



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelse
4 BACH1D

Linda Eik Austheim og Per Arne Rolstad
Veileder **Toril Merete Nysæter**

Hvordan kan vi som sykepleiere kommunisere med barn for å gi dem opplevelsen av trygghet, når de er pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom?

How do we as nurses communicate with children to give them the feeling of being safe, when they are relatives of parents with serious cancer disease?

Ord: 11410

Bachelor i sykepleie, deltid kull 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Forord

Å møte barn som er pårørende til alvorlig kreftsyke foreldre kan føles vanskelig. Å vite hva en skal si og hvordan, er gjerne en utfordring både i ord og handling. Derfor ønsker vi å ta med dette sitatet som vi synes forteller litt om hvor viktig det er å ha en god kommunikasjon, gi informasjon og legge til rette for åpenhet i en vanskelig livssituasjon.

I Haugland, Yttehus og Dyregrov (2012, s. 46) sier en ung gutt, 13, år som mistet pappa i kreft:

”Det var vanskelig. Det var litt sånn at jeg ikke skjønnte alvoret når de sa så lite. De sa jo også at det ikke var så alvorlig. Det høstes jo greit ut. De sa at alt skulle gå greit. Jeg trodde på det hele tiden...”

Omsorg



(Collerbox, 2013)

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan vi som sykepleiere kommunisere med barn i alderen 7-12 år for å gi dem opplevelsen av trygghet, når de er pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom?

Bakgrunn: Vi ønsket å lære mer om hvordan vi som sykepleiere gjennom kommunikasjon kan skape trygghet for barn, som er pårørende til foreldre med alvorlig kreft sykdom.

Hensikt: Å finne ut hvordan vi som sykepleiere på en best mulig måte kan kommunisere med barn som er pårørende til kreftsyke foreldre for å skape trygghet.

Metode: En litteraturstudie som inkluderer seks forsknings og faglige artikler, pensum- og selvvalgt litteratur som er relevant for temaet og problemstillingen.

Resultater: Vi ser at arbeidet med å gi nok og riktig informasjon vil være viktige momenter for å skape trygghet. Å møte barnet på deres premisser; både emosjonelt og verbalt blir viktig for at vi skal kunne ha en god kommunikasjon, skape tillit og for å kunne gi barn opplevelsen av trygghet.

Konklusjon: Det fremkommer gjennom relevant teori og forskning vi har gjort, at arbeidet med barn som pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom kan bedre synliggjøres.

Nøkkelord: barn, pårørende, kreftsykepleie, informasjon, kreft, treffe andre, children, adults, family, experiences, incurable, cancer, improving, communication, children, sykepleie, samtaler, kommunikasjon, pasienter, pårørende.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	4
1.0 Innledning.....	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Oppgavens hensikt	7
1.4 Begrepsavklaringer.....	8
1.5 Oppgavens oppbygning.....	9
2.0 Bakgrunnsteori	10
2.1 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi.....	10
2.2 Barn som pårørende	11
2.3 Kognitiv og psykososial utvikling hos barn i alderen 7-12 år.....	12
2.3.1 Kognitiv utvikling	12
2.3.2 Psykososial utvikling.....	13
2.4 Kommunikasjon med barn i alderen 7-12 år	14
2.4.1 På barnets premisser.....	14
2.4.2 Språkform.....	15
2.4.3 Å opprette tillitsforhold	15
2.4.4 Hindringer	15
2.4.5 Første møte.....	15
2.4.6 Kommunikasjon – en toveisprosess	16
2.4.7 Trygghet hos barn/ empati.....	16
3.0 Metode.....	18
3.1 Litteraturstudie som metode.....	18
3.2 Litteratursøk	18
3.3 Kildebruk.....	20
3.4 Kildekritikk	20
3.5 Kvalitetsbedømming	21
4.0 Analyse.....	23
5.0 Resultat.....	25
5.1 Møte med barn, og deres behov for støtte	25
5.2 Barns behov for tilrettelegging.....	26
5.3 Kommunikasjonen med barna.....	27
5.4 Tilstrekkelig informasjon – gir trygghet	27

6.0 Drøfting	29
6.1 Barn som pårørende	29
6.1 Kommunikasjon med barn	31
6.2 Opplevelsen av trygghet	32
7.0 Konklusjon	34
8.0 Referanser.....	36
9.0 Vedlegg	39
9.1 Vedlegg 1 Oversikt over artikler	39

1.0 Innledning

Bacheloroppgaven er en avsluttende sykepleieeksamen som gir oss mulighet for fordypning i ett eget valgt tema som er relevant for sykepleie. Oppgaven er en litteraturstudie som innebærer at vi arbeider metodisk og systematisk, samt at vi viser en faglig- og vitenskapelig refleksjon og gir en selvstendig vurdering på litteraturen vi har tatt i bruk (Dalland, 2012).

Temaet vi har valgt omhandler hvordan vi kan kommunisere med barn og skape trygghet gjennom kommunikasjon når mor eller far har en alvorlig kreftsykdom som ikke er kurerbar. Barn som opplever foreldres kreftsykdom eller død blir sterkt berørt av dette og de vil oppleve angst og lidelse i forhold til at mor eller far skal dø av kreft (Dyregrov, 2012).

Vår tidligere erfaring innen eget arbeid og praksis har ikke gitt oss nok kunnskap innen tema. Arbeidserfaringene har i større grad vært rettet mot eldre ungdom, og vi har liten erfaring med yngre barn. På grunn av liten erfaring med barn generelt i sykepleie sammenheng, kommer vi ikke til å benytte oss av egne yrkeserfaringer videre i oppgaven. Valget for tematikk i oppgaven ble dermed ett bevisst valg om at vi ville lære mer, om å skape trygghet gjennom kommunikasjon i forhold til yngre barn, som er pårørende til foreldre med alvorlig kreft sykdom. Dette er en gruppe vi som sykepleiere vil møte i fremtiden ut fra at antall yngre kreftpasienter er økende.

Vi ser at denne kunnskapen er viktig å tilegne seg fordi, i følge statistikk fra Kreftregistret (2010), så viser det at antallet personer som får kreft er økende, fordi om flere overlever etter påvist sykdom på grunn av bedre behandlingsmetoder. I følge forsker Astri Syse ved Kreftregisteret opplever nesten 3500 barn og unge under 18 år årlig at en av foreldrene får kreft. Dette tilsvarer én av 300 familier med barn i denne alderen. Det er også noe mer vanlig å oppleve at mor får kreft (56 %) enn far (44 %). De vanligste kreftformene som rammer barnefamilier er brystkreft, testikkelkreft, hudkreft, tarmkreft og livmorhalskreft. Rundt 700 barn og unge under 18 år vil miste en forelder av kreft i løpet av ett år, og det er mer vanlig å miste en far enn en mor. Det er svært uvanlig for barn i den generelle befolkningen å miste en forelder. Syse mener også at dette gjør at totalsituasjonen for barn og unge voksne som rammes av kreft hos en forelder mest sannsynlig vil være noe bedre enn tilfellet vil være for barn og unge voksne av andre alvorlig syke foreldre, som for eksempel rusmiddelbrukere og psykiatriske pasienter (Kreftregistret, 2013).

I følge spesialrådgiver Randi Værholm Kreftforeningen (2013) oppleves det som et sjokk og en følelse av krise, spesielt blant barna når ens nærmeste får en kreftdiagnose. Foreldrenes bekymring handler gjerne om hvordan de skal klare å ivareta barna, deres behov, hva en skal si, hvor mye og når. I tillegg kommer gjerne bekymringen for alle praktiske gjøremål som en hverdag med barn består av. Som nevnt så kan det være vanskelig for de voksne å vite hva de skal gi barna sine av informasjon, hvordan de skal fortelle om sykdommen, hvilke behov barna vil ha og hvilke reaksjoner en kan forvente både hjemme, blant venner og på skolen. Men barna trenger informasjon, de trenger også å forstå hva som skjer for å kunne mestre en slik ny livssituasjon. Informasjon om sykdommen og hvordan den vil påvirke deres hverdag. Det er også viktig å inkludere barna så tidlig som mulig, og Værholm sier at det viktigste foreldrene gjør er å involvere barna og la de føle seg betydningsfulle i det som skjer. I tillegg er det viktig at barn har tillit og kan føle seg trygge på at de får vite det de trenger å vite til riktig tid, og da helst fra foreldrene eller andre nærstående personer (Ibid.).

Vi ser på kommunikasjon, trygghet, informasjon og tillit som fire viktige begrep som gjenspeiler seg i hverandre. I oppgaven har vi mest fokus på begrepene kommunikasjon og trygghet, men ser at det naturlig å knytte begrepene informasjon og tillit til disse to begrepene. Vi begrunner det slik at for å kunne skape trygghet trenger vi å ha en god kommunikasjon med barn og foreldre. Det kan vi oppnå med å ha en fremtreden som er åpen, imøtekommende og vennlig, i tillegg til at vår verbale så vel som den nonverbale kommunikasjonen sier det samme. Med dette mener vi at det er samsvar mellom ord, stemmeleie og vår kroppsholdning/bevegelser (Håkonsen, 2009, s.218-236). Videre ser vi det slik at tillit får vi som sykepleiere når både pasient og pårørende erfarer at informasjonen vi gir samsvarer med de handlinger vi utfører, og at vi videre er oppmerksomme på deres ønsker og behov. For oss så ligger det i begrepet tillit at vi må møte barnet utifra deres ståsted både følelsemessig og utviklingsmessig.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere kommunisere med barn i alderen 7-12 år for å gi dem opplevelsen av trygghet, når de er pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom?

1.3 Oppgavens hensikt

Selve arbeidet med oppgaven skal være med på å øke vår egen sykepleiekompetanse; gjennom å lære mer om ansvaret som en sykepleier har, se sammenhenger mellom praksis fra

studiet og den litteraturen vi har funnet frem til og brukt i oppgaven. Ved å sammenfatte dette vil vi gjøre oss ulike teoretiske erfaringer, og få belyst om praksis stemmer overens med teorien.

Case: Vi ser for oss at vi møter barnet på en lindrende enhet der mor på 45 år er innlagt. Hun er i en palliasjonsfase og mottar lindrende behandling, er ikke terminal, men vet hun skal dø av kreftsykdommen og at det kan gå raskt. Barnet har vært informert om morens sykdom fra starten, også om at mor kommer til å dø av sykdommen. Barnet er enebarn med far som følger godt opp. Videre har vi tatt utgangspunkt i at familien etnisk norsk og velger bevisst å forholde oss til dette. Vi er beviste på at om familien/barnet er fra en annen kultur vil det være kulturelle forskjeller, men at de allikevel ville oppleve situasjonen som sårbar og vanskelig. Om dette var aktuelt ville det vært viktig for oss som sykepleiere å møte dem utifra deres kultur, normer og verdier. Vi har ikke vektlagt foreldrenes rolle i oppgaven, sorg og sorgreaksjoner hos barn på grunn av omfanget på tema og rammene for oppgaven. Casen er ment som en synliggjøring av vår forståelse av tematikken oppgaven bygger på. Vi kommer ikke til å synliggjøre caset senere i oppgaven men det er tatt med for å synliggjøre vårt ståsted.

Vi har valgt å benytte oss av Joyce Travelbees sin sykepleieteori fordi hun ser at sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe mennesket til å mestre, bære og finne mening under sykdom og lidelse, videre å gi hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp.

Hun har også i sin teori fokus på medmenneskelighet, hun skriver at for at vi som sykepleiere skal forstå hva sykepleie handler om så må vi også ha forståelse for hva som skjer mellom pasienten og oss som sykepleiere. Kommunikasjonen er en målrettet og den har en intellektuell tilnærming som er sentral, videre at dette er en komplisert prosess som enten kan hjelpe eller intensivere kontakten med pasienten (Kristoffersen, 2006 s. 11-99).

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleiernes viktigste redskaper når det gjelder å etablere menneske til menneske forhold til pasienten. Gjennom en slik prosess formidler mennesker sine tanker og følelser til hverandre (Ibid.).

1.4 Begrepsavklaringer

Kommunikasjon: Begrepet kommunikasjon blir definert av Eide & Eide (2007) som meningsfylt tegn mellom to parter. I oppgaven ser vi på hva begrepet inneholder sett i forhold til hvordan vi skal kommunisere med barn. F. eks. innhold, tilrettelegging og hvordan vi legger frem informasjon.

Kognisjon: Kognisjon innebærer ”å få ny kunnskap om”. Dette innebærer hvordan barnet lærer å oppfatte, forstå og forholde seg til omgivelsene sine. En kunnskap barnet tilegner seg ved og utforske og gjøre erfaringer i omgivelsene de daglig befinner seg i (Håkonsen, 2009).

Palliasjon: The World Health Organizations (WHO) definisjon i 2002 sier:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief and suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- *Provides relief from pain and other distressing symptoms*
- *Affirms life and regards dying as a normal process*
- *Intends neither to hasten or postpone death*
- *Integrates the psychological and spiritual aspects of patient care (Kaasa, 2007).*

Dette er ett utdrag på WHO's siste definisjon på hva palliasjon innebærer, som fortsatt er gyldig (Kaasa, 2007, s. 37). Vi har tatt med denne definisjonen fordi palliasjon innebærer både behandling, pleie og omsorg, i tillegg til å ha som mål å forbedre livskvaliteten til både pasientene og deres pårørende.

1.5 Oppgavens oppbygning

Etter innledningen kommer kapittelet bakgrunnsteori; I dette kapittelet gir vi først en presentasjon av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees og hennes sykepleiefilosofi. Videre tar vi for oss temaene barn som pårørende, deres kognitive og psykososiale utvikling, kommunikasjon med barn i alderen 7-12 år. Sistnevnte tema er videre delt opp i undertemaer som ser på ulike områder innenfor kommunikasjon, og som er relevant for å besvare vår problemstilling.

I neste kapittel kommer metoddelen der vi gir en presentasjon av utvalgt litteratur, fag- og forskningsartikler vi har funnet og hvordan vi har stilt oss kritisk til disse. Videre en kvalitetsbedømming av fag- og forskningslitteraturen, oversikt på søkehistorikk og hvordan vi har analysert dette.

Deretter kommer kapittelet der vi presenterer resultatene fra metode- og analysearbeidet, for så videre i et eget kapittel å drøfte teorien og for å resonere oss frem til et svar på problemstillingen. Vi avslutter oppgaven med en konklusjon som svarer på den problemstillingen vi utarbeidet.

2.0 Bakgrunnsteori

I kapittelet gir vi først en presentasjon av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees og hennes sykepleiefilosofi. Vi tar for oss temaene barn som pårørende, deres kognitive og psykososiale utvikling, kommunikasjon med barn i alderen 7-12 år og trygghet hos barn.

2.1 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi

Joyce Travelbee ble født i New Orleans, USA i 1926 der hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og rettet sin sykepleietenkning og oppmerksomhet spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien.

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et menneske – til – menneske forhold og sier at:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, 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, s. 29).

Joyce Travelbee uttrykker at når vi etablerer et virkelig menneske- til – menneske forhold gjennom en interaksjonsprosess; er det innledende møtet, forsterking av identitet, empati, sympati og oppnåelsen av en gjensidig forståelse og kontakt viktig, og at kommunikasjonen blir da et av våres viktigste redskaper (Kristoffersen, 2006 s. 11-99).

Hennes filosofi og sykepleietenkning har hatt og har fortsatt en stor innflytelse innenfor norsk sykepleierutdanning. Et godt eksempel på dette er det velkjente begrepet empati og uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv” – som har en sentral plass i hennes sykepleietenkning. Hun mener videre at hvert enkelt menneske er unikt og at opplevelsen av lidelse, sykdom og smerte er subjektiv og helt personlig, samt at kultur også har betydning for hvordan en oppfatter sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2006 s. 11-99).

Gjennom en slik prosess får den enkelte formidlet sine tanker og følelser, kommunikasjonen kan foregå både verbalt, nonverbalt, bruk av mimikk, ulikt tonefall, ulike bevegelser og berøring er av stor betydning. Det er gjennom denne prosessen vi blir kjent med pasienten og pårørende, og at det er viktig at vi skiller mellom hva som er pasienten/pårørendes behov og våres som sykepleiere (Ibid.).

Videre legger Travelbee vekt på at kommunikasjonen står sentralt i forhold til de tiltakene vi som sykepleiere iverksetter og at disse samsvarer i forhold til behovene. Hun gir gjennom sin sykepleieteori en detaljert beskrivelse over kommunikasjonsferdigheter og teknikker som hun mener det er verdifulle hjelpemidler, men sier også at dette ikke er ensbetydende for at vi

oppnår den kontakten vi ønsker. De ulike teknikkene skal ikke gå på bekostning av det som er spontant og naturlig i samhandlingen med pasienter eller pårørende. Når vi bruker oss selv terapeutisk er det kjennetegnet på en profesjonell sykepleier mener hun. Når vi i tillegg gjør bruk av vår egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i denne samhandlingen; der selvinnsikten, selvforståelse, forståelse for menneskelig adferd og evnen til å forutse egen og andres adferd gjør at vi får et gjennomtenkt forhold til egne verdier og holdninger.

I sin sykepleiedefinisjon sier Travelbee; at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som sikter mot å hjelpe både individ, familie og samfunn. Drive en samfunnsmessig forebygging og ved hjelp av sykepleierens spesielle metoder å ha god kommunikasjon. Sykepleieren bruker selv terapeutisk og har en målrettet terapeutisk tilnærming i et menneske- til- menneske forhold for å forebygge lidelse, bære og eventuelt finne mening i lidelsen for familien og individet (Kristoffersen, 2006 s. 11-99).

2.2 Barn som pårørende

Barn som pårørende må gis spesiell oppmerksomhet fordi de befinner seg i en sårbar og utsatt livssituasjon. Å miste noen en er glad i, er en stor påkjenning i ung alder. Og barn som har opplevd dødsfall i nær familie, har i altfor stor grad vert utsatt for fortielse fordi en ville skåne dem (Sæteren, 2010).

Barn opplever sorg på lik linje med voksne, men legges forholdene til rette klarer de å komme igjennom tapet. Det er derfor viktig at foreldrene oppfordres til å ha åpenhet rundt sykdom og død, for barn klarer å forholde seg til vonde ting når informasjonen tilpasses deres alder.

Det er viktig at de får delta i familiens sorg og aktivitetene rundt den døende og ta avskjed når den tid kommer. Forutsetningen er at de hele tiden blir bekreftet på at de ikke er alene og ikke overlates til seg selv (Ibid).

Det kan være lett å undervurdere barn sin evne til og observasjon om hva som skjer. De oppfatter ofte mer enn det vi tror, det vil derfor være viktig å snakke med dem om mor eller fars sykdom. Forklare for dem hva som skjer, hvilke konsekvenser det får for barnet og dets daglige liv. Dette er viktig for at barnet ikke skal begynne å fantasere og skape unødig grunn for engstelse (Kreftforeningen, 2012).

Når og hvor mye ett barn skal informeres er individuelt. Det vil bl.a. være avhengig av barnets alder og kognitive utvikling, men å prate med barnet så tidlig som mulig, at foreldrene er enige om hva som skal sies og hvordan, er viktig. Med det vil en kunne unngå at barnet hører noe fra andre utenfor familien, men at barnet hører det samme fra begge foreldrene. Små barn

klarer ikke fordøye all informasjon om sykdom, behandling og konsekvenser på en gang, så å gi informasjon i små porsjoner vil være det beste. Fordi om barn har stor evne til å takle dramatiske og sørgelige nyheter, er det likevel viktig at de får være sammen med sine nærmeste og at de tar seg tid til å snakke med dem og lytte. Barnet må gis god tid og mulighet for å kunne få gitt uttrykk for sin usikkerhet og bekymring. Dette er spesielt viktig når sykdommen er så alvorlig at den som er syk kan dø. En bør ikke gi barnet falske forhåpninger, så en god og åpen kommunikasjon som skaper et åpent og tillitsfullt forhold barn og voksne imellom er viktig (Ibid.).

Husebø (2005) skriver at vi voksne gjerne vil beskytte våres barn, og at de skal ha det bra og ikke unødig utsettes for vonde opplevelser. Men han sier også at det viktig å stille spørsmålene om hvilke samtaler, hvilke signaler og hvilken omsorg er det barna trenger, for å ha de beste forutsetningene både for å forstå og mestre den situasjonen de står overfor? Videre mener han at alle barn forstår, uansett alder, når mor eller far blir syke. Barn oppfatter endringene når de er stille, lei seg eller fraværende på en annen måte enn før. Barna trenger da fremfor alt oppmerksomhet, omsorg og informasjon. Det er viktig at vi gir dem anledning til å uttrykke sine følelser og stille spørsmål. Det krever engasjement, tid og en innlevelse som er tilpasset barnets alder, utvikling og personlighet. Det er ingen som er bedre kvalifisert til denne oppgaven enn foreldrene. Er situasjonen slik at de ikke kan, har tid eller krefter til å gi informasjon eller prate med barna, bør en se på hvem andre det er som kan hjelpe til med dette, for eksempel besteforeldre, onkler, tanter eller gode naboer (Ibid.).

2.3 Kognitiv og psykososial utvikling hos barn i alderen 7-12 år

2.3.1 Kognitiv utvikling

For at vi som sykepleiere skal kunne yte best mulig hjelp og omsorg til barnet er det viktig at vi vet hvordan de utvikler seg i de ulike alderstrinn, da vil vi også kunne tilpasse vår tilnæringsmåte og den informasjonen vi ønsker å gi barnet.

Videre i teksten vil sykepleieren også bli omtalt som den voksne eller vi, dette for å forenkle syntaksen i teksten.

”Kognisjon innebærer ”å få ny kunnskap om”, barnet lærer å oppfatte, forstå og forholde seg til sine omgivelser, og at ny kunnskap erverves gjennom og utforske og gjøre erfaringer” (Håkonsen, 2009, s. 43).

I følge Håkonsen (2009) går barn gjennom ulike stadier i den kognitive utviklingen, der hvert utviklingstrinn har sine spesielle kjennetegn som er kvalitativt forskjellige fra hverandre, og at tenkningen på hvert nytt stadium blir mer logisk.

I Håkonsen (2009) deler Jean Piaget inn den kognitive utviklingen inn i fire deler, og delen som omfatter barn 7-12 år kaller han det konkretoperasjonelle stadiet. Nå utvikles barnets evne til symbolsk og logisk tenkning. Barnet har utviklet evnen til konversering og mister den begrensning som egosentrisitet legger på tankeprosessene. Videre har barnet utviklet evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger.

2.3.2 Psykososial utvikling

Erik H Erikson mener i følge Håkonsen (2009) at utviklingen i livet er knyttet til sentrale fenomener som nærhet, tillit, identitet, seksualitet, familie og arbeid. Der den følelsesmessige og sosiale utviklingen avhenger av de sosiale relasjonene som vi utvikler på ulike stadier i livet. At følelsene, selvbildet og selvoppfatningen vår utvikles i samhandling med andre mennesker. Erikson beskriver denne utviklingen gjennom åtte psykososiale stadier, og barn i alderen 5 år til puberteten sin psykososiale krise/grunnholdning er pågangsmot versus underlegenhet, den sosiale relasjonen er mot nabolag og skole med det mulige gunstige resultatet at det gir kompetanse intellektuelt, økte sosiale og fysiske ferdigheter. Stadie fire er det sentrale elementet i utviklingen ”jeg er det jeg lærer”.

Barnet er opptatt av å lære både fysiske og intellektuelle aktiviteter. I denne fasen vil barnet også kunne oppleve konflikten mellom det å være skapende og det å være underlegen. Barnet begynner å sammenligne seg med de som er på samme alder, og bruker gjerne disse som en målestokk for sin egen utvikling. Her vil det gunstige resultatet være at barnet utvikler kompetanse og ferdigheter til å fungere på ulike områder i livet.

Eide & Eide (2007) sier at barn i alderen 8-11 år begynner å se forskjell på fantasi og virkelighet og er i stand til å se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av seg selv. I denne alderen har barna en ganske klar forestilling om seg selv i forhold til andre, noe som gjør at de for eksempel kan ha glede av å delta i grupper på nye måter. Det kan for eksempel være støtte og/eller sorggrupper som hjelper en å snakke om at mor eller far vil dø på grunn av sykdommen sin. Dette er i følge Eide og Eide viktige fordi barn i denne fasen gir presentasjoner av seg selv, for eksempel i slike tilrettelagte grupper. Barna kan fortelle om sine hobbyer, interesser, dele tanker om familie, venner og om hvem de selv er i forhold til ulike personer. Selvfølelsen deres er utsatt, og i følge Erikson i Eide og Eide, (2007) er dette

en aldersfase hvor en positiv utvikling legger til rette for arbeidslyst, mens en uheldig utvikling kan føre til det motsatte og følelse av mindreverd. Hjelp til mestring er med andre ord viktig.

2.4 Kommunikasjon med barn i alderen 7-12 år

I kommunikasjon med barn er det noen grunnleggende prinsipper en bør legge vekt på i forhold til det å fremme god en kommunikasjon. Det er spesielt tre prinsipper som er viktige: Mening; en vil forsøke å hjelpe barnet til å forstå den situasjonen hun eller han opplever, en vil altså forsøke å skape mening med opplevelsen.

Verdighet; det handler om å la barnet beholde sin verdighet gjennom opplevelsen og situasjonen som en har vært igjennom.

Anerkjennelse; handler om å akseptere den måten barnet fremstiller situasjonen og hendelsene det har vært igjennom på. Som sykepleiere må vi akseptere barnet og gi anerkjennelse for den måten barnet presenterer seg på (Ruud, 2011).

2.4.1 På barnets premisser

Barnet bør få være hovedpersonen i samtalen med sykepleieren. Kommunikasjonen bør preges av forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting. For at barnet skal oppleve å bli respektert og få sin integritet ivaretatt, må sykepleieren anerkjenne væremåten, tankene og følelsene deres, og møte dem på et emosjonelt og et kognitivt plan (Grønseth & Markestad, 2011 kapittel 7 s. 81-88).

Som sykepleiere vil vi i møter med barn oppleve ulike samtalsituasjoner. Det kan være alt ifra de planlagte samtalene til mer spontane, de av uformell betydning til en mer formell.

Som sykepleiere vil vi alltid kunne påvirke kommunikasjonen med synspunkter og holdninger vi har til barnet som samtalepartner. Ser vi som sykepleiere på barnet som et objekt, en trussel, et offer eller et subjekt som kan utrykke sine opplevelser i en samtale? (Ruud, 2011).

Hos barn i preoperasjonell fase, 6-12 år, har den kognitive utvikling kommet til det nivået at barnet evner å systematisere egne erfaringer. De begynner å se situasjoner fra ulike synspunkter og tenker mer uavhengig i forhold til det som skjer rundt dem.

Oppmerksomhetstiden deres forlenges og de kan skille på den informasjonen de mottar i forhold til om den er perifer eller sentral. Evnen til å oppfatte størrelse og mengder er uavhengig av formen og den er konstant (Ibid.).

2.4.2 Språkform

I samtaler med barn er det best når sykepleieren bruker det dagligdagse og naturlige språket. Om vi snakker langsomt eller bruker et babyspråk vil gjerne barnet lett falle av lasset før poenget kommer. Større barn misliker også gjerne sterkt å bli snakket til som små barn. Er vi for eksempel ikke beviste på samsvar mellom det verbale og nonverbale språket vårt, sender det signaler som også kan være med på å hemme kommunikasjonen. Som sykepleiere må også respektere at barn kan være tilbakeholdne med å prate. Å presse dem vil gjerne føre til en motsatt effekt av det vi ønsker å oppnå. Måten barn meddeler seg på er også forskjellig, lik som hos oss voksne (Grønseth & Markestad, 2011 s.81-88).

2.4.3 Å opprette tillitsforhold

Å ha en god kommunikasjon er selve nøkkelen for å skape tillit og for å bli kjent barnet, noe som kan være både tidkrevende og utfordrende. Men barn er gjerne skeptiske til fremmede, så fordi vi som sykepleiere kan virke tillitsvekkende så utfører vi også oppgaver som kan virke skremmende og ubehagelige, som kan være med på å svekke tilliten til oss.

Barn kan være vare for toneleier og de nonverbale signalene vi gir, så det er viktig at vi bruker tid, er avslappet, rolige og lytter til barnet. Å imøtekomme med ett smil, er i høyde med barnet, spørre og har øyekontakt er viktig, samt at vi er fysisk og psykisk til stede (Grønseth & Markestad, 2011).

Samtalene med barn i denne aldersgruppen har gjerne sin egen rytme, sitt eget tempo og sin egen tid. For oss som sykepleiere er det viktig og realtere seg til det barnet er opptatt av, men samtidig å ha formålet for samtalen i tankene, slik at det vesentlige kommer frem (Eide & Eide, 2007, s. 364-371).

2.4.4 Hindringer

Enkelte ganger kan sykepleiere oppleve at foreldrene legger hindringer for oss i det å opprette ett tillitsforhold med barnet. Det kan for eksempel gå på at de ”truer” barnet om det ikke hører etter i en ubehagelig situasjon, som kan ha årsak i mangel på kunnskap eller at foreldrene ikke stoler på sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2011 s. 81-88).

2.4.5 Første møte

Fremmede voksne som for eksempel sykepleieren, kan virke truende på små barn og spesielt i situasjoner der alt er nytt og ukjent. Dette er viktig kunnskap for oss som sykepleiere å inneha og det vil påvirke vårt møte med barnet. Derfor kan det være positivt at vi holder litt avstand i begynnelsen, så kan barnet se og bli vant til stemmen og væremåten vår. Ofte vil det lønne

seg og snakke med omsorgspersonene først, for deretter gradvis dra barnet med i samtalen (Grønseth & Markestad, 2011 s.81-88).

2.4.6 Kommunikasjon – en toveisprosess

For å kunne møte den andre der den er i ett menneske – til - menneske forhold (Travelbee i Kristoffersen, 2006 s. 11-99) er det viktig at en har innsikt i hverandres virkelighetsoppfatning og jevnlig kontrollerer at budskapet forstås likt av begge parter. (Grønseth & Markestad, 2011 s. 81-88).

I kommunikasjonen med barn kan for eksempel lek og tegning være gode innfallsvinkler, eller å starte samtalen om hverdag og venner, og gjennom dette komme inn på hvordan barnet har det (Holmsen, 2004,s. 40-41)

Gjennom dialog der en for eksempel tar i bruk lek, tegning eller bøker som omhandler barn av syke foreldre kan sykepleieren finne ut hva barnet eventuelt er redd for, for så å formidle dette til foreldrene, slik at spørsmålene kan besvares best mulig (Bugge, 2001).

Det er viktig at barn som har slike tanker tas på alvor, og de får konkrete og realistiske svar slik at de også kan forberede seg på det som kommer. Samtidig er det viktig å passe på at barnet ikke blir skremt, men at de vet at de får støtte og hjelp den dagen den de er glad i dør. Barn skal ikke bli holdt uvitende om at mor, far eller søsken skal dø. De skal få lov til å reagere på den fryktelige nyheten, og de skal få støtte og hjelp til å leve med den vissheten. I perioder vil de skyve bort den vonde realiteten, men de har fått en mulighet til å forberede seg, og deres angst er blitt tatt på alvor. Den døende kan ofte være til stor hjelp for barna sine for å få dem til å akseptere denne nesten umulige realiteten (Ibid.).

2.4.7 Trygghet hos barn/ empati

Når det skjer endringer i familien og livssituasjonen så skjer det ofte at barn får for lite informasjon. En kan tro at det er til barnas beste når foreldrene skjerner dem fra det som er vondt og vanskelig. Som foreldre mener en det godt og det er det som er hensikten, men barn blir usikre når de ikke får den informasjonen de trenger. Ved at når barnet føler utrygghet og usikkerhet vil det også kunne oppstå atferdsendringer. Vi som sykepleiere i samarbeid med foreldrene bør ha samtaler med barnet om situasjonen, som vil kunne være med på å skape trygghet og mindre usikkerhet hos barnet (Holmsen, 2004, s.18-33.).

Det er viktig at vi som sykepleiere er empatiske i samtaler med barn, som innebærer å ha forståelse av barnet og deres følelser. Sykepleieren må lytte til hva barnet har å si samtidig

prøve å tolke den nonverbale kommunikasjon. Har sykepleieren en empatisk holdning vil dette være med på å stimulere til undringer og refleksjoner hos oss og hos barnet (Ibid, 2004 s.34-43).

Som sykepleiere har vi som oppgave å veilede pasienten og dens familie/pårørende i vanskelige situasjoner. Og i slike sammenhenger vil det være viktig av oss som sykepleiere å stille gode spørsmål, som for eksempel: Hvordan kan vi forberede for det som skal komme, planlegge for eventuelt hjemmedød, ta avskjed med den døende/døde, etablere minner for mindre barn når mor eller far snart vil dø, gjøre det mulig og legge til rette for hele familien å komme på besøk på sykehus/lindrende enhet – spesielt for små barn som trenger utfoldelse, pårørende som trenger samtalerom - det vil være viktig fordi omgangen og samtalene med barna vil bli mer naturlig, de er i en sårbar situasjon som må tas hensyn til (Bugge, 2000 i Kirkevold og Ekern, 2001).

Sykepleiefaglige handlingene bør rettes mot å fremme en positiv mestringsstrategi i familien, med størst mulig grad av åpenhet og støtte. Dette for å hindre stillhet, skyld, konflikter, oppløsning eller at en tar på seg lidelsen for familien. Fokuset i disse handlingene kan være:

Å redusere familiens belastninger og fremme samhandling

Å gi alle familiemedlemmene mulighet til å bearbeide inntrykk og følelser

Å bevare familiens forhold til den syke/døende

Å løse familien videre i forhold til andre støttemuligheter

Å vurdere behov for psykologisk behandling (Bugge, 2000 i Kirkevold og Ekern, 2001).

Eide & Eide (1996) i Ekern (2001) peker de på noen av de kommunikasjonsferdighetene som kreves av oss som sykepleiere, for at vi skal kunne fremme samhandling og redusere familiens belastninger: At vi har evnen til å stille åpne spørsmål, lytte oppmerksomt, oppsummere og stille utdypende spørsmål, reflektere over følelser, gi informasjon og ikke minst tørre og konfrontere i konfliktspørsmål, for å sette ord på opplevelser, følelser og øke forståelsen for seg selv og andre.

I følge Eide & Eide (2007) er det gjort relativt få empiriske studier av kommunikasjon mellom barn og helsepersonell, men det finnes flere erfaringsbaserte lærebøker om samtaler med barn innenfor helsetjenesten og barnevern. Flere studier tyder også på at kommunikasjonen med barn og unge ofte kunne vert bedre.

3.0 Metode

En metode forteller oss hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap og kvalitetsbedømme den litteraturen vi har valgt å bruke (Dalland, 2012).

I Dalland (2012, s. 111) siteres sosiologen Vilhelm Auberts definisjon på metode:

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

I dette kapitlet vil vi begrunne vårt valg av metode, vurdere kilder og artikkelsøk vi har valgt for bruk i oppgaven og hvorfor.

3.1 Litteraturstudie som metode

Å gjøre bruk av litteraturstudie som metode innebærer at vi systematisk gjennomgår litteraturen rundt en valgt problemstilling, og videre kritisk gjennomgår kunnskap fra skriftelige kilder og sammenfatte dette med en diskusjon (Dalland, 2012).

I oppgaven vår har vi brukt litteraturstudie som metode, som er i hht retningslinjene for oppgaven, for å finne svar på problemstillingen. Vi har tatt i bruk pensumlitteratur fra hele studiet og selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteraturen har vi funnet frem til ved hjelp av BIBSYS, Høgskolen i Elverum sitt bibliotek samt lokale bibliotek. Videre har vi utført søk via ulike databaser for å finne frem til relevant fag- og forskningslitteratur.

Temaet vårt omhandler flere begreper bl.a. kommunikasjon og trygghet, og i søk etter relevant litteratur fikk frem mye som var aktuelt for problemstillingen. Vi valgte ut den litteraturen vi syntes var mest aktuell for oss og som vi ønsket å gjøre bruk av i oppgaven. Fremgangsmåten vi har brukt for søk etter fag- og forskningsartikler blir presentert senere i dette kapitlet, og en mer utfyllende presentasjon av den enkelte artikkel blir gitt i vedlegg nr 1.

3.2 Litteratursøk

I søkeprosessen for å finne relevant fag- og forsknings litteratur har vi brukt databasene Norart, Cinahl via EBSCOhost, SveMed+ og Pubmed via Helsebiblioteket. I tillegg har vi søkt i det danske fagbladet sygepljersken og sykepleien forskning. Databasene er valgt ut fra skolens anbefalinger og egne erfaringer gjennom studiet.

Vi begynte arbeidet med å lage en liste over mulige søkeord. Listen har blitt både utvidet og endret etter hvert som vi har utført søk, til slutt kom vi frem til søkeord som hjalp oss å finne frem til relevant fag- og forskningslitteratur.

I Norart databasen for norske- og nordiske tidsskrifter, tok vi i bruk søkeord som ”barn”, ”pårørende”, ”kreftsykepleie”, ”pårørende”, ”sykepleie”, ”samtaler”, ”snakke”, ”informasjon”, ”pårørende”, ”kreft” og ”treffe andre”. Søkeordene ble kombinert med hverandre ved bruk av AND og OR, og med og uten ””. Videre begrenset vi søkene fra år 2000 - 2013 og norsk språk. Bakgrunnen for at vårt søk går helt tilbake til år 2000 er at funn av litteratur fra det tidsrommet, er fortsatt aktuell sett i forhold til vår problemstilling.

I databasene Cinahl, Pubmed og SveMed tok vi i bruk søkeord som ”experience”, ”improving”, ”communication”, ”children”, ”cancer”, ”incurable” i kombinasjon med hverandre, ved bruk av AND og OR, og med og uten ””

I Cinahl er søk begrenset til år 2008 – 2011. Vi utførte først søk frem til år 2013 som gav oss veldig mange treff. Vi leste overskrifter til aktuelle artikler, og begrenset med årstall til vi fant frem til litteratur vi ønsket å ha med. Til slutt fikk vi frem 11 treff som vi så på som aktuelle for problemstillingen. Etter nærmere gjennomlesning overskrifter, ble til slutt to abstrakter gjennomlest grundigere. Av disse to ble 1 artikkel innkludert i oppgaven.

Vi er bevisste på at dette kan ha vært med på å begrense for nyere forskning vi kunne inkludert, men etter å ha satt oss inn i artikkelen synes vi den gav oss kunnskap vi ønsket å ha med i oppgaven.

I Pubmed er begrensingene lagt til de 5 siste år, og språket til engelsk i både Cinahl og PubMed.

Videre i SveMed+ begrenset vi språket til norsk, svensk eller dansk. Søkene ble også begrenset til alderen 7-12 år dersom vi fikk mange treff på søkekombinasjonene. I søk som ga mindre treff leste vi igjennom alle titler og abstrakter på de som syntes å være mest relevante i forhold til problemstillingen.

Via databasen Norat utførte vi søk på Sykepleien Forskning. Dette tidsskriftet kjenner vi godt til. Her har vi benyttet oss av norske søkeord i ulike kombinasjoner. Nøkkelord som ble brukt var mor, far, kreft og informasjon. Søkene ble begrenset til kun å inneholde forskningsartikler og innenfor år 2004-2012.

Fra det danske fagbladet Sygeplejersken har vi tatt med to fagartikler som henholdsvis omhandler hvor viktig det er med støttende samtaler for familiens felles fundament og sykepleie til barn som pårørende.

3.3 Kildebruk

Vi har brukt både pensum- og selvvalgt litteratur i tillegg til fag- og forskningsartikler i oppgaven. Av den selvvalgte litteraturen vil vi først trekke frem Ruud sin bok "Hvorfor spurte ingen meg?" en bok som har gitt oss en bredere kunnskap om kommunikasjon med barn og ungdom som er i vanskelige livssituasjoner (Ruud, 2011). Videre Haugland, Ytterhus og Dyregrovs bok "Barn som pårørende" som har gitt oss en dypere forståelse for hvordan vi blant annet kan forbedre oppveksten til barn og unge som lever med alvorlig syke foreldre (Dyregrov, 2012, s. 44-65)

Kaasa sin bok "Palliasjon" og Reitan og Schjøllbergs bok "Kreftsykepleie" har henholdsvis har gitt oss mer kunnskap om de pårørendes rolle, og ulike grunnleggende kunnskaper og ferdigheter vi som sykepleiere må mestre/inneha i arbeidet med barn som pårørende til alvorlig kreftsyke foreldre (Kaasa, 2007 og Reitan og Schjøllberg, 2010). Husebø sin bok "Sykdom, sorg og kjærlighet – Hva kan vi lære av barna?" en sterk bok som har gitt oss kunnskap om hvor vanskelig det er for familien og spesielt barn i tiden fra misstanken om alvorlig sykdom oppstår, til diagnose, gjennom sydomsprosessen, den palliative omsorgen samt sorgprosesser og – arbeid (Husebø, 2005). Til slutt Kristoffersen, Nortvedt og Skaugs bind nr 1 av 4 "Grunnleggende sykepleie" som vi har brukt som referanseramme for sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees syn på menneske – til- menneske forhold og kommunikasjon (Kristoffersen, 2006 s. 11-99).

3.4 Kildekritikk

Når vi skal finne frem til sikre kilder må vi se etter både gyldighet, holdbarhet og relevans litteraturen har for valgte tema/problemstilling (Dalland, 2012).

Vi anser at all pensumlitteratur vi har tatt i bruk som sikker, med bakgrunn i at dette er anbefalt litteratur fra høyskolen og som blir brukt til undervisning.

Den selvvalgte litteraturen har vi kritisk vurdert i henhold til gyldighet, holdbarhet og relevans for problemstillingen vår. Vi har lagt vekt på å bruke primærlitteratur som er litteratur skrevet av forfatteren selv, en sikker kilde som ikke fortolkes på annen måte enn vår egen forståelse.

Vi har også med sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur innebærer at den er bearbeidet og presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige forfatteren. Her kan teksten være både oversatt og fortolket før vi leser den. Dette betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2012). Esempel på dette er Travelbees definisjon på sykepleie, som

bygger på et menneske – til – menneske forhold ble sitert i boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” fra 1999.

I Kirkevold og Ekerens bok ”Familien i sykepleiefaget” fra 2001 fant vi aktuell litteratur skrevet av Bugge, om hvordan vi kan støtte familier i sorg. Videre av Hynne som skriver om familien, den terminale kreftpasienten og sjukepleia.

Av fag- og forskningsartikler har vi brukt to engelske, to norske og to danske artikler. De er alle skrevet av fagpersoner innenfor sitt felt. Artikkene er skrevet fra tidsrommet 2000 og til nå, men vi mener at de likevel er relevante fordi de belyser problemstillingen vår.

Vi er også bevisste på at fordelene med nyere litteratur, er at den er mer oppdatert innenfor faget. Dette begrunner vi med at utviklingen innenfor fagområdet er raskt utviklende og nytenkende slik vi ser det.

3.5 Kvalitetsbedømming

I søkene etter fag- og forskningsartikler tok vi i bruk kjente databaser for å kvalitetssikre søkene. Vi hadde fokus på at kunnskapen vi fant skulle være så relevant og ny som mulig og hadde relevans til problemstillingen vår. Alle artikkene ble gjennomlest for å se om de kunne bidra til å svare på vår problemstilling.

For å kvalitetssikre artikkene tok vi bruk sjekklistene i Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart (2012 s. 90-94).

I forkant av dette arbeidet hadde vi satt oss inn i at fagartikler er som regel rettet mot bestemte faggrupper, og at ulike fagtidsskrifter inneholder en blanding av både fagstoff og artikler basert på forskning på ulike nivåer. Gjennom fagtidsskriftene kan en holde seg informert innenfor sitt eget fag, og det at en artikkel har stått i et fagtidsskrift er ikke uten videre et kvalitetsstempel (Dalland, 2012).

Artikler som blir publisert i de vitenskapelige tidsskriftene gjennomgår en mye strengere kvalitetssikring. Her stilles det bestemte krav om både innhold og form, og artikkene gjennomgår en fagfelleevaluering (peer review), som betyr at artikkene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Ibid.).

Vi har tatt i bruk en litteraturstudie – hva det innebærer er definert i innledningen av oppgaven, en fagartikkel som har bakgrunn i et bachelorprosjekt og tre forskningsartikler der det er benyttet kvalitative forskningsmetoder.

En kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle, mens en kvantitativ metode har den fordelene at den gir data i form av målbare enheter. Både kvalitative og kvantitative orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en

bedre forståelse av samfunnet, og hvordan vi som enkeltmennesker, grupper eller institusjon handler eller samhandler (Dalland, 2012). Forskjellen mellom disse metodene er knyttet til måten en samler inndata på.

Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Database	Av-grensning	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler	Ekskluderte artikler
12/2 2013	children AND communication AND parent AND cancer	CINAHL	2008-2011 Full tekst abstrakt Engelsk språk	11	2	Alle overskrifter	1	1
12/2 2013	experiences AND incurable AND cancer	PubMed via Helsebiblioteket	5 sist år Abstrakt Full tekst Engelsk språk	26	1	Alle overskrifter	1	0
12/2 2013	Sykepleien Forskning	Norart	År 2011	74	0	2	1	1
12/2-2013	Støttende samtaler	SveMed+	Ingen	1	0	1	1	0
12/2 2013	Kreft-sykepleie AND pårørende	Norart	År 2000 - present	7	0	2	1	1
12/2 2013	sykepleie barn pårørende	SveMed+	Norsk, svensk eller dansk språklig	2	0	1	1	0

4.0 Analyse

Vi har valgt å bruke en analysemetode som Malterud (2003) kaller systematisk tekstkondensering. Vi er klar over at dette er en metode som er ment for analyse av empirisk tekstmateriale (eksempelvis intervjuer, fokusgrupper og observasjoner). Men vi finner det hensiktsmessig å anvende en sterk tillempet bruk av denne innholdsanalysen fordi vi opplever den som forståelig og enklere å anvende i forhold til å finne likheter innenfor de funn vi har gjort. Vi har valgt å lage en review over utvalgt forskningslitteratur ut fra denne analysemetoden.

Analysearbeidet deles inn i fire trinn:

Alt materiale vi fant ble lest grundig i sin helhet, for at vi skulle kunne oppsummere innholdet, se etter ulike temaer og organisere arbeidet vårt (Malterud, 2003).

I de seks artiklene vi satt igjen med etter kvalitetsbedømming og ny gjennomlesning gav det oss 13 temaer som er relevante for vårt tema og problemstilling. Temaene er ”åpenhet”, ”bearbeidelse”, ”utfordringene ved å møte barn”, ”kompetanse”, ”tilrettelegging”, ”støtte”, ”tilgjengelighet”, ”oppretholde normalitet”, ”tidlig informasjonen og at den er hensiktsmessig og nyttig”, kommunikasjon”, ”trygghet”, ”sykepleie”, ” barns kognitive og psykososiale utvikling”.

I dette trinnet sier Malterud (2003) at vi skal merke oss de meningsbærende enhetene og systematiserer dem i kodegrupper.

Vi satte hvert tema opp på eget ark med fargekoder og leste igjennom artiklene på nytt. Etter hvert som vi leste igjennom artiklene trakk vi ut funn til de ulike kodegruppene vi tidligere hadde notert oss. Vi så da at flere av artiklene hadde samsvarende innhold rettet mot vår problemstilling. Funn som ikke direkte kunne relateres til problemstillingen ble sortert vekk. De nye funnene ble videre skrevet som underpunkter til de tidligere funnene, men markert for lett å kunne tydeliggjøre dem for videre arbeid.

I dette nest siste trinnet skriver Malterud (2003) at vi skal sortere de meningsbærende enhetene i en gruppe for hver kode, dette for at vi skal kunne vurdere om vi har nok enheter for hver kodegruppe. Vi skal også vurdere om vi kan sette noen sammen eller at vi må sortere dem ut.

Her så vi fort at det var flere kodegrupper som hadde for få meningsbærende enheter, disse var; ”åpenhet”, ”bearbeidelse”, ”kompetanse”, ”sykepleie” og ”tilgjengelighet”, ” barns kognitive og psykososiale utvikling”, ”tidlig informasjonen og at den er hensiktsmessig og nyttig”, ”oppretholde normalitet”. Disse ble satt tilside for å kunne bruke dem under andre

kodegrupper. Videre laget vi et skjema der vi samlet alle funnene fra alle artiklene, slik at alle artiklene fikk hver sin kodegruppe.

I dette siste trinnet skriver Malterud (2003) at vi skal samle all data vi nå har fått frem, sette dem sammen for å presentere ett ferdig resultat.

Funn og kodegrupper ble bearbeidet videre og organisert. Resultatet av det arbeidet gjorde at vi satt igjen med kodegruppene ”å møte barn”, ”tilrettelegging”, ”støtte”, ”kommunikasjon” og ”trygghet”. Disse kodegruppene og funnene blir presentert i neste kapittel under flere overskrifter for å gjøre resultatet mer oversiktlig.

Vi har 376 i rent sidetall, i tillegg til flere hele bøker som inngår under selvvalgt litteratur. Vi mener dermed å ha imøtekommet kravet om antall for selvvalgt litteratur.

5.0 Resultat

I kapittelet presenteres de funnene vi har gjort fra fag- og forskningsartiklene gjennom analysearbeidet for å finne svar på problemstillingen.

5.1 Møte med barn, og deres behov for støtte

At vi som sykepleierne kommer til å møte utfordringer i arbeidet med barn kan være både spennende og utfordrende, og det er viktig at vi er bevisste på våre holdninger, rolle, kompetanse og ansvar i en slik sammenheng (Antonsen, 2004).

Når mor eller far får kreft blir dette ofte en vanskelig situasjon for barna, og de har et stort behov for støtte (Ibid.). I sin artikkel med bakgrunn i kvalitative forskningsintervjuer, sier hun videre at barn og unge ikke føler seg ivaretatt nok av helsepersonell når mor eller far er syk. Vi som sykepleiere kan kanskje gjerne tenke at det er familiens ansvar å ivareta barna, men det er viktig å tenke over at familien er i en krise og mangler kanskje derfor det overskuddet som skal til for å inkludere og informere barna tilstrekkelig. Å si at familien og venner er de viktigste støttespillerne for mennesker i krise, unnlater ikke at vi som sykepleiere også har et ansvar. Det kan for eksempel være i forhold til skole, sikre at det er nok voksenkontakt og gi sorgstøtte. At barna får føle seg inkludert og sett i vanskelige situasjoner er forebyggende, og har en god innvirkning på mestringsevne samt at det kan det hindre eventuelle psykiske plager senere i livet (Antonsen, 2004).

I direkte møter med barna forteller de at det er ”de små tingene” som teller mest. Høflighet – som å hilse og presentere seg er viktig, og gjerne tilby noe som oppleves hyggelig. Eksempler på det kan være godteri, tegnesaker, en bok eller følge til og vise hvor det er en lekekrok – tilbudet avhenger av barnets alder. Dette uttrykker tydelig at barn er velkomne (ibid.).

Når barn er pårørende, bør både barnets og familiens behov kartlegges. Målet er å finne ut hva familien selv ønsker å gjøre, hva de trenger hjelp til og har behov for.

Bugge, Helseth & Darbyshire (2009) viser i sin artikkel hvordan et godt tilrettelagt støtteprogram kan være til fordel for både foreldre, pårørende og ikke minst barna. Den viser at med et etablert program så vil vi som sykepleiere også være mer forberedt for å ta i mot både de voksne og barna. Videre så viste resultatene at slike støtteprogrammer hjelper til med å få større innsikt i barnas tanker, reaksjoner og hvordan den vanskelige situasjonen påvirket deres daglige aktiviteter. Konflikter ble redusert i familien, førte til mer åpenhet, og ikke

minst at foreldrene lærte mer om hvordan de kunne lære sine barn og mestre en slik vanskelig situasjon det er når mor eller far er syk.

At vi møter barna på deres premisser, ut fra deres alder og behov for støtte er viktig. Hvilke behov de har vil variere fra barn til barn, så vi må la dem få tid til å bli kjent med både oss og avdelingen, mye er nytt og skremmende. At vi sammen med foreldrene kan være der for dem når de har behov for det gir en følelse av trygghet for alle (Ibid.).

5.2 Barns behov for tilrettelegging

For at vi som sykepleiere skal lettere kunne bidra med noe hyggelig, er det fint å vite på forhånd at barna kommer, for så å kunne forberede møtet. Som sykepleiere vet vi også at barna har behov for informasjon, samt være deltakende på lik linje som de voksne pårørende, men studien til Antonsen (2004) viser videre at barn ikke alltid blir tatt inn på avdelingen i sykdomsprosessen. Hun viser til at de ofte blir delaktige sent i den terminale fase. I tillegg til at dette er en vanskelig fase, blir barna utsatt for mange nye og vanskelige sanseintrykk der noen kan virke skremmende. Barna kan også til da ha laget seg skumle fantasier om hva som skjer, og barns fantasier kan fortone seg verre enn virkeligheten.

En god tilrettelegging blir det om barna blir trukket inn tidlig, der de får tid til å bli kjent med avdelingen og personalet som har ansvaret for mor eller far (ibid.).

Å legge forholdene tilrette for barna i en travel avdeling kan også være utfordrende, der tidspress, evt. manglende rutiner og rom samt uklare ansvarsforhold kan prege hverdagen. Det kom også frem i studien at noen mener det bør være pasientene som må prioriteres i travle perioder, mens andre poengterer at selv om sykepleierne ikke har tid til å følge opp familien, er det viktig å sikre at noen gjør det. At sykepleierens møte med barn som pårørende ofte blir tilfeldig, kan ha flere årsaker, men det som var mest fremtredende var at det var liten rutine for å inkludere barn som pårørende. Antonsen (2004) samsvarer dette med en rapport fra Kreftforeningen.

I forhold til tilrettelegging både for barna og de voksne viser vi til Bugge, Helseth & Darbyshire (2009) sin artikkel hvordan det kan tilrettelegges for at det ikke blir tilfeldig hvordan barn blir møtt og ivaretatt og av hvem. Det kan gjerne ta tid å etablere ett slikt støtteprogram som involverer hele familien, samt ressurskrevende, men vi tror at på sikt vil dette kunne være til stor fordel både for barnet spesielt, men også de foreldrene og oss som sykepleiere. Det vil

kunne være med å forebygge usikkerhet for hvem som har ansvaret, og muligheten for å være godt forberedt og legge til rette for behovene barna og familien måtte ha.

5.3 Kommunikasjonen med barna

Storm (2009) peker på i si artikkel at åpenhet og optimisme med en realistisk ærlighet er viktig i kommunikasjon med barn når mor eller far er alvorlig syke, samt at kommunikasjonen er tilrettelagt i forhold til barnets alder. En 6-8 åring har f.eks bruk for mer informasjon enn de som er yngre, og 9-11 åringer som tenker mer logisk vil kunne ha bruk for den mer detaljerte informasjonen om sykdommen, symptomene, bivirkninger og utsiktene.

Elmose (2011) beskriver i sin artikkel at i alle de 10 familiene som var med på prosjektet hennes så ønsket foreldrene en åpenhet om sykdommen, utviklingen av den og om familiens fremtid, men at det i mange tilfeller var det hardt å ta opp tema når spørsmålene kom.

Flere av barna synes også at det var vanskelig å se at den som var syk var forandret, de synes ikke det var deres mor eller far som lå der i sengen – den som var syk var både fysisk og psykisk forandret. De savnet den ”normale” mor eller far. Dermed var mye av samtalene preget av bekymring for fremtiden, og spesielt bekymringen for døden. Dette ble også tydeliggjort ved bruk av Visual Analog Skala (VAS), der disse barna i en skal fra 1-10 skåret 10.

Som Larsen (2011) viser i sin artikkel så kommer det også frem i Elmose (2011) at barn oppfatter at noe er galt før de blir fortalt om sykdommen. Men Elmose (2011) viser også til at ved manglende informasjon konstruerte gjerne barna sine egne forklaringer, men også at de visste mer om kreft enn det foreldrene var klar over. De var også klar over kreftsykdommens livstruende natur.

Hvordan barnas spørsmål, forståelse og reaksjoner er, henger sammen med alder, modenhet, tidligere erfaringer de har, hva andre hadde fortalt dem og hvordan samt hva de leste, hørte og hvilke ord som ble brukt. Hvilket innhold det var i samtalen hadde også betydning, noen var opptatt av om den syke kom til å overleve, mens andre hva prognosen var. Døden var særlig aktuelt om hvordan og når den kunne inntreffe, samt om selve sykdommen og behandlingen (Elmose, 2011).

5.4 Tilstrekkelig informasjon – gir trygghet

For at vi som sykepleiere skal kunne skape trygghet rundt barnet når de er i vanskelige livssituasjoner, slik som når mor eller far får kreft, er det viktig at vi kjenner til barnas reaksjoner på foreldrenes sykdom og deres behov for informasjon. (Storm, 2009). Barn har

ulike reaksjonsmønstre og risikoreaksjoner som er viktig for oss som sykepleiere å kjenne til. Storm (2009) skriver i sin artikkel at K. McCue mener at det er sykepleierens hovedoppgave å hjelpe barna ved å gi informasjon til foreldrene. I artikkelen refereres det også til en dansk artikkel fra 2008 av den danske psykologen Thastum som sier at når barn påtar seg foreldrerollen kan det medføre til at barnet risikerer å undertrykke sine egne følelser og spørsmål, så når barnet holder sine tanker for seg selv kan det risikere i at barnet fort drar forhastede konklusjoner og blir bærende på en unødig angst og usikkerhet. Dette kan igjen være med på og forverre situasjonen for barnet.

Storm (2009) viser derfor til situasjonene som McCue mener vi som sykepleiere bør være ekstra oppmerksomme på, barns reaksjoner i fasene når diagnosen stilles, langvarig adskillelse fra foreldrene – for eksempel ved innleggelse, når sykdommen blusser opp igjen, når behandlingen avsluttes – for eksempel når sykdommen ikke kan behandles og når familien venter på døden.

Det vil også kunne variere hvor mye barna får med seg av all den informasjonen som blir gitt om foreldres sykdom, men Larsen (2011) skriver i sin artikkel at mange barn gjerne har mistanke om at noe var alvorlig galt før de ble fortalt om sykdommen. Barn i de aller fleste aldre er gode observatører på foreldres helse, og trekker gjerne slutninger ut ifra foreldrenes emosjonelle tilstand – som endringer i atferd, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og atmosfæren i hjemmet.

Kennedy og Lloyd-Williams (2009) sier i sin artikkel at barn oppfatter informasjonen om mor eller far sykdom som svært urovekkende. Barna brukte gjerne ordene som ”trist”, ”opprørende” og at de følte seg ”knust” når de skulle beskrive opplevelsen. De gav også uttrykk for bekymring for den som var syk, som inkluderte død og hvordan de ville ”ta det” når sykdommen utviklet seg. De fikk bekymring for egen og søskens helse, om mulighet for dem å få kreft når de ble eldre. Frykten for å miste en fortrolig, fraværet av den syke forelderen og hvordan det ville påvirke livet deres kom også frem. Disse faktorene i tillegg til bivirkninger av behandling, sykehusbesøk og det å se mor eller far var syk eller lider påvirket barnas reaksjoner. Det som vises positivt i artikkelen var bl.a. at når foreldrene følte seg bedre så følte også barna seg bedre. Dette er med på å vise hvor sterk sammenheng det er mellom det å vite, se og oppfatte (Ibid).

6.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte problemstillingen: *Hvordan kan vi som sykepleiere kommunisere med barn i alderen 7-12 år for å gi dem opplevelsen av trygghet, når de er pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom?*

Etter gjennomgang av litteratur og fag- og forskningsartikler, ser vi at legges mye vekt på viktigheten av kommunikasjon med barn. Det er viktig at barn får tidlig informasjon, samt ha en åpenhet rundt det som er vanskelig for å skape den tryggheten barna trenger. Dette for å mestre den vanskelige livssituasjon det er når mor eller far får kreft. I funn så oppfatter vi det også slik at tilrettelegging for barn som pårørende burde vert bedre. Dette kommer også frem hos sykepleiere som er klar over viktigheten av dette, men også at sykepleierne føler at de ikke stekker til slik de ønsker. Noen av begrunnelsene som kommer frem er at forholdene ikke er nok/godt nok tilrettelagt, eller at et slikt arbeid er ikke satt i ett system eller del av en rutine.

I funn fra teori trekkes de nye lovendringene i henholdsvis spesialisthelsetjenestelovens § 3-7a og helsepersonellovens § 10 a frem. Disse lovene stiller krav til helseinstitusjoner om å ha en barneansvarlig som blant annet har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn, og helsepersonells plikt til å bidra til blant annet å ivareta mindreårige barn som pårørende. Disse Lovendringene trådte i kraft 1. januar 2010.

På bakgrunn av dette har vi valgt å dele opp drøftingen i tre kapitler; barn som pårørende, kommunikasjon med barn og opplevelsen av trygghet som hver for seg trekker frem hovedpunktene i tematikken /problemstillingen i oppgaven.

Vi ser det også slik at ved å dele opp drøftingen i flere kapitler, vil dette gjøre drøftingsdelen mer oversiktlig for leseren.

6.1 Barn som pårørende

Når vi som sykepleiere har omsorg for alvorlig syke pasienter innbefatter det også omsorg for de pårørende, og når det i tillegg er barn må de gis en spesiell oppmerksomhet. Dette ser vi i sammenheng med at de kan oppleve angst eller lidelse i forbindelse med alvorlig sykdom hos mor eller far.

Funn viser at å møte barn som pårørende gir mange utfordringer, og at barn i skolealder var mer utfordrerne å forholde seg til, på grunn av at de var mer lukket sammenlignet med yngre

barn. At vi som sykepleiere må inneha kunnskap og interesse for barn kom frem som en viktig forutsetning i møtet med barna (Antonsen, 2004). I følge Antonsen så har sykepleiere har mange utfordringer ovenfor pårørende, og bør bevisstgjøre sine holdninger overfor barn som pårørende, samt bevisst gjøre sin rolle, kompetanse og ansvar for denne rollen. Vi mener at dette kan sees i sammenheng med spesialisthelsetjenestelovens § 3-7 a og helsepersonellovens § 10 a. Lovendringene som trådte i kraft den 1. januar 2010 som førte til at helseinstitusjoner ble pålagt å ha barneansvarlig personell, og at helsepersonell fikk plikt til å ivareta barn som pårørende (Lovdata, 2013).

Å oppleve at mor eller far er kreftsyk og innlagt på sykehus er en vanskelig situasjon for barn og behovet for støtte er stort (Antonsen, 2004). Vi ser på det slik at som sykepleiere har vi et stort ansvar for å tilrettelegge for barn som pårørende. Det kan blant annet være i forhold til skole, sikre nok voksen kontakt og sorgstøtte.

I Antonsen (2004) sin artikkel kommer det frem at det stilles krav til sykepleierne i møte med barn som pårørende. Hun intervjuet sykepleiere som viste til viktige egenskaper som kunnskap og interesse for barn, mot til å møte familiens lidelse, evne til å se og respektere barn i vanskelige situasjoner. Sykepleierne uttrykte også at disse egenskapene utvikles gjennom erfaring både faglig og menneskelig. Likevel har ikke alle evne til og arbeide med barn som pårørende. Kunnskap og interesse for barn ble fremhevet som en viktig forutsetning. Som sykepleierne bør man bevisstgjøre sine holdninger overfor barn, samt sin rolle, kompetanse og ansvar.

Storm (2009) gir i sin artikkel eksempel på hvordan sykepleiere kan ivareta barn som pårørende gjennom ett etablert system, hun henviser til hematologisk avdeling på Herlev Hospital i Danmark. Erfaringene de har gjort er at foreldrene opplever at sykepleierne er oppmerksomme på barns eksistens og behov. Videre sier hun i sin artikkel at den eksisterende forskningen på området kan inspirere sykepleiere til å arbeide mer målrettet med det viktige arbeidet omkring barn som pårørende. Hun sier også at det er viktig å iverksette/implementere sykepleien til disse barna i det daglige arbeidet. Det kan være vanskelig å miste foreldre, men vanskeligere å ha alvorlig syke foreldre. Og sykepleiehandlingene kan her være avgjørende for barnas fremtidige trivsel.

6.1 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjonen er viktig for å skape mening i situasjoner, i denne sammenheng hjelpe barnet til å forstå budskapet. Gi dem verdighet i vanskelige situasjoner og anerkjenne barnet for det selvstendige individet det er (Ruud, 2011).

Grønseth og Markestad (2011) sier om kommunikasjon at det å møte barn handler ikke om å finne de rett ordene, men det å være tilgjengelig, være tålmodig, ta utfordringer og se muligheter. Dette bygger videre på det å ha kunnskaper og erfaringer om hvordan barn uttrykker seg. Videre trekker de frem at barn også kan være vare for sykepleierens toneleie og nonverbale signaler. Og barnet kan kategorisere sykepleieren som ”snill” eller ”slem” basert på hva sykepleieren sier, men også i stor grad på hvordan sykepleieren opptrer (Ibid.). Vi ser da ut ifra at denne teorien at det er en stor forskjell på om vi som sykepleiere smiler og henvender oss direkte til barnet, enn at vi står med hendene godt plantet i siden. Det er viktig at vi som sykepleiere er både fysisk og psykisk til stede, for at barnet skal få tillit til oss som sykepleiere.

Vi støtter oss til det Grønseth og Markestad (2011) mener, at for å få tillit må vi som sykepleiere like og respektere barn, vise interesse, bruke tid og gjøre hyggelige ting sammen med dem. Å bli kjent med barnet som person, involvere seg, tørre å bli følelsesmessig berørt, gi av seg selv, utvikle tillitsforhold, samt være ærlig, forklare og hjelpe barnet til å forstå er viktige sykepleie egenskaper. Funn fra Storm (2009) viser at kommunikasjon med barn når mor eller far er alvorlig syke bør inneholde åpenhet og optimisme. En realistisk ærlighet, samt måten vi tilrettelegger samtalen på bør tilpasses barnets alder og modenhet.

Teori viser oss at barn i alderen 7-12 år har evne til å systematisere erfaringer på en kvalitativ måte. Tankegangen er mer uavhengig av det som skjer her og nå, og de kan se en situasjon fra flere synsvinkler. At de holder lengre på oppmerksomheten, og skiller mellom sentral og perifer informasjon, er sentralt for muligheten til å kommunisere med andre (Ruud, 2011). Øvrig teori viser også at barn i denne alderen har utviklet evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger (Piaget, i Håkonsen, 2009).

At det er viktig å tilpasse informasjonen kommer frem i Larsen (2011) sin artikkel der hun peker på at det kan variere hva barna får med seg av informasjonen som blir gitt. Barn vil gjerne ha en ærlig og konkret informasjon om både sykdom, behandling og diagnose, men at i mangel på informasjon kan barna konstruere sine egne forklaringer som kan være preget av

missforståelser. Barna sine spørsmål, forståelse og reaksjoner henger sammen med både alder, modenhet og tidligere erfaringer (Larsen, 2011 og Elmoose, 2010).

Dette underbygges av teori som sier at barn tenker og årsaksforklarer hendelser annerledes enn oss voksne, i tillegg til en begrenset hukommelse og språkutvikling kan dette være med på å bidra til at det kan oppstå store missforståelse. Derfor vil det alltid være en utfordring å hjelpe barn til å forstå det som skjer, fordi hvilken måte en tenker og forstår hendelser, har stor betydning for muligheten til mestring (Ruud, 2011).

Gjennom funn vi har gjort ved å se på litteraturen kommer det tydelig frem at foreldrene er barnas viktigste kilde til informasjon (Storm, 2009). Det er derfor viktig at også foreldrene opplever at vi som sykepleiere er oppmerksomme på barnas eksistens og behov. At vi tar initiativ til å snakke om barna, støtte, hjelpe og informere foreldrene om det å inkludere barna, hvilke reaksjoner barna kan få og ha når en av foreldrene er alvorlig syke (Ibid.).

6.2 Opplevelsen av trygghet

Å være trygg er en følelse eller en subjektiv oppfatning, en indre tilstand, ofte relatert til det livet vi lever og til samspillet vårt med omverden. En tolker de tegn som blir gitt for å gi trygghet, og tolkingen blir avgjørende for hvordan en handler (Norås, 2010).

Både forskning og teori viser at med endringer i familie- og livssituasjon så skjer det ofte at spesielt barn får for lite informasjon (Holmsen, 2004 og Kennedy og Lloyd-Williams, 2009). Å tro at dette er til barnas beste kan føre til at barnet får følelsen av enda mer utrygghet og usikkerhet enn det som kanskje var ment i utgangspunktet. Når barn får informasjon om mor eller far sykdom oppfattes dette gjerne som svært urovekkende, og barna brukte ord som ”trist”, ”oppværende” og at de følte seg ”knust” når de skulle beskrive opplevelsen. De gav også uttrykk for bekymring for den som var syk, frykten for å miste en fortrolig, fraværet av den syke forelderen og hvordan dette ville prege livet deres. I tillegg ble bekymring for egen og søskens helse og om muligheten for dem å få kreft når de ble eldre også trekt frem (Ibid.).

I følge Bugge, Helseth & Darbyshire (2009) og Larsen (2011) forstår vi det slik at når en familie som er i vanskelig livssituasjon, bør det ikke skape mer usikkerhet enn det kanskje allerede er. Vår oppgave som sykepleiere kan være å skape trygghet, som gir både barnet og de voksne en følelse av å være ivaretatt og sett. Dette kan underbygges med teori av Thorsen i Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2006, kapittel 16), han skriver at trygghet som behov blir kanskje tydeligst når vi tenker på små barn. Han trekker også frem at barna lever i nær sammenheng i tid og rom med sine foreldre.

Dette kan igjen sees i sammenheng med funn som viser at åpenhet, tidlig informasjon, å svare ærlig på spørsmål og samtidig å være var for reaksjoner både verbalt og nonverbalt er viktig i slike sammenhenger (Bugge, Helseth & Darbyshire, 2009 og Larsen, 2011).

En del av det å skape trygghet er å opprettholde de daglige aktivitetene tross sykdom, tap og savn. At familien har et felles syn fundamentet i hverdagen og hvordan det vil bli fremover er viktig. Dette kan skapes gjennom å være åpen om følelser, og ha respekt for at dette oppleves forskjellig, ha åpenhet om betydningen for omsorg og nærhet og at dette også ønskes og oppleves forskjellig (Elmose, 2009).

Tilsvarende funn fra Bugge, Helseth & Darbyshire (2009) og Kennedy og Lloyd-Williams (2009) viser at ved å gjøre bruk av et støtteprogram for familiene, hjalp dem å få en større innsikt i barnas tanker, reaksjoner og hvordan situasjonen påvirket deres daglige aktiviteter. Foreldrene kunne også fortelle om hvordan konflikter ble redusert, at de kunne snakke mer åpent sammen om situasjonen i familien, og at de lærte om hvordan de kunne lære sine barn og mestre situasjonen. Foreldrene og barna ble sterkere knyttet til hverandre, lærte hverandre bedre å kjenne og at de samlet satte mer pris på den enkleste hverdag og de tingene som var viktig (Ibid.).

Ved å gi barn tidlig informasjon vil barna lettere mestre foreldrenes sykdom, og det blir lettere både for barna og foreldrene å håndtere situasjonen sammen. Det er viktig å sette ord på sykdommen og fortelle hva en vet om den, hva som forventes og hva som vil skje. Samt la barna stille spørsmål og gi dem ærlige svar, om for eksempel om mor eller far skal dø, hvem som da vil være der for dem. Vi skal også respektere om barnet ikke ønsker å snakke om situasjonen, men likevel møte dem på det måtte ønske å ha behov for. Barnet skal føle at de personene de har kontakt med kan de ha tillit til og snakke med når de har behov for det, personen de har kontakt med kan de ha tillit til og snakke med når de har behov for det (Storm, 2009).

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å besvare problemstillingen:

Hvordan kan vi som sykepleiere kommunisere med barn i alderen 7-12 år for å gi dem opplevelsen av trygghet, når de er pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom?

Barn som pårørende til en forelder med en alvorlig og ikke kurerbar kreftsykdom, kan føre til mange og ulike reaksjoner hos barn. De kan blandt annet reagere med angst, gråt, sinne, frykt og følelsen av at dette er urettferdig. Som sykepleiere blir det viktig å møte barna med forståelse, vennlighet og en åpenhet som skaper rom for trygghet.

For barn er det viktig å finne mening i situasjoner, og en viktig oppgave for oss sykepleiere blir å gi dem tilstrekkelig informasjon og hjelpe dem til å forstå budskapet vi vil formidle. Måten og innholdet i budskapet bør også tilpasses barnet evne til å forstå. I følge Grønseth og Markestad (2011) handler kommunikasjonen med barn ikke om å finne de rette ordene, men at vi som sykepleiere er tilgjengelige, er tålmodige, tar utfordringer og ser muligheter. Dette er viktige egenskaper for oss som sykepleiere å ha, og vi tilegner oss dem gjennom å ha kunnskap om barnets kognitive og psykososiale utvikling.

Å gi ett barn opplevelsen av trygghet utfordrer oss som sykepleiere. Fordi opplevelsen av trygghet er i følge Norås (2010) en subjektiv oppfattning. Men hun beskriver videre at å være trygg er en følelse, en indre tilstand som ofte er relatert til det livet vi lever og i samspillet vårt med omverden.

Å gi trygghet til barn kan innebære flere ting, som blant annet åpenhet, tidlig informasjon, å svare ærlig på spørsmål og være var for de verbale og nonverbale reaksjonene hos barn. Dette er viktig for oss som sykepleiere å ha kunnskap om, fordi det kan være med å bidra til at barna lettere kan mestre foreldres alvorlige sykdom.

I arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss kunnskap om at kommunikasjon med barn som pårørende for å gi dem trygghet, kan være både utfordrende og krevende, og at det stilles store krav til oss som sykepleiere innenfor dette arbeidet. Hvordan vi kan gi det enkelte barn opplevelsen av trygghet avhenger av vår egen kunnskap, og hvordan vi tilrettelegger for dette. Vi ser også at i forhold til arbeidet med å gi nok og riktig informasjon vil være viktige momenter for å skape trygghet. Å møte barnet på deres premisser; både emosjonelt og verbalt

blir viktig for at vi skal kunne ha en god kommunikasjon, og for å kunne gi barn opplevelsen av trygghet.

Gjennom å ha belyst ulike sider av tematikken, mener vi å ha besvart problemstillingen så godt vi har kunnet. Vi ser også på det slik at kunnskapen vi har tilegnet oss, har vært lærerik og nyttig for å ta med seg videre i arbeidet som sykepleiere. Dette fordi det også fremkommer gjennom relevant teori og forskning vi har gjort, at arbeidet med barn som pårørende til foreldre med alvorlig kreftsykdom kan mer og bedre synliggjøres. Et arbeid som virker både spennende, utfordrende for oss som nyutdannede sykepleiere.

8.0 Referanser

- *Antonsen, E. B. (2004). *Skolebarn er også pårørende*. Hentet 01 06, 2013 fra Sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119939/skolebarn-er-ogsa-parorende>
- *Bugge, E. (2000). Hvordan støtte familier i sorg? I M. Kirkevold, & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget (2001, s.87-107)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Bugge, K. E., Helseth, S. P., & Darbyshire, P. P. (2009). Parents' experiences of a Family Support Program when a parent has incurable cancer. *Journal of Clinical Nursing, Årg. 2009 nr 18*. Hentet 01 31, 2013 fra Journal of Clinical Nursing.
- *Collerbox. (2013). Hentet 01 15, 2013 fra <http://www.colourbox.com/education>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving (5. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Dyregrov, K. (2012). Når foreldre har alvorlig kreftsykdom - eller dør av den. I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende (s. 44-65)*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Kommunikasjon med barn og unge (s. 364-378). I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Elmose, B. (2011). *Sygeplejersken 2011;111 (17) 62-7*. Hentet 01 27, 2013 fra <http://viewer.webproof.com/pageflip/345/64521/index.html#/63/>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie (s. 81-88) (3. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi (s. 43 og 218-236) (4. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- *Helseth, S. P., & Ulfsaet, N. R. (2003). *Having a Parent with Cancer: Coping and Quality of Life of Children During Serious Illness in the Family: Cancer Nursing 26 (5): 255-262*. Hentet 01 28, 2013 fra British Nursing Index via Ovid via Helsebiblioteket: http://ovidsp.uk.ovid.com.proxy.helsebiblioteket.no/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?&S=BFJLPDJNFPHFJPNOFNOKKAEGDNPFAA00&Browse=Toc+Children%7cYES%7cS.sh.27391_1359357510_181.27391_1359357510_193.27391_1359357510_198.27391_1359357510_199%7c17%7c50
- *Holmsen, M. (2004). *Samtalebilder og tegninger: - en vi til kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner (s.18-43)*. Oslo: N.W. Damm & Søn.

- *Husebø, S. (2005). *Sykdom, sorg og kjærlighet: Hva kan vi lære av barn?* (s. 2-80). Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- *Kaasa, S. (Red.). (2007). *Palliasjon: Nordisk lærebok*, s. 37 (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kennedy, V. L., & Lloyd-Williams, M. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-Oncology*, Årg. 2009 nr 18, ss. 886-892.
- *Kirkevold, M. (2001). Familiens plass i sykepleien. I M. Kirkevold, & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (ss. 45-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kirkevold, M. (2010). *Sygeplejeteorier: Analyse og evaluering* (3. utg.). København: Munksgaard Danmark.
- *Kreftforeningen. (2012). Hentet 02 15, 2013 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/barn-og-unge/nar-barn-og-unge-blir-parorende/>
- *Kreftregisteret. (2010). Hentet 02 15, 2013 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- *Kreftregisteret. (2013). Hentet 03 03, 2013 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Antall-barn-med-kreftsykeforeldre-er-kartlagt-/>
- *Kristoffersen, N. J. (2006). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s. 11-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Larsen, B. H., & Nortvedt, M. W. (2011). *Barn og unges informasjonsbehov når mor eller far får kreft* 6 (1):70-77 DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0068. Hentet 01 28, 2013 fra [Sykepleien Forskning.no](http://Sykepleien.Forskning.no).
- *Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64. (2013). Hentet 03 03, 2013 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/tl-19990702-064-002.html&emne=barn*%20%2b%20som*%20%2b%20pårørende*&&
- *Lov om spesialhelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61. (2013). Hentet 03 03, 2013 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/tl-19990702-061-003.html&emne=barn*%20%2b%20som*%20%2b%20pårørende*&&
- *Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- *Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen, (331-350). I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsjukepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Akribe AS.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- *Reitan, A. M., & Schjøllberg, T. K. (2010). *Kreftsjukepleie, pasient - utfordring - handling* (3. utg.). (T. K. Schjøllberg, Red.) Oslo: Akribe AS.
- *Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Sæteren, B. (2010). Sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient - utfordring - handling* (s. 257-268) (3. utg.). Oslo: Akribe AS.
- *Storm, I. M. (2009, 10 16). Sygepleje til børn som pårørende. *Tidsskriftet Sygeplejersken*, Årg. 2009 nr 19, ss. 50-54.
- *Thorsen, R. (2006). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie, bind 3, s.13-38*. Gyldendal Akademiske.
- *Travelbee, J. (1999). *Mellomenneskelige forhold i sykepleie* (s. 29). Oslo: Universitetsforlaget.
- *Værholm, R. (2012, 04). *Når barn og ungdom blir pårørende*. Hentet 01 25, 2013 fra Kreftforeningens Råd og rettigheter: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/barn-og-unge/nar-barn-og-unge-blir-parorende/>

9.0 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1 Oversikt over artikler

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn
Antonsen, E.B. 2004 Norge Sykepleien Forskning	”Skolebarn er også pårørende”	Hensikten i artikkelen var å innhente og systematisere kunnskap om sykepleieres erfaringer i møte med skolebarn som pårørende. Undersøkelse ne er gjort på en onkologisk avdeling der en av foreldrene var rammet av kreft. innhente kunnskap om hvordan sykepleiere kan støtte barn i den vanskelige situasjonen de er i, samt	Metoden som ble brukt var kvalitative forsknings- intervjuer.	Deltagerne var 9 sykepleiere i alderen 24-64 år som arbeidet ved onkologisk avdeling.	Resultatet av intervjuene viste at utfordringene ved å møte barn som pårørende var mange. Barn i skolealder var mer utfordrerne å forholde seg til på grunn av at de var mer lukket sammenlignet med yngre barn. Kunnskap og interesse for barn kom frem som en viktig forutsetning i møtet med barna. De fysiske forholdene er også en utfordring i forhold til det miljøet man møter barna i. Artikkelen viser at det er mange utfordringer i møte med barn som pårørende. Som sykepleiere må vi være bevist på våre holdninger, på våres rolle, den kompetansen vi har og hvilke kompetanse vi trenger å tilegne oss. Vi har et stort ansvar i den jobben vi gjør som sykepleiere.

		hvilke forutsetninger som må være til stede for at det skal kunne gjennomføres.			
Bugge, K. E., Helseth, S. P., & Darbyshire, P. P. 2009 Engelsk Journal of Clinical nursing	“Parents experiences of a Family Support Program when a parent has incurable cancer”	Hensikten var å finne ut om hva kunnskap unge foreldre har - om hvilke behov barn har for informasjon og støtte når foreldre rammes av kreftsykdom og forestående død.	Metoden som ble brukt var dybde interjuv.	De som deltok var pasienter med uhelbredelig kreft, deres partnere og eks-partnere med barn i alderen 5-18 år. Tretten foreldre deltok.	Resultatene i studien viste at ved å gjøre bruk av et støtte program for familiene, hjalp dem å få en større innsikt i barnas tanker, reaksjoner og hvordan situasjonen påvirket deres daglige aktiviteter. Foreldrene kunne også fortelle om hvordan konflikter ble redusert, at de kunne snakke mer åpent sammen om situasjonen i familien, og at de lærte om hvordan de kunne lære sine barn og mestre situasjonen. Artikkelen viser at med et Family Support Program kan en imøtekomme foreldrenes behov for informasjon og støtte om hvordan de kan takle sine barn under pasientens terminale sykdom. Artikkelen viser også hvor viktig det er å være tilgjengelig for alle, ikke bare pasienten men også de pårørende og spesielt barna, når en i familien har en så alvorlig diagnose og prognose.
Elmose, B. 2011 Danmark Tidsskriftet	”Støttende samtaler viktige for familiens	Det overordnede målet var å tilgodese	En kvalitativ deskriptiv metode, med bruk av en	En sykepleier ledet samtalen. Alderen på de	Funnene en kom frem til er at det viktig å opprettholde de daglige aktivitetene tross sykdom, tap og savn. At det viktig å ha et felles syn

<p>Sygeplejersken</p>	<p>fælles fundament”</p>	<p>familiens og spesielt barnas trivsel gjennom familieorienterte samtaler. Å få avdekket i hvilket omfang familiesamtaler er en støtte for foreldre og barn, samt å belyse de mest fremtredene temaene som kom frem i samtaler. Dette var også utgangspunktet for interjувguiden som ble bruk, og hvordan den ble justert etter behov.</p>	<p>fenomelogisk fremgangsmåte. En interjувguide ble bruk til hjelp i samtaler med familiene. Teoretisk referanseramme var en kombinasjon av en systematisk og fenomenologisk tilnærming.</p>	<p>som deltok var mellom 10-21 år, det ble tatt individuelle hensyn på grunn av de yngstes alder.</p>	<p>på fundamentet i hverdagen og hvordan det vil bli fremover. Å at dette skapes gjennom å være åpen om følelser – at de oppleves forskjellig, ha åpenhet om betydningen for omsorg og nærhet – at det ønskes og oppleves forskjellig. Også i denne artikkelen pekes det på hvor viktig det er med kunnskap om behov for støtte, informasjon, åpenhet – hvordan vi best mulig kan være til stede for den enkelte og familien. At fellesskapet i familien er viktig, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at dette kan styrkes og ivaretas.</p>
<p>Kennedy, V.L. & Lloyd-Williams, M. 2009</p>	<p>”How children cope when a parent has advanced</p>	<p>Hensikten er å se på barns og foreldres perspektiv om hvordan barnmestrer å ha</p>	<p>Metoden er kvalitativ. Semi-strukturerte intervju med foreldre som</p>	<p>Det deltok 28 stk fra 12 familier i studien. Av dem var det 10syke</p>	<p>Funn i studien viste at barna hadde mye bekymringer for den syke forelderens diagnose, i tillegg til bekymringer generelt for foreldrenes og egen helse. Videre viste studien at den mest</p>

Psycho- Oncology	cancer”	en forelder med avansert kreft, samt belyse områder der det kan være vansker for barn å få den støtten de trenger for å mestre en slik vanskelig situasjon.	er syke av avansert kreft og foreldre som var friske og/eller deres barn over 7 år.	foreldre, 7 friske foreldre og 11 barn mellom 8-18 år. De som deltok ble informert om studien av helsepersonell, og i etterkant av det oppgav de kontaktinformasjon til forskerne av studien.	dominerende mestringsmekanismen var å opptre normalt og distraksjon. De fikk også et økt ansvar hjemme og med det redusert sin sosiale aktivitet, som den mest påfallende endringen i hverdagen. Foreldrene og barna ble sterkere knyttet til hverandre, lærte hverandre bedre å kjenne og at de samlet satte mer pris på den enkleste hverdag og de tingene som var viktig. Det kom også frem at foreldrene ikke oppfattet at sykdommen hadde en så stor innvirkning på barna, som barna selv gav uttrykk for.
Larsen, B. H., & Nortvedt, M. W. 2011 Norge Sykepleien Forskning	”Barn og unges informasjonsbehov når mor eller far får kreft ”	Hensikten var å gjennomgå eksisterende forskning som utdyper og konkretiserer informasjonsbehovet barn og unge har når mor eller far får kreft.	Det ble brukt litteraturstudie som metode. Og det ble søkt systematisk etter bakgrunns- materialet fra Joanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, PsycInfo, Medline,	Det ble brukt 11 enkeltstudier og en oversikts- artikkel.	Det som ble synliggjort var informasjons- behovet hos barn og ungdom innenfor seks områder: barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse Det er foreldrene som er barnas viktigste informasjons-kilde. Barna vil ha ærlig og konkret informasjon om sykdom, behandling og prognose.

			Cinahl og Svemed+		
Skou Storm, I.M. 2009 Danmark Sygeplejersken	”Sygepleje til børn som pårørende”	Hensikten er å se på hvilken kunnskap vi som sykepleiere bør ha når vi arbeider med barn som har alvorlig syke foreldre. Kunnskap om hvilke reaksjoner barna kan få i hht foreldres sykdom, hva er barnas behov for informasjon og støtte.			Artikkelen viser at det er viktig at foreldrene opplever at sykepleierne er oppmerksomme på barnas eksistens og behov i familien. At det blir tatt initiativ til å snakke om barna, støtte, hjelpe og informere foreldrene om det å inkludere barna, hvilke reaksjoner barna kan få og ha når en av foreldrene er alvorlig syke. Viktig for foreldre å vite at personalet kan være til hjelp om det oppstår problemer, at foreldre får alenetid sammen og ikke minst at barn skal føle seg velkommen på avdelingen. Det er foreldrene som er barnas viktigste informasjons-kilde. Barna vil ha ærlig og konkret informasjon om sykdom, behandling og prognose.