vitenskaper (Dalland 2007).

2.6 Etiske aspekter

Innen forskning og oppgaveskriving finnes det etiske retningslinjer for hvordan vi blant annet skal bruke, referere til og analysere andre skriftlige kilder på. I Norge har vi en forskningskomité som har lagd retningslinjer for hvordan forskere skal gå frem i studiet sitt og hvilke etiske overveielser som må taes underveis. Disse retningslinjene har sitt utgangspunkt i Nurnbergkoden og Helsinkideklarasjonen (Dalland 2007).

Det som er mest relevant i forbindelse med etiske overveielser i et litteraturstudium går på dette med kilder. Når jeg bruker andres litteratur til å utforme min egen oppgave så må jeg unngå å trakke på forfatteren verk, med dette så tenker jeg spesielt på det å ikke trekker slutninger som forfatteren ikke kan stå inne for, dette kalles *tendensiøs bruk av stråmenn*. Dette må balanseres opp mot min tolkning av litteraturen og hva jeg ønsker å fremheve i den. Et annet aspekt er å ikke plagiere litteraturen. En må tenke gjennom hvordan en bruker litteraturen, fremgangsmåte, bruk av sitat, osv. (Forsberg 2008).

3 MESTRINGSTEORI

3.1 Hva er mestring

Stress oppleves når en person søker å hankses med situasjoner eller krav som blir oppfattet som krevende og som overgår personens egne ressurser (Benner & Wrubel 2006).

Patricia Benner og Judith Wrubel bygger sin teori på Richard Lazarus sin stressmestringsmodell. R. Lazarus (1922-2002) var utdannet psykolog og arbeidet ved Department of Psychology ved University of California. De har implementert hans modell i sin teori og sier her at mestring kommer som et resultat av en eller annen form for forstyrrelse eller provokasjon, hovedsakelig stress, og kan defineres som forstyrrelser av meninger, forståelse og normal funksjon, med opplevelse av skade, tap eller utfordring som følge, og der det kreves sorg, fortokning, eller ervervelse av nye ferdigheter (Benner og Wrubel 2006).

Deres utgangspunkt:

”Når våre viktige verdier eller mål blir utfordret, truet eller tilintetgjort, opplever vi en psykologisk stressituasjon. Mennesket vil søke å imøtegå, unngå eller klare denne stressituasjonen på forskjellig vis.” R. S. Lazarus

Lazarus skriver videre i sin teori at når vi står ovenfor en stressfylt situasjon, vil vi først vurdere hvor farlig eller truende situasjonen er, dette kalles *primærvurdering*. Er situasjonen irrelevant, positiv eller skadelig? Neste steget vil være å foreta en *sekundærvurdering* av situasjonen omkring hva vi kan gjøre for å løse den, og hvilke konsekvenser handlingen kan få. Dette kan være både bevisste og veloverveide beslutninger eller det kan være ubevisste og automatiske vurderinger. Vår vurdering er i høyeste grad subjektiv, og trenger ikke være i samsvar med den reelle situasjonen. Innvirkningsfaktorer på de vurderingene vi tar, kan være erfaringer fra lignende situasjoner, sosial og kulturell bakgrunn. Først etter denne initialfasen vil en prøve å mestre stresset (Renolen 2008).

3.2 Benner & Wrubels sykepleieteori

3.2.1 Behov for sykepleie

Behovet for sykepleie skyldes en forandring i livssituasjonen, barnet og foreldrene er i en situasjon hvor de opplever stress, smerte, redsel og angst. For foreldrene vil følelsen av utilstrekkelighet også være forestående. Pasienter som blir innlagt på sykehus vil i denne gitte perioden kanskje ikke være i stand til å ivareta sin egen livssituasjon på en tilfredsstillende måte. Det å mestre tap, lidelse og sykdom kan for mange være vanskelig i en uoversiktig situasjon. Spesielt når det kommer til barn under sykehusopphold. Jeg ønsker å ta utgangspunktet i det som er viktig for barnet og deres foreldre når jeg skal utøve sykepleie. Jeg har derfor valgt å bruke Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori (Benner og Wrubel 1989).

3.2.2 Synet på sykepleie

Deres sykepleierteori grunner i at sykepleieren skal ta utgangspunktet i de forholdene som er viktig for pasienten og de pårørende (les foreldre). Sykepleieren skal hjelpe de med å mestre situasjonen på en måte som ivaretar det som er særlig viktig for den enkelte.

De argumenterer for en teoriutvikling som tar utgangspunkt i klinisk sykepleiepraksis og ikke sykepleieteori som en overordnet teori som skal påvirke den sykepleien som du gir. Benner og Wrubel står for at praktisk sykepleie med den ekspertisen som hver enkelt sykepleier har opparbeidet må integreres med sykepleieteorien. På den måten vil en få et gjensidig forhold mellom teori og praksis som danner et godt grunnlag innen begrepene omsorg og sykepleie (Benner og Wrubel 1989), (Kristoffersen 2005).

Samspeillet i deres teori bygger på fire grunnprinsipper, *omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender (concern)*.

