



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# Tema: Obstipasjon hos barn

---



Bacheloroppgave i sykepleie 2009

Avdeling Haugesund

Kull 2006

Kandidatnummer 25

SYKHB3001

Antall ord 6422

## **Sammendrag**

Hensikten med denne studien var å undersøke hva som kan være god sykepleie til barn med obstipasjon. Kronisk obstipasjon er et vanlig problem, og hele 3 prosent av alle konsultasjoner ved pediatriske poliklinikker er relatert til kronisk obstipasjon hos barn. Behandlingen er kompleks, og kan gå over både måneder og år. For å finne svar på problemstillingen min har jeg tatt i bruk et litteraturstudium, som består av en systematisk gjennomgang av vitenskapelig forskning, annen forskning og relevant teori. Forskning viser at viktige tiltak i behandling av obstiperte barn er blant annet å innøve gode toaletttrutiner og gi informasjon. Dette kan sykepleier hjelpe med, ved å opprette tillit til og kommunisere med barnet. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om barns utvikling og behov, slik at hun/han kan tilpasse informasjonen og tiltakene til barnets utviklingsnivå. Forskning viser til liten kunnskap blant lærere om barns behov for gode toaletttrutiner. Kanskje burde sykepleiers rolle ekspanderes til å gi informasjon og undervisning om gode toaletttrutiner ved skoler og barnehager også?

## **Abstract**

The purpose of this study was to examine nursing for children with constipation. Chronic constipation is a common problem in children accounting for 3 % of all pediatric visits to primary care clinics. Treatment is complex and could take months or years. This is a literature study based on methodical research of earlier published scientific studies, other related studies and theory. Science indicates that it is important that constipated children get into healthy toileting habits and receive information. By establish trust and communicate with the child nurses can help the child to achieve better toileting routines. Nurses need knowledge about the child`s development and must adjust the information and efforts regarding the child`s level of development. Science also indicates that knowledge about healthy toileting routines among teachers is poor. Perhaps nurses role should be expand by also give information to teachers at school and kinder garden?

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Abstract .....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	4
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Avgrensing og presisering av oppgaven .....	4
2.0 Metodedel .....	6
2.1 Litteraturstudium som metode .....	6
2.2 Søkeprosessen .....	6
2.3 Kildekritikk .....	7
2.4 Etske aspekter .....	7
2.5 Presentasjon av forskningsartikler .....	8
3.0 Teori.....	9
3.1 Obstipasjon: definisjon .....	9
3.2 Sykepleieteoretiker; Joyce Travelbee.....	10
3.3 Kommunikasjon.....	10
3.4 Barnet .....	11
4.0 Diskusjon .....	14
4.1 Å opprette tillit til og å kommunisere på barnets premisser .....	14
4.2 Hvordan hjelpe barnet til gode toaletttrutiner?.....	16
5.0 Oppsummering.....	20
6.0 Litteraturliste.....	21

## 1.0 Innledning

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har valgt tema obstipasjon og barn. Jeg ønsker å se nærmere på hva som kan være god sykepleie til barn som er obstiperte og hvordan sykepleier møter barnet. Bakgrunnen for mitt valg av tema er at obstipasjon hos barn er en tilstand som kan medføre både senkomplikasjoner og nedsatt livskvalitet. Det er en del barn som sliter med obstipasjon, og i teorien finner man at obstipasjon hos barn kan være et langvarig problem. I følge studien til Burket mfl. (2006) er 3 % av konsultasjonene ved pediatrike poliklinikker i forbindelse med funksjonell forstoppelse, og 25 % av konsultasjonene hos en gastroenterolog(Burket mfl. 2006). Det kan derfor være viktig at det skapes en god relasjon mellom sykepleier og barnet, samt familien(Grønseth og Markestad 2005). Kommunikasjon er en viktig faktor i den sammenheng, da det er nøkkelen til tillit, informasjon og undervisning. Dette er nødvendig for at sykepleier skal kunne formidle noe til barnet. Barn er sårbare da de er i stadig vekst og utvikling. Som sykepleier er det viktig at man har kunnskaper om barnet, og at man kan tolke deres tegn og signaler. Man må også ha kunnskaper om hvilke læreforutsetninger barnet har, slik at man kan tilpasse informasjonen til barnet. Andresen, Andersen og Lønning(1999) skriver i sin artikkel at forebygging og behandling av obstipasjon er et satsningsområde innen sykepleien(Andresen mfl.1999). Tallene som vises ovenfor kan indikere at det trengs satsing i like stor grad i dag som for 10 år siden, da denne artikkelen ble publisert. Formålet med denne oppgaven er å få større kunnskaper om utøvelse av sykepleie til barn som er obstiperte, med hovedfokus på kommunikasjon og informasjon i forhold til toalettrening.

### 1.2 Problemstilling

I søkeprosessen fant jeg lite forskning og teori som går i dybden på hva som kan være god sykepleie til barn med obstipasjon. Jeg valgte derfor problemstillingen: Hva kan være god sykepleie til barn som er obstiperte?

### 1.3 Avgrensing og presisering av oppgaven

Jeg ønsker å begrense omfanget av oppgaven til barn opp til 12 år, som er innlagt i sykehus. Grunnen til at jeg har valgt denne aldersgruppen, er at det i litteraturen ofte er denne gruppen som blir omtalt, og at sykepleie til tenåringer og ungdommer gjerne krever en annen type tilnærming og tilrettelegging. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i barn som er friske, dvs. at det ikke er en bakenforliggende sykdom eller medikamentell behandling av en sykdom som fører til obstipasjonen. Det er mange viktige aspekter ved barn og obstipasjon, som for eksempel kosthold, væskeinntak,

psykiske faktorer og fysisk aktivitet, men jeg har på grunn av oppgavens størrelse ikke gått nærmere inn på de områdene. Et annet viktig aspekt er barnets foreldre. De står sentralt i behandlingen av barn med obstipasjon, da de er barnets omsorgsgivere, og kjenner barnet best. Foreldrene kommer imidlertid noe i skyggen, da det er sykepleie og tilnærming til det obstiperte barnet jeg ønsker å formidle i oppgaven.

## 2.0 Metodedel

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Metode kan defineres som; ” en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007: 71). For å finne svar på min problemstilling har jeg tatt i bruk et litteraturstudium, praksiserfaringer og personlige erfaringer. I oppgaveteksten er det for øvrig krav til at man gjør et litteraturstudium.

I følge Forsberg og Wengstrøm innebærer en litteraturstudie å gjøre systematiske søk, kritisk undersøkelse og sammenligne litteratur innefor et valgt emne eller problemområde. De sier at formålet med en systematisk litteraturstudie er å komme fram til en syntese av data fra tidligere gjennomførte empiriske undersøkelser. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og ha som formål å finne beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet. Litteraturen utgjør informasjonskilden, og redegjort data bygger på vitenskapelige tidskriftartikler eller andre vitenskapelige rapporter. I en litteraturstudie er undersøkelsesfeltet tidligere dokumentert kunnskap. Spørsmålene stilles til litteraturen i stedet for til personer. Det første steget i arbeidet er å reflektere og søke informasjon (Forsberg og Wengstrøm 2008). I følge Dalland kan man ta i bruk forskning som er *kvalitativ*, *kvantitativ* eller en kombinasjon av de to. Han sier at kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser og kan ikke la seg tallfeste eller måle, men at det gjør derimot den kvantitative metoden. Den tar utgangspunkt i å forme informasjonen om til målbare enheter, som igjen kan regnes om til gjennomsnitt og presenter av en større mengde. Dalland hevder at begge metoder tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler(Dalland 2007).

### 2.2 Søkeprosessen

Å søke etter litteratur har vært en utfordring. Jeg har funnet mye teori om obstipasjon, men stort sett er teorien knyttet til eldre eller voksne mennesker, og ikke til barn. Jeg har imidlertid funnet en fagartikkel i OVID sin søkemotor ved navn ”*Constipation in children*”, som gir et informativt bilde av hva obstipasjon er og hva det innebærer. Mye av teorien som omhandler barn med obstipasjon er knyttet opp mot prosedyrer som klyster og veiledning om kosthold og fysisk aktivitet.

Jeg har tatt i bruk en del pensumbøker, blant annet ”*Kommunikasjon i praksis*” og ”*Pediatri og pediatrik sykepleie*”. Videre har jeg en del valgfri litteratur som er hentet fra skolens bibliotek. Jeg har tatt utgangspunkt i Psykoanalytiker Erik H. Eriksons bok ”*Barndommen og samfunnet*” for å

belyse hans teori om barnets utvikling. Jeg mener det er av betydning at sykepleiere som jobber med barn har kunnskaper om nettopp dette.

Når jeg har søkt etter relevant forskning for mitt tema, har jeg søkt i skolens/bibliotekets databaser. Jeg har søkt i SveMed, SveMed+, Norart, Vård i Norden, Evidence Based Nursing og OVID. I OVIDs database fikk jeg 1700 treff, men etter begrensninger endte jeg opp med 179 artikler, av disse var 1 relevant for min oppgave. Vård i Norden ga meg 3 treff hvorav 1 artikkel var relevant. Jeg har funnet lite norsk forskning om temaet obstipasjon hos barn. Det er derfor i hovedsak amerikansk forskning som vil bli presentert. Søkeord jeg har brukt; obstipasjon, barn, sykepleie, mestring, kommunikasjon, constipation, child, coping og nursing. Jeg har kombinert søkeordene og det ga best resultat.

## 2.3 Kildekritikk

I følge Dalland må man bruke kildekritikk for å fastslå om en kilde er sann. Det gjør man ved å vurdere å karakterisere de kildene som blir benyttet. Leth og Thuren i Dalland (2007) sier at; *"kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner"*. I en slik sammenheng er det nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på litteratur. Dalland sier at hensikten med kildekritikk er å dele de refleksjoner en har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland 2008).

I søkeprosessen har jeg stilt disse kriterier til litteraturen; at den skal være så ny som mulig (ikke eldre enn 10 år), at den er relevant og står i samsvar til valgt tema, at den er troverdig og har sikre kilder, at sannheten ikke har blitt forvrengt og at litteraturen kan være norsk, svensk, dansk og engelsk. Det er imidlertid viktig å presisere at mye av litteraturen er sekundærlitteratur, noe som innebærer at teksten er bearbeidet og presentert av en annen en den opprinnelige forfatteren. Jeg mener likevel at teorien jeg presenterer i oppgaven er av god kvalitet, da en del er pensum for sykepleiefaget. Ellers har jeg hentet bøker ved skolens bibliotek og fagartikler fra velkjente databaser med helsefaglig fokus.

## 2.4 Etiske aspekter

I følge Dalland (2007) dreier etikk seg om normene for riktig og god livsførsel. Han sier at etikken skal, før vi handler, gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger når vi står overfor vanskelige avgjørelser i livet. Allerede når man planlegger valg av tema og problemstilling bør man stille seg spørsmålet om hvem som vil ha nytte av de kunnskapene vi prøver å framskaffe. Et annet spørsmål er om vi kan bidra med noe overfor de menneskene som er involvert i prosjektet. Gjennom offentlige

forskningsutvalg er det å beskytte forsøkspersoner i høy grad vektlagt. Nürnbergkoden fra 1946 danner grunnlaget for dagen tekning om forskning og etikk. Den er senere videreført i Helsinkideklarasjonen. Etiske retningslinjer, som for eksempel sykepleieforskning i Norden, er utarbeidet med bakgrunn i disse dokumentene. Helsinkideklarasjonen legger vekt på at hensynet til forsøkspersonenes helse og integritet må gå foran hensynet til forskning og samfunn(Dalland 2007). Forsberg og Wengstrøm sier at når man skal gjøre en systematisk litteraturstudie bør man gjøre etiske overveielser med hensyn til utvalget og ved presentasjon av resultatet. Man må velge studier som har fått tillatelse fra etisk komité, eller der nøye etiske overveielser har blitt gjort. Man skal redegjøre for alle artikler som inngår i studien, og arkivere disse på et sikkert sted i ti år, og sist men ikke minst må man presentere alle resultater som støtter respektive, og ikke hypotesen. Det er i det hele tatt uetisk og bare presentere de artikler som støtter forskerens egen hensikt (Forsberg og Wengstrøm 2008).

## 2.5 Presentasjon av forskningsartikler

Burket R. C. mfl, (2006) har gjort en studie hvor de hadde som hensikt å undersøke om barn med obstipasjon er mer "sta", både generelt og i forhold til spesifiserte toalettrutiner, enn barn som ikke er obstiperte.

Kleveland K.(2007) belyser i sin artikkel faktorer som er viktige i behandlingen av barn med obstipasjon.

Boyt M. A. (2005) har i denne studien undersøkt hvor ofte barn blir oppmuntret til å gå på toalettet i skoletiden, hvordan "uhell" på skolen blir håndtert og om lærere er klar over hvilke urologiske problemer barna kan møte.

Lundblad B. og Hellström A. L. (2005) har gjort en undersøkelse hvor hensikten var å kartlegge skolebarn s oppfatning av skoletoalettet, samt deres toalettrutiner i skoletiden.

Rubin G. og Dale A. (2006) har i sin studie sett nærmere på hva forskningen viser i forhold til tiltak som blir brukt i behandlingen av barn med obstipasjon.



## 3.0 Teori

### 3.1 Obstipasjon: definisjon

Den vanligste formen for obstipasjon hos barn er funksjonell forstoppelse. Tilstanden forekommer hyppig, og representerer sammensatte problemstillinger hvor ofte psykiske faktorer, forhold ved mat- og væskeinntak og foreldreforventninger er av betydning. I følge artikkelen "Alvorlige senvirkninger hos barn med forstoppelse", er de to vanligste årsakene tømningssvanser og at avføringen på grunn av for lite væske blir uttørket i kolon(Kleveland 2007).

Hva er funksjonell forstoppelse? Forstoppelse er ikke en sykdom, men et symptom. Tilstanden krever ekskursjon av eventuell bakenforliggende organisk og metabolsk årsak. Ifølge studier tar det fra 1- 5 år, eller lengre å få stilt diagnose. Det kan være ulike oppfatninger rundt definisjonen på forstoppelse. Forstoppelse kan defineres på følgende måte: avføring sjeldnere enn hvert 3.døgn betraktes som en forstoppelse, om pasienten samtidig har ubehag av sin tarm. Typisk for et barn som er forstoppet, er at avføringen er hard, tørr og liten med en varighet på over 2 uker. Forstoppelsen medfører ofte rumling i magen forbundet med smerte, eller retensjon av avføring med eller uten encoprese eller soiling, selv om avføringshyppigheten er mer enn 3 ganger per uke. Soiling vil si ufrivillig lekkasje av små mengder avføring som flekker undertøyet. Encoprese er en frivillig eller ufrivillig tarmtømming over tid på et annet sted enn toalettet, etter fylte 4 år, uten organisk forklaring(Kleveland 2007).

Ved funksjonell forstoppelse vil tarmpassasjen bli langsommere gjennom kolon og defekasjonsrefleksen utløses ikke som normalt. Man skiller mellom to typer forstoppelse: rektumobstipasjon og kolonobstipasjon. De to typene kan være vanskelige å skille fra hverandre, og en kombinasjon kan forekomme. Funksjonell forstoppelse, også kjent som ikke organisk eller idiopatisk obstipasjon, er årsak til 90- 95 prosent av alle avføringsproblemene hos barn. Obstipasjon som nylig har oppstått er stort sett enkelt å behandle. Forutsetningen er at behandlingen kommer raskt i gang før det oppstår en vond sirkel med stadig mer uttalt obstipasjon. Er det derimot slik at forstoppelsen har vart lenge, eller ført til smertefull defekasjoner på grunn av analfissurer og i tillegg sår hud, er det en stor terapeutisk utfordring hvor behandlingen kanskje må gå over både måneder og år (Haga 2003). Som nevnt innledningsvis er 3 prosent av konsultasjonene ved en pediatrik poliklinikk i forbindelse med funksjonell forstoppelse, og hos en pediatrik gastroenterolog er andelen 25 prosent. 3 prosent av førskolebarn kan berøres av obstipasjon, mens utbredelsen er 1- 2 prosent av skolebarn. Det kan se ut til at det er mer vanlig hos gutter enn hos jenter. Det er mindre enn 5 prosent av barna som har en bakenforliggende organisk eller anatomisk årsak(Kleveland 2007).

### 3.2 Sykepleieteoretiker; Joyce Travelbee

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees teori i denne oppgaven. Hun er opptatt av menneske - til – menneske forholdet i utøvelse av sykepleie. Travelbee inkluderer både familien og samfunnet i sin sykepleieteori, og kommunikasjon står sentralt. Travelbees teori er derfor aktuell for min tematikk og problemstilling. Travelbee bygger sin teori om håp og tillit på Eriksons teori om grunnleggende tillit.

Travelbee var utdannet sykepleier og jobbet innen psykiatrien. Slik definerte Travelbee sykepleie; *“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker 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 2005: 29).

Travelbee (2005) hevder at under ethvert møte mellom sykepleier og pasient foregår det kommunikasjon – om de samtaler eller er tause. Pasienten kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme overfor pasienten. Ubevisst eller ikke – det foregår en kommunikasjon. Under en slik interaksjon har sykepleier anledning til å bli bedre kjent med mennesket hun/han står overfor, og ivareta behov hos pasienten, og dermed etablere menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleiens mål og hensikt(Travelbee 2005).

I følge Travelbee(2005) er kommunikasjon en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Hun sier at den brukes til å trekke andre mennesker nærmere, eller til å støte dem bort, til å gi hjelp eller til å såre. Den andres verdi som unikt menneskelig individ kan komme til uttrykk eller tilsløres gjennom persepsjon og kommunikasjon, og dersom sykepleieren ikke interesserer seg for syke mennesker, vil denne interesse mangelen kommuniseres, uansett hva sykepleieren måtte gi uttrykk for med ord, og den syke vil reagere tilsvarende(Travelbee 2005).

### 3.3 Kommunikasjon

Begrepet “kommunikasjon” kommer av det latinske *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med(Eide og Eide 2006).

Eide og Eide (2006) hevder at gode kommunikasjonsferdigheter er til hjelp når man skal forstå pasienten som person, yte best mulig hjelp og til å stimulere pasienten på best mulig måte. Slike ferdigheter kan være med å bidra til å få frem detaljer og helhetstrekk i pasientens situasjon, noe som er nødvendig for å finne frem de mest gunstige tiltakene, og ikke minst for å skape en god samarbeidsrelasjon og arbeidsallianse med pasienten(Eide og Eide 2006).

Praktiske kommunikasjonsferdigheter kan deles inn i to hovedtyper; verbale og nonverbale. Med verbal kommunikasjon menes gjerne at innholdet er formidlet gjennom ord, mens nonverbal kommunikasjon innebærer utveksling av tegn og signaler på alle andre måter (Eide og Eide 2006). Nonverbalt språk er sjeldent entydig, og man kan som hjelper få en spontan fornemmelse av hva signalene betyr. Desto bedre man kjenner pasienten dess lettere kan man forstå pasientens ordløse språk. Ord er heller ikke entydige, og kommer sjeldent alene. De akkompagneres gjerne av nonverbale uttrykk, signaler formidlet gjennom kroppsholdning, bevegelser, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring. Ifølge Eide og Eide (2006) er det ti kommunikasjonsferdigheter som er grunnleggende for lettere å mestre de utfordringer en møter i praksis. Blant annet er det viktig å lytte til den andre parten. Eide og Eide sier at aktiv lytting er kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Man må også observere og fortolke pasientens verbale og nonverbale signaler. Den andres signaler og vår fortolkning av disse skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt. Eide og Eide (2006) sier at håpet er nær knyttet til det Erikson (2000) kaller grunnleggende tillit (basic trust). Grunnleggende tillit vil si at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted og være, og at noen kommer en til hjelp hvis man trenger det. Det er en viktig oppgave for sykepleier å styrke denne tilliten hos pasienten (Eide og Eide 2006).

Eide og Eide (2006) sier at nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Disse kommunikasjonsferdighetene er spesielt viktige i arbeid med barn, da de ikke har fullt utviklet kognitive evner. Nonverbal bekreftende kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon (Eide og Eide 2006).

### 3.4 Barnet

Når sykepleier skal arbeide med barn er det viktig å ha en forståelse av barnets utvikling og de forskjellige stadier og faser barnet gjennomgår/befinner seg i. Psykoanalytiker Erik H. Erikson mente at mennesker utvikler seg gjennom hele livet, og har beskrevet åtte ulike utviklingsfaser. Her beskrives, i korte trekk, de fire første fasene, da de strekker seg til barnet er 12 år.

Den første fasen kaller Erikson "*Grunnleggende tillit versus grunnleggende mistillit*". Eriksons tenkning rundt utviklingsfasene er langt videre enn Freuds og han bruker derfor ikke begrepet *det orale stadium* om barnets første livsfase. Han poengterer likevel at munnen og alle sanser er i sentrum i en mer generell tilnæringsmåte til livet og verden, nemlig i et organmønster han kaller *inkorporerende*. Å få eller å motta er det første sosiale samværsmonsteret mennesker lærer. Kilden til overveiende tillit til verden og seg selv, eller overveiende mistillit vil være avhengig av hvordan og

på hvilke måter barnet mottar og får, og hva det tilbys(Erikson 2000). For å bli trygge og få tillit til andre mennesker er barn avhengig av at voksne er vare for signalene og tilfredsstiller behovene deres gjennom regelmessig og forutsigbar omsorg. Barnet vil da oppleve seg selv som verdig andres omsorg, kompetent og påvirkningsdyktig for sine omgivelser. Dette er helt nødvendig for å få selvtillit og utvikle positiv selvfølelse og en begynnende identitet. Mangel på regelmessighet og forutsigbarhet fører til utrygghet, og spedbarnet opplever seg ikke som verdifullt overfor andre mennesker, eller at det selv ikke er kompetent og til å stole på. Dette skaper grunnlaget for mistillit til omgivelsene og negativ selvfølelse(Grønseth og Markestad 2005).

Den neste fasen (den klassiske anale) "*Autonomi versus skam og tvil*" belyser Erikson ved å fokusere på sone og organmønstre som han i denne fasen benevner som en veksling mellom *retensjon* (tilbakeholding) og *eliminasjon*. Og "la gå" eller "og holde på" er nye sosiale ytringsformer som vektlegges i denne livsfasen. Samspillet med det viktige nærmiljøet kan for det enkelte menneske danne grunnlag for *autonomi* (selvbestemmelse) eller *skam og tvil* på seg selv(Erikson 2000). Behovet for nærhet, omsorg og stimulering er fortsatt grunnleggende for barnets utvikling. Barnet blir etter hvert mindre avhengig av å ha foreldrenes trygge base som utgangspunkt for utforskning av omgivelsene. Vennskap utvikles som følge av økt interesse for å leke med andre barn. Mange barn har fra treårsalderen også fantasivenner. For å lære sosiale ferdigheter som å overholde normer og regler og ta hensyn til andre, er det viktig at klare grenser for akseptabel atferd foreligger. Barnet får større bevissthet om seg selv pga økt modenhet, og det oppdager at det kan kontrollere omgivelsene og dermed få sin vilje gjennomført. Barnet er også opptatt av mestring og er ivrig etter å stå på egne bein. Det er viktig å sette grenser for barnet, på tross av protest, da barnet ikke er stand til å vurdere konsekvensene av sin egen atferd. Dette må gjøres på en måte hvor barnet ikke mister selvaktelsen og utvikler negative grunnholdninger til seg selv, nemlig skam og tvil. Barnet bør få ros tilpasset innsatsen slik at det utvikler et realistisk bilde av seg selv. Når barnet opplever å mestre situasjonen får det tiltro til og opplever stolthet over seg selv. For å fremme en slik utvikling er det viktig med regelmessighet og gjentakelser. Da får de oversikt og kontroll(Grønseth og Markestad 2005).

Den tredje fasen "*Initiativ versus skyldfølelse*" utdyper ulike organmønstre og den gryende seksuelle opptatthet hos barn, samt barns videre og mer mangfoldige utfoldelse. Organmønsteret Erikson skiller ut i denne fasen, er det *inntrengende* hos gutter og det *omsluttende* hos jenter. Fasen gir nye komplekse, sosiale ytringsformer og kan føre til konflikt mellom *initiativ* og/eller *skyldfølelse*(Erikson 2000). Barnet husker bedre og forstår mer, men har ikke så mange erfaringer å knytte opplevelsene til. De er på en måte både liten og stor samtidig. Troen på egen evne til å påvirke omgivelsene utvikles gjennom mestring. Utfoldelse er viktig for at barnet skal føle aksept og stolthet, men utfordringene må være tilpasset utviklingsnivået. For å opprettholde barnets lærelyst, initiativ og

tiltro til egen mestringsevne, må oppgavene ikke være for vanskelige eller for lette. Mye kritikk fører til at barn føler seg utilstrekkelig, udugelig og skamfull, og bidrar til at barn utvikler mindreverdighetsfølelse og passivitet. Foreldres omsorg er fortsatt svært viktig, til tross for at barnet blir mer uavhengig. Jevnaldrende vil etter hvert få større betydning, og barnet begynner å sammenligne seg selv med andre. Det er fortsatt viktig å ha klare grenser for barnet, slik at det skal føle trygghet(Grønseth og Mørkestad 2005).

Den fjerde fasen "*Arbeidsevne versus mindreverdsfølelse*" er en periode hvor den seksuelle interessen og lekeaktivitet er mindre fremtredende. Ved å ta fatt i ulike oppgaver og utvikle sine ferdigheter ytterligere lærer barna å vinne foreldres anerkjennelse, samt sosial anerkjennelse. I hvilken grad barnet opplever nederlag i forbindelse med konflikter og utfordringer vil utvikle opplevelse av *mindreverdighet* eller bevare en rimelig positiv *arbeidsevne*(Erikson 2000). Utfordringer som skolegang og mindre avhengighet av foreldre kan for noen føles som store utfordrende krav. Å veksle mellom håp og fortvilelse kan gi utslag i ustabil humør. Å føle seg nyttig og mestre nye utfordringer bidrar til selvtillit og arbeidsglede. Følelsesmessige behov barnet har er støtte, oppmuntring, omsorg, anerkjennelse og klare grenser. Barnet mister troen på egne muligheter, og føler seg utilstrekkelig og underlegen hvis ikke disse behovene blir dekket. Ofte svarer barn fra sjuårsalderen og oppover klart og presist på spørsmål om hva som feiler dem. Barnas økende kompetanse bør benyttes til å støtte behovet deres for å være ansvarlige og uavhengige. Gruppetilhørighet og omgang med jevnaldrende venner får økt betydelighet i denne fasen(Grønseth og Mørkestad 2005).

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Å opprette tillit til og å kommunisere på barnets premisser

Toalettrening og gode toaletttrutiner står sentralt i både forebygging og behandling av barn med obstipasjon. Kleveland (2007), refererer til forskning fra USA som viser at barn under to år responderer bedre på behandling enn de over to år, og jo lenger tid det tar å stille diagnosen, dess vanskeligere blir behandlingen. En adekvat og vellykket behandling må planlegges for det enkelte barn. Tiltak som informasjon og toalettrening er viktige elementer i behandlingen. Dette bekreftes også av Rubin G. og Dale A. (2006) som sier i sin studie at barn med obstipasjon og avføringsinkontinens drar nytte av regelmessig støtte og veiledning, spesielt i etableringen av en mer regelmessig og normal toaletttrutine. Videre konkluderer de med at bevisene for effektiviteten av behandling mot obstipasjon i barndom er svake, da direksjonen i stor grad har vært basert på klinisk erfaring og alminnelig enighet (Rubin og Dale 2006).

Kleveland sier at godkjente stomisyepleiere har en velegnet kompetanse til å behandle og følge opp barn med obstipasjon og dets foreldre, da stomisyepleiers funksjon innebærer klinikk, undervisning, veiledning, rådgivning og informasjon, fagutvikling og forskning samt koordinering og administrasjon (Kleveland 2007). Jeg tenker at også sykepleiere med spesialutdanning innen pediatri, pedagogikk og kommunikasjon vil kunne bidra i behandling av barn med obstipasjon. Jeg mener det er viktig at sykepleieren som blir gitt barnet ikke får et for klinisk preg, men at det også er en samhandling mellom det obstiperte barnet og sykepleieren. Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et godt redskap i opplæring av barn og foreldre, for å komme fram til felles mål. Det er viktig at sykepleier vet hvilke læreforutsetninger barnet har, altså; barnets alder, og om barnet har forutsetninger for å forstå informasjonen. Den didaktiske relasjonsmodellen har vist seg om et godt redskap for å oppnå felles mål. Den fanger opp hvilke faktorer som bør stå sentralt i opplæringen (Kleveland 2007). Jeg kommer nærmere inn på den didaktiske relasjonsmodellen senere i oppgaven.

God kommunikasjon kan være nøkkelen til at sykepleier blir bedre kjent med og skaper et tillitsforhold til det obstiperte barnet. Det kan være en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe barnet og dets foreldre (Grønseth og Markestad 2005). Sykepleier kan ikke ha som utgangspunkt at alle mennesker er like, da vil hun ikke lære barnet å kjenne. Gjennom kommunikasjon forsøker sykepleieren å finne fram til barnets individuelle behov. Hvorfor bør sykepleieren kjenne den hun har omsorg for? Hvert menneske er forskjellig og reagerer på sin egen individuelle måte. Hvis sykepleier skal kunne hjelpe ut fra individuelle behov, må hun/han oppleve å respondere på det unike ved hver enkelt. Syke mennesker og deres familier vil lettere kunne betro

seg om angst og frykt når de føler at sykepleieren kjenner dem, og når de har tillit til sykepleieren (Travelbee 2005). Det kan derimot være en utfordring for sykepleier å utvikle tillitsforhold til barn. Det krever tid og tålmodighet, da barn ofte er skeptiske til fremmede mennesker. Samtidig kan sykepleier ha en dobbeltrolle i form av at hun/han er både tillitsvekkende og snill, men som også utfører skremmende og ubehagelige prosedyrer (Grønseth og Markestad 2005). For at sykepleier skal få tillit hos det obstiperte barnet må utgangspunktet være at hun/han liker og respekterer barn. Fremmede voksne kan virke lett truende på små barn, spesielt i situasjoner der alt er nytt og ukjent. Det kan derfor være viktig at sykepleieren holder litt avstand i starten, slik at barnet kan ta henne/han i øyesyn, og bli vant til stemme, utseende og framturen. Det kan ofte lønne seg at sykepleier prater med de voksne først, for deretter og gradvis trekke barnet inn i samtalen. For å skape kontakt med barnet kan sykepleier bøye seg ned til barnets nivå, lytte, spørre og for eksempel se på ting barnet har med seg hjemmefra. Det er naturlig at sykepleier henvender seg mer direkte til trygge barn og til større barn, og de bør inkluderes i samtaler som angår dem selv. Det er viktig at samtaletemaene i innledningen er emosjonelt nøytrale slik at ikke barnet føler seg brydd (Grønseth og Markestad 2005). Hvis sykepleier innleder samtalen med spørsmål vedrørende obstipasjonen kan det være sjenerende og ubehagelig for barnet, og tilnærmingen vil få en dårlig start.

Når sykepleier skal opprette tillit til barnet er det viktig at hun/han ser barnet som en person, ikke bare som pasient. Travelbee sier at sykepleieren bør kjenne den hun/han har omsorg for, og at hun/han må oppleve å respondere på det unike ved hvert enkelt individ. Hun sier at verdien ved og "å kjenne pasienten" er misvisende, da man bare kan bli kjent med mennesker og ikke pasienter. For å bli kjent med mennesket må sykepleier møte det, oppfatte, respondere på og respektere det unike ved vedkommende. Sykepleier må være i stand til å sette den andre i fokus og være mottakelig for det hun/han sanser. Travelbee sier at i dette ligger evnen til å oppfatte det mennesket som skjuler seg bak merkelappen "pasient" (Travelbee 2005).

Når sykepleier skal kommunisere med barn må hun ta utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse. Barn i førskolealder har begrenset evne til å sette seg inn i andres tankeverden. Sykepleier er ansvarlig for å gjøre de tilpasninger som kreves for en vellykket samtale. Det forutsetter at sykepleier har et bevisst ønske om å forstå og lære av det barnet formidler, og at sykepleier ikke har en bestemt hypotese i hodet om hva barnet forstår og trenger informasjon om. Barnet er eksperten og vet "hvordan det er å være akkurat meg". Barn trenger hjelp til å forstå og finne mening i budskap som formidles. Hvis barn ikke har forutsetninger til å forstå spørsmålene kan det gi en følelse av å komme til kort, noe som skaper avstand og hemmer lysten til å meddele seg. Sykepleier bør ikke komme med mange spørsmål, da barn setter liten pris på utspørringer. Barn har også vanskelig for å konsentrere

seg om temaer som de ikke finner meningsfulle (Kleveland 2007). Barn før syvårsalderen har vanskelig for å hente fram hendelser og fortelle med egne ord. Det er da viktig at sykepleier tar utgangspunkt i det barnet klarer å huske, når hun/han stiller spørsmål. Sykepleier kan også hjelpe barnet med å gi konkrete knagger å henge historien på, og styre samtalen ved å hjelpe barnet inn i historien (kontekstinnføring). Eksempel på det kan være å gjenta noe av det barnet har opplevd og beskrive konteksten rundt hendelsen. Fra 4-5 års alderen er barn flinke til å kjenne igjen ansikter, bilder og steder. Da kan sykepleieren be barnet om å beskrive ting, som for eksempel; "hva gjorde du på undersøkelsesrommet?". Barn førskolealder uttrykker seg best om nære og håndgripelige ting. Abstrakte fenomener, som tid og følelser, er vanskelige og bør konkretiseres. Barn ramser gjerne opp alt som hendt før det kommer til poenget i historien, da kompliserte kognitive ferdigheter som abstraksjon og generalisering ikke er utviklet. Sykepleier må derfor være tålmodige og ta seg tid til å høre på barnet. Barn tar heller ikke alltid opp temaer i ordnet eller logisk rekkefølge, og de kan svare inkonsekvent på spørsmål. Denne tankemåten er ikke irrasjonell før evnen til å bruke kategorier som utelukker hverandre, er utviklet. Dette kan skape misforståelser, skremmende tanker og engstelse hos barn. Sykepleier kan korrigere slike feiloppfatninger og fantasibilder ved å hjelpe barnet til å bearbeide opplevelser, ved å fokusere på barnets oppfatning og forståelse av det som skjer (Grønseth og Markestad 2005).

#### **4.2 Hvordan hjelpe barnet til gode toaletttrutiner?**

Toalettrening involverer å mestre avføringskontrollen både når barnet er våkent og når det sover. Når man skal starte med toalettrening er det viktig å tolke barnas signaler i forhold til om de er klar for å starte med treningen. Dette kan være interesse for potten og ønske om å bli skiftet på når barnet har gjort i bukse. Evnen til å motta kommando er også viktig. For tidlig toalettrening kan føre til at barnet assosierer det å gå på toalettet som en negativ erfaring. Dette kan føre til at barnet holder igjen avføring i frykt for at det skal være smertefullt å slippe avføringen (Galal mfl 2007). Erikson (2000) sier at for tidlig forsøk på kontroll gjennom en altfor rigid og for tidlig renslighetsoppdragelse kan hindre barnet i dets egne forsøk på å oppnå gradvis og frivillig kontroll over tarmene og andre ambivalente funksjoner. Resultatet kan bli dobbelt opprør og dobbelt nederlag. Barnet, som er maktesløst i sin egen kropp så vel som maktesløst utad, kan lett bli tvunget til å søke tilflukt og kontroll enten i regresjon eller gjennom falsk progresjon. Barnet kan bli skrikete og krevende, eller det vil bli fiendtlig og pågående. Barnet kan bruke avføringen som ammunisjon og foregi en selvstendighet og evne til å klare seg uten hjelp, noe som barnet på ingen måte har dekning for (Erikson 2000). Burket mfl. (2006) gjorde en undersøkelse hvor hensikten var å finne svar på om "stahet" har en rolle i forhold til barn som er obstipert. De konkluderer med at stahet i forhold til



foreldreforventninger kan ha en sammenheng med obstipasjon hos barn. Videre konkluderer de med at obstiperte barn som er sta kan stå overfor spesielt vanskelige utfordringer i behandlingssammenheng(Burket mfl. 2006).

Når sykepleier skal hjelpe barnet til å oppnå gode toalettrutiner kan hun/han ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen. Ved å gjøre det kan sykepleier sammen med barnet komme fram til et mål som er realistisk i forhold til barnets forutsetninger. Sykepleier må legge til grunn barnets alder, evner og anlegg, følelser og erfaringer. Når sykepleier har opparbeidet tillit til og blitt bedre kjent med barnet, kan hun/han ta utgangspunkt i hva som kan være et realistisk mål for hvert enkelte barn. Hva er ønskelig å oppnå, og hva er formålet med undervisningen? Det er viktig at barn forstår meningen med målet eller målene. Sykepleier kan ta i bruk forskjellige hjelpemidler når hun/han samtaler med barnet og skal formidle informasjon. Tegninger kan være et godt utgangspunkt for samtale. Det gir barnet mulighet til å uttrykke seg. Sykepleier bør imidlertid ikke tolke tegningen, men spørre barnet direkte da det vil være den mest pålitelige informasjonen. Fra 2-10 års alder er dukker, hånddukker, teddybjørner og dyr gode hjelpemidler å snakke gjennom. Metaforer kan også forenkle informasjonen og hjelpe barnet til å forstå hva sykepleier formidler.

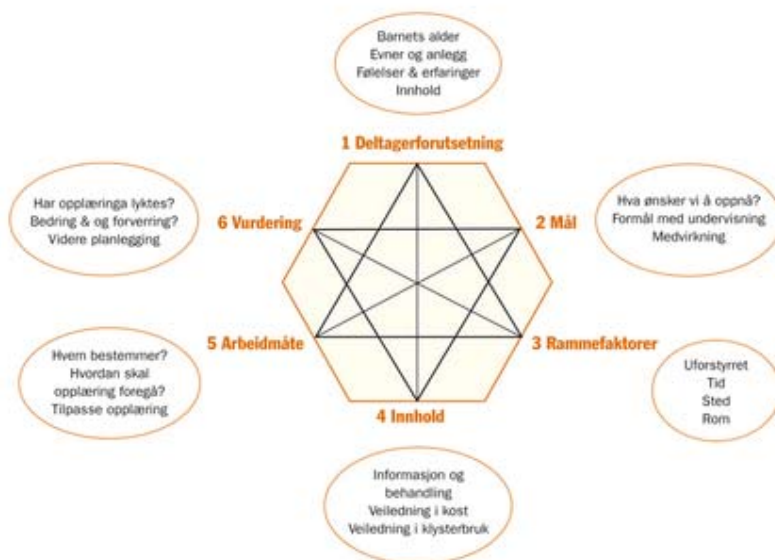
Hvilke rammefaktorer bør sykepleier ta hensyn til? Sykepleier bør prøve å gjøre samtalen kortfattet og ta hensyn til når på dagen barnet er mest opplagt. Dersom barnet vegrer seg for opplysningene sykepleier formidler, bør informasjonen gis til foreldrene mens barnet er tilstede. Da kan barnet selv bestemme om det vil høre etter eller ikke(Grønseth og Markestad 2005).

Sykepleier må legge til rette for et gunstig miljø når hun/han skal samtale med barnet. God stemning bidrar til at barnet blir mer meddelsomt og lettere oppfatter informasjonen som blir gitt. Sykepleier kan sette seg ned sammen med barnet og tillater barnet å bevege seg litt rundt mens de samtaler. Det gir barnet større frihet i forhold til om det ønsker øyekontakt med sykepleier. Barn kan bli lett forstyrret av mange sanseinntrykk som støy, uro og avbrytelser. Sykepleier bør derfor legge samtalen til et rom som ikke inneholder mange spennende leker og andre barn som leker. Når barn stiller spørsmål kan det si mye om hva det er opptatt av og hva det engster seg for. Sykepleier må ta dette alvorlig og gi så enkle og direkte svar som mulig. Sykepleier må lytte ordentlig og ikke late som hun/han er interessert, da barnet lett vil gjennomskue det. For å bekrefte for barnet at man hører etter og reflekterer over det barnet sier kan sykepleier gjenta barnets utsagn. Det er viktig at sykepleier svarer barnet ærlig når det spør, da ærlighet er helt nødvendig for å unngå at barnets tillit til sykepleieren svekkes(Grønseth og Markestad 2005).

Informasjonens innhold vil i dette tilfellet være informasjon om, og tiltak i forhold til toalettrutiner. Barn med kronisk obstipasjon bør oppmuntres til å sitte på toalettet i fem til ti minutter etter frokost

og kvelds da det vil stimulere mage- tarm refleksen til en naturlig trang til å passere avføring etter måltider(Galal mfl. 2007). Hvordan skal sykepleier samarbeide med barnet for å oppnå det målet? Det er viktig å fokusere på ting som barnet mestrer slik at det ikke mister selvtilliten. Ved å ha et positiv fokus på det barnet faktisk får til kan man forhindre at det skjer. Barnet må selvsagt få ros og belønning når det opplever suksess. Belønningssystemer kan være til god hjelp for å øke barnets bevissthet og opprettholde motivasjon(Galal mfl. 2007). Barn i alderen 3-6 år er i en fase hvor utforsking av omgivelsene, mestring og selvstendighet står sentralt. Det er viktig at utfordringene står i samsvar med utviklingsnivået. I denne fasen er det viktig at barnet ikke møter mye kritikk da det kan gi barnet en følelse av utilstrekkelighet, udugelighet og skam. Dette kan bidra til mindreverdighetsfølelse og passivitet(Erikson 2000). Dette er det spesielt viktig at sykepleier er klar over.

Sykepleier kan på denne måten ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen for å oppnå ønskede mål. Det siste punktet i relasjonsmodellen er vurdering. Her må sykepleier vurdere om opplæringen har lyktes. Har det blitt bedre, eller har det blitt verre? Ut fra dette kan hun/han planlegge videre. Kleveland(2007) viser til et eksempel på hvordan den didaktiske relasjonsmodellen kan brukes i opplæring av barn med obstipasjonsproblematikk. Slik ser den ut:



Figur. Didaktisk relasjonsmodell (12)

(Kleveland 2007)

Det er viktig at foreldre også får informasjon og undervisning av sykepleier, da barn trenger hjelp til å følge opp toalettrentingen. Det som imidlertid kan være en utfordring, er barn i skolealder. Forskning

viser nemlig at mange barn har negative opplevelser knyttet til skolens toalett. Toalettets tilstand, sikkerheten, lukt og lyd (mangel på privatliv), samt mangel på toalettpapir var faktorer som virket inn. Barna velger da i stedet fysisk ubehag, fremfor å gå på toalettet(Lundblad og Hellström 2005). I en annen forskningsartikkel fant man at mange barneskolelærere ikke har noen kunnskaper om potensielle helseproblemer i forhold til eliminasjonsproblematikk. En tredjedel av lærerne indikerte at de ba barna om å vente med å gå på toalettet, når barna måtte på do(Boyt 2005). Barn tilbringer store deler av dagen på skolen, og kanskje kan lærernes mangel på kunnskap omkring barns eliminasjonsbehov og skoletoalettens tilstand være skyld i at så mange barn opplever å bli obstipert? Sykepleiers funksjon innebærer blant annet å forebygge sykdom og fremme helse(Mæland 2005). I den sammenheng kan sykepleier spille en sentral rolle i å undervise og informere om barns eliminasjons behov og viktigheten av gode toaletttrutiner. Ikke bare på sykehuset, men også på skoler og i barnehager.

## 5.0 Oppsummering

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg funnet ut at det er begrenset litteratur som går i dybden på barn med obstipasjon. Litteraturen er kortfattet og har et klinisk preg. Forskning omkring temaet obstipasjon hos barn består stort sett av kvantitative studier. Jeg savner kvalitativ forskning som belyser mer om barnas opplevelse av sin situasjon, både relatert til forstoppelsen og i forhold til sykehusinnleggelse. Formålet med oppgaven var å finne svar på hva som kan være god sykepleie til barn som er obstipert. Både i litteraturen og forskningen står toalettrening som et sentralt og viktig tiltak. Dette er noe som sykepleier kan hjelpe til med. Ved å opprette et tillitsforhold til barnet, og opprette en god og trygg kommunikasjon kan sykepleier ved hjelp av forskjellige kommunikasjonsteknikker formidle informasjon om toalettrening til barnet. Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et godt redskap for å komme fram til realistiske mål. Når sykepleier jobber med barn er det også viktig at hun/han har kunnskaper om barnets utvikling og evner til å oppfatte det som blir formidlet. Obstipasjon hos barn forekommer ikke sjeldent, og jeg mener at det trengs mer kunnskaper om både forebygging og behandling av denne tilstanden. Ikke bare blant sykepleiere men også generelt i samfunnet. Jeg vil si helt til slutt, av egne erfaringer, at når sykepleier skal hjelpe barn med obstipasjon, må hun/han være varsom og ta hensyn til at barn kan føle skam i det å snakke om tarm og avføring. For mange er obstipasjon et tabubelagt tema som kanskje ikke føles naturlig å snakke om med andre. Med bakgrunn i det har jeg vektlagt tillit og kommunikasjon i denne oppgaven. Jeg mener at dette er forutsetninger for å få til et godt samarbeid med barnet, og på den måten oppnå gode resultater med toalettreningen.

## 6.0 Litteraturliste

- Andresen T., Andersen M. og Lønning K.(1999) **Obstipasjon - fra lavstatus til satsingsomåde i sykepleie**. Publisert i Sykepleien nr. 20/1999. Tilgjengelig fra internett:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=425&categoryID=44> [Lest 03.11.08]
- Boyt M. A.(2005) **Teachers` Knowledge of Normal and Abnormal Elimination Pattern in Elementary School Children**. [Elektronisk versjon]The Journal of School Nursing; Dec 2005; 21, 6; ProQuest Medical Library, Pg. 346
- Burket R., Cox D. J., Tam A., Ritterband L., Borowitz S., Sutphen J., Stein C. og Kovatchev B.(2006) **Does "Stubbornness" Have a Role in Pediatric Constipation?** [Elektronisk versjon] OVID, Volume 27(2), April 2006, pp 106-111, Lippincott Williams & Williams,Inc.
- Dalland. O.(2007) **Metode og oppgaveskriving for studenter**, 4. Utgave 2007. Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
- Eide T. og Eide H.(2006) **Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid**, 1. Utgave 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004
- Erikson E. H.(2000) **Barndommen og samfunnet**, Gyldendal Akademisk, 2. Utgave 2000.
- Forsberg. C. og Wengstrøm. Y.(2008) **Att göra systematiska litteraturstudie**, 2. Utgave 2008. Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm 2008.
- Galal N., Chong S. K. F., Williams J. og Phillips M.(2007) **Constipation in Childhood: a multidisciplinary approach to management in the community**. [Elektronisk versjon]Pediatric Nursing; Sep 2007; 19, 7; ProQuest Medical Library, Pg. 20
- Grønseth. R. og Markestad. T.(2005) **Pediatri og pediatrik sykepleie**, 2. Utgave 2005. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Haga O. S.(2003) **Hverdagspediatri**. 4. Utgave. Universitetsforlaget AS, 2006, Oslo
- Kleveland K.(2007) **Alvorlige senvirkninger hos barn med forstoppelse**. Publisert i Sykepleien nr. 07/2007. Tilgjengelig fra internett:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=15205&categoryID=24> [Lest 03.11.08]
- Lundblad B. og Hellström A. L.(2005) **Perceptions of School Toilets as a Cause for Irregular Toilet Habits Among Schoolchildren Aged 6 to 16 Years**. [Elektronisk versjon]The Journal of School Health; Apr 2005; 75, 4; ProQuest Medical Library, Pg. 125

Mæland. J. G.(2005) **Forebyggende helsearbeid i teori og praksis**, 2. Utgave 2005.

Universitetsforlaget 2005.

Rubin G. og Dale A.(2006) **Chronic constipation in children**. [Elektronisk versjon]BMJ 2006;333:1051-1055 (18 November), doi:10.1136/bmj.39007.760174.47. Tilgjengelig fra internett:

<http://www.bmj.com/cgi/content/full/333/7577/1051> [Lest 03.01.09]

Travelbee. J.(2005) **Mellommenneskelige forhold i sykepleie**, 1. Utgave 1999. Gyldendal Norsk

Forlag AS 2001.

