



Haraldsplass
DIAKONALE HØGSKOLE
Bergen Diakonissehjem

Bacheloroppgave i sykepleie

Å samtale med det lille barnet

**Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon skape trygghet og tillit hos barn
innlagt på sykehus?**

Conversing with the young child

**How can the nurse through communication build trust and confidence with hospitalized
children?**

Kandidatnummer: 736

Kull: 2013

Antall ord: 10 905

Innleveringsdato: 17.03.2016

Sammendrag

Bacheloroppgaven diskuterer hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon kan skape trygghet og tillit hos barn innlagt på sykehus. Besvarelsen er et litteraturstudie som baseres på teori-, forskning- og erfaringsbasert kunnskap. Den erfaringsbaserte kunnskapen inkluderes på den måten at det diskuteres sitater fra forskningsintervjuer og fiktive fortellinger i diskusjonsdelen. Hensikten med bacheloroppgaven er å sette fokus på at god kommunikasjon er nøkkelen til å skape et tillitsforhold, og å øke egen kunnskap om hvordan dette kan gjøres.

Bacheloroppgavens litteraturgjennomgang presenterer valgt empiri og teori. Først presenteres barns utvikling, hva sykepleie til barn er, barns reaksjoner på sykdom og innleggelse og barns rettigheter. Videre følger en presentasjon om å samtale med det lille barnet, før det følger en definisjon av trygghet. Avslutningsvis presenteres Joyce Travelbees syn på kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold. Litteraturgjennomgangen legger grunnlag for diskusjonsdelen som deles i fire emner basert på funnene som gjøres i litteraturdelen. I de to første delene drøftes møte mellom sykepleier og barn og kommunikasjon på barnets premisser. For å få en større helhetlig forståelse av barnesykepleien diskuteres det bruk av hjelpemidler i kommunikasjonen og det diskuteres at barnet og barnets familie må ses på som en helhet. Diskusjonsdelen munner ut i en konklusjon som påpeker at for å skape trygghet og tillit så må sykepleieren se barnet som et unikt individ og gjennom kommunikasjon vise interesse, lytte aktivt, vise respekt, annerkjennelse og forståelse.

Nøkkelord: barn, sykepleier, sykehus, kommunikasjon, tillit, trygghet.

Abstract

This thesis discusses how nurses through communication can create trust and confidence with hospitalized children. The paper is a literature study based on theory-, research and experience-based knowledge. The experiential knowledge is included in this paper by discussion quotes from research interviews and fictional stories in the discussion section. The purpose of this thesis is to bring into focus that communication is the key to creating a relationship of trust, and how this can be set into practice.

The literature review presents selected empirical theoretical knowledge. First out is child development, what paediatric nursing is, children's reaction to illness and hospitalization and children's rights in hospital. It is also following a presentation to communicate with the young child, a definition of security, and Joyce Travelbee's view of communication and human-to-human-relationship. The literature review provides a foundation for the discussion, which is divided into four topics. The two first topics discuss "meeting between nurse and child" and "communication on child's terms". To get a larger comprehensive understanding of paediatric nursing, the "use of assistive (toys, music, etc.) communication", and that "the child and it's family must be seen as an entirety" is included. The discussion section culminates in a conclusion that says to create trust and confidence, the nurse must see the child as a unique individual and through communication listen actively, showing interest, respect, appreciation and understanding towards the child.

Keywords: child, nurse, hospital, communication, trust, confidence.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
1 INNLEDNING	1
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG BAKGRUNN FOR VALG.....	1
1.2 RELEVANS FOR SYKEPLEIE.....	1
1.3 PROBLEMFOMULERING OG AVGRENSNINGER	2
1.4 MÅL OG HENSIKT MED BESVARELSEN	3
2 VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING OG VALG AV METODE.....	4
2.1 HUMANVITENSKAPLIG TRADISJON	4
2.1.1 <i>Hermeneutisk tradisjon</i>	4
2.2 LITTERATURSTUDIUM.....	5
2.3 LITTERATURSØK	5
2.4 KORT PRESENTASJON AV VALGT EMPIRI OG KRITIKK AV DENNE	6
2.5 KORT PRESENTASJON AV VALGT TEORI OG KRITIKK AV DENNE.....	8
2.6 ETISKE RETNINGSLINJER	9
2.7 BESVARELSENS OPPBYGNING	9
3 EMPIRI – FRA USIKKERHET TIL TILLIT OG TRYGGHET	11
4 LITTERATURGJENNOMGANG	12
4.1 BARNETS UTVIKLING	12
4.1.1 <i>Jean Piaget</i>	12
4.1.2 <i>Erik Erikson</i>	13
4.2 BARN PÅ SYKEHUS.....	13
4.2.1 <i>Hva er sykepleie til barn?</i>	13
4.2.2 <i>Reaksjoner på sykdom og innleggelse i sykehus</i>	14
4.2.3 <i>Rettigheter</i>	15
4.3 Å SAMTALE MED DET LILLE BARNET	16
4.3.1 <i>Definisjon av kommunikasjon og relasjon</i>	16
4.3.2 <i>Kommunikasjonsnivåer og kommunikasjonsformer</i>	16
4.3.3 <i>Å skape en tillitsfull relasjon gjennom kommunikasjon</i>	16
4.3.4 <i>Verbal og non-verbal kommunikasjon</i>	18
4.3.5 <i>Lek og latter</i>	19

4.4	EN DEFINISJON AV TRYGGHET.....	19
4.5	DET MELLOMMENNESKELIG FORHOLD OG KOMMUNIKASJON – JOYCE TRAVELBEE	19
4.5.1	<i>Kommunikasjon</i>	20
4.5.2	<i>Menneske-til-menneske-forhold</i>	21
4.5.3	<i>Å oppnå tillit og trygghet</i>	22
5	DISKUSJON	23
5.1	MØTE MELLOM SYKEPLEIEREN OG BARNET	23
5.2	KOMMUNIKASJON PÅ BARNETS PREMISSE.....	25
5.3	BRUK AV LEK OG HUMOR.....	27
5.4	Å SE FAMILIEN SOM HELHET	29
6	KONKLUSJON	33
7	ETTERORD	34
	LITTERATURLISTE	35

1 Innledning

Barn er ikke små voksne. Barn er unike. Ethvert møte, og en hver situasjon, er ulikt. Alle barn har ulik utvikling og ulik livshistorie. De trenger å bli sett, og å oppleve tilhørighet. Å skape en god relasjon kan øke barnets livskvalitet, og kan skape tillit og trygghet. Nøkkelen er god kommunikasjon. Barnet må møtes det det er, og kommunikasjon må foregå på barnets premisser. Det finnes ingen enkel oppskrift. Derfor utfordres sykepleierens evne til å kommunisere (Eide og Eide, 2012, s.358).

1.1 Presentasjon av tema og bakgrunn for valg

Tema for bacheloroppgaven er kommunikasjon mellom sykepleier og barn. Besvarelsen beskriver og diskuterer hvordan sykepleiere kan bruke kommunikasjon for både å skape trygghet for barnet og å etablere en tillitsfull relasjon når barnet er innlagt på sykehuset.

Jeg har alltid hatt et ønske om å jobbe med og for barn, da barn er små unike mennesker som fasinerer meg. Jeg har derfor valgt å skrive min bacheloroppgave om kommunikasjon med barn. Dette er et tema som interesserer meg, og i og med at kommunikasjon kan føre til trygghet og tillit mener jeg det er et svært viktig og relevant tema. I løpet av utdanningen har vi lært mye om kommunikasjon, men jeg opplever at vi ikke har hatt så mye fokus på kommunikasjon knyttet direkte til barn og unge. Jeg har heller ikke møtt barn i mine praksisperioder, og derfor ønsker jeg gjennom denne besvarelsen å øke min kunnskap om dette.

1.2 Relevans for sykepleie

Å utvikle et tillitsforhold til barn og unge kan være en stor utfordring. Barn er i utgangspunktet skeptisk til fremmede mennesker, og de kan virke truende på barna. Dette opptrer spesielt i situasjoner hvor alt er nytt og ukjent for barna. Selv om sykepleieren kan være tillitsvekkende og virke grei, kan tilliten svekkes av at hun må utføre smertefulle prosedyrer. Dersom sykepleieren kommuniserer med barnet på en god måte vil det være lettere for barnet å bli kjent med sykepleieren og å utvikle et tillitsforhold til han eller henne.

Det vil også være lettere å legge til rette for at videre samarbeid mellom barnet og sykepleieren (Grønseth og Markestad, 1998, s. 81-82).

På bakgrunn av dette, og den empirien og teorien som presenteres i besvarelsen, mener jeg at denne besvarelsens tema er relevant for alle sykepleiere og annet helsepersonell som skal jobbe med barn og unge.

1.3 Problemformulering og avgrensninger

Problemformulering er som følger:

”Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon skape trygghet og tillit for barn innlagt på sykehus?”

Presiseringer og avgrensninger

Hovedfokus i denne beavarelsen vil være hvordan sykepleieren kan bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å skape trygghet for barnet, og å etablere et tillitsforhold. Jeg har valgt å fokusere på barn i alderen 3 til 6 år. Hovedelementene i kommunikasjon med eldre barn kan være ganske lik, så nøkkelen er å tilpasse seg til barnet. Det beskrives og drøftes hvordan sykepleieren kan møte og kommunisere med barnet, men for å få et helhetlig inntrykk av hva barnesykepleie er inkluderes et fokus på familie og bruk av hjelpemidler. Dette vil være relevant for å besvare problemformulering.

Sykepleieren møter barnet når det er innlagt på egen barneavdeling på sykehuset. Innleggelsesårsaken er ikke alvorlig eller langvarig og regnes ikke som relevant for å besvare problemformuleringen.

Det er viktig å presisere at barnesykepleie er et stort og omfattende fag, og at det i denne besvarelsen bare inkluderes empiri og teori som vil være relevant for å besvare problemformuleringen. Andre sider av sykepleien vil i liten eller ingen grad presenteres.

