

EKSAMEN

Kurskode: SY 180H 000
2012

Dato: 27/04 -

Kandidatnr.: 270

*”Hvordan kan sykepleieren ivareta barn som
pårørende når en i familien er blitt alvorlig syk?”*

Bacheloroppgave i sykepleie
Kull 09 Høst

Totalt antall sider: 34 (9795 Ord)

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning av problemstilling	2
1.4 Oppgavens formål	2
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Litteraturstudie som metode.....	4
2.2 Søkehistorikk.....	4
2.3 Kildekritikk	6
3.0 Sykepleieteori.....	7
3.1 Valg av sykepleieteori	7
3.2 Syn på sykepleie.....	7
3.3 Definisjon av sykepleie og pasient.....	8
3.4 Menneske – menneske – forhold.....	8
3.5 Å bruke seg selv terapeutisk.....	9
3.6 Kommunikasjon	10
3.7 Lidelse	11
3.8 Oppsummering sykepleieteori.....	12
3.2 Annen relevant teori	13
3.2.1 Ungdom som pårørende	13
3.2.3 Mestringsstrategier	14
3.2.5 Ungdoms sorgprosess.....	14
3.2.6 Lovverk	16
3.2.7 Oppsummering annen relevant teori	16
3.3 Gjennomgang av forskningsartikler	17
3.3.1 Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft (Larsen og Nortvedt) 2011	17
3.3.2 Å treffe andre som virkelig forstår (2008)	17
3.3.3 Adolescents' Emotional Reactions to Parental Cancer: Effect on Emotional and Behavioral Problems (2010).....	18
3.3.4 Oppsummering av forskningsartikler.....	19
4.0 Drøfting	20
Jeg har valgt Joyce Travelbee som mitt teoretiske perspektiv, samt annen relevant teori for å drøfte oppgavens problemstilling.....	20
4.1 Den gode relasjon.....	20
4.2 Lidelse og sorg	23
4.3 Håp og mestring	25
5.0 Avslutning	28
6.0 Litteraturlisten	29
Selvvalgt litteratur	31

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt sorg som tema og da med fokus på barn som pårørende. Det er et området jeg synes er vanskelig å jobbe med og som jeg ønsker mer kunnskap om. Gjennom praktiske studier ved medisinsk avdeling valgte jeg bevisst bort rom hvor det var yngre pårørende i sorg. Jeg visste ikke hvordan en burde møte dem og situasjonen var vanskelig å stå i. Jeg opplevde å bli sterkt berørt av en ung gutt som ofte var innom avdelingen fordi faren var alvorlig syk. På hvert morgenmøte ble dette rommet ”valgt” sist når mindre erfarne sykepleiere var på jobb. Det var nok ikke i mangel på kunnskap om sykdom og diagnose, men heller i mangel av svar på vanskelig spørsmål som; ”Hvorfor pappa? Hvorfor meg?”.

Jeg finner dette temaet interessant og relevant for videre utvikling innen sykepleie. Jeg ønsker kunnskap om sorgarbeid tilpasset alder og da spesielt i forhold til barn. Dette fordi jeg synes det er tungt og overveldende å jobbe med denne gruppen, jeg søker kunnskap slik at jeg kan forstå dem på en bedre måte. Ulik forskning viser at flere får kreft og lever med den. Jeg føler derfor det er viktig å utvikle en bevisstgjøring på temaet sorg på et tidlig stadium.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleieren ivareta barn som pårørende når en i familien er blitt alvorlig syk?”

Med dette mener jeg hvordan informere på en best mulig måte tilpasset de ulike alderstrinn. Hvordan kan sykepleieren tildele informasjon til barn som er i sorg, slik at barnet får en bedre forståelse av situasjonen.

Med å ivareta mener jeg å se hele mennesket og møte det der det er. Innenfor dette vil jeg fokusere på hva sykepleieren er pliktig til å gjøre i forhold til lovverket og hvilke rutiner en har i praksis. Jeg vil også ved hjelp av litteratur se på hva som er best praksis basert på forskning og fagartikler. Jeg vil vektlegge tildeling av informasjon og kommunikasjon

primært i oppgaven. God kommunikasjon med barn og ungdom innebærer å kjenne til deres verden, derfor kommer jeg også inn på hva utviklingspsykologien sier om dette.

1.3 Avgrensning av problemstilling

Temaet sorg er stort og omfattende. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til barn som pårørende av alvorlig syke. Dette fordi jeg synes tema er interessant. Mine erfaringer fra praksisfeltet gjorde meg også oppmerksom på hvor viktig det er å ha kunnskap om dette emnet.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i ung ungdom som er i alderen 13 – 15 år. Barnet går gjennom ulike faser i livet og en avgrensning i forhold til alder ser jeg derfor som hensiktsmessig. Jeg har valgt å ikke gjøre noen avgrensning i forhold til kjønn, men ser på denne aldersgruppen i ett generelt perspektiv. Videre har jeg tatt utgangspunkt i at jeg møter de pårørende på sykehuset, da jeg har mest erfaring fra dette området og en ofte møter denne gruppen der.

1.4 Oppgavens formål

Med denne oppgaven vil jeg utvikle en trygghet på sorgarbeid og ivaretagelse av de pårørende. Sorgarbeid er en naturlig del av sykepleien. I tillegg til at sykepleieren skal ivareta pasienten på en best mulig måte er det også viktig å fokusere på de som står rundt. Dette er områder i sykepleien som jeg synes har vært utfordrende å håndtere. Jeg søker mer kunnskap omkring tenåringer som opplever sorg i en tidlig del av livet. I praksisperiodene på sykehus og i hjemmesykepleien var jeg vitne til de vanskelige samtalene som sykepleieren hadde med pårørende når pasientens sykdom hadde forverret seg og deres kjære kanskje ikke hadde lenge igjen å leve. Dette anser jeg som en meget utfordrende oppgave til sykepleieren. I praksis har jeg sett ulik måte å møte pårørende i sorg på, og ønsker selv å kunne håndtere disse oppgavene på en respektfull og profesjonell måte.

1.5 Oppgavens oppbygging

I første del har jeg forklart problemstillingen og hva jeg ønsker å oppnå med denne oppgaven. Under pkt. 2.0 har jeg en metodedel hvor jeg forklarer søkehistorien min, hva jeg fant og hvor. Hva som er et litteraturstudie og hvorfor jeg har valgt denne metoden. Deretter har jeg skrevet om det teoretiske perspektivet hvor jeg har tatt utgangspunkt i Joyce Travelbee og har prøvd å knytte hennes teori til min problemstilling. Videre har jeg en teoridel som har tatt utgangspunkt i litteratur som omhandler barn som pårørende. Til slutt har jeg drøftet det jeg har funnet i litteraturen.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i en litteraturgjennomgang. I dette kapitlet vil jeg forklare hva dette innebærer, kildekritikk og metodevalg. Jeg valgte litteraturstudie som metode da jeg ønsket å se hva som var skrevet og for å få en oversikt av eksisterende litteratur som omhandler valg av tema og problemstilling. Jeg ønsket å tilegne meg ny kunnskap om barn som pårørende gjennom nyere forskning.

I ett litteraturstudium skal en studere det som er skrevet og undersøkt av litteratur, en skal gå i dybden for å finne empirien (virkeligheten) av artikkelforfatterne. En søker allerede eksisterende kunnskap ved å bruke aktuelle databaser. Dette innebærer at en ikke skal skape ny kunnskap, selv om en gjennom systematisering av litteraturen kan komme frem til ny erkjennelse ved å sammenstille kunnskap fra flere undersøkelser og artikler (Støren 2010).

