

Sykepleie til pårørende

Hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn mellom to og tolv år innlagt i sykehus?



Våren 2014

Bachelor i sykepleie- 11 sykhel

Innleveringsfrist

13.03.14

Kandidatnummer

1005

Antall ord

9930

Sammendrag

Tittel: Sykepleie til pårørende. **Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn mellom to og tolv år innlagt i sykehus?* **Formål:** Å undersøke hvordan sykepleier, ved å bruke prinsipper fra Joyce Travelbee og krise- og mestringsteori, kan ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn i sykehus. **Metode:** Litteratursøk. **Funn:** Artiklene ser på pårørendes opplevelse av å ha barnet innlagt i sykehus. Artiklene peker på fem hovedfunn. 1) Pårørendes behov for informasjon, 2) Pårørende som ressurs for pasient og helsepersonell, 3) behovet for å bli beroliget om pasientens situasjon, 4) tap av foreldrerollen, og 5) behovet for fysisk og emosjonell støtte. **Drøfting:** De fem kategoriene drøftes i lys av relevant teori og funn fra artiklene. **Konklusjon:** informasjon, opprettholdelse av foreldrerollen, det å bli sett på som ekspert på sitt eget barn, og å bli beroliget om barnets situasjon er virkemidler som sykepleier bør anvende for å ivareta foreldrene.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling	4
1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling	4
1.3 Begrepsavklaring	5
1.5 Oppgavens oppbygning	6
2.0 Teori	8
2.1 Barn innlagt i sykehus	8
2.2 Foreldre til akutt kritisk syke barn	9
2.3 Krise- og mestringsteori	10
2.4 Håp	11
2.5 Kommunikasjon	11
2.6 Menneske- til- menneske- forholdet	11
3.0 Metode	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Litteratursøk	14
3.3 Kildekritikk	16
3.4 Ethiske overveielser	17
4.0 Presentasjon av forskningsartikler og funn	18
4.1 Artikkel en	18
4.2 Artikkel to	19
4.3 Artikkel tre	20
4.4 Artikkel fire	21
4.5 Artikkel fem	22
5.0 Drøfting	24
5.1 Pårørendes behov for informasjon	24
5.2 Pårørende som ressurs for pasient og helsepersonell	26
5.3 Behovet for å bli beroliget om barnets tilstand	28
5.4 Tap av foreldrerollen	29
5.5 Behovet for fysisk og emosjonell støtte	30
6.0 Konklusjon	32
7.0 Litteraturliste	33

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I denne oppgaven vil fokus være på pårørende til akutt kritisk syke barn. Jeg ønsker å ta for meg pårørende til akutt kritisk syke barn fordi jeg synes arbeidet med pårørende er spennende og viktig. Etter fullført utdannelse ønsker jeg å jobbe med barn, og da vil en stor del av hverdagen også bli å forholde seg til pårørende. Gjennom flere praksisperioder i løpet av studiet har jeg vært i situasjoner der pasienter har blitt akutt kritisk syke, og hvor jeg har opplevd at de pårørende nærmest kan bli litt ”glemt”. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremhever pårørende og understreker at ” sykepleier viser respekt og omtanke for pårørende” (Norsk sykepleieforbund 2011: 9). Jeg ønsker mer kunnskap om hva de pårørende vektlegger som viktig når en nær og kjær blir alvorlig kritisk syk. Jeg ønsker mer kunnskap om hva de pårørende vektlegger som viktig når en person man står nær plutselig blir akutt kritisk syk. Gjennom praksis har jeg erfaring med pårørende, men bare i samarbeid med sykepleierveileder, og ikke alene, derfor ønsker jeg mer kunnskap om temaet før jeg er ferdigutdannet.

1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn mellom to og tolv år innlagt i sykehus? ”

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å ta for meg sykepleie til pårørende til akutt kritisk syke barn under 12 år innlagt i sykehus, enten på barneintensiv eller barneavdeling. Dette kan både være friske barn som blir akutt kritisk syke, eller barn som har kronisk sykdom som blir akutt kritisk syk. Barn er en sårbar gruppe som er svært knyttet til sine nærmeste. Sykdom og innleggelse i sykehus, er belastende både for barnet og familien, uansett alvorlighetsgrad (Sjøbjerg 2013a:115). Hvem som er pårørende blir definert i lov om pasient- og brukerrettigheter. I oppgaven vil det bli tatt utgangspunkt i at pårørende er barnets foreldre. Både ordet familie og pårørende vil omtales, men det vil ha samme funksjon. I løpet av de siste 50 årene har kjernefamiliens stabilitet endret seg. Mens barna tidligere (oftest) hadde en mor og far, kan de nå oppleve å skulle forholde seg til foreldrenes nye partnere (Kirkevold 2006:28). Selv om familiemønstrene har endret seg vil det i denne oppgaven bli tatt utgangspunkt i at mor og far bor sammen. Det tas utgangspunkt i at foreldrene er norske eller snakker og forstår norsk.

I løpet av mindre enn en generasjon har forholdet mellom befolkningen og helsevesenet endret seg. Tidligere hadde foreldre ingen eller svært begrenset adgang til å besøke barn på sykehus, mens det i dag ikke bare forventes at de er tilstede, men også at de tar del i den konkrete omsorgen for barnet sitt (Wærness 2002:28). Endringen bekreftes også i lov om pasient- og brukerrettigheter § 6-2 som omhandler barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon. Loven peker på at ”barnet har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon” (lov om pasient- og brukerrettigheter 1999).

1.3 Begrepsavklaring

Ivareta

I følge bokmålsordboka betyr å *ivareta* å ta vare på eller å ta hånd om (Universitetet i Oslo 2010). For å svare på problemstillingen vil det bli sett på hvordan sykepleier ved bruk av menneske- til- menneske forhold kan møte de pårørendes behov i en vanskelig tid. Å ta vare på de pårørende betyr i denne oppgaven å ivareta deres grunnleggende behov. Oppgaven vil fokusere på kommunikasjon, de pårørendes behov for informasjon og deres behov for å bli sett og å bevare håpet.

Pårørende

I følge lov om pasient- og brukerrettigheter § 1- 3 (1999) er pårørende til et barn en foreldre eller andre med foreldreansvaret. Moesmand og Kjøllestad (2011) peker på at pårørende er den pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten ikke er i stand til å angi hvem som er pårørende, for eksempel dersom de er små barn eller så alvorlig skadet at de ikke kan oppgi dett, er det den pasienten ville ha angitt. Pasienten og den pårørende er personer som har et nært følelsesmessig forhold, og et gjensidig avhengighets- og kontaktforhold (s.153). I denne oppgaven blir det som nevnt tatt utgangspunkt i at pårørende er barnets foreldre.

Akutt kritisk syk

Akutt sykdom blir i boken ” Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom” sett på som sykdom eller skade som oppstår brått, uten en forutgående sykdomshistorie, og som utvikler seg raskt, men som også kan gå fort over, mens det med *kritisk sykdom* menes at tilstanden er svært alvorlig, og i mange tilfeller livstruende. Det vil i kortere eller lengre perioder være usikker prognose, og pasientens tilstand er ustabil (Stubberud 2013:17-18).

I følge Moesland og Kjøllesdal (2011) er *akutt kritisk syk* et begrep som viser til sykdom eller skade som har oppstått akutt, og den kan være kritisk eller livstruende for pasienten (s.18). I deres bok brukes begrepene akutt og kritisk om hverandre eller sammen. De peker på at akutt vil si brå, forbigående, hurtig, kritisk eller plutselig. Ett eksempel på akutt sykdom kan være et beinbrudd. Som regel skjer det plutselig og uventet, men det er som regel ikke livstruende. Kritisk vil si alvorlig, avgjørende, farlig, risikabel eller vanskelig. Et eksempel på kritisk sykdom kan være akutt lymfatisk leukemi, dette er ofte en alvorlig, livstruende sykdom (s. 37).

1.5 Oppgavens oppbygning

Sykepleieren bør huske at hver gang hun bistår familiemedlemmer med støtte og oppmuntring, snakker med dem, viser dem omtanke og vennlighet i ord og handling, bistår hun også den syke. Hvis hun kan huske dette, vil flere pårørende oppleve den omtanke og det hensyn som er deres rett (Travelbee 1999:260).

Joyce Travelbee (1999) er sykepleieteoretikeren som vil bli brukt, da hun også inkluderer familien i sin definisjon av sykepleie. Kommunikasjon, håp og menneske- til- menneske- forhold er aspekter fra Travelbee som vil bli vektlagt i denne oppgaven. I boken ”Familien i sykepleiefaget” peker Kirkevold (2006) på at sykepleiers hovedfokus er på det syke individ (s.45). Familien har fått beskjedne oppmerksomhet i den faglige diskurs. Til tross for dette fremhever Kirkevold (2006) at det ikke betyr at man ikke er interessert i familien, men at interessen har vært sekundær i forhold til pasienten i sykepleiefaglig forankring (s.46).

Pasienten har også hovedfokus for Travelbee, men ved at hun nevner familien, vil hennes teori bli brukt videre i oppgaven, da mange av aspektene Travelbee tar opp vil være viktige redskaper for å kunne svare på problemstillingen. Travelbee (1999) definerer sykepleie som:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (s.29).

I tillegg til Travelbee vil det kort bli presentert teori om barn innlagt i sykehus, fordi det er viktig å ha en forståelse for utviklingen og tilknytningen barn mellom to og tolv år har til sine foreldre. Selv om fokuset i oppgaven er på de pårørende, synes jeg det er relevant med en liten teori del om barnet også, da de tross alt er pasienten. Det er også valgt å ta med et avsnitt om

pårørende til akutt kritisk syke barn for å gi leseren en forståelse av temaet. Krise- og mestringsteori, vil også bli belyst. Denne teorien er valgt fordi når man som foreldre opplever at ens barn blir akutt kritisk syke, vil man kunne havne i en traumatisk krise. Traumatiske kriser er ekstraordinære påkjenninger som oppstår i forbindelse med sykdom, ulykker eller alvorlig sykdom. Det er vanlig å dele krisereaksjoner inn i fire faser. Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- og reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen (Eide og Eide 2011:166-167). Sjokk- og reaksjonsfasen er fasene som vil bli belyst videre, da det er naturlig å tenke seg at man i oppgaven ikke vil nå de to siste fasene.

I metodekapitlet beskrives det hvordan jeg ved hjelp av litteraturstudie har tilegnet meg mer kunnskap om pårørende til akutt kritisk syke barn. Kapitlet vil også vise hvilke søkeord og oppslagsverk som er brukt, i tillegg til kildekritikk. Deretter vil funn fra artikler bli presentert, før jeg i drøftingsdelen vil sette teori- og funn opp mot hverandre og diskutere dette for å kunne svare på problemstillingen.

2.0 Teori

2.1 Barn innlagt i sykehus

Sykdom i barnealderen kan påvirke barnet på flere måter. Både når det kommer til forholdet til egen kropp, barnets fysiske og psykologiske utvikling og dets sosiale relasjoner. Å bli innlagt i sykehus er en stressfaktor. Det kan føre til angst fordi barnet, uavhengig av alder og utvikling, er sårbart (Tveiten 2012a:52). Utviklingsmessig er barn fra tre til fem år mer utsatt for angst i forbindelse med sykehusinnleggelse enn større barn. Barn i denne aldersgruppen er søkende og utforskende, men fortsatt avhengige av foreldrenes omsorg. For barn mellom seks og tolv år er tryggheten i familien fortsatt viktig, men mer i form av å vite at foreldrene er der, og at dersom de ønsker nærhet er det mulighet for det (Sjøbjerg 2013a:122-124).

I 2012 sto barn og ungdom for nærmere 145 000 døgnopphold i somatiske sykehus, 75 prosent av disse var under ti år. Å bli innlagt i sykehus er en stressende opplevelse. For at barn skal mestre dette er de avhengige av forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsene. En sykehusinnleggelse kommer ofte uten forvarsel, og det er liten tid til å forberede seg. Barn er emosjonelt og kognitivt umodne og er i konstant utvikling både fysisk, psykisk og sosialt (Sjøbjerg 2013a:114-115). Avhengighet av voksne for å få grunnleggende behov dekket varierer med barnets alder og utviklingsnivå. Familien får en mer sentral plass som pårørende til barn i sykehus enn i sykepleie til voksne (Tveiten 2012b:21).

Tilknytningsteorien forsøker å forklare menneskets tilknytningsadferd og de varige båndene som barn og andre knytter til nære personer. Når man er tilknyttet eller har tilknytning til en person søker man nærhet og kontakt- særlig når man trenger støtte, hjelp eller beskyttelse. Tilknytningsteorien peker på at det å ha trygge og sterke bånd til andre er et grunnleggende behov hos ethvert menneske. Den forsøker å forklare menneskets varige bånd som barn (og andre) knytter til nære personer. Tilknytningsadferd hos barn kommer sterk til uttrykk når barnet er skremt, utmattet eller sykt, og kan observeres i alle livsfaser, men observeres særlig når personer opplever kriser. Et trygt tilknytningsmønster innebærer at barnet føler seg trygg på at foreldrefiguren vil være til stede og til hjelp dersom det skulle oppstå en vanskelig situasjon (Eide og Eide 2011:143-144).

2.2 Foreldre til akutt kritisk syke barn

Når en person blir akutt kritisk syk, rammes også de pårørende. Man blir ofte kastet inn i rollen som pårørende til akutt kritisk syke, og det er en rolle som ikke kan velges (Moesmand og Kjøllesdal 2011:145). "Rolle" kan i sosiologi forklares som de normer og forventningene som knyttes til en bestemt oppgave eller stilling i samfunnet. Det sentrale i definisjonen av en rolle er oppgaven eller stillingen. En sosial rolle har ofte en komplementær rolle, fordi den er blitt formet i samspill med en motsvarende rolle. Til en rolle kan det være knyttet ulike forventninger (Svabø, Bergland og Hæreid 2000:152-153). Alle som jobber i helsevesenet møter i sin hverdag mennesker som opplever å miste roller, og som blir tvunget inn i nye og ukjente roller. Slike rolleoverganger innebærer at personen går inn i og ut av roller i sosiale systemer. Det kan i forbindelse med sykdom oppstå rolleoverganger. Ved akutt sykdom kan man gå fra rollen som frisk til sykerollen. I forbindelse med rolleoverganger kan det oppstå situasjoner hvor personen ikke tilpasser seg eller mestrer den nye rollen (Svabø m.fl 2000: 163).

Akuttinnleggelse av barn i sykehus skaper mye spenning, frustrasjon og hjelpeløshet hos foreldrene. Omgivelsene og alt av helsepersonell som familien møter, er ukjente og kan virke sterkt på sjokkerte og engstelige foreldre. Når barnet er kritisk sykt er foreldrene engstelige for barnets overlevelse og føler ofte frykt, skyld og hjelpeløshet, samtidig som de har håp og forsiktig optimisme (Sjøbjerg 2013b:187). Akutt kritisk sykdom representerer psykologisk stress for pasientens pårørende og truer deres mestringsevne, ressurser og stabilitet.

Uavhengig av ressurs vil akutt kritisk sykdom føre til psykologisk stress for kortere eller lengre perioder. Følelser som frykt, angst, sårbarhet, hjelpeløshet, håpløshet og fortvilelse varierer i intensitet og varighet. Jo tettere følelsesmessig relasjon det er mellom pårørende og den akutt kritisk syke, jo større sjanse er det for at pårørende vil bli følelsesmessig påvirket av akutt kritisk sykdom (Moesmand og Kjøllesdal 2011:150-151).

De pårørendes ressurser utfordres ved akutt kritisk sykdom, og få går gjennom en slik situasjon uforandret. Hvordan pårørende fungerer varierer. Noen klarer å etablere personlig kontroll og mestre kriser med relativ lav grad av angst - mens andre selv ved små endringer - opplever høy angst. Sykepleie til pårørende er i følge Moesmand og Kjøllesdal (2011) "forebyggende sykepleie både for dem og pasienten og kan føre til at deres evne til å støtte pasienten øker" (s.161).

2.3 Krise- og mestringsteori

Når personer opplever alvorlige og vanskelige hendelser i livet blir det ofte betegnet som kriser. I litteraturen om mestring skilles det mellom to krisesituasjoner: livskrise og traumatisk krise. Livskriser kommer gradvis og er en del av en naturlig utvikling, mens traumatiske kriser er ekstraordinære påkjenninger som ikke er en del av et vanlig livsløp som i forbindelse med ulykker eller alvorlig sykdom (Eide og Eide 2011:166). Siden denne oppgaven omhandler sykepleie til pårørende til akutt syke, vil det når det snakkes om krise være den traumatiske krisen som er i fokus. I følge Eide og Eide (2011) brukes betegnelsen traumatiske kriser om belastninger, som enten kan være fysiske, psykiske eller sosiale, og som er så store at den det rammer, for kortere eller lenger tid blir merket av dem (s.167).

I *sjokkfasen* har man normalt dårlig kontakt med følelsene sine, og beslutnings- og vurderingsevnen er redusert. En normalreaksjon på krise er benektelse. To spontane mestringsstrategier eller forsvarsmekanismer som dominerer sjokkfasen er splitting og benektelse. Ved splitting fjerner man ubevisst visse tanker, følelser og impulser fra bevisstheten. Når man bruker splitting skyves det som oppleves som truende ut av bevisstheten. Benektelse kan ses på som en forlengelse av splitting. Den innebærer at man ubevisst fornekte det som har skjedd til fordel for ønsketenking. I situasjoner hvor faren for død er stor, kan denne typen forsvar være nødvendig for å bevare håp og opplevelse av mening (Eide og Eide 2011:176-178).