1.4 Mål og hensikt med besvarelsen

Målet og hensikten med denne bacheloroppgaven er å øke fokus på og å få mer kunnskap om hvordan sykepleieren kan kommunisere med barn på sykehus for å oppnå et tillitsforhold og for at barnet skal føle seg trygg på sykehuset. Jeg håper jeg kan tilegne meg nok kunnskap til at jeg vil være tryggere på meg selv når jeg en dag møter et barn som er innlagt. Målgruppen er sykepleiere, men temaet kan også være aktuelt for annet helsepersonell som jobber med barn.

2 Vitenskapsteoretisk tilnærming og valg av metode

I dette kapitlet går vi nærmere inn på den vitenskapsteoretiske tilnærmingen som brukes i denne bacheloroppgaven. Videre beskrives og kritiseres metoden som er brukt for å besvare problemformuleringen, aktuell teori og empiri presenteres og kritiseres kort og det gjøres rede for hvordan etiske retningslinjer er fulgt. Avslutningsvis presenteres det hvordan besvarelsen neste deler er bygget opp.

2.1 Humanvitenskaplig tradisjon

Litteraturen som anvendes i denne besvarelsen bygger på den humanvitenskaplige tradisjonen. Humanvitenskapen har som mål *å forstå*. Tradisjonen har med menneskelige forhold å gjøre, og ”gjennom tolkning søkes en erkjennelse av verden, som bygger på en forståelse av menneskelige livssammenhenger” (Thisted, 2010, s. 48). I og med at besvarelsen har en humanvitenskaplig tilnærming, har den også en kvalitativ tilnærming. Et kjennetegn ved kvalitativ tilnærming er at den gir dybdekunnskap, og hensikten kan blant annet være å finne kunnskaper om mennesker meninger, opplevelser, erfaringer og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78).

Grunnen til at jeg har valgt en humanvitenskaplig og kvalitativ tilnærming er fordi jeg ønsket å gå i dybden og å forstå mer om hvordan sykepleieren kan kommunisere for å skape tillit og trygghet. Kvalitativ forskning blir brukt i denne besvarelsen for å få en dypere innsikt i sykepleiere, barn og foreldres meninger opplevelse av kommunikasjon på sykehus.

2.1.1 Hermeneutisk tradisjon

I den humanvitenskaplige tradisjonen finner vi to sentrale retninger; hermeneutikken og fenomenologien. Denne besvarelsen bygger på den hermeneutiske tradisjonen. Ordet *hermeneutikk* stammer fra det greske språket og betyr *å tolke* eller *å fortolke*, og bygger på å skape en forståelse ved å fortolke. Helt fra antikken har begrepet blitt brukt i forbindelse med tolkning av litteratur, men også forbindelse med fortolkning av menneskelige uttrykk og handlinger (Thisted, 2010, s. 48-49).

2.2 Litteraturstudium

I denne bacheloroppgaven anvendes det litteraturstudiet som metode. Når denne metoden anvendes samler man systematisk inn litteratur, går kritisk gjennom den og sammenfatter til slutt det man har funnet ut. For å svare på bacheloroppgavens problemformulering benyttes det teori-, forsknings, og erfaringsbasert kunnskap. Det anvendes litteratur fra skolens pensumbøker, fagbøker, forskningsartikler, samt aktuelle forskrifter (Thidemann, 2015, s. 79-81). Den erfaringsbasert kunnskap inkluderes ved at det diskuteres sitat fra forskningsartiklene intervjuer og fiktive fortellinger i diskusjonsdelen.

2.3 Litteratursøk

Pensum- og fagbøker

For å finne aktuelle bøker begynte jeg først å lete i skolens pensumliste. Jeg var spesielt interessert i bøker eller kapitler i bøker som omhandlet barn, kommunikasjon med barn og unge, relasjonen mellom sykepleier og pasient, trygghet og tillit. Flere av bøkene inneholdt relevant litteratur, derfor er en stor del av teorigrunnet hentet fra pensumlitteratur.

For å finne aktuell faglitteratur som ikke er inkludert på pensumlisten søkte jeg først og fremst i ORIA. Søkordene som hovedsakelig ble brukt var; barn, sykepleier, kommunikasjon, relasjon, tillit og trygghet, og de ble kombinert på ulike måter. Søkene resulterte i noen bøker jeg mente ville være interessante for min besvarelse, og disse ble lånt ved biblioteket.

Når jeg hadde funnet frem til litteratur jeg mente var relevant sjekket jeg bøkens referanseliste for å se om de hadde brukt noen interessante kilder. På denne måten fant jeg fant jeg litteratur som viste seg å være relevant for denne bacheloroppgaven.

Søk etter forskningsartikler

For å lete etter relevante forskningsartikler har jeg brukt fire ulike databaser. Først søkte jeg på norsk i *SveMed+*, og de mest aktuelle søkeordene var; barn, sykehus, innleggelse, sykepleier, kommunikasjon, relasjon, tillit og trygghet. På ulike måter ble disse kombinert med OR og AND, før de engelske Mesh-termene ble benyttet videre i søk i de internasjonale databasene *PubMed*, *CHIAHL* og *Cochrane Library*. Dersom jeg ikke fikk tilgang til artiklene via databasene brukte jeg *Google Scholar* for å undersøke om artiklene var tilgjengelige der.

For å vurdere hvilke artikler jeg ønsket å bruke i denne besvarelsen leste jeg mange overskrifter og sammendrag, og vurdert det opp mot min problemstilling. De artiklene som fortsatt virket interessante prøvde jeg å finne i fulltekst, Jeg så på kapitlene i artiklene og skumleste teksten. Dersom det fortsatt virket relevant leste jeg hele forskningsartikkelen, og vurderte relevans og kvalitet. I denne besvarelsen inkluderes tre forskningsartikler i ulik grad. Disse presenteres og kritiseres senere i kapittel 2.

Kritikk av min metode

Når det gjaldt å finne litteratur i form av bøker opplever jeg at det gikk fint, og at jeg ikke hadde noen store problemer med å finne relevante litteratur. Når det derimot gjelder søket etter forskningsartikler så burde jeg vært litt mer strukturert allerede fra første søk. I starten søkte jeg litt rundt uten å finne noe spesielt, men forsto raskt at jeg måtte strukturere søket ytterligere, og kombinere de relevante søkeordene annerledes

Å finne forskningsartikler som bare tok for seg kommunikasjon mellom barn og sykepleier viste seg å være utfordrende. Jeg fant mange forskningsartikler som omhandlet kommunikasjon, men det var da også inkludert andre elementer som gjorde den mindre interessant for meg. Disse elementene kunne for eksempel være stort fokus på barnets sykdom. Noen forskningsartiklene viste seg å være vanskelige å få tak i, og jeg fant også noen forskningsartikler som høstes interessante ut, men som var så gamle at de ikke var publisert elektronisk. Etter flere strukturerte søk i tre internasjonale databaser fant jeg tre forskningsartikler jeg har valgt å inkludere i besvarelsen.

2.4 Kort presentasjon av valgt empiri og kritikk av denne

I denne besvarelsen anvendes det tre forskningsartikler i ulik grad, da de belyser ulike temaer.

Forskningsartikkelen som veier tyngst er ”The specificities of communication in child nursing care” (Martinez mfl., 2013). Denne forskningsartikkelen ble utgitt i 2013 og baseres på 43 intervjuer med sykepleiere som jobber med barn. Forskernes ønske var å identifisere hvordan sykepleiere kommuniserer med barn, og å analysere hvordan kommunikasjon inkluderes i sykepleien. Artikkelen inkluderer verbal og non-verbal kommunikasjon og sykepleierens holdninger, og presiserer at kommunikasjon foregår i all omsorg. Jeg valgte å inkludere

denne forskningsartikkelen i besvarelsen min fordi den presenterer og diskuterer viktige elementer når det kommer til kommunikasjon mellom barn og sykepleier. At forfatterne har inkludert utdrag fra intervjuene gjør at det de diskuterer underbygges på en troverdig måte.

Den andre forskningsartikkelen som brukes heter ”The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals” (Pena og Juan, 2011). Forfatternes formål var å beskrive barns opplevelse av interaksjoner med sykepleierne på sykehuset, og baseres på 30 intervjuer gjort med barn fra 8 års alderen som har vært innlagt på sykehus. Barna viser seg å være fornøyde med sykepleierne, og trakk både frem både sosiale og emosjonelle faktorer. Forfatterne konkluderer med kommunikasjon spiller en avgjørende rolle for å forstå barns opplevelser, og sykepleierne må derfor ha gode strategier og kunnskaper når de skal samhandle med barn. Denne forskningsartikkelen inkluderes i besvarelsen på tross av at aldersgruppen fordi jeg mener det diskuteres viktige sider ved kommunikasjon, og på bakgrunn av annen teori og empiri mener mye av det som diskuteres kan overføres til de yngre barna.

Den tredje forskningsartikkelen heter ”The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children” (Pinheiro de Melo mfl., 2014). Forskningsartikkelen bygger på en kvalitativ spørreundersøkelse sendt ut til 660 foreldre og 95 sykepleiere og leger.

Svarprosenten var større blant helsepersonellet enn foreldrene. Artikkelen har som mål å analysere hva foreldre og helsepersonell mener om involveringen av foreldre i omsorgen som gis til barn som er innlagt på sykehuset, og hva foreldrene har behov for. Forskerne konkluderer med at det anbefales at foreldre er til stede og er involvert i det som skjer med barnet deres. Helsepersonell må tilpasse foreldrenes deltakelse til det enkelte barnet og dets familie, dele informasjon, fremme helse og gi omsorg med god kvalitet. Artikkelen inkluderes i mindre grad i besvarelsen enn de to andre artiklene, men har bidratt til at jeg har fått bredere kunnskaper om å inkludere barnets foreldre i pleien.

Kritikk av forskningsetikkene

Alle de tre forskningsartiklene er av nyere dato, det vil si utgitt de siste fem årene. Dette mener jeg er positivt da det vil være basert på dagens samfunn. Forskningsintervjuene og spørreundersøkelsen er derimot ikke utført i Norge, men i Spania, Portugal og Brazil. Etter nøye vurdering av artiklene er de inkludert fordi jeg mener at mye av det som skrives vil være relevant for sykepleiere som jobber på norske barneavdelinger. Det er viktig å nevne at det i

den andre artikkelen (Puna og Juan, 2011) intervjuer barn fra 8 år, men på bakgrunn av tilegnet kunnskap om barns utvikling har jeg inkludert informasjon jeg mener kan være relevant også for denne bacheloroppgavens aldersgruppe. Den tredje artikkelen er brukt mest for å oppnå en dypere kunnskap om foreldres involvering under barns sykehusopphold. Det er viktig å nevne at spørreundersøkelsene som ble gjennomført i forbindelse med denne artikkelen ble besvart av både foreldre og helsepersonell (86% sykepleiere). På noen spørsmål hadde foreldredelen svært lav svarprosent, og jeg mener det er viktig å være bevisst på det dette. Til slutt vil jeg påpeke at alle artiklene er skrevet på engelsk, og i prosessen med å oversette dem til norsk kan det ha oppstått misforståelser.

2.5 Kort presentasjon av valgt teori og kritikk av denne

I besvarelsens litteraturgjennomgang presenteres teori som i diskusjonsdelen anvendes. Store deler av teorien er hentet fra skolens pensumlitteratur, mens resten hentet fra annen faglitteratur.

Grønseth og Markestads (2011) ”Pediatri og pediatrik sykepleie”, Eide og Eides (2012) ”Kommunikasjon i relasjoner” og Tveitens (mfl., 2012) ”Sykepleie til barn” brukes for å belyse teori om barn på sykehus, deres reaksjoner på å være på sykehus og teori om kommunikasjon. Denne teorien inkluderes fordi jeg ser det som relevant å ha bakgrunnskunnskaper om sykepleie til barn, og teori om kommunikasjon er relevant for å besvare problemformuleringen. For å få kunnskaper om hvilke rettigheter barn på sykehus og hvilke krav som stilles til sykepleierne brukes Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner (2000). Renolens (2008) ”Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag” brukes for å belyse Jean Piaget og Erik Eriksons utviklingsteori. Dette er sekundærlitteratur, og det er viktig å være klar over at forfatterens egne oppfatninger kan prege litteraturen. Boken brukes fordi den er en del av skolens pensum. Ved å lese om utviklingsteori i Eide og Eide (2012, s. 362-365) bok får jeg bekreftet at de trekker frem de samme trekkene som Renolen (2008) bruker til å beskrive teoriene.

For å belyse Joyce Travelbees syn på det menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon brukes Travelbees (2001) egen bok ”Menneskelige forhold i sykepleie”. Det er viktig å poengtere at selv om dette er primærlitteratur, er boken oversatt til norsk. I ettertid har jeg

tolket hennes teori, og til tross for at jeg har prøvd å tolke og å anvende hennes teori på riktigst mulig måte, er det mulighet for at det har oppstått misforståelser.

For å øke min kunnskap om vitenskapsteoretiske tilnærminger har jeg brukt Thistedes (2013) ”Forskningsmetode i praksis”. Boken er hentet fra pensumlisten, og brukes for å begrunne vitenskapsteoretiske tilnærminger som brukes i denne besvarelsen. Denne boken er skrevet på dansk, og det er derfor mulig at det har oppstått små misforståelser i oversettelsesprosessen.

2.6 Etske retningslinjer

Bacheloroppgaven besvares i tråd med etiske retningslinjer. Taushetsplikten er ivaretatt, da jeg ikke har gjennomført intervjuer eller brukt erfaringer fra egen praksis. Derimot brukes eksempler fra forskningsartikler og fiktive fortellinger for å inkludere erfaringsbasert kunnskap. I besvarelsen gjengis det korrekte henvisninger til alle brukte kilder, og fullstendig referanse oppgis i litteraturlisten. Referansestilen som brukes er Harvard.

2.7 Besvarelsens oppbygning

Hittil i besvarelsen er det presentert en *innledning* og en *metodedel*. Videre følger et kort kapittel som omhandler *empirien* som skal danne grunnlag for diskusjonsdelen, før vi i kapittel 4 får en *litteraturgjennomgang*. Her presenteres først barns utvikling, på grunn av at det er viktig å ha kunnskaper om og å få et inntrykk av hvem det lille barnet egentlig er. Deretter presenteres et delkapittel om barn på sykehus, som tar for seg sykepleie til barn, barns reaksjoner på sykehusinnleggelse og kort om barns rettigheter. Videre følger et delkapittel som omhandler kommunikasjon, og et lite delkapittel om trygghet. Som avslutning på litteraturdelen presenteres Joyce Travelbees syn på kommunikasjon, mellommenneskelige forhold og tillit og trygghet.

I kapittel 5 presenteres *diskusjonsdelen*. Den består av fire deler; møte mellom sykepleieren og barnet, kommunikasjon på barnets premisser, bruk av lek og latter og å se familien som helhet. Hver del avsluttes med en delkonklusjon. I hver del diskuteres teoribasert- forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Den erfaringsbaserte kunnskapen kommer frem ved at det inkluderes og diskuteres sitater fra forskningsintervjuer og fiktive fortellinger. Diskusjonsdelen munner ut i en *konklusjon* i kapittel 6. Det er viktig å påpeke at dette er ingen

absolutt konklusjon, men en anbefaling for sykepleiere som jobber med barn. For å trekke de røde trådene sammen, avsluttes denne bacheloroppgaven med et etterord i kapittel 7.

Å sette opp bacheloroppgaven på denne måten er nøye vurdert, og begrunnes med at det vil gi besvarelsen en naturlig og logisk oppbygning. Å presentere teori om barnet først vil gjøre at man har en dypere forforståelse av barnet når det presenterer teori om kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon sett i lys av Joyce Travelbee.

3 Empiri – Fra usikkerhet til tillit og trygghet

Etter å ha gjennomgått tre forskningsartikler, hvor hovedvekten legges på to av dem, har jeg fått noen fått et inntrykk av hva forskere mener er viktig i kommunikasjon med barn. Det legges vekt på samsvar mellom verbal og non-verbal kommunikasjon, sykepleierens holdninger, å vise respekt og å se det enkelte barnet, å gi av seg selv, vise interesse og å vise empati. I tillegg kan man øke tilliten og trygghet til barnet ved å kommunisere godt med foreldrene, tilrettelegge for at daglige rutiner overføres til sykehuset, ved å bruke hjelpemidler som leker og tegninger, og ikke minst å la barna få ha det hyggelig. Dette legger grunnlaget for diskusjonsdelen og hvor fire følgende emner diskuteres:

1 Møte mellom sykepleier og barnet

2 Kommunikasjon på barnets premisser

3 Bruk av lek og latter

4 Å se familien som helhet

4 Litteraturgjennomgang

I litteraturgjennomgangen utdypes empiri og teori som vil legge grunnlaget for diskusjonsdelen. Kapittelet deles inn i fem deler: barns utvikling, barn på sykehus, å samtale med det lille barnet, en definisjon av trygghet og det mellommenneskelige forhold og kommunikasjon sett i lys av Joyce Travelbee.

4.1 Barnets utvikling

Sykepleiere som jobber med barn må ha tilstrekkelig kunnskap om barnets utvikling, vekst og modning (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, 2000, § 5; Eide og Eide, 2007, s. 358). Dette er viktig fordi man skal danne en relasjon til barnet, oppnå et tillitsforhold, kommunisere med det og hindre traumatiske opplevelser som kan hemme utviklingen. Kunnskaper om utvikling vil også hjelpe sykepleieren å ivareta barnets grunnleggende behov (Tveiten mfl., 2012, s35-7; Grønseth og Markestad, 2011, s. 9-10).

Nå presenteres kort hovedtrekkene om hvem barnet er i alderen 3-6 år sett i lys av Jean Piaget sin teori om kognitiv utvikling og Erik Erikson sin teori om personlighetsutvikling.

4.1.1 Jean Piaget

Jean Piaget har utviklet en teori innen kognitiv utvikling. Piaget beskriver ulike skjemaer: ”kognitive strukturer som inneholder den erfaring og viten et individ er i besittelse av på et gitt tidspunkt” (Renolen, 2008, s. 92).

Det pre-operasjonelle stadiet – fra 2 til 6 år

Dette stadiet deles i to: det pre-konseptuelle (2-4 år) og det intuitive (4-6 år) (Ibid, s. 93).

Det pre-konseptuelle stadiet: Barnet utvikler representasjonssystemer som språket. Det setter seg selv i sentrum, og viser egosentrisk tenkning. Barnet tror at det kan påvirke omgivelsene gjennom tanker og følelser, magisk tenkning. Animisme er også vanlig, da tror barnet at døde ting, som steiner, trær og kosebamser, har liv (Ibid, s. 93-4).

Det intuitive stadiet: Barnet kan nå løse problemer som krever mentale operasjoner. Barnet klarer derimot ikke forklare hvordan de gjør det fordi de bruker intuisjonen sin. (Ibid).

4.1.2 Erik Erikson

Erik Eriksons teori om personlighetsutvikling deles i åtte faser. Hver fase starter med en utviklingskrise, og utfallet av denne krisen vil være med på å prege personens personlighet. Utfallet er avhengig av hvordan krisen imøtekommes, og personens behov dekkes (Renolen, 2008, s. 86-7).

Initiativfasen – fra 3-4 år til 5-6 år

I denne fasen vil barnet utvikle *initiativ* eller *skyldfølelse*. Kjennetegnet på initiativ er at barnet tar ansvar, lærer nye ferdigheter, opplevelse av mening, nysgjerrighet og oppfinnsomhet. Skyldfølelse kjennetegnes av at barnet ikke tar initiativ i frykt for å slippe å ha skyldfølelse. Dette kan oppstå dersom barnet ofte får straff eller hindres i å ta initiativ. Alle barn vil til tider oppleve skyldfølelse, men dette må omsorgspersonene rundt barnet sørge for at ikke skjer for ofte (Renolen, 2008, s. 88-9).

4.2 Barn på sykehus

Barn er ikke små voksne. De har andre behov enn voksne har, og de har gjerne også andre sykdommer. 6 av 10 barn som er innlagt på sykehus er yngre enn 4 år. De fleste innleggelsene er øyeblikkelig-hjelp, og det skyldes at barns sykdom svinger raskere og sykdommen har mindre marginer (Markestad og Grønseth, 2011, s. 9-10). Liggetiden er relativt kort, og er mellom 1 og 4 døgn (Tveiten mfl., 2012, s. 14).

I dette kapittelet presenteres det hva sykepleie til barn er, litt om barns reaksjoner på innleggelse og spesielle rettigheter barn har på sykehus. Denne teorien inkluderer på grunn av at det vil være viktig for sykepleiere å ha kunnskaper om at barn og voksne er ulike, og derfor trenger ulik sykepleie.

4.2.1 Hva er sykepleie til barn?

Å utøve sykepleie til barn er en utfordring. God sykepleie vil variere fra pasient til pasient, og sykepleieren må ta utgangspunkt i barnets sammenheng, samt barnets og families situasjon. Med barnets sammenheng menes blant annet alder, ukjente omgivelser på sykehuset, endring i hverdagslige rutiner og endret familiesituasjon. God sykepleie utøves dersom ”barnets behov

ivaretas på en faglig, etisk og juridisk måte, og både barnet og familien opplever lindring, trygghet og tillit” (Tveiten mfl., 2012, s.37). Sentralt i barnesykepleien er kunnskap om vekst og utvikling (kapittel 4.1), hindring av angst og frykt og familien som helhet.

Hindre angst og frykt

Når barn blir innlagt på sykehus kan de oppleve utrygghet som følger av å være i ukjente omgivelser. For noen barn og familier kan en sykehusinnleggelse oppleves traumatisk. En av sykepleierens oppgave er derfor å legge til rette for at barnets normale hverdag i så stor grad som mulig kan fortsette. Med dette menes blant annet familiens tilstedeværelse, lek og glede og daglige rutiner. Dette vil være med å skape trygghet og velvære for barnet (Tveiten mfl., 2012, s35-7; Grønseth og Markestad, 2011, s. 9-10).

Familisentrert sykepleie

Familisentrert sykepleie, eller familiefokusert sykepleie, er et viktig begrep i barnesykepleien (Tveiten mfl., 2012, s.21). Barn som er innlagt på sykehus har krav om å ha med seg minst en av foreldrene (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Små barn har et sterkere avhengighetsforhold til foreldrene sine enn eldre barn og voksne har (Grønseth og Markestad, 2011, s. 9-10). Å utøve sykepleie til barn vil dermed inkludere å se barnet og familien som en helhet. Martinez, Tocantines og Souza har forsket på kommunikasjon mellom sykepleier-barn-forelder, og understreker at man ikke kan knytte et tett bånd til barnet dersom man ikke samtaler med barnets foreldre. Klarer sykepleieren å oppdrette et tillitsforhold til dem vil barnet bli roligere og sykepleieren kan yte mer (Martinez mfl., 2013, s. 41). Det bør tilstrebes at familien får en primærsykepleier slik at barnet og familien kan knytte tette bånd til en eller få sykepleiere. På denne måten kan familien også inkluderes mer i pleien (Pinheiro de Melo mfl., 214, s. 435) Å se familien som helhet kan være komplisert fordi sykepleieren har flere å forholde seg til, men i de fleste tilfeller kan familien ses på som en ressurs. Det er viktig at sykepleieren er bevist på at familiens funksjon endres, og at hun/han har som mål at sykehusoppholdet skal være en positiv erfaring for familien (Tveiten mfl., 2012, s. 23, 35-37).

4.2.2 Reaksjoner på sykdom og innleggelse i sykehus

Barn er små mennesker som ikke tåler like mye stress som voksne. Derfor er det viktig å vite at stress kan overskride barnets evne til å mestre situasjonen, og dette kan skape negative

konsekvenser (Grønseth og Markestad, 2011, s. 9). Evne til å mestre et sykehusopphold varierer med alder og utvikling. Barn er sårbare, og sykdom kan påvirke barnets forhold til egen kropp, fysisk- og psykologisk utvikling og sosiale relasjoner. For å redusere de negative konsekvensene av sykdom og sykehusinnleggelse er det viktig å ha kunnskaper om barns forståelse og opplevelse av sykdom, samt hjelpe dem å mestre situasjonen (Tveiten, 2012, s. 53-53).

Når barn blir innlagt på sykehus opplever de at mye er nytt og annerledes enn det de er vant med. Alle de daglige rutineene endres, og barnet kan oppleve smerter og ubehag. Dersom barnets symptomer lindres raskt etter innleggelse kan barnet føle lettelse ved å være på sykehuset, men oftest vil det være et stressmoment får både barnet og foreldrene. Reaksjoner på stress kan være regresjon, benekting, skyldfølelse, apati, klamring til foreldrene, og i enkelte tilfeller aggresjon. Psykologiske symptomer som lav selvfølelse, angst og depresjon kan forekomme hos barn med langvarig eller kronisk sykdom (Tveiten, 2012, s.53-9).

4.2.3 Rettigheter

Dersom barn blir syke har de spesielle rettigheter som er skrevet om i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner (2000). Så langt det er mulig skal barn behandles poliklinisk, og bare legges inn på sykehus dersom det er medisinsk nødvendig, eller det av andre grunner er til det beste for barnet. Foreldre har rett til å være med barnet, og barnet har rett på besøk utenom vanlige besøkstider. Det skal tilstrebes at barnet får være på en avdeling beregnet for barn, og at barnet får det samme personalet under hele oppholdet. Dersom barnet er i fysisk stand til det, skal det tilbys aktivisering og undervisning (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000) .

Barns autonomi

Frem til barnet er 18 år er det foreldrene som er barnets myndighetsperson. Frem til denne alderen vil deres evne til autonomi derfor være begrenset. Dermed stilles det krav til sykepleierens moralske standard, faglige og etiske verdier, holdninger og refleksjon over egen praksis. Sammen med barnets myndighetspersoner, er sykepleierne barnets advokat, og må argumentere for deres behov uansett sammenheng.

(Tveiten mfl., 2012, s35-7; Grønseth og Markestad, 2011, s. 9-10).

4.3 Å samtale med det lille barnet

I kapittel 4.3. formidles det hva kommunikasjon er, kommunikasjonsformer og nivåer, hvordan man kan skape et tillitsforhold, kommunikasjon på barnets premisser, før vi ser nærmere på verbal og non-verbal kommunikasjon og kommunikasjon ved hjelp av lek og humor. Dette inkluderes fordi det er svært relevant for å svare på problemformuleringen.

4.3.1 Definisjon av kommunikasjon og relasjon

Begrepet **kommunikasjon** kan defineres på ulike måter, men kan på en enkel måte defineres som ”utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere barter” (Eide&Eide, 2012, s. 17). Opprinnelig stammer ordet fra det latinske ordet *communicare*, som kan oversettes til å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen eller ha forbindelse med noen (Ibid).

Begrepet **relasjon** kan defineres som en forhold/ kontakt/ forbindelse mellom mennesker. Som begrepet kommunikasjon kommer også begrepet relasjon fra latinsk. *Relatio* betyr at en gjenstand står i forbindelse med en annen (Ibid).

4.3.2 Kommunikasjonsnivåer og kommunikasjonsformer

Björg Røed Hansen (2012) har utarbeidet en modell som skal gjøre det lettere å forstå hvordan de ulike elementene i kommunikasjonen henger sammen. Det skilles mellom kommunikative rammebetingelser og kommunikasjonsformer. De kommunikative rammebetingelsene tar for seg de ytre forholdene. Når og hvor, med hvem, hvorfor og hvordan samtalen skal foregå. Kommunikasjonsformene tar for seg samtalen og inkluderer den ”ordløs” formidlingen, formidling via samtale og den analoge formidlingen. Sistenevne er kommunikasjon gjennom hjelpemidler (Hansen, 2012, s.163).

4.3.3 Å skape en tillitsfull relasjon gjennom kommunikasjon

En av kommunikasjonene viktigste oppgave er å skape en skape tillit og trygghet hos pasienten og/ eller de pårørende. Det kan være krevende jobb for sykepleieren fordi et hvert barn er unikt og man må hele tiden tilpasse seg barnets oppmerksomhet, og jobbe for å finne ut hva det enkelte barn trenger av hjelp og støtte. For å skape et tillitsforhold må sykepleieren oppnå kontakt med barnet, og det kan være utfordrende fordi sykepleieren og sykehuset ofte er ukjent for barnet (Eide og Eide, 2012, s. 358-361).

En forutsetning for å skape en tillitsfull relasjon er fysisk og psykisk tilstedeværelse (Ibid). Barn er flinke til å kategorisere sykepleierne, og gjør dette på bakgrunn av hva de sier og hvordan de oppfører seg. Barn foretrekker sykepleiere som ”snakker vennlig til dem, som er snille, rolige og avslappede, som lytter og tilbringer tid sammen med barn, og som gjerne setter seg ned slik at de kan ha øyekontakt med dem” fremfor sykepleiere som ”høres sinte ut, er høyrøstete, virker sjefete og er travle” (Thorsen, 2012, s. 82).

Når man skal møte barnet for første gang kan det være lurt å henvende seg til barnets foreldre eller foresatte. Etter hvert som barnet blir vandt til sykepleierens stemme og utseende kan man gradvis henvende seg til barnet, og etter hvert inkludere det i samtalen. For å skape kontakt kan det være lurt å bøye seg ned til barnets høyde, lytte til hva det sier, være nysgjerrig, eventuelt spørre om ting barnet har med seg (Grønseth og Markestad, 2011, s.82-83). Videre bør sykepleieren undersøke hvor barnets oppmerksomhet er og å la barnet gjøre noe det naturlig interessert i, som for eksempel å lek eller å tegne, høre på musikk eller fortelle/lese fortellinger. Man må vise tålmodighet overfor barnet, og respektere at barnets oppmerksomhet plutselig endres. Det er lurt å la barnet holde føringen i samtalen, ved å lytte aktivt og å vise interesse for det som fortelles (Eide og Eide, 2012, s. 358-361). Sykepleieren kan invitere til samtale med barnet, men barnet må selv få bestemme når det har lyst til å snakke med sykepleieren. Når barnet først snakker er det viktig å ikke avbryte fordi barnets oppmerksomhet da avledes, og samtidig kan barnet oppleve at det hun/han forteller ikke betyr noe. Noen barn trenger hjelp til å se meningen, forstå og å sette ord på tanker og følelser. Sykepleieren kan da hjelpe barnet ved å stille konkrete spørsmål eller å bruke hjelpemidler (Tveiten mfl., 2012, s. 169-170; Eide og Eide, 2011, s.360-361).

