

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Mia Gytre og Caroline Dahle Lie

Veileder: Anne Kjersti Myhre

Bacheloroppgaver i sykepleie

Sykepleiers samtale med kreftsyke barn på sykehus

Nurses communication with hospitalized children diagnosed with cancer

Antall ord:

11264

BASY2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

Innholdsfortegnelse

INNHold	3
SAMMENDRAG	5
1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	7
1.2 OPPGAVENS HENSIKT	8
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
1.4 AVGRENSNING	8
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	9
2. METODE	10
2.1 METODEVALG	10
2.2 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	11
3. RESULTAT	15
3.1 ARTIKLENS RELEVANS FOR PROBLEMSTILLING	18
3.2 KRITISK VURDERING AV KILDER.....	19
4. TEORI	21
4.1 KREFTSYKE BARN PÅ SYKEHUS	21
4.2 BARNETS KOGNITIVE UTVIKLING.....	22
4.3 KOMMUNIKASJON	23
4.3.1 <i>Kommunikasjon med barn</i>	24
4.3.2 <i>Lek og latter</i>	25
4.4 SKAPE TRYGGHET I RELASJON MED BARNET	26
4.5 MENNESKE- TIL- MENNESKE- FORHOLDET.....	27
5. DRØFTING	29
5.1 MØTE MELLOM SYKEPLEIEREN OG BARNET.....	29
5.2 KOMMUNIKASJON MED DET KREFTSYKE BARNET.....	32
5.3 FREMME BARNETS FRISKE SIDE	35
6. KONKLUSJON	38
7. LITTERATURLISTE	40

8. VEDLEGG43

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleie til barn krever en egen tilnæringsmåte som vi ønsker å lære mer om. Oppgaven er rettet mot barn innlagt på sykehus med en kreftdiagnose. Hvert år blir ca. 150 barn under 15 år rammet av kreft. Vi vil rette fokuset på kommunikasjon til barn på sykehuset for å bidra til trygghetsfølelse blant denne gruppen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape trygghet hos det kreftsyke barnet?

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleieren kan skape gode relasjoner og trygge barnet ved hjelp av kommunikasjon.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie basert på litteratur, forskning og praksiserfaringer.

Resultat: Barn har et behov for å bli møtt av sykepleiere som er smilende, gode, har god profesjonell kompetanse og er til å stole på. De har også et behov for å bli møtt på deres nivå. Forskning viser at lek bidrar til god ivaretagelse under oppholdet og at barna setter pris på sykepleieren som tilbringer tid med dem. Når sykepleieren er bevisst på eget kroppsspråk, fremstår på en avslappende og interessert måte, kan det føre til at barn føler seg tryggere i situasjonen.

Konklusjon: Sykepleier må ha kunnskaper om barnets utvikling og kommunikasjonsmetoder for å samhandle med barnet på best mulig måte. For at barnet skal føle trygghet må sykepleiere være vennlig, interessert i barnet bak sykdommen, bruker tid med dem og er ærlig. Det har vist seg at ved bruk av lek kan barnet lettere forklare sine følelser omkring situasjonen.

Hei, jeg er din venn

*Hei, jeg er din venn
jeg skal være sykepleier`n din
og du kan være sola mi
så kan jeg synge og du danse
og den som ser på - det er bamse*

*Vil du være min venn
vi leker du er sykepleier`n min
og jeg kan være månen din
så kan du svømme og jeg vasse
og den som ser på - det er nasse*

*Hvis du en dag er lei
så kommer jeg løpende til deg
og du kan låne lang av meg
så kan du gråte og jeg trøste
og den som ser på - det er nøste*

*hvis du en dag er glad
så kan du hoppe i fanget mitt
og jeg kan låne smilet ditt
så kan du synge og jeg spille
og den som ser på - er lille trille*

1. Innledning

I Norge blir om lag 140 barn under 15 år rammet av kreft hvert år. Kreft hos barn er sjeldent og utgjør hver år bare 0,7 % av alle krefttilfellene i landet (Zeller & Storm- Mathisen, 2010, s. 672). De hyppigste kreftdiagnosene hos barn er leukemi og hjernesvulster og utgjør to tredjedeler av krefttilfellene. Den resterende tredjedelen er en lang rekke kreftsvulster som hver for seg er svært sjelden (Barnekreftportalen, s.a.). Når barnet blir rammet av kreft rammer det hele familien og det innebærer som oftest en lang og vanskelig behandling. Behandlingene varer ofte over flere måneder og barnet vil derfor tilbringe mye tid på sykehuset. Sykepleiere er pliktet til å sikre kvalitet og trygghet for pasienter, en skal også gi omsorgsfull hjelp og jobbe forsvarlig ut fra sine kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §1). På bakgrunn av dette er det viktig med et godt forhold og samarbeid mellom pasienten og sykepleieren. Pleieren må også ha kunnskap om barn og deres utvikling. Vi har erfart fra tidligere praksisperioder at kommunikasjon kommer inn i alle situasjoner og er en viktig del av sykepleiefaget. Det finnes mange ulike kommunikasjonsformer. Sykepleieren må ha kunnskap og forståelse om de ulike formene for å nå fram til ethvert menneske. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren få rikelig med informasjon om barnet og deres behov. Kommunikasjon er nøkkelen til å bli kjent med, og skape trygghet barnet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 81).

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Vi har møtt flere barn med ulike kreftformer innlagt på sykehus. Ved disse innleggelsene fikk vi se litt av ansvarsområdet vi som sykepleiere har overfor denne pasientgruppen. På bakgrunn av helsepersonell loven ser vi at sykepleiere er pliktet til å sikre at barnets behov blir dekket og sørge for at de opplever trygghet (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Sykepleiere har et ansvar for å ivareta barnet under sykehusoppholdet, og være en støttende person som de kan kjenne seg trygg med. Dersom barnet føler seg utrygg kan det forårsake stress som går utover deres mestringsfølelse. Dette kan skape negative konsekvenser for utviklingen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 9). Vi har reflektert mye over kommunikasjon relatert til alder, utvikling og vår opptreden ovenfor et alvorlig sykt barn. Det er interessant da alle er ulike individer som responderer på forskjellige måter. På bakgrunn av dette vil vi se

nærmere på hvordan sykepleier kan oppnå god kommunikasjon med et kreftsykt barn for å skape en trygg atmosfære på sykehuset.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å øke kompetansen i valgt tema og svare på problemstillingen. Vi ønsker å få en mer helhetlig forståelse for hvordan sykepleieren kan skape gode relasjoner gjennom kommunikasjon, for å trygge barn innlagt i sykehus. I tillegg vil vi lære mer om hvordan sykepleiere bør tenke og handle i takt med barnets behov. Vi ønsker med denne oppgaven å belyse ulike kommunikasjonsmetoder som kan fremme barnets trygghetsfølelse med en kreft diagnose.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape trygghet hos det kreftsyke barnet?

1.4 Avgrensning

Vi kommer ikke til å gå inn på forskjellige typer kreft da oppgaven ikke handler om selve diagnosen, men å gi det syke barnet trygghet. Det kommer heller ikke til å bli fokusert på den spesifikke behandlingen eller bivirkningene dette medfører for barnet. I arbeidet med barn har pårørende en sentral rolle, og det vil derfor være naturlig å trekke dem inn i oppgaven. Foreldrene er en stor ressurs for helsepersonell, og barnet kan ha et avhengighetsforhold til sine omsorgspersoner. Til tross for dette har vi valgt å ikke gå inn på sykepleierens rolle til pårørende, men heller ha hovedfokus på kommunikasjon mellom sykepleieren og barnet. Aldersgruppen er barn mellom 7-10 år. I denne alderen begynner barna å utvikle sin identitet, og logisk tenkning (Jerlang, 2008, s. 336).

1.5 Oppgavens oppbygging

Kapitel 1.0 presenterer valg av tema og beskriver hensikten med oppgaven. I dette kapitlet blir også vår problemstilling og avgrensning presentert.

Kapitel 2.0 inneholder vår metodedel. Her beskrives metodevalg og fremgangsmåte for litteratursøk.

Kapitel 3.0 er vår resultat del. Her vil det bli gitt en presentasjon av forskningsartiklene vi har valgt i oppgaven for å besvare problemstillingen. Dette kapitlet vil også inneholde bakgrunn for valg av artikler og kritisk vurdering av forskningen.

Kapitel 4.0 gir en presentasjon av oppgavens teoridel. Vi tar for oss litteraturen som vi ser på som relevant for å belyse problemstillingen. Temaene i dette kapitlet er kreftsykebarn, utvikling og kommunikasjon. Til slutt tar vi for oss teorien til valgt sykepleieteoretiker, Joyce Travelbee.

Kapitel 5.0 inneholder vårt drøftingskapittel. Her drøfter vi forskning og teori opp mot vår problemstilling.

Kapitel 6.0 tar vi for oss oppgavens konklusjon.

Kapitel 7.0 vil gi en oversikt over litteratur anvendt i oppgaven.

Kapitel 8.0 legger frem oppgavens vedlegg.

2. Metode

Vilhelm Aubert sier «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (sitert i Dalland, 2012, s. 110).

For å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte må vi vise til kunnskap omkring temaet, og forskjellige metoder som vil være fremgangsmåten for å innta kunnskap. En metode kan beskrives som et verktøy, men for å finne relevant data må vi bruke riktig redskap. Dette kan hjelpe oss med å samle inn passende data for vår problemstilling (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Metodevalg

Oppgaven vår følger høgskolen i Hedmark sine retningslinjer og er en litteraturstudie. Denne typen metode går ut på å samle inn forskningsartikler, sammenstille og vurdere disse. Metoden brukes når det samles inn litteratur, som går kritisk gjennom og sammenfatter til slutt det vi har funnet ut (Dalland, 2012, s. 112). For å besvare problemstillingen har vi basert oppgaven på ulike forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. De to siste er sekundærlitteratur. Vår besvarelse vil i henhold til retningslinjene også bygge på erfaringer fra praksis.

Det positive med litteraturstudie er at vi gransker og gjennomgår nåværende forskning og litteratur for å finne svar på problemstillingen. Det er da viktig at vi stiller riktige metodiske krav til kilder. Dette vil si vurdering av kildekritikk til sist og samle resultatene og oppsummere kunnskapen. Når vi leser og vurderer flere ulike kilder kan vi sette dem opp mot hverandre. Her vil vi kunne se likhetstrekk og sammenligne flere skriftlige kilder. Dersom det er en undring over hva som er pålitelig i studiene vil det være til fordel for problemstillingen (Dalland, 2012, s. 63-64, 73- 74).

Vi har brukt kvalitative og kvantitative metoder i vår litteraturstudie. Disse to sammen gav oss et fullstendig bilde på problemstillingen. Kvantitativ metode gir opplysninger som kan tallfestes og er ofte hentet fra mange mennesker, dette kan for eksempel gjøres ved

undersøkelser. Kvalitative studie går i dybden, og gjøres ofte ved intervjuer eller samtaler. Dette gir oss en mer grundig forståelse. For å få en god litteraturstudie er det en forutsetning at de ulike forskningsartiklene er av kvalitet og kan fremme eller oppfordre til diskusjon og konklusjon (Dalland, 2012, s. 112- 113).

Nedenfor vil vi gjøre rede for bakgrunnen av fremgangsmåten til hvordan vi har valgt ut litteratur og forskning til denne oppgaven.

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I retningslinjene for oppgaven skal besvarelsen bygge på aktuell fag- og forskningslitteratur. Vi så derfor på det som en interessant og viktig del av oppgaven å innhente oss kunnskap på denne måten. Før vi begynte på dette søket presiserte vi vårt spørsmål og avgrenset problemstillingen.

For å finne forskningsartikler relevant for oppgaven, startet vi med å diskutere ulike spørsmål vi ønsket å finne svar på i forhold til problemstillingen. Da vi skulle finne de engelske og norske MeSH termene til våre emneord, benyttet vi oss av SweMed+ og norske MeSH via helsebiblioteket. I søkeprosessen ble det oppdaget at disse MeSH termene ikke var universelle, og vi brukte da i noen databaser forskjellige søkeord. Ut i fra dette fant vi søkeord som ble fylt inn i rammeverket PICO skjema. Dette er et verktøy som hjelper oss med å gjøre problemstillingen tydelig og presis. Skjema vil gi oss struktur for litteratursøk og kritisk vurdering av artiklene. Hver bokstav i PICO står for et element som ofte er med i et spørsmål (Kunnskapsbasert praksis, 2012). PICO skjema benyttet i oppgaven finnes i tabell 1.

Tabell 1: Pico skjema

P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for)	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå
Barn Child Sykehus Hospitalized Cancer	Sykepleie Nursing Nurse Nursing care Pediatric nursing Communication		Trygghet Safety Relations Emotional

Vi startet med å søke i oria som er biblioteket sin database. Oria gjør et større søk i flere databaser med bøker, artikler og tidsskrifter. Deretter ble det søkt i databasene: SveMed+, PubMed og CINAHL. PubMed ble brukt som database fordi det er den største databasen i medisin og sykepleie. CINAHL ble også benyttet da den inneholder tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Vi søkte i SvedMed+ som er en nordiske database innen medisin og helsefag (Høgskolen i Innlandet, 2017). Denne var aktuell fordi den hjalp oss med å finne artikler som var holdbare og gyldige i Norge, da ulike kulturer kan ha andre krav og retningslinjer (Dalland, 2012, s. 67).

Vi søkte med ulike kombinasjoner av søkeord og bundet dem sammen med ordene AND og NOT for å finne artikler relevante for problemstillingen. Det er også mulig å binde sammen søkeordene med OR som for eksempel “safety” OR “relations”. Denne kombinasjonen utvider søket og gir oss et større treff. Vi valgte derfor bort denne kombinasjonen da størrelsen på antall treff ble for bredt, og bestemte oss heller for å bruke NOT. Kombinasjonen AND ble brukt for å avgrense og spisse søket. Vi ønsket å finne artikler som inneholdt for eksempel “kommunikasjon” AND “barn”. Det har vært viktig at artiklene var relevant i forhold til det syke barnet på sykehus. Vi avgrenset søket videre der det ble for bredt og valgte å bruke kombinasjonen “NOT”. Ved å gjøre dette kan vi ha gått glipp av relevante artikler, men vi ønsket å finne studier som ikke omhandlet foreldrenes rolle til barnet. Videre var det viktig for oss at artiklene ikke var eldre enn år 2000. Dette var fordi vi ønsket å benytte oss av nyere forskning. Vi fant også ut at den største delen av forskningen gjort på dette området var engelskspråklige.

Videre sørget vi for å benytte fagfelleverdert eller ”peer review” i de databasene det lot seg gjøre. Dette gjorde at vi kunne bruke tiden effektiv og ekskludere andre artikler som lå i databasene. At en artikkel er fagfelleverdert innebærer at den er blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor området (Dalland, 2012, s. 78).

Vi fant 9 forskningsartikler som vi syntes var relevante, hvor 3 ikke ble brukt. Grunnen til at av valgte å utelukke disse var på grunn av at artiklene hadde et ulikt fokus i forhold til det vi ønsket å fremstille. Søkehistorikk med detaljert fremgangsmåte presenteres i tabell 2.

Tabell 2: Søketablell

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER OG BEGRENSNINGER	ANTALL TREFF	ANTALL LESTE (titler, abstrakt, fulltekst)	VALGTE ARTIKLER
Barn Sykehus	SveMed+	1: Barn 2: Sykehus 3: 1 AND 2 4: Peer reviewed 5: Norsk	12436 5006 433 243 63	Titler: 45 Abstrakt: 7 Fulltekst:3	Barns rettigheter i norske sykehus- er barn og foreldre fornøyde?
Child Hospitalized Nursing care Communication Relations	PubMed	1: Child 2:Hospitalized 3: Nursing care 4: Communication 5: Relations 6: 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 7: Ikke eldre enn år 2000 8: Fulltekst	1966364 84076 629035 617796 406757 153 112 96	Titler: 67 Abstrakt:11 Fulltekst: 2	The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals

Child Cancer Communication Hospitalized	PubMed	1: Child 2: Cancer 3: Communication 4: Hospitalized 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4 6: Ikke eldre enn år 2000 7: Fulltekst	1966364 3475809 617796 84076 43 24 21	Titler: 11 Abstrakt: 1 Fulltekst: 1	Tell me about it: Drawing as a communication tool for children with cancer
Ved å granske litteratur lister fant vi denne forskningsartikkelen	CINAHL				The specificities of communication in child nursing care
Child, hospitalized Pediatric nursing Communication Saftey	CINAHL	1: Child, Hospitalized 2: Pediatric nursing 3: Communication 4: Safety 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4	20273 62778 3217510 1271157 31	Titler: 10 Abstrakt: 2 Fulltekst: 1	Hospitalized children's views of the good nurse
Children Cancer Nursing Emotional	CINAHL	1: Children 2: Cancer 3: Nursing 4: emotional 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4 6: 1 AND 2 AND 3 AND 4 NOT Parents 7: Ikke eldre enn år 2000	700990 342031 1027561 67489 164 42 29	Titler: 12 Abstrakt: 4 Fulltekst: 2	The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well- being

3. Resultat

Vi har valgt ut studier gjort i Norge, England, USA, Spania, Brasil og Hong Kong. Dette blir presentert i tabellen under for å gi leseren bedre oversikt. Hver artikkel er beskrevet med hensikt, metode og resultat. Totalt presenterer vi seks artikler. Videre i dette kapitlet blir det presentert artikkelens relevans for vår problemstilling og kritisk vurdering av kildene.

Tabell 3: Funn i artiklene

FORFATTER OG UTGIVELSEÅR	LAND	HENSIKT	DESIGN/ METODE	DELTAKERE	RESULTAT
Nortvedt, L. & Kase, B. F. 2000	Norge	Undersøkelse som belyser hvordan barn og foreldre blir imøtekommet med kravene fra forskriften om barns rettigheter i sykehus.	Spørreundersøkelse i norske sykehus. Spørreskjema	90	Forskriften om barns rettigheter på sykehus kommer ikke tilfredsstillende nok frem til barn og foreldre. Konklusjonen fremstiller at foreldre og personalet har mangel på kunnskap om forskriften.
Pena, A. L. N. & Juan, L. C. 2011	Spania	Beskrive barn innlagt på sykehus opplevelse av samhandlingen med sykepleierne.	Observasjon og semi-strukturerte intervjuer	30	Barna var fornøyd med sykepleierne og trakk frem både sosiale og emosjonelle faktorer. Det ble konkludert at kommunikasjon har en avgjørende rolle for å skjønne barns opplevelser, og pleieren må ha gode strategier og kunnskaper når de skal samhandle med barn.

Rollins, J. 2005	USA og England	Undersøke og sammenligne opphavet av stressfaktorer i hverdagen et barn med kreft opplever på sykehus. Utforske mestringsstrategiene barna benytter for å redusere stress, og undersøke bruken av tegning for å forbedre kommunikasjonen.	Intervju/ tegning og observasjon	22	Viser at å tegne hjelper spesielt yngre barn til å uttrykke sine følelser, tanker og redsler. Tegning hjelper også sykepleierne for å samle viktig informasjon fra barnet og se situasjonen fra barnets perspektiv. Metoden hjelper barna med å redusere stress og sortere deres følelser.
Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. 2013	Brasil	Identifisere hvordan sykepleiere kommuniserer med barn, og analysere på hvilken måte kommunikasjon inkluderes i sykepleieren.	Intervju	49	Artikkelen kommer frem til hvor viktig verbal og non-verbal kommunikasjon og sykepleierens holdninger i pleie til barn er. De trekker frem viktige kategorier: informasjon i forhold til prosedyrer, involvere barnet i samtalen, fysisk kontakt, øyekontakt og hjelpe barnet til å uttrykke følelser. Videre punkterer de at sykepleieren skal leke, lese og tegne med barna og gjøre barnet trygg via verbal og non-verbal kommunikasjon.

Brady, M. 2009	England	Identifisere kjennetegnene av den gode sykepleieren fra barns perspektiv i sykehus, og informere barna om sykepleiepraksisen	Intervju/tegne/ skrive	22	<p>Barna var oppmerksom på sykepleierens kroppsspråk og tale, og barna var oppmerksom på den ”gode” og den ”slemme” sykepleieren. Sykepleieren må ha kunnskap om barn og hvordan en skal gå frem for å få et godt samarbeid dem imellom. Barna la frem følgende punkter som viktige egenskaper hos sykepleieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sykepleieren bør klare å kombinere tekniske ferdigheter samtidig som å være morsom å finne på gøy aktiviteter for å distrahere barna. * Barna skulle kunne stole på sykepleieren, som inkluderte at de skulle være ærlige om prosedyrene og behandlingen * Barna satt pris på at sykepleieren tilringte tid og snakket med dem.
Li, Hw, Chung, Okj, & Chiu, Sy. 2010	Hong Kong	Undersøke hvilken effekt kreft har på barns fysiske, følelsesmessige og psykososiale velværet.	Semi strukturert intervju	98	<p>Barna hadde mye angst, og noen depressive symptomer under oppholdet på sykehuset. Videre indikerte intervjuet at nesten alle barna uttrykte forskjellige grader av tristhet og bekymring. Funnet i studien viste også at det er rom for forbedring av sykepleieren når det gjelder å forberede barn til sykehusinnleggelse og behandling av kreft. Det er viktig at sykepleieren passer på for å hjelpe barn til å opprettholde deres utvikling, lette den fysiske og følelsesmessige byrden av en livstruende sykdom.</p>

3.1 Artiklenes relevans for problemstilling

Barns rettigheter i norske sykehus- er barn og foreldre fornøyde? (Nortvedt & Kase, 2000).

Artikkelen er relevant da den belyser spørsmålene vi stiller i oppgaven. Den møter våre kriterier i forhold til årstall og relevans. At forskningen var blitt gjort i Norge så vi på som en fordel. I forskningen ble barna og pårørende utdelt et spørreskjema, hvor de skulle skrive og tegne hvordan de syntes oppholdet på sykehuset var. Funnet underbygde resultatet i artikkelen, hvor det ble kommentert trange lokaler, lite aktiviteter for barna og hektisk tempo. Til tross for dette kom det også frem at de ble møtt av et hyggelig personale som gjorde så godt de kunne (Nortvedt & Kase, 2000).

The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals (Pena & Juan, 2011).

Artikkelen ble inkludert da den diskuterer viktige sider ved kommunikasjon, og mye av det som diskuteres kan overføres til barn i aldersgruppen 7-10 år. Forskerne gjorde intervjuer med barn fra alderen 8- 14 år som var/ har vært innlagt på sykehus. Observasjonene og intervjuene gikk ut på samhandlingen mellom sykepleier og pasient, og hvordan barna så på sykepleierne (Pena & Juan, 2011).

Tell me about it: Drawing as a communication tool for children with cancer (Rollins, 2005).

Til tross for at aldersgruppen i studien dekker barn opp til 18 år, føler vi at tegning er veldig aktuelt som et kommunikasjonsverktøy for barn mellom 7-10 år som vi fokuserer på i denne oppgaven. Barna som deltok i studien ble spurt om å tegne 3 ulike tegninger og forklare dem etterpå. Først skulle de tegne en person som plukket epler fra et tre. Deretter spurte han om de kunne tegne sin skumleste opplevelse, tanker, følelser eller drøm siden de fikk kreft. Til sist skulle barna tegne det stedet de kunne ønske de befant seg nå, om en kunne velge hvilket som helst sted. På denne måten brukte forskeren tegning som er verktøy for å kommunisere med barna (Rollins, 2005).

The specificities of communication in child nursing care (Martinez, Tocantins & Souza, 2013).

Vi mener denne forskningsartikkelen er svært relevant for vår oppgave da den presenterer og diskuterer viktige elementer i forhold til kommunikasjon mellom barn og sykepleier. Det er inkludert utdrag i artikkelen fra intervjuene, som gjør at det de diskuterer underbygges på en troverdig måte. Forskningsartikkelen ble utgitt i 2013 som er innenfor kriteriene og den baseres på intervjuer med sykepleiere som jobber med barn (Martinez, Tocantins & Souza, 2013).

Hospitalized childrens` s views of the good nurse (Brady, 2009).

I denne artikkelen har forskeren fått barna til å tegne og deretter gjennomført et intervju. Den er relevant for vår problemstilling da den sier noe om hva barn ønsker fra en sykepleier for å skape en god relasjon, og viktigheten av å tilbringe tid med dem for å oppnå dette. Den norske og engelske kulturen er ganske lik, og er derfor troverdig for oppgaven vår (Brady, 2009).

The impact of cancer on children`s physical, emotional and psychosocial well- being (Li, Chung & Chiu, 2010).

Artikkelen har fokus på barns emosjonelle og psykososiale velvære på sykehus. Vi mener den er relevant for vår oppgave, da den sier noe om at informasjon og lek kan hjelpe barnet til å bedre sin tilpasning til sykdommen og sykehusinnleggelsen. Studien ble gjennomført i Hong Kong av barn fra 7 til 15 år på to forskjellige sykehus (Li, Chung & Chiu, 2010).

3.2 Kritisk vurdering av kilder

Alt som bidrar til en studentoppgave er kilder. Kildekritikk er metodene som benyttes for å finne ut om kilden er sann eller ikke. Dette menes med at en skal vurdere alle kildene som brukes i oppgaven. Det handler også om å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse problemstillingen, og gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68).

Forskningsartiklene vi har presentert over er vurdert opp mot kunnskapscenterets sine sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning. Skjemaet vi ha brukt på alle artikler ligger eksempelvis som vedlegg 1. Relevansen for artikkelen er vurdert opp mot vår

problemstilling. Vi vurderte også nøye kvaliteten på hver enkel kilde.

Det var flere artikler som opplyste vår problemstilling, men når vi vurderte de opp mot sjekklisten evaluerte vi bare de som scoret entydig *ja* på alle punkter. Når vi videre skulle vurdere hvilke artikler som skulle inkluderes tok vi hensyn til holdbarhet og undersøkte om forfatteren var anerkjent og om kilden var gyldig for oss (Dalland, 2012, s. 74). Vi søkte i Google Scholar på forfatteren for å undersøke deres yrkeserfaring. Videre i vurderingen snakket vi med bibliotekaren slik at vi skulle få en mer utfyllende fakta om andre artikler og bøker forfatteren har skrevet.

Vi har gransket artiklene vi har inkludert nøye opp mot relevans og holdbarhet for vår oppgave. Kildene er vurdert i forhold til deres eksterne validitet mot problemstilling. For å vurdere relevansen må vi finne ut om artikkelen er relevant i forhold til spørsmålene vi ønsker å få besvart. Når vi leste gjennom artikkelen vurderte vi om den belyste problemstillingen, svarte på spørsmålene vi stilte i oppgaven og hvordan den kunne bli brukt i drøfting. Til tross for at flere av forskningsartiklene var blitt gjort i andre land og ikke alltid inkluderte kreftsyke barn, tok vi en vurdering på om funnene i studien er relevant også for kreftsyke barn på sykehus i Norge. Videre i vurderingen har vi forsøkt å ikke latt våre erfaringer og holdninger påvirke vårt valg. Det kan likevel være tilfeller der vi ikke har klart å holde oss objektive, og er dermed med på å forme oppgaven (Dalland, 2012, s. 52, 74).

4. Teori

Kapittel 4 er grunnlaget for å svare på problemstillingen. Dalland skriver at den teoretiske plattformen skal være «såpass fyldig at leseren får en forståelse av dem uten selv å kjenne dem på forhånd» (2012, s. 228). Teorikapittelet inneholder litteratur som belyser problemstillingen og legger grunnlaget for drøftingsdelen. Teorien som blir presentert er: kreftsykebarn på sykehus, barnets kognitive utvikling, kommunikasjon, skape trygghet og relasjon med baret, en definisjon av Joyce Travelbee sin teori om menneske- til- menneskeforhold.

4.1 Kreftsyke barn på sykehus

Barn som blir innlagt på sykehus kommer inn i en ukjent verden og et uvant miljø. Situasjonen og opplevelsene barnet befinner seg i er nye og skremmende. De må forholde seg til mange nye mennesker, og de kan ofte føle mangel på kontroll og lide under tapet av aktiviteter som tidligere var det som gav livet mening. Ved innleggelse kan barnet oppleve at det er et stort kaos rundt dem og at all fokuset er på han/hun og sykdommen de har. Ved sykdom og sykehusinnleggelse medføres det usikkerhet, ubehag og stress. Prøver og undersøkelser som medfører engstelse og eventuelle smerter kan forårsake stress for barnet. Trygghet omhandler i stor grad kontroll og det er viktig for sykepleierne i slik situasjoner å ivareta barnets integritet og hjelpe de å bevare kontrollen i stress situasjonen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 55).

Hvilken forståelse barnet har fra tidligere har stor betydning for hvordan de opplever og forstår situasjonen de befinner seg i. Til tross for at barnet ikke er klar over hva sykdommen innebærer, merker de godt forandringene som skjer rundt dem. For å kunne gi barnet en følelse av trygghet må de forstå hva som er galt og endringene dette kommer til å medføre. Dette kan være med på å gi barnet en følelse av mestring i situasjonen (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 120-121). Barn har et behov for å forstå hva som skjer. Videre trenger de også å forstå hva sykdommen er, hvorfor de har fått den og hvordan den må behandles (Kreftforeningen, s.a.). En fin måte å informere kreftsyke barn på om sykdommen er «Kjemomannen Kasper». Dette er en bok som er til for å illustrere hva kreft er, hvordan cellegift virker og hvorfor de må få medisiner (Haugland, 2000, s. 482). Barn

kan også lære mer om sin sykdom og tilstand ved at sykepleieren gjør barnet delaktiggjøre i sykdommen og gir dem oppgaver. Det kan gjøre at barnet får større innblikk i hva som skal skje og dette kan skape en trygghet for dem (Bringager et al., 2014, s. 176).

Barn trenger trygghet, og dette er noe de ofte kan føle når de har kjente og nære personer rundt seg. Dersom barnet ikke har slike personer i livet sitt kan sykepleieren være til stor hjelp. Sykepleiere må se og forstå barnet, informere og forklare slik at de forstår hva som foregår og hva som skal hende. Dette kan bidra til å øke følelsen av kontroll i situasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 358). Når det kommer til informasjon til mindreårige pasienter skal både pasienten og foresatte bli informert (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3). Grønseth og Markestad (2011, 64) sier at når pårørende er tilstede og tar en del i behandlingen, kan de også gjenta viktig informasjon til barnet senere. I forskrift om barn opphold i helseinstitusjon (2000, § 4) står det at barn skal helst være på barneavdeling, og ha rett på å ha en pårørende med seg under oppholdet. Når barn er i en ukjent omgivelse kan det gi en trygghetsfølelse å ha foreldre tilstede (Bringager et. al., 2014, s. 145). Det blir også skrevet i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 5) at barn så langt det lar seg gjøre skal kunne forholde seg til det samme helsepersonellet gjennom oppholdet. Dette er med på å sørge for å sikre pasientens rettigheter i helsetjenesten, og gir en trygghet for pasienten.

4.2 Barnets kognitive utvikling

Det er viktig at sykepleiere har god kunnskap om barnets kognitive og psykologiske utvikling når en skal kommunisere og forholde seg til dem. Hver enkelt barn har intellektuelle, sosiale og følelsesmessige ulikheter basert på deres ulike livssituasjon, som kan påvirke utviklingen og deres forståelse av hendelsene (Egeland, 2010, s. 692- 693). Kognisjon defineres som evnen til tenkning og innhente seg kunnskap. Dette involverer oppmerksomhet, sanseoppfatning, og evnen til å resonnerer, skape begreper, bedømme, uttrykke seg og redegjøre problemstillinger . Med forståelse for hvordan barnet tenker og evnen til å forstå, kan vi på denne måten redusere stress og øke barnets følelse av kontroll over situasjonen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 31). Pårørende kan også være en stor ressurs når det gjelder barnets utvikling, da det er dem som kjenner de best og vet hvor modent det er og hvor det befinner seg (Egeland, 2011, s. 693). Barn har et behov for å bli

sett og trenger hjelp til å sette ord på sine tanker. Små barn kan trenge korte setninger, enkle forklaringer og en del fysisk nærhet (Eide & Eide, 2007, s. 358).

Piagets teori om barnets kognitive og intellektuelle utvikling deles inn i perioder. Den konkretoperasjonelle perioden er det tredje stadiet, som inkluderer alderen 6- 12 år. Han mener at i denne perioden utvikles barnets evne til operasjonell, formålsbestemt og logisk tenking, som vil si å utføre logiske handlinger på det indre plan. Barnet vil lettere kunne forestille seg ting og trekke konklusjoner fra ulike situasjoner. Grunnet manglende evne til abstrakt tenkning vil de allikevel trenge konkrete handlinger og erfaringer for å utføre de logiske tankene. Piaget mener også at barnets evne til å tenke tilbake i tid, forbereder seg i denne perioden. Her utdyper han at barnet kan tenkte tilbake på da hendelsen skjedde og forstå konsekvensene av den. Tankegangen til barnet er på dette stadiet i stand til å operere ikke bare på faktiske problemer, men også hypotetiske mål og hindringer (Jerlang, 2008, s. 336-337).

I aldersgruppen 8- 11 år begynner barnet å se forskjell på virkelighet og fantasi og er i stand til å se hendelser uavhengig av seg selv. Barn i denne alderen kan se forskjell på rett og galt og vise større forståelse for andres reaksjoner. Samtaleemner en kan ha med barn i denne aldersgruppen er familie, hobbyer, venner og hvem de selv er i forhold til andre mennesker (Eide & Eide, 2007, s. 372).

4.3 Kommunikasjon

I dette kapitlet presenterer vi ulike kommunikasjonsformer som verbal og non- verbal kommunikasjon, og kommunikasjon ved hjelp av ulike hjelpemidler som lek og humor.

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske *communicare*, som betyr å delaktiggjøre en annen, ha forbindelse med og gjøre noe felles. Begrepet kommunikasjon kan på enklest måte forstås som en utveksling av tegn og signalet mellom minst to parter. Den verbale og nonverbale kommunikasjonen er ofte sammensatt. Verbal kommunikasjon er det muntlige og skrevne ordet. Selv om ord i utgangspunktet er tydelige, kan de mistolkes ved mangel av sammensetningen mellom disse kommunikasjonsmåtene. Non- verbal kommunikasjon er den som omhandler kroppsspråk, væremåte, handlinger og øyekontakt (Eide & Eide, 2007, s. 17- 18).

Profesjonell kommunikasjon er forskjellig fra kommunikasjonen i dagliglivet. Denne kommunikasjonen foregår i arbeidslivet som helsepersonell. Det kommuniseres med forskjellige mennesker av ulike årsaker som trenger støtte, hjelp og assistanse. Kommunikasjon i arbeidslivet har en helsefaglig hensikt som er å fremme helse (Eide & Eide, 2007, s. 18). Kommunikasjonsferdighetene de ulike menneskene har, kan sees på som et hjelpemiddel. Dette innebærer å forstå pasienten som en egen person, forstå relasjonen, gi hjelp, støtte og til å ta ulike beslutninger sammen. De praktiske ferdighetene i profesjonell kommunikasjon er essensielle for å nå fram til pasienten. Denne type kommunikasjon er med på å skape trygghet og tillit hos den syke. Ved at sykepleieren er anerkjennende og formidler informasjon og er med på å løse problemer, kan det bidra til at barn mestrer de ulike situasjonene på en bedre måte (Eide & Eide, 2007, s. 20-21).

Det er gjennom språket og evnen til å kommunisere at identiteten til mennesket bevisstgjøres. Å sette seg inn i og forstå hvordan den andre har det skjer gjennom dialog. Kommunikasjon skaper forståelse og forståelse gir nye ord for det som er forstått. Ved å sette ord på sine følelser, tanker og indre konflikter settes prosessen med å bearbeide følelser og opplevelser i gang (Solvoll, 2016, s. 116, 131).

4.3.1 Kommunikasjon med barn

Å kommunisere med barn og særlig barn innlagt på sykehus kan være utfordrende. Ethvert barn er på forskjellige stadier i utviklingen, det finnes derfor ingen oppskrift på hvordan man skal kommunisere med dem. Hvert enkelt menneske og situasjon er forskjellig. Derfor er det viktig å finne ut hvor barnet befinner seg for å forstå hvordan man skal gå fram for å nå barnet (Eide & Eide, 2007, s. 358). Gjennom non- verbal kommunikasjon er det viktig å møte barnet på en bekræftende og oppmuntrende måte for å fremme budskapet i samtalen. Barn har ofte lettere for å forstå non-verbal kommunikasjon enn verbal kommunikasjon, da de selv kommuniserer best på denne måten. Gjennom non- verbal kommunikasjon får barnet følelsen av trygghet og omsorg (Eide & Eide, 2007, s. 199).

Sykepleiere kan ikke hindre vonde følelser hos barn, men vi kan hjelpe å mestre dem. Barn har som regel ingen eller liten erfaring og kunnskap om utfordrende situasjoner. De kan

derfor fort tolke stemninger eller ting som blir sagt, på en gal måte. Barn er ofte avhengige av tilstrekkelig informasjon fra sine omgivelser for å få et helhetlig bilde av hva som hender (Bugge, 2003, s. 105). Når vi skal kommunisere med dem er det viktig å tenke på at barn er i sin egen verden og har ikke alltid oppmerksomheten der vi ønsker. Det er derfor viktig å være tilstede når barnet er klar for å kommunisere og lytte til det de har å si. Sykepleieren må vise interesse for det pasienten snakker om og gi enkle og korte forklaringer. Barnet bør også få være hovedpersonen i samtalen. Samtalen skal helst inneholde forståelse, akseptering, lytting, toleranse og bekreftelse. Man skal heller ikke forminske deres følelser og oppfatninger av ting, dersom de for eksempel gruer seg til noe. Dette kan føre til at barnet stenger for videre kommunikasjon. Når vi kommuniserer med barn spiller det en sentral rolle å være ærlig. Tillitsforholdet mellom barnet og sykepleieren kan bli svekket dersom vi er uærlige (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83, 86).

4.3.2 Lek og latter

Lek kan hjelpe barn med å mestre hendelser og erfaringer under sykehusoppholdet slik at situasjonen de befinner seg i ikke blir like skremmende (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84). Barn har også rett på å bli aktivisert under oppholdet på sykehuset (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-3). Lek kan brukes som en ressurs terapeutisk ved at barn kan føle at det blir lettere å snakke om opplevelser, tanker og det kan redusere stress. Barn markerer seg gjennom språk og adferd, og det kan derfor være lettere å kommunisere med dem dersom handlinger og ord kombineres. Hjelpemidler som brukes er for eksempel tegninger, bilder, leker, rollespill, fortellinger/eventyr og musikk. I grunnskolen er barn også spesielt glad i aktiviteter som inneholder konkurranse. Lek kan gi sykepleierne en mulighet til å oppfatte barnets måte å se verden på. Dette vil gi en måte å forstå deres virkelighet og møte barnet hvor det er (Grønseth & Markestad, 2011, s. 84-85). Gjennom lek kan sykepleierne få innblikk i hvordan barnet opplever ulike situasjoner og hva som bekymrer dem (Bringager et al., 2014, s. 169). Det er viktig å ikke være redd for å lytte til barnet og deres følelser, og sette av tid til responsen de får (Bugge, 2003, s. 120).

4.4 Skape trygghet i relasjon med barnet

Det kan være tidkrevende og utfordrende å skape et tillitsforhold til barn på sykehus, da de først og fremst ofte er skeptiske til fremmede mennesker (Grønseth & Markestad, 2011, 82). Bringager, Hellebostad, Sæter og Mørk (2014, s. 117) belyser hvor betydningsfullt det første møtet for sykepleieren er med barnet og foreldrene. De skriver at det er dette møtet som danner grunnlaget for utviklingen av et tillitsforhold dem imellom.

Barnets tillit til sykepleieren kan bli svekket når de utfører skremmende og ubehagelige prosedyrer. Det er derfor det er viktig å ha kunnskaper om hvilke hjelpemidler og hvilke faktorer som hjelper for en god relasjon med barn og unge. For at sykepleieren skal oppnå tillit hos barnet kan de vise interesse, gjøre hyggelige ting og bruke tid sammen med dem. Det er også viktig å bli kjent med barnet som person og ikke bare som en pasient. Videre skal man være ærlig, forklare og hjelpe pasienten til å forstå hva som foregår og tørre å bli følelsesmessig berørt og gi av seg selv. Selv om man kan ønske å beskytte dem ved å pynte på informasjonen, kan dette føre til mer skade når barnet innser at de er blitt ført bak lyset (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82- 84).

Barn føler ofte usikkerhet ovenfor fremmede mennesker og det er ikke alltid lett å åpne seg for dem. For å skape tillit forutsette dette kontakt, og for å oppnå kontakt forutsetter det et berøringspunkt av noe barnet er opptatt av og som hjelperen kan delta i. Ofte hender det at man må prøve seg frem gjennom ulike metoder. Det er da lurt at sykepleieren på forhånd vet hva de trenger av støtte og hjelp og hvor de har sin oppmerksomhet. Dette er ikke alltid så godt å vite i begynnelsen. Åpenhet, undring og aktiv lytting i samtalen er viktig, slik at man finner et felles oppmerksomhetspunkt sammen med barnet. Ved å være oppmerksom på deres interesser og deler oppmerksomheten til det punktet, uttrykker man empati og respekt som skaper et grunnlag for tillit (Eide og Eide, 2007, s. 359- 360).

En viktig oppgave for sykepleieren er å legge til rette for at barnets normale hverdag i så stor grad som mulig skal fortsette. Med dette mener de blant annet familiens tilstedeværelse, lek, glede og daglige rutiner (Grønseth & Markestad, 2011, s. 9). Sykepleierne bør lage en pleieplan i samarbeid med foreldrene, for å ta utgangspunkt i barnets normale rutiner, interesser og vaner da dette kan skape en trygghet for barna (Egeland, 2010, s. 695).

4.5 Menneske- til- menneske- forholdet

Joyce Travelbee beskriver menneske- til- menneske- forholdet og vi vil ta utgangspunkt i den eksistensialistiske sykepleiemodell. Travelbee definerer enkelte deler av sykepleie. Vi har tatt med deler av hennes definisjon og forklaring som vi syntes var relevant for oppgaven. For å oppnå en relasjonen med barnet tar vi utgangspunkt i teori om menneske- til- menneske forhold og kommunikasjon. Travelbee ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess og hun legger stor vekt på kommunikasjon mellom sykepleieren og den syke (Eide & Eide, 2007, s. 135). Til tross for at teorien ikke tar utgangspunkt i sykepleie til barn, mener vi fortsatt at den er aktuell i forhold til vår oppgave. Dette er fordi hun snakker om betydningen av relasjonen mellom sykepleieren og den syke.

Travelbee er svært opptatt av menneskesyn og teorien forholder seg til ethvert individ som en unik person. Hun mener at det enkelte mennesket er helt forskjellig fra andre mennesker og kan ikke sammenlignes med noen andre personer. Alle mennesker har ulike erfaringer og forskjellige syn på situasjoner. Pasientens familie er betydningsfull i forhold til den syke, men hennes sykepleietenkning konsentrerer seg først og fremst om pasienten. Travelbee mener at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de ulike erfaringene som følger med sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2005, s. 26-27).

Kommunikasjon er prosessen som forbereder sykepleieren til å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Når sykepleieren og pasienten har etablert et menneske- til - menneske- forhold er det blitt dannet et grunnlag for relasjon videre. Sykepleieteoretikeren definerer kommunikasjon som en prosess og atferd. Hun mener det er atferd fordi den alltid involverer fysisk og mental aktivitet hos mottakeren og avsenderen i samtalen. Prosessen er en utveksling av meninger. I kommunikasjonen utveksler pasienten og sykepleieren tanker, holdninger, følelser og observerer hverandre. Her uttrykkes meningene gjennom verbale og non- verbale kommunikasjonsmåter. Travelbee sier at målet med denne interaksjonen er å lære den syke å kjenne som det unike mennesket det er, ivareta deres behov og nå sykepleierens hensikt og mål. Dette må sykepleieren gjøre for på best mulig måte kunne ivareta pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 135- 137, 139).

Menneske- til- menneske- forholdet er det som legger grunnlaget for videre kommunikasjon.

For å nå sykepleierens mål og hensikt, er det viktig å etablere seg et menneske-til-menneske-forhold. I et slikt forhold må personene se mennesket og ikke som en rolle som sykepleier eller pasient. Dette forholdet har ulike faser, og gjennom disse fasene skaper menneskene en relasjon til hverandre og ser på hverandre som mer enn sykepleier og pasient. Dette består av: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2005, s. 30).

Det innledende møte består av pasient og sykepleier som møtes for første gang. Gjennom det innledende møtet blir det dannet et førsteinntrykk fra begge parter. I dette møtet ser som oftest sykepleieren på pasienten som en "pasient" og pasienten ser på sykepleieren som en "sykepleier". De ser på hverandre i liten grad som unike mennesker. Gjennom førsteinntrykket får pasienten en følelse av hvem sykepleieren er og omvendt basert på observasjoner, antakelser og væremåte (Kristoffersen, 2008, s. 30). Etter hvert som kommunikasjonen mellom de to individene utvikler seg vil de kunne se hverandre som noe annet enn en stereotype og identiteten kommer tydeligere fram. Fasen fremvekst av identiteter innebærer å ha evnen til å etablere en tilknytning til det andre mennesket. Hun sier at i denne fasen opplever menneskene rette tanker og følelser mot den andre personen og mottar inntrykk av den andres personlighet (Travelbee, 2001, s. 186-189). Travelbee ser på empati som en erfaring som finnes mellom to eller flere mennesker. Empati er evnen til å sette seg inn eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand, men samtidig stå utenfor. Hun mener at ved sympati og medfølelse har man en tvang eller et ønske om å hjelpe det syke mennesket. Sympati og medfølelse kan uttrykkes verbalt og nonverbalt gjennom sykepleierens væremåte. Travelbee mener at i mange tilfeller vil pasienten mestre sin situasjon bedre når pasienten opplever dette fra sykepleieren. Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold som er hovedmålet for all sykepleie. Når sykepleieren og den syke har gått gjennom de ulike fasene i menneske-til-menneske-forhold oppleves gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 193, 200-201, 211).

5. Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte de ulike forskningsartiklene opp mot relevant litteratur, egne erfaringer og opplevelser for å finne svar på vår problemstilling. Som nevnt tar vi for oss Travelbees teori i oppgaven. Hun bruker ofte ordene “pasienten” eller “den syke”, men vi velger å bytte dette ut med “barnet” i teksten. Kapitlet består av 3 delkapitler hvor vi vil ta utgangspunkt i: møte mellom sykepleieren og barnet, kommunikasjon med det kreftsyke barnet og fremme barnets friske side.

5.1 Møte mellom sykepleieren og barnet

«When I was told I had cancer, the whole world turned upside down. The news was so sudden and unexpected» (Li, Chung & Chiu, 2010, s. 51). Det første møtet mellom sykepleieren og barnet har vi erfart i praksis at førsteinntrykk dannes basert på observasjoner, språk og handlinger. Vi har opplevd at i det første møtet med barn på avdelingen, kan de ofte virke redd og usikker. Gjennom våre erfaringer har det vist seg at ved å trekke oppmerksomheten litt bort fra barnet, og fokusere på for eksempel leker de har med, kan hjelpe dem med å føle seg tryggere i situasjonen. Dersom barnet har med en bamse, kan vi for eksempel si “jeg ser du har med deg en bamse, har den vært på sykehus før?”. Ved å være bevisst på vårt språk og initiale handlinger kan dette være med på å gi barnet et bedre førsteinntrykk av sykehuset. Førsteintrykket barnet får av hvem sykepleieren er og omvendt skjer ut ifra observasjoner, antakelser og væremåten (Kristoffersen, 2005, s. 30). Det første møte er det som legger grunnlaget for utviklingen av tillitsforholdet dem i mellom, og førsteinntrykket sykepleieren gir blir derfor viktig (Bringager et al., 2014, s. 117). Travelbees teori (2001, s. 186- 187) støtter dette når hun skriver at det inntrykket barnet og sykepleieren står igjen med, er dannet på bakgrunn av den verbale og non- verbale kommunikasjonen dem imellom. Det første møte kan ofte være preget av stereotype oppfatninger til hverandre og at pasienten og sykepleieren i liten grad ser på hverandre som unike mennesker.

I en forskningsartikkel understrekes viktigheten av verbal og non- verbal kommunikasjon. Ved bruk av kommunikasjon kan man snakke med barnet, vise interesse, informere og

forklare. På denne måten kan tillitsforholdet dem i mellom styrkes. Det punkteres også at det er viktig å observere barnets uttrykk og kommunisere med dem gjennom øyekontakt. For barnet kan dette skape trygghet og ro (Martinez et. al., 2013, s. 39-43). På bakgrunn av dette ses viktigheten mellom verbal og non- verbal kommunikasjon, og hvordan denne prosessen kan hjelpe de til å føle trygghet til sykepleiere. Som nevnt tidligere er denne type kommunikasjon viktig i det første møte mellom barnet og sykepleieren, da dette ligger grunnlaget for relasjonen videre.

Barn har rett på å bli informert om sin sykdom (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). For barn er informasjon og forståelse for egen sykdom viktig for at de skal føle seg trygge på sykehus. De har et behov for å forstå sykdommen, både når det gjelder behandling og årsak. Derfor er det viktig at sykepleieren prøver å dekke disse behovene så godt det lar seg gjøre (Kreftforeningen, s.a.). Sykepleieren må være kreativ i sin formidlingen og de kan blant annet ta i bruk hjelpemidler som boken om «Kjemomannen Kasper» (Haugland, 2000, s. 482). Dette kan hjelpe med å forebygge den frustrasjonen barnet får, da det gir et bedre bilde av hva sykdommen er og ikke bare tomme ord fra sykepleieren. Det blir en drastisk forandring for barna på kort tid, og situasjoner som dette kan gjøre at de opptrer, reagerer og samhandler annerledes. Når de er forberedt på hva som skal skje kan dette redusere reaksjonen og føre til trygghet i situasjonen (Martinez et al., 2013, s. 38).

For barn kan det oppleves som skremmende å være på sykehus. De kommer inn i en ny og ukjent verden, med et ukjent miljø. Det er mange nye mennesker å forholde seg til, alt fokuset er på pasientens sykdom og de kan føle at det er et stort kaos rundt dem (Grønseth & Markestad, 2011, s. 51). Barn skal så langt det lar seg gjøre kunne forholde seg til det samme helsepersonellet under innleggelsen Dette kan være en trygghet for barnet slik at de unngår at det blir mange ansikter å forholde seg til (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 5). Gjennom erfaringer fra praksis har vi opplevd at dette ikke alltid lar seg gjøre. Det viser seg også i en undersøkelse gjort av Nortvedt og Kase (2000, s. 1-6) at det er en del barn som ikke blir fulgt opp av den samme gruppen helsepersonell, og at de ikke har en fast sykepleier å forholde seg til. Dette kan føre til at barnet blir utrygg og situasjonen kan oppleves mer skremmende når det er mange nye ansikter rundt dem.

Det er viktig for barnet at foreldre er tilstede under oppholdet, da samholdet mellom pårørende er det nærmeste barnet kommer til trygghet. Når pårørende er tilstede gjennom

hele oppholdet vil de være en stor ressurs for sykepleierne ved at de da kan gjenfortelle ulike ting barnet lurer på senere (Bringager et al., 2014, s. 144-145). Barn har en rett på å ha med minst en omsorgsperson med seg under hele oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 6). Det er naturlig at foreldrene kjenner barnet best og vet mer om deres utvikling og hvor barnet befinner seg i denne prosessen. Det kan derfor være lurt for pleieren å bruke foreldrene som en ressurs for å forstå pasienten bedre og lære dem å kjenne (Egeland, 2010, s. 693).

Desto mer kunnskap sykepleiere har om barnets utvikling, desto mer forståelse kan vi få for den syke og kan lettere tilrettelegge kommunikasjonen på barnets nivå (Grønseth & Markestad, 2011, s. 64-65). Hvert enkelt barn har intellektuelle, sosiale og følelsesmessige forskjeller ut fra de ulike livssituasjonene som er med på å påvirke utviklingen. Det er derfor viktig å forstå utviklingspsykologiske momenter når vi som sykepleiere skal kommunisere med barnet (Egeland, 2010, s.692). Det kan være store forskjeller på et barn på 7 år og et barn på 10 år. I praksis har vi sett at ikke alle barn på for eksempel 7 år er kommet like langt i den kognitive utviklingen. Noen er kanskje mer voksne, og har en annen psykososial utvikling, mens andre kan "henge etter". Dersom barnet er kommet lengre enn andre i utviklingsnivået må sykepleieren tilpasse kommunikasjonen til det stadiet barnet befinner seg på. Når sykepleiere har en forståelse for hvordan barnet tenker, og deres evne til å forstå, kan det på denne måten redusere barnets stress, øke deres følelse av kontroll over situasjonen og skape trygghet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 51-52).

I alderen 7-10 år har barnet utviklet evnen til å tenke rasjonelt og logisk. Barnet kan nå være i stand til å forstå problemer og tenkte hypotetiske mål og hindringer. Som vi har vært inne på tidligere, vet vi at sykehusinnleggelse kan forårsake stress hos barnet. Det er derfor viktig å være oppmerksom på at i slike situasjoner kan barnets logiske tenkning og fornuft svekkes (Jerlang, 2008, s. 336-337). Når vi ser på dette som grunnlag må sykepleieren prøve å danne et forhold til pasienten basert på respekt og trygghet, da dette kan hjelpe barnet til å føle seg tryggere på sykehuset. Sykepleiere kan lettere forstå og støtte barnet der de trenger det. Det vises også i en studie at barna føler seg tryggere med sykepleiere som har god profesjonell kompetanse, god kommunikasjon, viser godhet og trygghet. Det barna i undersøkelsen la spesielt vekt på, var at de kunne stole på sykepleieren. Med dette mente pasientene, at de gode sykepleierne var ærlige om ubehagelige ting som prosedyrer og behandlinger. Det kom også frem i studien at pasientene satt spesielt pris på at sykepleierne var oppmerksomme og

tilbringe tid med dem (Brady, 2009, s. 553-557). Barnet har lettere for å være åpen om sin frykt og angst når de føler at sykepleieren kjenner og har tillit til dem. Ved å stille personlige spørsmål til barnet om interesser som for eksempel skole og venner, viser sykepleieren at hun er interessert i å bli kjent med barnet som person og ikke som den syke (Travelbee, 2001, s. 141).

Når hverdagen til barnet blir forandret kan mye av tryggheten forsvinne. Sykepleieren bør derfor i samråd med foreldrene utarbeide en pleieplan for å hjelpe barnet med å bevare noen av sine rutiner. Dette kan gi barnet en følelse av forutsigbarhet og kontroll i den nye og ukjente hverdagen (Egeland, 2010, s. 695). Som vi har erfart er det ikke alltid like enkelt å opprettholde de faste rutinene til barnet, da barnet er sykt og kan ha dårlige dager. Det kan skje uventede undersøkelser, prøver og barnets immunforsvar kan bli såpass lavt at de må holdes på isolat, og dermed ikke får den forutsigbarheten i hverdagen. Et daglig gjøremål i avdelingen er å ta vitale målinger av barnet to ganger for dagen. Ved at barna deltar og hjelper sykepleierne i disse rutinene kan de få en kontroll over kroppen og unngår å få en følelse av å bli overkjørt i situasjonene. Et eksempel på dette kan være at barna får selv trykke på knappen som måler blodtrykket eller at de får være med å sende blodprøvene etter blodprøvetaking. Ved å gi barna slike oppgaver kan de bli mer inkludert og interessert i egen behandling og føre til trygghet i situasjonen (Bringager et al., 2014, s. 176).

Sykepleieren bør la barnet delta i daglige rutiner, smile og møte det kreftsyke barnet hvor det er. Videre ser vi at ved å fremtre på en rolig og hyggelig måte kan det trygge barnet i den utrygge situasjonen. Ved å gi oppmerksomhet og vise interesse kan sykepleieren bli bedre kjent med barnet. Kommunikasjonen kan da tre frem på en mer naturlig og trygg måte.

5.2 Kommunikasjon med det kreftsyke barnet

Den verbale og nonverbale kommunikasjonen skaper en relasjon mellom barnet og sykepleieren og er med på å gjøre dem trygg på sykehus (Martinez et al., 2013, s. 43). Vi skal i dette kapitlet gå dypere inn i hvordan kommunisere med barnet på deres premisser.

Barn på sykehus ønsker at sykepleieren skal være snill, hjelpsom og smilende. Det barnet også legger vekt på, er at sykepleieren tilbringer tid med dem og heier dem frem i vanskelige perioder. Det kan skape en trygghet for barn når sykepleieren fremstår avslappet og holder

øyekontakt. Videre setter barna pris på at sykepleiere snakker til de og spør de om personlige spørsmål og ikke bare en pasient - sykepleier samtale (Brady, 2009, s. 548- 557).

Gjennom kommunikasjonen bevisstgjøres identiteten til mennesket, og dialogen kan gi et innblikk i hvordan pasienten har det (Solvoll, 2016, s. 116, 131). Denne prosessen er alltid avhengig av fysisk og mental kontakt både fra avsender og mottaker. Det er også viktig at sykepleieren prøver å forstå hva barnet prøver å kommunisere for at den syke skal få ivaretatt sine behov på best mulig måte (Travelbee, 2001, s. 137-139).

Det essensielle for å skape et tillitsforhold til barn er kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2011, s. 81). Forskning gjort av Pena og Juan (2011, s. 1435), viser at kommunikasjon mellom sykepleieren og barnet spiller en nøkkelrolle for at barna skal klare å forstå og takle situasjonene de må gå igjennom på sykehuset. Alle barn er ulike individer og reagerer forskjellig på sin sykdomssituasjon. Sykepleieren må bruke kommunikasjonsferdighetene sine for kunne etablere gjensidig forståelse og kontakt. I menneske- til- menneske- forholdet innebærer det at pleieren og barnet blir kjent med hverandre og at pleieren viser empati og sympati. For å skape trygghet må sykepleieren bli kjent med personen bak sykdommen (Travelbee, 2001, s. 140- 141, 215).

«I don't see any problem here, I'm well and the nurses always come to see me, they tell me things that make me feel safe and it seems good to me and that's why I behave well with them » sitatet er hentet fra forskning gjort av Pena og Juan (2011, s. 1432). For å få en god relasjonen med barnet basert på trygghet, må vi vite hvordan vi kan ha en samtale med dem, og det skal vi gå inn på nå.

Barn må få være hovedpersonen i samtalen, og samtalen må tilpasses for hvor og når den skal foregå. Det viser seg også at barn har kortere oppmerksomhet tid enn eldre, og på grunnlag av dette bør samtalen foregå når de er opplagt og våken. I samtalen med barn må man ta utgangspunkt i deres virkelighetsforståelse, gi enkle forklaringer og fysisk nærhet. Kommunikasjonen må preges av forståelse, akseptering, toleranse og bekræftelse. Videre skal samtalen innebære aktiv lytting, anerkjennelse av barnets tanker, følelser og væremåte (Grønseth og Markestad, 2011, s. 82-83).

For å kunne skape et tillitsfullt forhold må sykepleierne vise respekt og snakke ærlig med

barnet. De vil gi mer oppmerksomhet når pleieren bruker deres navn og føle seg roligere når en snakker sakte til dem. Ved å holde øyekontakt under samtalen, kan også gjøre barna blir mer trygg på sykepleierne (Martinez et al., 2013, s. 42- 43). Det er viktig å være ærlig med barna, og aldri lyve til dem. Dette kan forårsake at tillit til sykepleierne svekkes. Ved samtalsituasjoner med barn skal sykepleieren ta ting de er urolig for på alvor og gi de konkrete og enkle svar (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86). Ved å hjelpe barna med å sette ord på sine følelser setter vi prosessen med å bearbeide følelsene i gang. Dersom for eksempel barnet har vært på en undersøkelse som han/hun har gruet seg til, kan sykepleieren snakke med pasienten og hjelpe dem med å fremme sine tanker om opplevelsen (Solvoll, 2016, s. 116, 131).

Gode non- verbale kommunikasjonsevner er viktig i arbeid med barn som ikke har fullt utviklet kognitive evner. Barn er spesielt oppmerksom på kroppsspråk og væremåten til sykepleieren. Dette vil si at non- verbal kommunikasjon er vel så viktig, om ikke viktigere i samhandlingen med dem. Nærhet, klemming og annen fysisk kontakt er strategier sykepleiere kan bruke for å oppnå trygghet med barn (Martinez et. al., 2013, s. 42). Den viktigste funksjonen innen non-verbal kommunikasjon er å møte barnet på en bekreftende, beskyttende og oppmuntrende måte. Barnet kan ha behov for å åpne seg, dele følelser og tanker i de ulike situasjonene. Hos barn bidrar denne kommunikasjon til å bygge opp motivasjon, tillit og trygghet. Det er derfor viktig for sykepleiere å trene opp disse ferdighetene (Eide og Eide, 2007, s. 199).

Ved å være bevisst på eget kroppsspråk kan man formidle mye. I situasjoner med barn er det viktig at kroppsspråket bidrar til å skape en trygg atmosfære og at det kommer tydelig fram hva som er hensikten med samtalen. Om sykepleieren for eksempel sitter mot barnet ved å lene seg mot den syke og la knærne peke i samme retning, viser sykepleieren en interesse og ønske om kontakt. Når pleieren er oppmerksom på dette kan det skape trygghet og fortrolighet i situasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 208).

En annen form for non-verbal kommunikasjon kan være kroppsberøring. Kroppsberøring er noe alle mennesker kjenner til, og alle individer har et behov for denne type kommunikasjon. Den første kommunikasjon med andre mennesker er berøring og kan dermed være en kommunikasjonsform de fleste kjenner seg fortrolig med. Kroppskontakt kan også senere i livet være med på å skape trygghet, mening og bekreftelse (Eide & Eide, 2007, s. 210). «The

way you deliver care. The way you touch the child with tenderness, you provide her with care, you interact with her, you talk» (Martinez et. al., 2013, s. 43). Her viser sykepleieren i forskningsintervjuet bruken og viktigheten av verbal og non- verbal kommunikasjon gjennom kroppsberøring. Hun viser at hun bryr seg om barnet, og vi får et inntrykk at hun gir omsorg etter barnets premisser. For barn er kroppskontakt viktig og nødvendig i kommunikasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 210). Som vi vet gjennom egne erfaringer er det noen mennesker som synes kroppskontakt med andre enn de aller nærmeste blir ubehagelig, og trekker seg vekk. Alle individer har sin intimgrense, og dette må vi respektere og observere hvor grensene til barnet går. Dersom sykepleieren klarer å sette kriteriene som er beskrevet over sammen, legges det grunnlaget som trengs for å utvikle et forhold basert på trygghet (Grønseth & Markestad, 2012, s. 81-81, 87).

Ved bruk av både verbal og non- verbal kommunikasjon kan sykepleierne formidle den informasjonen barnet trenger for skape trygghet. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på sitt eget kroppsspråk og væremåte for å kunne fremme budskapet. Når vi skal kommunisere med barnet må vi tenke på hvordan vi skal nå inn til det. Det er viktig å vise tillit og respekt til barnet. Når dette gjøres kan barnet få en følelse av kontroll og at sykepleieren er på deres "lag". Ved å vise at vi forstår og er på samme side som barnet, kan de føle seg tryggere til å åpne seg opp og dele sine tanker og følelser.

5.3 Fremme barnets friske side

I kapittel 5.1 og 5.2 har vi gått inn på den første tiden på sykehuset og kommunikasjon med barnet. Vi vil nå gå dypere inn i hvordan kommunisere med barn ved bruk av ulike former for lek, for å skape trygghet for dem på sykehus.

«Sometimes I sing for children who are alone, without their mother. I ask her to show me a toy, let them engage me» (Martinez, et. al., 2013, s. 42). Sitatet er funnet i forskningsartikkelen gjort av Martinez, Tocantines og Souza. Her er det blitt gjort sykepleie intervjuer som viser hjelpemidlene de bruker når de skal kommunisere med barn. Lek kan både brukes for å hente frem barnets friske side, skape en relasjon og en måte for å kommunisere med dem på. Når barn leker skjer alt på liksom. Dette skaper en avstand fra følelser og opplevelser som er skummel å forholde seg til og gjør at barnet har forutsigbarhet og kontroll i leken (Grønseth & Markestad, 2011, s. 90).

«Playing, proposing a game, or participating in a game with her. It is different. You are building something that is going to be the base when it is time for you to act» (Martinez, et. al., 2013, s. 42). Barn er ikke alltid tilgjengelig for informasjon og dette er noe vi må respektere. Når sykepleieren tilbringer tid med pasienten gjennom lek, kan barnet lettere formidle sine følelser. Gjennom lek og kommunikasjon har pleieren mulighet til å få innblikk i hvordan barnet opplever de ulike situasjonene. Det kan også belyse hva barnet tenker på, er redd og glad for. Gjennom lek kan barnet trekke seg tilbake fra virkeligheten og informasjonen sykepleieren gir kan lettere nå inn til barnet (Bringager et al., 2014, s. 169). I kommunikasjon med barn finnes det mange fordeler med å bruke leker, spill, musikk, fortellinger, terninger eller lignende.

Tegning er en metode som kan brukes for å fremme barns følelser omkring temaer og for å hjelpe de med å forstå hva de føler. Det har også vist seg i forskning å være en hjelpsom kommunikasjonsmetode, spesielt i forhold til barn. Barna klarer å uttrykke følelser og bekymringer på en bedre måte enn de klarer ved bare en samtale. Dette kan gjøre at de føler det blir enklere å snakke om sine tanker når de kan distansere seg fra de gjennom hjelpemidler. Det er derimot ikke alle barn som klarer å uttrykke dette på eget initiativ. Her kommer sykepleierens rolle inn. Sykepleieren kan oppfordre barnet til å tegne noe det har opplevd, for deretter å spørre barnet om å forklare tegningen (Rollins, 2005, s. 218-219). Barnet kan ikke beskyttes mot vonde følelser, men vi kan hjelpe de å uttrykke dem. Stress og depresjon kan oppstå ved en kreftdiagnose (Li et. al., 2010, s. 51). Det er derfor viktig at sykepleieren tørr å spørre barnet om hvordan det har det, og sette av tid til å vise forståelse for de følelsene barnet uttrykker. Det kan være lettere å kommunisere med barn når sykepleieren kombinerer ord og handlinger, da barn ofte uttrykker seg bedre når de kan bruke både ord og atferd (Bugge, 2003, s. 120).

Barn i skolealder er glad i avanserte leker som inneholder kamp og konkurranse. Dette kan være leker som spill, gjemsel, byggesett og mer (Grønseth & Markestad, 2011, s. 93). Til tross for at barnet er på sykehus, vil det likevel være nødvendig for dem å aktivisere seg, dette har det også en rett til (Pasienten- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-3). Ved å bruke lek som et hjelpemiddel, kan sykepleieren hjelpe barnet med å ha det hyggelig til tross for at de er innlagt på sykehus. Dette kan skape håp og mening (Eide & Eide, 2012, s. 361). Lek og sosialisering er viktig for barn på sykehus da det stimulerer positiv atferd og læring. Det er

også avgjørende for barnets normale vekst og utvikling (Li et. al., 2010, s. 52). Latter og humor er også er en ressurs som kan hjelpe med å distrahere barnet, og det kan være med på å fremme deres friske side. Ved å gjøre dette sammen kan det skape få en tettere relasjon, som kan legges til rette for å skape trygghet (Pena & Juan, 2011, s. 1429- 1436).

I praksis har vi erfart at rollespill er en effektiv måte for å få oppmerksomheten til barnet under undersøkelser. Barn kan ofte være skeptiske når vi kommer med ulike medisinteknisk utstyr som blodtrykk og temperatur måler. Vi erfarte at ved å bytte om rollene fikk barnet en mer trygghet i situasjonen. Et eksempel på dette var at de fikk prøve blodtrykksmåleren på oss eller foreldre før vi fikk overta. Dette ufarlig gjorde situasjonen for barnet, og de fikk mer kontroll over hendelsen. På denne måten brukte vi oss selv som prøvekanin, fikk fokuset bort fra barnet og de ukjente apparatene. Her brukte vi lek som en avledning teknikk, og siden det bare er et skuespill vil det dermed skape en avstand til det som kan oppleves som skremmende i virkeligheten. På barneavdelinger finnes det også dukker som barna kan tegne, ta plaster og sprøyter på. På denne måten gjennomgår også dukkene skumle prosedyrer på lik linje som barna. Dette kan gjøre at de ulike redskapene ikke oppleves like skremmende da barna ser på det fra sidelinjen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 90).

Vi ser over at når pleieren og barnet kommuniserer gjennom ulike former for lek, kan dette føre til at barnet føler seg tryggere på sykehus. Ved å bruke dette hjelpemiddelet kan sykepleieren hjelpe barnet med å åpne seg opp og lettere forstå deres tanker og følelser. Videre ser vi at ved å ufarliggjøre redskap under undersøkelser kan barnet føle større trygghet i situasjonen.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi gjennom litteratur, forskning, artikler og sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee kommet frem til en konklusjon for vår problemstilling.

“Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon skape trygghet hos det kreftsyke barnet?”

Ut i fra det vi har drøftet ser vi at det ikke finnes noen fasit på hvordan sykepleiere på best mulig måte kan kommunisere med barn. Alle barn er forskjellig og unik og kommunikasjonen må tilpasses barnets alder og utvikling. Det er derfor viktig at sykepleieren har kompetanse innenfor dette området. Når barn kommer inn på et sykehus, er de omgitt av ukjente og utrygge omgivelser. Inntrykket de sitter igjen med er sykepleierens verbale og non- verbale kommunikasjon. Vi har lært at sykepleierne må tilpasse seg barnet og hvordan de takler situasjonen. Det er derfor en fordel at den samme gruppen helsepersonell følger barnet fra de ankommer og resten av oppholdet for å skape en trygghet for dem. Pårørende er ofte de som kjenner barnet best, og kan brukes som en ressurs for sykepleieren for å finne ut hvor barnet befinner seg i deres utvikling. Når barn har innsikt i egen sykdom og behandling, ser vi at dette kan medføre forutsigbarhet og trygghet i hverdagen.

Vi har blitt spesielt oppmerksomme på det non- verbale språket i kommunikasjonen med barnet. Teorien har vist oss at barn er spesielt oppmerksom på denne kommunikasjonen, og sykepleieren må bruke dette aktivt for å kunne gjøre dem trygg. Funn viser at barnet kan oppleve trygghet ved at sykepleieren er snill, hjelpsom, smilende og tilbringer tid med dem. Det har også vist seg at barn setter pris på fysisk kontakt, og at en viser sympati og empati. Når og hvor samtalen foregår bør også tilpasses barnet. Under kommunikasjonen ser vi at barnet må være hovedpersonen i samtalen, og sykepleieren bør snakke sakte, gi enkle forklaringer og være ærlig. Dersom barnet opplever å bli hørt kan dette styrke deres trygghet i situasjonen. Vi har også sett av ved å gi barnet rutiner på sykehuset, kan det føre til at barnet får følelse av kontroll.

Det er viktig å møte barnet hvor deres tanker befinner seg, og en stor del av dette innebærer lek. Vi sett at dette kan være et godt hjelpemiddel for sykepleierne å bruke. Både for å skape med bedre relasjon med barnet og for å fremme deres friske side. Ved hjelp av lek kan barnet

skape en avstand fra de utrygge følelsene. Det vil også være en fin måte for sykepleierne å få informasjon og innsikt i hvordan de opplever situasjonen. Vi ser at det ikke finnes en bestemt metode for lek for å skape trygghet til barnet, men at det finnes ulike leker en kan ta i bruk ved ulike situasjoner. Tegning er en kommunikasjonsmetode vi har lagt spesielt merke til. Barn er ikke alltid flink til å uttrykke tanker og følelser verbalt, og tegning kan hjelpe dem til å fremme tanker og følelser på sin egen måte.

Til slutt vil vi nevne at det er viktig å se barnet forbi pasienten og kreftsykdommen. Sykepleieren må også prøve å bryte ned den stereotype rollen barnet ser pleieren som. Dette er viktig for at sykepleieren skal lære å kjenne barn som unike mennesker og deres opplevelse av sykdommen. Dette er sentralt for at menneske- til- menneske- forholdet skal oppstå og at barnet skal føle trygghet på sykehuset.

7. Litteraturliste

*Barnekreft Portalen. (s.a.). *Kreft hos barn i Norge*. Hentet fra <http://www.barnekreftportalen.no/info/om-barnekreft-i-norge/>

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

*Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft - En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Bugge, K. E. (2003). Hvordan møte barn og ungdom i sorg? I K. E. Bugge, H. Eriksen & O. Sandvik (Red.), *Sorg*. (s. 104- 126). Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Egeland, S. E. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 692-705). Oslo: Akribe.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, FOR-2000-12-01-1217. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Haugland, K. (2000). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I Reitan, A., & Schjølberg, T (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (s. 481- 490). Oslo: Akribe.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

*Høgskolen i Innlandet. (2017). Databaser- Hedmark. Hentet fra <https://www.inn.no/bibliotek/soeke-og-vurdere/databaser/databaser-hedmark>

*Jerlang, E. (2008). Jean Piagets teori om erkendelsen. I E. Jerlang(Red.), *Udviklingspsykologiske teorier: En introduktion* (4. utg., s. 299- 354). København: Reitzel.

*Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Pico*. Hentet fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

*Kreftforeningen. (s.a). *Barn og ungdom med kreft*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/barn-og-unge/barn-og-ungdom-som-har-fatt-kreft/>

*Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 4* (s. 13- 99). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Li, H, C. W., Chung, O, K. J. & Chiu, S. Y. (2010). The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nursing*, 33(1), 47-54.

*Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S, R. (2013). The specificities of communication in child nursing care. *Revista Gaucha de enfermagem*, 34(1), 37-44.

*Nortvedt, L. & Kase, B. F. (2000). Barns rettigheter i norske sykehus- er barn og foreldre fornøyde?. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/110093>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015). Hentet fra <https://lovdata.no/>

*Peña, A, L. N. & Juan, L. C. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(6), 1429-1436. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600021>

*Rollins, J. A. (2005). Tell Me About It: Drawing as a Communication Tool for Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(4), 203-221. <http://dx.doi.org/10.1177/1043454205277103>

*Solvoll, B- A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg. 105- 140). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

*Zeller, B. & Storm- Mathisen, I. (2010). Kreft hos barn. I A. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 672-691). Oslo: Akribe.

8. Vedlegg

Vedlegg 1 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning (side 1 av 4)

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Vedlegg 1 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning (side 2 av 4)

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	Ja O	Uklart O	Nei O
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	Ja O	Uklart O	Nei O
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <i>TIPS:</i> <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)? 	Ja O	Uklart O	Nei O
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <i>TIPS:</i> <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	Ja O	Uklart O	Nei O

Vedlegg 1 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning (side 3 av 4)

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Ja</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar:</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar:</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p>Ja</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar:</p>

Vedlegg 1 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning (side 4 av 4)

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk			
<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p>O</p> <p>Kommentar:</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

HVA ER RESULTATENE?

	Ja	Uklart	Nei
<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>O</p> <p>Kommentar:</p>	<p>O</p>	<p>O</p>

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------