Omsorgen deres handler om å bry seg, evnen til omsorg kjennetegner menneskets måte å være i verden på, altså det bygger på en grunnholdning, og er det grunnlaget som menneskets reaksjoner og atferd må forstås ut i fra. Denne evnen til omsorg vil påvirke deg som sykepleier i det arbeidet du gjør.

De *kroppslige kunnskapene* går på det å se mennesker som en helhet og ikke som *kropp* og *sjel*. Mennesket med sin kroppslige intelligens er tilpasset det miljøet der det er tenkt at en skal oppholde seg, i dette miljø fungerer mennesket godt. Her kan de leve lett og ubesværet. Ved en akutt sykehusinnleggelse kan denne tryggheten og velværen bli truet.

Alle mennesker har en eller annen form for *bakgrunnsforståelse*, denne bygger på de erfaringer som hver enkelt har opparbeidet seg ut i fra blant annet *kroppslige kunnskaper*. Bakgrunnsforståelsen er dermed med på å bestemme den enkeltes virkelighetsforståelse. Denne erfaringsbaserte tilværelsen startet allerede i spedbarnsalderen og danner grunnlaget for hvordan du håndterer situasjonen.

Det aspektet som de kaller spesielle anliggender eller ”*concern*”, dreier seg om konkrete forhold eller personer som den enkelte omsorgen er knyttet til. Dette begrepet dekker *konkrete* og *spesifikke* forhold som betyr noe for den *enkelte*.

Når så et barn blir innlagt på sykehus, gjerne i forbindelse med en akutt skade eller sykdomsforløp påvirkes disse faktorene hos hver enkelt, både hos barnet og foreldrene. Som sykepleier skal en hjelpe pasienten og deres pårørende til å mestre denne situasjonen på en mest hensiktsmessig måte for den *enkelte* (Benner og Wrubel 1989).

4 OM BARNET

4.1 Tilknytningsteori

Å knytte relasjoner til andre mennesker er viktig for den emosjonelle og sosiale utviklingen. Denne prosessen hvor barnet knytter seg, eller skaper relasjoner til andre, kalles *tilknytning*. Vi tilknytter oss til andre mennesker gjennom hele livet, med familie, venner, kollegaer, osv. Slike relasjoner har ulik varighet, noen varer livet ut, andre ikke. Tilknytning og atskillelse er begge en naturlig del av livet (Renolen 2008).

Som sykepleier og annet helsepersonell kan en ha nytte av å kjenne til slike prosesser. Disse prosessene kan særlig være vanskelige for barn, hvor atskillelse og endringer i sosiale relasjoner kan få stor betydning for barnets opplevelse av trygghet. Eksempler på dette er ved hospitalisering, hvor enten det er barnet selv som er sykt, eller når mor/far blir innlagt. Dette det vi kaller *separasjonsangst* (Renolen 2008).

Frem mot 60-70 årene var det vanlig at foreldrene ikke fikk være med når barna ble innlagt på sykehus/institusjon. Barnet ble dermed overlatt til sykepleierne ved den respektive avdeling. Da kunnskapen om barns tilknytningsbehov ble kjent på 1950 tallet, fikk det revolusjonerende betydning på omsorg og pleie av barn i institusjoner. Dette kan vi takke blant annet John Bowlby for, han bygger sin teori på både empirisk forskning og psykodynamisk forståelse (Renolen 2008).

4.1.1 Bowlbys teori

John Bowlby (1907 - 1990) var utdannet psykiater og har via sin forskning hovedsakelig fokusert på barn, og da spesielt med vekt på spedbarnspsykologi. Hos spedbarn ser vi ulike former for tilknytningsatferd, barnet forsøker å oppnå nærhet gjennom for eksempel øyekontakt og gråt. Når nærheten er oppnådd forsøker de å opprettholde denne kontakten ved blant annet smil. Her er det et viktig samspill hvor barnet er avhengig av at omsorgsgiverne er lydhør ovenfor de signaler som barnet sender ut. Bowlby sier videre at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere uansett hvordan de blir behandlet og kvaliteten på den tilknytningen som gis. Han deler tilknytningens forskjellige utviklingsstadier inn i tre faser:

Nærhetsfremmende atferd. De er to første levemånedene og her kan vi se nærhetsfremmende atferd i form av gråt, smil, pludring og øyekontakt. Dette er deres måte å søke kontakt på. På dette stadiet kan barnet slutte å gråte når det hører kjente stemmer eller ser kjente ansikter. Fase 2 er fra 2-7 måneders alderen og kalles *Begynnende tilknytning*. Barnet viser nå en begynnende tilknytning ved at det foretrekker den av foreldrene som har den daglige omsorgen for barnet.

Fra 7 måneders alderen finner vi den *Entydig tilknytningsfase*, i denne alderen skjer det et klart skille på barns tilknytningsmønstre. Barnet utvikler *fremmed frykt*, og kan plutselig begynne å hyle når en fremmed kommer inn i rommet. Barn viser ikke så sterk angst visst det får sitte på fanget til mor eller far. Barnet viser også tydelig *separasjonsangst* hvis foreldrene forsvinner ut av synet. Barnet vil da gråte og klemme seg fast til foreldrene viss de prøver å forlate det. Denne atferden vises tydelig når barnet er sykt eller trett, eller når det er usikker og redd (Renolen 2008).

Videre sier Bowlby at barnet har et tilknytningshierarki, hvor det finnes en hovedtilknytningsperson, som er viktigst når barnet trenger trøst og trygghet (Renolen 2008).

4.2 Utviklingsteori

Barns utviklingsteori er omtalt av flere kjente forskere, der iblant Jean Piaget, Erik H. Erikson, Lev Vygotskij og Jerome Bruners. De to siste tar i hovedsak for seg utviklingsteori innen læringsmiljø og utvikling. Mens Erikson og Piaget tar for seg barnet i et mer helserelatert perspektiv. Jeg har valgt å bruke både Piagets og Eriksons utviklingsteorier fordi de tar for seg henholdsvis tematikken *kognitiv utvikling* og *psykososiale utvikling* som to forskjellige innfallsvinkler. Hovedfokuset er Piaget, dette skyldes blant annet plassmangel pga

oppgavens rammer og retningslinjer, men begge forklarer sin teori på en forståelig og illustrativ måte (Bovbjerg 2007).

4.2.1 Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) var utdannet biolog, men han startet tidlig med å interessere seg for barn og utvikling. Piaget var interessert i barns måte å tenke på og på hvilken måte den skilte seg fra hvordan de voksne tenker. Barna tilfører seg selv kunnskap når de blir stilt ovenfor konkrete oppgaver og utfordringer som de selv må løse. Barns evne til å skape orden og mening i tilværelsen begrenses av deres intellektuelle modenhet. Med innblikk i barns tenkemåte og evne til å forstå kan vi redusere barns stressnivå og øke deres følelse av mestring.

Piaget forklarer det *kognitive utviklingsnivået* som barns evne til å oppfatte omverden på ved hjelp av sanser, hvordan barnet husker og gjenkaller kunnskap, forandringer i barnets tenkemåte, forståelse og uttrykkningsform. Utviklingen har en nær tilknytning til fysisk, motorisk og psykososial modning (Markestad 2005). Ved å kjenne til barns forventede modenhetsnivå i forhold til alder og barns forståelse av situasjonen kan en med målrettet og tilpasset kommunikasjon møte pasienten (les barnet) på deres nivå. Dette er med å skape en mer tillitsvekkende og tryggere opplevelse for barnet (Markestad 2005).

Piagets teori om intellektuell utvikling beskriver barnets utvikling i fire stadier, der det skjer kvalitative forandringer i barnets kognitive strukturer (tenkeredskaper) på hvert utviklingstrinn (Markestad 2005, Bovbjerg 2007).

Sensomotoriske fasen. 0-2 år

Dette er det første trinnet og omhandler barn i 0-2 års alderen. I denne spedbarnsfasen er det sanseinntrykk og motorisk utvikling som danner grunnlaget for kognitiv utvikling. Denne utviklingen krever aktiv utforskning av miljøet, barnet er opptatt av se på, ta og kjenne på ting (Markestad 2005).

Den preoperasjonelle fasen: 2-6 år

Å tenke preoperasjonelt er i følge Piaget det å tenke logisk og formålsbevisst. Evnen til å forestille seg hendelser og mennesker ved hjelp av ord og symboler utvikles gradvis. I denne alderen er tenkningen også preget av *animisme*, det vil si at døde ting får liv. Sammen med berikende fantasi og konkret tankegang kan dette gi skumle utslag under et sykehusopphold.

Eksempler på dette er blant annet ved intravenøse væsker. Det å få en ”slange” i armene kan virke skummelt, da er det bedre å si *rør* (Markestad 2005).

Den konkret operasjonelle fasen: 6-12 år

Barnet har nå utviklet tankestrukturer som gjør det mulig å bevisst søke etter, ordne og systematisere informasjon. De er flink til å fokusere oppmerksomheten rundt det de holder på med og skiller mellom relevante og irrelevant opplysninger. De utvikler også evnen til abstrakt tenkning og reversibel tenkning. Med reversibel tenkning kan barnet nå forestille seg hvordan ting var før hendelsen (Markestad 2005).

Den formal-operasjonelle: fra 12 år

Barnet har nå utviklet evner til å tenke abstrakt og ikke bare på konkrete ting og hendelser. Dette resulterer i at barnet nå starter å se ting i et større perspektiv, og de utvikler evnen til å prøve ut hypoteser og forestille seg forskjellige løsninger på ulike situasjoner. Tenåringer er svært følsomme ovenfor kommentarer og hva andre tror om de og er redd for det å være annerledes. De trenger fortsatt konkret informasjon om behandling og oppfølging (Markestad 2005).

4.2.2 Erik H. Erikson

Erik H. Erikson (1902-1994) var en tysk psykolog, men født i Danmark. Eriksens teoretiske modell om menneskets *psykososiale* utvikling legger vekt på det sosiale miljøets betydning for utviklingen. Erikson sier at mennesket er under utvikling hele livet, og har beskrevet utviklingen i åtte stadier. De fem første stadiene er fra fødselen og frem t.o.m. puberteten. Erikson beskriver utviklingen på samme måte som fosterets utvikling av organer til bestemte tidsperioder (*epigenese*). Han mente at de personlige utviklingsstadiene er fastlagt i samme type vekstperioder hvor personlige kjennetegn og holdninger vokser frem. Erikson tar høyde for individuell utvikling men fremmer allikevel at barnet må gjennom det første stadiet før eg går over i det neste, altså en form for progresjon (Markestad 2005).

For å illustrere har jeg kun valgt å ta med to av fasene i hans teori, *autonomifasen* og *initiativfasen*.

Autonomifasen: fra 1 ½ år til ca 3 år

I autonomifasen er behovet for nærhet, omsorg og stimulering fortsatt grunnleggende for barns utvikling. Etter hvert blir barnet mindre avhengig av å ha foreldrenes trygghet og nærhet rundt seg, og de blir mer utforskende i omgivelsene. I denne alderen er det også vanlig at barn får fantasivenner. Dette kan sees i sammenheng med den animistiske fasen i Piaget utviklingsteori (Markestad 2005).

Initiativfasen: fra 3år til ca 5-6 år

Fireåringen husker mer og forstår bedre, men de mangler fortsatt erfaringer. Mestringsfølelsen vokser seg stadig sterkere, og barnet blir mer søkende, og utforskende. Men til tross for at 4-5 åringen blir mer uavhengig, er foreldrenes omsorg fortsatt viktig (Markestad 2005).

Som en ser vektlegger både Piaget og Erikson barnets behov for anerkjennelse, omsorg og støtte. Begge fremmer også barnets evne til å mestre i de ulike utviklingsfasene.

4.3 Barns behov

Barn er avhengig av forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsene. Barn som blir utsatt for dramatiske forandringer i hverdagen som ved akutt sykehusinnleggelse kan kategoriseres inn i en risikogruppe, der barnets behov og ytring blir endret. I denne fasen bør de voksne, altså foreldre og sykehuspersonellet, tilstrebe etter å normalisere barnets hverdag under sykehusoppholdet. Det er her vesentlig at barnet får tilfredstilt sine sosiale behov og omsorgsbehov, samtidig bør en prøve å lage en forutsigbar hverdag (Bondesen 2005).

4.4 Kommunikasjon med barn

Helsearbeidere møter barn og unge både som pasient og som pårørende. Nyere forskning viser at barn i møte med helsevesenet ofte ikke blir sett, hørt, eller involvert, selv om vi gjerne skulle tro det motsatte (jfr. Eide & Eide 2008). Elementer som inngår i slik kommunikasjon omhandler kunnskap om barn og unge, utviklingsfaser, tilpasning til barnets situasjon, interesser og evner. En må også huske på å anerkjenne barnet og ikke undervurdere barnets egne ressurser (Eide & Eide 2008).

4.4.1 Definisjon av kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon kan enkelt defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Ordet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre og ha forbindelse med (Eide & Eide 2008).

Begrepet *relasjon* kommer av det latinske ordet *relatio*, som egentlig betyr at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Relasjon blir også relatert til begrepene forhold, kontakt eller forbindelse med mennesker. Eksempel på dette er hjelpers/sykepleiers forhold til pasient, pårørende, kollegaer og samfunnet rundt (Eide & Eide 2008).

Kommunikasjon og relasjon har en nær sammenheng, begge begrepene skli i hverandre og kan relateres opp mot hverandre, eksempel god kommunikasjon kan bedre relasjonen, mens dårlig kommunikasjon kan svekke relasjonen. Den siste kan også få ringvirkninger på den sykepleien som gis og oppfattes av de involverte parter (Eide & Eide 2008).

4.4.2 Hvordan kommunisere med barn

Kjernen i kommunikasjonen er at den er faglig velfundert men samtidig enkelt lagt opp slik at den er til hjelp for pasienten. Essensen i slik kommunikasjon bygger på kunsten å anerkjenne den andre, være aktivt lyttende og samtidig åpen og direkte (Eide & Eide 2008).

Et hvert barn er unikt. Det er derfor vanskelig å komme med en konkret oppskrift på hvordan en skal kommunisere med barn. Men allikevel så er det enkelte særtrekk som går igjen. Når en kommuniserer med barn så må en møte de på deres nivå, det vil si at en må legge opp samtalen slik at det blir enkelt for barnet å forstå og også stille spørsmål. I tillegg så må en opparbeide seg tillit hos barnet, her kan en inkludere foreldrene for å ”ufarliggjøre” sykepleieren i hvit. Å skape tillitt hos barnet er med å bygge en relasjon mellom partene, denne relasjonen kan virke betryggende for barnet. En måte å skape relasjon kan være å delta i noe som interesserer barnet, på den måten vil en få noe felles. Bruk av lek og leketøy til å formidle informasjon kan her være et nyttig verktøy, en annen måte er å bruke sammenligningsgrunnlag som barnet kan kjenne seg familiært med (Eide & Eide 2008 og Røkenes, Hanssen 2006).

4.5 Barns reaksjonsmønstre

Barn reagerer annerledes på innleggelse. Sykdom og sykehusinnleggelse kan medføre stress som overstiger barns mestringsevne. Visst stresset blir for stort, forsvarer barnet seg gjerne med å ubevisst trekke seg tilbake til et tidligere utviklingstrinn, dette kalles *regresjon*.

Barn med velutviklet språk kan begynne å snakke babyspråk, og barn som tidligere har vært tørre kan begynne å væte på seg igjen. Ved regresjon reduseres den kognitive kapasiteten til barnet. Andre tegn på høyt stressnivå kan være aggresjon, tilbaketrekning, separasjonsangst eller spise- og søvnforstyrrelser. Barn mellom 6 mnd. og 4-5 år er mest utsatt for denne type uheldige ettervirkninger fordi utrygghetsfølelse og opplevelsen av uforutsigbarhet forsterkes av følelsesmessig og intellektuell umodenhet. Familiære risikogrupper er barn som har gjentatte sykehusopphold, alvorlig sykdom, barn på intensivavdelinger og engstelige foreldre eller lite støtte fra familien sin (Markestad 2005).

Stress hos barn fører med seg flere uheldige virkninger som:

- Utrygghetsfølelse
- Forsterket smerteopplevelse og andre symptomer
- Økt metabolisme (krever energi), som kan forverre barnets medisinske tilstand
- Forsinket sårtilhelning
- Virker negativt på immunforsvaret (langvarig stress)

(Markestad 2005)

4.6 Foreldrenes rolle

De fleste foreldre blir engstelige når barna deres blir syke og innlagt på sykehus. Denne engstelsen fører ofte til stresspåvirkning hos foreldrene, noe som igjen påvirker barnet. Barns og foreldres stressnivå stiger og synker i samme takt. Stressfaktorer som potensielt påvirker foreldrene kan være endret foreldrerolle, mangelfull eller sprikende informasjon, det at barn påføres smerte og ubehag, de er ukjent med det tekniske miljøet, de blir avhengige av ukjente mennesker og ikke minst barnets utsende, tilstand, behandling og prognose (Markestad 2005, Moules & Ramsay 2008).

Det er mange gode grunner til å forebygge og redusere stressfaktorene hos foreldre. Siden pasientens stressnivå ofte stiger i takt med foreldrenes, er det dessuten ugunstig for barnet og

behandlingen. I tillegg kan høyt stressnivå føre til manglende konsentrasjon og oppmerksomhet på barns signaler og behov. Ofte opplever personalet at foreldrene kan utagere ovenfor pleiepersonalet, dette er et vanlig reaksjonsmønster på den redselen og hjelpeløsheten som foreldrene opplever. Men denne reaksjonen kan også være berettiget, og skyldes mangel på informasjon eller noe annet som lett lar seg løse. Dette kan forebygges med fire overlappende emner som fortløpende kommunikasjon og informasjon, følelsesmessig støtte, støtte i foreldrerollen og sykepleie av god kvalitet (Markestad 2005).

Foreldres informasjonsbehov må ikke undervurderes. I Norge har foreldrene rett til samtykke og informasjon etter pasientrettighetsloven, i tillegg så sier barneloven at barnet har samværsrett med minst en av foreldrene under institusjonsopphold. Som foreldre er det ikke gitt at de forstår innholdet og konsekvensene av den behandlingen og pleien som blir gitt til barnet under sykehusoppholdet. Vi må ikke glemme foreldrenes rolle i slike situasjoner, det sies at foreldre/pårørende ofte kan ses på som pasient nr. 2. Så vi må huske å inkludere de, ikke bare med tanke på ansvarsfordeling, men også deres behov for støtte, avlastning, informasjon og deltagelse (Rotegård 2007, Sundal 2001).

Det er viktig her å huske på at sykepleier – pasient – forholdet består av tre aktører, sykepleieren, foreldrene og barnet (Moules & Ramsay 2008).

5 DRØFTING

5.1 Benner og Wrubel – Om mestring

Som sykepleier er det mange momenter som skal implementeres i den omsorgen som utføres, synet på hva sykepleie er varierer, og hver enkelt må finne sin egen måte å gjøre det på. Innen det sykepleie teoretiske faget har vi flere kjente forskere som vi har fått stiftet bekjentskap med disse årene. Og for meg falt det mest naturlig å gå for Benner og Wrubel. De har tatt utgangspunkt i Lazarus sin stressmestringsmodell og omgjort den slik at den er blitt mer anvendelig i sykepleiefaget.

Benner og Wrubel tar utgangspunkt i at mennesket ønsker til en hver tid å mestre situasjonen mest mulig selv, men på grunn av omstendighetene så er det ikke alltid like enkelt. Eksempel

på dette er under sykehusopphold hvor en opplever tap, smerte, stress eller redsel. I denne gitte perioden kan det være at de ikke er i stand til å ivareta sin egen livssituasjon på en tilfredsstillende måte. Det som Benner og Wrubel har som en rød tråd gjennom sitt spl. teoretiske perspektiv er at fokuset i all sykepleie må ta utgangspunkt i hver enkeltes behov, det vil si at en må jobbe ut i fra de forhold som er viktige for pasienten og deres pårørende.

Dette høres veldig ”oppblåst” ut, men oppleves samtidig litt snevert. Det kan stilles spørsmål ved hva er det vi egentlig skal gjøre? Hvor skal vi begynne, hvordan skal vi finne ut hvor skoen trykker? Men slik jeg tolker det så er intensjonen at sykepleieren skal være en støttefunksjon, en person som skal hjelpe til der det trykker mest, kanskje det er redselen hos barnet, eller følelsen av utilstrekkelighet hos foreldrene, eller begge deler.!

Men oppleves deres teori som dekkende innen sykepleiefaget?

Benner og Wrubel går videre og utdyper sin teori, de har trekt inn fire elementer som er avgjørende for sykepleien. Begrepene *omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender (concern)* danner grunnforankringene i deres teori, og disse er forklart i pkt 3.2.2. Det som jeg derimot kan forsvare deres teori med er at de ikke ønsker å erstatte annen teoretisk forankring, men heller vise til hvordan vi kan kombinere teori og praksis. De ønsker at den kliniske sykepleiepraksisen skal stå sentralt i det arbeidet som blir gjort og at det sykepleieteoretiske perspektivet må integreres i denne. Dermed oppnår du et gjensidig forhold mellom teori og praksis, og dette forholdet danner et godt grunnlag for den omsorgen og sykepleien som gies.

Men hva er så mestring?

Jeg ser på mestring som en måte å løse en situasjon på, som nevnt i pkt 3 kommer initiativet til å mestre som regel fra en eller annen form for forstyrrelse eller provokasjon, hovedsakelig stress. Denne forstyrrelsen utløser en rekke mekanismer i ulik grad hos hver enkelt. Men hvordan vi takler stresset er høyst individuelt. Stress påvirker alle, sykepleieren opplever en type stress, barnet en type og foreldrene en annen. Slik jeg ser det så handler ikke mestring om å eliminere dette stresset, men om å tilpasse seg omgivelsene og håndtere det best mulig. Dette stresset tror jeg kan være med på styre den opplevelsen som barnet og foreldrene sitter med. Som sykepleier kan en hjelpe de med å mestre dette stresset med tiltak som god og tilrettelagt informasjon og integrering i pleien som gies.

Konkrete ting som jeg kan familiære med stresspåvikning hos barn er for eksempel nye ("Sterile") omgivelser, helsepersonell i hvit, tekniske apparater, skremmende terminologi, ukjente ansikter, redsel for at mor eller far går fra de og smerte.

Et godt eksempel på fremmed terminologi kan være "*slange i armen*" (PVK), dette er i utgangspunktet et ufarlig plastrør som brukes til å administrere medikamenter. Men på grunn av barns animistiske oppfatning så oppleves dette som et dramatisk inngrep.

Ved å "ufarliggjøre" disse omgivelsene og elementene for barnet så tror jeg det gjøre ting lettere håndterbart og dermed betryggende for barnet. Jeg ser for meg at ved en spesialisert barneavdeling er dette mer tatt høyde for. Dette er selvfølgelig min subjektive påstand, men jeg tror det fordi de har mer erfaring og gjerne utdanning innen sykepleie til barn.

Men når statistikken fra SSB sier at over halvparten av alle barn på somatiske sykehus i Norge blir innlagt på vanlige avdelinger, kanskje uten egen barnestue, så kan det oppleves som en større utfordring for sykepleierne, og er danner dermed et godt grunnlag for å øke min kunnskap om denne formen for sykepleie.

5.2 Barnet

I pkt 4.3 tok jeg for meg i korte trekk barns behov, Bondesen (2005) var min informative kilde når jeg gikk løs på dette punktet. Hun sier at barn er avhengige av forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte. Hun sier også videre at barn som blir utsatt for dramatiske forandringer i hverdagen, som ved akutt sykehusinnleggelse, kan kategoriseres inn i en risikogruppe fordi den forutsigbarheten og tryggheten faller bort. Som sykepleier kan en få ansvar for disse pasientene og deres pårørende. Hvordan kan en da som sykepleier være forberedt på å møte disse utfordringene?

Det første jeg tenker på når jeg stiller meg dette spørsmålet er at her trenger jeg kunnskap om barnets behov, kommunikasjonsferdigheter og forståelse. Videre tenker jeg at for å yte god omsorg, oppnå relasjoner og skape en trygghetsfølelse hos barnet trenger jeg å tilrettelegge miljøet rundt barnet slik at det blir forutsigbart, gjenkjennelig (lekestue, bamser, barnebøker, osv..) og begrenset. Når jeg tenker på begrenset så refererer jeg til at det må være faste personer som barnet og foreldrene skal forholde seg til, det vil si at barnet trenger blant annet en fast kontaktsykepleier. Hvor godt dette virker i praksis har jeg ikke så mye erfaringer med, men jeg ser for meg at selve sykepleien får et bredere og mer sammensatt innhold viss en innehar slike kunnskaper.

Som sykepleier i arbeid med barn syns jeg at en også bør ha kjennskap til barns ulike utviklingsstadier og modenhetsnivå. Ved å ha denne kunnskapen som sykepleier vil en ha en større forutsetning for å gjøre en god jobb. Dette er også det Benner og Wrubel refererer til når de bruker begrepet *bakgrunnsforståelse*. Jeg har også valgt å trekke i Piagets og Eriksons teori om utvikling fordi de tar i grove trekk for seg både den kognitive og den psykososiale utviklingen fra spedbarnsalderen og opp til ungdomsårene. Dette er et vidt spenn og oppgaven hadde gjerne blitt mer konkret visst jeg hadde tatt utgangspunkt i en mer spesifisert aldersgruppe. Men jeg har valgt å ta med hele spekteret fordi det jeg er ute etter er et overordnet innblikk.

Piaget og Erikson har systematisert barns modenhets- og kompetansenivå sett ut i fra forventet utviklingstrinn i forhold til alder. For å bruke et godt eksempel fra barn i 2-4 års alderen vil jeg trekke frem ”Slangen”. Denne animistiske tenkemåten, som Piaget poengterer, er typisk for barn i denne alderen. Dette er et godt eksempel på hvordan barn oppfatter det vi sier og prøver å formidle og dette må vi ta i betraktning når vi kommuniserer med barn. Fra sykepleierens side er ikke intensjonen å skremme barnet, men det er heller et resultat av manglene forståelse for barns tenkemåte. Barn tenker ulikt fra oss voksne og Erikson belyser dette gjennom sin psykososiale utviklingsteori når han trekker inn barns evne til å skape fantasivenner. Disse fantasivennene kan ses på som barns ”verktøy” og støttespiller i ulike situasjoner. Men barn som er eldre forstår mer og de har bedre evne til abstrakt tenkning. Men selv disse barna trenger tilrettelagt informasjon og støtte for å oppnå mestringfølelse i situasjonen. Mye av denne teorien kan ses i sammenheng med kommunikasjonsferdigheter. Men jeg velger å trekke det inn som et forklarende element opp mot barns mestringsevne fordi mestringsevnen er avhengig av hvilke kognitive utviklingsnivå barnet befinner seg i (jf Piaget). Visst en har kjennskap til disse teoriene så kan en gjerne lettere vurdere hva barnet evner å mestre selv. Jeg ønsker at barnet skal oppleve trygghet og samtidig være i stand til å ”takle” sykehusinnleggelsen på en best mulig måte.

En annen teoretisk retning som er kjekt å ha kjennskap til i møte med barn er tilknytningsteori. Her trekker Bowlby inn etter mitt syn, en god forklaring på barns tilknytningsbehov. Han trekker blant annet inn moren, eller den som barnet har mest regelmessig kontakt med, som hovedpersonen og rollemodellen i barns liv. Videre sier han

barn blir tilknyttet, og trygg på, de personene som han/hun omgås med, men dette krever en viss kontinuitet og forutsigbarhet.

Når jeg var i Malawi opplevde jeg dette som vanskelig, dette har primært to grunner. Den ene grunnen var språket. Både foreldrene og barna kunne lite, eller ingen, engelsk. Dette gjør det vanskelig å kommunisere og formidle informasjon, i tillegg så ble barna mer redde for oss fordi vi ble så fremmed. Den andre hovedgrunnen er at dette er et tema som jeg ikke viste noe om fra før. Etter mitt syn har det vært for lite fokus på sykepleie til barn som eget fagfelt på skolen. Dette gjorde at sykepleien ble mer medisinsk faglig lagt opp. Dvs. at vi utførte den behandlingen som var nødvendig, og ikke særlig mer. Men etter hvert som vi ble tryggere på emnet og også lærte oss litt av språket begynte ting å bli lettere. Men for å ta litt selvkritikk så kunne jeg selv vært bedre forberedt. Jeg gjorde meg mange gode erfaringer i Malawi, en av de viktigste erfaringene mine var at pediatri er spennende, utfordrende og gøy.

5.3 Foreldrenes rolle

Utfordringen min her er at *sykepleie – pasient* forholdet er utvidet med et nytt element. Når en skal jobbe med barn på sykehus må en inkludere foreldrene på en helt annen måte en det som ellers er vanlig med tanke på pårørende. Foreldrene er en nyttig ressurs men samtidig så befinner de seg i en veldig uklar rolle. Det er mange hensyn å ta når det gjelder foreldrenes rolle under sykehusoppholdet. Går en tilbake i historien, til 60-70 årene, så ser en at foreldrene var ekskludert fra behandlingen som barna deres fikk i institusjoner. For foreldrene så kunne dette oppleves som dramatisk. Tenk å ikke få være tilstede med sitt syke barn?

I dag så ser vi det motsatte, foreldrene får være med barnet til enhver tid, unntatt enkelte undersøkelser og operasjoner. De kan få en seng inne på barnerommet og ta ansvar for deler av pleien. Men hvilke rolle er det naturlig at foreldrene tar, og hva skal sykepleieren ta?

Det blir vanskelig for meg å komme med noen eksakt svar på dette spørsmålet siden jeg ikke har så mye erfaring med det. Men det som jeg tror kan være en løsning er at foreldrene og sykepleieren har en tett dialog under hele oppholdet slik at ønsker, meninger og spørsmål kommer frem. En slik dialog kan også virke beroligende på foreldrene, noe som igjen gagnar det syke barnet (Ref: pkt 4.6). Jeg ser for meg at foreldrene kanskje selv ønsker å utføre det

daglige stellet og pleien av barnet, fordi dette er gjerne det de er vant med fra før. Men det betyr ikke at en som sykepleier skal fraskrive seg dette ansvaret.

For mange foreldre så kan sykehusinnleggelsen oppleves som vanskelig og gjerne dramatisk. Det kan herske mye usikkerhet, følelse av utilstrekkelighet og kanskje skyldfølelse. Det blir sagt at de pårørende er pasient nr. 2, og dette er et utsagn til ettertanke. Denne usikkerheten og utilstrekkeligheten kan få konsekvenser for foreldrenes opplevelse under sykehusoppholdet og jeg ser for meg at deres følelse av å mestre situasjonen kan bli utilstrekkelig.

Men betyr dette at foreldrene ikke bare er en ressursperson men er også en person som trenger sykepleie? I så fall så kjenner jeg på meg selv at dette kan bli en utfordring, men tenk så spennende!

6 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering og avrundning

Som sykepleier vil en møte barn på mange forskjellige steder, enten det er innen somatikken eller psykiatrien, i og utenfor sykehus. Som sykepleier ønsker jeg derfor å ha kjennskap til barn og deres tenkemåte. Barn reagerer ulik fra oss voksne, de har gjerne sterkere omsorgsbehov og trenger ofte mer anerkjennelse. Deler av denne studien har tatt for seg ulike teorier om barnets modenhetsnivå, men den har også tatt for seg kommunikasjon og reaksjonsmønstre hos barn. Alle disse elementene ser jeg som relevant opp mot det å forstå barnet. Jeg har også tatt med foreldrene som står i et veiskille mellom det å være en viktig ressurs og det å være en person som trenger omsorg, støtte og veiledning.

For at en som sykepleier skal kunne hjelpe barnet og foreldrene til å oppnå denne mestringsfølelsen kan slik kunnskap være nyttig. Men det er samtidig en grunn til at vi i Norge har en egen videreutdanning i barnesykepleie, dette fagfeltet er utrolig komplekst, og det er mange elementer å ta høyde for som strekker seg ut over det som vi har lært på bachelornivået i sykepleie. Men kan det likevel stilles spørsmål om innholdet vår utdanning er tilstrekkelig? Blir det feil å vektlegge pediatri i større grad enn det som det blir per i dag? Etter min erfaring fra Malawi vil jeg være så dristig å si at dette er noe jeg hadde ønsket var mer vektlagt under grunnutdanningen. Men hvor skal vi trekke grensen?

6.2 Oppgavens relevans

Denne oppgaven er i all hovedsak kun relevant for min egen faglig utvikling. Den tar kun for seg en liten del av feltet *sykepleie til barn*, men for meg har denne oppgaven gitt meg et bredere innsikt i temaet. Sykepleie til barn er omfattende men veldig spennende og grunnen til valg av innhold i dette litteraturstudiet har jeg forklart i innledningen og jeg har også prøvd å belyse det gjennom oppgavens drøftingsdel.

Som kjent er dette et litteraturstudium, dvs. at en samler inn litteratur fra flere ulike kilder. Denne prosessen har vært tidkrevende men den har samtidig lært meg mye om litteratursøking og kildekritikk, noe som igjen er en god erfaring å ha med videre når jeg skal omsider ut å jobbe som sykepleier.

Selv om oppgaven er rettet mot min egen faglige utvikling så håper jeg samtidig at andre kan dra nytte av det jeg skriver.

7 LITTERATURLISTE

Benner, P. Wrubel, J (1989) *Omsorgens betydning i sykepleje – stress og mestring ved sundhed og sygdom*. (Oversettelse) Danmark: Forlaget Munksgaard

Bondesen, A. Jørgensen, G (2005) *Børn og unge : sundheds- og sygepleje*. København: Munksgaard Forlag

Bovbjerg, a. Kahler, E M (2007) *Det traumatiserte barn – symptomer, konsekvenser og behandling*. København: Frydenlund forlag.

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

Deanna Mulvihill (2007) *Nursing care for children*. Western Ontario, Canada: Comprehensive Pediatric Nursing
<http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a779737214~tab=send>

Eide, H. Eide, T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Grøholt, B. Sommerschild, H. Garløv, I (2008) *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevoll, M. Strømsnes, K. (2002) *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kristoffersen, N J. Nortvedt, F. Skaug, E-A (2005) *Grunnleggende sykepleie- bind 1 og 4* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lovdata (av 1981- sist endret 01.01. 2009) *Barnelova – lov om barn og foreldre*. Barne- og likestillingsdepartementet: <http://lovdata.no/all/nl-19810408-007.html>
- Lovdata (av 1999- sist endret 01.01.09) *pasientrettighetsloven*. Helse- og omsorgsdepartementet: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html>
- Markestad, T. Grønseth, R (2005) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Renolen, Åse (2008) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Rotegård, Ann Kristin. Kandidat i Sykepleievitenskap, MNsc (2007) *Children in an isolation unit – parents informational needs*. Sverige: Vård i Norden – institutt for sykepleievitenskap
- Røkenes, O. H. Hanssen, P-H. (2006) *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sundal, Hildegunn (2001) *Mors ”uklare” rolle når barnet er innlagt i sykehus*. Sverige: Vård i Norden – institutt for sykepleievitenskap