



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling Kongsvinger

4BACH

Therese Gaustad og Veronica Sanchez Lande

Veileder: Marit Berg

«Kommunikasjon med kreftsyke barn»

«Communication with children with cancer»

Antall ord: 11.840

Bachelor i sykepleie 2011

2014

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven handler om hvordan en sykepleier best kan kommunisere, for å oppnå sykdomsforståelse og trygghet hos et kreftsykt barn. Sykepleierteoretikeren som vi har basert oss på i denne oppgaven er Joyce Travelbee. Oppgaven er bygget på et fiktivt case, hvor en gutt som er 7 år og har en hjernesvulst, blir innlagt på sykehus. Drøftingen tar for seg sykehusinleggelsen, oppholdet og behandlingstiden, tiden etter behandlingen og samtaler om døden.

I oppgaven kommer viktigheten av kommunikasjon i forhold til trygghet og forståelse frem, og det viser seg at det er en god sammenheng mellom det at et kreftsykt barn skal forstå sin egen sykdom og føle seg trygg. Vi ser at kommunikasjon er en stor utfordring for sykepleiere når det kommer til pediatrik sykepleie, og at det kreves at sykepleieren har kunnskaper og erfaringer for å mestre det dette innebærer.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Avgrensning av oppgave	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Problemstilling	5
1.4 Case	5
1.5 Oppgaven disposisjon	6
1.6 Anonymisering og begrepsavklaring	6
2 Metode	8
2.1 Valg av metode	8
2.2 Metode og kildekritikk	8
2.3 Litteratursøking og gjennomgang	10
3 Teori	12
3.1 Hjernesvulst	12
3.2 Sykepleie til barn	13
3.3 Joyce Travelbee Sykepleieteori	15
3.4 Kommunikasjon med barn	16
3.5 Informasjon til barn	17
3.6 Samtale med barn om døden	18
3.7 Kommunikasjon ved bruk av hjelpemidler	19
3.8 Samtaleteknikker	20
3.9 Lek på sykehus	21
4 Lover og retningslinjer	23
4.1 Helsepersonell loven	23
4.2 Pasient og brukerrettighetsloven	23
4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier	24
4.4 Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon	24
5 Drøfting	25
5.1 Emils sykehusinnleggelse	25
5.2 Opphold og behandling	29
5.3 Etter behandling	31
5.4 Samtaler med Emil om døden	33
6 Konklusjon	36
7 Bibliografi	38
8 Vedlegg 1	41
.....	41
9 Vedlegg 2	43

1 Innledning

I Norge er det 180 barn hvert år som får diagnosen kreft. Kreftformene som er hyppigst hos barn er delt inn i 3 omtrent like store grupper. Det er akutte leukemier, hjernesvulst og svulster på forskjellige organer og deler av kroppen. Ca 75-80% overlever takket være god medisinsk behandling. (Barnekreftforeningen. 2014) Når et barn får kreft, blir tilværelsen snudd på hodet, ikke bare for barnet men for hele familien. Diagnosen innebærer som oftest at barnet vil bli nødt til å tilbringe store deler av hverdagen på sykehus. God kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn. (Grønseth, 2011) Dette ser vi nærmere på her i våres bacheloroppgave i sykepleie. Oppgaven er bygd opp på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forsknings artikler.

1.1 Avgrensing av oppgave

Grunnet oppgavens omfang- og tidsbegrensning har vi valgt å avgrense oppgaven noe.

Vi ønsker ikke å ta med foreldrenes fulle rolle i denne situasjonen. Vi vet at familien må ses på som en helhet og at de er nøkkelen til en god relasjon til barnet. Da foreldrene har en så viktig rolle i forhold til barnet, og vil være tilstede under hele oppholdet på sykehuset. Vi vil nevne dette underveis. Vi ønsker heller å fokusere på barnet og kommunikasjonen samt forhold mellom sykepleier- og det kreftsyke barnet. Vi vet at selve diagnosen kan true barnets grunnleggende behov som søvn/hvile/ernæring og eliminasjon. Vi vet også at ivaretagelsen av de grunnleggende behovet til det syke barnet er en stor del av sykepleierens oppgave, men på grunn av omfanget av oppgaven velger vi bort sykepleie på disse områdene. Og legger heller den største tyngden på kommunikasjon, forståelse og trygghet. Barnet vi velger å skrive om er 7 år gammelt, fordi vi tror at utfordringen vil bli større da det er stor forskjell på barn i førskolealder og grunnskolealder.

Vi velger å ikke gå så dypt inn i behandlingsprosedyren, men har mer fokus på situasjonen og kommunikasjonen rundt behandling. Vi legger heller den største tyngden på kommunikasjon, forståelse og trygghet. Med forståelse mener vi sykdomsforståelsen Emil har. Vi velger å ikke skrive om det nedsatte immunforsvaret cytostatika kan medføre fordi vi ikke vil drøfte Emils situasjon dersom han må isoleres.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi ønsker å skrive om dette tema fordi vi er to studenter som interesserer oss for dette. Vi synes det er et relevant tema da vi trolig kommer til å møte pasienter med denne diagnosen og i denne aldersgruppen videre i arbeidslivet som sykepleiere. Videre vet vi at det er mye forskning som er aktuell rundt kreft hos barn og ønsker derfor å lære mer om dette temaet. Vi har spesifisert det slik at det skal handle om det kreftsyke barnet fordi vi begge mener det blir en annen utfordring i forhold til kommunikasjon og behandling enn om det hadde vært voksne med kreft. Det finnes også en stor interesse hos oss begge når det kommer til å jobbe med barn etter endt utdanning.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen vi tar for oss er:

«Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til å skape forståelse og trygghet hos det kreftsyke barnet?»

1.4 Case

Emil 7 år kom inn med kreftdiagnosen hjernesvulst. Emil er redd, usikker og gråter mye da dette er hans første opphold på sykehuset. Han er i ukjente omgivelser og blant ukjente mennesker noe som kan være skremmende eller skummelt for et hvert barn. Foreldrene er tilstede stort sett hele tiden, men likevel virker Emil usikker. Emil har vært en aktiv og blid gutt siden han ble født, men på grunn av hans diagnose og behandlingen denne medfører kan han stå i fare for inaktivitet. Vi tar utgangspunktet i starten da Emil kommer inn på sykehuset og frem til tiden etter han har mottatt behandling.

1.5 Oppgaven disposisjon

Vi har valgt å dele oppgaven våres opp i følgende hoveddeler.

1. Innledning.
2. Metode og utvalg. Her har vi med metode, valg av metode, kildekritikk, og litteratursøking og gjennomgang.
3. Teoridel. Her har vi med hjernesvulst, sykepleie til barn, Joyce Travelbees sykepleieteori, kommunikasjon med barn, informasjon til barn, samtale med barn om døden, kommunikasjon ved bruk av hjelpemidler, samtaleteknikker, og lek på sykehus.
4. Lover og retningslinjer. Her har vi med helsepersonell loven, pasient og brukerrettighetsloven, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.
5. Drøftningsdel. Her har vi med Emils sykehusinnleggelse, opphold og behandling, etter behandling, og samtaler med Emil om døden.
6. Konklusjon.
7. Litteraturliste.
8. Vedlegg 1. Søkehistorie.
9. Vedlegg 2. Pico-Skjema

1.6 Anonymisering og begrepsavklaring

Anonymisering er når opplysninger om en pasient eller bruker ikke på noen som helst måte kan indentifiseres i et data materiale. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne personen direkte gjennom navn eller personnummer eller indirekte gjennom andre bakgrunnsopplysninger. (Dalland, 2013) Hensiktens med anonymisering er først og fremst å ikke bryte taushetsplikten og beskytte den enkeltes personvern. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009) Vi har valgt å lage en fiktiv case, så det er ikke nødvendig med anonymisering i våres oppgave.

Begrepsavklaring:

Kommunikasjon: Eide&Eide(2010) definerer kommunikasjon som utveksling av meningsfylte ord eller tegn mellom to eller flere individer. Idag brukes begrepet kommunikasjon ikke kun om

samtaler ansikt til ansikt men også når det er en eller flere personer som sender meldinger på internett eller telefon.

Trygghet: Trygghet er en subjektiv følelse av at ting rundt omgivelsene er forutsigbare. Følelsen av trygghet omfatter sosiale, fysiske og psykiske forhold forbundet med personer og miljøet. Dette går hånd i hånd med mestring, tillit og tilhørighet. (Vaagland, 2014)

Forståelse: Det å forstå vil si å koble ord, kroppsspråk, handling, og språk med et kjent tegn fra egen erfaring eller forståelsesnivå. Vi bruker tidligere kunnskap og erfaring å kobler dette opp i mot det vi kjenner fra før. Det vi forstår kan utvide vår kunnskap og erfaring. (Dahl&Befring, 2014)

2 Metode

Metode er en fremgangsmåte for å prøve ut påstander som sies å være sanne, holdebare eller gyldige, eller å få frem kunnskaper. Når vi skal velge en bestemt metode er det viktig at denne metoden skal gi oss god data og at vi vil få informasjon som kan belyse vår problemstilling. I samfunnsvitenskapen skiller det mellom to metoder: Den kvantitative og den kvalitative metode. (Dalland, 2013)

Kvantitativ metode gir oss informasjon i form av målbare enheter slik at vi får gjennomsnitt av større mengde funn og prosenter. Denne metoden gir oss mulighet til datasamling uten direkte kontakt med den involverte gruppen av personer. (Dalland, 2013)

Når den kvalitative metoden blir brukt handler det mer om å finne opplevelsen hos de enkelte å vi er i direkte kontakt med gruppen med personer. Her blir det vanskeligere å måle og tallfeste. Følelser, det spesielle og eventuelle avvikende komme mer frem. (Dalland, 2013)

2.1 Valg av metode

Vi velger å bruke kvalitativ metode og litteraturstudie for å innhente data til våres oppgave fordi vi ser at dette kan hjelpe oss med å angripe problemstillingen slik at den blir gjennomførbar. Våres oppgave skal i hovedsak handle om kommunikasjon med barn for å fremme forståelse og trygghet. Vi velger kvalitativ istedenfor kvantitativ metode fordi vi ser at dette vil gi mer dybde og fordi god kommunikasjon ikke kan måles i tall og enheter.

2.2 Metode og kildekritikk

Vi vil legge vekt på å være kritiske når vi skal velge forskning og vil derfor være nøye på om resultater av forskningen er i overensstemmelse med virkeligheten. Vi vil bruke empiri når vi

skal velge forskning som betyr kunnskap som er bygd på erfaring. (Dalland, 2013)

Vi vil bruke kvalitativ metode fordi vår sykepleieteoretiker Joyce Travelbee har fokus på mellom menneskelige forholdet, dette er relevant i forhold til kommunikasjon som vår oppgave handler om. (Travelbee, 1999)

Søkemotorene vi har valgt å bruke er anerkjente og vi baserer oss på at vi kan finne holdbar data. Dette er først og fremst fordi de ligger under BIBSYS og vi får tilgang via skolens nettverk. Vi har brukt mye tid på å finne artikler og forskning som kan anvendes i forhold til vår problemstilling. Vi kunne på denne måten utelukke mange kilder og finne de som er mest relevante og pålitelige. Da vi har brukt mye engelsk forskning har vi tatt oss god tid til å oversette slik at det ikke skal oppstå missforståelser og feiltolkning. Vi har brukt flere relevante søkeord og fikk opp svært mange treff. Vi begrenset søkeordene og fikk dermed opp mer relevante treff.

Forskningsartikkel av Bridget Young. Denne forskningsartikkelen involverer pasienter mellom 8-17 år. Selv om Emil er 7 år har vi valgt å se på denne forskningsartikkelen som relevant. Dette fordi det kun er 1 års aldersforskjell mellom de yngste barna i forskningsartikkelen og Emil. Etter våres forståelse er også resultatet i denne forskningen relevant i forhold til et barn på 7 år. Forskningen er fra 2003, men handler om kommunikasjon, vi velger å tro at kommunikasjon med barn ikke har noen fasit svar men at forskning rundt dette kan være aktuelt og pålitelig over lengre tid. Forskningen er fra England og i følge vår erfaring er den kulturelle forskjellen liten. Vi tror at barn i England har ganske like levekår som norske barn, og at de blir tilbudt tilnærmet likt helsetilbud som norske barn. Forskingen er lokalisert på scholar.google.no

Forskningsartikkel av Live Korsvold. Denne forskningsartikkelen tar for seg kreftsyke barn fra 3-5 år. Likevel velger vi å tro at den er relevant da det er liten aldersforskjell mellom Emil og barna i forskningen. Forskningen handler om lek som et kommunikasjonsmiddel og det er brukt eksempler fra intervjuer for å bekrefte forskningen. Forskningsartikkelen er fra 2002, vi mener at barn alltid vil være avhengig av lek og tror derfor at dette kan være en pålitelig og anvendelig forskning for 2014. Dette er en norsk forskningartikkel lokalisert på Sykepleien.no.

Forskningsartikkel av Sadruddin og Hameed-ur-Rehman. Denne forskningsartikkelen tar for seg kreftsyke barns persepsjon av seg selv, familie og verdens rundt. Forskningen er gjort på et barnesykehus for barn med kreft i Karachi i Pakistan. Deltagere i forskningen har vært barn

mellom 7-12 år. Med totalt 78 barn. Forskningen er fra 2003 og går ut på barn som lager tegninger av sin egne ansiktsuttrykk. De mest vanlige følelsene som kom frem var tristhet, seriøsitet, sinne, og smerte. Selvportertene barnene tegnet gjenspeilet dårlig selvtillit og dette spesielt på grunn av hårtap. Denne forskningen er relevant for oppgaven vår fordi den går ut på barn som er fra 7 til 12 år slik som vår pasient i caset og fordi barna i denne undersøkelsen mottar behandling for kreft på lik linje som Emil. Tegning som hjelpemiddel blir hyppig brukt under sykehus oppholdet. Forskningen er gjort i Pakistan men likevel synes vi at denne relevant selv om vårt barn er innlagt på et sykehus i Norge. Dette er fordi vi synes og tror at barns følelser og opplevelser rundt kreftsykdommen vil være de samme uansett hvor i verden det er. Dette forsetter at barnet er på et sykehus. Forskningen er lokalisert på pubmed.gov

Forskning skrevet av Kreicbergs, Valmimarsdóttir, Onelöv, Henter og Steineck. Denne forskningen tar for seg 368 barn med en malign diagnose før fylte 17 år og deres foreldre. Forskningen ble gjort i 1997 men skrevet i 2004. Den er ikke veldig ny men likevel velger vi å ta den i bruk i våres oppgave. Vi mener denne er brukbar til tross for sin alder fordi den tar for seg samtale mellom foreldre og kreftsyke barn. Forskningen er gjort i Sverige og vi tror derfor at helse tilbud og tilstand er tilnærmet lik som i Norge. Lokalisert på forskning.no

Forskning skrevet av Indian J Palliat Care. Denne forskningen tar for seg kommunikasjon i pediatrik sykepleie i flere kulturer. Barna i var alle diagnostisert med leukemi, men vi mener at denne forskningen er relevant i forhold til vår oppgave fordi den handler om kommunikasjon med barn. Vi velger å tro at kommunikasjon med barn, om de har leukemi, hjernesvulst eller andre kreft typer blir nogenlunde det samme. Forskningen er skrevet i 2010, og undersøkelsen er gjort i India. Selv om det er noen kulturforskjeller i India i forhold til Norge, mener vi at sykepleie til syke barn har de samme prinsipper og samme mål med sykehus oppholdet. Lokalisert på: google.no

2.3 Litteratursøking og gjennomgang

Vi startet med å lese i pensumlitteratur. Her har vi funnet mye som vil være relevant for å finne svar og mening til vår bacheloroppgave. Vi tok deretter i bruk BIBSYS og bøker fra bibliotekene vi har jobbet på. Da vi skulle finne artikler og forskning benyttet vi oss først og fremst av

søkemotorene: helsebiblioteket, Google schola, Oria, Sykepleien, SveMed+, og PubMed. Vi tok i bruk både engelske og norske søkeord som: barn, kreft, hjernesvulst, pediatri, kommunikasjon, aktivitet, children, cancer, og communication. Vi så igjennom disse søkene at det er mye forskning rundt barn med kreft og kommunikasjon. Internasjonalt som norsk. Vi har valgt å ta i bruk de forskningsartikkelene som er relevante og som kan hjelpe oss med å komme frem til svar på problemstillingen.

3 Teori

I teoridelen har vi valgt å ta med teori og fakta som er relevant i forhold til problemstillingen og teori som skal hjelpe oss å underbygge påstander og drøfting videre i oppgavene.

3.1 Hjernesvulst

Medullo Blastom på latinsk. Dette er en hyppig solid svulstform hos barn. Det diagnostiseres rundt 40 nye tilfeller av denne type kreft hos barn under 15 år i året. I Norge er den årlige tilfelles av svulster i sentralnervesystemet hos barn ca 4/100.000. De fleste av de tilfellene er hjernesvulst. Det vises at det er hyppigere hos gutter enn hos jenter. (Barnekreftforeningen, 2014)

Mennesker i alle aldre får kreft, og selv om risikoen øker med økende alder, er det stor forskjell mellom kreft i barnealder og kreft i voksen alder. Det er derfor barn som regel får en helt annen krefttype enn voksne gjør. Kreft hos barn er ofte fra blastomer som er udifferensierte celler eller fra sarkomer som er bindevev. Det som er spesielt med hjernesvulst hos barn er at det spesifiseres som kreft uansett om det er benigne eller maligne. Dette er fordi overgangen mellom benigne og maligne er glidende, dels at lokalisasjonen gjør at det ikke alltid er mulig å fjerne det ved kirurgi selv om de har en godartet histologi. (Bechensteen, 2014)

Symptomer på hjernesvulst varierer ettersom hvilken beliggenheten svulsten har i hjernen. Noen av de mest vanlige symptomene er hodepine, kvalme, oppkast, svimmelhet og/eller balanseproblemer, synsforstyrrelser, epileptiske anfall, tale og bevegelsebesvær, unormal tretthet, hormonforstyrrelser og kognitive vansker. Årsaken er ennå ukjent. Ioniserende stråling er den eneste risikofaktoren som de er sikre på er med utvikling av hjernesvulst. Ioniserende stråling er for eksempel røntgenstråling eller stråling fra radioaktive stoffer. (Storjord, 2014)

Det finnes tre hovedbehandlinger ved kreftsykdom. Cytostatika, strålebehandling og kirurgi. Cytostatika er cellegift og målet med denne type behandling er å bryte ned kreftceller uten å skade de friske cellene. Kreftcellene har høy celledelingshastighet mens friske celler har lav. Det virker

vesentlig på celler som er i delingssyklus noe som forklarer at vev med høy celledelingshastighet er mer følsomme for cystostatika enn vev med lav celledelingshastighet. Blant de vanligste bivirkningene er det kvalme, brekninger og håravfall. (Storjord, 2014)

Strålebehandling brukes i dag lite hos barn fordi risikoen for langtidsbivirkninger er store. Fremdeles ser det ut som dette er en nødvendig behandling hos barn med hjernesvulst. Vevet som blir utsatt under strålebehandlingen vil få redusert sin evne til vekst. Bestråling av hjernen har vist seg å gi endokrine forstyrrelser som på lang sikt vil kreve senere behandling med veksthormoner og lignende. Kirurgi er et inngrep der de går inn å fjerne svulsten. Det er et omfattende inngrep som vil kunne gi funksjonsnedsettelse hvis viktige strukturer blir fjernet. (Storjord, 2014)

Tretthet ved cystostatika behandling er ganske normalt, og barnet vil få økt behov for søvn, og en slapphetsfølelse. Det er også normalt at barnet er slitent store deler av dagen, slapp og følelse av giddeløshet. Hvordan skal dette møtes? Det er viktig å gi informasjon til foreldre, søsken og venner. Godta at barnet føler seg for sliten til å delta på aktiviteter. (Sæter, 2003)

3.2 Sykepleie til barn

Barn er ikke små voksne. Sykepleie til barn krever pediatrik basis kunnskap. Barn er preget av umodenhet, rask vekst, og utviklingsmuligheter. De har andre type behov og på sett og vis andre sykdommer enn voksne. Dette kreves det spesialkunnskaper for å kunne mestre. Når sykepleieren jobber med denne pasientgruppen er det nødvendig at hun yter andre funksjoner enn når hun jobber med voksne. Barn sier ikke alltid hvordan de har det med ord det er derfor spesielt viktig og nødvendig at sykepleieren er god på å tolke og vurdere tegn og uttrykk for smerter og ubehag. (Grønseth, 2011)

Barn er sårbare og stress som følge av sykdom, undersøkelser, sykehusinnleggelse, pleie og behandling kan overbelaste barnets mestringsevne. Dette kan få negative konsekvenser for helsen til barnet. Et av de viktigste fokusene i sykepleie til barn er utvikling og modning, fordi det er en forutsetning for å gi sykepleie tilpasset barnets behov og forebygge traumatiske opplevelser. Dette er viktig fordi traumatiske opplevelser kan forårsake forsinket vekst og utvikling. Barnets normale

hverdag bør også opprettholdes så langt som mulig under et sykehusopphold. Dette fordi det er i ukjente og skumle omgivelser som kan gjøre at det føler seg utrygge. For at de skal føle seg trygge bør foreldrene være tilstede så mye som mulig i starten. Det bør være kjente rutiner, lek, glede, og humor som kan bidra til velvære og trygghet. Foreldre og familie er viktige resurser da barn har et mye sterkere behov for å ha omsorgspersoner rundt seg enn voksne pasienter.(Grønseth, 2011) Barnet har også rett foreldre eller omsorgspersoner sammen med seg når de innlagte i helseinstitusjon. Dette står også i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 6. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.)

Sykepleieren bør ha en svært bra samarbeidsevne da familiefokusert pleie står sentralt i pediatrik sykepleie. Barn og unge har begrenset autonomi, altså begrenset evne til å si ifra, å dermed muligheten til å bli hørt av de voksne. Derfor er det viktig at sykepleieren har en moralsk standard og refleksjon over eget arbeid i sykepleien til barn. Disse verdiene gjenspeiles både gjennom måten sykepleieren utfører praktiske gjøremål på, og gjennom kommunikasjonen med pasienten. Holdningene til sykepleieren blir synlige blant annet gjennom hennes nærhet eller avstand til pasienten, engasjement og interesse. Barn har en begrenset evne til å tale for seg selv, vi blir da sammen med omsorgspersonene barnets formidlere og advokater i barneavdelingen. Vi har ansvar for at deres behov blir tatt vare på uansett om det gjelder små eller store sammenhenger. (Grønseth, 2011)

For å få et barns tillit kreves det ofte at man prøver seg frem med litt forskjellige metoder. Barns oppmerksomhet kan ofte varierende og det er ikke alltid lett å vite når du har den eller ikke. Det kan også være vanskelig for barn å åpne seg for fremmede, fordi det kan føle seg usikkert eller fordi de er i et ukjent miljø. For å skape tillit er det helt nødvendig med kontakt. Denne kontakten kan være direkte med barnet, men ofte gjennom foreldrene i startfasen. Mange barn har vanskeligheter med å formidle følelser og tanker, derfor kan det være lurt å tilnærme seg barnet ved å begynne å snakke om interesser, leker, fortellinger, bilder, tegninger etc. På denne måten får barnet muligheten til å snakke om noe de mestrer og dermed føle seg tryggere på det vi sier og gjør. Gjennom lek kan mange barn uttrykke følelser og opplevelser som de har i tankene. (Eide&Eide, 2010)

Eide og Eide(2010) mener at trygghet for det meste handler om det å ha kontroll. Når barn og ungdom er hjemme øker deres følelse av kontroll fordi de er i trygge og kjente omgivelser hvor det

er kjente personer og de vet hva som skal skje. Sykehuset vil ikke være et slikt sted der de opplever i like stor grad følelsen av å ha kontroll. Derfor er det viktig at de har gode og omsorgsfulle personer. Det å forklare barnet hva som skal skje, og vise at du forstår hvordan de opplever situasjonen, kan bidra til følelsen av kontroll hos barnet. Barn trenger korte, enkle forklaringer og endel fysisk nærhet og kontakt.

3.3 Joyce Travelbees Sykepleieteori

Joyce Travelbee bruker ofte vedkommende, den syke eller friske men vi har valgt å bytte dette ut med ordet barn siden våres oppgave handler om barn. Joyce Travelbee sier at «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.» (Travelbee, 1999)

Videre har Travelbee forklart hva hun mener med visse deler av definisjonen av sykepleie. Vi har valgt ut deler av hennes definisjon og forklaring som vi synes var mest relevante for våres oppgave. Mellommenneskelig prosess vil si at vi som sykepleiere til en hver tid vil ha direkte eller indirekte kontakt med mennesker i vårt yrke. Det omfatter syke og friske individer, pårørende og personale på arbeidsplassen. Travelbee bruker ordet prosess fordi hun mener at sykepleierens erfaringer og situasjon er under forandring og utvikling i tid og rom. Den vanskeligste oppgaven til sykepleieren er ikke bare å mestre sykdom og lidelse men hjelpe den enkelte og familien til å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 1999)

Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk tar hun i bruk sin egen personlighet, og egen kunnskaper med mål om å påvirke barnet til forandring. Denne forandringen kan ses på som terapeutisk når den lindrer barnets plager. Å bruke seg selv terapeutisk er å bruke intelligens og fornuft og passe på å være godt organisert. Det å bruke seg selv terapeutisk er en kunst som krever disiplin, fornuft, selvinnsikt, empati, logikk og medfølelse. Når man skal tilnærme seg barnets problemer kan man bruke seg selv terapeutisk ved å kombinere en disiplinert intellektuell tilnærmings måte. I helhet handler dette om at sykepleien bruker sine personlige egenskaper og sine kunnskaper om barnet for å kunne hjelpe barnet på best mulig måte. (Travelbee, 1999)

3.4 Kommunikasjon med barn

Travelbee mener at kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel til oppnå sykepleiens mål og hensikt. Gjennom kommunikasjon skal en sykepleier finne frem til barnets individuelle behov. Jo mer kunnskapsrik, dyktig og kreativ sykepleieren er jo større blir muligheten for god kommunikasjon med barnet. Dette gjelder både non verbal kommunikasjon og verbal kommunikasjon. Non verbal kommunikasjon er overføring av informasjon uten bruk av språk. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon gjennom skrift og språk. Vi som sykepleiere kan også kommunisere effektivt uten å etablere et meningsfylt forhold, dette er det vi kaller for et menneske-til-menneske forhold. Følelser som likegyldighet, antipati, eller manglende interesse merkes like raskt gjennom kommunikasjon som omtanke, interesse og sympati. Det vil si at barnet kan oppfatte om en sykepleier har gode hensikter eller ikke. Det sykepleieren kommuniserer til barnet kan hjelpe det med å mestre sykdom og lidelse, eller det kan forsterke å øke opplevelsen av redsel og usikkerhet. Det er viktig å se nødvendigheten av at dialogen er tosidig, målrettet og emne for samtale er relevante og tilpasset situasjonen. Den viktige kommunikasjonen er rettet mot barnets problemer her og nå. (Travelbee, 1999)

Vårt viktigste verktøy er kommunikasjon. Det betyr mye hva vi formidler eller hva vi ikke formidler. Enda større påvirkning på barnet har foreldrene. Både hva vi som sykepleiere og de som foreldre kommuniserer og forteller barnet om situasjonen vil få en betydning for det kreftsyke barnet. (Sæter, 2003)

Kommunikasjon er en nøkkelkomponent i pediatrik sykepleie i flere kulturer. Det er følelsesmessig belastende, for familier og for helsepersonell. Mangelfull kommunikasjon kan øke stressnivået til barnet, og det kan føre til mistillit og misforståelser. Forskningen viser at kommunikasjon er like viktig i andre kulturer også, når det kommer til sykepleie til barn. (Indian J Palliat Care, 2010)

I følge Eide & Eide (2010) finnes det ikke en bestemt oppskrift på hvordan man best kan kommunisere med barn. Alle barn er unike og de befinner seg i forskjellige situasjoner og utviklingstrinn. Det er mye som spiller inn på om kommunikasjonen kan bli bra uavhengig av barnets alder. Når et barn befinner seg i en situasjon hvor de har fått en sykdom kan dette ofte innebære krise som kan gjøre at det føler både usikkerhet og engstelse. Rutiner blir brutt, og folk rundt, som foreldre og venner kan forandre måte de oppfører seg på mot barnet. Sykdom gjør ofte at

det blir nødvendig å involvere andre hjelpere som helsepersonell. Barn har ikke samme erfaring og livskunnskaper som voksne, derfor blir det spesielt viktig å skape trygghet i sykdomssituasjonen.

Eide&Eide(2010) skriver også endel om de forskjellige teknikkene, men legger fokus på at lytte til barnet og avvente barnets reaksjon når en har gitt informasjon. Det å tone seg inn på barnet og finne et felles område for oppmerksomhet er god samtaleteknikk i kommunikasjon med barn. Det er viktig å respektere barnets tid og oppmerksomhets skifte. Det skal gis informasjon tilpasset barnets utviklingsnivå, og brukes enkle ord og uttrykk, gjerne så nært barnets språk som mulig.

Helsepersonell bør akseptere og anerkjenne tankene, væremåten, og følelsene til barnet slik at de kan møte barnet på et kognitivt og emosjonelt plan. Barnet vil da oppleve å bli respektert og at dens integritet blir ivaretatt. (Grønseth, 2011)

I forskningsartikkelen skrevet av Young(2003) er resultatet av undersøkelsen at det er vanskelig å kommunisere med barn, og at viktigheten av god relasjonsbygging mellom sykepleier og det kreftsyke barnet har en stor innvirkning for barnets opplevelse av sykehusoppholdet. Det er også bevist at den utøvende rollen som foreldre kan hjelpe til med å utvikle et godt forhold mellom lege, sykepleier og det syke barnet. Flere av barna forteller også at de følte seg tryggere med foreldrene til stedet under undersøkelser, konsultasjoner, prosedyrer og samtaler enn når de er alene med helsepersonellet.

3.5 Informasjon til barn

Foreldre har en svært viktig rolle når det skal gis informasjon til barn. Det at foreldre er tilstede kan få en stor betydning av mange grunner. Dette gjør at barnet får muligheten til å spørre foreldrene dersom det er noe de lurer på eller ikke skjønnte da informasjonen ble gitt. Det kan også bidra til at barnet føler seg tryggere. Foreldrene kan også være veldig gode for barna å ha etter behandling for å bearbeide hendelsene gjennom lek, trøst, samtale og andre aktiviteter.(Grønseth, 2011)

Grønseth (2011) skriver at timing er svært viktig og at det ut ifra barnets alder kan avgjøres når det er hensiktsmessig å gi barnet informasjon om prosedyrer ved inngrep, undersøkelser eller behandling. Når barnet er over 3 år skal være rett å gi informasjon ca. en uke i forveien. Grunnen til

at barnet får informasjon såpass lenge før er at de ofte klarer å huske det lenger enn yngre barn, og har gjerne større forståelsenivå enn barn under 3 år. Hensikten med å gi informasjon en uke i forveien er at barnet får tid til å bearbeide den informasjonen som er gitt, samtidig som at de får muligheten til å finne ut om det er noe de lurer på eller er engstelige for, de kan stille spørsmål og får også tid til å snakke med foreldrene sine. Informasjonen skal først og fremst tilpasses barnets alder og forståelsenivå. Det er også flere faktorer som spiller inn på hvor mye ett barn kan motta og forstå av informasjon alt avhengig av barnets oppmerksomhet, forventninger, frykt, fantasier og kunnskapsnivå.

Barnets sykdomsforståelse er viktig da dette gir følelsen av oversikt og kontroll hos barnet. Førskolebarn skjønner ikke helt hvordan kroppen fungerer, og hva sykdom egentlig er. De kan for eksempel tro at et bein kan brette i to separate deler. Det er ganske vanlig at barnet føler ansvar eller skyld for den sykdom de har fått. Den konkrete og egosentriske tenkemåte vil bli borte etter som barnet blir eldre, men dette skjer ikke før i 8-9 års alderen. (Grønseth, 2011)

Sykdomsforståelse er også avhengig av hva barnet har opplevd tidligere og kunnskaper om sykdom. Det er viktig at vi som helsepersonell kartlegger barnets og foreldrenes forståelse av sykdom fordi vi på den måten kan finne ut hva de trenger av informasjon og hvordan ting skal tilrettelegges. Det kan øke barnets forståelse og på den måten forebygge misforståelser som kan føre til bekymringer og stress. (Grønseth,2011)

Stress, kriser, konflikter eller andre påkjenninger er som regel knyttet sammen med følelsen av misstrivsel eller ubehag. Slike følelser vil skape et ønske eller motivasjon om en endring i situasjonen. For å øke mestringsfølelsen trenger barnet motivasjon, vilje, krefter, kunnskaper og evnen til å takle stress. Det som kan svekke barnets mestringsfølelse er isolasjon, sykdom og dødsfall. Forståelse av egen sykdom og motivasjon til å endre en situasjon kan føre til mestring.. (Håkosen, 2011)

3.6 Samtale med barn om døden

Som sykepleier eller helsepersonell må vi ofte være med foreldre eller andre mennesker å formidle dårlige nyheter til barn. Pasienten kan ha blitt dårligere. Det er som regel best at foreldre selv formidler dårlig nyheter, men de kan trenger råd, støtte og hjelp om hvordan dette bør formidles.

Barn kan reagere forskjellig på det å få dårlige nyheter, og det å snakke om et så vanskelig tema kan gjøre at de blir urolige, redde, sinte eller at de blir veldig lei seg. Mindre barn vil ofte tenke ut i fra seg selv «Hvordan skal dette gå? Blir det vondt?» Det er viktig at slik informasjon blir gitt på dagtid og ikke på kveldstid så de rekker å la det synke inn og reagere og snakke om det i god tid før de skal legge seg om kvelden. Slike beskjeder fører ofte til at barna blir utrygge å det kan bli vanskelig for barnet å sove. Hvis barnet vil sove sammen med en av foreldrene bør de få lov til det. (Eide&Eide,2010)

Det viser seg at flertall av foreldre som ikke pratet med barnet sitt om døden når barnet sto i fare, angrer på dette dersom barnet døde. Når foreldrene har pratet med barnet om døden føler de i etterkant lettelse, og det blir enklere å takle barnets død. (Kreicbergs, 2004)

Det ligger i vårt verdigrunnlag og profesjon som sykepleiere at vi skal tilstrebe åpenhet så langt det lar seg gjøre når det kommer til barnets sykdom og død. Ved at vi hjelper barnet slik at det får muligheten til å få en sammenheng, kan det føre til mestring hos barnet. Barn får med seg mer enn voksne tror og sannheter som at døden er et mulig utfall av en alvorlig sykdom, kan være vanskelig og ikke alltid riktig å holde helt ifra dem. Barn kan skape seg en egen forståelse for hva som skjer og denne kan være feiltolket. De kan lage seg vonde fantasier som kan gjøre at de lider. Det er derfor veldig viktig at barnet får hjelp til å få klarhet i hvordan ting egentlig er. Barn har muligheten til å mestre samtaler om døden på en god måte dersom omsorgspersoner og vi som sykepleiere utstråler trygghet når vi snakker med barnet, eller svarer på spørsmål fra barnet om døden. Det er derfor viktig å være godt forberedte, og dette kan vi også hjelpe foreldrene til å være. (Sæter, 2003)

3.7 Kommunikasjon ved bruk av hjelpemidler

Hjelpemidler i samtaler med barn kan være tegninger, leker, bilder, eventyr, sang, regler og metaforer. Når barn skal uttrykke seg kan de gjøre dette både via språk og atferd. Når ord og handlinger kombineres åpner dette best for at barnet kan kommunisere og forstå på en enklest mulig måte. I samtalsituasjoner der hjelpemidler blir tatt i bruk skapes det en type distanse som gjør det

enklere å snakke om opplevelser og følelser. Det kan være skremmende å skulle fortelle om skumle fantasier ansikt til ansikt med sykepleieren, derfor kan det være lurt å ta i bruk en dukke, et bilde eller en leketelefon. Tegninger kan også skape samtale emne for barnet. Sykepleieren kan for eksempel oppfordre barnet til å lage en tegning som viser en av de prosedyrene barnet går igjennom for å der etter snakke om denne tegningen. Dette gir barnet muligheten til å uttrykke seg gjennom tegningen og sykepleieren muligheten til å få en innsikt i barnets forståelse av fakta. (Grønseth, 2011) Forskning gjort av Sadrudin&Hameed-Ur-Rehman (2013) sier noe om hvordan barns persepsjon av seg selv kan gjenspeiles gjennom tegninger de tegner av egne ansikter med uttrykk for følelsene det de føler. Denne forskningen viser at barn som går igjennom behandling for kreft ofte tegner ansikter som viser tristhet, seriøsitet, sinne og smerte. Resultatene viser også at disse barna har lav selvtillit pga hårtap og føler seg forlatt og isolerte.

Istedenfor at sykepleieren og barnet skal snakke seg imellom går det an å ta i bruk dukker, teddybjørner eller dyr å snakke igjennom disse. Dersom noe komplisert skal forklares til et barn er det også en mulighet å ta i bruk metaforer fordi disse også kan skape en viss distanse å gjøre informasjonen lettere å forstå for barnet, også følelsesmessig. Eksempel på en metafor på cellegift som ofte benyttes til å informere barn om cytostatika behandling er fortellingen om kjemomannen Kasper. (Grønseth, 2011)

3.8 Samtaleteknikker

Samtaleteknikker kan hjelpe barnet til å bearbeide opplevelser ved sykehus oppholdet ved sin egen sykdom.

- Få barnet til å fortelle og beskrive.
- Ha forståelse for barnets følelser, og vise at forstår hvordan opplevelsen til barnet er, i stedet for å svare at du skjønner, kan sykepleieren si «kanskje er det sånn....» Barnet vil da få bekreftet opplevelsen, uten at de voksne misforstår budskapet.
- Snakke om andre barn «Jeg kjenner en jente som var veldig redd for at en sprøyte skulle gjøre vondt, men hun syns ikke dette gjorde vondt»
- Problematisering av barnets bekymring. Dette kan gjøres ved å vise at du har tatt deg tid til å tenke over det barnet har gått igjennom eller skal igjennom. Dette ved å si for eksempel «Jeg vet at..., jeg har tenkt på hvordan dette er for deg..., jeg har sett at..., osv)

- Gå utifra det barnet selv forteller, og på denne måten finne ut av hva barnet virkelig gruer seg til eller er redd for. (Grønseth, 2011)

Spørsmålene barna stiller viser hva de er opptatte av og er redde for. Disse spørsmålene bør tas på alvor, og det blir viktig å gi barnet et forståelig og direkte svar. Barnet vil raskt gjennomskue hvis du later som om du lytter, derfor er det hensiktsmessig å lytte ordentlig til det de har å si. La deg imponere over hva barnet sier, reflekter over ting sammen og gjenta barnets utsagn for å vise at du følger med. Det bør unngås å stille mange spørsmål, eller spørsmål om ting som er åpenbart. For å unngå at barnets tillit til de voksne svekkes er ærlighet absolutt nødvendig (Grønseth, 2011)

3.9 Lek på sykehus

Leken har en stor betydning for barns trivsel og utvikling og kan tas i bruk for å hjelpe barn til å mestre opplevelser og erfaringer under et sykehusopphold. Leken behøver ikke å gå ut ifra noe virkelig men handler om å late som. Den er motivert av indre lyst til å leke og skjer på barnets premisser. På sykehuset er ofte sykdom, behandling og symptomer mest i fokus. Lek blir derfor veldig viktig for å bekrefte barnets friske sider. Leken skaper glede, trivsel og mestringsfølelse hos barnet og sikrer at barnet får en livskvalitet. Leken kan også ses på som barnets virkelighet og vi som sykepleiere kan gjennom dette få et innblikk i barnets virkelighetsoppfatning. Vi som sykepleiere får gjennom dette muligheten til å møte barnet på barnets nivå. I følge Orems utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov blir den naturlige utviklingen stimulert gjennom lek. Leken er et viktig redskap for å kunne utføre sykepleierens lindrende, behandlende, forebyggende, og helsefremmede funksjoner. Lek bør være en del av pleieplanen til barn som har lange opphold eller hyppige opphold på sykehuset. (Grønseth, 2011)

I leken får barnet bli kjent med seg selv og verden rundt seg ved å se, ta på, undersøke ting i omgivelsene og undersøke kroppsdeler. De eksperimenterer med virkeligheten og utvider dermed sin forståelse av hvordan ting henger sammen. Ved at barn leker sammen kan de lære ord, begreper, og lekeferdigheter. Gjennom leken får barnet utviklet evne til å se ting fra andre vinkler, andres perspektiv og lærer å forstå hvordan andre har det. De blir bedre på å omgås andre mennesker med varsomhet, og får forståelse for andre menneskers roller. Det sies at for barn er leken som mat og

drikke for den mentale utviklingen. Barnet kan bearbeide alle inntrykk, motsetninger og problemer de møter. Fordi leken ikke er på ekte føler barnet seg tryggere til å gjøre feil å prøve ut nye løsninger. Gjennom lek føler ikke barnet frykt for konsekvenser dersom de gjør feil. (Grønseth, 2011)

Eide og Eide(2010) skriver at for barn har ord og språk ikke alltid samme mening som for voksne. Det kan derfor være nødvendig å bruke hjelpemidler som kan gjøre det mer naturlig for barnet å uttrykke seg og sine følelser på. Musikk og sang blir tatt mye i bruk for både friske og syke barn. Gjennom musikk kan barnet ha det gøy og hyggelig, det kan skape håp og mening. Når man lytter til musikk sammen med barnet blir den non-verbale kommunikasjonen sentral. Sykepleieren kan unngå stillhet og barnet kan få tankene over på andre ting.

Live Korsvold(2002) skriver i sin forskningsartikkel at lek er livsviktig for barn som er innlagt på sykehuset over lengre tid og uten lek vil barnet miste sin normale utvikling om det blir inaktivt. Hun mener at barna utvikler seg fysisk, psykisk og sosialt ved å leke. Det å ha «barnetekke» eller det som kalles en lekende holdning er noe sykepleieren bør ha da dette innebærer at barnet føler seg forstått og sett. Sykepleieren bruker lek som språk for å kunne skape tillit til barna. Det at sykepleiere observerer leken til barna kan gi mye nyttig informasjon da de viser mye følelser gjennom lek.

4 Lover og retningslinjer

Vi velger å ta med lover og retningslinjer fordi vi mener det viktig i forhold til å belyse barns rettigheter dersom de er syke og innlagt på en helseinstitusjon. Det er viktig å ha kjennskap til barns rettigheter for å vite hvordan fremgangen vil være for oss som sykepleiere. Barn har ikke sammen evne eller mulighet til å passe på at deres rettigheter blir ivaretatt, derfor blir vi som helsepersonell og barnas omsorgspersoner ansvarlige for at barnas rettigheter ivaretas. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

4.1 Helsepersonell loven

Helsepersonelloven tar for seg hvilke plikter vi har som helsepersonell, og hvordan disse skal sikre en økt pasientsikkerhet. Den påpeker at vi kun skal gi hjelp som går i samsvar med den faglige kompetansen og kvalifikasjonen vi har. Under denne loven ligger også taushetsplikten til alt helsepersonell. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

4.2 Pasient og brukerrettighetsloven

Denne loven beskriver hvilke rettigheter pasient, bruker og pårørende har. Ved at rettighetene blir ivaretatt øker kvaliteten og tilgangen på helsehjelp. Den tar for seg fremming av sosial trygghet, og ivaretagelse av pasientens integritet og menneskeverd. Den sier også noe om formidling av informasjon til pasient og pårørende. Informasjonen skal formidles på en måte slik at pasienten kan forstå hva som blir sagt og gjort. Helsehjelp til pasienter som motsetter seg, og hvordan rettighetene er når det gjelder samtykke på vegne av barn. Denne loven sier også noe om at barn skal aktiveres og stimuleres så lenge helsen tillater dette, og at aktivitet og stimuli skal tilpasses barnets alder og utvikling. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

4.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier

Disse retningslinjene er til for å sikre god praksis, sikre klarhet i sykepleierens ansvar og plikter. De bygger på ICNs etiske regler, som står for International Council of Nurses. Etikk står sentralt, samt sykepleierens evne til å reflektere. Det samme gjelder holdninger og ivaretagelse av pasientens integritet og verdighet. (Norsk sykepleieforbund, 2011)

4.4 Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon

Denne loven gjelder for barn under 18 år. Den skal sikre barn som blir lagt inn på helseinstitusjoner når det er medisinsk nødvendig. Den sier noe om at barn skal legges inn på barneavdelingen så langt det lar seg gjøre og de skal slippe å ligge på rom med voksne som er i en medisinsk tilstand som kan skremme barnet. I loven står det også at barn skal tas hånd om av det samme personalet under oppholdet så langt det er mulig. Loven nevner også at barn har rett til å ha minst en av sine foreldre hos seg under sykehusoppholdet, og dersom sykdommen er alvorlig eller livstruende har begge foreldre rett til å være hos barnet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

5 Drøfting

Her skal vi drøfte problemstillingen våres som er:

«Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til å skape forståelse og trygghet hos det kreftsyke barnet?»

5.1 Emils sykehusinnleggelse

Emil er på sykehus for første gang, og er en redd og usikker gutt som har fått diagnosen hjernesvulst. Dette er en hyppig diagnose hos barn, og på grunn av lokalisasjonen av svulsten er det ikke alltid mulig å fjerne den ved kirurgi. (Storjord, 2014) På grunn av Emils situasjon blir han nødt til å oppholde seg på sykehuset for annen behandling som er Cystostatika. Som sykepleiere ser vi på det å skape trygghet og forståelse hos Emil gjennom samtaler og tillit som den største utfordringen. Vi vet også at det kan kreve både engasjement og tålmodighet fra våres side. Vi vil ta lærdom og teori fra vår sykepleieteoretiker Joyce Travelbee i det vi skal drøfte i denne oppgaven, fordi vi mener at hennes syn på sykepleie og forholdet mellom sykepleier og pasient er relevant i forhold til Emils sykepleiebehov.

I følge Grønseth (2011) kan barn ofte være litt redde for fremmede mennesker, derfor kan det være tidskrevende og utfordrende å utvikle tillitsforhold til små barn. Vi velger derfor å tro at det blir viktig å være tålmodige med Emil i startfasen da han i utgangspunktet er redd og urolig for å være på sykehuset. Grønseth (2011) sier og at barn på sykehus ofte kommer i situasjoner der alt er nytt og ukjent, og at voksne der kan virke mer truende for små barn. Derfor er det viktig at det er en liten avstand mellom barnet og sykepleieren helt i starten. Vi vil tilstrebe å være færrest mulig pleiere som sammen har ansvaret for Emil. På denne måten får alle sjansen til å få et godt forhold til han, og han kan bli trygg på dem. Dette er vi også pålagt å gjøre i følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

Siden Emil har foreldre som er der med han velger vi å gå sakte frem slik at Emil ikke føler at vi er for pågående. Vi tenker at det kan være smart å benytte oss av foreldrene som en ressurs i startfasen.

Vi gjør dette ved å henvende oss mest til dem, med ting som gjelder Emil til å begynne med. På denne måten kan vi beholde avstanden litt, men samtidig vise oss for Emil når vi samtaler med foreldrene. Young(2003) sier også noe om dette i sin forskning hvor det kommer frem at foreldrenes rolle kan bidra til å skape et tettere forhold mellom sykepleier og barnet.

Sykepleieren bør ha en svært bra samarbeidsevne da familiefokusert pleie står sentralt i pediatrik sykepleie. (Grønseth,2011) Vi velger å se på familien til Emil som en ressurs, og ikke en belastning. Familien kjenner Emil best og kan gi oss gode råd og veiledning i forhold til Emil. De er også tilgjengelig for Emil da han har spørsmål han ikke ønsker å stille oss, og foreldrene kan da formidle dette videre til oss, dersom de ikke vet hvordan de skal svare på spørsmål. De kan bidra med trøst, trygghet, tillit og tilstedeværelse når Emil har det tungt, og våres tilnærming ikke er nok. Vi velger å tro at vi kan komme nærmere Emil, gjennom foreldrene hans.

Grønseth (2011) skriver at barnet bør få lov til å være hovedpersonen under en samtale, vi tenker derfor at det blir viktig å vise Emil at vi lytter til det han sier, og bryr oss både om han, det han har å fortelle, og vise at vi har god tid når vi lytter på det han sier. Dette mener vi er med på å ivareta Emils integritet og verdighet. Vi vet at det å ivareta Emils integritet og verdighet også er en del av våres oppgave og dette går i samsvar med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (helse- og omsorgsdepartementet, 1999)

Eide & Eide (2010) mener at trygghet først og fremst handler om det å ha kontroll. Og at barn som er hjemme har følelse av kontroll fordi de er i trygge og kjente omgivelser, blant kjente personer og fordi de ikke er redde for hva som skal skje hjemme. Vi tolker dette som at det er viktig at Emil får en rutine på sykehuset så fort som mulig. På denne måten vet han hele tiden hva som skal skje og dermed vil han forhåpentligvis få følelsen av å ha kontroll på en del av tilværelsen. Vi ser også ut ifra det Eide og Eide skriver om trygghet, at det er viktig at vi får en god relasjon til han, slik at han ser på oss som kjente personer og føler at han har kontroll når han er sammen med oss.

Joyce Travelbee (1999) mener at kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel til å oppnå sykepleiens mål og hensikt, som er etablere å et menneske-til-menneske forhold og hjelpe enkelte individer med å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Dette synspunktet deler vi med Travelbee, da vi vet at kommunikasjon er viktig for å bli kjent Emil og for å skape tillit fra hans side. Vi mener også at vi gjennom kommunikasjon kan finne frem til Emils individuelle behov. Travelbee skriver også om menneske- til menneske forholdet, dette tolker vi som et type forhold

som går ut på at vi sykepleiere og Emil som pasient er fasader som blir tilsidesatt og at vi kan nå inntil hverandre som to individer. Vi som sykepleiere blir nødt til å være på Emils nivå og tilnærme oss han på en måte som gjør at han føler seg likeverdig.

Alle barn er forskjellige og det vil ikke finnes noen oppskrift på hvordan vi kan kommunisere med de. Det er ikke bare alder som bestemmer hvordan kommunikasjon skal være men også hvor langt i utvikling barnet er, og hvilke situasjon barnet befinner seg i. (Eide&Eide, 2010) Siden det ikke fins noen oppskrift på hvordan vi skal tilnærme oss Emil, tror vi at vi som sykepleiere må forberede oss på å prøve flere forskjellige metoder. Det finnes flere forskjellige kommunikasjonsteknikker som sykepleiere kan ta i bruk. Grønseth (2011) sier at samtaleteknikker kan hjelpe barnet til å bearbeide opplevelser ved sykehusoppholdet rundt sin egen sykdom. Vi tror at å bruke forskjellige samtaleteknikker kan hjelpe oss til en me produktiv samtale med Emil. På samme måte går ann å bruke forskjellige hjelpemidler for samtaler.

God kommunikasjon er en nøkkelkomponent for å oppnå god pediatrik sykepleie i flere kulturer. (Indian J Palliat Care, 2010) Vi tror derfor at det blir viktig at vi legger vekt på god kommunikasjon med vår pasient Emil, da vi ser at dette gir gode resultater verden over. Vi mener at med god kommunikasjon med Emil vil kunne forebygge mange unødvendige misforståelser som kan påvirke vårt tillitsforhold.

Når ord og handlinger kombineres, åpner dette for enkel kommunikasjon for barnet og det blir en distanse mellom opplevelser, følelser og barnet. (Grønseth,2011) Når vi skal ha samtaler med Emil kan vi bruke tegninger, leker, bilder, eventyr, sang, og metaforer slik at Emil beholder interessen under samtalen og det blir mer interessant. Vi tror også at dette kan gjøre at Emil ikke føler at alt dreier seg om han hele tiden, selv om han er i fokus. Det åpner for at han skal kunne snakke om opplevelser og følelser på en lettere måte som han mestrer. Vi kan ta i bruk boka om Kjemomannen Kasper da vi skal snakke om Cytostatika behandlingen Emil skal ha.

Forskning skrevet av Sadrudin&Hameed-Ur-Rehman(2003) viser at det er vanlig at barn som er på sykehus for behandling av kreft får dårlig selvtillit og følelsen av tristhet, sinne, seriøsitet og smerte. I forskningen ble det tatt i bruk tegninger som hjelpemiddel for å få frem disse følelsene. Vi som sykepleiere er opptatte av at Emil ikke skal gå rundt med slike følelser og dersom han gjør det vil vi prøve å lindre disse følelsene og hjelpe han å bli kvitt de. Vi mener derfor at det er viktig å sette opp tiltak som kan forebygge eller lindre disse følelsene. Vi vil ta lærdom av denne

forskningen å bruke slike hjelpemidler vi også, da vi ser at utfallet av denne forskningen er at barnas følelser kommer frem i lyset. Vi tror at det er viktig at vi kjenner til Emils følelser for at vi skal kunne hjelpe han med å bearbeide dem.

Barnets forståelse av hvordan kroppen fungerer, hva sykdom egentlig er og hva som kan skje ved den spesifikke sykdom har en sammenheng med hvor langt barnet har kommet i den mentale og kognitive utviklingen og tidligere erfaringer. (Grønseth, 2011) Emil er 7 år og har aldri vært innlagt på sykehuset før, så hans tidligere erfaringer er ikke store. Derfor er det viktig for oss som sykepleiere at det blir gitt god informasjon til Emil, da han viser at han ikke har mye kunnskaper om hvordan kroppen fungerer.

Det er viktig at Emil ikke får skyldfølelse for at han har fått en kreftsykdom. Grønseth(2011) skriver at et barn kan tro at årsaken til at de har blitt syke kan være at de tror at de ikke har hørt på hva foreldrene sier, eller at de har blitt smittet av andre barn. Dette er ikke tilfelle og har ingen sammenheng med kreftsykdommen. Da er det viktig for oss som sykepleier få Emil til å forstå dette så det ikke påvirker Emil så han blir utilpass å føler skyld.

Ved forståelse av egen sykdom vil vi tro at dette fører til mestring. Håkonsen(2011) sier at motivasjon, vilje, krefter, og kunnskap øker mestring, og at sykdom, dødsfall, og lite kunnskap senker mestringsfølelsen. Ved at vi som sykepleiere motiverer, bruker gode kommunikasjonskunnskaper, og hjelper Emil til å få forståelse vil dette øke mestringsfølelsen hans. Vi mener og tror at dette vil øke livskvaliteten hans. Dette er viktig da ikke Emil skal føle ubehag og mistrivsel når han er innlagt på sykehuset. Håkonsen(2011) mener at mestringsfølelse er helt nødvendig for at mennesker skal takle alle påkjenninger som kommer ved å få en sykdom eller lidelse. Noe vi sier oss helt enige i, og mener at er veldig viktig for vår pasient. Vi mener også at dette ikke kun gjelder Emil på 7 år, men også kreftsyke i alle aldergrupper.

Noe annet som er viktig for barn generelt men også for de som er innlagt på sykehus er lek. Den har en stor betydning for barnets trivsel og utvikling og kan hjelpe barnet til å mestre opplevelser og erfaringer under et sykehusopphold. (Grønseth, 2011) Emil er veldig glad i å leke og samtaler går mye lettere når han er aktiv. Vi er opptatte av at Emil skal trives under oppholdet på sykehuset og vet at leken er en forutsetning for at han skal gjøre det. Det å leke er noe alle barn mestrer på lik linje som Emil, fordi det ikke finnes noen fasit for hvordan det skal gjøres. Når Emil mestrer leken kan dette bidra til at han føler mestringsfølelse og får en bedre livskvalitet. Når vi leker med Emil

kan vi møte han på hans nivå og tar del i hans virkelighet.

I følge Korsvold(2002) føler barnet seg forstått og sett dersom sykepleieren tar del i leken til barnet, og det kan gjennom dette skapes tillit mellom barnet og sykepleieren. Vi deler synspunktet Korsvold har om dette, og vil bruke mye tid på å tilfredsstille behovet Emil har for å leke. Vi ser også en mulighet til å lære mer om Emil samtidig som vi leker med han og vi blir kjent med hans grenser og hans virkelighetsoppfatning. Lek er en mulighet for Emil til å komme seg bort fra virkeligheten rundt situasjonen han er i og heller leke med en annen fantasi hvor ting er som han ønsker.

5.2 Opphold og behandling

Emil har nå vært inne på sykehuset en stund og begynner å føle seg tryggere på oss som personale. Han har fått rutiner for hverdagen og vet stort sett hva som skal skje. Emil skal inn til sin første behandling med Cytostatika og vi skal her drøfte hvordan vi best mulig kan gi Emil informasjon om hva som skal skje, slik at han forstår dette.

Informasjon til barn bør ifølge Grønseth (2011) først og fremst tilpasses barnets alder og forståelsenivå. Dette går også i samsvar med pasient og brukerrettighetsloven som sier at informasjon til barn skal formidles på slikt måte at pasienten kan forstå hva som blir sagt og gjort. (Helse- og omsorgsdepartementet 1999) Emil er 7 år og er en gutt som forstår mye, men han har aldri hatt noen type behandling tidligere. Det blir derfor viktig at vi tilpasser informasjonen rundt behandlingen på en minst mulig skremmende måte, og på en måte som er tilpasset hans forståelsesnivå.

Grønseth(2011) skriver om at det fins mange faktorer som spiller inn på hvor mye ett barn kan motta og forstå av informasjon alt avhengig av barnets oppmerksomhet, forventninger, frykt, fantasier og kunnskapsnivå. Emil er en gutt som var redd da han kom inn på sykehuset, mye fordi alt var ukjent, og fordi han ikke visste hva han kom til, fordi det var hans første sykehusinnleggelse. Vi vil derfor ta i betraktning at han igjen blir satt i en ukjent situasjon som kan være både ubehagelig og skummel. Vi tror det blir veldig viktig at Emil blir godt forberedt på hva som skal skje slik at han slipper å grue seg så fælt og ikke er alt for urolig og stresset for behandlingen. Det

finnes flere ulike metoder å formidle informasjon på, og det kan ofte være lurt å ta i bruk forskjellige teknikker og hjelpemidler.

Forskjellige samtaleteknikker og hjelpemidler under samtaler kan hjelpe oss å formidle informasjon på en slik måte at det virker mindre skremmende for Emil, og det kan gjøre at han lettere kan forstå vanskelige ting som prosedyrer ved undersøkelser og behandlinger. Grønseth (2011) skriver at forberedelsene bør omfatte både muntlig informasjon, og være kombinert med andre tilleggsmetoder som kan stimulere andre sanser samtidig. Dette kan hjelpe barnet med å danne seg ett bilde eller en fantasi om hva prosedyren går ut på.

Travelbee(1999) skriver at vi skal bruke oss selv som sykepleiere terapeutisk. Ved å ta i bruk egen personlighet og egne kunnskaper om barnet med mål om å hjelpe det til positiv forandring. Forandringen blir positiv og kan ses på som terapeutisk når den lindrer barnets plager. Våres tolkning av terapeutisk sykepleie er at vi skal bruke de kunnskapene vi har om Emil og kunnskaper vi har tilegnet oss fra tidligere. Vi skal også bruke vår egen personlighet for å kunne hjelpe Emil på best mulig måte. I dette tilfelle velger vi å bruke terapeutisk sykepleie for at informasjonen om behandlingen Emil skal igjennom for at det ikke skal påvirke han negativt. De kunnskapene vi har om Emil gir oss muligheten til å sammen med han finne ut hva som er best for han i ulike situasjoner. Ved at vi har kjennskap til Emils forståelsesnivå, kan vi bruke den kunnskapen til å gi Emil informasjon som er tilpasset hans forståelse. Det samme gjelder det å ha kjennskap til Emils grenser for å føle seg trygg. Dersom vi er kjent med disse har vi større utgangspunkt når vi skal jobbe for at hans skal føle seg trygg.

Grønseth(2011) nevner flere forskjellige samtale teknikker som kan tas til bruk for å gjøre samtalen mer produktiv. Vi har valgt noen av disse teknikkene som vi tror kan være hensiktsmessige å bruke i samtale med Emil. En av disse er problematisering av barnets bekymring. Vi vil vise Emil at hans bekymringer er noe vi tar på alvor og noe vi bruker tid til å tenke på. Vi kan f.eks gå frem ved å si «jeg har tenkt på hvordan dette er for deg» Vi tror at dette kan gjøre at Emil opplever at hans følelser blir sett.

Grønseth (2011) sier noe om viktigheten av at foreldrene er til stede og mottar samme informasjonen som gis til barnet. Vi tenker at dette er både viktig og lurt, da foreldrene trenger

denne informasjonen minst like mye som Emil. De får dermed muligheten til å prate med Emil om behandlingen dersom det er noe han har lyst til å spørre om, men kanskje ikke tørr å spørre helsepersonellet om. Det at foreldrene er til stede kan også bidra til at Emil føler seg tryggere.

I følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon har barnet rett til å ha et av eller begge foreldrene tilstede ved alvorlig eller livstruende sykdom. (Helse- og omsorgsdepartementet) Emil sin sykdom går etter våres tolkning under en alvorlig sykdom og vi tror derfor at det vil være riktig at hans foreldre skal ha lov til å være tilstede så lenge det skulle være ønskelig. Vi synes at dette er en viktig lov da vi vet hvor avhengig Emil er av sine foreldre.

Grønseth (2011) mener at det er viktig med timing i forhold til når barnet skal informeres. Og at informasjon om behandling til barn fra 3 år og oppover bør gis ca. en uke i forveien. Emil er 7 år og vi mener derfor at det høres rimelig ut å skulle informere en tid i forveien slik at Emil og foreldrene får tid til å tenke over det som er blitt sagt, og eventuelt stille spørsmål etter hvert som han kanskje lurer på noe. Dersom vi skulle informert han om behandlingen samme dagen er vi redd det ville blitt vanskelig for Emil å bearbeide den informasjonen han hadde fått, og dermed tiden til å tenke over om han lurer på noe. Det kunne også gjort det vanskelige for oss som helsepersonell å finne ut om han har forstått hva behandlingen går ut på og om han føler seg engstelig eller utrygg.

5.3 Etter behandling

Tretthet ved Cystostatika behandling er ganske normalt, og barnet vil få økt behov for søvn, følelsen av slapphet. (Sæter, 2003)

Etter noen behandlinger med Cytostatika ser vi som sykepleiere at Emil får noen bivirkninger. Han ler ikke like mye lenger, han sover mye, og takker nei til å være med på aktiviteter han før synes var veldig artig å være med på. Emil sier han føler seg kvalm og trøtt.

Live Korsvold (2002) skriver i sin forskningsartikkel at lek er livsviktig for barn som er innlagt på sykehuset over lengre tid, og uten leke vil barnet miste sin normale utvikling om det blir inaktivt. Hun mener at barna utvikler seg fysisk, psykisk og sosialt ved å leke. Vi forstår at viktigheten av å

få Emil opp av sengen er stor, da det er bevist at inaktive barn kan miste den normale kognitive utviklingen. Som sykepleiere er det en del av vår jobb å tilfredsstillte Emils grunnleggende behov. Grønseth(2011) sier at for barn er leken som mat og drikke for den mentale utviklingen. Å vi som sykepleiere vil jo ikke at Emil sin kognitive utvikling skal forfalle. Det vil være våres oppgave som å se til at Emil har et så likt som mulig liv på sykehuset som han ville hatt hjemme. Dette innebærer blant annet aktivitet og lek.

I pasient og brukerrettighetsloven(1999) står det at barn skal aktiveres og stimuleres så lenge helsen tillater dette, og at aktivitet og stimuli skal tilpasses barnets alder og utvikling. Derfor mener vi at det å finne løsninger som ikke innebærer fysisk aktiviteter akkurat den dagen Emil er sliten, men heller noe som stimulerer han psykisk/kognitivt som ordleker, sang, puslespill, vil være bra for han. Vi kan heller drive med litt fysisk aktivitet en dag som Emil er i bedre fysisk form.

Eide&Eide(2010) sier at når man lytter til musikk sammen med barnet blir den non-verbale kommunikasjonen sentral. Noe vi tenker er viktig når Emil er sliten, er at vi som helsepersonell kan bringe leken til han, når han selv ikke orker å bringe seg selv til leken. Det å bare være til stede selv om vi kanskje ikke kommuniserer verbalt med Emil, tror vi at vil være tilfredsstillende. Emil vil også kunne få tankene over på noe annet for en liten stund. Det er nok enkelt å bare se begrensninger innen for sykehusets fire vegger, men det handler om at vi som sykepleiere må lære oss til å se muligheter og være kreative.

Sæter(2003) sier at det er viktig at sykepleiere godtar at barnet er for slitent til å være med på aktiviteter. Vi tenker at det er noe vi må se ann. Vi må passe på at Emil ikke bruker det at han er sliten som en unnskyldning fordi han kanskje egentlig er deprimert. Det er en fordel at vi har blitt kjent med Emil og kan gjenkjenne hans atferd når han er sliten eller er i ubehag. På denne måten kan vi skille mellom når Emil er oppriktig sliten og påvirket av behandling, eller om han bare prøver å unngå samvær og kontakt.

Det blir viktig å bli kjent med Emil som person og ikke bare som pasient. Fordi dette vil gi oss muligheten til å få det Joyce Travelbee(1999) kaller for det mellom menneskelig forholdet. Vi blir kjent med Emil på et annet nivå enn hvis vi skulle hatt fokuset på at vi er sykepleiere og han er

pasienten. Vi gir av oss selv som menneske noe vi tror kan bidra til at Emil åpner seg for oss.

5.4 Samtaler med Emil om døden

Det kommer frem at Emil har hørt et barn i avdelingen som har sagt at når man har kreft så kommer man til å dø. Emil forteller dette til sin mor, som igjen kommer til oss. Det ser ut til at Emil igjen befinner seg i en situasjon som kan gjøre at han føler seg utrygg og redd. Våres utfordring nå blir å fortelle Emil ting som de er, samtidig som at vi skal ivareta Emils livskvalitet så godt vi kan.

Som sykepleier kan det være vanskelig å skulle snakke med et lite barn om døden. Derfor tror vi at det vil være viktig at man går inn i seg selv og vurderer om man er kompetent nok og føler seg trygg på å ta denne samtalen med han. I helsepersonell loven (helse- og omsorgsdepartementet, 1999) står det at helsepersonell kun skal gi hjelp som går i samsvar med den faglige kompetansen og kvalifikasjonen vi har. Vi mener at en samtale om døden er svært viktig men også noe som kan påvirke Emil veldig negativt dersom samtalen ikke utføres rett. Det vil derfor være aktuelt å vurdere om en annen sykepleier som er kjent med dette og som kjenner Emil skal ta denne samtalen med han.

Når barn stiller spørsmål gjenspeiler disse ofte hva barn er opptatt av og er redde for. Det er viktig at disse spørsmålene blir tatt på alvor og at barnet får et forståelse og direkte svar. (Grønseth, 2011) Fordi Emil stiller spørsmål om døden bør vi også ta i betraktning at dette er noe han tenker på. Dette er ikke noe vi bør bagatellisere, men heller rette oppmerksomheten våres mot. Vi tror vi må sørge for at Emil får et svar som er direkte, tilfredsstillende og som han kan forstå. Vi velger å ikke legge skjul på sannheten og prøver å være så ærlige som mulig.

Eide & Eide (2010) skriver at når det skal snakkes om døden med barn så bør foreldrene være tilstede. Det står at barn kan takle informasjonen på forskjellige måter, og få forskjellige reaksjoner. Noen reagerer med sinne, gråt, redsel eller urolighet, det er derfor viktig at slik informasjon gies på dagtid slik at det kan synke inn og barnet får tid til å bearbeide, reagere, snakke om det, og stille spørsmål dersom barnet ønsker det, før kvelden kommer. Emil er i en situasjon som er uvis, prognosen for hjernesvulst hos barn er relativt god, og det finnes store sjanser for at han kommer til

å klare seg. Samtidig er det viktig å ta tanker og bekymringer som Emil har rundt døden på alvor.

Vi bør også legge vekt på at det var han tok initiativet til å ta opp dette temaet, etter å ha hørt det han hadde hørt. Vi vil ikke at Emil skal føle seg utrygg og redd fordi han tror at han skal dø. Samtidig har vi lært av det Grønseth (2011) skriver, at det er viktig å være ærlig med barn. Vi tror derfor at vi blir nødt til å fortelle Emil at noen barn som er syke kan dø, men at han får behandling som kan gjøre at han blir frisk, og at han ikke trenger å være urolig for dette. Vi vil ikke at han skal måtte uroe seg så mye om dette med døden, da han har en såpass god prognose og heller ikke har hatt denne diagnosen så lenge. Sykdommen ikke hadde kommet langt da det ble oppdaget like før innleggelsen.

Det ligger i vårt verdigrunnlag og profesjon som sykepleiere at vi skal tilstrebe åpenhet så langt det lar seg gjøre når det kommer til barnets sykdom og døden. Ved at barnet får muligheten til å få en sammenheng, fører dette igjen til en god mestring. (Sæter, 2003) Barn får med seg mer enn voksne tror, og sannheter som at døden er et mulig utfall av en alvorlig sykdom, kan være vanskelig og ikke alltid riktig å holde helt ifra dem. (Sæter, 2003) Vi vil være åpne med Emil og gi han muligheten til å spørre og snakke om døden så lenge han ønsker dette. Når vi skal gjøre dette tror vi det er fint for Emil at vi bruker flere hjelpemidler ved samtalen som tegninger, bøker, leker eller lignende. Dette kan gjøre at han får en bedre forståelse og at han føler at det blir satt litt på avstand når det ikke handler direkte om han. Samtidig er det viktig at vi respekterer hans grenser, slik at når han gir uttrykk for at vi har pratet nok om det, så stopper vi, og gjør noe annet han har lyst til. Det blir viktig at Emil får den informasjonen han trenger slik at han ikke misforstår ting og dermed går rundt med en skremmende fantasi om hva som skal skje. Det kan medføre at han går rundt konstant og er engstelig, bekymret og føler seg utrygg og redd. Ved at vi hjelper Emil med å få en sammenheng vil han også få muligheten til å føle at han har mester dette, fordi han forstår.

Forskning viser at foreldre som ikke har pratet med sitt barn om døden angres i ettertid, vi ser derfor enda en grunn til å sørge for at foreldrene får veiledning til å snakket med Emil om døden dersom de ønsker dette. (Kreicbergs,2004) Vi tror det blir veldig viktig å hjelpe foreldrene med å vite hvordan de skal takle slike spørsmål fra sin sønn slik at han føler at de er trygge på det de svarer og han dermed også kan føle seg tryggere. Dersom foreldrene til Emil uttrykker utrygghet ved spørsmål eller samtaler kan dette igjen gjøre at Emil føler at noe er galt. Det samme gjelder oss

sykepleiere, vi bør være godt forberedte på spørsmål som kan komme fra Emil etter en slik samtale.

6 Konklusjon

Vi har igjennom vår sykepleierteoretiker Joyce Travelbee, faglitteratur, forskning og artikler kommet frem til en konklusjon for vår problemstilling. Våres problemstilling er som nevnt tidligere «Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon bidra til å skape forståelse og trygghet hos det kreftsyke barnet»

Ut i fra det vi har drøftet har vi kommet frem til at det ikke finnes noe fasit for hvordan man på best måte kan kommunisere med barn. Alle barn er forskjellige og kommunikasjonen må tilpasses barnets alder og utvikling. Det er individuelt fra barn til barn hvordan de takler en hver situasjon og vi som sykepleiere må tilpasse oss etter dette. Å kommunisere med barn kan gjøres på flere forskjellige måter. Dette kan skje igjennom en helt vanlig samtale, lek, sang, tegning, og eventyr. Barn er ikke alltid flinke til å uttrykke tanker og følelser via ord, derfor kan dette være en fin måte for sykepleiere å få informasjon og innsikt i barnet. Vår sykepleierteoretiker lærte oss at det er viktig å sette fasadene sykepleier-pasient til side for å kunne møte barnet på deres nivå. Når sykepleiere går ned på barnets nivå virker hun mindre truende. Under kommunikasjon er det å lytte minst like viktig som det å prate, dersom barnet opplever å bli hørt kan dette styrke deres trygghet, tillit, integritet og verdighet.

Tidligere erfaringer og hvor langt barnet har kommet i den kognitiv utvikling ser ut til å ha en sammenheng med barnets forståelse av egen sykdom. Det er derfor viktig å kartlegge hvordan barnet ligger an så vi som sykepleiere får tilpasset informasjonen så den blir forståelig for barnet. Gjennom å bruke forskjellige hjelpemidler kan informasjon gis til barnet slik at den blir enklere å forstå, og at barnet dermed kan danne seg for eksempel et sykdomsbilde eller bilde rundt en prosedyre.

Vi har lært at trygghet spiller en stor rolle for at barnets opphold på sykehus skal bli så bra som mulig. Det er viktig med trygge omgivelser for barnet og dette kan gjøres ved å ha rutiner på ting. Gjennom rutinene kan barnet få kontroll på en del av tilværelsen og dermed føle trygghet rundt dette. Når et barn føler seg trygt vil det være lettere å nå barnets følelser og tanker, og barnet vil få en bedre livskvalitet. Ut ifra det vi har forstått er det viktig at det er så få som mulig av pleierne som har ansvar rundt barnet. Dette vil være med å skape trygghetsfølelse fordi barnet vil slippe å

forholde seg til så mange forskjellige personer under sykehusoppholdet.

Vi har sett gjennom hele oppgaven sett hvor viktig det er at foreldrene er til stede for barnet, både når det gjelder kommunikasjon, forståelse og trygghet. Dette fordi at barn som oftest er veldig avhengig av sine foreldre eller omsorgspersoner. Vi tenker derfor at de er en viktig ressurs fordi de kjenner barnet bedre enn vi gjør, kan gjøre utrygge situasjoner tryggere og kan bidra med å forklare vanskelig informasjon til barnet.

Vi ser en kobling mellom trygghet og forståelse da begge bidrar til hverandre. Ved at vi kommuniserer med barnet kan vi hjelpe barnet til å få en sammenheng og dermed en forståelse. Gjennom denne forståelse kan barnet oppnå følelsen av å ha kontroll og igjen følelsen av trygghet. Det er tydelig at kommunikasjon er en forutsetning for både trygghet og forståelse når det kommer til det kreftsyke barnet.

7 Bibliografi

Eide, H. og Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utgave) Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (3 utgave) Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Håkonsen, K.M. (2011) *Innføring i psykologi*. (4utgave) Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. (5utgave) Oslo. Gyldendal Norske Forlag.

Norsk sykepleierforbund(2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert 17.2.2014.

Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet(1999) *Lov om helsepersonell*. Lokalisert 17.2.2014. Hentet fra:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell+loven>

Helse- og omsorgsdepartementet(1999) *Pasient og brukerrettighetsloven*. Lokalisert 17.2.2014.

Hentet fra:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Helse- og omsorgsdepartementet(2000) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Lokalisert 17.2.2014. Hentet fra:

<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift+om+barn+i+helseinstitusjon>

*Bringager, H, Hellebostad, M. og Sæter, R (2003) *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. (1 utgave) Oslo. Gyldendal norsk forlag.

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

*Barnekreftforeningen(2014) *Kreft hos barn*. Lokalisert 17.02.2014. Hentet fra:

www.barnekreftforeningen.no/kreft-hos-barn/

*De nasjonale forskningsetiske komiteene.(2013) *Anonymisering og avidentifisering*. Lokalisert 14.2.2014. Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Anonymisering/>

*Vaagland, E.J. (2014) *Definisjoner*. Lokalisert 17.02.2014. Hentet fra

<http://www.skafor.org/no/hoved/publikasjoner1/tidligere-publikasjoner/definisjoner/>

*Dahl, Ø. Og Befring, E. (2014) *Å forstå og misforså*. Lokalisert 17.2.2014. Hentet fra:

<http://ndla.no/nb/node/21815>

*Storjord, M. (2014) *Hjernesvulster hos voksne*. Lokalisert 17.2.2014. Hentet fra:

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/hjernesvulster/>

*Bechensteen A. G, Zeller B., Lundar T., Fosså A., Ruud E. Og Glosli H. (2014) *Kreft hos barn*.

Lokalisert 17.2.2014. Hentet fra:

www.oncolex.no/no/Barn

*Young, B. (2003) *Managing communication with young people who have a potentially life*

threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. Lokalisert 25.1.2014. Hentet

fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC143524/>

*Korsvold, L.(2002) *Lek og barnesykepleie*. Lokalisert 15.2.2014. Hentet fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=120888

*Indian J Palliat Care (2010) *Communication to Pediatric Cancer Patients and their Families: A Cultural Perspective*. Lokalisert 14.2.2014. Hentet fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936079/?report=classic>

*Kreicbergs, U, Valmimarsdóttir, U, Onelöv, E, Henter, J.I og Steineck, G. (2004) *Talking about Death with Children Who Have Severe Malignant Disease*. Lokalisert 23.2.2014. Hentet fra:

[Kreicbergs, U. og Valmimarsdóttir, U og Onelöv, E og Henter, J.I og Steineck, G. \(2004\) Talking about Death with Children Who Have Severe Malignant Disease.](#)

*Saddrudin M. M og Hameed-ur-Rehman M. (2013) *Understanding the perception of children battling cancer about self and others through drawing*. Lokalisert 5.2.2014. Hentet fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3892531/>

***Antall sider selvvalgt litteratur: 612 sider.**

8 Vedlegg 1

“Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents” Skrevet av Bridget Young.

Vi brukte søkemotoren Scholar.google.no Søkord vi brukte var Children with cancer and communication with children. Vi fikk da opp 1 370 000 treff. På side 3, treff nr 4 fant vi den første forskningsartikkelen vi har valgt å bruke i våres bachelor oppgave.

«Lek og barnesykepleie.» Skrevet av Live Korsvold.

Vi søkte på sykepleien.no. Gikk inn på forskning, og på avanserte søk. Så brukte vi søkeordene: lek og sykepleie. Det gir oss 1 treff og vi kom rett på denne forskningartikkel som var relevant for våres oppgave.

«Understanding the perception of children battling cancer about self and others through drawing» Skrevet av Munir Moosa Sadruddin og M. Hameed-Ut-Rehman.

Vi gikk inn på PubMed.gov å søkte med ordene Cancer, Children and Pain Vi fikk da opp totalt 6915 treff og på første side, artikkel 12 fant vi denne forskningsartikkelen. Til høyre kunne vi trykke på en link som gå oss fulltekst versjonen.

«Talking about Death with Children Who Have Severe Malignant Disease» Skrevet av Kreicbergs, U, Valmimarsdóttir, U, Onelöv, E, Henter, J.I og Steineck, G.

Vi søkte etter forskning på forskning.no med søkeordene barn med kreft. Det ble ikke spesifisert på denne nettsiden hvor mange treff dette ga men på første siden fant vi en artikkel som het «Å snakke med sitt kreftsyke barn» Dette var ikke en forskningsartikkel, men i referansene fant vi en link som

het «Talking about death with children who have severe Malignant Disease. Vi trykket oss inn på denne, og kom da inn på forskningsartikkelen vi ville bruke.

«Communication to pediatric cancer patients and their families: acultural perspective»

Skrevet av Indian Journal Of Palliative Care

Vi søkte på google.com med søkeordene Communication to pediatric cancer patients. Vi fikk da opp 16 500 000 treff, og den første artikkelen som kom opp på første siden valgte vi å bruke.

9 Vedlegg 2

PICO- skjema.

Patients/population/ problem HVEM?	Intervention/init iativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIV ER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?
Barn med kreft	Kommunikasjon		Tillitsforhold
Barn på sykehus	Tillit		Trygghet
Barn med hjernesvulst	Trygghet		Forståelse
Kreftsyke barn	Forståelse		Sykdomsforståelse
Barn med alvorlig sykdom	Sykdomsforståelse		God kommunikasjon
Barn og døden	Smerte		Trust relation
Children with cancer	Communication		Safety
Children in hospitals	Trust relation		Understanding
Children with braintumor	Safety		Disease understanding
Cancerill children	Understanding		Good communication
Children with serious illness	Disease understanding		
Children and death	Pain		
← AND →			