Det som kjennetegner *reaksjonsfasen* er at man begynner å ta inn over seg hva som har skjedd. Følelser og reaksjoner som oppstår, skjer fordi man begynner å slippe sannheten nærmere. Hvilke reaksjoner man får, varierer fra person til person. Reaksjoner som angst, uro, rastløshet, søvnproblemer, emosjonell labilitet og ansenthet er vanlig etter alvorlige ulykker eller voldshandlinger. Hvor lang tid det tar før man går fra sjokkfasen til reaksjonsfasen avhenger særlig av tre forhold: hvor lenge personen var i livsfare, hvor sterk faren var og hvor trygghetsgivende miljøet fungerte etterpå (Eide og Eide 2011:178-179).

Fasene flyter ofte over i hverandre, og de kan sjelden avgrenses klart. Det må også tas høyde for at det kan oppstå nye kriser underveis i prosessen, for eksempel ved at komplikasjoner kan oppstå. Sykdom og krise påvirker alltid relasjonen til de nærmeste. (Eide og Eide 2007: 167-169).

2.4 Håp

Travelbee (1999) peker på at håp blir sett på som en motiverende faktor bak menneskelig adferd. Det er håpet som gjør mennesker i stand til å mestre situasjoner, tap, nederlag og lidelse. Håp er en mental tilstand som kjennetegnes ved at ønsket om å nå eller oppfylle et mål, kombinert med en forventning om at det som ønskes ligger innenfor det oppnåelige (s.117). Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, den som har håp befinner seg derfor i en posisjon der hjelp fra andre blir akseptert. Den som håper ønsker at livssituasjonen skal endre seg. Personen som håper er utilfreds med og finner liten trøst i livet slik det er her og nå (Travelbee 1999:118-119). Videre peker Travelbee på at ”det er den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den syke ved å holde fast på håpet og unngå håpløshet.” (Travelbee 1999:123).

2.5 Kommunikasjon

Eide og Eide (2011) definerer kommunikasjon som ”utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter”. Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, og betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og å ha forbindelse med (s.17). Kommunikasjon foregår ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, både når de har en samtale og når de er tause. Kommunikasjon er en prosess som kan føre til etableringen av et menneske- til- menneske -forhold. Ved at dette forholdet etableres vil også sykepleiers mål og hensikt om å hjelpe enkeltindivider med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse oppfylles. Kommunikasjon er en gjensidig prosess, som sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon, og som den syke og familien bruker for å få hjelp. Det er en dynamisk kraft som kan ha stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon kan enten brukes til å trekke andre mennesker nærmere, eller til å støte dem bort. Når det er snakk om kommunikasjon kan det skje på to måter, både verbalt og non- verbalt. Ved verbal kommunikasjon brukes ord, enten muntlig eller skriftlig, mens ved non- verbal kommunikasjon overføres budskapet ved hjelp av gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee 1999:135- 138).

2.6 Menneske- til- menneske- forholdet

Menneske- til- menneske- forhold i sykepleiesituasjonen gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt som er å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge

eller mestre sykdom og lidelse, og med å finne mening i disse erfaringene. All kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for, kan være et skritt på veien mot menneske-til-menneske forholdet. Kjennetegnet på et menneske-til-menneske forhold er at sykepleier og den hun skal hjelpe forholder seg til hverandre som unike individer, ikke som ”sykepleier” og ”pasient” (Travelbee 1999:171).

For at sykepleier og den hun har omsorg for skal nå målet om å etablere et menneske-til-menneske forhold, er det fire sammenhengende faser som ifølge Travelbee må utvikles: *Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati*. Disse fasene ender opp med en gjensidig forståelse og kontakt og i etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Hvordan forholdet bygges opp varierer, og det vil kunne ta kortere eller lenger tid (Travelbee 1999:172).

Det innledende møtet

Ved det første møtet med en person vil sykepleieren observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om vedkommende. Det samme vil også den andre gjøre. Observasjon er det første og viktigste trinnet i sykepleieprosessen. Under det innledende møtet ser den syke på ”en sykepleier” og sykepleieren på vedkommende som ”pasient”. Vanligvis blir begge parter stereotypisert og kategorisert ved det innledende møtet, men ifølge Travelbee (1999) er det når de først begynner å karakterisere hverandre som individer at stereotypene sprenes. Den profesjonelle sykepleieren skal respondere på alle hun har omsorg for som menneskelige individer. Det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper (Travelbee 1999:186-188).

Fremvekst av identiteter

Evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre er karakteristisk ved denne fasen. I denne fasen rettes tanker og følelser mot den andre og man prøver å motta inntrykk av den andres personlighet. Både sykepleieren og den syke begynner å knytte seg mer til hverandre og ser på den andre som individer, og sykepleieren begynner å forstå hvordan pasienten tenker og oppfatter sin situasjon (Travelbee 1999:188-189).

Empatifasen

Travelbee (1999) peker på at empati er en erfaring som skjer mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. I empatifasen tar man del i den andres sinnstilstand, men ikke ved at man tenker og føler som den andre. Å ha empati er å "ta del", men samtidig stå utenfor. Ved å føle empati knyttes man til den andre og opplever nærhet, uten å gå opp i den andre. Empati er en opplevelse av å forstå. Empati er ikke en prosess som foregår hele tiden, det er noe som oppstår av og til (Travelbee 1999:193-194).

Sympati og medfølelse

Som en forlengelse av empatifasen kommer evnen til sympati og medfølelse ved at det foreligger en grunnleggende trang til eller ønske om å lindre plager. Når man viser sympati og medfølelse er det fordi den andres plager berører en. I tillegg har man et ønske om å hjelpe vedkommende som har det vondt. Sympati og medfølelse er ikke en fase i prosessen med å lære hverandre å kjenne, men virker mest sannsynlig forsterkende og utdypende for forholdet mellom sykepleier og den hun skal hjelpe. Sympati og medfølelse kommuniseres ofte verbalt, men kan også uttrykkes non-verbalt (Travelbee 1999:200-201).

Gjensidig forståelse og kontakt

I etableringen av et menneske- til- menneske- forhold vil det overordnede målet for all sykepleie være gjensidig forståelse og kontakt. Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess, en hendelse og en eller flere erfaringer, som finner sted samtidig både av sykepleieren og den syke. Det handler om måten de opptrer overfor hverandre og oppfatter hverandre (Travelbee 1999: 211). At den enkeltes (eller familiens) sykepleiebehov blir ivaretatt er det fremste kjennetegnet på et menneske- til- menneske- forhold (Travelbee 1999:178).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven er det valgt å bruke litteratursøk som metode. Metode forteller noe om hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012:111). Litteratursøk ble valgt da problemstillingen ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn i sykehus, ut fra foreldrenes perspektiv. Intervjustudie ble vurdert tidlig i prosessen, men da hadde perspektivet blitt annerledes, fordi vi ikke har tilgang til å intervju pasienter eller pårørende, så det måtte derfor ha blitt foretatt intervju av sykepleiere ved barneintensiv. Fredriksen og Beedholm (2013) peker på at det for noen problemstillinger egner seg å samle inn og analysere kunnskap som allerede finnes om emnet (s.47). Ved å bruke litteraturstudie kan jeg bruke andres forskning for å få det perspektivet som var ønskelig i oppgaven.

3.2 Litteratursøk

Litteratursøking er en stor del av oppgaven fordi det er viktig å vite hva andre har skrevet om samme emne (Hørmann 2013:36). I arbeidet med finne litteratur til oppgaven har både fagbøker og forskningsartikler blitt brukt. Flere av bøkene som er anvendt har vært på pensum i løpet av utdannelsen, og disse bøkene kom umiddelbart opp som relevante da arbeidet med oppgaven begynte. For å finne fordypningslitteratur som kunne være med å belyse problemstillingen ble søkebasen Bibsys Ask benyttet. Ved å bruke søkefunksjonen ”avansert søk” får man mulighet til å velge søkekriterier og dette gir ofte flere treff enn å søke på ett og ett ord. Søkeord som har blitt benyttet er: pårørende, akutt kritisk syke, kritisk syke barn, familie. Bøkene *Å være akutt kritisk syk* (2011) og *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2013) har hatt relevans for oppgavens innhold, da de begge inneholder kapitler om pårørende til akutt kritisk syke. Særlig boken til Stubberud m.fl (2013) har vært nyttig i arbeidet, da den har to kapitler som tar for seg barn spesifikt. Boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999) har hatt relevans for teoridelen. Selv om Travelbee er sitert og forklart i en rekke fagbøker, ønsket jeg å bruke hennes bok som er primærkilde. Fordelen med å anvende primærkilder er at man unngår å bli utsatt for andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland 2012:87).

For å søke etter forskningsartikler ble databasene Cinahl, Swemed og Sykepleien anvendt. Etter å ha foretatt søk på SweMed og Sykepleien med søkeordene pårørende, akutt kritisk syk, kritisk syke barn, sykepleier, behov, kom det frem at ingen av artiklene inneholdt den type informasjon som var ønskelig. Etter å ha tatt et valg om å benytte Cinahl til litteratursøk ble engelske søkeord benyttet. Jeg har søkt i forskjellige kombinasjoner på ordene: relatives, next of kin, relatives, critically ill, critically ill children, acute critically ill, parents needs og professional- family relations. Det vil kun bli presentert søkeord som førte frem til valg av artikler. For de øvrige søkeordene over ble abstract lest, men artiklene ikke funnet relevante. Ved å bruke forskjellige typer søkeord, enten alene eller sammen, har jeg kommet frem til litteraturen som vil bli anvendt videre i oppgaven.

Søkeord som førte frem til artiklene som er valgt er følgende:

- Critically ill child AND family nursing
Her avgrenset jeg til utgivelse fra 2003- 2014 og fikk 20 treff. Fire av treffene ble ansett til å være relevante til oppgaven og abstract ble lest på disse. Av disse fire var det to artikler jeg fant relevant til oppgaven. Dette er artiklene ”Parents’ perceptions of nurses’ caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit” og ”Parents’ experiences of living through their child’s suffering from and surviving severe meningococcal disease”
- Critically ill child AND families
Ved å avgrense til fulltekst, peer reviewed og utgivelse fra 2004-2014 fikk jeg 123 treff. Ved å avgrense fra 2-5 år og 6-12, ble antall treff redusert til 46 funn. Ved å avgrense ytterligere til at ”parents” som major subject fikk jeg seks treff hvor jeg, etter å ha lest abstracts valgte artikkelen ”Parents’ experiences of living through their child’s suffering from and surviving severe meningococcal disease”
- Ill children AND family experience
Under dette søket ble det avgrenset til peer reviewed, full text og utgivelse fra 2004-2014. Dette førte til 26 resultater. Etter å ha lest abstracts ble to av treffene vurdert som nyttige til bruk i oppgaven. Artikkelen ”Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health”, mens artikkelen ”Parents’

perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit" også kom opp under dette søket.

- Parents needs AND critically ill children

Ved avgrensning fra 2003-2014 fikk jeg 13 treff, hvorav jeg anså to som mulige å anvende i oppgaven. Her var en av artiklene fra nyfødteintensiv og ble derfor ekskludert fordi det ikke er fokusgruppen i oppgaven, mens artikkelen "Parents' perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit", kom opp her også.

- Informational support AND families

Ved publiseringsdato fra 2003-2014, peer reviewed og fulltekst tilgjengelig fikk jeg 471 treff. Deretter ble det gjort en avgrensning ved å velge barn mellom 2- 5 år og barn 6-12 år. Da ble resultatet 47 treff. Mange av treffene ble ikke vurdert da de omhandlet andre diagnoser og fagområder. Artikkelen "emotional and informational support for families during their child's illness" ble valgt ut.

- Information needs AND parents

Ved å søke på disse ordene kom det opp 286 treff. Ved å avgrense til fulltekst, peer reviewed og mellom 2004- 2014 fikk jeg 137 treff.

Ved å velge "parents" som major subject ble antall treff redusert til 22 og derfra fant jeg artikkelen "qualitative analysis of parents' information needs and psychosocial experiences when supporting children with health care needs"

3.3 Kildekritikk

Alt som kan brukes i en oppgave, er kilder (Dalland og Tygstad 2012:63). Kildekritikk går ut på å kunne vurdere og karakterisere kildene som benyttes. Ved å anvende kildekritikk vises det at man klarer å forholde seg kritisk til det kildematerialet som er brukt i oppgaven, og kriteriene som ble benyttet i utvelgelsen (Dalland og Tygstad 2012:72). De fleste artiklene jeg har brukt er fra midten av 2000- tallet, og begynner derfor å bli litt gamle. Til tross for dette er det valgt å ta med disse da de er relevante i forhold til det jeg ønsker svar på med oppgaven. Ved at artiklene tar utgangspunkt i foreldrenes behov når deres barn er innlagt i sykehus, tar de for seg det perspektivet som var ønskelig i denne oppgaven. Særlig artikkelene til Hopia

m.fl. (2005) og Sarajärvi, Haapamäki og Paavilainen (2006) har vært nyttige for å svare på problemstillingen.

3.4 Etske overveielser

Alle artiklene som er valgt ut har tatt hensyn til etiske overveielser. Etske overveielser handler om mer enn å følge regler. Man må også tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører (Dalland 2012:95). Før et forskningsprosjekt kan settes i gang må det søkes om godkjenning til en etisk komite (Dalland 2012:98). Alle artikkelforfatterne har kontaktet sykehusenes lokale komite for å få tillatelse til å gjennomføre studien. Deltagerne i samtlige artikler fikk også beskjed om at deltagelsen var frivillig. Med informert samtykke menes det at de som deltar i forskningen , gjør dette av egen vilje og på selvstendig grunnlag (Dalland 2012:105).

4.0 Presentasjon av forskningsartikler og funn

4.1 Artikkelen

Tittel: Emotional and informational support for families during their child's illness

Forfattere: Sarajärvi, A., Haapamäki, M.L., Paavilainen, RN. (2006)

Hensikt: Å beskrive og sammenligne støtte gitt fra sykepleiere til familier mens deres barn er syke, både fra familiens og sykepleierens synspunkt.

Metode: Kvalitativ metode. Spørreskjema med 30 strukturerte og ett åpent spørsmål.

Utvalg: 344 familier og 60 sykepleiere

Hovedfunn:

1) *behov for emosjonell og informativ støtte*

Ifølge mange av foreldrene opplevde de fysiske reaksjoner som et resultat av at deres barn var sykt. Søvnløshet, hodepine og redusert matlyst ble nevnt. Dette hadde også sykepleierne observert. Psykologiske reaksjoner som foreldrene oppga var frykt, rastløshet og sorg. 41 % av familiene følte at sykepleierne hadde støttet dem når de opplevde en fysisk eller psykisk reaksjon, men 21 % følte at de ikke fikk noe støtte.

2) *utvikling av støtte*

Artikkelen peker på at familiene ønsket at de ansatte kunne tilby mer støtte ved å lytte, være tilstede og tilgjengelig og å gi mer informasjon vedrørende barnets sykdom og pleie ved å ta familiene mer med i vurderingen av pleie samt ved å ha en positiv holdning.

Det er stort behov for videre utvikling av involvering av foreldrene og å lytte mer til deres meninger gjennom hele sykepleieprosessen. Et slikt fokus hadde ført til større tillitt mellom de ansatte og familiene, noe som er viktig i behandlingen og rehabiliteringen av barna. Både informasjon og emosjonell støtte bør tilbys individuelt til hver familie. Det er også viktig at sykepleiere får kunnskap om og ferdigheter innenfor hvordan samtale om vanskelige temaer med familier, og hvordan de virkelig kan støtte foreldrene i deres situasjon.

4.2 Artikkel to

Tittel: Qualitative analysis of parents' information needs and psychosocial experiences when supporting children with health care needs

Forfatter: Jackson, R. m. fl.

Hensikt: Å identifisere informasjonsbehovet til foreldre med barn som har behov for helsehjelp.

Metode: Randomisert utvalg på 84 potensielle respondenter ble sendt et informasjonsskriv. Studien ble gjennomført ved hjelp av tre fokusgruppeintervjuer og et dybdeintervju. Kvalitativt studie.

Utvalg: 10 deltagere, ni kvinner og en mann.

Hovedfunn: Funnene ble gruppert i fire hovedtemaer

1) Hvordan informasjon ble presentert

Foreldrenes tilfredshet vedrørende informasjonen de mottok om barnets helsebehov var varierende og så ut til å ha sammenheng med graden av engstelse de opplevde. De fleste foreldrene hadde utført søk på egenhånd når de følte at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon fra de ansatte. De som svarte oppga at de hadde et informasjonsbehov relatert til barnets tilstand og symptomer, tester, behandling og ventetid. Det kom frem at foreldrene best tok til seg informasjon ved verbal, en- til- en kommunikasjon

2) nivå av støtte

Noen av respondentene oppga at de syntes støttegrupper var nyttige som en kilde til informasjon og støtte fra andre familier i samme situasjon. Andre derimot pekte på at de hadde liten nytte av dette fordi de ikke følte informasjonen var spesifikk nok.

3) forhold mellom familien og den profesjonelle

Forholdet mellom foreldrene og sykepleieren har en signifikant psykososial innvirkning på opplevelsen av pleie og måten informasjon blir oppfattet på. Foreldrene vektla viktigheten av å utvikle god kommunikasjon med behandleren. Foreldrene pekte på at dette ble sett på som at de ble lyttet til angående behovene sine, at behandleren verdsatte foreldrenes kunnskap om barnets sykdom eller individuelle symptomer og å bli tatt med på råd vedrørende pleie av deres barn.

4) styring av hendelser

Behovet til foreldrene for å forstå og føle at de har kontroll over deres barns tilstand, er sentral for deres tillitt til å mestre situasjoner utenfor sykehuset.

Konklusjon

Denne studien har funnet ut viktigheten av at behandlere tar i betraktning de psykososiale innvirkningen barnas dårlige helse har på foreldrene, i tillegg til behovet for sensitiv og effektiv kommunikasjon og informasjon. Når man gir foreldrene informasjon er det vist at den mest effektive metoden er verbal, ”en-til-en” kommunikasjon.

4.3 Artikkel tre

Tittel: Parents’ perceptions of nurses’ caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit

Forfatter: Harbaugh, B.L., Tomlinson, P.S., Kirschbaum, M. (2004)

Hensikt: Å se på hvordan foreldre til barn innlagt på barneintensiv har opplevd sykepleien til barna.

Metode: Kvalitativ studie hvor dataene ble innhentet ved hjelp av spørreskjema og intervju. Utvelgelseskriteriene for å delta i undersøkelsen var at barna deres hadde vært innlagt på barneintensiv i minst 24 timer, at barnet ikke hadde vært innlagt der tidligere, det var ingen indikasjoner på barnemishandling og at foreldrene snakket flytende engelsk.

Utvalg: Ti respondenter. Av de ti intervjuene som ble gjennomført, deltok begge foreldrene i ni av de, ett intervju var gjennomført med kun moren. Barnas alder varierte fra en måned til 9 år.

Hovedfunn: To funn som skilte seg ut. *Nærende:* å vise hengivenhet og omsorg, og *oppmerksomhet:* å beskytte og å være tilstede. Resultatene sentrerte rundt foreldrenes opplevelse av sykepleieadferd som sørget for at barna fikk kvalitetsomsorg, og omsorg som inkluderte foreldrene i pleien av barna. Foreldrene pekte på at god sykepleieadferd var 1) å la foreldrene være tilstede og opprettholde nærhet til barnet, 2) redusere stress og usikkerhet ved å gi konsis informasjon og oppmuntring, 3) utføre sykepleie i en kompetent og koordinert måte, 4) verdsette barnets individualitet, og 5) holde foreldrene informert om barnets daglige respons og utvikling. Det som ble pekt på som dårlig sykepleieadferd var separasjon og ekskludering, å utelate kommunikasjon og der sykepleieren utførte pleie uten å vise hengivenhet og eller beskyttelse.

En måte som gjorde det mulig for foreldrene å håndtere situasjonen var å se og beskytte barna, dette var avhengig av at sykepleier gjorde det mulig for foreldrene å være sammen med barna. Det å kunne se barnet sitt var en måte for foreldrene å beskytte barnet. Foreldrene

visste at de ikke kunne ta vare på barna sine alene, og at de var avhengige av at sykepleierne beskyttet barnet deres. Foreldrene pekte på at ved at sykepleier våket over barnet, kombinert med åpen kommunikasjon, var den beste beskyttelse.

4.4 Artikkel fire

Tittel: Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health

Forfatter: Hopia H; Tomlinson PS; Paavilainen E; Åstedt- Kuri P. (2005).

Hensikt: Å utforske, fra foreldrenes synspunkt, hvordan sykepleiere kan fremme familiehelse når barnet er innlagt i sykehus.

Metode: Familieintervju. Kvalitativ studie.

Utvalg: 82 familiemedlemmer, 43 foreldre og 39 barn.

Hovedfunn: De som ble intervjuet beskrev sykepleieres handlinger for å ivareta familiehelse gjennom fem hovedfunn 1) *forsterke foreldreskap*, 2) *ta vare på barnets velferd*, 3) *dele den emosjonelle byrden*, 4) *støtte for daglige byrder*, 5) *skape et konfidensielt pleieforhold*.

- 1) Foreldre føler seg ofte usikre og hjelpeløse på sykehus og vet ikke alltid hva de bør gjøre i forhold til barna sine. Det er viktig at sykepleiere snakker med foreldrene og finner ut hva de ønsker å gjøre, hva de kan gjøre og hva de bør gjøre for å fremme barnets velferd. Dette hjelper foreldrene med å avklare egne roller og forsterke foreldreskapet mens barnet er på sykehus. Foreldre trenger tilbakemelding og oppmuntring fordi de hele tiden må lære nye ting.
- 2) I situasjoner der familien mangler kunnskap til å ta seg av barnet alene, må sykepleier ta initiativ til og midlertidig ta over for foreldrene. Dette er avgjørende for å fremme helse i familien. Når barnet er innlagt i sykehus er det borte fra sine kjente omgivelser, i tillegg vil det være ukjente mennesker i et nytt miljø, noe som kan føre til at barnet endrer adferd. Det er viktig at foreldrene ikke er alene om forandringene som barnet gjennomgår, her må de få støtte og hjelp fra sykepleierne.
- 3) Sykepleiere må ta avgjørelser på foreldrenes vegne eller gripe inn når foreldrene ikke skjønner hvor slitne de er. Utålmodige, irriterte og utslitte foreldre bør alltid sendes hjem for å hvile, mens en navngitt sykepleier tar vare på barnet. Det er viktig at sykepleier er tilstede og lytter til foreldrene.
- 4) kvaliteten og kvantiteten på informasjon til familien må tilpasses hver enkelt families individuelle situasjon. Noen foreldre ønsker å vite alt om barnets sykdom og

behandling. For dem er tilgang på informasjon en viktig mestringsstrategi, i en ny stressende situasjon. Andre vil ikke klare å ta til seg informasjonen og vil avvise den, og ikke ønske å vite om sykdommen til senere.

- 5) Det er viktig å holde familien oppdatert om alt vedrørende barnet deres. Familier er vanligvis vant til å planlegge fremover, men når et barn blir innlagt på sykehus blir hverdagen styrt rundt dette, og familien kan føle at de har mistet mye av sin selvstendighet. Dette kan føre til stor frustrasjon i familien, men dette kan enkelt løses ved å involvere familien i alle beslutningsprosesser om barnet helt fra starten av behandlingen.

4.5 Artikkel fem

Tittel: Parents' experiences of living through their child's suffering and surviving severe meningococcal disease

Forfatter: Haines, C. (2005).

Hensikt: Å beskrive, analysere og forsøke å forstå erfaringene fra foreldre med barn som har hatt hjernehinnebetennelse, å utvikle konsepter og teorier vedrørende foreldrenes opplevelse og identifisere faktorer som kan påvirke og utvikle kvaliteten på pleie gitt av sykepleier.

Metode: Fokusintervjuer ble gjennomført av forfatteren en måned etter utskrivelse fra sykehus. Intervjuene ble gjennomført enten hjemme hos foreldrene eller i et privat rom på sykehuset.

Utvalg: Syv foreldre som hadde hatt barna innlagt på barneintensiv.

Hovedfunn: 11 punkter blir presentert i artikkelen. Her vil de viktigste funnene bli presentert.

1) *Tap av foreldrerollen:*

Når barnet blir lagt inn på sykehus forandres foreldrenes rolle. Det er viktig å legge til rette for at foreldrerollen kan opprettholdes for å minimere endringer av forholdet mellom foreldrene og barna. Ved å involvere foreldrene i pleien av barna og gi de informasjon vedrørende behandling og utvikling kan det hjelpe dem med å opprettholde denne rolleforandringen. Ansatte ved barneintensiv prøver alltid å opprettholde forholdet mellom foreldre og barn.

2) *Behov for støtte og forståelse*

Alle foreldre som har barn innlagt på barneintensiv har et stort behov for støtte og forståelse. Støtten kommer oftest fra sykepleiere og andre foreldre.

3) *Behov for – og verdien av kommunikasjon/informasjon*

Et av de viktigste behovene for foreldre er behovet for informasjon. Foreldrene som følte at de var en del av en åpen informasjonsdelende prosess vedrørende barnets pleie følte en viss kontroll i situasjonen.

4) *Hvordan pleien ble gitt*

Foreldrene identifiserte seg mest med sykepleiere og leger under innleggelsen. Foreldrene var fornøyde med pleien som ble gitt. Særlig verdsatte de bruk av et primærsykepleie- team, og hvordan det førte til et godt forhold mellom foreldrene og sykepleierne. Bruk av primærsykepleie er assosiert med styrking av sykepleien og et effektivt samarbeid mellom barn/ familien og sykepleier. Det gjør at det er lettere for sykepleier å involvere seg med barnet og foreldrene og en mer åpen kommunikasjon er lettere å gjennomføre.

Nøkkelord: child, evidence- based practice, paediatric intensive care, parent

5.0 Drøfting

Drøftingen vil ta for seg hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn. Drøftingsdelen tar utgangspunkt i funn fra artiklene. Teori vil bli trukket inn for å belyse problemstillingen.

5.1 Pårørendes behov for informasjon

Behovet for informasjon var noe foreldrene i alle artiklene vektla som et viktig elementet når deres barn ble innlagt på sykehus. Dette er også noe de nærmeste pårørende har rett på:

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999).

Travelbee (1999) presiserer hvordan bruk av kommunikasjon kan føre til at et menneske- til- menneske- forhold opprettes. Når man skal gi informasjon er bruk av kommunikasjon essensielt. Hvilken grad av alvorlighet de pårørende oppfatter at situasjonen har, påvirker deres søken etter informasjon og hvordan denne informasjonen blir oppfattet (Moesmand og Kjøllesdal 2011:174). Hvordan man kommuniserer informasjonen vil være avgjørende for hvordan informasjonen bearbeides og forstås av de pårørende. Målet med menneske- til- menneske - forholdet er at det resulterer i en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 1999:172).

For at sykepleier skal ivareta foreldrenes behov for informasjon, er det ikke bare viktig hvordan den blir kommunisert verbalt, men også hvordan den kommuniseres non- verbalt. Travelbee (1999) legger vekt på at ved non- verbal kommunikasjon overføres budskapet ved hjelp av gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser, derfor er det også viktig at sykepleier tenker over hvordan hun kommuniserer non- verbalt. Selv om informasjonen kommuniseres forståelig verbalt, vil et kroppsspråk som tyder på at sykepleier er stresset eller egentlig ikke har tid, føre til at de pårørendes behov for informasjon ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.

Selv om mange pårørende oppgir at de er fornøyd med informasjonen som blir gitt, har det også blitt vist at dette er noe sykepleiere bør bli bedre på (Sarajärvi , Haapamäki og Paavilainene 2006). En av de pårørende i artikkelen til Haines (2005) påpeker dette:

What I would have liked is more information, someone there to talk to, who knew about it or who had been through it, like a sympathetic friend or somebody that understood what you'd been through, somebody to give reassurance, somebody to put their arm around you and say "come on" (Haines 2005: 85).

Til tross for at mange av foreldrene var fornøyd med informasjonen de fikk fra sykepleier, er det et interessant poeng at sykepleierne, i større grad enn foreldrene var tilfreds med hvordan informasjonsbehovet ble møtt (Sarajärvi m.fl 2006). Dette er noe sykepleiere bør huske på når de møter pårørende til akutt kritisk syke barn, at selv om informasjonen er forståelig for dem er det ikke sikkert det er forståelig for foreldrene. En av foreldrene i artikkelen til Jackson m.fl (2007) peker på den beste måten å gi informasjon på var når det ble forklart på en forståelig måte og ikke ved hjelp av medisinske ord og uttrykk. Det at informasjonen ble forklart på en tydelig og forståelig måte gjorde at de pårørende klarte å ta til seg informasjonen som ble gitt. Dette er et eksempel som viser hvordan sykepleier kan gå fram for å ivareta foreldrenes behov for informasjon. Ved at sykepleiere gjør informasjonen forståelig for de pårørende, vises det at denne sykepleieren så menneskene bak de pårørende, og deres behov, og dette kan være med på føre til at et menneske- til- menneske- forhold opprettes (Travelbee 1999).

Både Sjøbjerg (2013b) og Moesmand og Kjøllesdal (2011) påpeker at foreldre har behov for informasjon. Hvordan de mottar og bearbeider informasjonen, vil variere (Sjøbjerg 2013b: 188). Hvilken grad av alvorlighet de pårørende oppfatter at situasjonen har, påvirker deres søken etter informasjon og hvordan denne informasjonen blir forstått (Moesmand og Kjøllesdal 2011:174). Når barnet ditt blir akutt kritisk syk, kan man oppleve dette som en traumatisk krise, innleggelsen kan ha skjedd brått og mange foreldre vil kunne oppleve å være i sjokk ved innleggelsen. Som Eide og Eide (2011) påpeker, blir informasjon gitt i sjokkfasen ofte feiltolket eller bare delvis oppfattet, og den må alltid gjentas senere (s.178)

Mangel på adekvat informasjon har vist seg å lede til stress hos foreldrene, mens det å gi effektiv og presis informasjon til foreldrene kan være med på å redusere angsten relatert til barnets sykdom. Dette kan føre til at foreldrene får en følelse av kontroll (Jackson m.fl 2007:32). Ved hjelp av informasjon kan de pårørende få vite noe om hva som kan forventes, og det kan hjelpe til å redusere uvissheten en akutt kritisk situasjon er forbundet med (Moesmand og kjøllesdal 2011:173).

En måte sykepleier kan hjelpe pårørende på er å gi dem informasjon om pasientens tilstand når de selv ønsker det. Som regel har pårørende et stort behov for informasjon når barnet blir akutt kritisk syk. Ved for lite informasjon eller hvis det går for lang tid uten informasjon, kan de pårørende bli engstelige og utvikle feiltolkninger og fantasier. Dette kan fremkalle stress hos de pårørende. Det er viktig at sykepleier finner balanse i hva de gir av informasjon, mellom det å gi tilstrekkelig informasjon slik at de pårørende kan forholde seg til situasjonen, og det å gi for mye informasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2011:162). Hopia m.fl (2006) peker også på at kvaliteten og kvantiteten på informasjonen må tilpasses hver enkelt families behov. Noen foreldre ønsker informasjon om barnets sykdom og behandling allerede første dag, mens andre ikke vil klare å ta til seg informasjonen og avviser den (s. 218). Dersom de pårørende befinner seg i sjokkfasen, vil informasjonen som blir gitt måtte gjentas, fordi informasjon gitt i denne fasen ofte bare delvis blir oppfattet. Dersom de pårørende er i reaksjonsfasen er det viktig at de pårørende har noen som lytter slik at de har noen å dele sin angst og fortvilelse med. Ved at sykepleier lytter og samtidig formidler trøst, støtte, informasjon kan foreldrene føle større emosjonell kontroll og mestring i en vanskelig tid (Eide og Eide 2011).

5.2 Pårørende som ressurs for pasient og helsepersonell

Pårørende er eksperter på pasienten, som her er et barn, men har en annen ekspertise enn helsepersonellet (Moesmand og Kjøllesdal 2011:158). Når et barn legges inn i sykehus med akutt og /eller kritisk sykdom, skjer det som oftest uten forvarsel. Familiemedlemmer får ofte liten tid til å forberede seg og det er derfor en stressende hendelse for familien. Foreldre er normalt de personene som er viktigst for barnet. De representerer det trygge og forutsigbare. Det er foreldrene som kjenner barnet og barnets reaksjoner best. Dersom barnet ikke kan uttrykke seg selv, er foreldrene sykepleierens viktigste samarbeidspartner (Søbjerg 2013b:186). For den akutt kritiske syke er de pårørende det eneste kjente i en ekstremt vanskelig situasjon i ukjente omgivelser. Når pårørende er hos pasienten føler de seg trygge, og et utviklet tillitsforhold mellom pårørende og helsepersonell kan skape følelse av trygghet for pasienten (Moesmand og Kjøllesdal 2011:155).

Foreldre er normalt de som beskytter og ivaretar barnets sikkerhet, så når barnet blir akutt kritisk sykt kan de føle seg hjelpeløse. Deres angst og bekymring blir ofte forsterket av følelsen av usikkerhet, skyld, angst og sorg. Forsterkelsen av disse følelsene kan gjøre at

foreldrene reagerer annerledes enn de vanligvis ville gjort, dette kan komme til uttrykk i form av irritasjon og eventuelt aggresjon. Foreldrene har behov for å føle trygghet for å kunne formidle trygghet til barnet. Foreldre kan reagere ulikt på når barnet deres blir alvorlig sykt, og på kriser for øvrig (Sjøbjerg 2013b:188). Dette kan for eksempel vise seg ved at en av foreldrene fortsatt er i sjokk og forneker det som har skjedd, mens den andre er i bearbeidelsesfasen (Eide og Eide 2011). De ulike måtene å reagere på kan bidra til at foreldrene aksepterer og tilpasser seg situasjonen ulikt, noe som kan føre til konflikter i parforholdet. Det er viktig at sykepleier er bevisst på at foreldrene kan reagere ulikt, og snakke med dem om det. Det kan forebygge unødige bebreidelser mellom foreldrene, øke følelsen av kontroll og begrense konflikt (Sjøbjerg 2013b:188).

For å kunne gi god sykepleie er det viktig å bli kjent med både barnet og foreldrene. Sjøbjerg (2013b) peker på at foreldre verdsetter sykepleiere som er engasjerte og omsorgsfulle. Det er viktig at sykepleier lytter til foreldrene og respekterer deres valg, så lenge det er til det beste for barnet. Dersom sykepleier tar seg tid til å snakke med og støtte foreldrene, bidrar det til at de føler seg velkomne, og tillitten til at barnet får best mulig behandling øker (s.191).

Sykepleiere, annet helsepersonell og foreldre er likeverdige partnere. Helsepersonell har kunnskap om sykdom og skader, mens foreldrene kjenner barnet sitt best. Foreldre til akutt kritisk syke barn er de viktigste samarbeidspartnerne for helsepersonell, fordi de vet hvordan barnet blir påvirket av sykdom og behandling. Det er viktig for foreldrene at deres kunnskap og erfaringer etterspørres (Sjøbjerg 2013b:191-192). Sykepleier må tilrettelegge for at pårørende får nødvendig informasjon, og at det er mulig for de pårørende å forholde seg til denne. Pårørende representerer en ressurs for både pasienten og helsepersonellet (Moesmand og Kjøllesdal 2011).

Helhetlig sykepleie innebærer å etablere et forhold til både pasient og pårørende for å legge til rette for sosial støtte og for å fremme tilpasning og hensiktsmessig mestring. Informasjon, emosjonell støtte og praktisk hjelp er viktig for å få til dette (Moesmand og Kjøllesdal 2011:152).

God kommunikasjon mellom sykepleier og foreldrene blir pekt på som viktig av foreldrene. Det at sykepleier lytter til foreldrenes behov, verdsetter foreldrenes kunnskap og inkluderer dem i pleien av barna er med på å bedre relasjonen (Jackson m.fl 2007) og vil kunne være med på å føre til gjensidig respekt og forståelse mellom sykepleier og den hun skal hjelpe, og

føre til utviklingen av et menneske- til- menneske- forhold (Travelbee 1999). Funnene i artikkelen til Sarjärvi m.fl (2006) viser at det er et stort behov for at foreldre blir involvert og lyttet til. Dersom sykepleier praktiserer dette økes tillitten mellom foreldrene og sykepleier, noe som er viktig i behandlingen av barnet. Det er viktig at både informasjon og emosjonell støtte tilbys individuelt til hver enkel familie. Ved at sykepleier tilpasser støtten individuelt til hver enkelt familie viser sykepleier sympati og medfølelse, noe som i følge Travelbee (1999) sannsynligvis virker forsterkende på forholdet mellom sykepleier og den hun skal hjelpe. Sympati og medfølelse kan både kommuniseres verbalt og non- verbalt. Sykepleier må få kunnskap og ferdighet til å samtale om vanskelige temaer med familiene og hvordan de virkelig kan gi støtte i en vanskelig situasjon (Sarjärvi m.fl. 2006).

5.3 Behovet for å bli beroliget om barnets tilstand

Det å få forsikring om at pasienten får pleie og omsorg av høy kvalitet er noe av det viktigste for de pårørende rett etter at kritisk akutt sykdom har oppstått. I tillegg trenger ofte pårørende hjelp til å lindre sin egen angst og frykt (Moesmand og Kjøllesdal 2011). I artikkelen til Harbaugh, Tomlinson og Kirschaum (2004) blir det pekt på at dersom sykepleier gir konsis informasjon til de pårørende, vil deres stress og usikkerhet bli redusert. Dette forutsetter ærlig informasjon om pasientens tilstand og at noen lytter og er sammen med dem. I tillegg har de pårørende behov for håp, dette gjør det lettere å gi mening i situasjonen. Håp er i følge Moesmand og Kjøllesdal (2011) de pårørendes viktigste behov (s.170). Ved å ha håp motiverer og økes de pårørendes evne til hensiktsmessig mestring. Hvordan helsepersonell omtaler og forholder seg til pasienten, både direkte og indirekte, påvirker de pårørendes håp (Moesmand og Kjøllesdal 2011:170). Den som håper ønsker at livssituasjonen skal endre seg (Travelbee 1999:119). Det er sykepleiers oppgave å hjelpe til med å holde fast på håpet og å unngå håpløshet. Ved å gjøre seg tilgjengelig og lytte til de pårørende når de snakker om sin frykt og angst, kan hun være med på å holde fast ved håpet (Travelbee 1999:123). Pårørende i artikkelen Hopia m.fl (2005) fremhever viktigheten av at sykepleier gjør seg tilgjengelig: ” it is very important that a nurse enter your room, sits, chats, listen to you, not only give the medicine and leaves ” (s.218).

Dersom sykepleier er tilgjengelig og holder foreldrene oppdatert om barnets respons på behandlingen som blir gitt og barnets utvikling, vil foreldrene føle seg godt ivaretatt

(Harbaugh m.fl 2004). Foreldrene i artikkelen til Sarajärvi m.fl (2006) ønsket mer informasjon vedrørende barnets utvikling og situasjonen (s. 208). Ved at sykepleier tar seg tid til å kommunisere med de pårørende og lytte til dem, kan de pårørende føle at sykepleieren klarer å leve seg inn i deres situasjon i øyeblikket. Å vise empati er en viktig del av utviklingen av et menneske- til- menneske- forhold (Travelbee 1999). Når de pårørende og sykepleier etter hvert lærer hverandre å kjenne, begynner sykepleieren å forstå hvordan den hun skal hjelpe tenker og opplever sin situasjon. På den måten, kan sykepleier se an de pårørende og sette seg ned for å prate med dem eller lytte. Ved at sykepleier tar seg tid til å snakke med de pårørende og gir de informasjon om pasientens tilstand kan det føre til sykepleier og foreldre knyttes til hverandre, og at foreldrene føler seg ivaretatt.

5.4 Tap av foreldrerollen

Mange foreldre opplever endring av foreldrerollen som det mest stressende når barnet blir innlagt i sykehus. Det er foreldrene som er vant til å ivareta barnas behov og sikkerhet. De føler seg hjelpeløse når de ikke vet hvordan de skal møte barnas reaksjoner og symptomer. I tillegg kan det være vanskelig å vite hva som forventes av dem i foreldrerollen (Sjøbjerg 2013b:189). Når barnet blir innlagt på sykehus kan foreldrene gjennomgå en *rolleovergang*, fra beskytter og oppdrager til en hjelpeløs tilskuer. Når barnet blir lagt inn på sykehus forandres foreldrenes rolle. Det er viktig å legge til rette for at foreldrerollen kan opprettholdes for å minimere endringen av forholdet mellom foreldrene og barna. Ved å involvere foreldrene i pleien av barna og gi de informasjon vedrørende behandling og utvikling kan det hjelpe dem med å opprettholde denne rolleforandringen (Haines 2005). I forbindelse med rolleoverganger kan det oppstå situasjoner hvor personer ikke tilpasser seg eller mestrer rollen (Svabø m.fl 2000:163). Foreldre har ofte lyst til å delta i pleien av barna, men de er ikke sikre i den nye rollen på sykehus. De føler seg ikke komfortable i sykehusmiljøet, og føler seg ofte hjelpeløse og utilstrekkelige. Andre foreldre ønsker derimot ikke å være i veien for sykepleierne og gjør deres beste for å adoptere sykehusets rutiner så fort som mulig. Foreldre trenger kontinuerlig veiledning og aktiv støtte for å forstå sin rolle, hva som er forventet av dem og hva de kan gjøre på sykehuset for å hjelpe sitt barn (Hopia m.fl 2005:213). For at sykepleier best kan ivareta foreldrene er det viktig at sykepleier kommuniserer med foreldrene. Fordi kommunikasjon er en gjensidig prosess, som sykepleieren bruker for å gi informasjon og familien bruker for hjelp (Travelbee 1999) kan

sykepleier bruke kommunikasjon for å finne ut om de pårørende vil ha en passiv eller aktiv rolle i pleien av barnet sitt. Ved å gjøre dette vil sykepleier vise at hun skjønner at foreldrene er i en vanskelig situasjon, men at hun ønsker å hjelpe. Ved å aktivt kommunisere med foreldrene, både verbalt og non-verbalt, vil målet om en gjensidig kontakt og forståelse lettere kunne oppfylles, og det vil kunne ha en stor innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjonen (Travelbee 1999:137).

Man blir ofte kastet inn i rollen som pårørende til akutt kritisk syke, og det er en rolle som ikke kan velges (Moesmand og Kjøllesdal 2011:145). Når barnet blir akutt kritisk sykt og innlagt på sykehus vil man i tillegg til rollen som foreldre, måtte tilpasse seg en ny rolle som pårørende til et akutt kritisk sykt barn. I forbindelse med innleggelse i sykehus er det en stor kilde til stress og engstelse. Barnas sykdom og innleggelse i sykehus fører til sterke inntrykk. Deres bekymring og engstelse vil ofte bli sammenblandet med følelsen av usikkerhet, skyld, redsel og sorg (Hopia m.fl 2005:213). Akuttinnleggelse av barn i sykehus skaper mye spenning, frustrasjon og hjelpeløshet hos foreldrene. Omgivelsene og helsepersonellet som familien møter, er ukjente og kan virke sterkt på sjokkerte og engstelige foreldre. Når barnet er kritisk sykt er foreldrene engstelige for barnets overlevelse og de føler ofte frykt, skyld og hjelpeløshet, samtidig som de har håp og forsiktig optimisme (Sjøbjerg 2013b:187).

5.5 Behovet for fysisk og emosjonell støtte

Ved akutt kritisk sykdom er det viktig for foreldrene at sykepleieren støtter dem. Når man må forholde seg til sykdom hos barnet sitt, trenger foreldre støtte for å kunne håndtere situasjonen (Sarajärvi m.fl 2006:205). Å gi informasjon til foreldrene er den viktigste formen for støtte, men de trenger i tillegg emosjonell støtte i deres vanskelige situasjon (Sarajärvi m.fl 2006:206). Ved at sykepleieren støtter de pårørende vil det kunne være et steg i retning av å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som ifølge Travelbee (1999) er ”å hjelpe et individ eller en familie med og forebygge sykdom og lidelse, og med å finne mening i disse erfaringene” (s.171). At sykepleier klarer å leve seg inn i, eller å ta del i den andres psykiske tilstand viser at hun empati for foreldrene og den situasjonen de er i. Mange av foreldrene oppga at de hadde slitt med fysiske reaksjoner som et resultat av barnets sykdom. Søvnløshet, hodepine og manglende appetitt (Sarajärvi m.fl 2006). Familiene skulle ønske at sykepleierne hadde gitt dem mer støtte ved å lytte, være tilstede og tilgjengelige for dem. En av

respondentene i studien til Sarajärvi m.fl (2006) pekte på dette og oppga at de skulle ønske familiene ble viet mer oppmerksomhet, og at sykepleierne kunne spørre hvordan foreldrene hadde det innimellom. Eide og Eide (2011) peker på at personer i krise trenger støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Det at sykepleier gir støtte, både til barnet og de pårørende, er avgjørende for hvordan familien vil mestre situasjonen. Ved å gi støtte til foreldrene, enten verbalt eller non- verbalt, viser sykepleier empati med foreldrene, ved at hun evner å leve seg inn i og ta del i foreldrenes tilstand (Travelbee 1999). Harbaugh m.fl (2004) peker på at foreldrene opplevde sykepleie som inkluderte foreldrene i pleien av barna som god sykepleieadferd. 13 % av sykepleierne i undersøkelsen til Sarajärvi m.fl (2006) pekte på tidsmangel førte til at støtten til foreldrene ikke ble så bra som ønsket (s.207). Hopia m.fl (2005) peker på at det er viktig at sykepleiere prioriterer arbeidsoppgavene, slik at de alltid har styrke og energi til å støtte familiene (s. 218). Hvor mye behov for kontakt med helsepersonellet de pårørende har, varierer. Til tross for dette, trenger pasientens pårørende informasjon om pasientens tilstand og ønsker ofte å kunne være til stede (Moesmand og Kjøllesdal 2011:152). For at sykepleier skal kunne ivareta foreldrenes behov for fysisk og emosjonell støtte er det viktig å se mennesket som skjuler seg bak ”rollen” pårørende, hvis man som sykepleier klarer dette vil man komme nærmere målet i sykepleien om å opprette et menneske- til- menneske- forhold med den man skal hjelpe (Travelbee 1999).

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven har sett på hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til akutt kritisk syke barn mellom to og tolv år innlagt i sykehus. Det har blitt vist at informasjon, opprettholdelse av foreldrerollen, det å bli sett som ressurs og ekspert på sitt eget barn og å bli beroliget om barnets situasjon er viktige virkemidler sykepleier bør anvende for å ivareta foreldre til barn innlagt i sykehus. Ved at sykepleier opparbeider et menneske- til- menneske- forhold med de pårørende kan følelsen av å bli ivaretatt i en vanskelig tid hvor man gjennomgår en krise muligens bli lettere. Først når sykepleier ser mennesket bak den pårørende kan et mellommenneskelig pleieforhold opprettes. Foreldrene til akutt kritisk syke barn er en viktig ressurs for sykepleiere i arbeidet med kritisk syke barn, da de er eksperter på barnet. Selv om denne oppgaven har fokusert på ivaretagelse av pårørende til barn, vil jeg tro at funnene har stor overføringsverdi til akutt kritisk syke i alle aldersgrupper. Det er viktig at sykepleier inkluderer pårørende til akutt kritisk syke i pleien av pasienten, da de er en enorm ressurs både for pasienten og helsepersonell. I en hverdag hvor sykepleiere har liten tid, det til tider kan være hektisk og hovedfokus er på pasienten, kan det oppstå utfordringer knyttet til det å etablere et menneske- til- menneske- forhold og å skulle ivareta de pårørende. Selv om disse aspektene kan virke utfordrende på ivaretagelsen av de pårørende, har denne oppgaven vist at det er særlig viktig for sykepleier å være bevisst forholdet til de pårørende og deres behov.

7.0 Litteraturliste

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Dalland, O. og Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I : Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Kap. 4. s. 63-80.
- Eide, H og Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fredriksen, A.K og Beedholm, K. (2013). Litteraturreview. I :Glasdam, S (red). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige området- indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Kap.3.1.2. s. 47- 54.
- Haines, C. (2005). Parents' experiences of living through their child's suffering from and surviving severe meningococcal disease. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*. 10 (2), s, 78- 89. "Hentet fra Cinah".
- Harbaugh, B.L., Tomlinson, P.S., Kirschbaum, M. (2004). Parents' perceptions of nurses' caregiving behaviors in the pediatric intensive care unit. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 27, s.163-178. doi: 10.1080/01460860490497985
- Hopia ,H., Tomlinson P.S., Paavilainen, E; Åstedt- Kuri P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*. 14 (2), s. 212-222. "Hentet fra Cinahl".
- Hørmann, E. (2013). Litteratursøgning. I: Glasdam, S (red). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige området- indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Kap3.1.1. s. 36- 46.
- Jackson, R m.fl. (2007). Qualitative analyses of parents' information needs and psychosocial experiences when supporting children with health care needs. *Health*

information and Libraries Journal. 25 (1), s. 31-37. Doi:10.1111/j.1471-1842.2007.00736.x.

- Kirkevold, M. (2006). Familien i et helse- og sykdomsperspektiv. I: Kirkevold, M og Ekern, S- K (red). *Familien i sykepleiefaget*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. *Lov av 2. juli 1999 nr.63*. (Pasient- og brukerrettighetsloven).
- Moesmand, A.M og Kjøllesdal, A. (2011). *Å være akutt kritisk syk- om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Norsk sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
- Sarajärvi, A, Haapamäki, M.L., Paavilainen, RN. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International nursing review*. 53, s. 205-210. "Hentet fra Cinahl".
- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt kritisk syk. I: D-G Stubberud (red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1.utg. Oslo. Gyldendal Akademisk. Kap. 1. s, 13-37.
- Svabø, A., Bergland, Å., Hæreid, J. (2000). *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøbjerg, I.L. (2013a). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I: D-G Stubberud (red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1.utg. Oslo. Gyldendal Akademisk. Kap.4. s. 114-151.
- Sjøbjerg, I.L. (2013b). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. I: D-G Stubberud (red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1.utg. Oslo. Gyldendal Akademisk. Kap 7. s. 186- 199.

- Travelbee, Joyce. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tveiten, S. (2012a). Barns helse og livskvalitet. I: Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Kap.2. s. 42-78.
- Tveiten, S. (2012b). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I: Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. *Sykepleie til barn- familiesentrert sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Kap.1 s. 11-40.
- Universitetet i Oslo. (2010). *Bokmålsordboka*. Lest 11/2-14.
<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ivareta&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
- Wærness, K. (2002). Familien og helsetjenesten i den senmoderne velferdsstat. I: Brinchmann, B.S (red). *Bære hverandres byrder- pårørende i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 1. s. 17-30.