Kort fortalt vil en systematisering av kunnskap innebære å søke den opp, samle den, vurdere den og sammenfatte den. Slik kunnskap kalles primær kunnskap da dette er hva den originale teksten av det forfatteren formidler. Gjennom lærebøker gjengir en ofte forskningsresultater og det vil derfor være vanskelig å se hvor grundig argumentene er underbygd. Denne kunnskapen vil gi deg begrensede muligheter til å vise selvstendighet og påstander som du kan begrunne og underbygge (Støren 2010)

2.2 Søkehistorikk

Mye forskning og litteratur endres over år, derfor satte jeg som kriterium at litteraturen jeg brukte ikke skulle være eldre enn fem år. Jeg ønsket også at de nyeste artiklene skulle komme først og litteraturen skulle være refereebedømt, det vil si at den er godkjent av andre fagfeller. Under søket brukte jeg anerkjente databaser hvor dette var et av kriteriene for å få den godkjent. Jeg var videre opptatt av relevansen og ønsket at både bøker og artikler skulle være knyttet til sykepleie eller andre helsefag. Da jeg så etter bøker og artikler var jeg opptatt av hvem som hadde skrevet dem og hvor jeg fant dem. Jeg brukte søkebasen som var tilknyttet

biblioteket og sykepleien, og anser dem derfor å være holdbare. Under artikkel søket fikk jeg veldig mange treff på teamet sorg, men ved å avgrense treffene i eksempelvis sykepleien til bare barn og informasjon gikk søket fra 1317 treff til 3. I de internasjonale søkebasene hadde jeg i tillegg muligheten til å avgrense søket til at den skulle inneholde en aldersgruppe hvor jeg valgte 0-18år og at jeg ønsket full text versjoner. I BIBSYS fikk jeg mange treff, men ved å se etter nyere litteratur å søke etter barn og/eller ungdom fikk jeg betydelig mindre treff. Jeg kombinerte i tillegg aktuelle søkeord som ”barn som pårørende*”, ”kommunikasjon*” og ”informasjon*”. Fikk på denne måten avgrenset søket til spesifikke områder jeg var på jakt etter. Endte opp med syv treff hvor jeg fant relevant litteratur. Dette gjorde jeg med all litteraturen basert på at det omhandlet barn og det aktuelle jeg så etter.

Databaser

Database: Sykepleien.no

Fakta om database: Sykepleien forskning er et vitenskapelig tidsskrift med fagfelle vurdering som utgis fire ganger i året (sykepleien.no).

Antall treff: 1317

Søkeord: Barn, informasjon, kommunikasjon, pårørende, kreft

Database: PubMed

Fakta om database: En gratisversjon av MEDLINE som referer til 20 millioner artikler fra 5000 tidsskrifter internasjonalt. Verdens største søkebase innen medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap (helsebiblioteket.no).

Antall treff: 26

Søkeord: Adolescent , Parental cancer og Emotional Reactions

Database: BIBSYS

Fakta om database: Universitetets bibliografiske database bestående av katalogen og utlånssystem for disse bibliotekene. Her finner en bøker, tidsskrifter, forskningsdokumenter og publiseringsarkiv (helsebiblioteket.no).

Antall treff: 92

Søkeord: barn som pårørende, kommunikasjon, informasjon, sorg, sykepleier, pedagogikk

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode for å fastslå om en kilde er sann. Gjennom kildekritikk får leseren mulighet til å ta del i mine refleksjoner i forhold til relevans og gyldighet i forskningen jeg har benyttet meg av for å belyse problemstillingen (Dalland 2007). Jeg ønsket at artiklene skulle være relevante og valgte derfor å gjøre noen avgrensninger. Som nevnt har jeg valgt å avgrense artikkelsøket til nyere litteratur som ikke er eldre enn fem år. Videre skulle artiklene være av anerkjente tidsskrifter, jeg søkte derfor via bibliotekets ressurser som er tilegnet sykepleiere. De skulle være referee bedømte, det vil si fagfellevurderte. Ved bruk av tilegnete databaser som er beregnet for helsepersonell føler jeg at dette har vært gjennomført. Det var vanskelig å finne forskning på ungdom som pårørende. Jeg fikk mange treff, men få relevante. De søkene jeg fikk opp omhandlet ofte voksne som pårørende eller mindre barn. Den selvvalgte litteraturen jeg har tatt utgangspunkt i har vært funnet i biblioteket på skolen ved bruk av Bibsys og har vært på hyller tilegnet helsearbeidere. Pensumslitteratur er utvalgt av fagkyndige til å være tilegnet vår utdanning og jeg anser derfor disse for å være holdbare. I oppgaven har jeg brukt mye selvvalgt pensum og lite pensumsrelatert litteratur. Årsaken til dette er at det har vært lite fokus på barn som pårørende i utdanningen.

3.0 Sykepleieteori

3.1 Valg av sykepleieteori

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Teorien hennes er etter mitt syn relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Travelbee fokuserer på flere aspekter som jeg mener er relevant i forhold til det å jobbe med barn som pårørende. Blant annet fokuserer hun på familieperspektiv, menneskesyn, kommunikasjon og ulike tilnæringsmåter en kan benytte seg av som det å bruke seg selv terapeutisk og ved bruk av en intellektuell tilnæringsmåte.

3.2 Syn på sykepleie

”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 1999; 29).

I Travelbees (1999) sykepleiedefinisjon sier hun at sykepleie er en mellommenneskelig prosess i den forstand at det alltid dreier seg om mennesker. Sykepleieren er i kontinuerlig kontakt med mennesker, både pasienten selv, men også hans familie, kollegaer og ulike nettverk. For å kunne bidra til å hjelpe andre må en etablere et forhold til det andre mennesket. Mennesket er unikt og uerstattelig fra andre mennesker, ulikt, men samtidig likt alle andre i den forstand at enkelte opplevelser og erfaringer tilhører livet.

Det som er spesielt med den gruppen jeg har valgt å ta utgangspunkt i, er at de ofte opplever denne erfaringen for første gang og i tillegg er i en fase i livet hvor de prøver å finne ut hvem de er. Sykepleieren må være sitt ansvar bevisst for å kunne se disse menneskene. Videre i sykepleiedefinisjonen skriver Travelbee at en skal hjelpe ett individ, familien eller samfunnet til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. En kan ikke alltid forebygge sykdom, og da spesielt lidelse. Målet med all aktivitet en gjør sammen med eller for de pårørende er derfor å mestre og utholde lidelse.

3.3 Definisjon av sykepleie og pasient

I følge Travelbee (1999) er en sykepleier et menneske på lik linje som alle andre. Det som skiller sykepleieren fra andre mennesker er at hun har inntatt seg evner til å imøtekomme mennesker i sårbare faser i livet. Gjennom utdanning og erfaring er sykepleieren opplært til å møte mennesker på en slik måte at en kan forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening og opprettholde en best mulig helsetilstand. En pasient er en bruker av helsetjenesten, et menneske som trenger pleie eller støtte hos helsefagarbeidere. Travelbee (1999) sier at ved å kategorisere og generalisere mennesker på en slik måte at det er praktisk da en vet hva en til en viss grad møter, men generaliseringen utgjør også en fare i det at en behandler kategorien og ikke de trengende menneskene som utgjør denne kategorien. En utvikler på denne måten stereotyper ved at sykepleieren behandler pasientene likt og søker på denne måten etter likheter innen gruppen, fremfor å se det unike ved hvert individ. Dette kan igjen påvirke interaksjonen hennes med hver pasient og hennes oppfatning av individet.

Ved å kategorisere barn som pårørende utgjør man en fare ved at en behandler alle likt.

Tenåringer kan reagere veldig ulikt da de først og fremst er individer med ulike historier, videre modnes de på ulikt vis. Felles for gruppen er at identitet dannes og de prøver å finne ut hvem de er, og behovet for å være normal og tilhøre en gruppe er stort. Noen av disse barna trenger ikke å ha et problem med å snakke eller søke oppmerksomhet, mens andre igjen vil isolere seg fra omverdenen å ha vanskelig for å få kontakt. Det vil da være viktig at en som sykepleier ikke behandler alle etter en mal og leter etter likheter som tilsier at en har jobbet korrekt, men heller ser det enkelte mennesket som trenger din hjelp og starte en ny interaksjon med hvert individ som søker din hjelp.

3.4 Menneske – menneske – forhold

Travelbee sier om et menneske – menneske forhold at en ivaretar individets, samfunnets eller familiens sykepleiebehov. En definerer forholdet ved at sykepleieren og den som oppsøker hjelp deler opplevelser og erfaringer, dette kan en oppnå ved at sykepleieren besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer i kombinasjon ved at hun bruker seg selv terapeutisk (Travelbee 1999). Et menneske – menneske forhold vil være veldig relevant i forhold til min oppgave da en jobber med ungdommer som pårørende, og da trenger å oppnå et forhold som er basert på tillitt. Blindheim og Thorsnes (2011) sier at denne

gruppen pårørende kan ha vanskelig for å snakke om hva en mener, både i forhold til frykt for å såre noen, men også på grunn av et sterkt ønske om å være så ”normal” og lik jevnaldrende som mulig. Gjennom et menneske – menneske forhold skaper man en mulighet for en interaksjon basert på tillit. Ved at sykepleieren kan fortelle hva hennes erfaringer er og hvor lenge hun har jobbet med dette området skaper hun tillit ved at tenåringene vet at dette er en fagkyndig person som kan bidra til å hjelpe dem.

3.5 Å bruke seg selv terapeutisk

Gjennom sykepleiestudiet lærer studentene å bruke seg selv terapeutisk i den forstand at en får innsikt i hvordan egen adferd påvirker andre. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk bruker hun bevisst sin egen personlighet og kunnskaper i håp om å bevirke forandring hos den trengende. For å benytte seg av denne metoden kreves det mye av sykepleieren, hun må ha innsikt i egen adferd så vel som andres, hun må ha en innsikt i det å være et menneske.

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk kommer godt med i sykepleieryrket i alle aspekter, også innenfor pårørendearbeid. Med dette mener jeg at en innenfor ethvert serviceyrke trenger evnen til å se og forstå den andre. Tenåring er en gruppe som kan være vanskelig å jobbe med i den forstand at det kreves at en er en aktiv samtalepartner, har et tilpasset språk og samtidig kan balansere det hele med å lytte aktivt. Det kreves en likevekt mellom et opplyst hjerte og et opplyst intellekt. Fornuft og samvittighet bør jobbe sammen, og ikke hver for seg. Å bruke seg selv terapeutisk må ikke forveksles med vennlighet, da en i tillegg trenger kunnskaper om menneskets anatomi, psykologi, sykdomslære med flere. På den andre siden kan ikke sykepleieren anskaffe seg masse kunnskap og behandle hennes mottakere som objekter heller. En trenger en likevekt mellom disse, å bruke seg selv terapeutisk er et mål som en gjennom et helt liv skal prøve å oppnå (Travelbee 1999).

Med dette forstår jeg at sykepleieren må være sitt ansvar bevisst ved å tilegne seg de nødvendige kunnskaper, og at samvittigheten er med i alt man gjør. Jeg forstår et opplyst hjerte som en omsorgsfull person som ser det enkelte menneske og kan oppleve empati og sympati med dette menneske. Et opplyst intellekt forstår jeg som en person med de nødvendige kunnskapene en trenger for å kunne hjelpe dette mennesket.

I begrepet disiplinert intellektuell tilnæringsmåte ligger det 3 ting en må ta hensyn til. Det første innebærer en logisk metode for å tilnærme seg problemer på, dernest ligger kunnskap og innsikt i fysikk, biologi, atferdsvitenskaper, sykepleievitenskap og medisin. Sist, men ikke minst ligger evnen til å ta i bruk disse begrepene. Tilnæringsmåten representerer en logisk tankeprosess som innbefatter evnen til å omsette det en har lært til kreativ og intelligent handling (Travelbee 1999).

3.6 Kommunikasjon

I følge Travebee (1999) er kommunikasjon en prosess som gjør en i stand til å etablere et menneske – til – menneske – forhold og på denne måten oppfylle hensikten med sykepleie, nemlig å hjelpe familier og enkeltindivider. Ved ethvert møte mellom pleier og pasient foregår det kommunikasjon enten de er bevisst på dette eller ikke. Kommunikasjonen kan sees gjennom holdning, ansiktsuttrykk og ordene som blir brukt dem i mellom. All interaksjon dem imellom gir sykepleieren en mulighet til å bli kjent med pasienten som et helt menneske.

Når en jobber med barn som pårørende er det viktig å møte dem der de er ved å se mulighetene og hva de kan fremfor hva de ikke kan. En må vite hvordan en ung tenåring "fungerer" og hva som er viktig i hans liv. Gjennom god kommunikasjon har man muligheten til å etablere et tillitsforhold i den forstand at tenåringen kanskje tør å spørre om det han *egentlig* lurer på. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren etablere et menneske til menneske forhold og oppnå sykepleiens mål og hensikt. Sykepleieren må være i stand til å tyde kommunikasjon, *om* det foregår kommunikasjon og ikke minst *hva* den syke formidler. Hun må deretter bruke det hun har lært når hun skal planlegge sykepleieintervensjoner.

Bøckmann og Kjellevold (2010) sier at unges mulighet for mestring vil påvirkes av voksnes kommunikasjonsmåte. I samhandling med tenåringer i 13 – 15 års alderen må en ta en aktiv rolle i samtalen ved å forklare hva en skal snakke om og hvorfor en har tatt kontakt. I tillegg må en forklare at dette er en vanlig prosedyre og at en har taushetsplikt. Med å forklare at det er en ordinær prosedyre viser en at dette ikke er noe å skjemmes av, men noe som kan hjelpe

og ved å orientere om taushetsplikten vil en skape tillitt som tilsier at det man blir fortalt blir mellom dere.

3.7 Lidelse

”Å lide er å få vite at en av ens kjære har en dødelig sykdom – å leve med kunnskapen om dette dag etter dag, mens en holder opp en glad og forhåpningsfull fasade (Travelbee 1999; 135)”. Travelbee vektlegger lidelse og forklarer at lidelse kommer i alle former, fysisk som psykisk. Den rammer ikke bare en person, et menneske, en pasient – men et nettverk. Lidelse kan en oppleve i alle aldrer og en takler lidelse på ulike måter.

Lidelse er en felles livserfaring som hører med livet, alle vil på et tidspunkt i livet oppleve lidelse og alle vil en gang møte døden. I mitt tilfelle hvor jeg skriver om barn som pårørende vil i mange tilfeller det å miste en av sine foreldre være en av de sterkeste opplevelsen de har blitt utsatt for og i enkelte tilfeller kan det også være deres første møte med lidelsen. For å erfare lidelse må individet oppleve en situasjon som smertefull. De fleste ønsker å komme seg ut av denne, men ikke alle. Noen har religiøse overbevisninger eksempelvis hvor de finner en mening i lidelsen og derav ikke oppsøker lindring. Et mål i seg selv vil være å finne en mening i det som skjer, en måte å forstå det på (Travelbee 1999).

I følge Travelbee (1999) er mening noe vi alle spør etter på et eller annet tidspunkt i livet. Den som har et *hvorfor* å leve etter kan overleve nesten hvilket som helst *hvordan*. Alle mennesker rammes på et eller annet tidspunkt av et hvorfor, men det er i sykdom dette er svært fremtredende. Både i forhold til den som er syk, men også i forbindelse.

med hva deres kjære gjennomgår. Når en jobber med tenåringer som gjennomgår lidelse er det viktig å tenke at de er i en modningsfase og vil derfor kunne reagere ulikt etter hvilket nivå de er på. Noen takler sorgen bedre over tid, andre takler den dårligere. Det vil derfor være viktig at en som helsepersonell er der når en trenger noen å snakke med, samtidig som man gjennom å bruke seg selv terapeutisk, aktive lytting og en intellektuell tilnæringsmåte hjelper tenåringen til å finne en mening i situasjonen en står i. Mening brukes i den forstand at en ikke underkaster seg situasjonen en gjennomgår, men bruker den som en positiv livserfaring. Mening kan en kun oppnå i selvet, det oppstår ikke i situasjonen en står i, men det situasjonen gjør med en selv. Siden hvert mennesket er unikt vil også det de oppfatter som meningen med situasjonen være forskjellig (Travelbee 1999). Jeg forstå det slik at en må

hjelp individet selv til å finne mening i situasjonen han står i, dette er noe en bare kan bidra med og ikke gjøre for den andre.

3.8 Oppsummering sykepleieteori

Travelbee fokuserer på det unike menneskets relasjon til sykepleieren. Gjennom hennes teori har jeg lært å reflektere over egen væremåte og kroppsspråk i samhandling med andre. Gjennom teknikker og kunnskap innenfor kommunikasjon, å bruke seg selv terapeutisk og en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte fokuserer en på hvordan en kan tilnærme seg mennesker slik at de føler seg sett og ivaretatt. Gjennom hennes syn på mennesket, lidelse og pasient har jeg reflektert over betydningen av den andre og deres opplevelse i tilværelsen.

3.2 Annen relevant teori

Jeg vil nå ta for meg relevant teori i forhold til problemstillingen. Innledningsvis nevnte jeg at jeg har valgt å ta utgangspunkt i tidlig ungdomstid. Denne perioden er preget av kroppslig utvikling, ønske om å være lik alle og løsrivelse fra familien. En begynner å tilnærme seg det motsatte kjønn og begynner utprøving av rusmidler (Bøckmann og Kjellevold 2010).

3.2.1 Ungdom som pårørende

Pubertetsperioden er preget av usikkerhet hvor en prøver å finne svar på hvem er jeg og hva er målet mitt?. Puberteten innebærer at ansvar, forventninger og roller blir endret fra hvordan de var tidligere noe som medfører stress og ved alvorlig sykdom i nær familie blir presset større. Ungdommer vil reagere ulikt på kriser, noen blir mer innesluttet, mens andre flykter fra situasjonen ved å ta mye kontakt med venner. Erfaringsmessig kan denne gruppen være vanskelig å få kontakt med og mange har positivt utbytte av å snakke med likesinnede.

Ungdommens reaksjonsmønster er preget av individuelle forskjeller i forhold til alder, kjønn, modenhet og utviklingsstadium. (Bøckmann og Kjellevold 2010).

En har eksempelvis ulike forestillinger i forhold til døden etter hva alder tilsier, på samme måte som en er preget av omgivelsenes aksept for å vise følelser. Dette medfører at noen utvikler en bedre evne til å sette seg inn i andres situasjon, mens andre igjen blir mer innesluttet, aggressiv og/eller avhengige. Tenåringene kan reagere med store svingninger i temperamente. Når en vet hvor sårbare ungdom kan være er det viktig at sykepleieren ikke gir opp når en møter avvisning og et alt er økt, men heller prøver å motivere dem til å delta på kurs, samtaler og lignende. Det er viktig å være tilstede for denne gruppen og vise at en er der når de trenger deg (Blindheim og Thorsnes 2011).

Hvordan barnet reagerer avhenger også på hvem som er syk og om sykdommen er akutt eller kronisk. Har personen som er syk mulighet for å bli frisk? Og hvordan har sykdommen og behandlingsløpet vært? Hvordan har vedkommende forandret seg? Hvilken informasjon har barnet fått? Hvordan er muligheten for omsorg, forståelse, hjelp og støtte? En slik håndtering krever krefter av tenåringen, som videre kan medføre vansker i form av konsentrasjon,

nattesøvnen, atferdsproblemer og lignende. Noen kan i tillegg utvikle problemer i form av hodepine og magesmerter. Skyldfølelse er også et hyppig rapportert problem, dette kan sees i lys av at en ønsket at en besøkte den syke mer (Bøckmann og Kjellevold 2010).

3.2.3 Mestringsstrategier

Gjennom puberteten gjennomgår en mange forandringer, dette kan føre til at den unge opplever stress og press fra nettverket sitt. Når den unge i denne fasen opplever en i nær familie som lider av alvorlig sykdom er det stor sannsynlighet for at presset øker, dette krever at en mestrer situasjonen. Hvilken mestringsmåte en velger er personavhengig (Blindheim og Thorsnes 2011).

Det er individuelle forskjeller innenfor reaksjonsmønstre og mestringsstrategier. Et eksempel er at en tyr til kjente handlinger ved å eksempelvis dra på fotballtrening samme dag som en har fått beskjed om at pappa lider av kreft. Dette har med en mulighet til å være "normal" og få tankene over på andre ting. Innenfor mestringen er det ulike tiltak en kan ta i bruk. Helsesøster kan være en ressurs i forhold til ungdom, og en kan foreslå ulike kurs som ungdom kan delta på. I tillegg vil informasjon til foreldre og ungdommen selv omkring sorgfaser og mestring være en viktig del av ivaretagelsen. Blant annet har kreftforeningen mange brosjyrer en kan benytte seg av i denne situasjonen (Blindheim og Thorsnes 2011).

En annen mestringsstrategi kan være å unngå å snakke om det som er vanskelig Blindheim og Thorsnes (2011) omtaler dette som kjærlighetens skjold. Med dette menes familiens beskyttelse ved å unngå å snakke om det vanskelige, målet å beskytte det trygge og vante systemet en har opparbeidet i familien. Omsorgspersonene vil skåne tenåringen ved å ikke ta opp vanskelige samtaleemner og dette medfører videre at tenåringen ikke snakker om det. En kan da risikere at tenåringen blir mer innadvendt og holder vonde følelser for seg selv.

3.2.5 Ungdoms sorgprosess

Det å rammes av sorg og krise består ikke av en spesifikk hendelse, men av flere små og store hendelser som har preget barnet over tid. Sorgen er hele tapshistorien til barnet og videre mestring vil bære preg av hvordan barnet har oppfattet hendelsen, hvordan den ble håndtert og hvordan det hele har utviklet seg over tid. Sorgen har mange uttrykk og hver enkelt

reagerer ulikt, noen viser massive følelser, andre svært få. Enkelte opplever det verst i starten og mestrer den bedre over tid, mens andre igjen opplever en forverring etter hvert. En kan ikke omgjøre sorg til en målbar enhet og en vet ikke hvordan ulike individer mestrer den før en ser dem i en gitt situasjon. Sorgen varer ei heller over et gitt tidspunkt, men har en periodisk karakter (Bugge og Røkholt 2009).

Sorg er mer enn følelser, sorg er hva vi *tenker, gjør og føler*. Tenåringene søker trygghet og forutsigbarhet i hverdagen som er fylt av kaos, uvirkelighet og savn. I det man treffer en krise vil prioriteringene og behovene endres. Dette innebærer at helsepersonell ikke alltid vil ta opp vanskelige spørsmål og tema med de berørte. Det er viktig å vise at man er tilgjengelig slik at pårørende kan ta kontakt for å prate om det vonde. En skiller mellom indre og ytre tilpasning til omgivelsene. Hvor den indre representerer følelseslivet og den ytre hva vi observerer. Selv om den ytre tilpasningen er god stemmer ikke dette alltid overens med den indre tilpasningen til sorgen (Bugge og Røkholt 2009).

Bugge (1994) skapte en sorgprosessmodell basert på intervjuer med ungdom basert på deres historier om opplevelser før og etter død av foreldre. Gjennom de unike historiene og i sammenheng utviklet det seg en sammenheng i deres opplevelser (Bugge og Røkholt 2009).

Gjennom studien ble det fortalt at de opplevde at den de hadde kjær ble sykere og sykere, men ingen tok seg tid til å snakke om døden. Da den syke døde kom den fort, men opplevdes ikke så dramatisk som forestilt. Det var vanskelig å forestille seg at noen som hadde vært så levende var død. En skilte sorgen i den offentlige sorgen som innebar syning, begravelse og gjensyn med venner. Den private sorgen ble forklart som perioden hvor andre gikk videre, mens de satt igjen med egen sorg. Denne perioden ble beskrevet som ensom. Etter en lengre sorgperiode ble sorgens ”nye lys” beskrevet, her fikk de hjelp til å bearbeide sorgen og hjelp til å se den møte den med et nytt syn på ting og nye verdier (Bugge og Røkholt 2009).

Studien ble gjort i begynnelsen av 90 årene og må sees i lys av dette. På denne tiden var det få hjelpeinstanser for ungdom som sørgere, skolen og sykehuset tok også lite hensyn til denne gruppen da samfunnet var oppbygd på at sorgen skulle avta med tiden (Bugge og Røkholt 2009).

3.2.6 Lovverk

1.1.2010 fikk barn som pårørende lovfestede rettigheter. Helsepersonelloven § 10a og § 25 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, samt rundskriv IS-5/2010; regulerer hvordan barn skal ivaretas når foreldre mottar helsehjelp. Lovbestemmelsene har som formål å forebygge problemer hos barn ved å sikre risikoutsatte barn og unge tidlig hjelp. Begrepet barn som pårørende, brukes om barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Lovbestemmelsene gjelder for mindreårige barn under 18 år. Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal ha barneansvarlig helsepersonell. Ordningen er en organisatorisk løsning og gjelder for helseforetak og private sykehus/institusjoner med avtale med helseforetak. Kommunene omfattes ikke av bestemmelsen, men kan velge å oppnevne barneansvarlige. Arbeidsoppgavene til de barneansvarlige består bl.a i å koordinere arbeidet i den praktiske hverdag. Veilede og delta sammen med helsepersonell i konkrete saker. Videre har de som oppgave å informere og oppdatere helsepersonell om barn som pårørende (helse-sørøst).

3.2.7 Oppsummering annen relevant teori

I denne delen av oppgaven har jeg tatt for meg relevant teori som omhandler ungdom, mestring og sorg. Dette er kunnskap en trenger for å kunne forstå denne gruppen. tenåringer sørger på andre måter og er opptatt av andre ting enn en voksen person. Det er viktig at sykepleier tilegner seg kunnskaper om denne gruppen når hun skal samarbeide med dem. På denne måten er det lettere å skape en relasjon som gir mulighet til å bearbeide sorgen.

3.3 Gjennomgang av forskningsartikler

3.3.1 Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft (Larsen og Nortvedt) 2011

En systematisk litteraturstudie av Berit Holfset Larsen som er spesialsykepleier innen kreftsykepleie ved Radiumhospitalet og Monica Wammen Nortvedt som er professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis i 2011. Studien var basert på en gjennomgang av eksisterende forskning som utdypte og konkretiserte barn og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft.

De inkluderte totalt 11 enkeltstudier og 1 oversiktsartikkel som tok for seg 6 enkeltområder primært; Forståelsen til det enkelte barnet, informasjonens innhold og omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse. Studien henviste til kreftforeningen hvor det ble sagt at omkring 4 000 barn i Norge opplever at en i nær familie får kreft. Barn som står i slike situasjoner trenger ekstra omsorg og nærhet, samtidig som omsorgspersoners evne til å gi omsorg reduseres og en er separert med lengre sykehusinnleggelser. Dette medfører videre at en er utsatt for psykososialt stress, hvor mye tyder på at informasjon er med på å redusere dette og gir økt mestring og kontroll. Gjennom studien så en at den viktigste informasjonskilden et barn har er foreldrene. De ønsker konkret og ærlig informasjon, i tillegg til at en ønsker informasjon underveis om sykdom og behandling.

3.3.2 Å treffe andre som virkelig forstår (2008)

En studie med kombinert kvantitativ og kvalitativ utførelse gjort av Torill Ensby, Kari Dyregrov og Bjørg Landmark. Hvor spørreskjema og fokusgruppeintervju ble brukt for å innhente datasamlingen. 78 barn av totalt 107 i alderen 6 – 18 år deltok i undersøkelsen. Bakgrunnen for studien var at unge med kreftsyke foreldre er spesielt utsatt for psykososialt stress. Omsorgspersoner har et problem i forhold til å ivareta egen sykdom, samtidig som de skal ivareta barns behov og reaksjoner. Hensikten med studien var å dokumentere barn og unges reaksjoner på kreftsykdom eller død hos omsorgspersoner. Da en skulle ivareta unges behov var det nødvendig med støtte; informasjon, hjelp til å forstå og forutse utfallet av sykdommen, styrking av fysisk kapasitet, mestringsevne og problemfokuset hjelpetiltak.

Resultatene viste at mange barn plages med skolevansker, angst, utrygghet og tristhet, samtidig som det ble uttrykt et behov for hjelp og støtte. Mange sa at det var vanskelig å kommunisere med voksen verden om sine vanskelig følelser, både hjemme og på skolen. Mange følte derfor at de ikke ble møtt med den støtten de ønsket og var takknemlige for de kursene de fikk delta på. På disse kursene fikk de møte andre i samme situasjon, ble tildelt omsorg og informasjon fra helsepersonell som de tidligere følte de manglet. Dette medførte videre at man fikk snakke om den som var syk eller hadde gått bort, og det føltes bra. På denne måten kunne en snakke åpent med familien og det ble meddelt at det økte åpenheten i familien innad.

Konklusjonen til studien var at barn og unge evaluerer rehabiliteringskurs som en svært positiv erfaring i en hverdag som er preget av uforutsigbarhet. Samspill mellom samtalegrupper, aktiviteter og fellesskap ser ut til å være en fin tilnæringsmåte for å hjelpe unge som lever med en foreldre som har kreft, eller har mistet noen i kreft.

3.3.3 Adolescents' Emotional Reactions to Parental Cancer: Effect on Emotional and Behavioral Problems (2010)

En retrospektive og prospektive undersøkelse utført av Stacey M. Gazendam-Donofrio, Harald J. Hoekstra, Winette T. A. van der Graaf, Annemieke Visser, Gea A. Huizinga og Josette E. H. M. Hoekstra-Weebers. Populasjonen i den retrospektive delen bestod av 221 ungdommer av 138 pasienter og prospektivt 70 ungdom av 70 pasienter. Hensikten med undersøkelsen var å undersøke unges følelsesmessige reaksjoner ved foreldres kreft og se dette i lys av følelse og atferdsmessige problemer. Funnene i studien viste at utviklingsstadium utgjorde en risikofaktor for nød, hvor ungdommer kan være mer utsatt. Dette fordi de er vanskeligere å skjerme, sees på som en støtte i omsorgspersoners sorg og det settes strengere krav til denne gruppen. Hvordan den sykes sykeleie er vil ha en relevans i form av at dette kan utgjøre en stressfaktor, kommer sykdommen akutt eller kronisk eksempelvis. Det ble vist at 20% gutter og 32% jenter hadde forhøyede nivåer av emosjonelle og atferdsmessige problemer i det 1 året av sykdommen, 5 år etter sykdommen led 35% jenter og 21% gutter av posttraumatisk stress-syndrom. Usikkerhet ble hyppig rapportert og kan knyttes til nød. Dette ble sett i det første året hvor diagnosen var uklar og ved avsluttende behandling. Ensomhet ble sett i forbindelse der foreldre ikke snakket om diagnosen med barna sine og hjelpeløshet ble sett i forbindelse med at barna ikke hadde mulighet til å hjelpe

prognosen til den syke. Det ble funnet kjønn som en risikofaktor som en potensiell dysfunksjon, hvor jenter kom dårligst ut. Det samme ble funnet i den unges personlighet, familiens miljø og kommunikasjonen dem i mellom. Studien resulterte i at de psykiske reaksjonene var like retro og prospektivt, men usikkerhet og hjelpeløshet var redusert over tid prospektivt. Følelsene var knyttet mot ungdommens dysfunksjon, usikkerhet og ensomhet. Døtrene hadde sterkere følelser som er relatert til funksjon fremfor guttene.

3.3.4 Oppsummering av forskningsartikler

Kort oppsummert viser artiklene at barn har et større omsorgsbehov der nettverkets ressurser er redusert. Gjennom artiklene ser en at informasjon og kurs er med på å øke mestringen til barna der en sliter med følelselivet. Usikkerhet, tristhet, ensomhet og håpløshet er hyppig rapporterte følelser barn sliter med. Dette viser at det er viktig at sykepleieren gir informasjon og skaper en relasjon med barna. Omsorgspersonene er den viktigste informasjonskilden barnet har og det er viktig at helsepersonell tar del i deres hverdag og skaper et samarbeid med dem.

4.0 Drøfting

Jeg har valgt Joyce Travelbee som mitt teoretiske perspektiv, samt annen relevant teori for å drøfte oppgavens problemstilling.

4.1 Den gode relasjon

Travelbee (1999) forklarer sykepleie som en mellommenneskelig prosess i den forstand at det alltid dreier seg om mennesker. For å bidra til å hjelpe den andre må en først og fremst etablere et menneske – menneske forhold med den andre. Travelbee mener at en av de viktigste redskapene en har for å etablere et slikt forhold er kommunikasjon, som hun videre inndeler i fem faser; Det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati, medfølelse og gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleiers inntreden i det innledende møtet kan ha mye å si for det videre samarbeidet med tenåringen. Å bygge et forhold etablert på gjensidighet og trygghet starter ofte her, det er derfor viktig at sykepleier vier hele sin oppmerksomhet rundt ungdommen.

Bøckmann og Kjellevold 2010 sier at når en skal kommunisere med tenåringer er det viktig å vise tålmodighet og trygghet. En må kunne lytte aktivt, samtidig som man klarer å holde en samtale i gang. I møte med tenåringene på et sykehus kan dette være vanskelig. En hverdag på sykehuset er preget av mange ulike vakter og arbeidsoppgaver, det kan derfor være vanskelig å følge opp pårørende når de nødvendigvis ikke er der over lengre perioder. Når man skal prate med disse barna vil det være viktig at man viser interesse og at man har tid til å lytte til hvem de er og hvordan de ser for seg at fremtiden videre vil være. På denne måten har man et bedre grunnlag for å kunne bli kjent med det enkelte mennesket i tråd med Travelbees syn på at hver menneske er unikt og ulikt fra et annet.

I den andre fasen som Travelbee (1999) har valgt å kalle fremvekst av identiteter, skal en lære å se det andre som et unikt menneske. Denne fasen krever at en ser bort fra merkelapper og at en bevisst bruker seg selv for å lære den andre å kjenne. Tenåringer i aldersgruppen 13 – 15 år er preget av usikkerhet iforhold til hvem de er. I denne perioden gjennomgår kroppen og sinnet en utvikling hvor en er opptatt av å oppfattes normal og lik alle andre. I denne fasen kreves det en reell interesse fra begge hold. Dette kan være vanskelig i min valgte aldersgruppe, mange tenåringer kan ha vanskelig for å vise hva de egentlig mener, det kan

også være vanskelig for mange å ta kontakt. Arbeid med denne gruppen krever mye innsats og sykepleiers kommunikative evner i forhold til ungdom vil være viktig. Jeg tror også at møtet vil være preget av sykepleierens kjønn og alder. En eldre sykepleier med lang erfaring kan bli oppfattet mer troverdig av den unge. På den andre side kan ungdommen ha større vanskeligheter med å relatere seg til en eldre person fremfor en yngre, fordi generasjonskløften blir for stor. En yngre sykepleier kan eksempelvis relatere seg mer til tenåringsen ved å se seg selv i samme alder, mens en eldre sykepleier igjen kan se sin egen datter i den pårørende. Det rådet en vil gi til en datter eller søster er ikke nødvendigvis det denne personen trenger. Yngre sykepleiere av motsatt kjønn kan være en forstyrrende faktor for ungdommen dersom ungdommen prøver å virke tøffere enn de egentlig er. Uansett alder bør sykepleier være bevisst på hvordan hun oppfatter dette mennesket, slik at hun unngår å se seg selv i det, da kan man se det unike mennesket med en egen historie og egne forutsetninger for å takle en vanskelig situasjon.

Empatifasen kjennetegnes ved den andres evne til å ta del i den sykes psykiske opplevelser ved å se forbi den ytre adferd, det er noe to mennesker opplever gjennom likheter i egne erfaringer. I det sykepleieren opplever empati med en pårørende kan en få informasjon som er vanskelig å bearbeide, på samme måte som pårørende kan føle de har avslørt for mye av seg selv til sykepleieren (Travelbee 1999).

I en av mine praksisperioder fikk jeg erfare nettopp dette. Jeg og kontaktsykepleieren hadde ansvaret for ett rom hvor faren til en ung gutt hadde dødd i løpet av vekten. Alle i rommet gråt og omfavnet hverandre foruten denne gutten. Jeg har selv mistet noen som stod meg nær i samme alder som farens gutt og husker at jeg reagerte på samme måte som denne gutten. Jeg gikk bort til gutten og la en hånd på skulderen hans og smilte forsiktig, i det jeg smilte til han omfavnet gutten meg og smilte forsiktig tilbake. Ifølge Travelbee er empati basert på erfaringer, og jeg ser at mine erfaringer gjorde meg bedre istand til å forstå guttens reaksjonsmåte og sorg. Empatifasen er en viktig fase i den forstand at en lærer å tolke signaler fra den andre. Ved hjelp av empati kan sykepleieren skille tenåringsens indre og ytre kaos, i det sykepleieren er dette bevisst har man et bedre grunnlag til å forstå vedkommende psykiske tilstand. Når en jobber med tenåringer er det ikke alltid en møter oppriktige svar i form av at det ikke er alltid en våger å si hva en føler. Gazendam-Donofrio et al. (2010) beskrev at positive tegn fra tenåringer kan være et tegn på at de takler situasjonen bedre enn forutsett. Det kan likevel være det motsatte, at de ikke har forstått situasjonen i det hele tatt, eller at de vil skåne sine foreldre for sin sorg. Den syke kan være rammet av en alvorlig sykdom som

kan resultere med et dødelig utfall. Det vil da være viktig at man gjennom kommunikasjon ser om det er innforstått. Videre vises til at ensomhet og utrygghet er de mest rapporterte følelsene disse barna sitter inne med. Det en kan risikere er at barna føler seg forlatte og ensomme i sin sorg.

Følelsen av sympati springer ut i empatifasen, men skiller seg ved at en har en sterk trang til å lindre plagene til den andre. Sympati er en følelse av godhet, medlidenhet, varme og en evne til å kommunisere omsorg slik at den blir oppfattet av den andre. Det er en egenskap en har eller ikke har. Det er den oppriktige omsorgen sykepleieren gir som støtte i en vanskelig tid til de som trenger det, uten å gi så mye av seg selv at en blir handlingslammet (Travelbee 1999). I det gutten omfavnet meg i eksempelet nevnt ovenfor brøt han ut i gråt sammen med de andre. I det dette skjedde hadde jeg et sterkt ønske om å lindre lidelsen hans, men visste ikke helt hvordan. Jeg valgte derfor å bøye meg ned for å gi han en klem og si: ”Pappa var veldig glad i deg og snakket mye om deg”. Gjennom å gi han en klem og si et par støttende ord følte jeg at jeg viste min medfølelse og oppfattet det som en hjelp til gutten.

Travelbee (1999) sier om gjensidig forståelse og kontakt at dette er et overordnet mål i sykepleie sammen med et menneske til menneske forhold. Det er en eller flere erfaringer sykepleieren gjør sammen med den som søker kontakt. Det er tankene, følelsene og holdningen de deler med hverandre, hvordan de oppfatter hverandre som mennesker. Dette er den siste og etter min oppfatning kanskje den viktigste fasen ved kommunikasjon. Det er her man lærer å forstå hverandre som ulike mennesker med ulike erfaringer.

Jeg har som nevnt valgt å ta utgangspunkt i at jeg møter de pårørende på et sykehus. Det er derfor ikke sikkert at sykepleieren har møtt de pårørende tidligere, og det vil derfor være viktig at en ser an hver situasjon og trår varsomt. Tenåringer er i en sårbar fase av livet, og dersom en av foreldrene lider av alvorlig sykdom vil kanskje denne gruppen være ekstra utsatt for stress. Om en bringer dårlige nyheter for første gang til ukjente mennesker er det ikke sikkert at en klem er det rette, da dette kan føles som en inntrengning på en privat sone for noen, mens andre igjen kan ha godt av det. Gjennom å lese de pårørendes kroppsspråk kan en kanskje tyde hva som er det beste i gitte situasjoner. Unngår eksempelvis tenåringen øyekontakt kan det holde med et forstående blick fremfor en klem.

4.2 Lidelse og sorg

Travelbee (1999) beskriver lidelse som det å vite at noen man har nær lever med en dødelig sykdom, mens en selv holder opp en glad og forhåpningsfull fasade. Jeg har tidligere nevnt at en skiller mellom indre og ytre uro, dette innebærer at en kan holde en fasade som er rolig mens man på innsiden sliter med tunge følelser. Det vil være viktig at man som sykepleier kartlegger hvordan tenåringene *egentlig* har det.

Å etablere et forhold basert på tillit vil her være viktig, da sannsynligheten for at det kan øke muligheten for ærlige svar fra ungdommen. Dersom man ikke oppnår det tillitsforholdet som er ønskelig bør en være ydmyk for at kanskje andre pleiere bedre kan oppnå denne kontakten. Når en møter ungdom som pårørende bør en kartlegge hvilke behov de har, slik at en kan få utviklet et nært samarbeid mellom skolen, helsesøster og familien. Samarbeid og samhandling med den friske av foreldrene er viktig i forhold til ungdommens behov. Man bør informere om ulike reaksjonsmønstre som kan forventes av ungdommen, slik at denne foresatte lettere kan forstå ungdommen i en slik vanskelig situasjon.

Larsen og Nortvedt (2010) viser til at foreldre er den viktigste informasjonsressursen tenåringene har, dette er personer de unge stoler på og er trygge på. Dette viser at den friske forelderen kan gi pleieren mye informasjon om hvordan ungdommen takler situasjonen. Videre bør en kartlegge hvordan nettverket kommuniserer med hverandre da tenåringens åpenhet vil være preget av hvordan kulturen for å vise følelser er i hjemmet. Jeg har tidligere nevnt at kjærlighetens skjold er et eksempel på mestringsstrategier og mener at det vil være viktig at en gir informasjon om dette. Ved å bevisstgjøre familien på dette kan man sammen finne en løsning som passer dem best.

Andre instanser en bør samarbeide med i forhold til ungdom som pårørende er skolen og helsesøster. Skolen kan representere trygghet når alt annet virker usikkert. Læreren ser tenåringen i kjente omgivelser daglig, og kan på denne måten observere tegn til adferdsforandring. Foresatte må her gi tillatelse til alle typer samarbeid, jmf. Lov om taushetsplikt. Som helsepersonell vil det derfor være viktig at en belyser at dette er en verdifull samarbeidspartner som er der for å hjelpe. Mange unge som sliter kan ende opp med dårligere karakterer, derfor er det viktig at skolen er informert slik at dette ikke oppfattes som latskap. Helsesøster er også en viktig ressurs og kan benyttes som en verdifull samtalepartner. Gjennom hennes utdanning vet hun hvordan tenåringene fungerer samtidig som hun har en klinisk bakgrunn og dermed kan svare på ulike spørsmål ungdommen har som er relatert til

sykdommen.