Grønseth og Markestad (2012, s. 83) skriver at kommunikasjon med barn bør preges av ”forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting”. Sykepleieren må være åpen og direkte og det er viktig at barnet føler seg som hovedpersonen. Sykepleieren må gjøre alt for at barnet føler seg respektert og få sin integritet ivaretatt. Barnets tanker, følelser og væremåte skal anerkjennes av sykepleieren, og når barnet føler seg anerkjent vil det trolig åpne seg for videre kommunikasjon med sykepleieren (Ibid). Annerkjennelse kan også føre til økt trygghetsfølelse (Tveiten mfl., 2012, s. 168-169).

Det er viktig å ta hensyn til at alle barn er unike individer, og derfor finnes det ingen oppskrift som vil fungere på ethvert barn. Kommunikasjonen må tilpasses den enkelte, og kan ta utgangspunkt i barnets biologiske forutsetninger, livshistorie, sykdomshistorie, alder og utviklingsnivå (Eide og Eide, 2012, s. 358)

4.3.4 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Når sykepleieren yter omsorg for barnet foregår det kommunikasjon, enten det er gjennom verbal kommunikasjon, non-verbal kommunikasjon eller gjennom sykepleierens holdning og engasjement (Martinez mfl., 2013, s. 43).

Den verbale kommunikasjonen er ifølge Martinez, Tocantines og Souza (2013, s. 40-41) viktig av ulike grunner. Først; fordi barnet har rett til å vite hva som skal skje med dem og hvorfor det skjer. Sykepleieren må forklare og veilede barnet på hans/ hennes premisser, og barnet må få stille spørsmål. I tillegg til å informere om barnets helsetilstand, og videre behandling, kan sykepleieren bruke samtalen til å vise respekt for barnets identitet (Ibid). Ved å snakke med barnet kan sykepleieren hjelpe barnet å finne meningen, og å sette ord på ord på følelser (Tveiten mfl., 2012, s. 170) Viktigst av alt vil sykepleieren gjennom verbal kommunikasjon kunne skape et tillitsfullt forhold til barnet hun tar hånd om. Utfordringer kan oppstå i situasjoner hvor barnet ikke selv kan gi uttrykk for sine behov, men også i situasjoner hvor sykepleieren har en hel familie å forholde seg til (Martinez mfl., 2013, s. 40-41).

Den non-verbal kommunikasjon må sykepleierne verdsette og benytte seg av på ulike måter. Martinez, Tocantines og Souza (2013, s.41-42) skriver at non-verbal kommunikasjon kan føre til en følsom og mer human omsorg gjennom berøring, fysisk kontakt, øyekontakt og andre gester. Utstråler sykepleieren trygghet og ro vil dette smitte over på barnet. Sykepleieren får muligheten til å observere barnet, og dermed identifisere behov barnet selv ikke kan gi uttrykk for. I tillegg får sykepleieren mulighet til å bli kjent med barnet bak sykdommen, og det vil det være lettere å gi god helhetlig omsorg, og å danne en god relasjon til barnet (Martinez mfl., 2013, s.41-42). Dermed vil barnet lettere føle seg anerkjent og verdsatt (Pena og Juan, 2011, s. 1433).

4.3.5 Lek og latter

Barn uttrykker seg gjennom språk og adferd, og kan derfor være lettest å ”nå” og å kommunisere med dersom ord og handlinger kombineres. Barnet kan da oppleve at det er lettere å snakke om opplevelser og følelser. Hjelpemidler som kan brukes er blant annet tegninger, leker, bilder, eventyr/ fortellinger og musikk (Grønseth og Markestad, 2011, s. 84-85). Gjennom disse hjelpemidlene kan sykepleieren og barnet lettere danne et tillitsforhold, samt at barnet lettere kan forstå hva som skal skje. Dette kan igjen gjøre sykehusoppholdet mindre traumatisk for barnet (Martinez mfl., 2013, s.41-42).

Lek kan brukes som mer en et kommunikasjonsmiddel. Når barnet har det gøy kan man oppholde og distrahere barnet gjennom prosedyrer, og man kan vise empati til barnet. Latter og moro er også en positiv faktor for barnets vekst og utvikling, og stimulerer til positiv atferd, i tillegg til læring og sosiale interaksjoner. Barnets humør vil også stige (Pena og Juan, 2011, s. 1432-1433).

4.4 En definisjon av trygghet

Psykologen Abraham Maslow definerer trygghet som blant annet behov for forutsigbarhet og beskyttelse. Når et barn legges inn på sykehus rives de ut av det forutsigbare hverdagslivet. De har dermed stort behov for trygghet og stabilitet, og hverdagen bør i så stor grad som mulige bringes inn på sykehuset (Thorsen, 2012, s. 110-111). Trygghet handler også om kontroll. I ukjente omgivelser på sykehuset kan barnet føle usikkerhet og engstelse, det blir blant annet sykepleierens oppgave å hjelpe barnet tilbake til kontrollen (Eide og Eide, 2012, s.358). Barnet er avhengig av at noen ser dem, forstår dem og gir dem oppmerksomhet (Thorsen, 2012, s. 111).

4.5 Det mellommenneskelig forhold og kommunikasjon – Joyce

Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1972) presenterer i sin sykepleieteori sykepleie som en ”mellommenneskelig prosess”. Dette begrunnes med at sykepleie alltid dreier seg om mennesker, og om erfaringer eller hendelser som utspiller seg mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 2001, s. 29-30). Joyce Travelbee definerer sykepleie på denne måten;

”Sykepleie er 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” (Travelbee, 2001, s 29).

I denne bacheloroppgaven anvendes Joyce Travelsbees teori fordi hun hevder at det gjennom kommunikasjon mellom sykepleieren og den syke kan etableres et menneske-til-menneske-forhold, og dermed kan også tillit og trygghet utvikles hos den syke. Dette er svært relevant for å svare på besvarelsens problemformulering, som omhandler hvordan kommunikasjon kan skape tillit og trygghet.

Videre i dette kapitlet presenteres Travelbees tanker om kommunikasjon, menneske-til-menneske-forholdet og tillit og trygghet.

4.5.1 Kommunikasjon

Hver gang to eller flere mennesker møtes foregår det kommunikasjon mellom dem. Kommunikasjonen kan være verbal eller non-verbal, og den kan være bevisst eller ikke-bevisst. Det er en gjensidig prosess; sykepleieren kommuniserer for å søke og å gi informasjon, samt å motivere og å influere pasienten, mens pasienten kommuniserer for å søke hjelp (Travelbee, 2001, s. 135-139).

En av den profesjonelle sykepleierens oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede kommunikasjonen med pasienten slik at man kommer nærmere sykepleierens mål og hensikt. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva pasienten kommuniserer, og videre bruke denne informasjonen til å planlegge sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2001, s. 135-7).

Travelbee skriver at et hvert menneske et unikt individ, og gjennom persepsjon og kommunikasjon kan den andres menneskelige verdi komme til syne eller forsvinne. I og med at alle mennesker er ulike kan man ikke ha en fast regel på hvordan man skal kommunisere med andre, men det er viktig at sykepleieren tilstreber å utvikle sine kommunikative ferdigheter- og evner fordi det har stor innvirkning på andre (Travelbee, 2001, s. 136-8).

Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren bli kjent med den syke som menneske, og bestemme og å ivareta hans behov. Det dannes en eller flere erfaringer mellom sykepleieren og pasienten, og dette legger grunnlaget for et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 136).

4.5.2 Menneske-til-menneske-forhold

Et menneske-til-menneske-forhold kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre som to individer. Termene ”sykepleier” og ”pasient” viskes ut fordi Travelbee mener at man ikke kan nå helt frem til hverandre som individer dersom termene brukes. For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold må sykepleieren gå inn for å bli kjent med pasienten, og hun må bevisst vite hva hun gjør, føler, tenker og erfarer. Sykepleieren må bruke den kunnskapen hun har, og strukturere samhandlingen med pasienten (Travelbee, 2001, s. 171-172). Et menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel som kan brukes for å hjelpe pasienten å forebygge eller mestre sykdom og finne meningen i disse erfaringene. Det er fem stadier på veien mot å danne et menneske-til-menneske-forhold. De fem fasene, samt kort om tillit og trygghet, presenteres nå;

Det innledende møte

Første gang sykepleieren møter den syke vil begge parter observere den andre og bygge seg opp antakelser og meninger. Det dannes et førsteinntrykk. Ved dette første møte er partene ukjente for hverandre og preges derfor av stereotypiske forestillinger. Mangler en av partene erfaring kan førsteinntrykket preges av fantasifortellinger. Ved at partene får innsikt i hverandre vil de begynne å se på hverandre som to unike individer, og først da kan forholdet gå over i neste fase (Travelbee, 2001, s. 186-188).

Fremvekst av identitet

I denne fasen av forholdet legges det vekt på å verdsette den andre som et unikt og enestående individet, og evnene til å skape en tilknytning. Nå begynner den enkeltes identitet å tre frem, i form av likheter og ulikheter. I det små begynner sykepleieren og pasienten og knyttes til hverandre, og de tidligere stereotypiske forestillingene forsvinner gradvis. Sykepleieren kan nå begynne å oppfatte hva den syke føler, tenker og oppfatter (Travelbee, 2001, s. 188-189).

Empati

Empati er ”evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand” (Travelbee, 2001, s. 193). Noe meningsfylt blir delt mellom to eller flere individer, men tanker og følelser overføres ikke. Man opplever nærhet, og ser den andre som et unikt individ i støtte grad en før (Ibid).

