



Å strekke ut en hånd

To reach out a hand



(Privat bilde)

Kandidatnummer: 218

VID Vitenskapelige høgskole Haraldsplass

Bacheloroppgave 3SPLB - BAC

Bachelor I Sykepleie

Antall Ord: 10977

Innleveringsfrist: 14.03.2018



Obligatorisk erklæring

| |
|---------------------------------------|
| Kandidatnummer: 218 |
| Navn på studiet: Bachelor I Sykepleie |
| Navn på eksamen: Bachelor |
| Emnekode: SPLB3 - BAC |
| Innleveringsfrist: 14.03.2018 |
| Antall ord: 10977 |

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 218

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:



Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et middel til å nå interaksjonsprosessens mål, nemlig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Kommunikasjonen kan sees på som en prosess som hjelper sykepleieren å nå disse målene (Travelbee, 2001, s. 140).



Sammendrag

Det sees en økning av barn som gjennomgår seksuelle overgrep. Flere av disse utvikler PTSD. Tidlig intervensjon og behandling til disse barna er nødvendig da de er i en utviklingsprosess og dermed svært sårbare. Denne oppgaven tar for seg hvordan sykepleier kan møte barna, primært ved å bruke kommunikasjon som verktøy for å oppnå tillit. Å strekke ut en hånd blir forklart som en metafor der sykepleier tilbyr å hjelpe barnet.

Oppgaven er en litteraturstudie som tar i bruk relevant litteratur og forskning innenfor feltet, samt erfaringsbasert kunnskap. Problemstillingen blir besvart i lys av en humanvitenskapelig tilnærming. Den tar også for seg sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og hennes teori om menneske-til-menneske-forhold. For å belyse normal utvikling hos barn blir Erik H. Erikson sin utviklingsteori lagt fram.

I oppgaven blir det forklart hvorfor tillit er så viktig for disse barna. Videre blir det skrevet om nødvendigheten av å bygge en relasjon som det første man gjør, og hvordan. Oppgaven tar også for seg kommunikasjon, og eksempler på gode verktøy som er hensiktsmessige å bruke til disse barna.

Nøkkelord – PTSD, traume, seksuelle overgrep, kommunikasjon, tillit.

Abstract

There is an increase in children subjected to sexual assault. Several of these children develop PTSD. Early intervention and treatment for these children is necessary as they are in a developmental process and therefore highly vulnerable. This thesis addresses how nurses can develop relationships with these children, primarily by using communication as a tool for gaining trust. To reach out a hand, is explained by a metaphor where the nurse helps to rebuild the child.

The thesis is a literature study that uses relevant literature and research in the field, as well as experience-based knowledge. The research question is answered in the light of a human-scientific approach. It also uses nursing theorist Joycee Travelbee and her theory of human-to-human-relationships. To illustrate normal development in children, Erik H. Erikson`s development theory is presented.

This thesis explains why trust is so important for these children. Furthermore, it demonstrates the importance of establishing trust and building a relationship as the first thing you do, and how this is done. It also involves communication and examples of tools that are appropriate to use for these children.

Keywords – PTSD, trauma, sexual assault, communication, trust.

Innhold

| | |
|---|----|
| Sammendrag..... | 4 |
| Abstract | 5 |
| Innledning..... | 8 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 8 |
| 1.2 Problemstilling..... | 8 |
| 1.3 Avgrensing | 8 |
| 1.4 Relevans for sykepleie | 9 |
| 1.4.1 Yrkesetiske Retningslinjer | 9 |
| 1.4.2 Lover og Forskrifter | 10 |
| 1.5 Begrepsavklaring | 11 |
| 2.0 Metode og Vitenskapsteori..... | 12 |
| 2.1 Presentasjon av Metode | 12 |
| 2.2 Vitenskapsteoretisk posisjon..... | 13 |
| 2.3 Metodekritikk | 13 |
| 2.4 Kildekritikk..... | 13 |
| 3.0 Litteratur..... | 15 |
| 3.1 Normal utvikling for barn | 15 |
| 3.1.1 Eriksons Utviklingsteori | 15 |
| 3.2 PTSD hos barn..... | 16 |
| 3.2.1 Forestillingsmetoder | 17 |
| 3.3 Sykepleieteoretiker | 17 |
| 3.3.1 Menneske-til-menneske-forholdet | 18 |
| 3.4 Tillit med barnet – hvorfor og hvordan? | 19 |
| 3.5 Kommunikasjon med barn | 20 |
| 3.7 Presentasjon av forskning | 21 |

| | |
|--|----|
| 4.0 Drøfting | 23 |
| 4.1 Hvordan kunnskap spiller inn på sykepleien som blir gitt..... | 23 |
| 4.2 Viktigheten av mestringsfølelsen | 24 |
| 4.3 Nødvendigheten av å bygge en relasjon før man kan danne tillit | 26 |
| 4.4 Målet med kommunikasjonen | 29 |
| 4.5 Kommunikasjon med barna i praksis | 30 |
| 4.6 Forestillingsmetoder | 31 |
| 4.7 Det finnes ingen fasit..... | 33 |
| 5.0 Oppsummering | 35 |
| Referanseliste | 37 |

Innledning

I det første kapittelet vil det komme informasjon om bakgrunnen for valg av tema, samt problemstilling og avgrensning til oppgaven. Videre vil det bli lagt fram relevansen for sykepleie, og avslutningsvis vil det bli forklart relevante begrep. Tittelen på oppgaven «Å strekke ut en hånd» er en metafor for at sykepleier strekker ut hånden og tilbyr hjelp til pasienten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne bacheloroppgaven vil ta for seg barn som har vært utsatt for traumatiske hendelser, som har fått diagnostisert PTSD, og som er innlagt på døgnavdeling på sykehus. Jeg visste på forhånd at jeg ville velge et tema innenfor psykiatri, og jeg har erfaring som gjør meg nysgjerrig på diagnosen PTSD. Av den grunn er dette et tema jeg ønsker å lære mer om. Jeg har selv jobbet med barn i flere år og syntes det virker spennende å avgrense problemstillingen til den aldersgruppen. Hensikten med denne oppgaven er i første del å tilegne meg kunnskap og litteratur som finnes rundt dette temaet, og deretter fordype meg i hvordan man kan bruke kommunikasjon som verktøy for å oppnå tillit til disse barna.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon som verktøy for å oppnå tillit til barn med PTSD?

1.3 Avgrensning

Oppgaven tar for seg barn som er diagnostisert med PTSD, innlagt på sykehus ved psykiatrisk avdeling og som er i alderen 8 til 12 år. Barn i denne aldersgruppen kan reflektere over og sette ord på tanker og følelser. Dette gjør det enklere for dem å både regulere og vurdere følelser (Dyregrov, 2010, s. 54). Videre omfatter oppgaven barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Nye tall fra politiet viser at hvert tredje offer for seksuallovbrudd er barn og at seksual omgang eller voldtekt av barn under 14 år har økt med 18.4 prosent (Politiet, 2018). Oppgaven tar videre for seg aktuelle lover og forskrifter som har relevans for problemstillingen og jeg vil kommentere det som er særlig relevant. Der blir det blant annet skrevet om meldeplikt til barnevernet, noe som er viktig å ha kunnskap om. Jeg velger å ikke utdype hvordan man eventuelt går fram for å gjennomføre dette.

Foreldre og pårørende har gjerne en viktig rolle i barnets liv og tilfriskningsprosess. Oppgaven vil fokusere på hvordan man kan utøve sykepleie til disse barna og vil derfor utelukke foreldre og pårørende. Det finnes mye ulik forskningsbasert behandling til barn med denne problemstillingen, men jeg velger å ekskludere det fra oppgaven. Eventuell medikamentell behandling tas heller ikke med. Behandlingen av barn med traumerelaterte lidelser kan være tøff å stå i for helsepersonell, jeg velger likevel ikke å ta med reaksjoner sykepleieren kan få. Oppgaven avgrenses videre til å ikke omfatte akutte traumereaksjoner.

1.4 Relevans for sykepleie

I senere år har en rekke systematiske undersøkelser vist at barn kan utvikle posttraumatiske stresslidelser på lik linje med de som vi ser hos voksne (Dyregrov, 2010, s. 44). Jeg har vært i kontakt med PTSD Norge, som ikke hadde eksakte tall å komme med, men skrev at det nok finnes store mørketall (*PTSD Norge*, 2018). I en metastudie fra 2014 som kom fram til at hvert fjerde barn som har vært eksponert for interpersonlige traumer, som eksempel misbruk eller skader som følge av vold, utvikler PTSD. Blant barna som har vært eksponert for ikke-interpersonlige traumer, som kan være ulykke eller plutselig tap av en forelder, utviklet én av ti barn PTSD (Alisic mfl., 2014).

1.4.1 Yrkesetiske Retningslinjer

For å underbygge relevansen for sykepleie blir et punkt fra yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presentert.

Under yrkesetiske retningslinjer står det i punkt 2.2 at

«Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hjelperens målsetting til barn som har opplevd traumatiserende hendelser er å styrke følelsen av trygghet, skape fysiologisk ro, øke følelse av tilhørighet, støtte opp om egen mestring og formidle håp (Øverlien, Hauge, & Schultz, 2016, s. 23).

1.4.2 Lover og Forskrifter

Det er viktig å vite om de aktuelle lovene og forskriftene som er knyttet til oppgavens tema, og nedenfor vises det til to av dem.

- I Lov Om Helsepersonell § 33 står det:

§ 33 Opplysninger til Barneverntjenesten

«Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.» (Helsepersonelloven, 1999).

Under denne loven står det presisert at man i helseinstitusjoner skal utpeke en ansvarlig for utlevering av slike opplysninger (Helsepersonelloven, 1999). Barnemishandling er en kronisk tilstand, og overgrepene vil fortsette til noen griper inn og endrer barnets omsorgssituasjon (Øverlien mfl., 2016, s. 171).

- I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon står det flere aktuelle punkter. Nedenfor trekkes det fram én.

§ 5. Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet.

«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). Mange barn og foreldre understreker at det er viktig med fast personale, selv om flere kommer med tilbakemelding med at det ikke blir gjennomført i praksis (Grønseth, 2011, s. 53).

1.5 Begrepsavklaring

Nedenfor vil det i korte trekk forklares relevante begrep som forekommer i problemstilling eller som blir brukt mye videre i oppgaven.

PTSD – Står for *post traumatisk stress lidelse* eller engelsk *post traumatic stress disorder*, og vil videre i oppgaven bli forkortet til PTSD. Mer om diagnosen samt et utvalg av diagnosekriteriene blir lagt fram ved punkt 3.2 *PTSD hos barn*.

Traume – Et psykisk traume forklares som overveldende, ukontrollerbare hendelser som innebærer en ekstraordinær psykisk påkjenning for barnet som utsettes hendelsen. Slike hendelser oppstår vanligvis brått og uventet, men noen hendelser gjentar seg i mer eller mindre identisk form. Ofte får dette barnet til å føle seg hjelpeløst og sårbart (Dyregrov, 2010, s. 14).

Seksuelle overgrep – Dette er et vidt begrep som inkluderer voldtekt og voldtektsforsøk, men langt ifra begrenser seg til det. Seksuelle handlinger mot mindreårige er overgrep selv om barnet frivillig gikk med på handlingen. Seksuelle overgrep mot barn kjennetegnes ofte av at barn lures, lokkes, trues eller belønnes til å delta i seksuelle handlinger de ikke forstår (Øverlien mfl., 2016, s. 272).

Kommunikasjon – Med begrepet kommunikasjon menes å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller ha forbindelse med andre (Eide, 2007, s. 17). Kommunikasjonens kunst består i å oppfatte det komplekse samspillet mellom det verbale og nonverbale, og forholde seg til helheten og respondere på det sentrale i det den andre formidler (Eide, 2007, s. 14).

Tillit – Erik H. Eriksons begrep grunnleggende tillit, blir forklart til at det innebærer en tillit til at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være, og at noen tilbyr hjelp hvis man trenger det (Eide, 2007, s. 57–58). En person som uttrykker empati og respekt, toner seg inn på den andre og viser interesse for og vilje til å dele den andres oppmerksomhet – er en person som gir grunnlag for tillit (Eide, 2007, s. 361).

2.0 Metode og Vitenskapsteori

I dette kapitlet blir det gjort rede for hvilken metode som ble brukt for å finne aktuell litteratur og forskning som er relevant for å besvare problemstillingen. Det blir lagt fram hvilken vitenskapsteoretisk tilnærming som blir brukt i oppgaven, og avslutningsvis står det metode og kildekritikk.

2.1 Presentasjon av Metode

Oppgaven er en litteraturstudie, som vil trekke fram erfaringsbasert kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2017, s. 52). Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at man mener at akkurat den metoden egner seg for å besvare problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51). Jeg brukte databasene CINAHL, PubMed og Psycinfo, og brukte relevante MesH termer som belyser problemstillingen.

Noen av de engelske MeSH-termene jeg søkte med var: child sexual abuse, hospitalized children, pediatric nursing, communication with children og trust. Jeg la til sykepleierelevante MesH termer som nursing eller nursing care for å få resultater som var sykepleierelaterte. CINAHL er en sykepleiedatabase så der behøvde jeg ikke det. I tillegg blir det brukt «pico-skjema» som hjelpemiddel under søkene. For å kvalitetssikre resultatene ble det huket av for fagfelleurdert forskning.

Den humanvitenskapelige og forstående kunnskapstradisjonen benytter kvalitativ metodetilnærming. Hensikten med denne metoden er å få kunnskaper om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser og tanker (Inger-Johanne Thidemann, 2015, s. 78). Jeg vil sette meg inn i hvordan barn med denne diagnosen har det, og hva de trenger. Derfor har jeg valgt forskning av kvalitativ tilnærming.

Nettsiden til *Nasjonalt Kunnskapssenter for vold og traumatisk stress* har en egen side med publikasjoner og forskning som har relevans til problemstillingen min (*NKVTS - Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*, 2018). Videre har jeg lett etter aktuell litteratur på Bergen Offentlige Bibliotek og Biblioteket ved VID Betanien, samt gått igjennom pensumlistene til høyskolen for å velge ut det som var relevant for oppgaven.

2.2 Vitenskapsteoretisk posisjon

Problemstillingen blir besvart i lys av humanvitenskapelig tilnærming. Humanvitenskapen blir sett på som forstående kunnskap. Mennesker er et fysisk vesen, men også et vesen som håper på noe, drømmer om noe, er redd for noe, søker å unngå noe eller bestreber seg på noe (Dalland, 2017, s. 44). Naturvitenskapene bidrar med å forklare, mens humanvitenskapene hjelper oss til å forstå (Dalland, 2017, s. 44). De mest omtalte sykepleieteoriene forsøker å definere hva sykepleie er og bør være. De var ikke i utgangspunktet utviklet som vitenskapelige teorier, men som normative utsagn som hadde til hensikt å gi føringer for hvordan en skal forstå og utøve sykepleie (Kirkevold, 1998, s. 38). En sykepleieteoretiker som også tenker i samme baner som humanvitenskapen er Joyce Travelbee, hennes teori blir lagt fram senere i oppgaven.

2.3 Metodekritikk

Bruk av «pico-skjema» kan være et godt hjelpemiddel på den måten at man kan gjøre et avgrenset søk som inneholder flere av MeSH termene man søker med. Ved å ha med mange ulike søkeord som belyser tema på flere måter, kan man sitte igjen med relevante forskningsartikler. Ved å krysse av for fagfelleurdert forskning sørger man for at publikasjonene er kvalitetssikret. Relevant forskning kan likevel falle utenfor søkene, da de kan inneholde nøkkelord eller MeSH termer som jeg ikke har oppdaget eller tenkt på. Oppgaven er litteraturstudie og tar for seg allerede skrevet forskning og litteratur, mine egne tolkninger kan likevel skinne igjennom når jeg skriver oppgaven.

2.4 Kildekritikk

Med kildekritikk menes at man vurderer og karakteriserer den litteraturen man har funnet (Dalland, 2017, s. 158). Jeg har strebet etter å bruke primærlitteratur, men valgte å ta med boken til Travelbee som er blitt oversatt til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen. Dette kan sees på som sekundærlitteratur (Travelbee, 2001). Bruk av sekundærlitteratur bør unngås da det legger til rette for at den andre forfatterens egne meninger og tolkninger kan skinne igjennom, og ikke nødvendigvis være det primærforfatteren mente.

Bøkene *kommunikasjon i relasjoner* (Eide, 2007), *sykepleieteorier* (Kirkevold, 1998), *forståelsen av mennesker* (Renolen, 2015), og *pediatri og pediatrik sykepleie* (Grønseth, 2011) er alle bøker som står på pensumlistene hos mitt studiested. Da er litteraturen kvalitetssikret fra skolen sin side, og derfor gode for meg å ha med i min oppgave.

Boken *barn, vold og traumer* (Øverlien mfl., 2016) fant jeg på NKVTS sitt nettsted («NKVTS», 2018). Dette kunnskapssenteret er mye omtalt noe som kan tyde på god kvalitet på publikasjonene de linker til. I tillegg er boken relativt ny, og har flere ulike forfattere i hvert kapittel som kan tyde på at det var et stort prosjekt og at mange er enige i det som står skrevet.

Barn og traumer er en bok skrevet av Atle Dyregrov (Dyregrov, 2010). Dyregrov er blitt en mye omtalt og kjent person som har gitt ut mye litteratur på flere forskjellige felt. Dette kan være tegn på god kvalitet, men det er også viktig å huske på at selv mye omtalte personer kan skrive ting som ikke er korrekt. Å være kritisk til det man leser er derfor alltid viktig.

Jeg velger å bruke tre forskningsartikler som har relevans til problemstillingen. For å kritisk vurdere dem har jeg brukt sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning fra Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2018). Forskningen er av internasjonal opprinnelse. Det kan være forskjeller fra hvordan behandlingen av inneliggende barn i utlandet er versus i vårt land. De to første artiklene oppgaven tar for seg ble begge publisert i 2009, som gjør dem til verken ny eller eldre forskning. I artiklene blir det godt forklart både hensikt med oppgaven, metode og resultater. I den første artikkelen er det intervju av psykiatriske sykepleiere, men jeg velger likevel å ta den med da man kan se mange likheter fra arbeid som sykepleier og som psykiatrisk sykepleier. Den siste artikkelen ble gitt ut i 2014, hvilket gjør den til forholdsvis ny forskning. Den handler om barn som blir innlagt etter alvorlige ulykker og hovedsakelig somatiske skader, men jeg velger å ta den med da det kan være relevant til barn med traumerelatert bakgrunn.

3.0 Litteratur

Under dette kapitlet blir det først skrevet om normal utvikling hos barn, der Erikson sin utviklingsteori blir lagt frem. Videre blir PTSD hos barn presentert, og deretter Joycee Travelbee og hennes teori. Videre kommer et punkt om tillit og et om kommunikasjon. Og avslutningsvis en presentasjon av valgt forskning.

3.1 Normal utvikling for barn

Jeg vil under dette punktet ta for meg normal utvikling hos barn, slik at man lettere kan oppdage og behandle unormal utvikling. Kunnskap om normal vekst og utvikling er basiskunnskap i pediatrik sykepleie. Det er helt nødvendig for å bygge tillitsforhold til barn og for å kommunisere med dem på deres premisser (Grønseth, 2011, s. 9).. Foreldre og andre omsorgspersoners evne til å dekke basale fysiske behov for mat, hus og trygge omgivelser, og emosjonelle behov for kjærlighet, trygghet og trøst når barnet trenger det, er basis for en sunn utvikling (Grønseth, 2011, s. 33–34). Barn i aldersgruppen 6 – 12 år har særtrekk ved at de skiller mellom viktige og uviktige opplysninger, de utvikler evnen til å se ting fra andres perspektiv, de har større evne til abstrakt tenkning og de har evnen til reversibel tenkning (Grønseth, 2011, s. 58). Utviklingspsykologien kan bidra til at praksisfeltet får en bedre forståelse av hvordan plagene som barn kan utvikle etter traumatiske hendelser, ofte viser seg på forskjellige måter i ulike aldre og ulike utviklingsfaser (Øverlien mfl., 2016, s. 282).

3.1.1 Eriksons Utviklingsteori

Det er nyttig å vise til Eriksons teori om psykososial utvikling for å ha en forståelse av normal utvikling hos barn. Erikson har i sin utviklingspsykologi delt mennesket inn i åtte faser, som alle stiller personen overfor psykologiske utfordringer (Eide, 2007, s. 168). I starten av hver fase oppstår det en utviklingskrise. Og utfallet av disse utviklingskrisene er avhengig av hvordan omgivelsene imøtekommer de behov som oppstår. Dersom behovene dekkes tilfredsstillende vil det dannes en grunnleggende positiv holdning, og motsatt – hvis behovene ikke blir tilstrekkelig dekket, dannes negativ grunnholdning. Erikson mener at grunnholdningene som dannes i hver fase blir en fast del av personligheten vår (Renolen, 2015, s. 106).

Fasen til aldersgruppen som oppgaven er avgrenset til, blir av Erikson kalt ferdighetsfasen og varer fra barnet er 5-6 år til puberteten. Grunnholdningen i denne fasen er enten *en følelse av å være kompetent* eller *en følelse av mindreverd*. Opplevelse av mestring, faglig og sosialt, er viktig for barnet. Dersom barnet opplever at det ikke strekker til av ulike grunner, kan dette føre til mindreverdighetsfølelse (Renolen, 2015, s. 107).

Om man ser på Eriksons teori, blir det særlig viktig å kommunisere slik at vi bestyrker og anerkjenner de positive mulighetene i de ulike fasene. Det være seg tillit, selvstendighet, initiativ eller arbeidsevne, og sørge for å ikke forsterke det motsatte (Eide, 2007, s. 362).

3.2 PTSD hos barn

Barn er spesielt sårbare for ytre påkjenninger og belastninger fordi de blir formet underveis i et utviklingsforløp, og er i en periode hvor hele deres fysiologi, inkludert nervesystem, er i utvikling og modning. Når barnet opplever traumatiske hendelser, kan de også erfare at det trygge og støttende miljøet rundt dem har fått en brist. Dermed kan de grunnleggende forutsetningene for en normal utvikling svekkes.

Barn som opplever potensielt traumatiserende situasjoner, utvikler ikke nødvendigvis langvarige posttraumatiske problemer. Med gode livsbetingelser rundt seg, gode indre ressurser og et godt omsorgsmiljø greier svært mange seg godt både under og etter traumatiske hendelser. En del barn utvikler derimot symptomer som betegnes posttraumatisk lidelse (Dyregrov, 2010, s. 15). Oppgaven vil ikke liste alle diagnosekriterier til PTSD hos barn, men det vil bli presentert noen. Diagnosekriteriene kommer fra Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV) som er utgitt av den amerikanske psykiatriske forening.

Det første er at barnet skal ha opplevd en potensielt traumatisk hendelse, i denne oppgaven seksuelle overgrep. Etterreaksjonene er delt inn i tre kategorier. Den første er vedvarende gjenopplevelser av hendelsen som for eksempel kan vise seg i tilbakevendende urovekkende drømmer om hendelsen. Den andre reaksjonstypen er unngåelse og nummenhet, der barnet kan ha unngåelse av assosierte tanker, følelser eller samtaler som minner om hendelsen og følelse av avstand eller distanse til andre. Den siste handler om vedvarende aktivering av nervesystemet, som kan vise seg som problemer med å sovne eller å forbli i søvn gjennom natten, konsentrasjonsvansker eller hyperårvåkenhet. Det er ikke type reaksjoner, men mer varighet, omfang og sammenstilling av problemer som gjør at man kan si om et barn lider av PTSD eller ikke (Dyregrov, 2010, s. 45–46).

Traumatiske hendelser virker inn på, og kan forstyrre utviklingsforløpet til barnet. For eksempel kan søvnforstyrrelser etter et traume virke direkte inn på læringskapasiteten til et barn, og konsentrasjonsvansker kan påvirke skolearbeid og prestasjoner. De emosjonelle forstyrrelsene som resultat av traume kan påvirke barnets evne til emosjonell regulering. Traumerelatert negativ selvfølelse kan føre til sosial tilbaketrekking, særlig hos større barn. Dette kan igjen påvirke vennsrelasjoner som ses på som viktig for god sosial og psykologisk utvikling hos barn (Øverlien mfl., 2016, s. 25).

Det er svært vanlig at barn får kroppslige symptomer som hodepine og magesmerter, også atferdsendringer som frustrasjon og sinne kan være normale (Øverlien mfl., 2016, s. 45). Å ha kunnskap om at traumatisering kan komme til uttrykk på ulike måter avhengig av hvor barnet er i utviklingen, er sentralt for hvordan hjelperen forstår barnet, og hvordan hun går frem for å gi best mulig hjelp (Øverlien mfl., 2016, s. 281).

3.2.1 Forestillingsmetoder

En selvhjelpsform som kan være nyttig å lære barnet er forestillingsmetoder. De er svært anvendelige i arbeid med barn, fordi barna kan bruke sin aktive og levende fantasi. Hensikten med metoden er å redusere påtrengende minner og tanker ved aktiv bruk av fantasi- og forestillingsteknikker. Det typiske med påtrengende minner er at barna har liten kontroll over dem når de kommer. Når fantasien tas i bruk for å kontrollere disse minnene, opplever barnet større kontroll slik at det mer aktivt kan håndtere minnene (Dyregrov, 2010, s. 164). I drøftingsdelen blir to eksempler på forestillingsmetoder lagt fram.

3.3 Sykepleieteoretiker

Den sykepleieteoretikeren jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er Joyce Travelbee og hennes teori om menneske-til-menneske forhold. Det er en fin metafor å si at man tar på seg et par briller for å se sykepleie slik som Travelbee gjorde, og se på problemstillingen med disse brillene på. Jeg valgte Travelbee da hennes teori i stor grad tar for seg kommunikasjon som verktøy, og viktigheten av å etablere tillit med pasienten.

Joyce Travelbee kom ut med boken *Interpersonal Aspects in Nursing* for første gang i 1966. Boken er blitt oversatt til norsk, og tar for seg sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2001, s. 5). Boken beskriver vesentlige forutsetninger for å opprettholde et hjelperforhold til andre. En av dem er at sykepleieren må sitte inne med en kunnskapsbase og en tilhørende evne til å bruke den. Boken bygger på det grunnsyn at sykepleierens grunnleggende oppfatning om menneskenaturen vil ha dyp innvirkning på hvordan hun ser seg selv og andre, og på hennes evne til å etablere tilknytninger (Travelbee, 2001, s. 21).

Travelbee definerer sykepleie på følgende måte; «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. 30).

Ordet pasient er både en merkelapp og en kategori, så vel som det er stereotyp. Det sykepleieren tenker om «alle pasienter», vil påvirke og prege interaksjonene hennes med hvert enkelt individ hun har omsorg for. I virkeligheten finnes det *ingen* pasienter, men det finnes bare enkeltmennesker som behøver omsorg (Travelbee, 2001, s. 61–62). Travelbee vil ha vekk *sykepleier* og *pasient* termene, da hun mener disse merkelappene kan ødelegge for relasjonen. En sykepleier er også et menneske, men på grunn av sin utdanning kan hun bli oppfattet som en kategori og ikke et enkeltindivid (Travelbee, 2001, s. 76).

3.3.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, direkte eller indirekte dreier seg om mennesker (Travelbee, 2001, s. 53). Menneske-til-menneske-forholdet kjennetegnes av at det syke individet får sine sykepleiebehov ivaretatt. For at behovene skal kunne ivaretas, må de først identifiseres ved observasjon. Det er mulig for en sykepleier å være en dyktig observatør uten å være i stand til å utnytte kommunikasjonsprosessen på en målrettet måte, men det er umulig å kommunisere meningsfylt og målrettet uten å være en god observatør (Travelbee, 2001, s. 142–143). Et kjennetegn ved menneske-til-menneske-forhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, ikke «sykepleier» og «pasient».

Menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess. Det etableres av at sykepleieren og den syke bygger opp forholdet deres ved hjelp av fire faser. Det blir presentert to av dem, framvekst av identiteter og empatifasen. I framvekst av identitetsfasen begynner sykepleier og den syke å knytte seg til hverandre og betrakte hverandre mindre som kategorier og mer som individer. Empati beskrives som en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. En viss tillit er nødvendig når en føler empati for noen. Å oppnå den sykes tillit, og å bruke denne tilliten, er ikke noe som kan tas lett på. Å føle empati er å få et visst innblikk i den andres indre verden, men det er ikke det samme som gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 171–200).

3.4 Tillit med barnet – hvorfor og hvordan?

Travelbee definerer tillit som den trygge roen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det (Travelbee, 2001, s. 120). Det å få et barns tillit er som regel ikke gjort i en håndvending. Det krever ofte at man prøver seg frem med litt forskjellige metoder. På forhånd er det ikke godt å vite hvor det enkelte barnet har sin oppmerksomhet, eller hva det trenger av støtte og hjelp (Eide, 2007, s. 359). Barn som har vært overveldet av redsel etter en traumatisk hendelse, vil noen ganger trenge tid før vedkommende føler trygghet og tillit til andre (Øverlien mfl., 2016, s. 30).

For barn med traumatisk bakgrunn kan verden representere et utrygt sted å utforske og utfolde seg i. På grunn av tidligere vonde erfaringer kan det være vanskelig for barnet å vite hvordan det skal gå frem for å få den trygghet de ønsker seg. De kan derfor reagere med mistillit til andre, noe som gjør det vanskelig for barnet å gå inn i gode relasjoner med andre mennesker (Øverlien mfl., 2016, s. 286).

God kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn (Grønseth, 2011, s. 81). Det fins flere viktige punkter som er essensielle for å skape tillitsforhold til barn. For eksempel er barn vare for sykepleierens toneleie og nonverbale signaler. De kan kategorisere helsepersonell som «snille» eller «slemme» basert på hvordan de opptrer. Barn liker best sykepleiere som snakker vennlig til dem, som er snille, rolige og avslappet, som lytter og tilbringer tid sammen med dem, og som gjerne setter seg ned slik at de kan ha øyekontakt med dem. Det de ikke liker er sykepleiere som høres sinte ut, er høyrøstet, virker sjefete eller er travel. Fysisk og psykisk tilstedeværelse er viktig for at barnet skal få tillit til sykepleieren (Grønseth, 2011, s. 82).

3.5 Kommunikasjon med barn

Ved ethvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon. Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning og ansiktsuttrykk, og sykepleieren gjør det samme overfor den syke. Kommunikasjon skjer enten man er bevisst på det eller ikke (Travelbee, 2001, s. 136). Kommunikasjon er en gjensidig prosess. Det er den prosessen sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon, og det virkemiddelet den syke bruker for å få hjelp. Kommunikasjon er også en kreativ prosess. Hver enkelt interaksjon er lik, men samtidig ulik enhver annen, og følgelig er det umulig å utforme eller følge faste regler og prosedyrer i interaksjon med mennesker. Det fjerner derimot ikke viktigheten av å utvikle ferdigheter og evner til kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 137–138).

Kommunikasjon med barn bør hovedsakelig skje på deres premisser, og barnet bør få være hovedpersonen i samtaler med helsepersonell. Kommunikasjonen bør preges av forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting. For at barnet skal oppleve å bli respektert, så man igjen har grunnlag for å bygge tillit, må helsepersonell anerkjenne væremåten, tankene og følelsene deres, og møte dem på et emosjonelt og kognitivt plan. Noe som stenger for videre kommunikasjon er å bagatellisere eller bortforklare følelsene til barnet (Grønseth, 2011, s. 83). For å tilrettelegge til et gunstig miljø for samtaler bør samtaler med barn være kortvarige fordi de har kort oppmerksomhetstid. Samtaler bør også skje på en tid på dagen der barnet er opplagt. Atmosfæren i rommet blir gjerne avslappet dersom den voksne setter seg ned med barnet, og gir barnet frihet til å velge om det vil ha øyekontakt eller ikke. Det er viktig å holde samtaler med barn i et uforstyrret miljø, da barn kan ha lett for å bli forstyrret av mange synsinntrykk, støy, uro og avbrytelser (Grønseth, 2011, s. 87).

Barn er, i likhet med voksne, til dels svært forskjellige. Ethvert barn er unikt. Det kan derfor ikke gis en entydig oppskrift på hvordan man best kommuniserer med barn. Hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig og barn befinner seg på egne utviklingstrinn. Dette utfordrer vår evne til å kommunisere på den andres premisser, der barnet befinner seg (Eide, 2007, s. 358).

3.7 Presentasjon av forskning

Her presenteres det valgt forskning. Tre artikler som alle bruker grounded theory og dermed er kvalitative forskningsartikler blir brukt. Artikkelen blir rangert etter rekkefølge og blir videre i oppgaven kalt for artikkel én, to og tre.

1. *Remolding Child* – Denne artikkelen tar for seg sykepleie til barn som har vært igjennom seksuelle overgrep, og hvordan man kan hjelpe å bygge disse barna opp til å bli hel igjen, bit for bit. 12 psykiatriske sykepleiere som har jobbet med seksuelt misbrukte barn blir intervjuet. Barna er inneliggende på psykiatrisk sengepost. Resultatene tar for seg syv kategorier som er viktige for disse barna, og som videre er delt inn i tre trinn.

Oppgaven vil kun ta for seg det første trinnet som omhandler både tillit og kommunikasjon. Og velger å utelukke de to siste som tar for seg å bygge opp igjen et sosialt nettverk, og gjøre seg klar for å bli utskrevet. De beskriver viktigheten av å bli kjent med barna så fort de ble innlagt. Virkemidler de brukte for å bygge en relasjon var i starten å hilse på dem ved hver vakt, vise de rundt på avdelingen, observere barna og å gjøre hyggelige aktiviteter med dem som å spille spill eller gå en tur med dem. Noe som var viktig for å bygge tillit hos barna var å handle konsistent. Sykepleierne måtte holde ordene sine, komme til avtalt tidspunkt og generelt behandle barna med respekt. Videre står det om hvordan de la opp til effektiv kommunikasjon. Her står det at barna fikk lov å snakke fritt om det de ville, og dette gjorde til at sykepleierne bedre forstod barnas tanker og følelser. Det var barna som skulle ta ledelsen i samtaler, og velge fritt hva de ville snakke om og hvor lenge (Thamlikitkul, Yunibhand, & Waraporn, 2009).

2. *Hospitalized children`s views of the good nurse* – denne artikkelen tar for seg barnas syn på «den gode sykepleieren». 22 barn som tidligere har vært innlagt blir intervjuet. Barna beskriver viktigheten av god kommunikasjon, og at de er sensitive for nonverbal kommunikasjon som toneleie og kroppsspråk. Den *gode sykepleieren* var en som ikke ropte til barna, var rolig og snill, og som satt av tid til å lytte til barna og tilbragte mye tid med dem. Mens den *slemme sykepleieren* hadde kort temperament, var sjefete og sint, og virket overfladisk i samtaler. Videre blir det beskrevet viktigheten av å være høflig og vennlig, organisert, og også ren og velstelt.

Det blir skrevet om det essensielle i at barna kunne stole på sykepleieren, og hvordan tillit ble bygget. En sykehusinnleggelse kan være spesielt vanskelig for barn da de mister mye av sin vanlige frihet. At sykepleieren kunne være med på kjekke aktiviteter som brettspill eller å se på tv sammen, hjalp barna til å takle dette på en bedre måte. Den *gode sykepleieren* som barna kunne bygge tillit til, var en som ga litt av seg selv, virket interessert i barna, og som var gøyal å være med (Brady, 2009).

3. *Building trust to work with children after a severe traumatic accident* – Denne forskningsartikkelen tar for seg hvordan sykepleiere kan få tillit til barn som blir innlagt med traumer og somatiske skader. Jeg utelukker det som ikke er relevant for problemstillingen, som bruk av smertestillende og samarbeid med foreldrene til barnet. Det blir gjort intervju på 7 sykepleiere. For å oppnå tillit med barna tar de først for seg hvor viktig det er å bli kjent med barna. Dette innebar å snakke med barna, bruke tid på dem, og regelmessig sjekke inn og se hvordan barnet hadde det. De beskriver også at det er viktig å samarbeide med barna, spørre dem hva de trengte og hva sykepleieren kunne hjelpe med. Og ikke minst informere barna om hva som ville skje, og hvilke rutiner det var på posten. Dette for å trygge barnet. Avslutningsvis står det nødvendigheten av at pasient og sykepleier har tillit til hverandre for å kunne bygge en god relasjon (Hall & Nayar, 2014).

4.0 Drøfting

Under dette punktet vil problemstillingen bli drøftet ved hjelp av aktuell teori, litteratur, forskningsartikler, lovverk og erfaringsbasert kunnskap. Det vil bli drøftet punkter fra litteraturkapittelet, der det blant annet blir tatt opp nødvendigheten av kunnskap, målet med kommunikasjonen og kommunikasjon i praksis med barna. Det siste punktet tar for seg at det faktisk ikke finnes en fasit.

4.1 Hvordan kunnskap spiller inn på sykepleien som blir gitt

Litteraturen oppgaven viser til er enige om at traumer i barndommen er spesielt alvorlige fordi de virker inn på utviklingsprosessene til barnet. Alle barn er sårbare for ytre påkjenninger og belastninger, fordi de blir formet underveis i et utviklingsforløp (Øverlien mfl., 2016, s. 282). Når slike grusomme ting da har skjedd med et barn er det viktig at hjelpeinstansene trår til og sikrer effektiv behandling så fort som mulig for å minske skadene. Vi ser at traumereaksjonene kan virke direkte inn på læringskapasitetene til barnet, og det kan føre til sosial tilbaketrekking (Øverlien mfl., 2016, s. 25). Det er altså avgjørende for hele barnets liv å få tidlig, tilstrekkelig behandling.

Erikson skriver om ferdighetsfasen, der han mener at dersom behovene til barna i den gitte aldersgruppen dekkes tilfredsstillende, dannes en positiv grunnholdning og barnet får en følelse av å være kompetent (Renolen, 2015, s. 106). Det blir også fortalt i en av pensumbøkene, der de sier at basis for sunn utvikling for barn er å få dekket basale fysiske behov og emosjonelle behov (Grønseth, 2011, s. 33–34). Trygge og gode oppvekster styrker barna på flere måter, og de blir rustet for hva enn livet måtte bringe. Dyregrov er inne på noe av det samme når han skriver at ikke alle som opplever en traumatisk hendelse nødvendigvis utvikler langvarige posttraumatiske problemer (Dyregrov, 2010, s. 15). At barn blir sterkere og emosjonelt mer rustet til å takle en potensielt traumatisk situasjon dersom de gjennom en fullverdig oppvekst får dekket alle behovene sine er forståelig. Jeg tror likevel ikke det menes at oppvekst har alt å si for om man utvikler PTSD eller ikke, men at det er en ressurs for barnet dersom man havner i en slik situasjon. Dersom disse behovene dekkes blir det en ressurs for barnet og de blir sterkere. Mens på den andre siden, ved å ha en mindre god oppvekst, kan de bli mer utsatte og mindre motstandsdyktige dersom noe skulle hende dem.

Dette blir også sagt noe om i metastudien det blir vist til innledningsvis, der hvert fjerde barn som blir eksponert for interpersonlige traumer utvikler PTSD (Alisic mfl., 2014). Som denne litteraturen sier kan det være mye som er med på om barna utvikler PTSD eller ikke. Man er i alle fall enige om at oppvekst og miljø har en stor rolle i barnas utvikling, og det er helt klart flere ting som også spiller inn på dette.

Det blir forklart at kunnskap er sentralt for hvordan hjelperen forstår barnet, og for å kunne gi barnet best mulig hjelp (Øverlien mfl., 2016, s. 281). Vi ser at for å kunne identifisere symptomer det traumeutsatte barnet har, må man ha kunnskap om normal utvikling. Vet man hva som er normalt ser man igjen hva som er unormalt. For barn i denne alderen er det ikke like enkelt å beskrive følelsene sine, eller i det hele tatt forstå hva det er som egentlig skjer på innsiden deres, som det er for en voksen. Med gode kunnskaper fra sykepleierens side og et observant øye, kan man identifisere og kjenne igjen symptomer hos barn. Dersom man kommer barna i forkjøpet ved å observere problemene deres, kan man fortelle dette til barna og sammen komme frem til enkle tiltak for å bedre problemet. Eksempel kan være at barna ikke får til å snakke om vanskelige emner eller ikke tør å snakke med ansatte på posten. Tiltak til dette kan være at barnet får en bok til å skrive ned vanskelige ord, følelser eller tanker de sitter inne med. Om barnet sliter med følelsesreguleringer, høy kroppsaktivering eller søvnproblemer, kan sykepleieren komme med enkle tiltak. Hele poenget er at en klok sykepleier med kunnskaper skal kunne observere slike problemer barnet har, og hjelpe dem med å løse eller bedre dem. Jeg tenker at dette også er en måte å få barnet til å bygge tillit til en, da man viser at man både ser barnet og kan hjelpe dem med å løse og fjerne enkle problemer som kan være vanskelig og problemfylte for dem. Travelbee skriver også om mye det samme når det står at dersom den syke skal få sine sykepleiebehov ivaretatt, trengs det også en sykepleier som er en dyktig observatør (Travelbee, 2001, s. 142–143).

4.2 Viktigheten av mestringsfølelsen

Mestring er noe som blir tatt opp av flere fagpersoner. Erikson skriver at det er essensielt når barn havner i utviklingskrise i denne alderen (Renolen, 2015, s. 107). Under yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er det også presisert viktigheten av å understøtte mestring hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi ser at mestring er viktig allerede i utviklingskrisene, og senere er det essensielt i behandlingen av sykdom. Hvordan kan man da understøtte mestring hos disse barna?

En sykepleier er ikke den som alene skal ta seg av behandlingen av disse barna. Sykepleieren skal derimot være tilgjengelig for barnet hele døgnet, hjelpe barnet med å dekke alle fysiske og emosjonelle behov som personlig hygiene, ernæring og søvn. Å understøtte mestring til disse barna kan gjøres på flere måter. Jeg tenker at det kan gjøres enkelt ved å la barna få være med å hjelpe til i avdelingen. For eksempel spør om barna vil være med å dekke på bordet før måltid, om de vil hjelpe å rydde av etterpå, eller om de vil være med å hjelpe til å stelle i stand måltider. Dette er helt enkle ting som er fine for å la barnet få utfolde seg og senere oppleve mestring. Videre kan man spille spill som gjerne er tilpasset aldersgruppen så de blir aktivisert og samtidig gjør kjekke aktiviteter. Man kan gi barnet oppgaver etter deres mentale og fysiske evner. Dette tenker jeg er bra på flere måter, ved at de både kan oppleve mestring, at de får andre ting å tenke på, og at de kan glemme sykdommen litt og føle seg som et barn og ikke en pasient. Dette er også noe jeg så fungerte godt når jeg var i praksis på DPS. Selv om det da er snakk om voksne mennesker syntes jeg det kan sammenlignes med barn. Selvfølgelig er det viktig å se det enkelte barnet og respektere om de eventuelt ikke vil bli med å hjelpe, da kan man finne andre tiltak for å underbygge mestring til disse. Jeg tror dette kan sammenlignes med den første artikkelen som skriver at barna må bli behandlet med respekt (Thamlikitkul mfl., 2009). Dersom barnet ikke vil bli med å dekke på bordet, eller spille spill med deg – skal dette respekteres. Gi barnet tid, og prøv deretter å tilpasse tiltakene du kommer med til det enkelte barnet. Her er det igjen viktig med observasjon for å møte barnet der det er, og for å finne aktiviteter som passer vedkommende.

Travelbee sier også at sykepleieren skal hjelpe individet med å mestre sykdom (Travelbee, 2001, s. 30). Her tenker jeg sykepleier kan være med å informere barnet om at hans/hennes traumereaksjoner er normale, og videre betrygge på dette. Sykepleier kan også lære bort enkle sykepleietiltak. Eksempelvis dersom barnet sliter med søvn kan sykepleier undervise barnet i gode søvnhygienetiltak. Dersom barna er urolige kan også sykepleier tilby å være på rommet til barnet til de sovner. Eller lage avtaler om at de skal komme inn igjen på rommet om fem minutter, dette for å roe ned barnet. Dersom barnet sliter med høy angstaktivering, som begge er symptomer på PTSD, kan sykepleier komme med tiltak for å roe ned barnet, som eksempel tilby å synge for barnet eller å lese et eventyr for distraksjon.

I oppgaven står det også at dersom man ser på Erikson`s teori, er det viktig å kommunisere slik at man bestyrker de de positive mulighetene i de ulike fasene (Eide, 2007, s. 362). Jeg tenker at dette kan sammenlignes med det som står i dette punktet, nemlig å hjelpe barnet med å oppleve mestring. I ferdighetsfasen er den positive muligheten en følelse av å være kompetent (Renolen, 2015, s. 107). Min tolkning er at man blant annet kan bruke tiltakene over for å hjelpe barnet til denne positive opplevelsen. Og videre være kreativ for å hjelpe barnet å oppfylle dette behovet.

4.3 Nødvendigheten av å bygge en relasjon før man kan danne tillit

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon står det at barn fortrinnsvis skal tas hånd om av det samme personalet under oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Noe som er litt i samme sjanger er det som står i helsepersonelloven om at det skal bli utpekt en barneansvarlig i hver avdeling (Helsepersonelloven, 1999). Da jeg var i medisinsk praksis på sykehuset kan jeg huske at en av de ansatte var barneansvarlig, og skulle ta seg av alt fra barn som pårørende til å oppgi opplysninger til barnevernstjenesten om det skulle foreligge mistanke om omsorgssvikt e.l. Bruk av barneansvarlig fungerer altså i praksis slik jeg så det. På den andre siden kommer flere med tilbakemeldinger om at bruk av fast personale for innlagte barn, ikke fungerer (Grønseth, 2011, s. 53). Nå har jeg ikke flere kilder som sier noe om dette fungerer i praksis eller ikke. Men om det er tilfelle at det ikke fungerer, er det høyst aktuelt å endre på dette. Da er det nødvendig å finne ut hvorfor det ikke fungerer, ettersom det er svært viktig for barna at de har samme personale under innleggelsen sin.

For å bygge tillit til barna, og for igjen å bedre oppholdet deres, blir det skrevet flere plasser nødvendigheten av å bygge en relasjon med barna. Dersom barna ikke har fast personale, men må forholde seg til flere ukjente ved hver eneste vakt, er det klart at de i mindre grad bygger relasjoner med sykepleierne. Jeg har selv vært innlagt både på kirurgisk og medisinsk avdeling på sykehuset, og jeg kan godt huske at det ble veldig mange helsepersonell å forholde seg til. Som pasient følte jeg meg i en veldig sårbar situasjon, og det at det kom nytt og ukjent personale veldig ofte gjorde ikke situasjonen bedre. Etter litteraturen å forstå er barna enda mer sårbar for å ikke få utdelt fast personale enn det jeg som voksen var. Ved bare ett døgn innlagt på sykehus må man forholde seg til minst tre ulike personer, da vaktene som regel er tre-delt. Se da for deg en uke på sykehus med konstant nytt personale, da har man måtte forholde seg til 21 ulike personer. Man kan jo tenke seg til selv at dette er veldig mange ukjente fjes som vil føles overveldende for de fleste.

Forskningen oppgaven viser til tar alle tre for seg viktigheten av relasjonsbygging. Den første artikkelen skriver at det er essensielt å bli kjent med barnet så fort de blir innlagt (Thamlikitkul mfl., 2009). Den andre artikkelen er det barna selv som sier at den gode sykepleieren var en som tilbragte tid med dem, og som gjorde kjekke aktiviteter med dem (Brady, 2009). Mens den siste artikkelen skriver at det var nødvendig å snakke med barna, lære dem å kjenne, og regelmessig sjekke inn og oppdatere seg på hvordan det gikk med barna (Hall & Nayar, 2014). For å bygge tillit er altså både litteratur og forskning enige om at det første man må gjøre med barnet er å bygge en relasjon. For å bygge en relasjon og minske unødvendig stress er det nødvendig med fast personale så langt det lar seg gjøre.

Travelbee sier noe om hvordan sykepleierens grunnleggende oppfatning om menneskenaturen, har dyp innvirkning på hvordan hun ser seg selv og andre, og hennes måte å etablere tilknytninger (Travelbee, 2001, s. 21). Dette er noe jeg tenker er viktig, og dette må ha mye å si for relasjonsbyggingen mellom barn og sykepleier. Alle mennesker er forskjellige. Man blir formet hele livet, og mye spiller inn på utviklingen vår som arv, miljø og erfaringer man tilegner seg gjennom livet. Hvordan man er som person har selvfølgelig mye å si for hvilken sykepleie man utøver. Noen er positive og imøtekommende, mens andre er mer lukket og stille. Det er helt klart at dette har innvirkninger på hvilke tilknytninger man etablerer. At mennesker er forskjellige gjør også at man tiltrekkes ulike personligheter. Dette gjelder også for barn.

Videre skriver Travelbee om sykepleier og pasient-termene, at disse er stereotyper (Travelbee, 2001, s. 61–62). For meg er det ikke vanskelig å forstå hva Travelbee mener med dette. Det er lett for at mennesker blir tildelt merkelapper som fordeler oss i båser. Dette kan være bra på den måten at man enkelt kan skille ut kompetansenivå og utdanning, som eksempel sykepleiere og leger. På den andre siden er det lett for at man da tar alle i en gitt kategori for å være det samme, noe som helt klart ikke stemmer. Det er da ikke slik at hver eneste sykepleier er lik? Eller at hver eneste pasient er lik? Alle er unike individ og alle har ulike personligheter. To sykepleiere kan ha lik utdanningstittel, men ulik livserfaring, oppvekst og arv gjør dem til to helt forskjellige mennesker. For å sette det på spissen så har ikke to søsken som har gjennomgått overgrep fra faren deres samme opplevelse eller likt symptombilde. De kan reagere helt forskjellig på denne opplevelsen, og sitte igjen med helt ulike problemer. Dersom sykepleier tror at alle pasienter er like, kan dette sette en stopper for behandlingen, og gjøre at sykepleieren ikke klarer å observere hvilken hjelp den individuelle pasienten trenger.

To barn kan ha nokså likt symptombilde, men kan likevel ha behov for ulike tiltak og behandling. Og på den andre siden kan barna ha helt forskjellige symptomer som kommer til uttrykk, men man vil se at de tiltrekkes noenlunde like kommunikasjonsmåter. Jeg tenker det alltid er viktig for sykepleier å ha et observant øye og lære det unike barnet å kjenne.

Dersom man vil bygge et tillitsforhold til barn generelt, og til barna i problemstillingen, er det helt nødvendig å starte med å lage en relasjon med dem. For å sette det i et annet perspektiv; man stoler ikke på en tilfeldig forbipasserende mann på gaten, og ville selvfølgelig ikke hatt tillit til dem. På samme måte vil barn naturligvis ikke ha tillit til en sykepleier på avdelingen som de ikke har en relasjon med. Det første og viktigste punktet er derfor å bygge en relasjon. Barna selv sier at dette kan gjøres ved å bruke tid med dem, vise de rundt i avdelingen, spille spill med dem, gå en tur med dem, og virkelig lære de å kjenne (Brady, 2009). Bli venner med dem med andre ord. Se det unike i dette barnet som nå er din pasient. Hva er det som er forskjellig fra dette barnet, i motsetning til et annet barn på samme avdeling? Dersom man lærer barnet å kjenne kan man igjen sørge for bedre og tilpasset behandling. I den siste artikkelen står det at en sykepleier som kontinuerlig sjekket inn til pasienten for å se hvordan barnet hadde det, var en fin måte å tilegne seg tillit på (Hall & Nayar, 2014).

Barn som har vært overvældet av redsel etter en traumatisk hendelse, vil noen ganger trenge tid før vedkommende føler trygghet og tillit til andre (Øverlien mfl., 2016, s. 30). Ett av kjennetegnene til PTSD hos barn er at de føler at verden er utrygg, truende og uforutsigbar (Øverlien mfl., 2016, s. 45). Det er forståelig at dette er vanlige etterreaksjoner etter å ha gjennomgått en så alvorlig hendelse som seksuelt overgrep er. Det er naturlig å tenke at slike barn vil ha behov for en trygg og rolig sykepleier som de kan føle tillit til. På grunn av tidligere vonde erfaringer kan disse barna reagere med mistillit til andre, noe som gjør det vanskelig for dem å gå inn i gode relasjoner med andre mennesker (Øverlien mfl., 2016, s. 286). Når barnet nå er innlagt har sykepleier en god mulighet for å vise barnet at hun er til å stole på og å bygge en relasjon med barnet, som igjen gir grobunn for at barnet kan bygge flere gode relasjoner senere i livet. I tillegg til å sitte med vonde erfaringer som gjør at barnet trenger ekstra lang tid på å bygge tillit, er det viktig å huske på at det er spesielt vanskelig for barn å bli innlagt. Nå har de ikke lenger de trygge rammene rundt seg som de pleier, som hjemmet deres og familien sin. Det er en helt ny plass for dem når de blir innlagt, og de må omgås nye og ukjente mennesker. Det er ikke vanskelig å forstå at dette må være en fryktelig stor og vanskelig belastning for barnet. En sykepleier som er forsiktig og har en rolig energi, som kan være der for barnet, er derfor hensiktsmessig.

4.4 Målet med kommunikasjonen

Oppgaven tar nå for seg det som står innledningsvis. Der sier Travelbee at kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel til å oppfylle sykepleierens mål og hensikt.

Kommunikasjonen kan sees på som en prosess som hjelper sykepleieren å nå disse målene (Travelbee, 2001, s. 140). Men hva mener hun egentlig med dette?

Kommunikasjon er altså ikke mål, men en prosess. I oppgaven blir kommunikasjon brukt som et middel for å oppnå barnas tillit. Dette blir videre drøftet i de neste punktene.

Kommunikasjon er ikke noe man gjør én gang for så å være ferdig. Det er det heller ikke på en sengepost når man skal jobbe med pasienter. Kommunikasjonen pågår kontinuerlig. Etter en dagvakt har man startet med å si god morgen til pasienten, for deretter å ha større og mindre samtaler med vedkommende hele vekten. For å ikke snakke om den nonverbale kommunikasjonen som skjer enda oftere, som å håndhilse og smile til pasienten når man ser dem i enden av gangen. Samtidig er det en prosess. Jeg tolker det som at prosessen ikke har en klar start eller slutt, men den er vedvarende. Jeg tror også det er det Travelbee mener når hun skriver at kommunikasjonen ikke er et mål i seg selv. Kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier foregår hver eneste dag. Ved hjelp av kommunikasjonen kan de jobbe sammen mot et mål. Målet kan være ting som å bygge en relasjon, få informasjon fra hverandre, eller i problemstillingen; tillit.

Travelbee skriver også at kommunikasjonen er en gjensidig og kreativ prosess (Travelbee, 2001, s. 137). En gjensidig prosess betyr etter mine tolkninger at man er sammen om dette. Kommunikasjon blir laget av to personer. En sykepleier kan ikke kommunisere for å nå et mål alene. Både pasient og sykepleier er delaktige i kommunikasjonen. Sammen jobber de for å nå et felles mål. Det at det er en kreativ prosess tror jeg kan kobles til det jeg tidligere har drøftet i oppgaven. Der Travelbee understreker viktigheten av å se personen bak pasient-terminen. Kommunikasjonen er kreativ på den måten at man aldri har et enkelt svar på hvordan man skal utføre kommunikasjon. Sykepleier blir nødt til å bruke sine kunnskaper, observere barnet og finne ut hvilken kommunikasjon som er mest hensiktsmessig å bruke til akkurat dette barnet. Som det står tidligere i oppgaven er hvert barn unikt. Dersom det oppstår problemer i kommunikasjonen må sykepleier være kreativ for å prøve å løse problemet.

4.5 Kommunikasjon med barna i praksis

Oppgaven tar for seg viktigheten av kunnskap om barns utvikling, at de bør ha fast personale for å kunne bygge en relasjon med sykepleieren. Dersom man ser på forskningen oppgaven tar for seg, understreker de viktigheten av å bruke tid med barna og å lære dem å kjenne. Barna som selv har vært innlagt rapporterer at den gode sykepleieren var rolig og snill, ikke kjeftet, og som respekterte dem og satt av tid til å være med dem (Brady, 2009). Dette tenker jeg er tilbakemeldinger som flere, meg inkludert, kan kjenne seg igjen i. Dersom en person er streng og sint, og ikke respekterer deg, vil man selvfølgelig ha vansker med å omgå dem. Tanken på å bygge en relasjon med dem er mindre fristende. Barna i min problemstilling er ekstra sårbar for slike personligheter, derfor er det spesielt viktig å tenke over hvordan man oppfører seg og hvilken energi man gir fra seg.

Travelbee mener kommunikasjon skjer enten man er bevisst på det eller ikke (Travelbee, 2001, s. 136). Den nonverbale kommunikasjonen er altså viktig å huske på, og kan utgi en større del av kommunikasjonen enn faktiske ord gjør. I litteraturen blir det også presentert at barn er ekstra var for både den verbale og nonverbale kommunikasjonen som blir formidlet. Å opptre rolig og med respekt har stor betydning. Ansiktsuttrykket til sykepleier kan avsløre det de tenker på når de er i samtaler med barn, noe de kan plukke opp kjapt. Det er nok flere som har opplevd å være i en samtale der vedkommende sier noe, men man føler de mener noe helt annet utfra kroppsspråket deres.

Så hvordan skal man da kommunisere? Sykepleier bør være rolig, og fremstå åpen og positiv. Barna er også var på det vi forteller dem med kroppsspråket. Å sitte med beina i kors på bordet, godt lent bak i stolen og med armene i kors kan derfor være noe man vil strebe etter å unngå. Å derimot sitte på huk, eller på en stol slik at man kommer i øyenivå med barna, ha armene åpne og virke imøtekommende er heller måten å gå fram på.

Tidligere i oppgaven blir det skrevet at barnet bør få være hovedpersonen i samtalen, og sykepleier må anerkjenne barnets væremåte og tanker (Grønseth, 2011, s. 83). Vi ser altså at det er barnet som skal styre hvordan samtalen blir. Barnet skal få bestemme hva man snakker om, og hvor lenge. Dersom barnet ikke vil snakke i det hele tatt, så må sykepleier respektere dette. Jeg tenker at det er svært viktig at sykepleier validerer følelsene og tankene til barnet, uansett hva disse er. Sykepleier bør fortelle barnet at det de tenker, og de reaksjonene de har, er normale traumereaksjoner.

Den første artikkelen tar for seg at man må handle konsistent (Thamlikitkul mfl., 2009). Jeg tror det bygger mye på å behandle barnet med respekt. Dersom man avtaler at man skal ta en kjøretur kl. 13, så må sykepleier være klar presist. Man skal respektere barnets tid, og holde avtaler man lager. Dette er igjen viktig for at barnet skal kunne stole på deg. Den andre artikkelen beskriver den *slemme sykepleieren* som en som hadde kort temperament og virket overfladisk (Brady, 2009). Her tenker jeg man må huske på at dette er større barn som klarer å lese sykepleieren dersom hun er stresset eller irritert fordi hun for eksempel har mye å gjøre denne dagen. Etter å ha vært i praksis på sykehuset er det ikke vanskelig for meg å forstå at sykepleiere blir stresset eller får kort lunte fordi man har utrolig mye å gjøre og huske på under en vakt. Å prøve å gjemme disse følelsene for pasientene kan være vanskelig. Men i møte med disse barna er det ekstra viktig å prøve å stresse ned om man behøver det før man går inn til dem. Unødvendig stress for disse barna er trolig ikke bra.

Kommunikasjonen med barnet er like dyrebare når man spiller spill med dem som når man tar dem med ut på en kjøretur. Dette er fordi vårt mål med kommunikasjonen er å først bygge en relasjon, og deretter tillit. Jeg tenker at dette er et viktig mål å huske på når du jobber med disse barna.

4.6 Forestillingsmetoder

Et eksempel på et virkemiddel man kan bruke innen kommunikasjon er som tidligere nevnt forestillingsmetoder. Nedenfor presenteres to metaforer som jeg syntes er fine, og som kan være til god hjelp å fortelle barnet. Dette er også noe barnet kan kjenne seg igjen i, og som igjen gjør det lettere for dem å forstå.

Denne metaforen vil jeg legge under erfaringsbasert kunnskap, da jeg personlig har hørt den og tenkte den ville passe fint i oppgaven min. I norske folkeeventyr om troll kan man høre at disse trollene dør og blir til stein dersom de kommer ut fra fjellene og blir eksponert for lys. Dette er også grunnen til at man ikke ser trollene når man er i fjellene, fordi de gjemmer seg for lyset. Som en fin metafor til barn kan man forklare at dette trollet symboliserer alt av PTSD, triggere, vonde minner og tanker, og etterreaksjonene på traumet. Dette er vonde symptomer for barnet å bære, så å symbolisere det med et troll eller monster gir en reell sammenligning. Videre kan man fortelle at dersom barnet snakker om opplevelsene de har hatt, etterreaksjonene, eller generelt det de syntes er vanskelig å snakke om etter traumet, vil reaksjonene eller da *trollet* dø.

Man utsetter traumet og minnene som nå kun lever i barnets hode, for lys. Man tar det ut i lyset for å studere og observere det, for videre å finne ut at det faktisk ikke er så farlig likevel. Og når man da har tatt dette ut i lyset, dør altså trollet, eller blir til stein som i eventyrene. Dette kan hjelpe barn i å forstå viktigheten av å snakke om traumereaksjonene deres, og det hjelper dem også til å dele slik at de ikke lenger står alene i det. Når fantasien tas i bruk for å kontrollere disse minnene, sier Dyregrov at det hjelper barnet til å oppleve større kontroll i å håndtere minnene (Dyregrov, 2010, s. 164).

Neste metafor sammenligner det å åpne en flaske brus med å snakke om traumeminner. Jeg tenker at denne metaforen også er fin å bruke til barn da de kan kjenne seg igjen i den. Se for deg at du har en flaske med brus, men du mister den i gulvet. Når du da skal åpne denne flasken med brus er det viktig å åpne forsiktig, og slippe ut litt og litt luft så det ikke bruser over. Til sammenligning skal brusen forestille enten traumeminnene, eller det barnet syntes er vanskelig å snakke om. Man skal nærme seg disse temaene forsiktig og med omhu for at ikke brusen renner over. Dette gir en følelse av kontroll for barnet (Raundalen, 2008, s. 27–28).

Urovekkende drømmer om, samt unngåelse av tanker og følelser som minner om den traumatiske hendelsen, er symptomer på PTSD (Dyregrov, 2010, s. 45). Jeg tenker at disse forestillingsmetodene kan hjelpe barnet med å få trollet ut i lyset, se at problemene deres faktisk ikke er så farlige lengre. Poenget med historiene er å lære barnet nettopp dette. Min tolkning er at den grusomme hendelsen er skjedd, men at den ikke lenger kan skade barnet. Det er fortid, og vil forhåpentligvis aldri skje igjen. Slik jeg forstår det på symptomene til diagnosen er at personen blir i stor grad plaget av gjentakende tanker og minner om det som skjedde. For å bedre det kan det hjelpe å si til seg selv, og forstå, at det faktisk ikke er farlig lengre. Slike forestillingsmetoder kan hjelpe barnet da å se at det som er skjedd har skjedd, og selv om barnet syntes det er vondt å tenke på – så er det ikke lenger farlig. Kroppen til barnet kan også reagere med at den tror det fremdeles er fare. Derav kan de få fysiologiske symptomer som hodepine og magesmerter (Øverlien mfl., 2016, s. 45). Jeg tolker det videre som at dersom man klarer å fortelle hodet og sinnet sitt at faren er over, så kan også disse symptomene bedres.

4.7 Det finnes ingen fasit

Det siste punktet i oppgaven vil ta for seg det at det faktisk ikke finnes en konkret fasit på hvordan man skal kommunisere med barna. Dette er noe som blir gjentatt i litteraturkapittelet. Som Travelbee sier er det umulig å utforme eller følge faste regler og prosedyrer i interaksjon med mennesker (Travelbee, 2001, s. 138). Hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig, og barna befinner seg på egne utviklingstrinn (Eide, 2007, s. 358). Ingen mennesker er like, og av den grunn vil man naturligvis ha ulike preferanser for hvordan man vil bli møtt. Barna i problemstillingen er likedan, alle er ulike, og alle takler sin sykdom ulikt. Jeg avgrenset til alderen 8-12 år, her er det naturlig at det yngste barnet er på et annet nivå fysisk og psykisk enn hva det eldste barnet er. Man må tilpasse kommunikasjonen til de ulike aldersgruppene. Men det er ikke kun det fysiologiske og emosjonelle ved barna som er forskjellig. Som tidligere nevnt takler barna traumatiske hendelser helt forskjellig, og symptombildet kan derav være likedan.

Sykepleier bør derfor bruke sine kunnskaper, og ha et observant blikk for å kunne se den unike pasienten, og hva nettopp dette barnet trenger av hjelp. Man kan ikke bestemme seg på forhånd hva man vil snakke om, eller hvordan man vil opptre når man går inn til barnet. Fordi det som sagt er barna selv som skal kunne bestemme hvordan kommunikasjonen blir. Jeg tenker at sykepleier kan gå inn på rommet til barnet å forsiktig starte å snakke om et nøytralt tema. Dette kan for eksempel være en samtale om dyr eller været. Videre kan det være barnet tar samtalen til et annet tema, og da kan sykepleier følge etter. På den andre siden har jeg ikke vansker for å tro at det finnes barn som ikke vil snakke overhode. Dette må sykepleier igjen respektere – og eventuelt finne videre tiltak til. Kanskje går samtalen lettere når de er ute på biltur, eller på lekeklassen. Her er det naturlig å trekke inn det som blir sagt i litteraturen om at kommunikasjon bør skje på en tid på dagen der barnet er opplagt, og at atmosfæren i rommet har mye å si (Grønseth, 2011, s. 87). Et godt tiltak kan være å ta med barnet på en spasertur etter frokost. Da er barnet våken, og det er en god atmosfære som kan resultere i en lettere samtale for begge parter.

Jeg velger å avslutte drøftingskapittelet med å trekke inn tittelen på oppgaven; å strekke ut en hånd. Som det står innledningsvis blir det brukt som en metafor der sykepleier strekker ut en hånd og tilbyr hjelp. Det er ikke nødvendigvis rent bokstavelig talt, da gjerne flere barn kan vike fra fysisk kontakt. Dette er noe, som tidligere nevnt, er individuelt og som sykepleier må observere hvert enkelt barn om de vil eller ikke. Noen barn vil føle trygghet i fysisk kontakt, og kan ha behov for å holde hånden til sykepleier for støtte.

På den andre siden finnes det barn som ikke vil holde i hånden. Dette skal likevel ikke ha noe å si for sykepleien som blir gitt. Min tolkning til metaforen er at sykepleier kan være der for barnet, som helt klart trenger støtte og hjelp. God sykepleie i møte med disse barna er å bruke kunnskapene man sitter med, observere barnet og lære dem å kjenne. Videre blir det viktig å bygge en relasjon med barnet. Sykepleier kan tilby hjelp, tilby barnet en hånd å holde i. Gi barnet emosjonell og fysisk støtte. Noe jeg tror resulterer i tillit for begge partene.

5.0 Oppsummering

I det siste punktet i oppgaven vil jeg minne om problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon som verktøy for å oppnå tillit til barn med PTSD?*».

Problemstillingen tar opp et stort tema, og *hvordan* blir et vidt spørsmål. Det finnes ikke et konkret svar på dette, og heller ikke noe som er helt rett eller galt. Vi har derimot lært oss flere hjelpemidler vi kan bruke for å utøve god kommunikasjon til disse barna, som hjelper oss å bygge et tillitsforhold. Travelbee snakker om viktigheten av å se hvert enkelt individ; å se det unike i hver person. Litteraturen som det blir vist til i oppgaven skriver om det nødvendige av å huske at hvert barn er et enkeltindivid. Noen foretrekker noe, mens andre vil foretrekke noe helt annet, slik det er for alle mennesker.

Vi har lært oss at det er helt essensielt å bygge en relasjon så fort som mulig. Dette kan gjøres ved å tilbringe tid med barnet og bli kjent med hverandre. Travelbee tar i sin teori sin for seg at hun vil fjerne pasient- og sykepleier-termene. Dette har vi kommet frem til er fordi man skal se det enkeltstående mennesket som står bak disse merkelappene. Når disse merkelappene er lagt vekk kan man også bli kjent med hverandre på en helt annen måte.

Når man har bygget en relasjon er man også klar for å bygge opp tillit. Vi har sett at tillit kommer av at barna blir kjent med sykepleieren, og litt etter litt stoler mer på vedkommende. Dersom man bruker tid med barna, hjelper dem å understøtte mestring i hverdagen sin, og viser at man skal være der for dem – gir dette grobunn for en solid relasjon med gjensidig tillit.

Opgaven har tatt for seg ulik kommunikasjon, og har kommet frem til flere tips og hjelpemidler man kan bruke i kommunikasjonen med disse barna. Først og fremst kan de være sensitive for nonverbal kommunikasjon. Dette være seg ansiktsuttrykk, væremåte, kroppsspråk og stemningsleie. Barna klassifiserte den *gode sykepleieren* som en som respekterte barna, som var i godt humør og som satte av tid til å lytte til dem. Videre har vi lært at å bruke tid med barna, og å la dem få bestemme hva de ville snakke om og hvor lenge, ga god effekt. Hjelpemidler som forestillingsmetoder er også vist til å være hensiktsmessige å bruke.

Sykepleieren bør altså gi litt av seg selv og involvere seg følelsesmessig med barnet. Det er hensiktsmessig å behandle barnet med respekt, og være ærlig når man snakker. Med ærlig menes at man virkelig bryr seg om mener det man sier, og ikke forteller noe annet med kroppsspråket sitt. Jeg tenker at de viktigste tingene å huske på er at kommunikasjonen er noe som skjer hele tiden. Man snakker sammen ved måltidene, når man møtes i korridoren, og når sykepleier skal hjelpe barnet før leggetid. Videre er det viktig å huske på hva målet med kommunikasjonen var. Nemlig å bruke kommunikasjonen for å bygge en relasjon og deretter få tillit til hverandre. Dersom man husker på målet med hjelpen man gir er det videre lettere å jobbe målrettet, som igjen kan føre til at man raskere når målet sitt.

Å strekke ut en hånd blir et bilde der sykepleier hjelper barnet med å heles, bit for bit. Bildet skal forklare at sykepleier tilbyr hånden sin til barnet, og blir på en måte bundet til å stå der videre med barnet. Visst barnet vil det, kan sykepleier stå ved barnet, og sammen kan de gå veien videre. Sykepleier er kun i bildet med barnet i en liten periode av livet deres, men på denne tiden kan de vinne mange kamper sammen.

Referanseliste

Alisic, E., Zalta, A. K., Wesel, F. van, Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335–340.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>

Brady, M. (2009). Hospitalized Children's Views of the Good Nurse. *Nursing Ethics*, *16*(5), 543–560. <https://doi.org/10.1177/0969733009106648>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2018, februar 25). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler.

Hentet 25. februar 2018, fra <http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000, januar 12). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon - Lovdata. Hentet 16. februar 2018, fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Hall, J., & Nayar, S. (2014). Building trust to work with children after a severe traumatic accident. *Contemporary Nurse*, 46(2), 161–169.

<https://doi.org/10.5172/conu.2014.46.2.161>

Helsepersonell i møte med barn og unge som har opplevd omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. (2018). Hentet 24. februar 2018, fra <https://www.nkvts.no/vitenskapelig-artikkel/helsepersonell-i-mote-med-barn-og-unge-som-har-opplevd-omsorgssvikt-vold-og-seksuelle-overgrep/>

Helsepersonelloven. (1999, februar 7). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 6. Opplysningsplikt m.v. - Lovdata. Hentet 14. februar 2018, fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#%C2%A733

Inger-Johanne Thidemann. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

NKVTS - Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2018). Hentet fra <https://www.nkvts.no/>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler* ([Rev. utg.]). Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Politiet. (2018, januar 24). Hvert tredje offer for seksuallovbrudd er barn. Hentet 31. januar 2018, fra <https://www.politiet.no/aktuelt-tall-og-fakta/aktuelt/nyheter/2018/01/24/hvert-tredje-offer-for-seksuallovbrudd-er-barn/>

PTSD Norge – Foreningen PTSD Norge. (2018). Hentet fra <http://ptsdnor.no/>

Raundalen, M. (2008). *Kan vi snakke med barn om alt?: de vanskelige samtalene.* Oslo: Pedagogisk forum.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag (2. utg.).* Bergen: Fagbokforl.

Thamlikitkul, S., Yunibhand, J., & Waraporn, C. (2009). Remolding child: process of nursing practice for sexually abused children. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 92(6), 787–804.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Øverlien, C., Hauge, M.-I., & Schultz, J.-H. (2016). *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner.* Oslo: Universitetsforl.