Da jeg har valgt å ta utgangspunkt i at jeg møter tenåringen på et sykehus kan oppfølging og kontinuitet oppleves som et problem. Selv om en utnevner noen som kontaktperson kan dette likevel by problemer ved at en ikke har faste arbeidstider. Her kan en helsesøster være en viktig ressurs, hun kan ofte være mer tilgjengelig da hun ofte er i nær tilgang til skolen.

Gazendam-Donofrio et al. (2010) nevnte at mange foreldre ikke vet hvor mye tenåringene egentlig oppfatter av informasjon, ved å bevisstgjøre dem på at barn er flinke til å lese kroppsspråk og oppfatte det som blir sagt indirekte kan en åpne opp for kommunikasjon dem i mellom. Da dette er et vanskelig tema kan en foreslå at man tar opp de vanskeligste temaene på sykehuset, eller eventuelt foreslå å snakke med presten eller en psykolog. Det viktigste er at man starter en samtale, på denne måten viser man til tenåringene at det er greit å snakke om tunge temaer og at det er ok å være trist når man møter vanskelige situasjoner. *”Jo mindre barn og unge vet, dess lettere har de for å fylle tomrommet med fantasier hvor de gir seg selv skylden”* (Bøckmann og Kjellevold 2010; 242). Tenåringene opplever ofte dette som den første og verst tenkelige krisesituasjonen. De har lite erfaring med å møte kriser og trenger derfor informasjon underveis. Denne bør være tilpasset og gis tidlig. Larsen og Nortvedt (2010) sier at en ønsker konkret informasjon i forhold til større spørsmål som: kommer pappa til å dø? Det er viktig at tenåringene blir informert underveis om hva som skjer, på denne måten kan en igangsette en eventuell sorgprosess og gi dem en mulighet til å si adjø i de situasjoner der dette er aktuelt. I førstnevnte artikkel blir det nevnt at de mest rapporterte følelsene barn og unge sliter med er ensomhet og utrygghet. Ved å gi informasjon tidlig skåner man barnet for å observere symptomer selv, strebe med egne tanker og følelser, samt høre det fra andre. Det som i utgangspunktet var en god tanke med ønske om å beskytte barnet fra en vond situasjon, kan slå tilbake ved at barnet blir mer utrygg og føler seg ensom i sin sorg og fortvilelse.

Ensby et al. (2008) belyser at det er mange unge som hadde en god effekt av å delta på kurs og aktiviteter med andre som har opplevd og/eller opplever det samme. Tenåringene i valgte aldersgruppe er opptatt av å være lik andre og kan derfor være vanskelig å oppmuntre til å delta på slike kurs. Jeg mener likevel at det er viktig å forsøke da mange kan ha utbytte av dette. For å tildele informasjon kan en benytte seg av mange ulike teknikker; blant annet kan man kurse omsorgspersoner i hvordan en kan tildele informasjon til tenåringene eller så kan man tildele informasjon til familien som en gruppe.

Begge metodene har positive og negative sider ved seg. Ved førstnevnte må en være sikker på omsorgspersonene er skikket til å gjennomføre dette og en må være sikker på at informasjonen de er tildelt er forstått korrekt. Ved den andre metoden kan en møte på utfordringer ved kjærlighetens skjold og familiens behov for å beskytte hverandre. I forbindelse med oppgaven har jeg vært på kurs og snakket med kreftsykepleiere. Mange mente at det å tildele informasjon til hele familien samtidig kan være gunstig. Barn og unge tør ofte å stille spørsmål der voksne viker unna, både i form av at de ikke vet om de ønsker å vite svaret og fordi de føler at dette kan oppfattes upassende. Hvilken metode en velger å benytte vil være personavhengig og må sees i lys av den enkelte familien og deres kultur for åpenhet. Skal sykepleieren gi informasjon til tenåringen alene vil dette avhenge av hennes evne til å bruke seg selv terapeutisk og bruken av en intellektuell tilnæringsmåte. Det å oppsøke en fremmede med vanskelig spørsmål kan oppleves skummelt og vil avhenge av deres relasjon til hverandre. Forskning viser at foreldre er den beste informasjonsressursen, så det er ønskelig at en klarer å opprette et godt samarbeid med helsevesenet. Det kan også være en ide å kombinere de ulike metodene ved å blant annet ha separerte samtaler og/eller med familien som en gruppe, samtidig som en oppmuntrer tenåringene til å delta på kurs. Bøckmann og Kjellevold (2010) sier at kursene bør være laget til den gruppen som skal delta på det, eksempelvis ved at tenåringene deltar sammen. På denne måten får de muligheten til å lære av hverandre og samtidig oppleve fellesskap sammen med andre. Slik kan en minske følelsen av ensomhet.

4.3 Håp og mestring

Travelbee (1999) beskriver håp som en mental tilstand hvor en etterstreber et mål som ligger innenfor oppnåelige grenser. Det er en motiverende kraft bak menneskelig adferd som gjør en i stand til å mestre sykdom og lidelse. Når mor eller far er uhelbredelig syk vil det å håpe at de blir frisk være naturlig. Uten å ta fra tenåringene håpets kraft og ønske må man allikevel noen ganger realitetsorientere dem. Dette må skje på en skånsom og omsorgsfull måte og sees i lys av hvordan tenåringen har det. Når den unge er forberedt på at mor eller far kommer til å dø kan det hende at sorgprosessen starter tidligere, men på den annen side vil de kanskje oppleve tiden med den syke sterkere fordi de vet at det er begrenset med tid igjen. Ved å være åpen og lyttende til ungdommen kan en være behjelpelig til å se og legge til rette for løsninger som er mulig å oppnå. Kanskje har ungdommen ett ønske om at far er frisk nok til å se en

fotballkamp hjemme til helgen. Lar ikke dette seg gjøre har man andre muligheter, det kommer andre fotballkamper og sykehuset kan ofte være behjelpelig med tv. Dette kan en tilrettelegge bedre enn å kurere uhelbredelig kreft.

Mening brukes i den forstand at en ikke underkaster seg situasjonen, men ser på denne som en positiv livserfaring. Dette er noe en må finne i selvet og ikke noe en kan få utpekt av andre. I sykepleieteorien ble det beskrevet at en av sykepleierens viktigste funksjoner er å hjelpe den andre til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne en mening i dette (Travelbee 1999). Det å hjelpe tenåringene til å mestre og finne en mening når mor eller far er alvorlig syk er vanskelig. I slike situasjoner må en vise ydmykhet og ikke virke som en ”bedreviter”. Relasjonen kan være vanskelig å da en lett kan oppfattes feil og gi inntrykk av at en undervuderer den syke og tenåringens forhold til hverandre. I slike situasjoner kan en føle at ord kommer til kort og en må bare være tilstedeværende i situasjonen. Det er viktig å gi ungdommen tid og rom, men samtidig være tilgjengelig.

Det å miste en nær omsorgsperson i ung alder fører til livserfaringer som få andre har, og det å finne mening med en hendelse eller livet i seg selv er en prosess som tar tid. For ungdommen som nylig har miste en nær omsorgsperson er det vanskelig å finne mening med en så traumatisk hendelse. Som sykepleier på en sykehusavdelingen må man være hensynsfull, ivaretagende og observant i forhold til ungdommens behov. Samtidig er det viktig å være realistisk i forhold til videre oppfølging, med tanke på at man møter ungdommen og familien i en kort periode. Det er derfor viktig å etablere og tilrettelegge for videre oppfølgelig ved å tilby samtale med f.eks. prest og/eller samarbeid med helsesøster.

Jeg har tidligere nevnt Bugge og Røkholt (2009) sorgprosessmodell hvor ungdom ble intervjuet om deres opplevelser før og etter død av foreldre. I modellen beskrev de den offentlige sorgen og det at livet gikk videre mens de fortsatt sørget. For personer som har opplevd tap av nære familiemedlemmer kan hverdagen bli vanskelig å møte. Det er viktig at ungdommen forberedes på at det de tidligere syntes var morsomt nå kan føles tungt og meningsløst. Sorg oppleves individuelt og for noen kan det være lindrende å bli med kamerater på fotballtrening, mens andre igjen trenger mer tid. Det er viktig med åpenhet i familien slik at ungdommen kan si fra hva hans sier ifra om egne grenser.

Travelbee (1999) sier at enhver person som har et hvorfor å leve etter kan overleve et hvilket som helst hvordan. Om en forklarer til ungdommene at de har opplevd en vanskelig erfaring i en ung alder som de fleste jevnaldrende ikke har erfaring med, kan de trolig bedre forstå at ikke alle skjønner hvordan de har det. Videre kan en forklare at familien har denne vonde erfaringen til felles og at de derfor kan ta seg tid til å minnes den som er borte. Jeg tror det er viktig å nevne at det er greit og naturlig å være lei seg ved tap av en nær omsorgsperson. Det er også greit at man er lei seg over en lengre periode og det er helt normalt at man enkelte ganger savner mor/far ekstra mye. Enkelte erfaringer skulle man kanskje ønske at han var med på å oppleve og da er det helt naturlig å savne han selv om det er mange år i etterkant. Skal man bygge et hus, ta sertifikatet eller kanskje gifte seg, så er det helt naturlig at savnet kommer tilbake. Er ungdommen forberedt på dette, så er det kanskje lettere å stå i situasjonen. Jeg mener dette vil være viktig slik at en ivaretar tenåringens individualitet. Jeg har tidligere nevnt at en deler sorgprosessen i to deler; Det å sørge og det å tilpasse seg nærmiljøet. Unnviker ungdommen å vise følelser for at en har et ønske om å tilpasse seg nærmiljøet står en i fare for å miste seg selv i det hele. Tenåringen må finne en balanse mellom ytre og indre følelser. Dette tror jeg best lar seg gjøre om en tør å si hvordan en har det og bearbeider følelsene. Dette kan en gjøre innad i familien, sammen med venner eller med fagpersoner. Det å bearbeide med venner kan være vanskelig i denne aldersgruppen, da mange kanskje kan ha vanskelig for å høre på historiene de har å fortelle. Bruker en derimot helsesøster, lærer, prest eller psykolog kan man derimot ha en mulighet for å tømme tankene sine ved at noen viser en reell interesse. En kan også bearbeide dette i familien som jeg tror er en fin løsning, da viser en at man er flere i sorgen og sammen er man sterke. Dette vil da avhenge av den enkelte familien og hvordan de håndterer situasjonen.

5.0 Avslutning

I oppgaven har jeg arbeidet med følgende problemstilling; *"Hvordan kan sykepleieren ivareta barn som pårørende når en i familien er blitt alvorlig syk?"*. Gjennom denne oppgaven har jeg lært at ungdom i sorg har andre behov i forhold til voksne. De er i utvikling og har derav andre metoder for å mestre situasjoner. Det er viktig at sykepleiere er disse bevisst da en gjennom forskning ser at barn er utsatt for nød i form av vanskelige følelser. Gjennom Travelbees interaksjonsteori har jeg lært ulike tilnæringsmåter en kan benytte seg av og er blitt bevisst på hvordan min opptreden påvirker den andre. Som sykepleier har en mulighet til å bidra med støtte og råd, en kan fortelle hva andre har lurt på og hvordan de har mestret den situasjonen de stod i. I lys av Travelbees syn om at hvert menneske er unikt og uerstattelig har jeg lært hvor viktig det er at en som sykepleier viser forståelse og er åpen for andre. Pårørende er ikke nødvendigvis hovedfokuset til den profesjonelle sykepleieren, men heller noen som er der fra et tidspunkt til et annet i løpet av vekten. En person man ikke tilnærmer seg i engstelse for å forstyrre. Jeg valgte å ta utgangspunkt i barn som pårørende da dette er en gruppe det er viktig å se. Jeg føler at denne oppgaven har vært lærerik, givende og omfattende. Gjennom oppgaven har jeg utviklet en bedre forståelse for en gruppe som ikke har vært hovedfokuset mitt tidligere og jeg føler meg tryggere i møtet med dem nå.

6.0 Litteraturlisten

Blindheim, K og Thorsnes, S.L (2011) *Kapittel 11 - Ungdom som pårørende I*: Brataas, H (red) (2011) ss. 185 - 197 *Sykepleie pedagogisk praksis – Pasientsentret sykepleie på ulike arenaer* Gyldendal Norsk Forlag AS
Antall sider: (185 -197) 12 sider

Bugge, K.E og Røkholt, E.G (2009) *Barn og ungdom som sørger*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
Antall sider: (11 – 49) 38 sider

Bøckmann, K og Kjellevold, A (2010) *Pårørende i helsetjenesten – En klinisk og juridisk innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
Antall sider: (239 – 285) 46 sider

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ensby, T., Dyregrov, K og Landmark, B (2008) *Å treffe andre som virkelig forstår*. Sykepleien Forskning 2008 3(3).
Hentet fra sykepleien.no 13/04 – 2012:
<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/116814/a-treffe-andre-som-virkelig-forstar>
Antall sider: (120 – 127) 7 sider

Gazendam-Donofrio, S.,M. et al. (2010) *Adolescents' Emotional Reactions to Parental Cancer: Effect on Emotional and Behavioral Problems*. I: Journal of Pediatric Psychology VOL. 36, Issue 3.
Henten fra pub med 13/04 – 12;
<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/36/3/346>
Antall sider; (343 – 359) 16 sider

Helsebiblioteket (2012) *Databaser*
Hentet fra 04/03 – 2012:

<http://www.helsebiblioteket.no/Databaser>

Helse Sør – Øst. (2011) *Lovbestemmelsene*.

Hentet 21/04 – 2012:

<http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/loven/Sider/lovteksten.aspx>

Larsen, B., H & Nortvedt, M.,W (2011) *Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft*. Sykepleien Forskning 6 (1).

Hentet fra sykepleien.no 10/02 – 2012:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/643416/barns-og-ungdomsinformasjonsbehov-nar-mor-eller-far-far-kreft>

Antall sider: (70 – 77) 7 sider

Støren, I. (2010) *Bare søk! Praktisk Veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen DAMM AS.

Antall sider: (35 – 51) 16 sider

Sykepleien (2012) *Dette er sykepleien Forskning*

Hentet fra 04/03 -2012:

<http://www.sykepleien.no/kontakt/121119/dette-er-sykepleien-forskning->

Travelbee, J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Tilgjengelig fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100804021#&struct=DIV286

Antall sider: (27 – 44, 51 – 59, 71 – 78, 117 – 123, 133 – 166, 169 – 217) 141 sider

Selvvalgt litteratur

Blindheim, K og Thorsnes, S.L (2011) *Kapittel 11 - Ungdom som pårørende I: Brataas, H* (red) (2011) ss. 185 - 197 *Sykepleie pedagogisk praksis – Pasientsentret sykepleie på ulike arenaer* Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: (185 – 197) 12 sider

Bugge, K.E og Røkholt, E.G (2009) *Barn og ungdom som sørger*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Antall sider: (11 – 49) 38 sider

Bøckmann, K og Kjellevold, A (2010) *Pårørende i helsetjenesten – En klinisk og juridisk innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Antall sider: (239 – 285) 46 sider

Ensby, T., Dyregrov, K og Landmark, B (2008) *Å treffe andre som virkelig forstår*.

Sykepleien Forskning 2008 3(3).

Hentet fra [sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) 13/04 – 2012:

[http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/116814/a-treffe- andre-som-virkelig-forstar](http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/116814/a-treffe-andre-som-virkelig-forstar)

Antall sider; (120 – 127) 7 sider

Gazendam-Donofrio, S.,M. et al. (2010) *Adolescents' Emotional Reactions to Parental Cancer: Effect on Emotional and Behavioral Problems*. I: *Journal of Pediatric Psychology* VOL. 36, Issue 3.

Henten fra pub med 13/04 – 12;

<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/36/3/346>

Antall sider: (343 – 359) 16 sider

Helsebiblioteket (2012) *Databaser*

Hentet fra 04/03 – 2012:

<http://www.helsebiblioteket.no/Databaser>

Helse Sør – Øst. (2011) *Lovbestemmelsene*.

Hentet 21/04 – 2012:

<http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/loven/Sider/lovteksten.aspx>

Larsen, B., H & Nortvedt, M.,W (2011) *Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft*. Sykepleien Forskning 6 (1).

Hentet fra sykepleien.no 10/02 – 2012:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/643416/barns-og-ungdomsinformasjonsbehov-nar-mor-eller-far-far-kreft>

Antall sider: (70 – 77) 7 sider

Støren, I. (2010) *Bare søk! Praktisk Veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen

DAMM AS.

Antall sider: (35 – 51) 16 sider

Sykepleien (2012) *Dette er sykepleien Forskning*

Hentet fra 04/03 -2012:

<http://www.sykepleien.no/kontakt/121119/dette-er-sykepleien-forskning->

Travelbee, J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.

Tilgjengelig fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?&urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008100804021#&struct=DIV286

Antall sider: (27 – 44, 51 – 59, 71 – 78, 117 – 123, 133 – 166, 169 – 217) 141 sider

Antall sider totalt: 283