



Sykepleie til barn på sykehus

- Hvorfor er det viktig for sykepleier å ha kunnskap om tilknytning?

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 128

Antall ord: 9113

(Eksklusive litteraturliste, tabeller og figurer)

Dato: 11.03.2016

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 OPPGAVENS HENSIKT	2
1.4 AVGRENSNINGER	2
1.5 BEGREPSAVKLARINGER	3
1.6 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING	3
2 METODE OG BRUK AV KILDER	4
2.1 BESKRIVELSE AV METODE	4
2.2 DATABASER OG SØKEORD	5
2.3 KILDEKRITIKK	7
3 TEORI	10
3.1 DOROTHEA ØREMS SYKEPLEIETEORI	10
3.2 TILKNYTNING OG TRYGGHET	12
3.2 UTVIKLINGSPSYKOLOGISKE SÆRTREKK – 3-6 ÅR	15
3.3 SYKEPLEIERS ANSVAR	17
3.3.1 <i>Lovverk</i>	17
3.3.2 <i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	18
4 DRØFTING	19
4.1 SYKEPLEIERS ROLLE	19
4.2 FORELDRES TILSTEDEVÆRELSE	21
4.3 TILKNYTNINGSTRYGGHET	22
5. KONKLUSJON	26

1. Innledning

“Tilknytning er et akutelt tema gjennom hele livet.” (Tveiten, et al., 2012). Ved barnets mulighet til å søke trøst og trygghet hos sin tilknytningsperson, vil det ha økt kapasitet til å utforske omgivelsene, og på den måten tilegne seg informasjon og utvikle seg videre. Slik innvirker tilknytning på andre utviklingsområder hos barnet. Ved sykehusinnleggelse, vil barnet ha et spesielt behov for å søke trygghet og omsorg hos sine foreldre, ettersom det kan virke skremmende for barn med ukjente omgivelser, noe sykehus i særlig grad kan være. Kunnskap om utvikling er basiskunnskap i barnesykepleie, og er en forutsetning for å ivareta sykepleie tilpasset barnets særegne behov (Tveiten, et al., 2012).

I denne delen vil jeg først gi en innføring i hvorfor jeg har valgt å skrive om tilknytning og trygghet. Oppgavens problemstilling vil så bli presentert. Videre vil jeg gjøre rede for hensikten med oppgaven og på hvilken måte den er sykepleierelevant. Deretter legger jeg frem avgrensningene, som vil gi rammen for oppgavens fokus. Begrep fra problemstillingen vil bli beskrevet i begrepsavklaringer, og avlutningsvis presenteres oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn

I min avsluttende oppgave har jeg valgt å fokusere på tilknytning og pediatrik sykepleie, fordi barns opplevelse av trygghet ved sykehusinnleggelse, er et område jeg har stor interesse for. Jeg har i lang tid vært spesielt interessert i tilknytning og dens betydning for videre utvikling, og ønsker derfor å øke min kunnskap om dette temaet. Under mitt utdannelsesløp har jeg dessverre ikke hatt noe praksis på en barneavdeling, noe jeg har savnet. Min erfaring er også at det er for lite undervisning om barns tilknytning og utvikling på sykepleiestudiet. Dette mener jeg burde endres snarlig, ettersom pediatrik sykepleie krever spesialkunnskap for å kunne utøve den nødvendige sykepleie til barn (Grønseth & Markestad, 2005). Som ferdig sykepleier ønsker jeg svært gjerne å jobbe med barn, og da vil kunnskap om tilknytning og trygghet være en styrke å ha med seg. Jeg tror kompetansen jeg får gjennom denne oppgaven, vil være til glede for meg i min fremtidige rolle som sykepleier.

1.2 Problemstilling

Hvorfor er det viktig for sykepleier å ha kunnskap om tilknytning?

1.3 Oppgavens hensikt

Denne studiens hensikt er å se nærmere på hvorfor sykepleier trenger å ha kunnskap om barns tilknytning, og hvorfor dette er spesielt relevant i møte med barn og foreldre på sykehus. I sykepleie til barn kreves en spesiell kunnskap om utvikling til barnet, i tillegg må sykepleier ha kompetanse om det viktige samarbeidet med foreldre (Tveiten, et al., 2012). Jeg ønsker derfor gjennom dette studiet å få økt kunnskap og kompetanse, slik at jeg som fremtidig sykepleier vil være bedre rustet til å kunne møte barn og foreldre på sykehus.

1.4 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til barn i førskolealder, det vil si barn mellom 3 - 6 år. Barn i denne aldersgruppen preges av umodenhet, både følelsesmessig og intellektuelt, og er derfor spesielt utsatt for uheldige ettervirkninger som følge av et sykehusopphold (Grønseth & Markestad, 2005). Oppgaven dreier seg om barn som er innlagt på barneavdelinger på sykehus. Jeg har ikke avgrenset til en spesifikk avdeling, da jeg ikke anser det som nødvendig for oppgavens tema.

Barn med psykiske eller fysiske funksjonshemninger tas ikke med i denne oppgaven, da dette krever ekstra kompetanse og tilrettelegginger. Jeg har også valgt å ikke fokusere på en spesiell diagnose, for å begrense oppgavens omfang. Jeg tar for meg det som regnes som normal utvikling hos barn, men det er svært viktig å merke seg at det er store variasjoner på hva som betegnes som normalt (Tveiten, et al., 2012).

Når pårørende skrives om, har jeg valgt å bruke begrepet foreldre, selv om det i noen tilfeller vil være andre pårørende som er de nærmeste for barnet. Foreldre nevnes i stor grad, da dette er av vesentlig betydning for barnets trygghet (Grønseth & Markestad, 2005), men jeg henviser ikke til barnets søsken. Når foreldre nevnes, bruker jeg begrepene foreldre,

omsorgsgiver eller omsorgsperson. Denne oppgavens fokus er rettet både mot relasjonen og samhandlingen mellom sykepleier-barn, og sykepleier-foreldre, ettersom små barn og foreldre bør anses som ett (Grønseth & Markestad, 2005). Sykepleier vil bli betegnet som “sykepleier” eller “hun”.

1.5 Begrepsavklaringer

John Bowlbys definisjon av **tilknytningstrygghet**: En persons indre visshet om at han eller hun kan søke hjelp og støtte ved behov

(T. Klette, via personlig kommunikasjon, 26. februar, 2016).

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Denne oppgaven er delt opp i fire overordnede deler; innledning, hovuddel, drøftingsdel og avslutning. Hovuddelen inneholder to kapitler, metodekapittel og teorikapittel. Kapitlene i oppgaven er nummerert fra innledning, kapittel 1.0, til avslutning, kapittel 5.0.

I metodekapittelet, kapittel 2.0, skal jeg begrunne og gjøre rede for oppgavens metode. Jeg skal beskrive anvendte databaser og søkeord, og hvordan jeg kombinerte søkeordene for å komme frem til utvalgt forskning. Jeg skal deretter beskrive utvalgte forskningsartikler, og til slutt belyse de med et kritisk blikk.

I teoridelen, kapittel 3.0, beskrives først sykepleieteorien av Dorothea Orem. Videre presenteres teori om tilknytning og trygghet. Deretter beskrives utviklingspsykologiske særtrekk hos barn mellom 3 og 6 år, og til slutt, sykepleierens ansvar i form av lovverk og retningslinjer.

I drøftingsdelen, kapittel 4.0, tar jeg for meg problemstillingen, og drøfter funn fra forskningsartikler og litteratur opp mot hverandre. Jeg vil også komme med egne refleksjoner og tanker som er relevant for oppgavens tema.

I konklusjonen, kapittel 5.0, oppsummerer jeg funn fra drøftingsdelen og gjør rede for en kort konklusjon på funnene fra oppgaven, som svarer på problemstillingen.

2 Metode og bruk av kilder

”En metode er en fremgangsmåte, et middel, til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012:111).

2.1 Beskrivelse av metode

Etter skolens retningslinjer, har jeg benyttet et litteraturstudie for å besvare min problemstilling. Litteraturstudie vil si å lete etter og samle informasjon, vurdere den, for så å sammenfatte funnet (Dalland, 2012). En av fordelene ved en litteraturstudie, er at man kan samle inn og systematisere mye data på kort tid. Dette krever mer enn bare pensum (Dalland, 2012), derfor er det i tillegg nødvendig å anvende supplerende litteratur, samt forskning fra inn- og utland. Nedenfor presenteres teoridelens innhold og anvendt litteratur.

I teoridelen vil jeg først presentere sykepleieteori av Dorothea Orem, da jeg fant hennes teori relevant for min oppgave. Orems teori legger stor vekt på individets påvirkning av miljøet det befinner seg i, og betydningen dette har for individets videre utvikling. Her har jeg anvendt Kristoffersen, et al., (2011) for å beskrive hennes teori. Jeg så nødvendigheten av å anvende sekundærlitteratur, grunnet manglende tilgjengelighet av primærlitteratur. Jeg anser likevel Kristoffersen, et al., (2011) som meget pålitelig, da denne er oppført på pensumlisten og er grunnlitteratur gjennom alle tre år på sykepleiestudiet. Det som i tillegg er positivt ved Kristoffersen, et al., (2011) sammenlignet med primærkilden, er at tekstene av Orems teori er formulert på en lettere og mer forståelig måte. Det har vært behjelpelig for meg i utførelsen av gjenfortelling.

I delen om tilknytning og trygghet, har jeg valgt å belyse deler av John Bowlby og James Robertsons teori. Her har jeg anvendt sekundærlitteratur ”Tid for trøst” av Klette (2007), men har også anvendt primærlitteratur i form av Bowlby (1988) og Robertsons (1967) bøker. Gjennom Oria fant jeg i tillegg en svært relevant artikkel av Alsop-Shields og Mohay (2001), som er publisert i *Journal of Advanced Nursing*. Jeg valgte å anvende den, ettersom den beskriver Bowlby og Robertsons arbeid og funn.

I delen om utviklingspsykologiske særtrekk, har jeg anvendt bøkene til Grønseth og Markestad (2005) og Eide og Eide (2012). Begge bøkene belyser teori fra Jean Piaget og Erik Erikson. Jeg opplyser ikke noe mer om det videre i oppgaven.

I første del av Sykepleiers ansvar, som tar for seg lovverk, har jeg anvendt Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). I andre del, som beskriver yrkesetiske retningslinjer, har jeg anvendt Norsk Sykepleieforbund (2011).

2.2 Databaser og søkeord

I en litteraturstudie er det nødvendig å gjøre rede for hvordan man har funnet utvalgt litteratur. Nedenfor presenteres litteratur fra pensumbøker og supplerende litteratur jeg anser som relevant for oppgavens tema.

Jeg startet med å samle litteratur fra relevante pensumlistene, og kom slik frem til bøkene til Kristoffersen, et al., (2011) og Eide og Eide (2007), som har vært sentrale i teoridelen. Videre gjorde jeg litteratursøk via Oria for å finne relevante fagbøker, og kom slik frem til Tveiten et al., (2012) og Grønseth og Markestad (2005). Disse bøkene har også vært svært relevante og omhandler oppgavens tematikk i stor grad.

Utvalgte databaser er benyttet på bakgrunn av skolens anbefalinger og egen forkunnskap. Jeg har dermed i hovedsak rettet søket mitt via Helsebiblioteket, SveMed+ og PubMed fulltekst. Her har jeg brukt søkeord opp mot hverandre, og på den måten kommet frem til de aktuelle forskningsartiklene. Søkeordene jeg brukte ved søk, var sykepleie (nursing), barn (children), pediatrik (paediatric), sykehus (hospital), trygghet (safety) og tilknytning (attachment). Det måtte mange forsøk til, for å finne korrekt kombinasjon som førte frem til utvalgte artikler.

Videre har det gått uventet mye tid på å finne relevante forskningsartikler. Det var langt færre forskninger om tilknytning innen pediatrik sykepleie, enn jeg først antok. Flere av forskningene jeg ville se nærmere på lå ikke ute i fulltekst, og måtte derfor bestilles fra skolens bibliotek. Mange av artiklene var i tillegg på engelsk, og det har vært tidkrevende å oversette disse. Dette resulterte i at prosessen med å finne forskning, stadig tok tid. Jeg så

etterhvert nødvendighet i å søke etter forskning utenfor sykepleiefaget, da det er utført lite forskning om tilknytning i sykepleie. Nedenfor presenteres utvalgte artikler.

SveMed+

1. Ved å kombinere søkeordene attachment (tilknytning), theory (teori) og hospitals (sykehus), fikk jeg 34 treff, og fant da denne studien relevant. Dette er en systematisk oversiktsartikkel, som omhandler hvorvidt sykehus har fulgt anbefalinger om foreldre å være sammen med barnet sitt under et sykehusopphold. Studien undersøker om det er mer ønskelig fra helsepersonell å ha barnets foreldre tilstede nå, enn før. Det inneholder også studier og funn om tilknytningsteori. Den lå ikke ute i fulltekst og måtte bestilles fra skolens bibliotek.

Interaction between parents and staff of hospitalised children (2011). Priddis, L og Shields, L.

2. Via SveMed+ og ved å kombinere søkeordene attachment (tilknytning) og relationship (forhold), fikk jeg til sammen 5 treff. Jeg valgte ut en kvalitativ studie utført i Danmark, som tar for seg forholdet mellom fastlege og pasient. Studiens hensikt var å se på hvorvidt tilknytningsteorien spiller en rolle i pasientens relasjon til sin fastlegen. 22 personer ble intervjuet.

Attachment in the doctor-patient relationship in general practice (2010). Bøgelund, F. H, Kragstrup, J, Dehlholm-Lambertsen, B.

3. Min veileder, Trine Klette, anbefalte meg å bruke studiet ”Tid før trøst”, hvor hun selv er forfatter. Kapittel 2 tar for seg teori om tilknytning, og videre er studien basert på videoobservasjoner av mor og barn på norske institusjoner. Hensikten var å finne sammenheng mellom tidlig erfaringer med trøstende atferd, og barns tilknytningstrygghet. Klettes antagelser var at samspill mellom mor og barn har en tendens til å overføres i flere generasjoner (Klette, 2007).

Tid for trøst. Tidlig mor-barn- samspill i norske familier (2007). Klette, T.

4. Via en tidligere bachelor kom jeg over en studie jeg fant aktuell. Den er å finne på PubMed fulltekst ved å kombinere søkeordene, preoperative, dialouge, children og surgery. Det er en svensk kvalitativ studie, hvor 19 barn i alderen 6-9 år deltok. Den tar for seg barns emosjonelle følelser og reaksjoner i møte med et sykehusopphold. Den lå ikke ute i fulltekst, og måtte derfor bestilles fra skolens bibliotek.

Use of perioperative dialouges with children undergoing day surgery (2008). Wennström, B, Hallberg, L. R og Bergh, I.

2.3 Kildekritikk

“Kildekritikk er de metoder som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karaktisere de kilder som benyttes” (Dalland 2012, s. 67).

Opgavens hovedtyngde bygger primært på litteratur fra pensumbøker og annen fagboklitteratur. Litteraturen som anvendes er hovudsakelig sekundærkilde, ettersom de ofte bygger på andres studier (Dalland, 2012). Jeg har forsikret meg om at anvendte bøker av sekundærkilde er anerkjente og pålitelige, og mener derfor de er godt egnet. Oppgaven benytter teori av eldre årgang, og i tilfeller hvor jeg har anvendt primærkilde, gav det noen ganger utfordringer i å tolke tekstene. Da så jeg hjelp i å anvende sekundærkilde, for å sikre at jeg hadde tolket tekstene riktig. Videre valgte jeg å anvende sekundærkilde, da jeg opplevde å ha særlige vanskeligheter ved tolking av primærkilden. Teori av Orem, Bowlby og Robertson er anerkjente og mye brukt i helsefag, og anses derfor som nyttige for å svare på oppgavens problemstilling. Litteraturen jeg har anvendt kan bli litt ensidig, men den er likevel meget brukbar og pålitelig. Vil gjøre oppmerksom på at i min tolkning av de engelskspråkelige forskningsartiklene, kan det ha forekommet feiltolkning eller misoppfatning av innhold. Dette gjelder også Bowlbys (1988) bok, da jeg har anvendt den danske oversettelsen, som har et noe tungt og vanskelig skriftspråk.

Artikkelen som tar for seg John Bowlby og James Robertsons arbeid, er utført av Alsop-Shields og Mohay. Den er fra 2001 og er dermed ikke av nyere oppdatering. Jeg anser den likevel som relevant, da den kun inneholder teori og funn av Bowlby og Robertson. Dette er anerkjent teori som ikke endres eller oppdateres.

Den systematiske oversiktsartikkelen utført av Priddis og Shields (2011), tar for seg barns behov for en trygg base, vanligvis barnets foreldre, ved et sykehusopphold. Den omhandler utvikling i holdning til foreldres tilstedeværelse på sykehus. Dette anser jeg svært relevant for min oppgave. Den er dog ikke fra Norge, men tar for seg forskning fra England, Australia og Nord Amerika. Da vil ikke alt være overførbart til Norge. I tillegg strekker den seg fra 2011 og helt tilbake til etterkrigstiden, noe som ikke er aktuelt for meg å fordype meg i. Men fordi det er en systematisk oversiktsartikkel, og ikke en direkte forskning, ser jeg den likevel relevant å anvende.

Den danske kvalitative studien, utført av Frederiksen, Kragstrup og Dehlholm-Lambertsen (2010), begrunner pasientens forhold til sin fastlege ut i fra tilknytningsteorien. Studien er derfor relevant for min oppgave. Men den tar for seg pasientens forhold til lege, ikke sykepleier, og omhandler voksne pasienter, noe som er utenfor oppgavens tema. Det er en lite studie med intervju av 22 personer, og er dermed ikke representativ i den store sammenheng. At det er utført i Danmark, gjør at det er godt overførbart til Norge.

Klettes doktorgradsarbeid, "Tid for trøst" (2007), tar for seg tilknytning og barndom. Det andre kapittelet i dette doktorgradsarbeidet, refererer jeg i stor grad til i "Tilknytning og trygghet" i teoridelen. Hun viser til sammenhengen mellom omsorg og tilknytningstrygghet, og betydningen av det tidlige samspeillet for barnets psykologiske utvikling. Dette er svært relevant for min oppgave. Arbeidets andre del tar for seg mor-barn relasjonen på norske institusjoner, og hvoviddt mødrenes egen erfaring med trøst, spilte en rolle for deres trøstende atferd overfor barnet sitt. Til tross for at den ikke omhandler tilknytning i sykepleie, anser jeg den likevel relevant.

Studien utført av Wennstrøm, Hallberg og Bergh (2008), anser jeg som relevant for min oppgave, til tross for at den omhandler preoperative samtaler ved dagkirurgi. En god del av det som kommer frem i denne kvalitative studien, kan overføres til min oppgave. Jeg henviser kun til det som er overførbart. Studiet går blant annet i dybden av hvor viktig det er for barnet og foreldrene at sykepleier informerer tilstrekkelig under hele forløpet. Studien omhandler

også foreldres viktige betydning som ressurs for barnet og sykepleier. Det omhandler kun 19 barn og er derfor ikke representativt i et større perspektiv. Aldersgruppen på barna som deltok i denne studien er 6-9 år, så de fleste barna i denne studien er utenfor min avgrensing. Studien ble utført i Sverige, og er dermed lett overførbart til Norge.

3 TEORI

Førstkommende i denne delen, presenteres Dorothea Orems sykepleieteori. Deretter vil forskning og utvalgt litteratur presenteres i kapittelet om tilknytning og trygghet. Her anvendes teori av John Bowlby og James Robertson. Videre beskrives utviklingspsykologiske særtrekk hos barn mellom 3 og 6 år, og avslutningsvis litt om sykepleierens ansvar i form av lovverk og retningslinjer.

3.1 Dorothea Orems sykepleieteori

Nedenfor vil jeg presentere Dorothea Orem og hennes sykepleieteori. Jeg vil ta utgangspunkt i og beskrive deler av hennes teori, som jeg mener er relevant for min oppgave. Jeg har valgt å anvende Orems teori, blant annet grunnet hennes interesse og beskrivelse av miljøets betydning for menneskets utvikling. Av den grunn, blir hennes teori ofte uttalt som *utviklingsteori*. Orem beskriver menneskets evne til å ivareta egen helse, men legger også vekt på menneskets naturlige omsorg for de sårbare rundt oss. De sårbare er i følge Orem barn, eldre og syke (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Jeg nevner kun barn.

Menneske, omgivelser, helse og sykepleie, er de fire verdier Orem legger uttrykkelig vekt på (Kristoffersen, et al., 2011). Nedenfor blir de fire begreper presentert i kronisk rekkefølge.

Orem er først og fremst kjent for sin teori som bygger på de grunnleggende behov hvert menneske har. Hun tar utgangspunkt i de grunnleggende behov som berører det fysiske, psykiske og det sosiale (Kristoffersen, et al., 2011). Normalt har hvert menneske både ressurser til, og et ønske om å ta vare på seg selv, mener hun. Det vil si, at mennesket tar valg som bidrar til å fremme egen helse. Orem kaller dette egenomsorg. Slik Orem definerer egenomsorg, handler det om gjentagende valg som utvikles i sosialiseringssprosessen. Egenomsorg blir derfor en naturlig del av mennesket. I begrepet egenomsorg, vektlegger hun også menneskets iboende omsorg for de sårbare i familien. Gjennom sosialiseringssprosessen, læres også mennesket å ta vare på de sårbare, og det blir derfor en integrert del av mennesket å vise omsorg for barna i familien. For å kunne utøve egenomsorg for en selv og andre, må visse kriterier som vekst, modning og normal utvikling være tilstede i individets liv.

Vedrørende barn, sier Orem at kapasiteten for egenomsorg er begrenset, grunnet barnets fysiske og psykiske umodenhet. Her vektlegger hun foreldres ansvar og delaktighet i å tilrettelegge at barnet lærer egenomsorg. De verdier, normer og vaner personen tilegner seg i sosialiseringprosessen, læres primært i det samfunnet og den kulturen han eller hun vokser opp i. Orem legger stor vekt på omgivelser og miljø, når hun trekker frem hvor viktig individets kultur og dets sosiale gruppe er for egenomsorgsopplæring (Kristoffersen, et al., 2011).

For å kunne utøve egenomsorg, må individet tilegnes den nødvendige kunnskapen. Ved å videre ha anlegg til å utøve egenomsorg, er individet i stand til å tilegne seg ny kunnskap. I følge Orem spiller dette en stor rolle ved menneskets helse. Hun bruker helse i sin beskrivelse av personlig tilstand, i form av kroppslig og mental funksjon. Normal utvikling og funksjon av mennesket som helhet, er avgjørende for et menneskes helse, mener hun. Noen ganger kan normal utvikling trues av situasjoner eller erfaringer, som for eksempel av sykdom eller tap av pårørende. Det blir da viktig å hindre negativ utvikling, og forebygge skadelige konsekvenser av situasjonen som er oppstått (Kristoffersen, et al., 2011).

Orem sier at sykepleierens rolle er å ”motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære” og det å ”fremme normalitet” er svært viktig i enhver situasjon (Kristoffersen, et al., 2011). Det overordnede målet i sykepleie er å hjelpe mennesket med dets normalfunksjon, utvikling og helse, som da innebærer å bidra til å ivareta personens egenomsorgsbehov. Sykepleier må ta hensyn til at pasientens grunnleggende behov oppleves forskjellig fra person til person, og sykepleier må derfor gjøre seg kjent med pasientens egne ønsker, og hvordan disse best kan ivaretas. Orem understreker at sykepleier må være utdannet og ha profesjon, at det ikke er nok med kun praktisk opplæring og erfaring. Med dette mener Orem at sykepleie bygger på omfattende teoretisk grunnlag, som det ikke er mulighet for å tilegne seg gjennom kun praktisk trening. Orem viser her at kunnskap ikke bare er viktig for å utøve egenomsorg. Det er også helt sentralt at sykepleier sørger for å tilegne seg den nødvendige kunnskapen i sin profesjon (Kristoffersen, et al., 2011).

Hennes teori omtales ofte som *utviklingsteori*, grunnet hennes store tro på menneskets personlige vekst og utvikling (Kristoffersen, et al., 2011). Behovet av egenomsorg knyttet til menneskets utvikling, som Orem kaller De utviklingsrelaterte omsorgsbehovene, mener hun er særskilt viktig. Orem ønsker å understreke hvor viktig egenomsorgsbehovene er for menneskets utvikling, og deler derfor behovene i egne grupper. Enkelte utviklingsrelaterte

egenomsorgsbehov følger alder og utviklingstrinn. I denne gruppen springer behovene ut av *utviklingsprosesser*, som for eksempel spedbarns- og ungdomsalderen. Den andre gruppen som tilhører utviklingsrelaterte behov, er *tilstander/situasjoner*, for eksempel depresjon eller gravid. Dette betyr at forhold som fremmer utvikling, må skapes og opprettholdes gjennom alle livets faser, for at individet skal kunne utøve egenomsorg. Slike forhold må ivaretas på bestemte måter, alt etter situasjon, alder og utviklingstrinn (Kristoffersen, et al., 2011).

3.2 Tilknytning og trygghet

I denne delen beskrives deler av John Bowlby og James Robertsons teori og funn. I tillegg presenteres oppgavens utvalgte forskningsartikler.

Tilknytning har siden 1960-tallet, da John Bowlby først beskrev fenomenet, vært et velkjent begrep for utviklingspsykologer (Alshop-Shields, & Mohay, 2001). John Bowlby (1907-1990) la grunnlaget for tenkningen om at små barns personlighetsutvikling er sterkt preget av relasjonen barnet har til sin omsorgsperson. Bowlby mente det måtte være andre årsaker enn kun mat, som gjordet at barn knytter seg til sin mor, og var spesielt interessert i å finne ut av båndet som oppstår mellom mor og barn. John Bowlby og James Robertson (1911-1988) samarbeidet tidlig i deres jobbrelaterte forhold om separasjon mellom mor og barn. Robertson kan anses som forskeren, mens Bowlby kan anses som teoretikeren. Det Robertson og Bowlby sammen utarbeidet, har hatt svært stor innflytelse innen omsorg til barn og pediatrik sykepleie (Alshop-Shields & Mohay, 2001).

Bowlby forsket på det som i dag er kjent som den klassiske mor-barn separasjonen, mens Robertson forsket på separasjon mellom mor og barn på sykehus (Alshop-Shields & Mohay, 2001). Bowlby hevder at barnet helt fra spedbarnsstadiet oppfatter mor som mer enn bare mat. Mor betyr trygghet og beskyttelse (Klette, 2007). Robertson delte Bowlbys syn på et barns oppfatning av sin mor:

I barnets verden er moren et menneske som er annerledes enn alle andre (...). Han hungre etter hennes kjærlighet, like mye som hans kropp hungre etter mat. Hun er hele hans verden, og på sine småturer bort fra mor, har han en rotfestet tillit til at hun er like i nærheten og kan passe på han (Robertson, 1967, s. 18).

Barnet er avhengig av en relasjon hvor det føler seg beskyttet og får hjelp og trøst, helt frem til barnet er selvstendig og kan ta vare på seg selv. Han mente at barnet ikke kan unngå å bli knyttet til sin omsorgsgiver, fordi behovet for tilknytning er biologisk, på lik linje med mat. Dette vil si, at barnet automatisk knytter seg til de som står det nærmest, uavhengig om de utøver trygg eller utrygg tilknytning. Men det er likevel avgjørende at barnet får trygg omsorg for å kunne utvikle trygg tilknytning til sine omsorgsgivere. Trygg omsorg kan forstås ut i fra sikker base - trygg havn. (Klette, 2007). Da vil barnet være åpen for å utforske sine omgivelser, og når barnet kjenner seg engstelig, sliten eller redd, søker det sin omsorgsperson. Ved trygg tilknytning, får barnet den tryggheten og støtten det søker, slik at det på nytt er klar for å leke, utforske og utvikle seg videre. Et barn trenger en sikker base å utforske fra, og en trygg havn å vende tilbake til. Dette er et typisk samspill mellom barn og voksen, som kalles utforskning fra en sikker base (Bowlby, 1988).

Den systematiske oversiktsartikkelen utført av Priddis og Shields, viser til barns store behov for en trygg base og nærvær av sine foreldre, ved sykehusinnleggelse. Dette studiet viser til separasjon som svært angstfremkallende, men informasjon av foreldres betydning i situasjoner hvor barnet føler på angst, synes å mangle. Videre viser de til barns søken etter sine foreldre ved økt nivå av stress og angst. Barn stoler på at foreldre hjelper til og gir omsorg og støtte, noe barn trenger ekstra mye ved innleggelse på sykehus (Priddis og Shield, 2011).

Videre mener Bowlby at det som kalles separasjonsangst, ligger i tilknytningen barnet har til sin omsorgsgiver. Separasjonsangst kan forekomme både ved fysisk utilgjengelighet, men også i situasjoner hvor mor ikke er mentalt tilstede. Opplevelse av at mor er vedvarende følelsesmessig utilgjengelig, kan oppleves like dramatisk og skadelig som fysisk utilgjengelighet. Barnet opplever at mor ikke er tilstede, og at det ikke blir møtt på sitt behov av omsorg og trygghet. Å miste sin omsorgsperson i form av utilgjengelighet eller separasjon, vil komme til uttrykk via ulike sorgreaksjoner hos barn, knyttet til kvaliteten på relasjonen mellom barnet og omsorgspersonen (Klette, 2007).

I sine forskninger på separasjon, viste Bowlby og Robertson enighet i fasene "protest", "fortvilelse" og "benektning", som er reaksjonene et barn gjennomgikk ved separasjon fra mor (de var uenige i navnet på sistnevnte fase, men innholdet fattet de enighet om). (Klette, 2007). Gjennom sine studier av barns behandling på sykehus, fant Robertson at det som før ble ansett som "aksept", i virkeligheten var "benektelse". Det som tidligere ble oppfattet som tegn på at

barnet nå hadde det bra, viste se å være en reaksjon på dyp traume og alvorlig tilbaketrekking. Barnet opplevde at sin uutholdelige lengsel etter sine foreldre, ikke ble gjengjeldt. For å slippe de vonde følelsene av sorg og angst, ble følelsene undertrykt og barnet kjente seg mer frigjort. Robertson fant alvorlige reaksjoner hos disse barna også etter utskrivelse fra sykehuset. Barna ville ikke vedkjenne seg foreldrene ved gjensyn, og gav mer uttrykk for å foretrekke personalet (Robertson, 1967). Til tross for at disse studiene er gamle, har de stor verdi i den viktige forståelsen av å se barn og foreldre som helhet, og foreldres nødvendige plass hos barnet sitt ved sykehusinnleggelse (Tveiten, Wennick & Steen, 2012).

For å styrke sitt funn av de tre fasene, valgte Robertson å filme barn på sykehus, hvor barna gjennomgikk de tre fasene. De ble senere publisert og anvendt verden over, også den dag i dag (Priddis og Shields, 2011). Robertson var lidenskapelig opptatt av at barns behandling på sykehus måtte endres. Det var tid for å innse at den fysiske og psykiske delen av kroppen påvirker hverandre i svært stor grad. De kan anses som ett. Den regjerende uviten om foreldres betydning for barnets trygghet på sykehus, måtte endres snarlig. Gjennom blant annet Robertsons arbeid, ble det erkjent nødvendighet av at minst en forelder skulle være sammen med barnet til enhver tid, under sykehusoppholdet (Alshop-Shields & Mohay, 2001). Han var svært opptatt av å bevare barns mentale helse, og beskriver utfordringer ved dette i sin bok, *Småbarn på sykehus* (1967). Han viser til den daværende tradisjonelle oppfatningen av at små barn gråter kun ved lidelser, og at det er:

(...)lett å overse at barnet lider når det ikke viser det gjennom sterk gråt. Evnen til å gi et naturlig uttrykk for følelsene er blitt hemmet og fordreiet. Personalet er blitt sløvet ved den daglige rutine og har tendes til å sette likhetstegn mellom sorg og tårer og tror at barnet er tilfreds når det ikke gråter (Robertson, 1967).

I Klettes doktorgradsarbeid, "Tid for trøst" (2007), fant hun at mødre som opplevde traumatiske separasjoner fra sine foreldre i barndommen, slet fortsatt med skadelige ettervirkninger, i form av tilbaketrekning og redsel for avvisning. Det viser å være sterke sammenhenger mellom egen erfaring med trøst i barndommen, og evnen til å vise trøstende atferd videre til sitt eget barn. Funnene på de viktigste og mest virkningsfulle formene for trøstende atferd i barndommen, synes å være omfavnelse, og kjærlige tegn som stryking og klapping (Klette, 2007).

Studien utført av Frederiksen, Kragstrup og Dehlholm-Lambertsen (2010), viser at det også i voksen alder er behov for en omsorgsgiver når man er syk og engstelig. I denne studien kommer det frem at pasienter foretrekker å beholde fastlegen sin uavhengig om de er fornøyd eller ikke. Dette behovet økte i tilfeller hvor pasienter var mer alvorlig syke og dermed følte på bekymring og stress. Denne studiens hensikt var å vise til det fundamentale behovet som er iboende i hvert menneske, nemlig å ha en omsorgsperson å søke støtte hos, når man selv føler seg sårbar og svak (Frederiksen et al, 2010).

3.2 Utviklingspsykologiske særtrekk – 3-6 år

Nedenfor vil jeg beskrive barns psykososiale utvikling. Med denne bakgrunnskunnskapen kan sykepleier ha bedre forståelse for hvordan hun kan møte barn i denne alderen, og på hvilke måter hun kan kommunisere med dem, for å møte barnet ut i fra dets nivå og alder (Tveiten, et al., 2012).

Den moderne utviklingspsykologien vi kjenner til i dag, bygger på en epigenetisk forståelse, som vil si at prosessen skjer gradvis og trinnvis. Mennesket påvirkes og formes av mange variabler, blant annet miljø og kultur (Tveiten, et al., 2012). Henviser her til Orems teori, i betydningen miljøet har for menneskets utvikling i sosialiseringprosessen (Kristoffersen, et al., 2011). Hvordan barn opptrer i og opplever ulike situasjoner, kan variere fra barn til barn. Med kunnskap om hvordan utvikling skjer og hva som betegnes som normal utvikling, kan det være til stor hjelp for sykepleier å forstå de store forskjellene, og vite hvordan man skal møte barnet på best mulig måte (Tveiten, et al., 2012).

Det som mest kjennetegner barn i alderen mellom 3 til 6 år, er barnets behov for å utforske omgivelsene, være selvstendig og mestre (Grønseth & Markestad, 2005). Mestring av stadig nye utfordringer utvikler troen på egen evne. Følelse av aksept og stolthet er viktig for barnets utvikling, og da er det en forutsetning at barnet får utfolde seg. Barnets tiltro til egen mestring, og lyst til å lære, opprettholdes av at det får oppgaver tilpasset eget utviklingsnivå. Selvstendighet blir stadig mer viktig for 4-5 åringen, men foreldrenes omsorg er fortsatt svært viktig. Klare grenser og rutiner spiller fremdeles en stor rolle for barnets opplevelse av trygghet og forutsigbarhet (Grønseth & Markestad, 2005).

Barn i førskolealder begynner så smått å utvikle en logisk forståelse (Eide & Eide, 2007). Forståelsen for sannhet og tid begynner å ligne den voksnes, men har barnet opplevd en traumatisk hendelse, for eksempel et nært dødsfall eller overgrep, er det viktig å prate med barnet om hendelsen før det har gått for lang tid. Barnet trenger hjelp med å bearbeide det som har skjedd. Det klarer ikke overføre hendelser fra fortid til en fortelling, og trenger derfor hjelp til dette. Barnet er fortsatt selvsentrert, som vil si at det ser det meste ut i fra seg selv. Om barnet opplever noe traumatisk, trenger det hjelp til å forstå at det selv ikke har noe skyld i den alvorlige hendelsen. Barn som er selvsentrert kan ofte tro at overgrepet var barnets egen skyld, eller at mor ble syk og døde fordi barnet var trassig eller ulydig. Her er det viktig at en voksen hjelper barnet til å fortelle og bearbeide den vonde hendelsen, slik at barnet forstår at det selv ikke er skyld i eller har noe ansvar for det som har skjedd (Eide & Eide, 2007).

Økt kunnskap om det normative, vil kunne gi en pekepinn for hva som betegnes som normalt ut i fra barnets alder. Da vil en også kjenne til avvik fra det normale, og dermed ha økt mulighet til å kunne møte barnet på en hensiktsmessig og god måte, ut i fra barnets nivå. En vil få et innblikk i hva barnet trenger av støtte i sin utvikling, noe som er svært viktig for et barns møte med sykehusinnleggelse. Det er da av stor betydning at sykepleier tilpasser seg det utviklingsnivået barnet befinner seg på, blant annet i form av kommunikasjon og forventninger sykepleier har til barnet (Tveiten, et al., 2012).

Studien utført av Wennstrøm, Hallberg og Bergh (2008), viser hvor viktig det er at sykepleier gjennom hele forløpet gir god informasjon til både barn og foreldre. God støtte og informasjon fra sykepleier, gir en opplevelse av omsorg for både foreldre og barn, og gjør det lettere for foreldre å takle situasjonen og være der for barnet sitt. Videre i studien kom det frem at gode og tilpassede forberedelser, fører til mindre stress og bekymring. Det vises også til at foreldre er avgjørende i barns forberedelse og støtte, og i tilliten barnet får til sykepleier (Wennstrøm, et al., 2008).

Ved å ha kjennskap om utvikling og tilknytning, kan en legge merke til om barnet utvikler seg som det skal. En vil ha økt kompetanse til å vurdere om barnet, ut i fra sitt aldersnivå, gir uttrykk for at det har det bra. Noen situasjoner eller erfaringer, for eksempel sykdom, kan føre til regresjon, som vil si stopp eller tilbakefall av utviklingen til barnet. Slik funksjonsforandring kan være et alvorlig signal fra barnet om at noe ikke er som det skal være, eller at det ikke har det bra (Tveiten, et al., 2012). Henviser her til Orems

sykepleieteori. Hun beskriver mulige konsekvenser av regresjon, og uttrykker sykepleiers betydelige rolle i å hindre videre negativ utvikling (Kristoffersen, et al., 2011).

3.3 Sykepleiers ansvar

Her har jeg valgt å ta for meg deler av sykepleierens plikt, ansvar og rolle, som jeg ser relevant for oppgaven, og som kan bidra til å svare på min problemstilling. Først vil jeg presentere utvalgte forskrifter, deretter utvalgte yrkesetiske retningslinjer.

3.3.1 Lovverk

- Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, kapittel 1, Generelt, §5, sier at “Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet.” Tilhørende samme paragraf står det at “Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet.” (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

- Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, kapittel 2, Samværsrett for foreldre m.m. §6 sier at “Barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet (...). Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet.” Her forklares det også at foreldre og barnet har rett på informasjon fortløpende, og at foreldre skal ha mulighet til å være tilstede under behandling om det er ønskelig for barnet, og det ikke kompliserer behandlingen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 4, Aktivisering/undervisning, §12, sier at “(...) Det skal avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.” Tilhørende samme paragraf står det at “Barn må få mulighet til aktiviteter tilpasset deres alder og utvikling.” (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Hensikten med ovennevnte forskrifter er å styrke rettighetene til barn som er innlagt på sykehus. Videre inneholder forskriftene plikter sykehuset og personalet har i forbindelse med sykehusoppholdet.

3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer gir en innføring i sykepleiens grunnleggende verdier. Sykepleiens grunnlag skal bygge på respekten for det enkelte liv og dets iboende verdighet. Sykepleie skal også bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Retningslinjene revideres jevnlig og det gjenspeiler et samfunn i stadig endring (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I denne oppgaven har jeg valgt å ta med retningslinjer som omhandler sykepleier og pasient, og sykepleier og pårørende.

Punkt 2.3. “Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.”

Punkt 2.4. “Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk Sykepleierforbund, 2011. s. 8).

Punkt 3.1 “Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt”

Punkt 3.3. “Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet” (Norsk Sykepleierforbund, 2011. s. 9).

Jeg velger å ta utgangspunkt i disse fire punktene, da jeg ser de mest relevant i sykepleie til barn og barnets foreldre.

4 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg på bakgrunn av den presenterte teorien i foregående kapittel, ta for meg problemstillingen: ”Hvorfor er det viktig for sykepleier å ha kunnskap om tilknytning?”. Her skal jeg drøfte oppgavens teori og funn opp mot hverandre. Jeg vil også komme med egne refleksjoner og tanker, som kan bidra til å svare på problemstillingen.

4.1 Sykepleiers rolle

”Tilknytningsteorien understreker betydningen av at hjelperen opptrer som en stabil og trygg person.” (Eide & Eide, 2012). Dette gjelder generelt i sykepleier-pasient relasjon, men kanskje særlig i møte med barn, hvor behovet av tilknytning og trygghet er høyst aktuelt. Det å ha trygge og stabile bånd til andre mennesker, er noe ethvert menneske har behov for. Brudd på slike bånd, eller trussel om brudd, kan føre til psykiske vanskeligheter det kan være viktig for sykepleier å ha kunnskap om, slik at hun kan gjenkjenne og videre vite hvordan hun best kan forholde seg til, og møte pasienten (Eide & Eide, 2012).

I følge Bowlby, er tilknytningsatferd og behovet for foreldre, mest synlig i situasjoner hvor barnet opplever frykt, angst eller ved sykdom, og det har ekstra behov for omsorg og trygghet (Eide & Eide, 2012). I studien til Wennstrøm et al., (2008) beskrives slike reaksjoner hos barn som er innlagt på sykehus. Reaksjoner som angst, sorg, frykt for adskillelse fra foreldre, og ukjente rutiner og omgivelser, er med på å skape slike følelsesmessige reaksjoner hos barn i møte med sykehus. Dette var bare noen av reaksjonene som kom frem. Sammenlignet med studien gjennomført av Priddis & Shields (2011), kommer det frem at også foreldre kan føle seg usikre, og trenger veiledning av sykepleiere i håndtering av barnets følelsesmessige reaksjoner. Wennstrøm et al., (2008) fant på sin side, at tidlig samarbeid mellom sykepleier, barn og foreldre førte til økt kontinuitet og forutsigbarhet i samarbeidet. Før innleggelsen, ble barnet og foreldrene kaldt inn til en forkonsultasjon av ansvarlig sykepleier. Det ble da lagt stor vekt på at barnet skulle få sette ord på sine tanker og følelser av sine forventninger. De fikk se bilder av hva som skulle skje, og barnet ble også bedt om å illustrere sine forventninger i form av tegninger. Tveiten, et al. (2012), støtter dette funnet av forberedelse som viktig. God forberedelse er fremtredende for at barnet skal oppleve trygghet og kontroll over situasjonen det er i (Tveiten et al., 2012). Effekten av metodene i studien til Wennstrøm,

et al. (2008), så ut til å ha positivt utslag for både barnet og foreldrene. Ved god forberedelse, sank angstnivået betraktelig, og det ble samtidig lagt til rette for sykepleier å skape et tillitsforhold til barnet og foreldrene (Wennstrøm et al., 2008). Sammenlignet med Priddis & Shield (2011) sank angst- og stressnivået hos både sykepleier, barn og foreldre, i tilfeller hvor sykepleier hadde gode kunnskaper om tilknytning og utvikling (Priddis & Shield, 2011). Videre i studien til Priddis og Shield (2011), viser det at sykepleiere som har kunnskap om tilknytning, har økt fokus på barnets trygghet som forekommer av primærsykepleie, og økt fokus på tilretteleggelse for foreldres tilstedeværelse (Priddis & Shield, 2011). Orem understreker hvor viktig det er at sykepleier har kunnskap. Det er ikke tilstrekkelig å bare ha erfaring og praktisk opplæring. Hun sier at sykepleie bygger på et omfattende teoretisk grunnlag, som en ikke kan tilegne seg gjennom kun praktisk trening og erfaring. Sykepleier er avhengig av kunnskap, for å kunne utøve god og forsvarlig sykepleie (Kristoffersen, et al., 2011).

Sykepleier har ofte en nøkkelrolle i å skape trygghet for, og tillit til barn og foreldre på sykehus. Det kan være utfordrende å få til, ettersom barn ofte er skeptiske til ukjente mennesker og omgivelser. I tillegg utfører ofte sykepleier ubehagelige og skremmende prosedyrer, som kan svekke barnets tillit til henne (Grønseth & Markestad, 2005). Etter egen erfaring fra andre avdelinger, er også arbeidsdagen ofte travel, og dermed er det vanskelig å få god tid til informasjon og forberedelse med pasienten, som er en forutsetning for å oppnå en tillitsrelasjon. For å skape tillit, er kommunikasjon et essensielt redskap, sier Grønseth og Markestad (2005). Det er derfor viktig å ha kjennskap til den kognitive utviklingen på ulike aldersnivå, for å tilpasse informasjon og kommunikasjon for barn i de ulike aldre (Tveiten, et al., 2012). Studien til Wennstrøm, et al. (2008), viser på sin side at barn trenger å få informasjonen repetert for å forstå og huske det som blir sagt. At barnet forstår informasjon, fører til at innleggelsen og forløpet blir best mulig (Wennstrøm, et al., 2008). Dette støtter Tveiten, et al., (2012), og sier at det kan være behjelpelig å stille spørsmål til barnet i etterkant av informasjonen som er gitt, for å sikre at barnet oppfattet informasjonen riktig (Tveiten et al., 2012). I følge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer, er sykepleier pliktet til å sikre at informasjonen er forstått, og da kan det være viktig å tilpasse informasjonen (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Retningslinjer for barn innlagt på sykehus, sier at barn skal tas hånd om av det samme personalet under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Tveiten, et al. (2012), bekrefter også at dette er viktig. Det kan være betryggende for barnet og foreldrene, å forholde seg til færrest mulig under oppholdet på sykehus. Det blir mer kontinuitet i behandlingen, og lettere for sykepleier å ha oversikt og kontroll (Tveiten, et al., 2012). Slik jeg ser dette, kan det være vanskelig å etterkomme dette kravet, ettersom det er mange sykepleiere og annet helsepersonell på skift i løpet av innleggelstiden til barnet. Dette medfører at det vil være langt flere som har ansvar for barnet, enn det som er ønskelig og anbefalt. Det er nok ikke alltid like lett som sykepleier å etterkomme krav og anbefalinger, når mulighetene ikke er tilrettelagt eller tilgjengelig.

4.2 Foreldres tilstedeværelse

I lys av tilknytningsteorien, vil en viktig oppgave for sykepleier i møte med barn, være å legge til rette for at båndet til barnets pårørende blir styrket. Og viktigst av alt, hindre at barnet utsettes for (traumatisk) separasjon fra sine foreldre. Dette forutsetter at foreldre da får være sammen med barnet sitt til enhver tid under sykehusoppholdet (Eide & Eide, 2012).

Barn kan lett føle seg utrygge i ukjente omgivelser, og opplever dette som skremmende. Det er derfor helt sentralt at barnet får ha en forelder hos seg til enhver tid, da barn er helt avhengig av sine omsorgspersoner (Grønseth & Markestad, 2005). I studien utført av Priddis og Shields (2011), kommer det tydelig frem at barn trenger å ha sin nærmeste omsorgsperson hos seg, under et sykehusopphold. Barn som hadde en forelder hos seg på sykehuset, opplevde langt færre traumatiske ettervirkninger. Med mors eller fars nærvær utstrålte barnet mer trygghet og ro, både under og etter oppholdet på sykehus (Priddis, og Shields, 2011). Orem støtter også betydningen av dette. Sykepleier skal legge til rette for at foreldre får overta egenomsorgen for barnet, når barnet selv ikke er i stand til å utføre egenomsorg, sier Orem (Kristoffersen, et al., 2011). Men Tveiten, et al. (2012), viser til at foreldre kan føle belastning ved å skulle være tilstede hele tiden. Dette fører til mindre overskudd og de kan ha lite å bidra med. I tillegg har foreldre egne følelser og bekymringer å håndtere, som fører til at de ikke alltid klarer å være den støtten barnet trenger. Andre utfordring rundt foreldrenes deltaking, er at det også kan være dårlig tid på en arbeidsvakt, og derfor krav til effektivitet i utførelsen. Det er i tillegg mye teknisk utstyr, som foreldre ikke er kjent med. Dette viser at det ikke alltid er lønnsomt å involvere foreldre i barnas behandling. Men Tveiten, et al. 2012, sier likevel at det stort sett ikke er nødvendig å skille barn og foreldre i forbindelse med sykehusinnleggelse i dag (Tveiten, et al., 2012). Om foreldre føler det er belastende og ikke

lenger strekker til, har de rett på avlastning (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Ved egne refleksjoner rundt dette, tenker jeg at det er viktig å forhindre separasjon mellom barn og foreldre, så langt det er til barnets beste. I tilfeller hvor foreldre av en eller annen grunn ikke er en god støtte for barnet sitt, vil det være bedre for barnet å ha en annen nær omsorgsperson hos seg, som kan gi den trøsten og støtten det trenger. I slike situasjoner må sykepleier være i stand til å vurdere omsorgen foreldrene utøver for barnet sitt, og i hvilken grad den bidrar til barnets trygghet. Her vil sykepleier være styrket om hun har kjennskap til tilknytningsteorien.

Rutiner er fremdeles viktig for et barn i førskolealder (Grønseth & Markestad, 2005). Ved å opprettholde kjente rutiner så langt det lar seg gjøre, skaper det forutsigbarhet, som er viktig for et barns trygghet (Eide & Eide, 2012). Det virker særlig betryggende for barnet, at det er foreldrene som utøver de kjente og normale rutiner. Det er derfor hensiktsmessig for sykepleier å legge til rette for at foreldre deltar i pleie og behandling av barnet. Dette er også ofte foreldrenes ønske. Ved å være delaktige føler foreldre økt kontroll over barnets situasjon, noe som kan virke beroligende for foreldrene, og dermed også for barnet (Tveiten, et al., 2012). I studien til Wennstrøm et al. (2008), kommer det frem at foreldre er avgjørende støtten og forberedelsen av sitt barn, og at det er en styrke for sykepleier å involvere foreldre i barnets pleie. Ved å involvere foreldre, tilrettelegges en trygg atmosfære som er med å skaper tillit mellom sykepleier og barnet (Wennstrøm, et al., 2008).

4.3 Tilknytningstrygghet

Til tross for at Bowlby og Robertson ikke selv var sykepleiere, har deres teori vært av stor betydning innen pediatrik sykepleie og omsorgsbehandlingen av barn på sykehus. Deres studier er gamle, men har fremdeles stor verdi i forståelsen av barns separasjonsangst på sykehus, og den uvurderlige verdien i å legge til rette for at barnet opplever trygghet (Alsop-Shields & Mohay, 2001).

Normal vekst og utvikling er basiskunnskap i pediatrik sykepleie (Grønseth & Markestad, 2005). Kunnskap om utvikling og modning er et av særtrekkene i barnesykepleie, og er en forutsetning for å ivareta sykepleie tilpasset barnets særegne behov, sier Grønseth og Markestad (2005). Men studien til Wennstrøm, et al. (2008), viser på den andre siden, at barn kan ha forskjellig nivå av modenhet, til tross for samme alder. Barn har også ulike erfaringer, og på bakgrunn av disse, kan de oppfatte og oppleve samme situasjon på ulike måter

(Wennstrøm, et al., 2008). Dette tenker jeg er et både viktig og nyttig aspekt for sykepleier å ta med seg i møte med barnet. Men for at sykepleier skal kunne se og vurdere slike ulikheter som nevnt over, må hun ha forkunnskap om hva som betegnes som normal vekst og utvikling, ut i fra de ulike aldre. Med denne kunnskapen mener jeg sykepleier i større grad kan møte og behandle barnet på en forståelig måte, som også bidrar til barnets trygghet.

Et annet viktig moment med denne kunnskapen, er at sykepleier også er i stand til å hjelpe barnet med å bearbeide opplevelser ved sykehusinnleggelsen, og dermed kunne forebygge traumer (Grønset og Markestad, (2005). Sykdom, sykehusinnleggelse og ulike undersøkelser kan føre til belastninger som barnet ikke mestrer, og barnet vil kjenne på stress og sårbarhet. Om et barn opplever traumer, trenger det hjelp til å bearbeide dette, for å unngå vedvarende skader. Ubehandlete traumer, kan på sikt få ettervirkninger som får negative konsekvenser for barnets helse og utvikling. Om barnet får hjelp med dette, kan det forhindre forsinket vekst og utvikling (Grønseth & Markestad, 2005). Sammenlignet med mødrene i Klettes (2007) doktogradarbeid, støtter det denne beskrivelsen til Grønseth og Markestads (2005). Mødre som opplevde traumatiske separasjoner fra sine foreldre i barndommen, slet med ettervirkninger i voksen alder. Forhold til andre mennesker kunne være vanskelig, på grunn av mødrenes frykt for avvisning. Dette førte til tilbaketrekning og isolasjon i medmenneskelige forhold (Klette, 2007). Robertson beskriver også dette i sin bok *Småbarn på sykehus* (1967). Han omtaler det fra den andre vinkelen, trygg tilknytning:

Hvis barnet føler seg trygg og elsket, og har gjort den erfaring at dets kjærlighet blir gjengjeldt og at dets tillit ikke blir misbrukt, vil det sannsynligvis også siden møte livet med tillit og få god kontakt med sine medmennesker
(Robertson, 1969, s. 19).

Her viser han til det viktige fundamentet i et menneskes liv, nemlig tilknytningstrygghet til sine omsorgsgivere i barndommen.

Om et barn opplever lite eller passiv trøst og omsorg fra sine omsorgsgivere, vil det gjøre barnet mer selvtrøstelig og selvbeskyttende. Det skaper en slags erstatning for tryggheten det trenger i relasjonen til sin omsorgsperson. Dette har svært uheldig påvirkning på barnet, og kan føre til forhindret mulighet til vekst og utvikling (Klette, 2007). Orem uttrykker dette og sier det kan føre til regresjon, som vil være svært uheldig for barnet (Kristoffersen, 2011). Det er av stor betydning at sykepleier har kunnskap om dette, for også å kunne vurdere et barns utvikling og uttrykk for behov (Grønseth & Markestad, 2005). På den måten tenker jeg

sykepleier kan være med å sikre at barnet blir sett og får hjelp, og på den måten hindre videre negativ utvikling for barnet. Jeg mener denne kunnskapen kan være av livsviktig betydning.

I en krisesituasjon som sykehusinnleggelse kan være, er det sentralt å ivareta barnets trygghetsfølelse for å motvirke at barnet får traumer. Om barnet erfarer alvorlige opplevelser som det ikke får bearbeide, kan det som sagt forårsake ettervirkninger som får negative konsekvenser for barnets videre utvikling (Grønseth og Markestad, 2005). Det er nødvendig for sykepleier å ha kunnskap om dette, for å kunne vurdere barnets utvikling. Sykepleier trenger denne basiskunnskapen slik at hun også kan være i stand til å vurdere barnets uttrykk for symptomer, smerter og ubehag. Ikke bare i form av prosedyrer eller en sprøyte, men i form av vonde opplevelser (Grønseth & Markestad, 2005).

Wennstrøm et al. (2008), viser i sin studie at det er viktig for sykepleier å kjenne barnet, for å kunne ta individuelle hensyn. Barnet trenger også at sykepleier bruker tid sammen med det, for å få en tillitsrelasjon (Wennstrøm, et al., 2008). At barnet føler tillit til sykepleier, er en viktig faktor for barnets trygghetsfølelse (Tveiten et al., 2012). Men fordi alle barn er forskjellig, tenker jeg det må være viktig at sykepleier tilnærmer seg barn på ulike måter. Sykepleier vil før hun møter barnet, ha bakgrunnsinformasjon, som gjør at hun har dannet seg et inntrykk av barnet. Men i tilnærmingen til barnet, kan det kanskje være en fordel å først henvende seg til foreldre, av den antagelse at foreldre kjenner barnet sitt best. Da kan også barnet få et inntrykk av sykepleier litt på avstand, og på den måten danne seg et inntrykk av sykepleieren. Dette støtter Tveiten, et al., 2012). og sier at det som virker minst skremmende for et barn i det første møtet med sykepleier, er at sykepleier tilnærmer seg barnet litt forsiktig og holder seg litt på avstand til å begynne med (Tveiten, et al., 2012).

Behovet for trygghet har vist å komme sterkest frem i situasjoner hvor barnet har økt behov for trøst og omsorg (Grønseth & Markestad, 2005). Da tenker jeg at her er barnets behov for en sikker base og en trygg havn, essensielt for at barnet opplever tilknytningstrygghet. Egen refleksjon rundt hva som betegner slike situasjoner, tenker at trygghetsbehovet vil komme sterkt frem i møte med sykdom og sykehus. Dette bekrefter studien til Frederiksen, et al. (2010), meget tydelig. Den gir grunnlag for å støtte Grønseth og Markestads (2005) beskrivelse, og fant at i tilfeller hvor pasienten var alvorlig syk, var behovet for fastlegen svært sterkt. Pasientene viste et behov for en som var ”sterkere” eller ”klokere” enn de selv, og legen ble automatisk en omsorgsgiver. Dette var uavhengig av om pasientene følte seg fornøyd eller ikke (Frederiksen, et al., 2010). Det som vises i denne studien, har sitt grunnlag i

tilknytningsteorien, hvor Bowlby beskriver behovet for en relasjon hvor man føler seg beskyttet og får hjelp og trøst (Klette, 2007). Å ha en dypere forståelse av tilknytningens rolle i fastlege-pasient relasjoner, kan føre til en bedre forståelse av pasientens behov og dermed forbedringer i pasientbehandlingen (Frederiksen, et al., 2010). Mine refleksjoner her, er at dette også er meget overførbart til sykepleier-pasient relasjonen. I møte med sykehus vil pasienten automatisk kunne føle at sykepleier har en rolle som den “sterke” og “kloke”, og vil kjenne et behov for at sykepleier er en omsorgsgiver den kan støtte seg til. Ved kjennskap til dette grunnlaget i tilknytningsteorien, kan sykepleier være oppmerksom på dette behovet i møte med sine pasienter, som vil være en styrke for sykepleier, og dermed også pasienten. Da kan sykepleier bevisst komme pasientens behov i møte.

Den første trygghetsrelasjonen et barn har med sin mor, er et fint ideal på hvordan alle medmenneskelige relasjoner bør være (Frederiksen, et al., 2010). Og kanskje det er noe av den samme “trygge basen”, både barnet og foreldrene søker hos sykepleier, i møte med sykdom og sykehusinnleggelse.

5. Konklusjon

Bowlby og Robertsons arbeid har ført til store endringer i sykepleiefaget, da særlig innen pediatrik sykepleie. Sykepleiere som har god kjennskap til tilknytningsteorien, ser ut til å ha økt bevissthet på foreldres tilstedeværelse på sykehus, og behandler i større grad barn og foreldre som ett. Med kunnskap om tilknytning kan sykepleier ha økt kompetanse til å møte barnets behov, ut i fra dets nivå og alder. Hun vil i tillegg ha viktig kunnskap om de alvorlige skadevirkningene som kan forekomme hos et barn, ved separasjon fra sine foreldre på sykehus. For at barnet skal føle trygghet under et sykehusopphold, er det helt sentralt at foreldrene er tilstede og viser det omsorg og beskyttelse. I trygg tilknytning opplever barnet å kunne utforske fra en sikker base, for så å kunne søke en trygg havn igjen. Et barns erfaring med slik tilknytning, eller mangel på sådan, er av stor betydning for barnets videre utvikling.

Vi vet at barnet krever moren helt, og at det stoler blindt på sine foreldre. Om det skulle skje at det ble latt alene på sykehus, ville barnet føle at dets nærmeste hadde sviktet på det alvorligste. (...). En slik opplevelse blir desto mer alvorlig når vi vet hvilken rolle slike faktorer spiller på karakterutformingen i voksen alder. Gode erfaringer i de tidlige barneår utgjør grunnlaget for at en kan utvikle en trygg og tillitsfull personlighet med kjærlighetsevnen i behold. (Robertson, 1969, s. 20).

Min erfaring er at det er lite undervisning av tilknytningsteori i sykepleieutdanningen, og håper det blir økt fokus på dette i fremtidens sykepleieutdanning. Jeg mener tilknytningsteorien burde få en sentral plass i sykepleiefaget, ettersom sykepleier ofte arbeider tett på mennesker som er i en sårbar situasjon. Tilknytning og dens betydningsfulle rolle i foreldre-barn relasjonen, er verdifull kunnskap som sykepleier kan ha stor bruk for i møte med barn og foreldre på sykehus.

Jeg har funnet det interessant, men dog undrende og uheldig, at det er stor mangel av nyere forskning på tilknytning i sykepleie. Jeg oppmoder derfor til videre forskning på tilknytningsteorien og dens viktige verdi i sykepleiefaget.

Litteraturliste

Alsop-Shields, L., & Mohay, H. (2001). John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 50-58.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01821.x>

Bowlby, J. (1988). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Fredriksberg: Det lille forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Frederiksen, H. B., Kragstrup, J. & Dehlholm-Lambertsen, B. (2010). Attachment in the doctor–patient relationship in general practice:

A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 28 (3), s. 185-190.

DOI: 10.3109/02813432.2010.505447

Grønseth, R., & Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Klette, T (2007). *Tid for trøst. En undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner.* (Doktorgradsarbeid, Universitetet i Oslo). Hentet fra http://www.nova.no/asset/2721/1/2721_1.pdf

Kristoffersen, N., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Priddis, L. & Shields, L. (2011). Interactions between parents and staff of hospitalised children: Lynn Priddis and Linda Shields studied history to consider whether parents who wish to stay with their child following admission are any more welcome today than in the past. *Paediatric Care*, 23 (2), s. 14-20.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/paed2011.03.23.2.14.c8373>

Robertson, J. (1967). *Småbarn på sykehus.* Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/6e6d75eb9e3ca47265e92c8b1faeb63c.nbdigital?lang=no#17>

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, A., F. (2012). *Sykepleie til barn.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wennstrøm, B. Hallberg, L, R, og Berg, I (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 96-106.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04581.x.