Sympati

Å vise sympati er et skritt videre fra empati. Det typiske her er at man har et stort ønske om å lindre den andres plager, og man påvirkes og tar del i den andres følelser og opplevelser. I dette stadiet oppleves medlidenhet, og det er bare mulig dersom man er personlig involvert (Travelbee, 2001, s. 200).

Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt er ”en prosess, en hendelse eller en eller flere erfaringer” og består av en formidling av følelser, tanker og holdninger. For både sykepleieren og pasienten oppleves dette betydningsfullt og viktig, og begge partene er involvert. Nå ser man på hverandre som menneske-til-menneske (Travelbee, 2001, s. 211-213).

4.5.3 Å oppnå tillit og trygghet

Etter sympatifasen vil pasienten oppleve *tillit* til sykepleieren. Han trenger ikke lenger lure på om sykepleieren er pålitelig, og han trenger heller ikke ”å sette sykepleieren på prøve” for å finne ut dette. Travelbee forklarer at ”trygghet er et skritt videre i forhold til tillit” (Travelbee, 2001, s.215). Når pasienten føler tillit og trygghet til sykepleieren er han/ hun sikker på sykepleieren, basert på både erfaringer og bevis, og pasienten trenger ikke lenger ”å sette sykepleieren på prøve” for å se om de er til å stole på (Ibid).

5 Diskusjon

I kapittel 5 diskuteres den empiri og teori som ble lagt frem i kapittel 3 og 4. Kapittelet består av fire delkapitler: møte mellom sykepleieren og barnet, kommunikasjon på barnets premisser, bruk av lek og humor og å se familien som helhet.

5.1 Møte mellom sykepleieren og barnet

Fortelling; En morgen kommer Markus, 4 år, og moren til barneavdelingen. Markus har de siste dagene vært slapp, hatt feber og fått i seg for lite næring. Sykepleier Maria møter dem. Hun smiler og vinker, tar mor i hånden og presenterer seg selv. Maria viser Markus og mor inn på et rom, og forteller litt om hva som skal skje videre. Markus og bamsen hans sitter først på mors fang, før han etter hvert forsiktig begynner å utforske rommet. Maria setter seg på huk, og spør hvem bamsen er. Markus virker litt sjenert, men det tar ikke lang tid før han smiler og forteller.

Joyce Travelbee skriver at når sykepleieren og den syke møtes for første gang vil de ikke se på hverandre som unike individer, og begge vil ha en stereotypisk oppfatning av den andre. Sykepleieren kan ha problemer med å se barnet bak sykdommen og barnet kan ha problemer med å skjønne hvem sykepleieren egentlig er. Markus, som mest sannsynlig aldri har møtt noen sykepleiere før kan lage skumle eventyrfortellinger om den hvitkledde sykepleieren som jobber på det skumle sykehuset. Når de to møtes for første gang vil de danne et inntrykk av den andre basert på observasjoner, antakelser og personlige meninger om den andre. Får man et godt inntrykk er det stor sjanse for at man sammenlikner den man nylig har møtt med noen man kjenner og liker fra før, men får man derimot et dårlig førsteinntrykk er det sjanse for at man gir den andre karaktertrekk man av ulike grunner ikke liker (Travelbee, 2001, s. 186-187). Derfor vil det være rimelig å si at sykepleieren må tilegne seg kunnskaper om hvordan hun kan møte barnet på dets premisser slik at hun kan skape et godt førsteinntrykk.

Når sykepleieren skal møte barnet for første gang kan det være lurt å henvende seg til barnets foreldre/ familie. Dette gjør at barnet får bli vandt til sykepleierens stemme, utseende og væremåte. Etter hvert kan sykepleieren inkludere barnet, og sykepleieren bør bøye seg ned til barnets høyde. Mens sykepleier Maria snakker med mor får Markus sjansen til å danne et førsteinntrykk av Maria og kanskje han ser at Maria ikke stemmer med den eventyrfortellingen han hadde sett for seg. Når sykepleieren bruker god tid med barnet, viser

interesse for det, spør det om ting, og prøver å skape en felles interesse, vil det være lettere å oppdrette kontakt. Møter derimot sykepleieren et barn de opplever trygt fra første stund er det naturlig å inkludere barnet i samtalen med en gang Grønseth og Markestad, 2011, s. 82-83).

Når sykepleieren og barnet begynner å bli kjent med hverandre etableres det, i følge Travelbee (2001, s. 188-189), en tilknytning mellom dem og de begynner å bli kjent med hverandres personlighet. For å oppnå best mulig kontakt med barnet kan sykepleieren prøve å finne ut hvor barnet har sin oppmerksomhet. Som i eksempelet over bruker sykepleier Maria bamsen til Markus for å skape et felles oppmerksomhetspunkt. Bamsen kan være en trygghet for Markus fordi han har hatt den med hjemmefra, og Maria tar utgangspunkt i dette for å etablere videre kontakt.

For å skape en god relasjon er det viktig at sykepleieren ser det det unike i barnet, og møter det der det er (Tveiten mfl., 2012, s. 166-167). På den ene siden er det viktig at sykepleieren har gode kunnskaper om barns normale utvikling slik at hun kan tilpasse seg barnet, og på den andre siden er det viktig at sykepleieren har kunnskaper om at en sykehusinnleggelse kan forårsake stress hos barnet og barnets familie. En slik situasjon kan svekke barnets evne til å tenke logisk og fornuftig, og dersom barnet opplever mer stress enn det kan mestre kan det være en trussel for normal utviklingen (Grønseth og Markestad, 2011, s. 9, 51-52). Med dette som grunnlag er det viktig at sykepleieren prøver å danne et forhold til barnet basert på respekt og trygghet. Det kan hjelpe barnet til å føle seg tryggere mens det er på sykehuset, og sykepleieren kan lettere forstå og støtte barnet der barnet trenger det (Martinez mfl., 2013, s. 42).

Når barnet legges inn på sykehus blir alle rutinene det er vant med fra dagliglivet brutt (Tveiten mfl., 2012, s. 37). Sykepleieren må tilrettelegge slik at noen av de daglige rutinene kan overføres til sykehuset. Det kan gjelde for mat og legging, besøk av familie og tilrettelegge for lek og humor. Dette er viktig fordi det skaper trygghet og stabilitet for barnet. Forskning (Puno og Juan, 2011, 1433) viser at barn setter pris på at sykepleierne gjenskaper hverdagen på sykehuset og tilrettelegger for at barn skal få gode minner fra sykehuset. Barn ønsker også at sykepleiere skal lytte og vise interesse for det, være personlige og se barnet (Ibid).

Delkonklusjon

Når sykepleieren skal møte barnet for første gang er det viktig å fokusere på at barnet skal få et godt førsteinntrykk. Sykepleieren kan enten henvende seg til barnet med en gang eller la barnet bli vandt med sykepleierens nærvær og henvende seg til familien. Barnet inkluderes da gradvis i samtalen. Det er viktig å finne barnets oppmerksomhet, og å ta utgangspunkt i dette for å skape videre kontakt, som igjen skal føre til tillitsfullt forhold og trygghet for barnet. Sykepleieren må møte barnet der det er, med tanke på alder og utvikling, og deretter tilpasse måten hun henvender seg til barnet på.

5.2 Kommunikasjon på barnets premisser

God kommunikasjon er, i følge Grønseth og Markestad (2011, s. 87), nøkkelen til å skape et tillitsforhold til barn. Eide og Eide (2012, s. 359) hevner at i tillegg til å skape tillitt kan kommunikasjonen skape trygghet. Til tross for dette finnes det ingen enkel oppskrift på hvordan man kommuniserer med barn. Som Travelbee (2001, s. 188-189) hevder er alle barn unike individer. De befinner seg på sitt eget utviklingsnivå og reagerer ulikt på sin sykdomssituasjon. På bakgrunn av at kommunikasjon skaper tillit og trygghet, og at alle barn er unike, vil det være rimelig å si at sykepleierens evne til å kommunisere med barnet på barnets premisser utfordres (Eide og Eide, 2012, s.358).

I kapittel 5.1 presenteres det første møte mellom sykepleieren og barnet. Nå skal vi gå dypere inn i hvordan man kan samtale med barnet. For det første; barnet må få være hovedpersonen, og tid og rom for samtalen må tilpasses barnet. Barnet har kortere oppmerksomhetstid enn voksne, og av den grunn bør samtalen være korte og gjennomføres når barnet er våkent og opplagt. For det andre; kommunikasjonen må preges av ”forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting”. Dette skriver Grønseth og Markestad (2012, s. 81-83, 87), og presiserer videre at sykepleieren må anerkjenne barnets tanker, følelser og væremåte. Dersom sykepleieren klarer å sette disse to premissene sammen, og tilpasse det til sin pasient, legges det et godt grunnlag for å utvikle et tillitsforhold. Innfris derimot ikke disse premissene er det fare for at barnet stenger for videre kommunikasjon (Ibid).

Å skape tillit og trygghet kan være en utfordring. Eide og Eide (2012, s. 358-359) skriver at for å skape trygghet, tillit og stabilitet hos barnet og barnets familie er det viktig at sykepleieren ser barnet, prøver å forstå det, og møter følelsene barnet har. Travelbee (2001,

s.136-137, 215) skriver at sykepleieren må bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å etablere gjensidig forståelse og kontakt (=menneske-til-menneske-forhold). Det innebærer blant annet at sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandre og at sykepleieren viser empati og sympati. På bakgrunn av blant annet Eide og Eide (2012) og Travelbee (2001) vil det være rimelig å si at sykepleieren må tilstrebe å bli kjent med pasienten bak sykdommen, og vise empati og sympati for pasienten. Dermed vil det være lettere å skape trygghet og tillit.

Martinez, Tocntines og Souza (2013, s.42-43) hevder at gjennom å gi individuell omsorg, vise respekt for barnet og å snakke ærlig så vil man lettere oppnå et tillitsfullt forhold. De siterer fra intervjuer for å eksemplifisere dette; ”bruk barnets navn, da gir de deg oppmerksomhet/ snakk rolig, de vil føle seg bedre og roligere/ aldre lyv til et barn/ hold kontakt med barnet, det vil lettere vinne deres tillit”. I disse utsagnene ser vi at sykepleieren går inn for å bli kjent med barnet og viser interesse for det. Grønseth og Markestad (2012, s.83) hevder at dette kan hjelpe sykepleieren å få tillit fra barnet. Ved at sykepleieren opptrer og snakker rolig vil dette smitte over på barnet, og det vil være lettere å samhandle med barnet (Martinez mfl., 2013, s.41-42). At sykepleieren bevisst aldri lyver til barnet viser at hun respekterer, anerkjenner og tar barnet på alvor, og er en nødvendighet for at barnet skal få tillit til sykepleieren (Martinez mfl., 2013, s. 42; Grønseth og Markestad s. 86).

Det skilles mellom verbal og non-verbal kommunikasjon. Bruk og viktigheten av begge understrekes i et forskningsintervju av Martinez (mfl., 2013, s.42); ”du berører henne med sårhet, gir henne omsorg, samhandler med henne, du snakker med henne”. Denne sykepleieren viser at hun bryr seg om barnet, og vi får inntrykk av at hun gir omsorg etter barnets premisser. Hun utvikler på denne måten en tettere og mer ekte relasjon (Ibid). På den ene siden er det svært viktig at sykepleieren bruker sine verbale kommunikasjonsevner for blant annet å snakke med barnet, vise interesse, informerer og forklare. Verbal kommunikasjon brukes også for å styrke tillitsforholdet til barnet og barnets familie. På den andre siden er det non-verbal språket regnet som like viktig, om ikke viktigere, når det gjelder kommunikasjon med barn. Barn er nemlig svært vare på hvordan sykepleieren oppfører seg. Sykepleiere som jobber med barn (Martinez mfl., 2013, s. 41) har uttalt at nærhet, klemming og annen fysisk kontakt er metoder de bruker. For barnet kan dette skape trygghet og ro. En annen viktig del av det non-verbale er å observere barnets mange uttrykk og å kommunisere gjennom blant annet øyekontakt (Ibid). På bakgrunn av dette er det rimelig å si at

sykepleierens verbale og non-verbale språk må samsvare for at barnet skal vise tillit til sykepleieren og føle trygghet. (Grønseth og Markestad, 2011, s. 82).

I følge Piagets utviklingsteori preges barn i alderen 2-6 år av egosentrisk- og magisk tenkning, bruk av animisme og de har ikke fullt utviklet sin evne til å forklare sammenhengende historier eller overføre hendelser fra fortiden til fortellinger. Eide og Eide (2012, s. 362) inkluderer i tillegg at hva og hvordan barn forstår avhenger av alder, medfødte egenskaper, livssituasjon og sykdomssituasjon. Derfor er det rimelig å si at sykepleieren må ha kunnskaper om barns utvikling, men også hvilke andre faktorer som påvirker deres forståelsesevne. Ut fra dette må sykepleieren kommunisere på deres premisser. Dersom sykepleieren tar utgangspunkt i noe barnet viser interesse for og lar barnet beskrive og fortelle om det, får barnet ha føringen uten at sykepleieren overtar eller avbryter samtalen. På denne måten kan sykepleieren lytte aktivt, og hun/han vil få et inntrykk av barnets oppfatning og forståelse av situasjonen. Eventuelle misforståelser og feiloppfatninger kan nå oppklares. I tillegg er en av sykepleierens oppgaver å hjelpe barnet til å forstå og å finne mening i det som skjer, da dette, i følge Pena og Juan (2011) kan redusere faren for å oppleve angst under oppholdet. Dette kan blant annet skje ved å stille konkrete spørsmål. Man må derimot passe på og ikke stille for mange spørsmål eller å stille spørsmål som ikke er relevante, da barnet trolig vil miste konsentrasjonen og stenge for videre kommunikasjon (Grønseth og Markestad, 2011, s. 83-86).

Delkonklusjon

Å kommunisere med barn på deres premisser kan være en utfordring for sykepleieren, men gjennom kommunikasjon kan det skapes et tillitsforhold og etableres trygghet. Tid og sted for samtalen må tilpasses, og barnet skal være hovedpersonen og skal få muligheten til å styre samtalen. Sykepleieren må bruke sine kunnskaper om barnets utvikling og situasjon for å tilpasse seg det enkelte barnet. Sykepleieren må, gjennom kommunikasjon, lytte, forstå, akseptere, bekrefte og tolerere alle sidene ved barnet. Det verbale og non-verbale språket må samsvare for at barnet skal få tillitt til sykepleieren.

5.3 Bruk av lek og humor

”Å leke, foreslå et spill eller å spille et spill/ Det bygger noe som vil være basen når du skal utføre sykepleieprosedyrer/ Noen ganger synger jeg for barn som er alene, når moren ikke er

tilstede/ Jeg spør dem om å vise meg en leke og lar dem engasjere meg” (Martinez mfl., 2013, s. 42). Sitatene er hentet fra sykepleieintervjuer gjort av Martinez, Tocantines og Souza, og viser at sykepleiere ofte bruker hjelpemidler når de skal kommunisere med barn. Det finnes mange fordeler med å bruke leker, terninger, spill, fortellinger, musikk eller lignende i kommunikasjon med barn.

Fortelling; Sykepleier Maria kommer inn på Markus's og morens rom. "Hei Markus, se hva jeg har med" sier hun, og gir Markus en tegneblokk og noen fargestifter. Tidligere på dagen fortalte moren tilfeldigvis at Markus likte å tegne. Markus tegner bamsen sin som gråter. Når Maria spør hvorfor, svarer Markus at bamsen savner bamsepappaen.

For det første så har ord nødvendigvis ikke samme betydning for barn som for voksne, og for det andre så uttrykker barn seg ofte bedre når de bruker både ord og atferd. Derfor vil det ofte være lettest å kommunisere med barnet og for barnet å forstå dersom sykepleieren kombinerer ord og handlinger (Eide og Eide, 2012, s. 360-361). Barnet kan også lettere gi uttrykk for følelser og opplevelser ved å bruke hjelpemidler (Ibid). I fortellingen over tegner Markus at bamsen er lei seg fordi den savner bamsepappaen, men i virkeligheten er det Markus selv som savner pappaen sin. Dette viser at barn kan gi uttrykk for viktige følelser og bekymringer ved å bruke diverse hjelpemidler og sykepleieren må fange opp disse, og videre samtale om det (Ibid, s. 375). Sykepleieren må ha kunnskaper om blant annet barns utvikling for å vite noe om hvordan barn i den aktuelle alderen tenker og forstår verden rundt seg. Uansett er det viktig at sykepleieren ikke tolker det barnet leker/ tegner, men heller spørre barnet direkte hva det betyr. Barnet kan oppleve økt mestring ved å dele følelser og opplevelser (Tveiten mfl., 2012, s. 170; Grønseth og Markestad, 2011, s.84-85).

Noen barn opplever at det er lettere å snakke om opplevelser og følelser fordi de kan distansere seg fra de gjennom hjelpemidler. Det kan oppleves mindre skremmende å dele skumle fantasier gjennom en dukke eller en tegning. Derimot er det ikke alle barn som forteller på eget initiativ, så sykepleieren bør oppfordre barnet til å tegne det barnet har opplevd og deretter spørre barnet om tegningen (Tveiten, 2011, s. 166). Sykepleier Maria kan spørre Markus om han vil tegne noe av det han har opplevd på sykehuset, og etterpå kan hun samtale med ham om det. Dette fører til at barnet kan gi slipp på følelsene sine, og sykepleieren har muligheten til gi forklaringer og å oppklare eventuelle misforståelser (Grønseth og Markestad, 2011, s.84).

Bruk av hjelpemidler skaper håp og mening, og det vil være viktig å ha det hyggelig sammen selv om barnet er innlagt på sykehuset (Eide og Eide, 2012, s. 361). I fortellingen om Markus så får han ikke bare gitt uttrykk for sine følelser, men han får gjøre noe som er naturlig for ham og noe han synes er kjekt. Derfor vil det være lettere for sykepleier Maria å skape kontakt med Markus (Eide og Eide, 2012, s. 360). Puna og Juan (2011) hevder at latter er viktig fordi det stimulerer utvikling, adferd og læring. Dessuten er humor og latter en ressurs som kan hjelpe sykepleieren å vise empati, men som også er effektiv for å distrahere barnet. Derfor vil det være lurt av sykepleieren å ta seg tid til å gjøre noe barnet synes er gøy, og som barnet finner en mening i. Det kan være å leke, tegne eller å lese noe sammen. Med grunnlag i Puna og Juan (2011) vil da sykepleieren og barnet få en sterkere relasjon, og det legges til rette for å skape tillit og trygghet. Gjennom lek og latter forbedres barnets humør (Ibid) og dermed vil et av sykepleierens mål, at barnet får en positiv erfaring med sykehuset, oppnås (Tveiten mfl., 2011, s. 35).

Delkonklusjon

God kommunikasjon skaper tillit og trygghet. Ved at sykepleieren aktivt bruker hjelpemidler når hun skal kommunisere med barn vil hun lettere kunne nå, forstå og kommunisere med barnet. Barnet har lettere for å åpne seg og å fortelle om sine følelser og opplevelser nå de får bruke både ord og handlinger, og barnet kan oppleve økt mestring som følger av dette. Lek og latter vil også skape hygge, og barnet og sykepleierne kan skape et enda tettere forhold. I tillegg vil barnet og foreldrenes syn på sykehusoppholdet forhåpentligvis forbedres, og dette er, som nevnt tidligere, et av sykepleierens mål.

5.4 Å se familien som helhet

Fortelling; Rett før leggetid kommer Markus's far og brødre for å hilse på. De har med Markus's favorittbok og den vanlige pysjamasen. Før Markus legger seg leser far en god-natt historie til Markus og brødrene. Dette pleier de å gjøre hjemme. Sykepleier Maria kommer inn på rommet for å gi Markus kveldsmedisiner. Etterpå hilser hun på Markus's brødre, og snakker med mor og far. De snakker litt om å være på sykehus, men mest om hverdagslige ting.

I følge Forskrift om barns rettigheter i helseinstitusjoner (2000) har alle barn rett til å ha med foreldre på sykehuset. Barnet har også rett på besøk utenom oppsatte besøkstider, og dette medfører at barnet har mulighet til å få treffe familie og venner. Markus får besøk av faren og brødrene, de har med seg kjente og trygge ting hjemmefra, og de får være en samlet familie. Derfor overføres noe av Markus's hverdag inn til sykehuset og han kan oppleve større grad av trygghet (Puno og Juan, 2011, 1433).

Å være syk og å være på sykehus kan være en ubehagelig og stressende situasjon for barnet og barnets familie. Dersom sykepleieren klarer å etablere et tillitsfullt forhold til barnet og foreldrene kan det ha flere positive følger. For det første kan det på en positiv måte påvirke det videre samarbeidet og familiens opplevelse av sykehusoppholdet, og for det andre så vil det virke beroligende på barnet. Derfor påstandene vil det å opprette et tillitsforhold være noe sykepleieren må tilstrebe. Det kan derimot være vanskelig fordi barn ofte er skeptiske til fremmede mennesker og sykepleieren ofte har det svært travelt (Grønseth og Markestad, 2011, s. 82; Pena og Juan, 2011, s. 1433-1434).

Svært ofte kan foreldrene sees på som en ressurs for barnet. For det første kan de trøste og skape trygghet, samt avlede og formidle viktig informasjon mellom barnet og sykepleieren. For det andre så kan barnets foreldre hjelpe sykepleieren å forstå barnet bedre (Tveiten mfl., 2012, s. 24, 42). Sykepleieren bør derfor tilstrebe å få et godt forhold til foreldrene slik at de kan oppleve å få støtte og å bli tatt på alvor, da foreldrene ofte er ekspertene på sitt eget barn (Grønseth og Markestad, 2011, s.86). Det man derimot må ta hensyn til er at foreldre som har barn på sykehus kan bli slitne og oppleve stress, og da kan det være vanskeligere for dem å være fullt tilstede for barnet (Tveiten mfl., 2012, s. 24, 42). Det er viktig at foreldrene får avlastning for å bearbeide egne følelser og behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, 2000, § 6).

Joyve Travelbee (2001, s. 188-189) skriver at alle mennesker er unike og enestående individer. Martinez (mfl., 2013, s. 41) har intervjuet en sykepleier som fortalte at "uten moren kan vi ikke vinne barnets hjerte" og "uten foreldrene er det vanskeligere fordi de er en referanse for og en støtte for barnet". Hun hevder i sin forskningsartikkel at dersom sykepleieren og foreldrene et godt forhold vil det dessuten virke beroligende på barnet. På bakgrunn av dette vil det være svært viktig at sykepleier Maria ser både Markus's mor og far, fordi de er i en sårbar situasjon og har behov for å bli sett. Vi ser at hun prioriterer å bygge opp

forholdet, og de snakker også om hverdagslige temaer. Pena og Juan (2011 s. 1433) har intervjuet barn som har vært innlagt på sykehus, og de uttrykker at dersom sykepleierne klarer å etablere et godt forhold til foreldrene vil de øke kvaliteten på pleien barnet får. De fant også ut at barna liker at sykepleierne snakker med foreldrene om dagligdagse temaer fordi det uttrykker nærhet og empati; ”de snakker med mor/ sier morsomme ting/ snakker om klær og alt mulig/ snakker om hva mor syr og at de liker det ”. Dette underbygger det sykepleier gjør i fortellingen. Dersom sykepleier Maria snakker med mor og far om hverdagslige temaer kan Markus kjenne igjen dette fra sin hverdag utenfor sykehuset. Kanskje kan dette føre til at Markus føler trygghet? Som Pena og Juan skriver så vil hverdagslige samtaler uansett uttrykke empati, og på bakgrunn av Travelbees (2001, s. 171-172) empatifase i teorien om menneske-til-menneske-forhold er det rimelig å si at Maria nå tar del i familiens tanker og følelser. Hun forstår hvordan de har det, og partene begynner derfor å se på hverandre som unike individer. Det bør derfor tilstrebes at de vaktene sykepleier Maria er på jobb så arbeider hun med Markus. De har allerede bygget et tillitsforhold. Dersom en ny sykepleier ”overtar” Markus må det startes en ny prosess med å bygge et menneske-til-menneske-forhold (Tavelbee, 2001) for å skape trygghet og tillit.

I følge Forskrift om barns rettigheter i helseinstitusjoner (2000) skal sykepleieren avklare hvilke oppgaver foreldrene ønsker og kan utføre under sykehusoppholdet. Sykepleieren skal samarbeide med foreldrene for å oppnå god omsorg, og overta ansvaret på de områdene foreldrene ikke muligheten til å bidra (Grønseth og Markestad, 2011, s. 73). Til tross for dette opplever noen foreldre å bli overlatt til seg selv og at sykepleierne er travle og gir dem oppgaver de ikke føler seg kompetente til å utføre (Tveiten, 2012, s. 24-25).

Forskningsintervjuer gjort av Martinez (mfl., 2013, s.41) viser dessuten at sykepleierne selv også mener at familiene ikke blir godt nok ivaretatt og at de ikke får den assistansen de har krav på. Sykepleier Maria bør derfor tilstrebe å ha en god dialog med mor og far om hvilke oppgaver de føler seg trygge på å utføre. Foreldrene har også behov for informasjon, støtte og veiledning, slik at de i så stor grad som mulig kan fylle foreldrerollen (Grønseth og Markestad, 2011, s. 73). Dette vil redusere foreldrenes stressnivå og hindre negative ettervirkninger, og når foreldrene er trygge og rolige vil dette smitte over på barnet (Martinez mfl., 2013, s.41-42).

Delkonklusjon

For at barnet skal oppleve best mulig omsorg under sitt sykehusopphold er det viktig at sykepleieren ser hele familien som en helhet. Det kan være en utfordring å forholde seg til flere enn barnet, men barnet vil kunne oppleve store fordeler dersom foreldrene og sykepleierne danner en god relasjon seg i mellom. Eksempler på fordelene kan være større grad av tillitt til sykepleieren og at foreldrenes trygghet virker beroligende på barnet.

6 Konklusjon

”Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon skape trygghet og tillit hos barn innlagt på sykehus?”

I denne bacheloroppgaven har det blitt diskutert hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon kan skape trygghet og tillit hos barn innlagt på sykehuset. Å kommunisere med barn er et avansert og komplekst emne, og det finnes ingen fasit. Sykepleieren må tilpasse kommunikasjonen til det barnet hun møter. Noen viktige punkter til hvordan dette kan gjøres presenteres nå:

Det første møte er viktig for å opprette videre kontakt med barnet, og det er viktig av verbal og non-verbal kommunikasjon samsvarer for at barnet skal få tillit til sykepleieren. Barnet må ses som et unikt individ, og få være hovedpersonen i samtalen. Et godt utgangspunkt er å finne barnets oppmerksomhetspunkt, da dette skaper kontakt. Kontakt legger grunnlaget for trygghet og tillit. Ved å, gjennom kommunikasjon, vise interesse, lytte aktivt, vise respekt, anerkjennelse og forståelse for barnet kan det skapes tillit og trygghet. Å bruke hjelpemidler (leker, terninger, spill, bøker) kan gjøre det lettere å kommunisere med og å forstå barnet. Barnet vil lettere åpne opp for å fortelle om følelser, meninger og fortellinger. Lek vil skape hygge og latter og kan hjelpe barnet å knytte et tillitsforhold til sykepleien. Et siste viktig element i sykepleien er å se familien som helhet. Dersom sykepleieren klarer å kommunisere godt med barnets foreldre vil barnet kunne bli beroliget, og hele familien vil få en mer positiv erfaring av å være innlagt på sykehuset.

7 Etterord

I denne bacheloroppgaven er det besvart hvordan sykepleieren kan bruke kommunikasjon for å skape trygghet og tillit til barn på sykehus. Kommunikasjon er en viktig, men utfordrende del av sykepleien til barn. Gjøres det riktig vil det være nøkkelen for å skape trygghet og tillit for barnet. På bakgrunn av besvarelsens litteratur- og diskusjonsdel ser jeg grunn i å oppfordre alle sykepleiere som jobber med barn å tilstrebe å se det enkelte barnet og å være åpen og vise interesse, lytte og å vise respekt. Videre oppfordres samme yrkesgruppe til å utvikle egne kommunikasjonsferdigheter. Personlig har jeg, gjennom arbeid med denne bacheloroppgaven, tilegnet meg ny og nyttig kunnskap som jeg vil ta med videre på min vei ut i arbeidslivet som sykepleier.

”[The nurse] makes me laugh and takes most care when doing everything, she’s respectful, likeable, affectionate and educated” (Puna og Juan, 2011, s. 1434)

Litteraturliste

Eide, H. og Eide, T. (2012) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 2 utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Forskrift av 1. desember 2000 om barns opphold i helseinstitusjoner

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Hansen, B.R. (2012) *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Martinez, E.A., Tocantins, F.R. og Souza, D.R. (2013) The specificities of communication in child nursing care. *Rev Gaúcha Enferm* [INTERNETT], 34 (1), s. 37-44. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100005

Pena, A.L.N. og Juan, L.C. (2011) The experience of hospitalized children regarding their interaction with nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internett], 19 (6), s. 1429-1436. DOI:10.1590/S0104-11692011000600021

Pinheiro de Melo, E.M.O., Ferreira, P.L., Garcia de Lima, R.A. og Falleiros de Mello, D. (2014) The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internett], 22 (3), s. 432-439. DOI:10.1590/0104-1169.3308.2434

Renolen, Å. (2008) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Thisted, J. (2010) *Forskningsmetode i praksis*. København: Munksgaard

Thorsen, R. (2012) *Trygghet. I*: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. Red.
Grunnleggende sykepleie bind 3. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, A.F. (2012) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*.
Oslo: Gyldendal Akademisk

Publiseringsavtale

bacheloroppgave Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel på norsk: Å samtale med det lille barnet

Tittel på engelsk: Conversing with the young child

Kandidatnummer: 736

Forfatter(e): Vilde Lyngdal Sægrov

Årstall: 2016

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja
nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei