

Hvordan kan sykepleier oppnå samarbeid med barn under smertefulle prosedyrer i sykehus?

Emnekode: SYK-322

Kandidatnummer: 1006



Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11sykhel

Antall ord: 9005

Dato for innlevering: 13.03.2014

Sammendrag

Gjennomføring av smertefulle prosedyrer er for noen barn det mest traumatiske ved sykehusoppholdet. Formålet med oppgaven er å se på hvordan sykepleier kan oppnå samarbeid med barna under smertefulle prosedyrer.

Problemstillingen ble belyst gjennom et litteraturstudium.

Det er flere faktorer som fremmer og hindrer samarbeid med barn under smertefulle prosedyrer. Sykepleier må være bevisst sin væremåte, språkbruk og la barnet få mulighet til medbestemmelse. Foreldrene spiller en viktig rolle i samarbeidet med barnet. Ved å hjelpe foreldrene til å fylle foreldrerollen og avklare rollefordeling mellom foreldre og sykepleier, legger man grunnlag for forutsigbarhet og trygghet som kan påvirke barnet i positiv retning.

1 Innledning	4
1.2 <i>Begrunnelse for valg av oppgave</i>	4
1.3 <i>Redegjørelse for for forståelse</i>	4
1.4 <i>Presentasjon av problemstilling</i>	4
1.5 <i>Avgrensing og presisering av tema og problemstilling</i>	5
1.6 <i>Redegjørelse for formålet med oppgaven</i>	5
1.7 <i>Oppgavens disposisjon</i>	5
2 Metode	7
2.2 <i>Litteraturstudie som metode</i>	7
2.3 <i>Kriterier for valg av forskningsartikler</i>	7
2.4 <i>Etiske overveielser</i>	8
3 Funn	9
3.1 <i>Artikkel 1</i>	9
3.2 <i>Artikkel 2</i>	10
3.3 <i>Artikkel 3</i>	11
3.4 <i>Artikkel 4</i>	12
4 Teori	14
4.1 <i>Barns utvikling</i>	14
4.2 <i>Utviklingsteori</i>	14
4.3 <i>Kommunikasjon og samarbeid med barn</i>	15
4.4 <i>Foreldrenes rolle</i>	16
4.5 <i>Joyce Travelbee</i>	17
4.6 <i>Menneske til menneske-forhold</i>	17
4.6.1 <i>Det innledende møtet</i>	18
4.6.2 <i>Fremvekst av identiteter</i>	18
4.6.3 <i>Empatifasen</i>	18
4.6.4 <i>Sympati og medfølelse</i>	19
4.6.5 <i>Gjensidig forståelse og kontakt</i>	19
4.7 <i>Å bruke seg selv terapeutisk</i>	19
5 Drøfting	21
5.1 <i>Barns medvirkning</i>	21
5.2 <i>Samarbeid mellom sykepleier og barn</i>	23
5.2 <i>Foreldre som resurs</i>	24
6 Konklusjon	29
7 Litteraturliste	31

1 Innledning

I 2009 var det nesten 97 000 sykehusinnleggelses i Norge blant barn og unge i alderen 0-19 år. Seks av ti er barn under fire år, og de under ett år legges hyppigst inn.

(Grønseth og Markestad 2011:9) Alle barn som legges inn på sykehus, må gjennomgå undersøkelser og prosedyrer. Mange barn mener at smertefulle prosedyrer er det verste med sykehusoppholdet, og dette er ikke noe barn venner seg til å gjennomføre. (2011:62) Gjennomføring av smertefulle prosedyrer på barn kan være utfordrende, særlig hvis barnet motsetter seg. Sykepleiere må derfor enkelte ganger holde fast barnet, og det kan oppstå uheldige følelser for alle parter. (Lloyd m. fl.:2008)

1.2 Begrunnelse for valg av oppgave

Jeg har valgt tema for oppgaven på bakgrunn av min medisinske praksis på barneavdeling. Der opplevde jeg ofte at utføringen av prosedyrer var vanskelig å gjennomføre. Enkelte ganger måtte sykepleiere og foreldre ty til tvang, og situasjonen ble preget av uro, engstelse og fortvilelse. Andre ganger fikk sykepleier til et samarbeid med barnet, som gjorde at prosedyren lot seg gjennomføre på god måte. Jeg har i tillegg valgt tema ut i fra min interesse for pediatri, og mitt ønske om å jobbe på barneavdeling når jeg er ferdig utdannet sykepleier.

1.3 Redegjørelse for forforståelse

Min forforståelse av temaet jeg har valgt å skrive om, springer ut i fra mine erfaringer som sykepleiestudent, og praksis på barneavdeling. Jeg vet før jeg begynner å fordype meg og drøfte funnene mine, at gjennomføring av smertefulle prosedyrer på barn kan være utfordrende. Jeg har en oppfatning av at foreldrene spiller en stor rolle. Fra egen erfaring har jeg sett at foreldrene må tas spesielle hensyn til for at de kan være til hjelp for barnet. Jeg har som formål å finne ut av mulighetene sykepleier har for å redusere stress og uro hos barn og foreldre under prosedyrer og derfor unngå bruk av tvang. Jeg vil gå i dybden av litteratur og forskning for å undersøke hvordan sykepleier kan oppnå samarbeid med barn under gjennomføringen av prosedyrer.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Jeg har valgt å skrive om barn som er innlagt på medisinsk avdeling, og hvordan sykepleier kan oppnå et samarbeid med barna under gjennomføringen av prosedyrer.

Jeg vil se nærmere på hva sykepleier kan gjøre for at denne delen av behandlingen kan foregå på en best mulig måte. Problemstillingen min ble derfor:

”Hvordan kan sykepleier oppnå samarbeid med barn under smertefulle prosedyrer i sykehus?”

1.5 Avgrensning og presisering av tema og problemstilling

Jeg har valgt å ikke fordype meg i en spesiell prosedyre, men heller fokusere på fellestrekk ved smertefulle prosedyrer som fremkaller stress og engstelse hos barn. Smertefulle prosedyrer er ofte vanskelige å gjennomføre på en måte preget av samarbeid. Med smertefulle prosedyrer mener jeg for eksempel innsetting av perifert venekateter og blodprøver. Siden barns forståelse og kognitiv adferd varierer i forhold til deres stadier i utviklingen, har jeg begrenset meg til å skrive om barn i alderen seks til tolv år. Da jeg begynte å søke i litteraturen rundt temaet, så jeg raskt at foreldrene spiller en stor rolle for barn innlagt på sykehus. Dette støtter også min egen erfaring fra praksis. Jeg opplevde foreldrene som en resurs i de fleste tilfellene, men også et tilfelle der foreldrenes engstelse påvirket barnet i så stor grad at prosedyren ikke lot seg gjennomføre. Forskrift om barns opphold i helsesituasjon § 6, sier at barn har rett til å ha minst en forelder hos seg under institusjonsoppholdet. Jeg vil derfor vie stor plass til foreldrenes rolle og tilstedeværelse hos barna i oppgaven.

1.6 Redegjørelse for formålet med oppgaven

Jeg skriver denne oppgaven som en avsluttende eksamen på sykepleierutdannelsen. Undervisningen på skolen har hovedsakelig tatt for seg den voksne og eldre pasienten. Jeg har savnet undervisning som retter seg direkte rundt pediatri. Jeg så derfor bacheloroppgaven som en god mulighet til å fordype meg i det temaet jeg interesserer meg mest for som er sykepleie til barn. Jeg har som mål å tilegne meg kunnskap gjennom oppgaven som jeg kan ta med meg videre som ferdig utdannet sykepleier på barneavdeling.

1.7 Oppgavens disposisjon

I det første kapitlet skriver jeg innledning, og begrunner kort valg av tema og problemstilling. I kapittel to, tar jeg for meg teori. Her vil jeg gjennomgå teori knyttet

til barns utvikling, kommunikasjon med barn og foreldrenes rolle. Jeg vil deretter gjennomgå Joyce Travelbees sykepleieteori med fokus på menneske til menneskeforhold, og hvordan sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk. I kapittel tre forklarer jeg metode, og fremgangsmåten for å finne aktuell litteratur til oppgaven. I kapittel fire legger jeg frem forskningsresultater knyttet til barn innlagt på sykehus, og foreldrenes tilstedeværelse hos barna. Kapittel fem omhandler diskusjon. Der vil jeg diskutere funnene mine i lys av ulike teorier for å kunne svare på problemstillingen min. Til slutt vil jeg konkludere og avslutte oppgaven i kapittel seks, og i kapittel syv finnes litteraturlisten.

2 Metode

Jeg har valgt en *kvalitativ* metode for oppgaven min. Det vil si at jeg vil hente frem data som ikke lar seg tallfeste eller måle, men heller se på innholdet som sier noe om meninger og opplevelse. (Dalland 2012:112) I dette tilfellet, barns opplevelse av sykehusopphold og gjennomføring av prosedyrer. Det motsatte er kvantitativ metode, som gir data i målbare enheter. (Ibid) Jeg valgte å benytte den kvalitative metoden siden jeg er ute etter data som sier noe om samhandlingen mellom sykepleier og barnet. Dette er data som går i dybden, og får frem helhet og sammenheng rundt temaet.

2.2 Litteraturstudie som metode

Av de kvalitative metodene som finnes, valgte jeg å skrive et litteraturstudie. I følge Dalland, er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet. (2012:223) I arbeidet med oppgaven min, samlet jeg inn litteratur som jeg mener kan belyse temaet i problemstillingen min. Jeg fant litteratur som omhandlet barn, barn i sykehus, prosedyrer, og foreldre med barn innlagt på sykehus. Jeg har valgt å ha en kvalitativ tilnæringsmåte til forskningsartiklene mine. Der vil jeg plukke ut data som sier noe om hvordan sykepleier kan oppnå samarbeid med barnet under prosedyrer.

2.3 Kriterier for valg av forskningsartikler

Da jeg søkte på forskningsartikler til oppgaven min, satt jeg opp følgende kriterier for artiklene:

- Artikkelen skulle være publisert i et anerkjent tidsskrift.
- Artikkelen måtte være publisert i tiden mellom 2004-2014.
- Artikkelen måtte ha et sykepleiefokus.
- Artikkelen måtte omhandle barn i aldersgruppen 6-12 år.
- Artikkelen måtte være fra Europa.

Jeg valgte å søke i databasen Cinahl, da denne databasen har et sykepleiefokus, og er anbefalt av høyskolen. Det er i tillegg denne databasen jeg har mest erfaring fra gjennom tidligere skoleoppgaver.

Søkeordene mine for å komme frem til de endelige artiklene mine var:

- Children/Child
- Hospital
- Procedures
- Collaboration
- Nurse
- Parenting
- Communication

Jeg kombinerte søkeordene, og ettersom databasen sorterte funnene mine, kombinerte jeg igjen disse opp med AND-funksjonen for å få færre treff. Til slutt satt jeg igjen med fire artikler som jeg presenterer i funnene mine. Jeg fant i tillegg tre artikler jeg benytter meg av i teoridelen, og som bakgrunnsstoff i drøftedelen. I tillegg har jeg benyttet meg av litteratur fra pensumlisten, som dekker arbeidet med barn og unge, og som jeg synes dekker temaet for problemstillingen min. Jeg har også funnet eksterne bøker, for å dekke det jeg mener er viktig for oppgaven min.

2.4 Etiske overveielser

I min bacheloroppgave har jeg ikke tatt i bruk kilder som omhandler autentiske pasienter eller situasjoner som jeg selv har møtt eller har erfaringer fra. Jeg har derfor ikke tatt hensyn til personopplysningsloven, taushetsplikt eller anonymisering av pasienter eller institusjoner. Det er en del etiske hensyn man må ta, og være klar over når man skriver en bacheloroppgave og henviser til litteratur. Litterære og vitenskapelige arbeider er vernet gjennom *åndsverkloven*. (Dalland 2012:80) Jeg viser hensyn til åndsverkloven ved å navngi forfatterne av litteraturen og forskningsartiklene, og ved å ikke gjengi verket på en måte som er krenkende for opphavsmannen. Litterære henvisninger er gjort etter skolens offisielle retningslinjer for oppgaveskriving.

3 Funn

Jeg vil her legge frem fire artikler jeg mener kan være med på å belyse min problemstilling. Funnene mine er todelte. Jeg har valgt to artikler som belyser barns perspektiv på sykepleiere, og deltagelse i kommunikasjonen i en sykepleiesammenheng. Jeg har valgt å ha med to artikler som beskriver foreldrenes opplevelse av å ha barnet sitt innlagt på sykehus, og hvordan foreldre påvirker barnet under smertefulle prosedyrer. Artikkene er hovedsakelig kvalitative, men det kommer frem resultater i form av tall i to av de. I kvalitative undersøkelser er det noen ganger kvantitative elementer. Forskjellen mellom disse metodene, er først og fremst hvordan man samler data på. (Dalland 2012:114)

3.1 Artikkel 1

Building the future: Children`s views On nurses and hospital care.

Skrevet av Terri Fletcher, Alan Glasper, Gill Prudhoe, Cath Battrick, Lesley Coles, Katy Weaver og Lorraine Ireland. Utgitt i Children`s nursing i 2011.

Innledning

Data til denne studien ble samlet inn fra to barnesykehus sør i England. Studiet hadde to mål. Det ene var å finne ut av hvilke ferdigheter, kunnskaper og innstillinger sykepleiere trenger for å ta hånd om barn innlagt på sykehus og deres familie. Det andre målet var å finne ut av hvordan barn opplever en sykehusinnleggelse, og hvilke følelser de satt igjen med i tiden etterpå.

Metode

For å samle inn data ble det brukt en ”tegne, skrive og fortell metode”. Forfatterne av artikkelen, mener at ved å la barn tegne tankene sine og forklare hva de har tegnet i etterkant, vil gi dem informasjon som ikke hadde kommet frem ved et vanlig intervju. De hevder og at ved å bruke denne metoden fremfor intervju i fokusgrupper, kommer meninger fra alle deltagerne frem. Barna ble først spurt om de kunne tegne en tegning ut ifra hvordan de tenkte en barnesykepleier skulle være. Etterpå ble de spurt standardiserte spørsmål rundt hva de hadde tegnet. 61 barn deltok i denne kvalitative studien. De ble delt inn i grupper ut ifra om de var førskolebarn, skolebarn opp til 11 år, og barn over 11 år. Studien gikk over tre måneder, sommeren 2010.

Resultater

God verbal og nonverbal kommunikasjon var særlig viktig for barna. Det var også viktig at sykepleiere var snill, faglig dyktig, og kunne relatere seg til barna og sykehusinnleggelse.

Diskusjon: En av tingene som kom tydeligst frem i undersøkelsen, var at barna satt pris på sykepleiere som smilte, og fremstod som vennlige, omsorgsfulle, hjelpsomme og snille. Barn vil ha sykepleiere som smiler, og har en vennlig innstilling, lytter aktivt og forklarer og trygger rundt prosedyrer. Slike sykepleiere står rustet til å støtte barna og deres familie rundt sykehusoppholdet.

3.2 Artikkel 2

Participation in communication and decision-making: Children and young people's experiences in a hospital setting.

Skrevet av Imelda Coyne og Pamela Gallagher. Utgitt i journal of clinical nursing i 2011.

Innledning

Studien hevder at det er blitt mer fokus på barns deltagelse rundt egen helse de siste årene. Forfatteriene ville finne ut av hva dette betyr for barna. Data til studien ble hentet fra ti forskjellige barneavdelinger i tre sykehus i Irland. Formålet med studien var følgende:

- Å beskrive barns erfaringer rundt deltagelse i kommunikasjon og avgjørelser
- Å finne ut av hvordan barna stiller seg til å delta i kommunikasjon og avgjørelser
- Å identifisere faktorer som fremmer eller hindrer barns mulighet til å delta i kommunikasjonen og avgjørelser

Metode

Det ble foretatt både fokusgruppeintervjuer, og en-til-en intervjuer for å samle data. Spørsmålene som ble stilt omhandlet erfaringer og tanker om de overnevnte punktene. 55 barn i alderen 7-18 år deltok.

Resultater

Flere av barna som deltok i forskningen delte avgjørelsene rundt behandlingen som små eller store. De fleste barna satt pris på å delta i kommunikasjonen rundt de små hverdagslige avgjørelsene. De større avgjørelsene ville de at foreldre og helsepersonalet skulle ta seg av. De fleste barna som opplevde at sykepleier kommuniserte direkte mot dem, følte seg satt pris på, glade og mindre engstelige. Andre barn, ofte de yngste ville at foreldrene skulle ta seg av kommunikasjonen med helsepersonalet. Grunnen var ofte at de synes det er vanskelig å forstå hva som blir sagt, og at foreldrene gjorde de trygge. Det kom frem at enkelte barn opplevde at foreldrene unnlot å fortelle ting, og at de svarte på barnas vegne. Dette gjorde at barna følte seg oversett. Barna erfarte også at sykepleiere utførte prosedyrer på dem uten å gi informasjon i forkant. Å bli behandlet uten å få informasjon i forkant, førte til uforutsigbarhet og traumatiske opplevelser. Barna synes det var lettere å kommunisere med sykepleiere som fremstod som snille og vennlige.

Diskusjon

Det varierer om barn vil delta i avgjørelser og kommunikasjon eller ikke. De fleste barna erfarte å bli holdt utenfor. Hvis sykepleier fremstod som interessert i barna, følte de seg tryggere på å spørre om ting, og uttrykke følelser. Mange barn synes det er trygt å la foreldrene snakke for dem. Sykepleier bør veilede foreldre om hvordan de støtte barna på sykehus. Barns interesse av deltagelse varierer fra barn til barn, og ut ifra hvilken situasjon det dreier seg om.

3.3 Artikkel 3

Parental perspectives on negotiation of their child`s care in hospital.

Skrevet av Paula Sousa, Ana Antunes og Joana Carvalho. Utgitt i Art & science research i 2012.

Innlending

Hensikten med studiet var å få en bedre forståelse av foreldres perspektiver på medvirkning rundt behandlingen av barnet deres innlagt på sykehus. Data ble samlet inn fra en barneavdeling i Portugal, mellom juni 2009 og oktober 2010.

Metode

Det ble brukt strukturerte spørreskjemaer med klare svaralternativer.

444 foreldre med barn i alderen 0-17 år deltok i studiet.

Resultater

Nesten alle foreldrene (99%) mente det var avgjørende å få informasjon om barnets helsetilstand. 97% mente de fikk tilstrekkelig informasjon. En like stor andel mente at det var foreldrenes ansvar å være tilstede hos barnet gjennom hele døgnet. En tredjedel av foreldrene mente at deres deltagelse og tilstedeværelse kunne føre til at sykepleier ble forstyrret i arbeidet. 34% av foreldrene følte seg ukomfortable med å si ifra hvis de ikke ønsket å delta i behandlingen. I forhold til medvirkning svarte 78% at de opplevde at rollene mellom sykepleier og foreldre var avklart, og 72% hadde fått tilbud om å delta i avgjørelser rundt behandlingen. En fjerdedel svarte at de hadde gjort mer enn de hadde forventet å måtte gjøre. Enkelte sykepleiere mente at foreldrenes tilstedeværelse under gjennomføring av prosedyrer, gjorde arbeidet vanskelig og stressfullt.

Diskusjon

At sykepleier gir god informasjon og kommuniserer godt med foreldrene, er avgjørende for et godt samarbeid. Foreldrene rapporterte at det ikke alltid ble klargjort hva som var forventet fra deres side, og at rollefordelingen kunne virke uklar. De fleste oppga at de var fornøyde med kommunikasjonen med sykepleierne. Studiet viste at sykepleiere må være oppmerksomme på at foreldre under 30 år og med lavere utdanning kan trenge mer informasjon og tydeligere kommunikasjon.

3.4 Artikkel 4

Parental presence and distracton during painful childhood procedures.

Skrevet av Vasilki Matziou, Anthu Chrysostomou, og Efrosyne Vlahioti Pantelis Perdikaris. Utgitt i British Journal of Nursing i 2013.

Innledning

Studiet foregikk fra september 2006 til mars 2007 i et barnesykehus i Athen.

Hensikten med studiet var å undersøke effekten av tilstedeværende foreldre og bruk av leker som avledning under smertefulle prosedyrer.

Metode

130 barn i alderen syv til ti år ble bedt om å score smerte fra prosedyren blodprøve eller innsettelse av perifert venekateter på en skala fra 0-10, der 0 var ingen smerte. De ble også bedt om å svare på spørsmål som angikk opplevelse av angst og redsel. Kliniske tegn som puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens ble brukt for å måle stress. Barna ble så delt inn i tre grupper. Gruppe en skulle ha en forelder tilstede under prosedyren. Gruppe to skulle avledes ved hjelp av en leke som viste bilder og filmsnutter. Gruppe tre hadde ingen av delene.

Resultat

Målingene ble tatt på barna rett etter prosedyren. Gruppe 1 hadde i gjennomsnitt en respirasjonsfrekvens på 19,7, og puls på 68,3. I gruppe 2 var tallene for gjennomsnittlig respirasjonsfrekvens 21,1 og puls 69,6. Gruppe 3 hadde en gjennomsnittlig respirasjonsfrekvens på 23,2 og puls på 72,9. Gruppe 1 hadde lavere blodtrykk enn de andre gruppene. Gruppe 1 oppga 2,0 i verdi på smerteskalaen. Gruppe to oppga 3,09 som verdi på smerteskalaen, og gruppe 3 oppga 5,53 som verdi på smerteskalaen.

Diskusjon

Det viste seg å ha minst en forelder hos barnet under en smertefull prosedyre, vil resultere i at barnet opplever mindre stress og smerte. En leke som brukes til avledning har også en effekt, men ikke like god. Studie kom også frem til at de yngste deltagerne rangerte høyere på smerte og stress enn de eldre. Artikkelen viser likevel til at enkelte sykepleiere har negative holdninger mot at foreldrene er tilstede under prosedyren. Sykepleierne begrunnet det med at foreldrene påvirker barnet i negativ retning ved å videreformidle frykt og engstelse, og at de manglet tillitt til foreldrene.

4 Teori

Jeg vil her presentere ulike teorier som kan støtte opp mot funn og litteratur jeg har benyttet meg av. Jeg har valgt teori som både belyser barn og foreldre. Som en faglig plattform i oppgaven, har jeg valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori. I følge Joyce Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg direkte eller indirekte om mennesker. (Travelbee 2001)

4.1 Barns utvikling

For å kunne hjelpe barn og unge til å mestre stress ved sykehusinnleggelse, må sykepleieren vurdere tiltakene sine med utgangspunkt i barnets eller ungdommens utviklingstrinn. (Grønseth og Markestad 2011 :58) For å se nærmere på barns utvikling, har jeg tatt utgangspunkt i Jean Piagets og Erik Eriksons utviklingsteorier.

4.2 Utviklingsteori

Jean Piaget teori om barns stadier i kognitiv utvikling er trolig den utviklingsteorien som har hatt og fortsatt har størst pedagogisk innflytelse på ettertiden. (Eide og Eide 2007:362) Jean Piaget (1896-1980) var en sveitsisk biolog og psykolog. Det sentrale hos Piagets teori, er at all utvikling og læring skjer gjennom handling. Ved at barn aktivt handler og håndterer ting i sin omverden, høster de erfaringer som gradvis settes sammen til et forståelig bilde. (Bunkholdt 2002:109)

I følge Piaget går barn gjennom fire separate stadier. Disse fasene er *det sensorimotoriske stadiet* fra null til to år, *det preoperasjonelle stadiet*, fra to til seks år, *det konkret-operasjonelle stadiet* fra cirka seks-syv år, til tolv år, og *det formal-operasjonelle stadiet*, fra tolv år og ut tenårene. Barn fra seks til tolv år som tilhører det konkret-operasjonelle stadiet får en gradvis redusert egosentriske tankegang. Barnas egosentriske og fantasifulle tanke sett erstattes etter hvert med en mer realistisk måte å oppfatte på, og sette seg inn i andres perspektiv. (Ibid) Piagets teori får frem at barn tenker annerledes enn voksne, og at dette er avgjørende i form av kommunikasjon siden ord og begreper oppfattes forskjellig ut i fra evne til abstrakt tenkning. (Eide og Eide 2007)

Erik Erikson (1902-1994) var psykoanalytiker, og har i likhet med Piaget, delt utviklingen av menneske inn i faser. Erikson deler utviklingen inn i åtte faser fra fødsel til alderdom. Fire av disse fasene finner sted i barndommen. Disse fire fasene er *oralfasen* fra null til ett og et halvt, *autonomifasen* fra ett og et halvt år til tre år,

initiativfasen fra tre til fem år, og *ferdighetsfasen* fra fem år til pubertet. I følge Erikson skapes det en *grunnholdning* i hver av fasene.

”En grunnholdning er en samling av forestillinger som seg selv og andre som utvikler seg gjennom barnets samspill med sine omsorgspersoner og andre viktige mennesker, ikke minst jevnaldrende (Bunkholdt 2002:69)

Erikson kalte *Ferdighetsfasen* som omhandler barn i alderen i alderen fra fem år til pubertet, også for *stadiet for plikt og arbeid*. (2002:73) Denne aldersgruppen har et ønske om å være produktiv og nyttig, og del av et sosialt felleskap. Barnets omsorgspersoner må legge forholdene til rette for at barnet kan utføre og ta del i oppgaver og aktiviteter som understreker fellesskapsfølelsen i innad i familien og utenfor. Når barnet høster slike erfaringer utvikler det opplevelsen av å være kompetent, og motsatt hvis slike erfaringer uteblir. (Ibid)

4.3 Kommunikasjon og samarbeid med barn

Lambert m. fl. gjorde i 2005 et feltarbeid med 49 barn i alderen 6-16 år i et Irsk sykehus, for å finne ut av hvordan sykepleiere og barn kommuniserer med hverandre. De kom frem til gjennom sin undersøkelse at sykepleier på forhånd setter barn inn i to kategorier hva angår kommunikasjon. Disse kategoriene er beskrevet som enten aktive eller passive deltagere. De mener at hvis sykepleieren henvender seg direkte til barnet, lytter aktivt og lar de stille spørsmål, vil barna bli aktive deltagere. Det motsatte vil skje dersom sykepleieren henvender seg først til foreldrene. (2010) Eide og Eide peker på at det ikke finnes en fasit på hvordan man bør kommunisere med barn, siden hvert enkelt barn er unikt og hver situasjon forskjellig. (2007:358) Forfatterne viser videre til en nederlandsk undersøkelse, der det kommer frem at barn og unge som pasienter i stor grad blir holdt utenfor samtalen, særlig hvis barnet er under 11 år.

Lambert m. fl. hevder gjennom sitt arbeid, at man ikke bør favorisere en praksis der barn er aktive deltagere for en hver pris. De viser til at barn enkelte ganger vil holde seg i bakgrunnen og få informasjonen av sine foreldre, og at barn i noen tilfeller føler seg tvunget til å delta i kommunikasjonen. Likeledes kunne de samme barna ha lyst til å delta i en senere anledning. Artikkelen konkluderer med at sykepleieren bør ha en

forståelse av at barns behov for deltagelse i kommunikasjonen er svingende. Sykepleien bør inkludere barnet ut i fra barnets ønske der og da. (Lambert, Glacken og McCarron 2010)

Stock, Hill og Babl, publiserte i 2012 en *kommunikasjonsguide* som helsepersonell kan ta i bruk under prosedyrer, etter å ha jobbet med barn på akuttmottak i Melbourne. De skriver i sin artikkel at helsepersonell i en travel hverdag ofte har liten tid i møtet med barn og foreldre. Forfatterne mener at man kan redusere smerte og stress under prosedyrer ved hjelp av ikke-medikamentelle metoder, og i dette tilfelle en bevisst bruk av kommunikasjon. Deres erfaringer er at ved å bruke et ikke-truende, forenklet, positivt språk til barn som gjennomgår smertefulle prosedyrer, vil kunne bidra til betraktelig redusert nivå av angst, stress og smerte hos barna. Barn i tidlig skolealder har i følge forfatterne en begynnende konkret tankegang, med stor interesse over egen kropp. Dette kan for eksempel føre til at barnet tror det kan miste alt blodet i kroppen, når sykepleier sier hun skal ta en blodprøve. De presiserer derfor at språket må være så konkret som mulig, og tilpasset barnets alder og utvikling. (Stock, Hill og Babl 2012)

4.4 Foreldrenes rolle

At foreldre er til stede, betyr mye for barn på sykehus, særlig under stressende situasjoner. (Grønseth og Markestad 2011:61) Et sykehusmiljø kan ikke bare virke skremmende og fremmed for barn, men også for foreldrene. Sykepleieren spiller en viktig rolle i å legge forholdene til rette for å gjøre tilværelsene varmere og tryggere og minimere negative følelser. (Sousa, Antunes og Carvalho 2013) De fleste foreldre opplever engstelse i forbindelse med at deres barn legges inn på sykehus. Et høyt stressnivå kan påvirke foreldrenes omsorgsevne ved at de blir mindre oppmerksomme på barnets signaler og behov. Det er derfor viktig at sykepleier reduserer forhold som skaper stress, og styrker foreldrenes ressurser slik at de kan videreformidle trygghet til barnet sitt. (Grønseth og Markestad 2011:71) I følge Grønseth og Markestad er en av grunnene til stress hos foreldrene, opplevelsen av redusert mulighet til å fylle foreldrerollen. Dette kan skyldes at de ikke kan beskytte barnet sitt mot vonde opplevelse og prosedyrer. Sykepleier kan hjelpe foreldrene til å fylle foreldrerollen og bidra til følelsen av mestring og selvtillit ved å anerkjenne de som en viktig ressurs

for barnet, veilede og involvere dem i beslutninger om pleien. De beskriver forholdet mellom foreldre og sykepleier som komplementære. Foreldrene kjenner barnet best i forhold til reaksjoner, følelser, vaner og signaler. Sykepleieren har kraft i sin yrkesrolle og fagkunnskaper, og overtar når foreldrene ikke kan dekke barnets egenomsorg. (Ibid) Grønseth og Markestad hevder at foreldrenes deltagelse svært ofte foregår på personalets premisser, og avhenger i sykepleiernes holdninger og evner til å samarbeide og kommunisere. Hvis foreldrene skal kunne fylle foreldrerollen, må de inkluderes mer. Sykepleier må oppmuntre til deltagelse, gi tilstrekkelig med informasjon, og lytte til dem. De fleste foreldre synes det er meningsfullt å være barnets talsperson i en sykehussammenheng. (Grønseth og Markestad 2011:75)

4.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) fra New Orleans i USA, arbeidet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleieutdanningen. Boken *Interpersonal Aspects in Nursing* ble utgitt for første gang i 1966, der Travelbee presenterer sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. I sin teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, og at sykepleie alltid handler om mennesker enten det er pasient, sykepleier eller familien. (Travelbee 2001:5) I følge Travelbee har sykepleier som oppgave å danne et menneske til menneske-forhold med pasienten, der begge parter forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som sykepleier og pasient. (2001:171)

Jeg vil nedenfor beskrive de ulike fasene i utviklingen av et menneske til menneske forhold, og ta for meg Travelbees teori om hvordan sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk.

4.6 Menneske til menneske-forhold

Med et menneske til menneske-forhold i sykepleiesituasjonen, er det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe individet med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. For at menneske til menneske-forholdet skal etableres, må sykepleier og den hun har omsorg for ha gått gjennom fire forutgående og sammenhengende faser. Disse fasene er: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empatifasen og sympati og medfølelsesfasen. (Travelbee 2001:172)

4.6.1 Det innledende møtet

I det første møtet mellom sykepleieren og individet, vil begge parter observere hverandre, og gjøre seg opp tanker, meninger og antagelser om hverandre. Dette førsteinntrykket som oppstår, kommer ofte på bakgrunn av tidligere erfaringer. Hvis man får et godt førsteinntrykk av noen, er det trolig fordi vedkommende minner oss om noen man kjenner og liker fra tidligere. Det kan også komme av at personen oppfyller vårt behov for annerkjennelse som et unikt menneskelig individ. Vanligvis blir sykepleieren ansett som en sykepleier av den syke, og sykepleieren ser på den syke som pasient. Disse rollene er ofte stereotypisert, og kategorisert ut ifra tidligere møter eller informasjonskilder. For at et menneske til menneske-forhold skal kunne utvikles, må sykepleier bryte ned kategoriseringen og finne mennesket bak pasienten. Hun må ikke favorisere de karaktertrekkene som hun selv finner attraktive, men se *alle* de hun har omsorg for som menneskelige individer. Når sykepleier begynner å betrakte den syke som et unikt individ, og den syke responderer deretter, kan et forhold der begges identiteter trer frem vokse. (Travelbee 2001:186-188)

4.6.2 Fremvekst av identiteter

Denne fasen omhandler at man ser og verdsetter den andre som et unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre. Her blir følelser og tanker rettet mot hverandre, og man mottar inntrykk av hverandres personligheter. Den syke begynner å se på sykepleieren som et individ, og ikke en personifikasjon av alle sykepleiere. Sykepleieren begynner å fange opp hvordan den syke tenker, og oppfatter situasjonen ut ifra at den syke er unik og enestående. Dette legger grunnlaget for empati som må til for å oppnå gjensidig forståelse. Da må sykepleier bli bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og erkjenne det unike ved den andre mennesket, den såkalte pasienten. (Travelbee 2001:188-189)

4.6.3 Empatifasen

Empati er evnen til å leve seg inn i en annens psykiske tilstand her og nå. (Travelbee 2001) Det handler om å forstå og ta del i den andres sinnstilstand, ikke at man tenker og føler som den andre. For at empati skal kunne oppstå, må det være en viss grad av likhetstrekk mellom de to personenes erfaringer, og det må ligge et ønske om å forstå den andre. Empati karakteriseres ved at man kan forutsi den andres adferd. Selv om man føler empati overfor person, betyr det ikke nødvendigvis at man bruker empatien

konstruktivt for å oppnå et nærmere forhold. Empati kan også brukes til å manipulere og utnytte vedkommende. For å komme over i fasen der sykepleier ønsker å hjelpe den syke, er ikke empati nok. Da må det foreligge sympati og medfølelse. (Ibid:193-200)

4.6.4 Sympati og medfølelse

Evnen til sympati og medfølelse er et skritt videre fra empatifasen, men her foreligger det et ønske og en trang om å lindre plager hos den syke. Gjennom sympati og medfølelse kan man forstå den andres plager, føle at den andres plage angår en selv, og få et ønske om å kunne hjelpe og lindre situasjonen. (Travelbee 2001:200) Om sykepleieren viser sympati og medfølelse for den syke eller ikke, kan være avgjørende for den sykes fysiologiske tilstand, men også den psykiske. En sykepleier som har sympati og medfølelse overfor pasienten deler den sykes plager, og avlaster han for byrden med å bære på alt alene. Sympati og medfølelse er ikke nok til å dekke sykepleiebehovene. Medfølelsen må omsettes til konkrete handlinger, og sykepleieren må ha riktige kunnskaper og ferdigheter rundt sykepleieprosessen. Resultatet av sympati og medfølelsesfasen er at den syke opplever å få hjelp av et individ som oppriktig vil han vel, og som interesserer seg for han. Den syke begynner å få tillit til sykepleieren. (Ibid:200-210)

4.6.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Når sykepleier og den syke har gjennomgått de fire overnevnte fasene, resulterer det i gjensidig forståelse og kontakt, og et menneske til menneske-forhold oppstår. Disse begrepene er synonyme. De relaterer seg til hverandre som menneske til menneske og ikke som sykepleier og pasient. Dette dreier seg ikke om et uprofesjonelt forhold, men at man ser på hverandre som individer og verdsetter hverandres personligheter. Resultatet av gjensidig forståelse og kontakt, er tillitt i relasjonen, og at begge parter vokser som mennesker ved å oppleve et meningsfylt møte med et annet menneske. (Travelbee 2001:211-218)

4.7 Å bruke seg selv terapeutisk

Noe som kjennetegner en profesjonell sykepleier, er evnen til å bruke seg selv terapeutisk. (Travelbee 2001:44) Denne evnen vokser gjennom sykepleiestudiet ved å

tilegne seg teori og kunnskap om sin egen adferd og studere virkningen av egen adferd på andre. Travelbee hevder at hvis man bruke seg selv effektivt, eller handle effektivt i sykepleiesituasjoner, er det vesentlig at man vet hvordan ens egen adferd påvirker på andre. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, er hun bevisst sin egen personlighet og egne kunnskaper for å påvirke til forandring hos den syke, og strukturere sykepleieintervensjoner. Man kan si at denne forandringen er terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager. For å kunne bruke seg selv terapeutisk mener Travelbee at det krever selvinnsikt og selvforståelse, og en dyp innsikt i det å være menneske. Man må være i stand til å drøfte egne synspunkter rundt sykdom, lidelse, livssyn og menneskesyn. Sykepleieren må være klar over at dette er avgjørende for hvordan man kan hjelpe andre i å finne mening og mestring av sykdom. Hun sier videre at å bruke seg selv terapeutisk ikke må forveksles med vennlighet. Å fremstå som vennlig er viktig som sykepleier, men kan ikke veie opp for uvitenhet eller manglende kunnskap. Sykepleier må også ha en disiplinert og intellektuell tilnæringsmåte til den sykes problemer. Travelbee beskriver dette som et opplyst hjerte, og et opplyst intellekt, og en slik måte å jobbe på utvikles langsomt over tid. Hun beskriver det som et mål å jobbe mot, der man på veien blir oppmerksom på hvem man selv er. Travelbee beskriver viktigheten av å erkjenne tidens betydning. At fortiden er forbi, og fremtiden har ikke kommet enda, og alt et menneske har er øyeblikkets *nå*. En sykepleier som bruker seg selv terapeutisk, kan påvirke sykes fremtid, med hvordan de mestrer sitt *nå* på. (Ibid)

5 Drøfting

Jeg vil i dette kapitlet drøfte funnene mine opp mot teorier og litteratur jeg har funnet rundt temaet. Jeg ønsker å få svar på problemstillingen min om hvordan sykepleier kan oppnå samarbeid med barn under smertefulle prosedyrer. Jeg vil først ta for meg barns deltagelse, siden dette var et punkt som dukket hyppig opp i litteraturen da jeg søkte på emnet. Jeg mener det må ligge en forståelse rundt hva barn i den aktuelle alderen kan og ønsker å medvirke rundt, i en sykehussammenheng for å få svar på problemstillingen min.

Jeg vil deretter drøfte samarbeidet mellom sykepleieren og barn, og hvilke sykepleieintervensjoner som kan settes i gang for å oppnå dette.

Jeg har gjennom funn og teori sett at foreldrenes rolle er en viktig del å ta hensyn til når man har med barn som pasienter å gjøre. Selv om problemstillingen min dreier seg om prosedyrer på barn, har jeg sett til nå at foreldre som får hjelp til å fylle foreldrerollen når barnet er innlagt på sykehus, er i større grad en resurs for barnet under gjennomføring av behandling og prosedyrer. Jeg vil derfor ta for meg hvilke sykepleierintervensjoner som kan bidra til at foreldrene forblir en resurs for barnet.

5.1 Barns medvirkning

Coyne og Gallagher hevder i sin forskning at det er i de seneste årene blitt stadig større fokus på barns medvirkning. Medvirkning kan føre til at barna opplever kontroll, og gi de større tilpasningsdyktighet. Alle barna som deltok i deres forskning, sa de trengte informasjon om deres behandling i sykehus, slik at de kunne forberede seg på hva som skulle skje med dem. Når barna ble involvert, følte de seg verdsatt og mindre engstelige. (Ibid) I følge Lambert, Glacken og McCarron, plasserer sykepleiere barn som enten aktive eller passive deltagere i kommunikasjon og avgjørelsesprosessen. Når sykepleiere kategoriserer barn slik, avgjør det om barn får medvirke eller ikke. (2010) Barn i aldersgruppen seks til tolv år har i følge Eriksson et behov for at omsorgspersonene til barnet legger til rette for at barnet kan delta i oppgaver og aktiviteter. (Bunkholdt 2002:73) Ut i fra denne teorien kan man anta at barnet i denne alderen er modne nok til å delta i kommunikasjon og enkelte avgjørelser, men at omsorgspersonene må legge forholdene til rette. En ni år gammel jente fra Coyne og Gallaghers forskning beskrev opplevelsen fra når helsepersonell kun henvender seg til foreldrene slik; ”De snakker masse med mamma. De spør meg

om hvor gammel jeg er og sånn, men de snakker egentlig ikke med meg. De fleste forteller ikke hva de gjør eller hvor lenge ting tar. ” (2011) I følge Piagets utviklingsteori begynner barn i denne aldersgruppen og få en mer konkret måte å tenke og oppfatte på, og evnen til å sette seg inn i andres perspektiv øker. (Bunkholdt 2002:109) Til tross for dette kan barn i tidlig skolealder se på sykdom som straff, og ha frykt for skade på kroppen og tap av selvkontroll. Barn i åtte-ni års alderen har fremdeles begrenset forståelse av organer og hvordan de virker. Da kan det være vanskelig å forstå hvorfor intravenøs væskebehandling kan hjelpe mot for eksempel diaré og magesmerter. (Grønseth og Markestad 2011:59) Dette mener jeg gir god grunn for hvorfor god informasjon må gis til barn for å unngå misforståelser og unødvendig engstelse. En grunn til at barn ofte opplever å ikke bli informert godt nok, kan komme av at helsepersonell og foreldre undervurderer barns ferdigheter i forhold til deltagelse og forståelse av ting, slik Coyne og Gallagher hevder de ofte gjør. Barn opplever det negativt når sykepleiere utelukkende henvender seg til foreldrene, eller når foreldrene blir tatt til siden for å prate. Dette skaper frykt og usikkerhet. (Coyne og Gallagher 2011) Et barn beskriver hvordan det føles når foreldrene blir tatt til siden slik; ”De måtte snakke med mamma alene hele tiden. Det gjorde meg kjempe engstelig, for hvis de må snakke alene betyr det at det er noe veldig alvorlig. Jeg trenger å vite hva de snakker om, ellers kan jeg få panikk, og forestille meg de verste tingene.” (Ibid)

Coyne og Gallagher som hovedsakelig viser til at barn foretrekker å få informasjon og vil bli hørt, sier også at økt deltagelse enkelte ganger kan føre til stress og hjelpeløshet. (2011) Dette støtter opp mot funnene til Lambert, Glacken og McCarron, som mener barn har et svingene behov for medvirkning. Dette behovet avhenger av alvorlighetsgrad, og situasjonen barnet befinner seg i der og da. Lambert, Glacken og McCarron viser til barn som så på deltagelse i kommunikasjonen som påtvunget. Mulige årsaker til en slik oppfatning er at barna ikke er klare for å delta selv, men heller vil kommunisere gjennom foreldrene. Vegring for å delta i kommunikasjonen kan også komme av at barna var redde for å motta dårlig nyheter. (2010) Dette viser at kommunikasjon med barn må foregå på det enkelte barns premisser slik Eide og Eide hevder. Barn skiller seg fra hverandre ut i fra biologiske forutsetninger, livshistorie, faser i utviklingen og sykdomsbilde. Det er derfor viktig at barnets behov for medvirkning blir sett på som et varierende behov som sykepleier må være bevisst på, og klargjort med hvert barn.

5.2 Samarbeid mellom sykepleier og barn

Når barn legges inn på sykehus, opplever de en miljøforandring som kan virke fremmed, uforutsigbart og de kan få redusert mestringsopplevelse. I barneårene er mestring sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse. Inngrep i kroppen kan derfor virke sterkt truende. (Grønseth og Markestad 2011:55) Barn innlagt på sykehus trenger informasjon. De trenger å bli hørt på hvordan de foretrekker å bli behandlet, men opplever enkelte ganger at sykepleiere utfører prosedyrer uten å forklare hvorfor. (Coyne og Gallagher 2011) Slik Coyne og Gallagher beskriver barns opplevelse av å ikke få forklaring om inngrep i kroppen, strider med Travelbees tilnærming av den syke. For at sykepleier og den syke skal kunne danne gjensidig forståelse og kontakt og dermed et samarbeid, må sykepleier se på barnet som et individ fremfor en pasient, ha empati, og vise sympati og medfølelse. (Travelbee 2001) Funnene til Fletcher m. fl. viser at barn innlagt på sykehus har ønsker om hvordan en sykepleier skal opptre. De setter pris på at sykepleiere smiler og er tilgjengelige for dem og at sykepleieren lytter aktivt når de har noe å si. En annen viktig faktor barn setter pris på hos sykepleiere, er at de gir forklaring under prosedyrer, og at de kan berolige og trygge barna. (2011) Disse ønskene speiler Travelbees syn på hvorfor medfølelse er en forutsetning for å kunne hjelpe den syke. En sykepleier med medfølelse for barnet erkjenner at prosedyrer kan være både vondt og skremmende. Gjennom en bevisst adferd kan man vise barnet medfølelse med en vennlig væremåte, og ved å lytte til det barnet har å si.

Stock, Hill og Babels *kommunikasjonsguide* viser eksempler på hvordan man kan gi informasjon til barn som skal gjennomgå en smertefull prosedyre. De mener at ved å ha en bevisst måte å kommunisere med barn og foreldre på under gjennomføring av en prosedyre vil kunne redusere stress og opplevelse av smerte. Å forberede barnet er helt avgjørende. Man bør forklare hvorfor prosedyren er nødvendig, og gi informasjon som er tilpasset barnet alder. Som nevnt tidligere kaller Piaget stadiet fra seks til tolv år for *det konkret-operasjonelle stadiet*. Som navnet tilsier, har de fleste barn i denne aldersgruppen en forutsetning for å tenke på en konkret måte, og bevisst systematisere. (Bunkholdt 2002:112) Man kan derfor anta at barnet forstår hvorfor prosedyren må gjennomføres, hvis informasjonen blir gitt på en forståelig måte.

Barn i denne alderen kan ha en frykt for skade på kroppen, og derfor tro at kroppen kan ta skade av vonde prosedyrer. Et eksempel er hvis man skal sette inn et perifert venekateter på barnet. Et barn har liten forutsetning for å skjønne hva dette er og hva

det er godt for, særlig hvis det er første gang. Man kan i stedet for å si at man skal legge inn en PVK, forklare at man skal legge inn et lite rør eller sugerør slik at kroppen får en slurk med medisin. Barn har dessuten større forståelse av ting hvis de får informasjonen presentert visuelt (Stock, Hill og Babl 2012) Som Piaget hevder, skjer barns læring gjennom praktiske handlinger. Visuell informasjon, kan være en slik handling. Det å presentere informasjon visuelt kan være å la barnet kjenne og føle på det medisinske utstyret i forkant. Det kan også være en ide og la barnet kjenne på slangen til venekateteret slik at barnet ser at det ikke vil ligge en nål i kroppen. Man kan derfor foreslå for barnet å stikke på en bamse eller liknende.

Informasjonen bør være ærlig, men uten unødvendige detaljer som kan øke engstelsen. Man bør også unngå ord med negativ ladning. Å advare om at ting kommer til å gjøre vondt gjør ikke smerten mindre, men det viser seg heller å ha en forsterkende effekt. (Ibid) Å bruke et positivt språk, er et hjelpemiddel for å få barn til å samarbeide. I stedet for å si til barnet at det ikke skal stramme armen hvis man for eksempel skal sette inn et perifert venekateter, bør man heller be barnet holde frem armen rolig og avslappet. Videre bør man si at medisinen som kommer inn får magen til å føle seg bedre fremfor å si at medisinen hjelper mot magesmerter. (Ibid) Dette er forenelig med Eriksons teori om at barnets omsorgspersoner må legge forholdene til rette, og ha fokus på positivitet for at barnet skal kunne mestre oppgaver.

Et annet tiltak for å fremme samarbeid med barn, kan være å gi de medbestemmelse. Dette kan gjøres ved å gi barn valg innenfor gitte rammer. Barnet kan ikke velge om prosedyren skal utføres eller ikke, men det kan velge hvilken hånd som skal stikkes i, eller hvordan det skal sitt eller ligge. (Grønseth og Markestad 2011:63) Coyne og Gallagher peker på at å involvere barn i små avgjørelser, vil gi de følelse av å bli satt pris på, samtidig som engstelse reduseres.

Godt forberedte pasienter opplever mindre stress og engstelse, og mestrer prosedyrer på en bedre måte enn de som ikke er godt forberedt. (Grønseth og Markestad 2011:63)

5.2 Foreldre som resurs

Funnene til Matziou m. fl. viser at når barn har minst en forelder til stede under gjennomføringen av en smertefull prosedyre, reduseres nivå av stress, og opplevelsen av smerte. (2013) Grønseth og Markestad viser til at foreldre ofte kan føle seg

hjelpeløse og engstelig når de i en sykehussammenheng ikke kan skåne barnet sitt mot vonde opplevelser som smertefulle prosedyrer. (2011:73) De sier videre at foreldre bør være tilstede hos barna under prosedyrer, men at de bør frarådes å være til stede dersom de ikke ønsker det, eller hvis barnets situasjon forverres av deres engstelse. (2011:65) Foreldrenes engstelse kan stamme fra egne erfaringer med smerte, og redselen for at barnet skal lide under prosedyren. Man bør derfor få avklart med foreldrene om det er forhold hos de som kan påvirke situasjonen i negativ retning. (Stock, Hill og Babl 2012) Funnene til Sousa, Antunes og Joana, viser til at god kommunikasjon og tilstrekkelig informasjon til foreldrene er nøkkelen til samarbeidet med foreldre og barnet. Det kan likevel være faktorer som gjør samarbeidet utfordrende. Sousa, Antunes og Joana, mener at i de tilfellene der kommunikasjon og samarbeid viste seg å være utfordrende, kunne problemet ligge i rollefordelingen. Dette kunne forklares i at sykepleier har en viss makt i hennes yrkesrolle, og foreldrene følte seg ukomfortable med å fortelle hva de hadde lyst å delta i, og hva som er forventet av dem. (2013) Når forskjellige sykepleiere har forskjellige forventninger og meninger om hva foreldrenes rolle er, blir foreldrene usikre og forvirret. Hvis ikke rollefordelingen blir avklart, kan dette føre til grobunn for misforståelser. (Grønseth og Markestad 2011:74) I følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6, har personalet plikt til å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de kan og ønsker å utføre. Som jeg beskriver i teoridelen om foreldrenes rolle, har foreldre med barn innlagt på sykehus i varierende grad mulighet til å fylle foreldrerollen. Jeg mener at Travelbees menneske til menneske forhold er like aktuelt å fokusere på i forhold til foreldre som med barnet som er pasienten. Travelbee hevder at sykepleier må se *alle* de hun har omsorg for som menneskelige individer. Denne makten som beskrives kan forklares i at foreldrene har et stereotypisert bilde av sykepleieren ut i fra forutinntatte meninger på grunn av tidligere erfaringer som beskrives i *det innledende møtet* av Travelbee. Sykepleierens jobb er å bryte ned disse kategoriseringene. (2001:187) Dette skjer i følge Travelbee når sykepleier og de hun har ansvar for gir og mottar inntrykk fra hverandres personligheter, og sykepleieren ser på situasjonen og menneskene i hvert enkelt tilfelle som unike. (2001:189) Foreldrene trenger støtte på situasjoner de opplever som vanskelige. Sykepleier må anerkjenne at barnets reaksjoner påvirker foreldrene, og at foreldrene trenger og bli sett og hørt i situasjoner som oppleves tøffe for dem. Enkelte ting som voldsomme reaksjoner hos barnet kan være helt normalt å oppleve for sykepleieren, men fremmed

og skremmende for foreldrene. Dette bør man være oppmerksom på, og informere om. (Grønseth og Markestad 2011:72) Hvis foreldrene uttrykker engstelse i forbindelse med at barnet skal gjennomgå en smertefull prosedyre, men vil være tilstede, foreslår Stock, Hill og Babl at sykepleier gi foreldrene oppgaver å fokusere på. Sykepleier kan be foreldrene om å avlede barnet med bøker eller leker. En slik konkret handling kan være med på klare rollefordelingen slik Sousa, Antunes og Joana hevder er gunstig i forhold til et samarbeid med foreldrene. Sousa, Antunes og Joana viser til andre faktorer sykepleier bør være oppmerksomme på. Ut ifra deres forskning kommer det frem at foreldre under 30 år og med lavere utdannelse kan ha ekstra behov for informasjon og forklaring på ting. (2013) Som jeg nevnte i avsnittet om samarbeid mellom sykepleier og barn, kan det være lurt å gi informasjon til barnet visuelt. Hvis sykepleier tar foreldrene med når denne informasjonen gis, sikrer man at foreldrene får et klart bilde av hva som skal skje, og hvorfor. De får i tillegg et verktøy i form av at de kan videreformidle informasjonen til barnet på en tilpasset måte.

Det videre stadiet for å oppnå et menneske til menneske forhold, er *empatistadiet*. Sykepleier viser empati ved å sette seg inn i foreldrenes situasjon, og viser forståelse på det foreldrene synes er vanskelig. Man kan komme med støttende bemerkninger, anerkjenne de som en ressurs, og lytte aktivt til det de har å si og mener.

Matziou m.fl. hevder i sin forskning at enkelte sykepleier ser på foreldrenes tilstedeværelse under prosedyrer på barnet som noe negativt. Sykepleierne som uttalte slike holdninger, forklarte det med egne erfaringer der foreldrene overfører egen redsel og stress og at samarbeid med foreldrene er tidkrevende og belastende. (2013) Dette til tross for at forskning viser at barn i all hovedsak mestrer prosedyrer bedre når foreldrene er tilstede. (Ibid) Med denne forutinntatte holdningen til foreldre, kan ikke et menneske-til-menneske-forholdet utvikle seg videre. Travelbee hevder at for å bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren være bevisst sin egen personlighet og egne kunnskaper for å påvirke mennesker i en positiv retning, og for å utføre sykepleierintervensjoner strukturert. (2001:44) For å komme videre i å bygge en relasjon og oppnå *gjensidig forståelse og kontakt*, må sykepleier ha et ønske om at hennes sympati kan lindre plagene. (Ibid:201) Travelbee sier at medfølelsen må omsettes til konkrete handlinger, og sykepleieren må ha riktige kunnskaper og ferdigheter rundt sykepleieprosessen. (2001:210) Medfølelse kommer derfor til syne når man gir god informasjon til barn og foreldre før og under prosedyren, og viser at

man er dyktig i jobben sin ved å gjennomføre prosedyren på en sikker og strukturert måte. Foreldrene trenger å se at barnet er i hendene på fagfolk som de kan stole på, og som gjør en god jobb. Foreldre opplever sykepleiere som handler aktivt, behersker ulike oppgaver, virker trygge i jobben og som gir god sykepleie, som flinke og ansvarlige. Det motsatte kan skje de dersom sykepleier gjør feil, fremstår som usikker i jobben sin eller viser misnøye til jobben. (Grønseth og Markestad 2011:75) Her ønsker jeg igjen å trekke frem rolleavklaringens viktige betydning for et godt samarbeid med foreldrene. Når rollene er avklart, kommer sykepleieren etter min mening til å fremstå som sikrere, og dermed utstråle trygghet til foreldrene. Travelbee understreker at det er fullt mulig å kommunisere effektivt uten å etablere et menneske til-menneske-forhold; det vil si å ikke gå gjennom de fire fasene: Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse.

Evnen til å etablere kontakt synes å være avhengig av i hvilken grad sykepleieren har og kan anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med en terapeutisk bruk av seg selv. (Travelbee 2001:136)

I samarbeid med foreldrene tenker jeg at Travelbees tanker her gjør seg gjeldene ved at man har en bevisst tilnæringsmåte både i form av adferd og faglig utførelse. Når foreldrene får støtte i foreldrerollen, reduseres deres nivå av stress og derfor også barnets stressnivå. Det vil og kunne hjelpe foreldrene i å mestre vanskelige situasjoner. (Grønseth og Markestad 2011:73)

En annen forutsetning for at foreldrene kan være en resurs for barnet under prosedyrer, er at de har fått tilstrekkelig med informasjon i forkant. Barn og foreldre bør informeres sammen, og de bør oppmuntres til å spørre underveis. Informasjonen bør gjentas før og under prosedyren for å bedre forståelsen. Siden foreldrene kjenner barnet best, kan de under prosedyren støtte barnets mestringsstrategier gjennom avledninger som lek og humor. (2011:65) Funnene til Coyne og Gallagher viser tydelig at mange barn setter pris på at foreldrene opptrer som talspersoner for dem. Da kan barnet få hjelp til å forså informasjonen bedre, samtidig som dette kan virke tryggere. (2011) Et barn på ni år beskriver det slik; ”Jeg vil ikke vite de dårlige tingene og jeg vil ikke bli fortalt triste ting. For det gjøre med veldig trist og redd. Da er det bedre at mamma kan fortelle meg gode ting.” Et annet barn fortalte; ”Jeg lar mamma stille spørsmålene så hun kan fortelle meg etterpå, siden jeg nesten aldri

skjønner hva som blir sagt uansett.” (Ibid) De fleste foreldre finner det også meningsfullt å være barnets talsperson på sykehuset. Da får foreldrene medbestemmelse.

6 Konklusjon

Jeg har gjennom funn, teorier, forskning og litteratur sett at det er mange forhold som spiller inn for hvordan barn og foreldre oppfatter et sykehusopphold, og gjennomføring av smertefulle prosedyrer. Jeg har og kommet frem til at sykepleier har stor påvirkningskraft i forhold til tiltak som kan gjøre slike situasjoner mindre skremmende, og derfor legge grunnlag for samarbeid. Jeg vil her oppsummere funnene jeg har kommet frem til.

Som jeg tidligere beskrev, er barns begrensede forståelse og mangel på kontroll hovedårsaken til engstelse. (Grønseth og Markestad 2011) Ved å la barn medvirke i kommunikasjonen og i små avgjørelser gir man barnet mulighet til å gjenvinne noe av kontrollen. Barn i alderen seks til tolv år har ut ifra utviklingsteoriene jeg har benyttet, evnen til å tenke konkret og realistisk. De trenger likevel hjelp mestring, ved at omsorgspersonene til barnet legger forholdene til rette.

Jeg har kommet frem til at de fleste barn i denne aldersgruppen foretrekker å bli involvert, men behovet for å medvirke direkte i kommunikasjonen med helsepersonell varierer fra barn til barn. Det kan virke trygt for barnet og overlate kommunikasjonen til foreldrene. Selv om barnets behov for deltagelse i kommunikasjonen varierer, har jeg kommet frem til at informasjon rundt prosedyrer er nødvendig for alle barn. Enten det er gjennom helsepersonell, eller foreldrene. Informasjon gir forutsigbarhet og hjelper til å forberede barnet. Dette er etter min mening en forutsetning for å oppnå samarbeid med barnet under en prosedyre. Sykepleier bør riktig nok være bevisst hvordan informasjonen gis for at den skal kunne redusere engstelse. Jeg har kommet med eksempler på hvordan man kan ordlegge seg for at barnet skal forså hensikten med prosedyren, og for at prosedyren kan oppfattes mindre skremmende. Språket bør være konkret, positivt ladet og tilpasset barnets alder. Dette krever at sykepleier har kunnskap om de ulike utviklingsstadiene.

For å oppnå samarbeid med barn, har sykepleiers væremåte overfor barnet mye å si. Barn foretrekker sykepleiere som viser medfølelse, er blide og lytter aktivt til dem. Til tross for at det er mange fellestrekk i beskrivelsen av barn i denne aldersgruppen, har jeg sett at det ikke finnes noen fasit på hvordan man kommuniserer med hvert barn på. Sykepleier må ta hensyn til barnets biologiske forutsetninger, utviklingsfase og sykdomsbilde.

I tillegg til å ha en bevisst tilnærming til barnet for å oppnå samarbeid, har jeg forstått etter hvert som jeg har jobbet med oppgaven at foreldrenes rolle er uvurderlig i

forhold til et samarbeid med barnet. Jeg har sett forskning som viser tydelige kliniske tegn på at foreldrenes tilstedeværelse reduserer barnets nivå av stress og smerte under prosedyrer. I tillegg har jeg gjennom forskningsartikler og litteratur sett at foreldrene gir barnet den tryggheten de trenger i et sykehusmiljø som ellers kan virke uforutsigbart og skremmende. Jeg har kommet frem til at foreldrene i all hovedsak er en ressurs for barnet. Det forutsetter at sykepleier som har med foreldrene å gjøre legger visse forhold til rette. Rollefordelingen mellom sykepleier og foreldrene er etter min mening noe av det viktigste å ta hensyn til. Som jeg har beskrevet, har foreldre ofte problemer med å fylle foreldrerollen når barnet deres er innlagt på sykehus. Foreldrene som gis anledning til å fylle foreldrerollen, får større selvtillit, og mestrer vanskelige situasjoner bedre. Jeg har kommet med eksempler på hvordan sykepleier kan hjelpe foreldrene til å fylle foreldrerollen. Rollefordelingen bør avklares, og sykepleier må anerkjenne foreldrene som en viktig ressurs for barnet.

Jeg synes det har vært interessant å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori gjennom oppgaven. At sykepleier har en god kommunikasjon med pasient og pårørende er for de fleste viktig. Å lese om de ulike fasene i dannelsen av menneske-til-menneske-forhold, og sette konkrete eksempler i sammenheng med disse, har gitt meg mer bevissthet i hvordan en god relasjon oppstår. Jeg håper å stå bedre rustet til å utføre prosedyrer på barn med den kunnskapen jeg har tillagt med under arbeide med oppgaven. Jeg har sett at samarbeid med barn under smertefulle prosedyrer naturligvis vil kunne by på utfordringer, men at det er konkrete grep og kunnskap man kan ta i bruk for å bedre situasjonen.

7 Litteraturliste

Bunkholdt, V. (2002) *Psykologi – en innføring for helse og sosialarbeidere*. 2. utg.

Oslo: Universitetsforlaget

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

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fletcher, T. m.fl. (2011) Building the future: Children's views on nurses and hospital care. *Children's nursing*, 20 (1): 39-45

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner. Av 4 juli 2008 nr. 61

URL: http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217#KAPITTEL_2

Lest: 6 februar 2013

Grønseth, R. og Markestad, M. (2011) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 3. utg.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Lambert, V. Glacken, M. og McCarron, M. (2010) Communication between children and health professionals in a child hospital setting: A Child Transitional Communication Model. *Journal of advanced nursing*. 67 (3): 569-582

Lloyd, M. Urquhart, G. Heard, A. og Kroese, B. When a child says no: experiences of nurses working with children having invasive procedures. (2008) *Paediatric nursing*. 20 (4): 29-34

Matzio, V. Chrysostomou, A. og Perdikaris, E, V, P. (2013) Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*. 22 (8): 470-475

Sousa, P. Antunes, A. og Carvalho, J. (2013) Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Art & science research*. 25 (2): 24-28

Stock, A. Hill, A. og Babl, F, E. (2012) Practical communication guide for paediatric procedures. *Paediatric Emergency Medicine*. 24: 641-646

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS