



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

God kommunikasjon- Eit trygt barn på sjukehus

Good communication- Providing safety for children in
hospital care units

Kandidatnummer 115 & 159

Bachelor i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet
Rettleiar Anne Marie Sandvoll
07.12.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: God kommunikasjon- eit trygt barn på sjukehus

Bakgrunn for val av tema: I 2019 var det 194 469 barn som pasientar på somatiske sjukehus i Norge. Utifrå forskning og egne opplevingar skjer det ofte at barn får eit dårleg møte med helsevesenet. Oppgåva vår rettar seg mot korleis vi kan møte barn som leggst inn i sjukehus på ein måte der ein skapar tillit og tryggleik gjennom god kommunikasjon.

Problemstilling: Korleis kan vi som sjukepleiarar skape tryggleik gjennom god kommunikasjon med barn?

Metode: Vi har brukt litteraturstudie som metode for belyse problemstillinga, der vi systematisk har identifisert og kritisk vurdert forskning, litteratur og praksiserfaring som relevant for oppgåva. Databasane SveMed+, PubMed og Oria er nytta i søk etter relevant forskning.

Resultat: Teori og forskning viser at det er fleire faktorar som spelar inn for å trygge barn innlagt i sjukehus. Det er viktig at sjukepleiar møter barnet i deira augehøgde, skapar eit tillitsforhold og gir tilpassa informasjon utifrå alder og utviklingsnivå. Barn set pris på ein morosam sjukepleiar som tar del i leiken og brukar barnslege ord og metaforar i samtalen. Barn opnar seg lettare under leik, og det er derfor ein viktig del av kommunikasjon med barn. Aktiv bruk av hjelpemiddel i samtalen har vist å vere viktige element for å sikre at barnet får informasjon og forstår den. Foreldra er tryggleiken til barna og den viktigaste samarbeidspartnaren til sjukepleiaren. Dei treng god informasjon for å kunne ta del i behandlinga til barnet sitt.

Nøkkelord: Barn, kommunikasjon, tryggleik, tillitsforhold, hjelpemidlar i samtalen

Abstract

Title: Good communication – a secure child in hospital

Background for choice of topic: In 2019, there were 194,469 children as patients in somatic hospitals in Norway. Based on research and own experience, it often happened that children had a bad encounter with the health system. The focus in our assignment is how we can meet children who are admitted to hospital, in a way where we create trust and security through good communication.

Research question: How can we as nurses create security through good communication with children?

Method: We have used literature study as a method for elucidating the problem, where we have systematically identified and critically assessed articles, literature and practical experience as relevant to our assignment. The databases SveMed +, PubMed and Oria was useful in searching for articles.

Results: Theory and research show that there are several factors that come into play to secure children admitted to hospital. It is important that the nurses meet the child at eye level, creates a relationship of trust and provides adapted information based on age and level of development. Children appreciate a fun nurse who takes part in the play and uses childish metaphors in the conversation. Children open more easily during play, and it is therefore an important part of communication with children. Active use of aids in conversation has been shown to be an important element in ensuring that the child receives information and understands it. Parents are the child's safety and the most important collaborator to the nurse. They need good information to be able to take part in the care for their child.

Keywords: Children, communication, security, trust, aids in the communication

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Oppbygging av oppgåva	2
2 Teoribakgrunn	3
2.1 Sjukepleie til barn innlagt på sjukehus	3
2.2 Kommunikasjon med barn	4
2.3 Tillit og tryggleik i relasjonsbygging.....	5
2.4 Samhandling med foreldre til barn på sjukehus.....	6
3 Litteraturstudie som metode	7
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
3.2 Datasamling.....	7
3.3 Presentasjon av forskingsartiklar	8
3.3.1 Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study.	8
3.3.2 Lek og barnesykepleie	9
3.3.3 Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children	9
3.3.4 Hospitalized children`s views of the good nurse	9
3.4 Kvalitetssikring.....	9
3.5 Ethiske vurderingar som ligg til grunn	10
4 Resultat frå forskning	10
4.1 Det gode møte mellom sjukepleiar og barnet	11
4.2 Korleis involvere barnet i behandlinga?	11
4.3 Kva betydning har lek i møte med det sjuke barnet?	12
4.4 Kva er ein god sjukepleiar ut ifrå eit barn sitt syn?	13
4.5 Foreldra si rolle i møte med sjukehuset	13

5 Korleis skape tryggleik gjennom god kommunikasjon med barn?	13
5.1 Å opprette tillitsforhold og skape ein god relasjon til barn.....	14
5.2 Kommunikasjon på barn sine premissar.....	15
5.3 Hjelpemiddel i kommunikasjon med barn.....	17
5.4 Foreldra si deltaking.....	19
6 Konklusjon	20
7 Litteraturliste	22
Vedlegg 1.....	1
Vedlegg 2.....	1
Vedlegg 3.....	1

1 Innleiing

Som sjukepleiarar i helsesektoren møter vi barn og unge ulike stadar, anten som pasientar eller pårørnde. Det er derfor nødvendig at sjukepleiarar har kunnskap om korleis ein kommuniserer med barn (Nilsson, 2018, s. 51). I 2019 var det 194 469 barn som pasientar på somatiske sjukehus i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2019). Forsking viser at barn i møte med helsevesenet ofte ikkje blir sett, høyrte og involvert, sjølv om ein gjerne trur det motsette (Eide & Eide, 2019, s. 287).

Når ein kommuniserer med barn bør ein vende seg direkte til barnet og skape ein relasjon. Som sjukepleiar bør ein gi nyansert og forståeleg informasjon, tilpassa barnet sitt utviklingsnivå i den grad det er mogleg (Nilsson, 2018, s.56). Lov om pasient- og brukarrettigheit og Helsepersonellova gjeld også for barn (Eide & Eide, 2019, s.76). Pasient- og brukarrettslova har som mål å bidra til at befolkninga sikrast lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, bidra til tillit i forholdet mellom pasient og helseteneste og ivareta respekt for den enkelte sitt liv, integritet og menneskeverd. Lova vektlegg brukarmedverknad og informasjon (Pasient- og brukarrettighetsloven, 2001, §1-1).

Barn er inga einsarta gruppe, og i likskap med vaksne, svært forskjellige. Det har å gjere med biologiske forutsetningar, livshistorie og utviklingsfasar, men også med at sjukdomssituasjonen for kvart enkelt barn er spesiell (Eide & Eide, 2019, s.287). Kvart barn er unikt, og det kan derfor ikkje gjevast ei eintydig oppskrift på korleis ein best kan kommunisere med barn (Eide & Eide, 2019, s.287). Ved kommunikasjon med barn, og særleg yngre barn, er foreldre ein sentral del av denne kommunikasjonen (Nilsson, 2018, s.52). Vi tek utgangspunkt i kommunikasjon til barnet i oppgåva vår, men vil også nemne kommunikasjon mellom sjukepleiar, barnet og foreldra.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet vi har valt for litteraturstudiet er korleis vi som sjukepleiarar gjennom god kommunikasjon kan skape tryggleik for eit barn innlagt på sjukehus. Vi er interessert i å lære meir om korleis ei samtale med barn kan skape tryggleik og tillit, både for å utvide kunnskapsnivået vårt, men også for eventuelle vidare studie. Gjennom studieløpet tykkjer vi det har vore lite undervisning om sjukepleie til barn. Vi har begge erfaring med å arbeide

barn frå hospitering på barneavdelinga og i tillegg fekk ein av oss ein praksisperiode der. Måten ein jobba på, samhandling og kommunikasjon med foreldre og barn var både utfordrande, spennande og vekka interesse for vidare læring. Vi har høyrte om, og sjølv opplevd dårlege møte med sjukehuset som barn, og ynskjer å bli den sjukepleiaren vi sjølv og andre burde møtt i ein slik situasjon. Vi vil bli gode på kommunikasjon med barn, for å kunne bli ein god sjukepleiar som andre vil hugse på ein positiv måte.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan sjukepleiar skape tryggleik gjennom god kommunikasjon med barn?

1.3 Avgrensing

Vi vel å avgrense oppgåva vår til barn i alderen 3 til 8 år utan spesifikk diagnose, som er innlagt på sjukehus, då oppgåva vår baserer seg på å skape tryggleik til barnet gjennom god kommunikasjon. Det kan vere store forskjellar i føresetnadane for kommunikasjon når det gjeld barn. Alderen til barnet er den tydelegaste indikasjonen for kommunikativ modning, og samtidig varierer modningsnivået frå barn til barn. Det er derfor avgjerande for sjukepleiaren å ta utgangspunkt i kvart enkelt barn (Nilsson, 2018, s.51).

1.4 Oppbygging av oppgåva

Relevant teori for oppgåva vår vil bli presentert i eit eige kapittel - kapittel to. Her vil vi fokusere på sjukepleie til barn innlagt på sjukehus, samt utviklingsteori og samhandling med foreldra. Vidare tek vi for oss kva metode vi har nytta, kort om litteratursøk, søkeprosessen og val av litteratur. Resultat frå forskingsartiklane vert presentert i kapittel fire. Drøftingsdelen kjem i kapittel fem, og her tek vi med egne erfaringar frå praksis, faglitteratur og resultat frå forskning og set dei opp mot kvarandre for å svare på problemstilling.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet gjer vi greie for teoribakgrunnen for oppgåva vår. Vi tek føre oss teori om barn innlagt på sjukehus, sjukepleie til barn, utviklingsteori og samhandling med foreldra.

2.1 Sjukepleie til barn innlagt på sjukehus

Barn skal bli lagt inn på sjukehus når det er nødvendig av medisinske eller andre årsaker. Det er store forskjellar i tall innleggingar og bruk av polikliniske konsultasjonar i ulike delar av landet. Det kan tyde på at nokre barn vert innlagt på sjukehus sjølv om det strengt tatt ikkje er naudsynt, og at tilbodet kan variere avhengig av kvar i landet barnet bur. Med sjukdom og sjukehusinnlegging følgjer det usikkerheit, uforutsigbarheit, frykt, uro, ubehag og ofte smerter. Kva som forårsakar stress, og korleis barnet meistrar dette, er avhengig av alderen og utviklinga til barnet. Stress hjå barn på sjukehus kan gi ei kjensle av utrygghet, det krev energi, og kan forverre den medisinske tilstanden til barnet. Stress kan også forsterke symptom og smerteoppleving, senke sårtilheling, og verke negativt inn på immunforsvaret (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63-64).

Aldersgruppa 3-6 år er ofte avhengig av normale rutinar, dei har egosentrisk tenking, skyldkjensle, konkret tenking, og vanskar med å skilje mellom fantasi og det verkelege liv. Dei har også evne til å feste seg ved enkelte karakteristikkar i situasjonar, som helsepersonell, kvite frakkar og sprøyter. Dei har vanskar med å forstå kva sjukdom er, og kvifor behandling og undersøkingar er naudsynt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 68-69).

Travelbee (1999) er oppteken av at menneske er eit unikt individ, likt, men og ulikt alle andre. Gjennom heile livet er menneske eit individ i vekst, utvikling og endring (Travelbee, 1999, s.5). God sjukepleie til barn er individuell, men den tar omsyn til samanhengen barnet er i, for eksempel alder, familiesituasjon og dei unormale omgivnadane (Tveiten et. al, 2012, s.37). Når barnet sine behov blir ivaretatt på ein fagleg, etisk og juridisk god måte, og både barnet og familien opplev lindring, tryggleik og tillit, er sjukepleia god. God sjukepleie forutset forståing for den andre sin situasjon. Slik empati forutset kompetanse og evne til å formidle sjukepleie på ein måte som gir barn og familie ei god oppleving (Tveiten et. al, 2012, s. 37).

2.2 Kommunikasjon med barn

Språkutviklinga til barn byrjar tideleg i livet. I 2-5 årsalderen skjer det ei betrakteleg utviding av ordforrådet, og ein femåring uttalar dei aller fleste ord riktig og lagar lange setningar. 3-5-årsalderen er den typiske spørjealderen, og jenter har ofte større språkferdigheitar enn gutar fram til åtte-årsalderen. Når ein kommuniserer med barn er det best å bruke eit naturleg og daglegdags språk. Ein bør i tillegg vere oppmerksam på at den non-verbale kommunikasjonen samsvarar med den verbale, då manglande samsvar hemmar kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97).

Erikson sin teori om psykososial utvikling og Piaget sin teori om kognitiv utvikling vil vere nyttig for å forstå korleis ein kan kommunisere med barn og unge. Erikson skil mellom åtte ulike fasar i den psykososiale utviklinga til menneske, der dei fire første fasane er knytt til barndom og ungdomstid. Det er særleg viktig å kommunisere slik at vi styrkar og anerkjenner dei positive moglegheitene i dei ulike fasane, anten det er tillit, sjølvstende, initiativ eller arbeidsevne (Eide & Eide, 2019, s. 293).

Piaget om stadiar i barn si kognitive utvikling er truleg den utviklingsteorien som har hatt, og framleis har, størst pedagogisk innverknad. Teorien legg vekt på korleis barn tenker konkret på ein heilt anna måte enn det ein vaksen person gjer, og at dei normalt har liten evne til å tenke abstrakt før dei er på veg inn i tenåra. Å vere klar over at ord og begrep har ulik tyding for ein sjølv enn for eit barn utan evne til abstrakt tenking, er viktig for det kommunikative samspelet med barn. Alderen til barnet er altså ein viktig faktor for kva og korleis barnet forstår (Eide & Eide, 2019, s. 293). I den preoperasjonelle fasen (2-7 år) er barnet si evne til tenking i rask utvikling, og barnet kan no tileigne seg kunnskap gjennom språk. I denne alderen føreheld barnet seg til her og no -situasjonen, og har avgrensa moglegheit til å ta andre sitt perspektiv. Barnet skil ikkje fullt mellom fantasi og verkelegheit, og tankegangen er egosentrisk, slik at barnet oppfattar seg sjølv som sentrum i ulike hendingar (Ruud, 2011, s. 66).

Når eit barn blir alvorleg sjukt, kan det påverke den fysiske, psykiske og sosiale utviklinga slik at kommunikasjonen svekkast (Nilsson, 2018, s. 51). Å lytte til barnet og ta det på alvor er ei føresetnad for at barnet skal fortelje andre om sine kjensler og erfaringar. Sjukepleiaren må

vere klar over at små barn ofte kan kommunisere meir nonverbalt enn verbalt, og må derfor tolke kroppsspråket og ansiktsmimikken. For å auke sannsynet for ein god dialog med barnet, bør sjukepleiaren invitere barnet med inn i samtalen og vente på barnet si forteljing (Nilsson, 2018, s. 52). Barn skal bli høyrd i saker som gjeld seg sjølv, og barnet si meining bør leggast til grunn så langt det er mogleg. Det krev at sjukepleiaren har eit barnesentrert perspektiv, der barnet si kognitive utvikling vektleggast og der barnet si eiga meining står sentralt (Nilsson, 2018, s. 55). Når ein sjukepleiar kommuniserer med barn bør ho vende seg direkte til barnet og skape ein relasjon (Nilsson, 2018, s. 56).

2.3 Tillit og tryggleik i relasjonsbygging

Når ein skal jobbe med små barn kan det vere tidskrevjande og utfordrande å utvikle tillitsforhold, ettersom barn i utgangspunktet ofte er skeptiske til framande. Ei anna utfordring for sjukepleiaren er at ho også utførar prosedyrar og undersøkingar som kan oppfattast som skumle og skremmande, dette kan svekke tilliten. Derfor bør sjukepleiaren anstrenge seg for å oppnå tillit hjå alle barn som blir innlagt på sjukehus, også foreldra deira (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). Relasjon omhandlar forhold, kontakt eller forbinding mellom menneske. I relasjonar kan kommunikasjon definerast som utveksling av verbale og nonverbale teikn og signaler mellom to eller fleire personar (Eide & Eide, 2019, s.17). Travelbee (1999) presenterer sjukepleie med fokus på utvikling av relasjonar mellom pasient og sjukepleiar (Travelbee, 1999, s.5).

Å skape tillit hjå barn er som regel ikkje gjort i ei handvending, det krev ofte at ein prøver seg fram med forskjellige metodar (Eide & Eide, 2019, s. 289). Tillit er menneske si kjensle av at andre sin godheit, ærlegdom og dyktigheit er til å stole på. Tillit medfører ofte ei overføring av makt, makt til å handle på «mine vegne», til «mitt beste». Sjukdom inneber tap av tillit til kroppen, funksjonsevna og framtida, noko som gjer at den sjuke har eit særleg behov for tillit (Fugelli, 2013, s.88).

For å skape god relasjon til barn er det viktig å lytte til kvar barnet si merksemd er og barnet inn dit merksemda er. Dette kan vere vanskeleg, då mange barn held tankar og kjensler for seg sjølv. Det kan da hjelpe å rette merksemda mot noko barnet har naturleg interesse for, som leikar, dyr, bilete, teikningar, forteljingar etc. (Eide & Eide, 2019, s. 290). Etablering av

menneske-til-menneske-forhold og opplevinga av gjensidig forståing og kontakt er det overordna målet med sjukepleia (Travelbee, 1999, s. 172). Eit menneske-til-menneske-forhold i sjukepleia er ein eller fleire opplevingar og erfaringar som blir delt av sjukepleiaren og den sjuke (Travelbee, 1999, s. 41).

Barn og foreldre kan ofte kjenne seg utrygge og bekymra i samband med sjukdom og sjukehusinnlegging. For å bevare barnet sin integritet og autonomi må barnet bli verdsatt, sett og høyrte. At barnet blir tatt hand om av det same personalet under innlegging, er og ein faktor for tryggleik (Killingberg & Akselbo, 2013, s. 141). I følge Abraham Maslow er behovet for tryggleik eit av dei mest fundamentale behova, og omfattar behovet for sikkerheit, stabilitet og orden (Eriksen, 2015, s. 890-891). Omgrepet tryggleik blir ofte brukt på to måtar; om sikkerheit og om ein sinnsstemning. Kjensla av å kjenne seg trygg er ofte eit mål i seg sjølv, men i tillegg er tryggleik eit brubyggande element i samhandling mellom sjukepleiar og barn som pasient (Fjørtoft, 2016, s. 122).

2.4 Samhandling med foreldre til barn på sjukehus

Foreldra til barnet er svært viktige samarbeidspartnarar medan barna er innlagt på sjukehus, og mykje av kommunikasjonen, særleg med små barn, går via foreldra. Mange foreldre kan kjenne seg usikre i denne situasjonen. Ulike helsepersonell har ulike forventingar, og foreldra veit ikkje heilt kva rolle dei skal ta. Dersom foreldra skal ha ei sjølvstendig rolle i det gjensidige samarbeidet med sjukehuspersonalet, må dei involverast i pleia til barnet. Dei må verdsettast for at dei er emosjonelt til stades for barnet sitt. Dei må og få tilstrekkeleg informasjon slik at dei kan vurdere situasjonen og ta avgjersle saman med personalet (Ruud, 2011, s. 136). For å etablere ein open kommunikasjon med foreldra er det viktig å vere tilgjengeleg, ofte ta kontakt og snakke mykje med dei. Ved å lytte, spør om dei lurar på noko og oppmuntre dei til å spørje sjølv, kan foreldra sine synspunkt og ynskjer komme til syne. Kommunikasjonen kan ofte forbetrast ved bruk av meir tid og stillheit, og ved å unnlata å bruke medisinske faguttrykk. Kvalifisert tolk nyttast for å sikre god kommunikasjon mellom helsepersonell og foreldre med avgrensa norskkunnskapar (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

3 Litteraturstudie som metode

I dette kapittelet gjer vi greie for framgangsmåten vi har brukt for å finne svar på problemstillinga, altså metoden (Thidemann, 2019, s. 68). Å vere metodisk handlar i vitenskapen om å bruke og overhalde intellektuell standard i argumentasjonen vår. Det krev at ein er ærleg og sannferdig, men og at ein tenkjer og systematiserer tankar. Metoden fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å skaffe og etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s.51). Den skal vere til hjelp når vi skal samle inn data vi treng, og er den reiskapen vi brukar i møte med det vi skal undersøke (Dalland, 2017, s. 52).

Vi føretekk oss eit strukturert litteratursøk med utgangspunkt i problemstillinga (Dalland, 2017, s. 156). Systematisk litteraturstudie er ei oppsummering og samanfatting av relevant forskning og eksisterande kunnskap innanfor eit område, som ein har vurdert kritisk (Thidemann, 2019, s.77-79). Litteraturen kan vise eit breitt spekter av opplevingar. Både helsepersonell sine opplevingar knytt til å arbeide med barn, samt opplevingar frå barn innlagt på sjukehus og deira pårørande.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi søkte etter forskning gjekk vi igjennom inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har valt å inkludere artikkelar som omhandlar barn mellom 3-12 år, sjølv om vi i hovudsak skriv om barn frå 3-8 år. Inklusjonskriterier er at artikkane handlar om barn innlagt på sjukehus uavhengig av diagnose og at forskingsartikkane ikkje er eldre enn 10 år. Artikkane kan ha både barneperspektiv og sjukepleiarperspektiv. Vi har valt å ta med ein forskingsartikkel som er knytt til kreftsjuke barn, då vi ser at resultatane frå den artikkelen kan ha relevans for barn innlagt på sjukehus generelt. Dersom artikkane er frå land med store kulturforskjellar samanlikna med Noreg eller omhandlar barn utanfor sjukehus, er dette kriterium for eksklusjon.

3.2 Datasamling

I denne delen presenterer vi framgangsmåten for korleis vi fann artikkane. Det første vi gjorde var å finne tema og problemstilling for oppgåva. Vi valde problemstillinga «Korleis kan sjukepleiar skape tryggleik gjennom god kommunikasjon med barn?». I arbeidsprosessen for å konkretisere informasjonsbehovet vårt har vi nytta rammeverket PICO (Vedlegg 1). Dette

rammeverket har fleire funksjonar som skal hjelpe i arbeidet med å lage ei problemstilling som blir presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82).

Sidan vi skulle gjennomføre ei litteraturstudie har vi satt av tid til å søke etter forskning. Vi har søkt i ulike databasar for å innhente litteratur og forskning til oppgåva (Thidemann, 2017, s. 81). For å finne ut kva databasar vi kunne nytte, har vi brukt Helsebiblioteket.no der ein finn ei alfabetisk oversikt over databasar og informasjon om kva fagområde dei dekkjer (Thidemann, 2019, s.85). Vi har og brukt biblioteket sine sider på hvl.no (Hvl, 2020). Ved hjelp av desse sidene fann vi ulike databasar vi ynskte å gjere søk i (Vedlegg 2).

Vi har gjennom systematisk søk i Oria, SveMed+, PubMed og Academic Search Elite brukt ulike kombinasjonar av søkeord på både engelsk og norsk (Vedlegg 1). Søkeorda «Hospitalized children», «Pediatric», «communication», «interaction» og «safe» gav oss mange treff i Oria (vedlegg 3). Vi valde ein artikkel frå søket i Oria, då den verka å vere relevant ut frå overskrift og samandrag. Sidan vi fekk så mange treff i Oria, valde vi å gjere søk i PubMed, Academic Search Elite og SveMed+. Der fekk vi færre treff og artiklar som verka relevante for vår oppgåve. Vi avgrensa søket i PubMed ved å bruke kombinasjonsordet «AND» for å kun få treff på artiklar der alle søkeorda var med (Nordtvedt et. al., 2012, s. 55). Under søkeprosessen har vi valt å inkludere artiklar eldre enn 10 år, sjølv om det i første omgang var eitt av kriteria for eksklusjon. Vi valde å inkludere dei fordi vi oppfatta at innhaldet framleis er relevant for oppgåva, og i tråd med det vi sjølv erfarte frå praksis i barneavdeling.

3.3 Presentasjon av forskingsartiklar

I dette underkapittelet vel vi å presentere kvar enkelt artikkel med tittel, forfattarar, metode og utval. I resultatdelen legg vi fram funna frå artiklane.

3.3.1 Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study.

Forfatarane av artikkelen er Malin Grahn, Emmy Olsson og Marie Edwinson Mansson (2016). Studien inkluderte sju sjukepleiarar som jobbar med barn. Data vart innhenta gjennom semistrukturerte intervju og analysert ved hjelp av kvalitativ innhaldsanalyse.

3.3.2 Lek og barnesykepleie

Artikkelen er skriven av Live Korsvold (2009). Halvstrukturert intervju vart brukt som metode. Tre sjukepleiarar vart intervjuar, der alle hadde lang erfaring med arbeid med barn, og spesialutdanning i barnesjukepleie.

3.3.3 Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children

Camila Cristina Ferreira Caleffi, Patrícia Kuerten Rocha, Jane Cristina Anders, Ana Izabel Jatobá de Souza, Verônica Berumén Burciaga og Leonardo da Silva Serapião (2016) har utført ein kvalitativ studie basert på omsorgsforskning. Sju barn deltok i studien og data vart innhenta ved hjelp av intervju med opne spørsmål og observasjon av terapeutisk leik.

3.3.4 Hospitalized children`s views of the good nurse

Denne artikkelen er skriven av Mary Brady (2009). Ho føretok ein kvalitativ studie, der 22 barn vart intervjuar ved hjelp av ein tilpassa «teikn og skriv»- teknikk.

3.4 Kvalitetssikring

Vi har funne fire artiklar som vi har valt å ta med i oppgåva (Brady, 2009, s.543-560; Caleffi et. al, 2016; Grahn et. al, 2016, s.284-292; Korsvold, 2009, s. 39-43). Grunngevinga for valet er at dei har funn som underbyggjer god kommunikasjon med barn og om bruk av hjelpemiddel i samtalen. Det første vi gjorde for å vurdere om artiklane var relevante for vår oppgåve, var å sjå på overskrifta og samandraget. Deretter såg vi på oppbygginga for å vurdere om dei var vitskapelege. Dei fleste vitskapelege artiklar er bygd opp etter IMRAD-prinsippet og har ein introduksjons-, metode-, resultat- og diskusjonsdel. Dei har i tillegg ofte og eit samandrag heilt innleiingsvis (Nordtvedt et. al., 2012, s. 69).

I arbeidet med å kvalitetssikre artiklane, brukte vi sjekklister med kontrollspørsmål for å lette arbeidet. Dersom artikkelen hadde ei klart formulert problemstilling og eit veleigna design til å svare på problemstillinga, kunne vi gå vidare på sjekklista. Vidare vurderte vi om ein kunne stole på resultatata i studien. Her måtte vi sjå på metoddelen, altså utvalet, datasamlinga, målemetodar og analysen, for å finne svar på problemstillinga. Resultata skal komme klart fram, og skal kunne oppsummerast kort og greitt. Vi såg om funna kunne overførast til vår

oppgåve, på grunnlag av kritisk vurdering, samt kunnskap og erfaring frå eigen praksis (Nordtvedt et. al., 2012, s. 70-71).

Vi valde å ta med artikkelen til Brady (2009) og Korsvold (2009) sjølv om dei var eldre enn inklusjonskriteriet, då vi oppfatta at dei også i dag gir svar på problemstillinga. Vi har valt å bruke sekundærkjelde av Piaget sin teori referert i *Kommunikasjon i relasjonar* av Eide & Eide (2019, s.293) og *Hvorfor spurte ingen meg?* av Ruud (2011, s. 66), då vi i skriveprosessen ikkje hadde tilgang på primærkjelda. Vi valde å bruke Eide & Eide(2019) og Ruud (2016) då desse kjeldene verka å vere truverdige etter kritisk vurdering. Ved bruk av sekundærkjelder er det Eide & Eide (2019) og Ruud (2011) som er ansvarleg for materialet (Dalland, 2017, s. 171).

3.5 Ethiske vurderingar som ligg til grunn

Vi kjem til å bruke egne erfaringar frå praksis på barneavdelinga i drøftingsdelen. Desse opplysningane vil være anonymiserte. Å anonymisere opplysningar vil seie at opplysningane blir presentert slik at ein ikkje på noko som helst vis klarer å identifisere enkeltpersonar, verken direkte gjennom namn eller personnummer. Heller ikkje indirekte gjennom bakgrunnsvariablar (Dalland, 2017, s. 239). Vi har også gått gjennom artiklane for å forsikre oss at dei har tatt forskingsetiske omsyn, som anonymitet, samtykke og makulering av forskingsmateriale (Brady, 2009, s.543-560; Caleffi et. Al, 2016; Grahn et. al, 2016, s.284-292; Korsvold, 2019, s. 39-43).

4 Resultat frå forskning

Målet med denne litteraturstudien er å belyse korleis vi som sjukepleiarar kan skape tryggleik gjennom god kommunikasjon med barn som er innlagt på sjukehus. I dette kapittelet presenterar vi funna i forskningsartiklane, i følgjande tema; Det gode møte mellom sjukepleiar og barnet, korleis involvere barnet i behandlinga, kva betydning leik har i møte med det sjuke barnet, kva ein god sjukepleiar er ut ifrå eit barn sitt syn og foreldra si rolle i møte med sjukehuset. I dei ulike underoverskriftene vil vi presentere funn frå ulike artiklar med same tematikk.

4.1 Det gode møte mellom sjukepleiar og barnet

Barn har ofte frykt for sjukehus på grunn av tidlegare erfaringar. Dette kan vere til hinder når sjukepleiar skal etablere tillit og kommunisere med barn (Grahm et. al., 2016, s. 290). Barn treng å bli sett som eit individuelt individ og dei treng at ein ser behova deira. Det er viktig at sjukepleiaren etablerer eit godt fungerande forhold til barna, då barna har andre behov enn vaksne (Grahm et. al., 2016, s. 285).

Dersom sjukepleiaren ikkje klarar å gi barnet ei kjensle av tryggleik, eller barnet ikkje forstår kva som skal skje, vil barnet oppleve angst, frykt og utrygghet (Grahm et. al., 2016, s. 284-287). Det kan vere traumatisk for barnet og foreldra at barnet må gjennomgå ulike prosedyrar, og informasjon spelar derfor ei betydeleg rolle (Grahm et. al., 2016, s.287). Alle sjukepleiarane i studien understreka kor viktig det var å vere ærleg og tydeleg i informasjon som vart gitt til både barnet og foreldra (Grahm et. al., 2016, s. 289).

Å skape tryggleik blir skildra som grunnleggande for å oppnå det gode møtet, og for å kunne hjelpe barna med deira problem (Grahm et. al., 2016, s.286). Kunnskap er nøkkelen i arbeid med barn. Ein må ha kunnskap om utviklingsnivå barn går gjennom, om sjukdommen og symptoma (Grahm et. al., 2016, s.288). Deltakarane poengterte at barn er veldig observante og at kommunikasjon er meir enn berre dialog (Gran er. al, 2016, s. 288). Barn må bli møtt og respektert som individ, og sjukepleiaren må implementere deira profesjonalitet og kompetanse i omsorga for denne spesielle gruppa. Sjukepleiarane beskriv at i arbeid med barn inneber etisk skjønn, for eksempel når barn ikkje ynskjer å gjennomføre behandlinga (Grahm et. al., 2016, s. 289).

4.2 Korleis involvere barnet i behandlinga?

Barn som ikkje vert involvert i si eiga behandling, kan oppleve tap av kontroll, mindre kjensle av tryggleik og dei vil truleg oppleve meir smerte og ubehag enn barn som vert involvert (Grahm et. al., 2016, s. 284). Barn har rett til å få nødvendig og god helsehjelp, informasjon, undervising, rettleiing og til å bli involvert i si eiga behandling (Grahm et. al, 2016, s. 285). Dersom sjukepleiaren behandlar barnet på ein måte som framkallar ei kjensle av tryggleik og det å vere involvert, vil barnet oppleve betre forståing og kontroll over sjukdommen sin (Grahm, et. al., 2016, s. 285). Motsett ville barnet oppleve stress, tap av kontroll og øydelagt

tillit (Grahm et. al., 2016, s. 290). Det kjem fram i studien at det ofte ikkje er tilstrekkeleg tid tilgjengeleg i helsevesenet, men at tid for å gi omsorg til barn og til å byggje tillit bør prioriterast høgt. Å etablere tillit er nøkkelen til samarbeid med barn (Grahm et. al., 2016, s. 290).

4.3 Kva betyding har leik i møte med det sjuke barnet?

Leik kan nyttast som eit kommunikasjonsmiddel for å forberede, informere eller avleie barnet. Sjukepleiarane i studia brukar leiken som motivasjon, og dei er opptekne av å hjelpe barnet til å sjå moglegheiter for leik, med dei avgrensingane som ligg i sjukdomen og sjukehusmiljøet. Studien viser at leik er språket sjukepleiaren brukar for at barnet skal få tillit og kjenne på tryggleik. Dette er ei føresetnad for at barnet skal kunne meistre den situasjonen det er i på ein best mogleg måte. Sjukepleiarane seier at barnet lev, utviklar seg og kommuniserer gjennom leik. Studien viser også at sjukepleiaren må ha evne til å få kontakt med barn og ha ei leikande haldning. Ei slik haldning inneber at sjukepleiaren får barnet til å kjenne seg sett og forstått (Korsvold, 2009, s. 39-43).

Sjukepleiaren si tilpassing i møte med barnet handlar om å tilpasse miljøet, å stimulere til medverknad og å møte barnet der det er. Sjukepleiarane beskriv korleis dei starta møtet med avleiing, for eksempel ved å starte eit spel eller distrahere barnet gjennom å snakke om morosame ting. Viktigheita av leik vart framheva av dei fleste deltakarane i studiet som såg på den gode sjukepleiaren som «morosam» og ein som leikte eller brukte tid med dei, og distrahererte dei frå det som skjedde elles på avdelinga (Brady, 2009, s. 556).

Studien viste til at terapeutisk leik reduserte dei negative opplevingane av sjukehusmiljø og helsepersonell, og difor reduserte effekten av dårleg sjukehusoppleving. Bruken av terapeutisk leik viste at barn kan forstå behovet for sjukehusinnlegging og oppleve dette møtet på ein rolegare og meir fredfull måte. Når barna fekk moglegheit til å leike med sjukehusrekvisita og gjennom leik utføre dei same prosedyrane, som vert utført på dei sjølv, følte dei seg meir fri til å stille spørsmål. Dette hjalp dei med å redusere frykt, og å forstå behovet for utføring av desse prosedyrane (Caleffi et. al, 2016, s. 7; Brady, 2009, s. 556).

4.4 Kva er ein god sjukepleiar ut ifrå eit barn sitt syn?

I følgje barna skulle ein god sjukepleiar vere kunnskapsrik, organisert og i stand til å utføre visse ferdigheiter, kompetent og raskt, og ikkje påføre dei skade (Brady, 2009, s. 551). Nokre av barna meinte at ein god sjukepleiar skal vere ein rollemodell når det kjem til god helse. Ei sette spørsmålsteikn på sjukepleiaren si evne til å ta vare på andre, dersom ho ikkje var i stand til å ta vare på seg sjølv (Brady, 2009, s.552). Den gode sjukepleiaren brukte uttrykk for kjærleik når dei kommuniserte med dei, slik som «sweetie pie» og «darling», og at sjukepleiaren skrytte av dei under ubehagelege prosedyrar (Brady, 2009, s. 548). Barna var sensitive for sjukepleiaren si tone og kroppsspråk. Mange meinte at ein god sjukepleiar ikkje kjefta/skreik, men heller brukte ein «hyggeleg», «roleg», «avslappa», «munter» og «snill» tone når dei snakka med barna. Dei meinte også at ein god sjukepleiar var villig til å høyre på dei og bruke tid saman med dei. Eit av barna meinte at ein god sjukepleiar burde sette seg ned og møte barnet i deira augehøgde (Brady, 2009, s. 548).

4.5 Foreldra si rolle i møte med sjukehuset

Sjølv om barnet er pasienten, spelar foreldra ei betydeleg rolle i møte med barnet. Foreldra kan gi sjukepleiaren relevant informasjon om barnet sitt reaksjonsmønster og er ekspertar på å tolka barnet sine signal og uttrykk (Grønseth & Markestad, 2017, s. 102). Det er viktig å informere foreldra for å auke deira kjensle av tryggleik og forståing. Sjukepleiarane såg at barnet vart påverka av foreldra og tolka signala foreldra gav. For eksempel, dersom foreldra kjende seg usikre, ville den kjensla bli formidla til barnet og føre til at samarbeidet med vart vanskeleg (Grahm et. al., 2016, s. 288). Eit grunnleggande behov for sjukehusinnlagte barn er at familien deira er inkludert i omsorga (Brady, 2009, s.557). Familien er ei viktig kjelde til sikkerheit under økter med terapeutisk leik, og bør derfor inkluderast i pleieomsorga, for å sikre at barna kjenner seg rolegare og meir ivrige etter å delta (Caleffi et. al, 2016, s.7).

5 Korleis skape tryggleik gjennom god kommunikasjon med barn?

I denne delen av oppgåva drøftar vi korleis ein gjennom god kommunikasjon kan skape tryggleik for barn innlagt på sjukehus. Vi set fokus på tillitsskapande relasjonsbygging, god kommunikasjon, hjelpemiddel i samtalen og bevisstgjerung av rolla til foreldra.

5.1 Å opprette tillitsforhold og skape ein god relasjon til barn

Vår erfaring frå barneavdelinga er at barn er redde og usikre i møte med sjukehus, ofte grunna tidlegare møte med helsepersonell på sjukehus eller legekontor. Dette kan vere til hinder for sjukepleiaren når ein skal opprette eit tillitsforhold med barnet (Grahm et. al., 2016, s. 290). Å skape tillit til eit barn er ofte vanskeleg, og det krev at ein prøvar seg fram med ulike metodar (Eide & Eide, 2019, s. 290). All interaksjon med barnet gjev sjukepleiaren moglegheit til å bli kjend med barnet som menneske, og dermed til å etablere eit menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999, s.135). Eit slikt forhold er verkemiddelet som gjer det mogleg å oppfylle sjukepleia sitt mål og hensikt, som er å hjelpe barnet og familien med å førebygge eller meistre sjukdom og liding og finne mening i desse erfaringane (Travelbee, 1999, s.171). Før ein blir kjent med barnet er det ikkje lett å vite kvar barnet sin merksemd ligg, og heller ikkje kva hjelp og støtte barnet treng. Barn er ofte usikre og opnar seg ikkje utan vidare for framande. For å skape tillit er det ei føresetnad med kontakt, og kontakt forutset eit berøringspunkt, altså noko barnet er oppteken av, som sjukepleiaren kan ta del i (Eide & Eide, 2019, s. 290).

For at barnet ikkje skal oppleve angst og frykt er det avgjerande at sjukepleiaren er bevisst på å gi informasjon, slik at barnet veit kva som skal skje (Grahm et. Al., 2016, s. 284-285). Informasjon spelar ei betydeleg rolle for barnet og foreldra. Ein må derfor bruke tid og krefter på å gi tilstrekkeleg informasjon, då informasjon kan vere med på å gi tryggleik (Grahm et. Al., 2016, s. 287-289). Det er viktig at sjukepleiaren er ærleg, forklarar og hjelper barnet til å forstå kva som skjer (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98)

Frå praksis erfarte vi at barn er ei av dei pasientgruppene som er vanskelegast å samarbeide med. Dei er gjerne uvitande og engstelege for det som skal skje. Når ein arbeidar med barn inneber det etisk skjøn, for eksempel så er det ikkje alltid at barn ynskjer å gjennomføre behandlinga (Grahm et. al., 2016, s. 289). For å sikre at gjennomføring av prosedyrar ikkje skjer under tvang, er det avgjerande for sjukepleiaren å skape tryggleik og tillit (Killingberg & Akselbo, 2013, s. 141). Bruk av tvang kan gi barnet psykiske, sosiale og utviklingsmessige konsekvensar. Som følge av tvang kan barnet få fysiske skadar, som ødem og nerveskadar etter at armar og/eller bein har vore haldt/binda. Tvang kan gi framtidig angst både generelt

og for sjukehus, og nedsett evne til å danne tillitsfulle relasjonar. Det er og vist til forseinka utvikling i språk og tale hjå barn som har vore utsett for tvang (Svendsen, 2018).

Barnet må bli møtt, respektert og sett som individ og ein må sjå behova deira (Grahm et. al., 2016, s. 285-289). Å bli involvert i eiga behandling kan auke kjensla av kontroll og tryggleik, og redusere ubehag og smerter (Grahm et. al., 2016, s.284). Dersom barnet kjenner seg utrygg bør ein halde avstand i byrjinga, slik at barnet blir vant med stemme, utsjånad og veremåte, før ein gradvis dreg barnet med inn i samtalen. Dette kan ein gjere ved å bøye eller setje seg ned til barnet sitt fysiske nivå, lytte, spørje og sjå på ting barnet har med seg heimanfrå, som til dømes ein bamse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98; Brady, 2009, s. 548). Å setje seg ned og møte barnet på deira augenivå kan vere med å skape likeverdig kontakt mellom sjukepleiar og barnet (Killingberg & Akselbo, 2013, s. 141). For at barn skulle oppleve sjukepleiaren som god, blei leik framheva. Dei såg på den gode sjukepleiaren som «morosam» og ein som brukte tid saman med dei og distrahererte dei frå det som elles skjedde (Brady, 2009, s. 556). At sjukepleiaren viser interesse, brukar tid og gjer hyggelege ting saman med barnet, er eit element i det å byggje eit tillitsforhold (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98).

Eit anna viktig element for å skape tillit til barnet, er å utvikle eit tillitsforhold til foreldra (Grønseth & Markestad, 2017, s. 98). I praksis frå barneavdelinga såg vi at barna lett vart påverka av foreldra, og las frustrasjon, stress og redsel i dei. Sjukepleiarane i studien såg at barna tolka foreldra sine signal og blei påverka av desse. Til dømes såg dei at dersom foreldra var usikre, ville den kjensla bli formidla til barnet og føre til at samarbeidet med barnet blei vanskeleg. Ein såg at foreldra var ei kopling mellom barnet og sjukepleiaren, og at samarbeid og etablering av eit stabilt forhold mellom foreldra og sjukepleiaren var avgjerande for å gi barnet tilstrekkeleg omsorg (Grahm et. al., 2016, s. 288-290).

5.2 Kommunikasjon på barn sine premissar

Når barnet kjem på avdelinga første gang, vil det å kunne få informasjon i ro og fred på ein skjerma stad vere eit signal om at ein vert tatt på alvor. Det er ein fordel å finne ut kva barnet veit frå før, og eventuelt er blitt informert om, på førehand. Nokre barn har fått

mykje informasjon på førehand, medan andre barn er heilt uvitande om kva dei vil oppleve. Barnet treng adekvat informasjon tilpassa sin alder (Ruud, 2011, s. 131-132).

Erfaringar frå praksis viser at det er viktig å vende seg til barnet, og snakke gjennom barnet sjølv om informasjonen er retta til foreldra. Eit eksempel på dette var då legen skulle setje stetoskopet mot brystet til barnet. Då kunne han seie til barnet «Kanskje mamma kan løfte opp genseren din, så vi kan lytte til hjarte ditt?», i staden for å vende seg til foreldra og seie «Kan du løfte opp genseren?». På denne måten vart barnet inkludert og fekk stadfesting frå mor at det var greitt å løfte opp genseren og gjennomføre undersøkinga. Vender ein seg direkte til foreldra, kan barnet kjenne seg overkøyrte og bli mindre samarbeidsvillig. Ein bør difor snakke direkte til barnet og la barnet vere hovudpersonen i samtalar med sjukepleiaren. Ein må møte barnet på eit emosjonelt og kognitivt plan, og anerkjenne veremåten, tankane og kjenslene deira, for at dei skal oppleve å bli respektert og få sin integritet ivaretatt. Det er også viktig å anerkjenne og rose måten barnet presenterer seg sjølv og situasjon sin på (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99).

I samtale med barn er det viktig å ta utgangspunkt i barnet sin røyndomsforståing og jamleg kontrollere at ein forstår budskapet likt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99). Sjukepleiaren kan korrigere feiloppfatningar og fantasibilete, og hjelpe barnet til å bearbeide opplevingar ved å fokusere på barnet si oppfatning og forståing av det som skjer (Grønseth og Markestad, 2017, s. 100). For å fremme god kommunikasjon med barn er det viktig å hjelpe barnet til å forstå eller finne mening i det samtalen handlar om. Utspørjing er noko barn set lite pris på, og dei har vanskeleg for å konsentrere seg om tema dei ikkje finne meningsfulle (Grønseth & Markestad, 2017, s.99). Barn treng adekvat informasjon som er tilpassa alderen. Sjølv om barnet ikkje forstår alt som vert sagt, er det nødvendig å gi informasjon - da barnet likevel oppfattar det som at det finnes ei forklaring og oversikt, og at nokon har den. Det kan også vere ein fordel å gi barnet same informasjon fleire gangar. Dersom barnet er redd og engsteleg ved innlegging, kan det vere at mykje av informasjonen ikkje vert oppfatta (Ruud, 2018, s. 131-132). I samtalen med barnet er det viktig å bidra til at barnet beheld verdigheita si. Ein måte å oppnå dette på er ved å sikre at barnet forstår det som blir sagt og kjenner seg kompetent i samtalen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99).

5.3 Hjelpemiddel i kommunikasjon med barn

På barneavdelinga brukte vi gjerne ekstra tid i forkant av ei prosedyre, for at barnet kunne utforske utstyret vi skulle bruke, slik at situasjonen vart mindre skummel. Å la barnet teste, kjenne og leike med sjukehusrekvisita kan redusere frykt hjå barnet og skape eit best mogleg møte med sjukehuset (Grahn et. al., 2016, s.288; Caleffi et. al., 2016, s.7). Barn kommuniserer betre, forstår lettare og er enklare å nå, dersom ein kombinerer ord og handlingar. Det skapar også distanse, slik at de gjer det lettare å snakke om opplevingar og kjensler, dersom ein brukar hjelpemiddel i samtalen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 101).

Barn sin naturlege måte å kommunisere på er ikkje å sitte rett ovanfor den vaksne og fortelje om korleis dei har det, eller kva dei er opptatt av. Gode samtaler med barn kan komme fram under leik, i matsituasjon eller i badekaret omringa av mykje skum. Det er som om "støy på linja" gjer det lettare å kommunisere. Bruk av ulike hjelpemiddel i samtale gjer situasjonen mindre truande for barnet (Ruud, 2011, s.89).

Leik er eit kommunikasjonsmiddel for å førebu, informere og avleie det sjuke barnet. Leik er også ein motivasjonsfaktor og sentralt i barnet si fysiske, kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling. For at eit barn skal føle seg trygt, må også sjukepleiaren ha ein grunnleggande kjensle av tryggleik. Denne kjensla vil ho kunne oppnå blant anna gjennom erfaring og gjennom eigen refleksjon kring yrkesrolla og yrkesutøvinga. Men det er også viktig at ho har ei haldning der leik blir sett på som ein viktig verdi i pleiekulturen. Viss sjukepleiaren i utgangspunktet ikkje oppfattar leik som ein viktig verdi, vil det kunne påverke yrkesutøvinga og vidare barn si kjensle av å vere trygg (Korsvold, 2009, s. 39-43).

Leiken er barnet sin arena og element av leik i samhandlings situasjonar kan hjelpe barnet med å takle stress. Hjelpemiddel gjer at barnet unngår å bli overvelda, og får hjelp til å kommunisere på ein slik måte at dei klarer å regulere kjenslene sine, affektregulering. Det kan vere godt for barnet å ha noko å halde på med under samtalen. Det at det ligg teiknesaker framme, gjer at situasjonen mjukast opp. Brukt på denne måten vil hjelpemidla bidra til at barnet kan regulere nærleik, blick og kommunikasjon, og samstundes vere sysselsett medan samtalen føregår. I andre samanhengar kan sjukepleiar bruke hjelpemiddel meir bevisst, med hensikt på det temaet samtalen handlar om. Bruk av hjelpemiddel

ivaretek det faktum at det for enkelte barn kan være enklare å vise, enn å fortelje (Ruud, 2011, s. 89).

Leik er ein form for språk, og dette er eit språk sjukepleiaren må kunne for å få kontakt med barna (Korsvold, 2009, s. 39-43). Sjukepleiaren brukar dette språket for at barnet skal få tillit til dei og sjukehusavdelinga. Barn viser ofte korleis dei har det gjennom leik, og observasjon av leik kan gi nyttig informasjon til sjukepleiaren. Ein viktig forutsetning for at leik skal skje, er tryggleik. For å skape ei trygg atmosfære må sjukepleiaren vise at ho beherskar prosedyrar, utstyr og samvær med barn. Sjukepleiaren må være trygg i jobben sin slik at barna kan stole på ho (Korsvold, 2009, s. 39-43).

Det finst forskjellige dokker der ein kan ta ut organa og demonstrere korleis kroppen ser ut inni, og korleis den fungerer. Slike hjelpemiddel har vist seg nyttige for barn i alderen fire til sju år, for å forstå og hugse informasjon dei får, før undersøkingar og prosedyrar (Ruud, 2011, s. 98). Ved å legge til rette for å arbeide med ubehagelege opplevingar, både under sjukehusopphaldet og etter utskriving, kan det gi redusert stress og auka meistring. Sjukepleiaren kan for eksempel gjennom leik og teikning hjelpe barnet til å bearbeie ulike opplevingar. Sjukepleiaren kan samarbeide med foreldra for å få dette til, og foreldra kan hjelpast til å sjå tydinga av og moglegheitene for bearbeiding. Når barnet leikar etter ei ubehageleg oppleving, er det viktig å vere merksam på kva og korleis barnet leikar. Gjennom leiken kan barnet gi uttrykk for kjensler og oppfatningar knytt til det som har skjedd, og som det kan vere nødvendig å korrigere. Rolleleik kan vere ein fin måte å bearbeide på. Sjukepleiaren kan for eksempel vere barnet, og barnet kan vere sjukepleiar eller lege og gjere det som barnet sjølv har erfart. Då kan ein få eit inntrykk av kva barnet har oppfatta, og flette inn korreksjonar om nødvendig, eller trøyste og avdramatisere. Teikning kan også vere ein måte å bearbeide på, for teikningar kan vise barnet sine opplevingar og kjensler. Barnet kan teikne, og så kan ein snakke med det om kva fargane betyr, og om kva teikninga viser (Tveiten et al., 2012, s. 67-68).

Aldersfase noko vi må ta omsyn til når vi som sjukepleiarar brukar ord, begrep og nonverbal kommunikasjon i møte med barn (Eide & Eide, 2019, s. 293). Metaforar kan gjer informasjonen lettfattig og skape distanse slik at det vert lettare for barnet å meistre

informasjonen kjenslemessig (Grønseth & Markestad, 2017, s. 101). Eit eksempel frå praksis var at vi brukte metaforen "romperakett" for stikkpille. I tilfelle som dette unngjekk vi å bruke ord som "stikke", då vi såg dei yngre barna vegra seg for prosedyrar dei trudde ville påføre dei smerte. Av erfaring veit vi at ungar i barnehagealder synes ord som "rompe", "bæsj" og "promp", er kjempemorosamt, og ved å bruke metaforen "romperakett" kunne vi ufarleggjer situasjonen.

Frå vår praksis på barneavdelinga såg vi at barn ofte grua seg til å gjennomføre ulike prosedyrar, og da spesielt prosedyrar som omfatta nåler. For å skape tryggleik til barn under nålerelaterte prosedyrar som blodprøvetaking, kan det vere effektivt å bruke avleiande kommunikasjon i tillegg til farmaka. Vi såg i praksis at det vart brukt Emlakrem på innstikkstaden før blodprøven vart gjennomført. I denne situasjonen brukte vi metaforen "tryllekrem" for å gjere det enklare for barnet å forstå verknad av kremen. Under slike prosedyrar er distraksjon spesielt effektivt. Distraksjon vil seie at sjukepleiaren, forelderen eller omsorgspersonen avleiar barnet med avleiande kommunikasjon. Formålet med teknikken er at barnet fokuserer på noko anna enn det som barnet opplev som skremmande. Ein må snakke med barnet om noko barnet interesserer seg for. Det er nemleg berre når barnet er engasjert at teknikken verkar (Nilsson, 2018, s. 64). Barn sett pris på å bli distraherert og ser på sjukepleiaren som god dersom ein får til dette (Brady, 2009, s. 556; Grahn et. al., 2016, s. 288).

5.4 Foreldra si deltaking

Frå praksis i barneavdelinga erfarte vi at foreldre ofte var så prega av situasjonen dei sat i, at omsorgsevna vart redusert. Ved eit tilfelle opplevde vi at mor til eit sjukt barn ikkje ønska å vere på sjukehuset, sjølv etter anbefaling av lege om at det var det beste for barnet. Stresset med å ha eit yngre barn heime og ansvar for dyr, prega nok mora i denne situasjonen, slik at omsorgsevna vart svekka. Dette resulterte i at mora prøvde å forhandle med lege om å få reise heim, ved å spørje det sjuke barnet sitt (i barnehagealder) om barnet ynskte å vere på sjukehuset eller å reise heim. Dette erfarte vi som ein vanskeleg situasjon, der kommunikasjonen var krevjande.

Høgt stressnivå hjå foreldra kan redusere omsorgsevna. For foreldre kan det vere vanskeleg å ha eit sjukt barn på sjukehus, anten innleggelsen skjer akutt eller planlagt. Situasjonen vert ikkje betre dersom dei må sjå barnet lide, ha smerter eller ubehag, både som følgjer av sjukdom og behandling. Det er heller ikkje lett å bu på ein framand plass og samstundes forholde seg til mange og nye menneske og kanskje også mykje venting. Mange foreldre har andre barn heime, og dagleglivet for heile familien vert påverka av at eit av barna er innlagd på sjukehus (Tveiten et. al, 2012, s. 71). Familieperspektivet er viktig, og samarbeidet med barnet vil ofte vere lettare viss ein har foreldre til stades som kan roe, informere og bruke teknikkar barnet kjenner frå før, både ved informasjon og undersøkingar (Killingberg & Akselbo, 2013, s.141). Derfor var det i tilfellet vi erfarte svært viktig å gi god informasjon til mora slik at ho forstod kor viktig det var at ho var på sjukehuset saman med barnet sitt.

Foreldre har oftast eit stort behov for informasjon når barnet er sjukt og innlagt på sjukehus. Nokre skaffar seg informasjon sjølv via internett og verkar velinformerte og sikre, men har kanskje ikkje heilt forstått kva dei har lese, eller dei kan ha trekt feil konklusjonar. Informasjonen som ligg tilgjengeleg er heller ikkje alltid korrekt og relevant, eller tilpassa verken barnet og/eller foreldra. Det er viktig at dei får informasjonen frå personalet som har med barnet deira å gjere, slik at informasjonen er realistisk, relevant og forståeleg for dei. Dersom dei ikkje opplev å få tilstrekkeleg informasjon, kan det vere ei tilleggsbelastning. Å samtale med barn og foreldre om kva dei treng av informasjon, om korleis dei forstår informasjonen som vert gitt og kva dei treng av oppfølging er derfor viktig (Tveiten et. al., 2012, s. 71-72). Det er ikkje berre barnet sjølv som treng hjelp til å finne mening i sjukdommen. Familien kan også trenge hjelp av den profesjonelle sjukepleiaren. Barnet er medlem av ein familie, og det som skjer med den eine i familien, vil også innverke på dei andre. Reaksjonen til familien ovanfor sjukdommen vil naturlegvis verte kommunisert til barnet (Travelbee, 1999, s. 259).

6 Konklusjon

Med litteraturstudien vi har føretatt oss, ynskja vi å finne ut korleis ein kan trygge eit barn innlagt på sjukehus gjennom god kommunikasjon. Vi har tileigna oss meir kunnskap om temaet; god kommunikasjon til barn. Dette har vi gjort ved å setje oss inn i forskning og teori

som handla om temaet. Gjennom arbeid med denne oppgåva har vi funne mykje kunnskap om kommunikasjon med barn, men på grunn av omfanget har vi ikkje hatt moglegheit til å ta for oss alt. I skriveprosessen har vi lært oss kvar vi kan finne denne kunnskapen, slik at vi i seinare høve kan ta nytte av denne i praksis. Vi erfarte at alle barn er ulike, og at det ikkje finnes ei einstydig oppskrift på korleis ein kommuniserer med dei. Det er viktig å tolke kva barnet formidlar både verbalt og nonverbalt. Sjukepleiaren sjølv må vere bevist på at det verbale samsvarar med det nonverbale i kommunikasjon med barn. Ein må ut i frå alder og utvikling, tilpasse seg i møte med kvart enkelt barn. For å skape tillit bør sjukepleiaren finne ut kvar merksemda til barnet er, bruke tid saman med barnet og ha ei leiken haldning. Vi erfarte også at det er viktig å la barnet vere hovudpersonen i samtalen og at verdigheita blir ivaretatt, ved at barnet forstår kva som blir sagt og kjenner seg kompetent i samtalen. Hjelpemidlar i kommunikasjon med barn, slik som leik, teikning og metaforar er nyttig å bruke. Bruk av slike hjelpemidlar gjer at sjukepleiaren møter barnet der det er, og gjer informasjonen lettare å forstå. Det er viktig at barnet forstår kvifor ein må gjennomføre ulike behandlingar, slik at barnet unngår opplevinga av tvang. For gi barnet best mogleg omsorg er det viktig å bruke foreldra som ein samarbeidspartner. Dei treng informasjon for å auke kjensle av tryggleik og forståing, slik at dei kan ta del i behandlinga og pleia til barnet. Det er ein viktig faktor for å skape tillit og tryggleik til barnet at sjukepleiaren utviklar eit tillitsforhold til foreldra. Sjølv om sjukepleiaren har kunnskap om god kommunikasjon med barn, er det ikkje ei forutsetning at barnet får ei kjensle av tryggleik. Barn kan vere skeptiske til framande, og det er ikkje alltid at dei ynskjer å samarbeide med sjukepleiaren.

7 Litteraturliste

Barne- og familiedepartementet (1991). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*.

www.regjeringen.no.

Brady, M. (2009). Hospitalized children`s views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16 (5), s. 543-560). <https://doi.org/10.1177/0969733009106648>

Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalized children. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37 (2), s.1-8.

<https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2013). Kommunikasjon i relasjonar- det lille som gjør en forskjell. I K. Johnsen & H. O. Engvold (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 65-76). Universitetsforlaget.

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjonar* (utg. 3). Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* ([FOR-2016-09-12-1056](https://lovdata.no/lovdata/2000-12-01-1217)). Lovdata. Henta frå:

<https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>

Fugelli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I K. Johnsen & H. O. Engvold (red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86-91). Universitetsforlaget.

Grahn, M., Olsson, E. & Mansson, M. E. (2016). Interactions between children and pediatric nurses at the emergency department: A swedish interview study. *Journal of pediatric nursing*, 31, s.284-292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Hummelvoll, J. – K. (2018). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Høgskulen på Vestlandet (2020, 16. oktober). *Finn litteratur og fagstoff*.

<https://www.hvl.no/bibliotek/finn/>

Korsvold, L. (2009). Lek og barnesykepleie. *Sykepleien*, 2002, 90 (12), s.39-43).

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0035>

Nilsson, S. (2018). Kommunikasjon med barn. I L. G. Heyn (red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 51-70). Gyldendal Akademisk.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V & Reinart, L. M.

(2012). *Jobb Kunnskapsbasert*. Cappelen Damm Akademisk.

Pasient -og brukerrettighetsloven. (2001). *Formål* (LOV-1999-07-02-63). Henta frå

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§1-1>

Ruud. (2011). Hvorfor spurte ingen meg?: *Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (1. utg.). Gyldendal akademisk

Salmani, N., Abbaszede, A. & Rassouli, M. (2014). Factors creating trust in hospitalized children's mothers towards nurses. *Iranian journal of pediatrics*, 24 (6), s.729-738).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442835/>

Statistisk sentralbyrå. (2019). 10261: *Pasienter, behandlinger og liggedager ved somatiske sykehus, etter kjønn, alder og diagnose* (F) 2012 - 2019 [194 469].

<https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Svendsen, Edel Jannecke. (2018). Helsepersonell trenger å lære mer om bruk av tvang mot barn. *Sykepleien*, 2018(106), (71912):(e-71912).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71912>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

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

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H.F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Øvreide, H. (2019). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. (3. utg.). Cappelen damm akademisk.

Vedlegg 1

PICO	Population/Pasient/Problem	Intervention	Comparison	Outcomes
Norske søkeord	Barn, barn innlagt i sjukehus, lek	Kommunikasjon, interaksjon, samhandling, samtale		Trygghet, tillit,
Engelske søkeord	Child, children, Hospitalized child, hospitalized children	Communicate, interact, relate, conversation		Safe, safeness, safety, trust

Vedlegg 2

Database	Fagområder dei dekkjer
Oria	Søketjenesten Oria ble lansert av BIBSYS i august 2013, og er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek . Supplert med en mengde elektronisk materiale fra åpne kilder, gir Oria en enhetlig tilgang til materiale som bøker, elektroniske bøker, tidsskrifter, elektroniske tidsskrifter, dokumenter, artikler, musikk og filmer.
SveMed +	SveMed+ er en nordisk database innenfor medisin og helse. Den inneholder referanser til artikler fra ca. 170 nordiske tidsskrifter fra 1977 og fremover, hvorav 27 er norske. Oppdateres jevnlig.
Pubmed	Internasjonal database med referanser til tidsskriftartikler fra ca 4.800 tidsskrifter innen medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Mye samme innhold som Medline, men annet søkegrensesnitt
Academic Search Elite	Tverrfaglig artikkeldatabase. Artikler fra både vitenskapelige og generelle tidsskrifter for mange fagområder.

Vedlegg 3

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Tittel, forfatter
9/10/2020	<p>“Hospitalized children”</p> <p>“Pediatric”</p> <p>“Communication”</p> <p>“interaction”</p> <p>“safe”</p>	Oria	<p>1454</p> <p>Artikkel nr. 16</p>	<p>“Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study.”</p> <p>Grahn, M., Olsson, E. & Mansson, M. E.</p>
19/10/2020	“Lek og barn”	SveMed+	<p>159</p> <p>Artikkel nr. 106</p>	<p>«Lek og barnesykepleie»</p> <p>Korsvold, L.</p>
19/10/2020	<p>«Hospitalized children»</p> <p>«communication»</p>	PubMed	<p>885</p> <p>Artikkel nr. 16</p>	<p>“Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children”</p> <p>Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B. & Serapião, L. S.</p>
19/10/2020	<p>“Hospitalized Children”</p> <p>“Communication”</p> <p>“Safety”</p>	PubMed	<p>56</p> <p>Artikkel nr. 5</p>	<p>“Hospitalized children's views of the good nurse”</p> <p>Brady, M.</p>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	07-12-2020 09:00	Termin:	2020 HØST
Sluttdato:	07-12-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 HØST		
Intern sensor:	Toril Irene Olesrud Fjørtoft		

Deltaker

Kandidatnr.:	115
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

Kan
eksamensbesvarelsen
gjøres til gjenstand for
utlån?:

Nei

Egenerklæring *:

Ja

Jeg bekrefter
innlevering til
biblioteket *:

Ja

Sett hake dersom
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Nei

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale?:

Nei

Jeg bekrefter at jeg har
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei