

BACHELOROPPGÅVE

Smertelindring til kreftsjuke barn

Eit sjukehusopphald prega av smertefriheit, tryggleik og tillit

av

Kandidatnummer: 72

Namn: Renate Kvernstuen

Pain relief for children of cancer

Emnekode: SK 152

Namn: Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato: 02.mai.2014

Tal ord: 7505

Rettleiar: Solveig Sægrov

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Begrunning på val av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing av problemstilling	2
1.4 Oppgåva sin disposisjon	2
2 Metode	2
2.1 Litteraturstudie som metode	2
2.2 Søkeshistorikk	3
3 Teori	4
3.1 Leukemi	4
3.1.1 Behandling av leukemi	5
3.1.2 Forsking	5
3.2 Barn og smerter	6
3.2.1 Forsking	7
3.3 Kognitiv utvikling av barnet	7
3.4 Barnet frå 6 – 12 år – det konkrete operasjonelle stadiet	8
3.5 Sjukepleie til barnet og familien	8
3.5.1 Sjukepleie til barnet	9
3.5.2 Skape tryggleik og motivasjon	9
3.6 Utfordringar og prosedyrar ved kreftbehandling som sjukepleiar	10
3.6.1 Forsking	10
3.7 Familien	10
3.8 Informasjon og kommunikasjon	11
4 Drøfting	12
4.1 Skape mening, verdigheit og anerkjensle i situasjonen	12
4.2 Prosedyre ved kreftbehandling hjå barn	14
4.3 Smertebehandling	16
4.4 Korleis målast smertene?	17
4.5 Ta smerte på alvor – lage smerteplan	18
4.6 Smerte ved leukemi	19
5 Veikskap og styrke	20
6 Konklusjon	21
Litteraturliste	22

Samandrag

Tittel: Smertelindring til kreftsjuke barn – eit sjukehusopphald prega av smertefriheit, tryggleik og tillit

Bakgrunn: I 2012 blei det for fyrste gong presentert eit samla tal for all barnekraft i Noreg. Det blei registrert 3622 barn under 15 år som har fått kreft i tidsperioden 1985 til 2009. Kreft verkar skremmande for dei fleste, og særleg når barn blir råka. For å kunne gi desse barna eit godt sjukehusopphald som er prega av tryggleik og tillit må barnet ha lite smerter i denne perioden. Derfor er det viktig at som sjukepleier oppnår tillit til barnet slik at sjukehusopphaldet skal vere smertefritt, trygt og ikkje ein skremmande plass å vere.

Problemstilling: ” Korleis kan sjukepleiar gi god smertelindring til barn som har leukemi?”

Framgangsmåte: Eg har basert oppgåva mi på litteratur studie, der eg har brukt pensumlitteratur og sjølvvalt litteratur. I tillegg har eg 3 forskingsartiklar med, alle 3 er kvalitative studiar gjort på barn i USA. Årsaka til at eg valte å bruka kvalitative forskingsartiklar var fordi eg ynskte å finne ut korleis barna sjølve opplevde smerta når dei var på sjukehus.

Oppsummering: Denne oppgåva hadde som hensikt å finne ut om sjukepleiarar kan gjere noko meir for å lindre smerter til barna som har fått leukemi. Oppgåva er basert på om sjukepleia kan endrast med enkle tiltak for å betre smertelindringa til barna når dei er innlagt på sjukehus. Ved å skape tillit og tryggleik til barnet kan ein lettare få ein optimal smertelindring til barnet, kvart barn er unikt og treng som alle andre, bli sett som heil person

Summary

Title: Pain relief for children of cancer - a hospital residence characterized by painrelief, security and trust

Background: in 2012 it was for the first time presented an overall figure for all childhood cancers in Norway. There were registered 3,622 children under age 15 who have had cancer in the period 1985 to 2009. Cancer works frightening for most people, and especially when children are affected. In order to give these children a good hospital residence that is characterized by safety and confidence child must have little pain during this period. Therefore it is important that nursing that achieves the trust of the child so that the stay hospitals should be painless, safe and not a frightening place to be.

Problem: "How can nurses provide good pain relief to children who have leukemia?"

Procedure: I have based my task of literature, where I have spent syllabus and self-selected literature. In addition, I have three research articles with, all three are qualitative studies done on children in the United States. The reason why I decided to use qualitative was because I wanted to find out how children experienced pain when they were hospitalized.

Summary: This thesis was intended to determine whether nurses can do something more to alleviate the pain of the children who have had leukemia. The thesis is based on the nurse can be changed with simple measures to improve pain relief to children when they are admitted to hospital. By creating confidence and security to the child one can more easily get an optimal pain management for the child, each child is unique and needs as everyone else to be seen as a whole person.

1 Innleiing

1.1 Grunngeving av val tema

I 2012 blei det for fyrste gong presentert eit samla tal for all barnekraft i Noreg. Det er registrert 3622 barn under 15 år som har fått kreft i tidsperioden 1985 til 2009. I året er det mellom 140 – 150 barn under 15 år som rammast av kreft, av desse er leukemi (blodkreft) og kreft i hjerne/det sentrale nervesystem mest vanleg. Dei utgjer 58 % av alle tilfella (Kreftregisteret, 2012). Den vanlegaste kreftforma blant barn under 15 år er leukemi, kvart år i Noreg blir det registrert 35 – 40 nye diagnosar med leukemi (Bringager, Hellebostad, Mørk & Sæter, 2014). Ved leukemi skjer det ein ukontrollert vekst av kvite blodceller og/eller forstadiar av desse i beinmargen. Det fører til at cellene ikkje modnast som dei skal. Leukemicellene fortreng eller hemmar veksten av normale cellene i beinmargen som dermed ikkje vil produsere som normalt (Kreftforeningen, 2014).

Kreft er ein sjukdom som gir urovekkjande assosiasjonar. Alle veit at kreft er ein alvorleg og livstrugande sjukdom, det veit òg barn, spesielt dei som har tidlegare erfaring med sjukdommen. Mange barn forbind ordet kreft med døden, fordi dei ofte høyrer snakk om folk som døyr av sjukdommen. Vaksne, spesielt foreldre og familien, vil med sitt kroppsspråk og sine reaksjonar gi signal om at det er noko skremmande og farleg i vente. Barnet vil då ha behov for konkret kunnskap for å få nyansert biletet sitt av kva kreft er (Den norske kreftforening, 1999). Smertestillende til barn høyrer skremmande ut, det at eit barn har smerter kan verke skremmande for mange. Å førebyggje og lindre smerte er ein sentral funksjon i sjukepleia. I dag får ofte barn for lite smertelindring mot det dei treng, noko som kan skuldast for lite kunnskap om smertelindring, usikkerheit og engstelse for biverknader (Grønseth & Markestad, 2011).

Pediatrike pasientar er barn frå 0 – 18 år. Pediatri er læra om sjukdommar hjå barn som er frå 0 - 18 år (Brunvand, 2011). Barn er i dag ei sentral pasientgruppe, men ein del sjukepleiarar har lite kunnskap om denne pasientgruppa. Etter at eg var på hospitering på barneavdelinga var eg sjølv usikker på grunn av lite kjenskap og erfaring med denne gruppa frå tidlegare.

Eg har valt å belyse dette temaet om barn som har kreft og smertelindring til desse barna. Dette har eg valt fordi eg syntes det er spennande og veldig interessant tema, samtidig som eg ynskjer å få meir kunnskap om dette. Gjennom mi tid som student på sjukepleier utdanninga føler eg at eg har lite kunnskap om pediatrike pasientar, særleg barn med kreft. Samtidig syntes eg det er viktig å fokusere på dette sidan det i dag ofte blir gitt for lite smertelindring til barn, som fører til at barna har unødige smerter som kunne vert behandla.

1.2 Problemstilling

”Korleis kan sjukepleiar gi god smertelindring til barn som har leukemi?”

1.3 Avgrensing av problemstilling

Smertelindring til barn er ei sentral arbeidsoppgåve til ein sjukepleiar, sidan ein ofte er den som observerar, vurderar og fangar opp smerta til barnet i denne situasjonen. Det er eit breitt spekter, derfor har eg valt å fokusere på ei bestemt aldersgruppe. Det eg har tenkt å fokusere på er skulebarn som er innlagt på sjukehus, med skulebarn meiner eg barn frå 6 – 12 år. Smertelindringa som eg vil fokusere på er når barn er i aktiv behandlingsfase.

1.4 Oppgåva sin disposisjon

Denne oppgåva er bygd opp med ein teoridel/litteratur som eg har drøfta ut i frå. Eg vil fokusere på barn og smertelindring til dei barna som har leukemi. I denne oppgåva vil ein finne korleis eg har jobba med oppgåva kva metode eg har brukt som omhandlar den litteraturen, forskning og tidsskrift. Litteraturen er sjølvvalt og bøker frå tidlegare semester har blitt brukt.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Skriftlege studentoppgåver krev sjølvstendig søk og krev derfor at ein har ein problemstilling som er relevant for sjukepleiarar. Det er viktig å kunne forklare og begrunne kva ein eigentleg ønskjer å finne ut for at søka etter relevant teori blir mest effektive. Eg har valt litteraturstudie som metode og har fått kunnskap frå litteratur som allereie finst.

2.2 Søkehistorikk

For å skrive ei god oppgåve må ein søke på relevant litteratur som ein har klare tankar om i førevegen. Oppgåveskriving krev meir enn berre pensumlitteratur og det er derfor heilt naudsynt å bli kjent i biblioteket (Dalland, 2007). For å finne den litteraturen eg treng for å belyse min problemstilling har eg brukt Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt bibliotek og helsebiblioteket sine databasar. Når eg søkte på relevant litteratur til oppgåva mi brukte eg bibsys ask. Bibsys ask er ein felles bokkatalog for norske høgskular og universitet (Dalland, 2007).

Lærebøker og fagbøker er eit godt utgangspunkt i ei god oppgåve. Det gir god oversikt over faget og ein får mykje relevant litteratur innan for det temaet ein har valt, men det er sjeldan tilstrekkeleg som litteratur i ei større oppgåve, som til dømes ei bachelor oppgåve (Dalland, 2007). Derfor er forskingsartiklar eit godt utgangspunkt å ha når ein skriv ei oppgåve.

Når eg søkte i bibsys ask brukte eg ord som barn, sjukepleie til barn, barn med leukemi, barn med kreft, kommunikasjon til barn, pediatri og informasjon. Her kom det opp mykje relevant litteratur som eg kunne brukte for å belyse dette temaet. Eg valte òg å bruke litteratur frå ulike semester for å belyse litteratur rundt problemstillinga som eg valte.

Eg valte å bruke chinal, medline, pubmed og acamedic search premier som databasar når eg skulle søke etter forskingsartiklar. Desse databasane valte eg på grunnlag av anbefaling frå lærarar, og dei har gode artiklar som passar godt til min problemstilling. Artikkane eg var ute etter var gode artiklar som var relevant for sjukepleiarar og som ikkje var meir enn 10 år gamle. Eg ville finne ut om det fantes forskning på korleis barn opplevde smerte, kva som blei gjort for å lindre smertene hjå barn frå sjukepleiarane og om smertene kunne påverke kvardagen til barna, og om sjukepleiarane kan bli betre på smertelindring hjå barn som har leukemi. I søket brukte eg ord som children, pain, cancerpain, parents, pediatric pain,

painrelief, leukemia. Når eg anvendte disse orda på forskjellige måtar kom det fram ein del artiklar som kunne virke relevante for mi oppgåve. Når eg søkte fekk eg fyrste gong 2331 resultat, men når eg fekk skrive inn alderen på barnet, og om kva sjukdom, fekk eg 14 resultat.

For å kunne stille seg kritisk til artiklane eg hadde funne brukte eg sjekkliste (Kunnskapssenteret, 2006). Dei artiklane eg fant las eg samandraget på og der fant eg tre artiklar som var relevante til problemstillinga mi. Alle tre artiklane var kvalitative artiklar. Grunnen til at eg valte å ha kvalitative forskingsartiklar er fordi ein kvalitativ studie er basert på undersøking av menneske sine opplevingar og erfaringar (Kunnskapssenteret, 2006). Dei er bygd på egne erfaringar og haldningar, og blir derfor sentralt i min problemstilling.

Når ein les artiklar må ein sjå om dei er gode. Ein kan sjå om dei er relevante ved stille spørsmål som ”kan vi stole på resultatet?”, ”kva fortel resultata?” og ”kan resultata vere til hjelp i min praksis?”. Om desse kan besvarast på ein tilfredsstillande måte i artiklane er det gode og relevante artiklar (Kunnskapssenteret, 2006).

3 Teori

3.1 Leukemi

Leukemi er den vanlegaste kreftforma hjå barn, og i Noreg blir det diagnostisert 35 – 40 nye tilfeller kvart år hjå barn som er under 15 år. Denne kreft forma delast inn i akutt og kronisk, og i lymfatisk og non – lymfatisk eller myelogen. Barn får som regel akutt leukemi eller akutt lymfatisk leukemi. Ved akutt leukemi er det ein umoden celletype i beinmargen som er blitt ondarta, og som deler seg ukontrollert. Symptoma ved leukemi er ukarakteriserande og skuldast den leukemiske infiltrasjonen i beinmargen. Når beinmargen fyllast opp med leukemiske blastceller, blir dei normale bloddanna elementa fortrent, og det oppstår mangel på normale, funksjonsdyktige raude og kvite blodlegmar og trombocytar. Ulike symptom hjå

barn som har leukemi er bleikheit, nedsett fysisk kapasitet, blåmerker, gjentatt infeksjonar, svingande feber, skjelettsmerter, hovne ledd, hovne lymfeknutar, forstørtra milt/lever og barnet kan sjå sjukt ut (Bringager et al., 2014).

3.1.1 Behandling av leukemi

Behandlinga av leukemi hjå barn er ein av legevitenenskapens største suksess. Det heile starta med at Sidney Fabers publikasjon i 1948 om at aminopterin kunne indusere remisjon (betring av sjukdom) hjå barn som har leukemi. Remisjonane var kortvarige, men dette var den fyrste rapporten om at leukemi hjå barn faktisk kunne drive tilbake med medikament (Bringager et al., 2014). Seinare blei det prøvd ut forskjellige medikament i behandlinga, som steroider, cyklofosamid, vinkristin, metotreksat og 6 – merkaptopurin. Alle desse legemidla inngår i dagens leukemiprotokollar. Etterkvart lærte ein å kombinere desse medikamenta på forskjellige måtar, ein blei dristigare i doseringa, og ein behandla over lange periodar. Tidleg viste det seg at sjølv om ein oppnådde kontroll over leukemien, kom det residiv (tilbakefall) i sentralnervesystemet, til tross for at det ikkje var påvist leukemi i beinmargen. Her kom dei med ideen om ”totalbehandlinga”. Det vil seie at i tillegg til å behandle beinmargssjukdommen, byrja dei å behandle sentralnervesystemet med profylaktisk strålebehandling. I dag er behandlinga bygd opp av desse erfaringane og dei er vidareutvikla. Ein bruker som regel dei same medikamenta som tidlegare nemnt, men i større dosar og i kombinasjonar (Bringager et al., 2014).

3.1.2 Forsking

Forskinsartikkelen ”The pain experience of children with leukemia during the first year after diagnosis” er ein studie som blei gjort i USA på barn som hadde leukemi. Målet var å finne ut om dei hadde smerter og kor dei smertene var det fyrste året etter at diagnosen blei stilt.

Bakgrunn for denne studien var om barn med kreft opplev smerter relatert til sjukdomsprosessen, behandling og dei ulike framgangsmåtane. Dette var ein studie som blei gjort på barn med leukemi, om dei opplevde smerter når dei hadde fått denne diagnosen.

Hensikta var å undersøke smerteopplevinga, forvaltingsstrategiar og utfall i løpet av det fyrste året etter diagnosen akutt leukemi blei stilt. Metoden var ein beskrivande skjema blei brukt til

å samle inn data på sju datapunkter frå engelsk- og spansktalande barn frå 4 – 17 års alder, som mottok behandling i ein av tre Sørlege California sjukehus, og frå sine foreldre. Alderstilpassande verkemiddel blei brukt for å undersøke variablar av smerteintensitet, plassering, mønster over tid og kvalitet, samt strategiar for å handtere smerte, oppfatta effekten forvaltingstiltak og funksjonell status. Resultata viser at alle barna rapporterte smerter i løpet av det fyrste året. Den vanlegaste plassen dei hadde smerter var i beina i alle sju intervju dei gjorde. Andre plassar som var vanleg å ha smerter i var magen, hovud / hals og rygg. Barna forklarte smertene med orda ”ubehageleg og ”irriterande”. I følgje intervju dei gjorde var den mest brukte smertelindringa medisin, søvn, varmt / kaldt vatn og massasje. Konklusjonen var at barn med leukemi hadde erfaring med smerte heile fyrste året av behandlinga dei fekk (Cleve et al., 2004).

3.2 Barn og smerter

Smerte er ein subjektiv oppleving, den er individuell og varier òg hjå person frå tid til anna og på ulike alderstrinn. Det er gjort mange forsøk på å definere smerte. Dei fleste konkluderer med at det er vanskeleg å komme fram til ein dekkande beskriving av smerte, i det er at smerte er eit komplekst og privat fenomen. Ei arbeidsgruppe innan International Association for the Study of Pain, foreslår følgande definisjon:

” Smerte er en ubehageleg fornemmelse og en følelsemessig opplevelse som forbindes med kroppsligskade” (Lindemann, 1985).

Smerte er eit sentralt begrep i forbindelse med sjukdom. Smerte er eit diffust og vanskeleg begrep, det er ei personleg oppleving som andre aldri kan setje seg inn i. Barn og smerte er ein utfordring for sjukepleiaren. Det forutset at sjukepleiaren bør ha kunnskap om barn generelt og kjennskap til det aktuelle barnet spesielt, og er nokre av dei grunnleggande forutsetningane for å kunne hjelpe barn med smerter (Lindemann, 1985).

Ved leukemi fører sjukdommen til smerte ved rørsle. Mange barn får problem med å gå, då skjelettplager er eit vanlig symptom på denne sjukdommen (Bringager et al., 2014). Fleire barn som har smerter i skjelettet har smerter i t.d knærne, på grunn av produksjon av mange umodne blodceller i beinmargen (Kreftforeningen, 2014).

I følge Cleve et al., (2004) opplevde barn med leukemi at den vanlegaste smerta har var i beina, men også i mage, hovud, nakke og rygg var stader dei hadde smerte.

3.2.1 Forsking

Forskningsartikkelen "Pediatric pain prevalence and parents attitudes at a cancer Hospital in Jordan" var ei studie som blei utført i Jordan. Denne studien var ein del av eit prosjekt for å utvikle eit implantering av pediatrike smerter. Studiet fangar informasjon om utgreiing av smerte på 35 barn, dei brukte eit diagram for å finne ut kva nivå barnet var på med smerter og eit intervju med barn og foreldre. 47 % hadde smerter på det tidspunktet når intervjuet blei utført, 11 % hadde sterke smerter og berre 22 % fekk smertestillande. 22 foreldre blei intervjuet i studien for å identifisere haldningar til smertebehandlninga barna fekk. Dei hadde 6 ulike tema dei understreka: 1: smerte kan og bør forvaltast. 2: gudsvilje 3: foreldras verste smerte var kjenslemessig på grunn av diagnosen til barnet. 4: trua på deira tilstades verande kan vere med å lindre barnas smerte. 5: ønske om at det blir ein god beslutning. 6: Barnas sitt ansvar å utrykke smertene (Forgeron et al., 2005).

3.3 Kognitiv utvikling av barnet

Charles Darwin er ein av dei fyrste som systematisk beskreib utviklinga hjå barn, og reknast derfor av mange for å vere utviklingspsykologiens far. I psykologien er utvikling definert som aldersrelaterte, varige endringar i emosjonell, kognitiv og sosial åtferd og oppleving (Renolen, 2010).

Omgrepet kognitiv speglar på tankemessige prosessar som oftast er tilgjengeleg for vår bevisste bearbeiding. Kognitiv psykologi er ein vidareføring av den klassiske åtferdspsykologien, men legg i motsetning til denne vekt på indre kognitive prosessar. Konkret vil det seie at kognitive prosessar som persepsjon, merksemd, hukommelse, problemløysing og språk (Renolen, 2010). Den kognitive utviklinga handlar om utviklinga av evne til å tenke, vurdere og lære, og løyse problem. Problema kan vere frå dei aller fyrste eit barna møter, som for eksempel "korleis får eg rangla til å rangle?" til dei abstrakte som å ta etiske avgjersle i vanskelege livssituasjonar. I følge Piaget er intelligensutviklinga ein del av

den kognitive utviklinga, for nokre er den samanfallande. Språkutviklinga er òg med i den kognitive ferdigheitane, sjølv om språk òg er ein sosial ferdigheit og eit sosialt reiskap (Bunkholdt, 2010).

3.4 Barnet frå 6 – 12 år – det konkret operasjonelle stadiet

I dette stadiet skjer det ein overgang til evne til reversibel tenking, til å ta i betraktning fleire aspekt til gjenstand og situasjonar, å operere på eit meir abstrakt tankemessig plan og meir bevisst ordne og systematisere. I seksårsalderen skjer det eit sprang i barnets kognitive utvikling. Det kan no utføre logiske handlingar på det indre plan. Tenkinga er framleis prega av at abstrakte fenomen knyttes til konkrete handlingar eller situasjonar, som til dømes må fenomenet friing forklarast ut i frå konkrete eksempel som at ”andre ikkje skal bestemme over kva du skal leike med”. Barn i dette stadiet utviklar forståing for konservering av mengde, barnet ser når det er for eksempel likt mykje med vatn i to glas eller om det er meir i det andre. Klassifisering utviklar barna i denne fasen, det er evna til å gruppere objekt etter bestemte kjenneteikn. Eit anna trekk i dette stadiet er reversibel tenking, det vil sei at om barnet har ein rund leirklump som rullast ut til ei pølse, er det mogleg å tenke seg at den kan bli ein ball igjen (Renolen, 2010).

3.5 Sjukepleie til barnet og familien

Travelbees sjukepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert. Den bygger på eit eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er uunngåleg del av menneskelivet. Ut i frå dette består sjukepleie i å hjelpe den sjuke og lidande til å finne meining i den situasjonen han eller ho gjennomgår. Det skjer gjennom etableringa av eit menneske- til- menneske- forhold, som er eit sentralt begrep i Travelbees sjukepleietenking. Ho forklarar det slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringar med sykdom og lidelse, og om nødvending å finne en mening i disse erfaringane” (Jahren, 2011).

3.5.1 Sjukepleie til barnet

Barn er ikkje små vaksne, dei er prega av umodenskap, rask vekst og utviklingsmoglegheiter. Dei har eigne behov og til ein vis grad òg andre sjukdommar enn det vaksne har. For å kunne arbeide med pediatrike pasientar er det viktig med kunnskap om normal vekst og utvikling til denne pasientgruppa. For å utøve sjukepleie til barn er det naudsynt å kunne opprette eit tillitsforhold til barna og kommunisere med dei på deira premiss. Det er òg naudsynt at tillitsforhold er bra for å kunne tolke og vurdere teikn til smerte og ubehag. Barn blir lett utrygge i ukjente og skremmande omgjevnader derfor er det viktig at barnets normale kvardag så langt som mogleg oppretthaldast under sjukehusopphaldet. Foreldra må vere tilstades, kjente rutinar, glede, humor og lek bidreg til tryggleik og velvære. Familiefokusert pleie er eit anna særtrekk i pediatrike sjukepleie, det stillast store krav til sjukepleiarens samarbeidsevne til foreldre (Grønseth & Markestad, 2011).

3.5.2 Skape tryggleik og motivasjon

Når eit barn får ein farleg sjukdom i kroppen, er slapp og svimmel, må reise frå det kjente og kjære, er redd for smerter og ubegripelege hendingar og ikkje minst at foreldra er like redde som barnet sjølv er. Når ein familie har ei kjensle over at dei er i fritt fall mot noko katastrofalt, må nokon stå å ta i mot. Det fyrste møte er betyndingsfullt. Kvalitet og atmosfære mellom familien og sjukepleiaren i det fyrste møtet, skapar utgangspunktet for å bygge tillit og motivasjon. Ofte seier foreldre at det fyrste møte er det dei aldri gløymer, dei hugsar nøyaktig sjukepleiaren sitt ord, blick og rørsler. I det foreldra kjem på sjukehuset med sitt sjuke barn, er dei fulle av angst og stress. Å gi nestekjærleik er ein grunnleggande verdi og føresetnad for å kunne yte god sjukepleie (Bringager et al., 2014). Sjukepleiarens etikk i den vestlige kultur har vore kontinuerleg utvikling gjennom ein nesten 2000 år lang hospitalhistorie. Heilt frå tidleg middelalder la ein vekt på kristendommen sine prinsipp om nestekjærleik og barmhjertigheit ovanfor sjuke og fremmande (Nordtvedt, 2012). Å yte sjukepleie med kjærleik betyr å kjenne engasjement, då tek ein ut det beste ein har, man gir og brukar alt, lyttar med alle kreftar (Bringager et al., 2014).

3.6 Utfordringar og prosedyrar ved kreftbehandling som sjukepleiar

Når eit barn får kreft, må det utfordrast når det gjeld å meistre mange prosedyrar, og mange prosedyrar kan verke skremmande på barna. Det er ein viktig sjukepleieoppgåve å få barna gjennom dei vanlegaste prosedyrane som barnet blir utsett for, og deretter vise korleis sjukepleiaren kan hjelpe barnet til å meistre desse med tryggleik og verdigheit. For at sjukepleiaren skal yte dette må ein kunne bruke både medikamentell og ikkje – medikamentell metodar. Dei medikamentelle metodane kan vere for eksempel lokalbedøving, smertestillande og eventuelt angstdempende middel. Den ikkje medikamentelle behandlinga kan vere metodar som å forberede foreldre og barn, avledning og emosjonell støtte (Bringager et al., 2014).

3.6.1 Forsking

I følge forskingsartikkelen ”Pain, sleep disturbance and fatigue In children with leukemia and their parents”, som var ein kvalitativ studie av barn med akutt lymfatisk leukemi i skulealder.

Dei ville finne ut om smerter, søvnforstyrrelser og trøttheit påverka kvardagen deira.

Undersøkinga varte i 3 dagar, der dei tok intervju med foreldra og barna. Det viste seg at barna hadde alle desse symptoma dei tre dagane dei blei intervjuet. Foreldra merka òg til symptoma, men barna var til dømes meir vakne på natta. Konklusjonen dei kom fram til var at desse symptoma var med på å redusere livskvaliteten til heile familien, ikkje berre barna som opplevde desse symptoma fysisk. Studien viste at sjukepleiarane må forbetre søvn og handtere smertene betre når barna får sin cellegift, slik at dei kan vere med på å få betre livskvalitet for familien (Gedaly-D. V et al., 2006).

3.7 Familien

Familien er ei primærgruppe der dei sosiale kontaktane er nære, og med relativt lang varigheit. Relasjonane er allsidige og meir affektive. Ei primærgruppe er små sosiale gruppe med varig og hyppig kontakt mellom medlemma, og der denne er kjenneteikna av å vere fri og personleg (Garsjø, 2011).

På sjukehuset møter ein foreldre som loser barnet sitt gjennom cytostatikakurar, narkosar, stikk og røntgenundersøkingar med ein kreativitet og eleganse, og imponerast av. Samspelet

mellom foreldre og barn tidleg i livet blir skildra som ein dans. Samspelsdansen som for eksempel skjer mellom mor og barn skjer ved at barnet og mora speglar seg i kvarandre i form av lyder, blikk og grimaser. Dette har stor betydning for barnets utvikling og sjølvbilette. Denne dansen utviklar seg utover i barneåra, og bygger på den tryggheita barnet kjenner gjennom forberedelse og forutsigbarheit. Foreldra gir barnet stadfestning på det dei ser som godt, og introduserar og rettleiar barnet i møte med det som skjer på sjukehuset (Bringager et al., 2014).

3.8 Informasjon og kommunikasjon

Å kommunisere er å gjere noko felles. Både den som gir og den som mottok budskapet er med å gi åtferd meining og skapar fellesskap. I mellommenneskeleg kommunikasjon med pasientar ønskjer ein som sjukepleiar ofte å oppnå noko meir enn å formidle meining og informasjon. Ein vil ofte etablere ein kommunikasjon som kan oppnå tryggleik, tillit, openheit og velvære for pasienten på best mogleg måte (Røkenes & Hanssen, 2012).

For å gi god kommunikasjon kan tre overordna prinsipp vere nyttige for å fremje god kommunikasjon med barn og unge: 1: Meining, å skape meining i situasjonen, det vil seie å hjelpe barnet til å forstå det han eller ho har opplevd. 2: Verdighet, å la barnet behalde sin verdighet, sjølv om livssituasjonen er vanskeleg. 3: Anerkjensle, det vil sei å godkjenne eller akseptere den måten barnet presenterer seg sjølv på (Ruud, 2011). For å kommunisere med eit barn som er frå 6 - 12 år, må ein ha ein konkret- operasjonell fase. I denne fasen har barnet evne til å systematisere erfaringar på ein kvalitativt anna måte enn i tidlegare fasar. Tenkinga er meir uavhengig av det som skjer her og no, og barnet kan sjå ein situasjon òg frå ein anna synsvinkel. Oppfatninga av mengde og størrelse er konstant, uavhengig av form. Barnet kan halde lenger på merksemda, og skilje mellom sentral og meir perifer informasjon. Dette er sentralt for moglegheita til å kommunisere med andre (Ruud, 2011).

Målet med å gi informasjon, er å gi barnet og familien kunnskap for å forstå det som skjer, og til og med å sjå moglegheita i den nye situasjonen. Det er viktig å motivere til håp, skape tillit hjå familien, og ynskje med informasjon å gi familien nye ressursar til å meistre situasjonen dei er i. Barnet og familien har krav på at alle hendingar på sjukehuset blir sett i ein samanheng som dei forstår. For å få til dette må ein rett og slett setje seg inn i og anerkjenne deira oppleving av situasjonen. Gjennom leik og kommunikasjon med barnet får ein innblikk i

korleis barnet opplev situasjonen, kva han eller ho lurar på, tenker på, er redd for og er glad for (Bringager et al., 2014).

4 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte korleis ein som sjukepleiar ved hjelp av enkle tiltak og observasjonar kan forhindre at barn har smerter. Å lindre smertene til barna kan fremje tillit til kreftsjuke barn som er innlagt på sjukehus. Drøftinga vil skje i lys av teorien eg har presentert tidlegare.

For at eit barn skal kjenne seg trygg og få oppleve at sjukehus ikkje er ein vond plass å vere må barnet ikkje ha sterke smerter. Som sjukepleiar og legar saman må ein samarbeide for at barnet skal få ein optimal smertelindring under behandlinga. Som næraste observatør skal ein tidleg kunne fange opp pasienten sin smertevarsel og gå inn å få kontroll på smerta (Bringager et al., 2014). Som sjukepleiar kan ein ikkje berre fokusere på smerta, men sjå heile barnet som det er. For at eit barn skal få optimal smertelindring og få barnet til å kjenne seg trygg i ein vanskeleg situasjon, er det viktig at ein oppnår tillit til barnet. Barnet må få tillit til sjukepleiaren for å sei i frå om smerta, i tillegg må barnet kjenne seg trygg i nye opplevingar og situasjonar.

4.1 Skape mening, verdigheit og anerkjensle i situasjonen

Kvart barn er unikt og det fins ikkje ei eintydig oppskrift på korleis ein best kommuniserar med barnet. Å kunne skape mening i barnet sin situasjon er sentralt for at det skal kjenne tryggleik og tillit. Barn brukar mykje krefter på å prøve å forstå livssituasjonen sin og det som skjer i omgjevnadane (Ruud, 2011). Når nokon blir sjuke er det veldig fort å kunn fokusere på

avgrensingar og problem, og det er då vanskeleg for barn å forstå meininga i det som skjer. Det er derfor viktig at ein sjukepleiar kan fremje forståing, fordi dei ofte blir stressa og usikre dersom dei ikkje forstår (Tveiten, 2012).

Som barnets beskyttar fordrer me barnets tillit. Denne tilliten kan vinnast gjennom hardt arbeid, gjennom utholdenheit og gjennom å beherske mange forskjellige virkemiddel for kommunikasjonen (Bringager et al., 2014). Som sjukepleiar kan den vinnast gjennom vår evne til å skape ei trygg atmosfære, forutsigbarheit og kjensle av sjølvbestemmelse hjå barnet og foreldra. Den bli bygd opp gjennom at me er bevisste på vår eigen rolle, at me utstrålar engasjement, tryggleik, ærlegdom og naturleg autoritet, og at me har brei kunnskap om sjukepleie, sjukdom og behandling. Tillita blir bygd opp av at me ser håp og klarar å formidle dette vidare til familien, tillit oppstår når me lyttar og møter mennesket der det er (Bringager et al., 2014).

Om ein har kunnskap kring barnet sin utvikling og kunnskap om kring kommunikasjon, kan ein som sjukepleiar tilretteleggje kommunikasjonen med barnet og dermed få ein kommunikasjon som er prega av tryggleik og tillit (Ruud, 2011). For at smertelindringa skal vere optimal må ein som sjukepleiar kunne fremje god kommunikasjon, skape tryggleik og tillit til barnet. Barn treng å sjå meining i det som skjer og dette kan til tider vere krevjande for ein sjukepleiar. Det kan ofte vere vanskeleg å forstå situasjonen og nokre hendigar kan verke meiningslause. Ein må som sjukepleiar sjå gleda i ulike ting barnet snakkar om, enten det er noko dei ser fram til eller at barnet får bestemme kva hand venekanyla skal sitte i. Ein kan til dømes sjå meining i lindring av symptom, gleda av å sjå ein film medan cellegift kuren blir infudert eller ha ei skrytebok som ein skriv ned, tar bilete eller teiknar alt det som barnet har gjort eller fått til, og kan ta den fram for å vise kor flink barnet har vore (Tveiten, 2012).

Når ein skal kommunisere med barn er det viktig at ein gir dei kjensla av verdigheit. Alle barn vil vere vanlege, oppegåande og meistrande. Det er derfor viktig at ein ikkje stiller barnet i dårleg lys og akseptere barnet som det er (Ruud, 2011). For å bidra til at barnet beheld sin verdigheit er å kunne skilje mellom personen og hendinga, fokusere på løysingar i staden for å grave seg ned i det vanskelege eller å unngå å knytte barnets identitet til den vanskelege situasjonen (Ruud, 2011).

”Anerkjennelse er ikke noe vi først og fremst sier eller gjør. Heller er det slik at anerkjennelse uttrykker en holdning der respekten for det andre mennesket og hans eller hennes opplevelser er grunnleggende” (Ruud, 2011). Ved kreftbehandling er barn sjuke over lenger tid og

behandlninga går over fleire år og dette fører til at dei har hamna i ein livssituasjon som er uvanleg for deira jamnaldrane. Derfor er det viktig at sjukepleiaren bidreg til at barnet føler seg annerkjent ved at ein aksepterer måten barnet presenterer seg sjølv og situasjonen på, forstå og akseptere barnets evne til å kommunisere ut frå sitt utviklingsmessige ståstad og vise genuin interesse for og vektlegge barnets subjektive oppfatning på det som skjer (Ruud, 2011).

For å oppnå at barnet skal få den rette smertebehandling i behandlings fasen er det viktig at kommunikasjonen er tilpassa barnet på det nivået barnet er på. Barn som er i 6 – 12 års alder har evne til å systematisere erfaringar på ein kvalitativ måte. Det vil sei at barnet er i stand til å skjønne situasjonen på ein praktisk utførande måte (Ruud, 2011).

Når eit barn får kreft og blir innlagt på sjukehus, er foreldra med. Som sjukepleiar må ein kunne samarbeide med foreldra for å gi optimal sjukepleie. I den nye og krevjande situasjonen er foreldra til det sjuke barnet avhengig av å kunne samarbeide. Føresetnader for at eit samarbeid er forståing for at situasjonen kan oppfattast forskjellig, og toleranse for ulike måtar å meistre på (Bringager et al., 2014). Ein god erfaring er å ha faste sjukepleiarsamtaler med foreldra, her kan foreldre kome med det dei ynskjer å snakke om, samtidig som sjukepleiarane får eit innblikk i korleis foreldra taklar denne krevjande situasjonen. Som sjukepleiar må ein kunne forutsetje at foreldra er trygge. Trygge foreldre er ein forutsigbarheit for at familien og barnet skal kjenne seg trygge i den situasjonen dei er i. Sjukepleiarar som skal veilede i ein samspel situasjon, kan det vere lurt å samle på eksemplar på godt samspel gjennom ei vakt, for å så spegle foreldra på kva som var bra med akkurat dei situasjonane. Å setje store mål til foreldra kan lett kjennast uoppnålege og forminske ein allereie svak sjølvtilit. Som sjukepleiar kan ein identifisere og styre mot små, realistiske mål som kan føre til at mor får ein større sjølvkjensle som mor, og far får større sjølvkjensle som far, noko som vil føre til at barnet kjenner seg litt meir sett og bekrefta (Bringager mfl., 2014).

Korleis barna og foreldra taklar sjukdom, angst og smerte er avhengig av korleis me samarbeidar med familien heilt i frå starten av. Ein må som sjukepleiar vidare formidle informasjon som legen har forklart om sjukdommen, om prøver og undersøkingar dei må gjennomgå, og kva det inneber av smerte og ubehag (Den norske kreftforening, 1999).

4.2 Prosedyre ved kreftbehandling hjå barn

Eit barn som har kreft må gjennom ei rekke med prosedyrar under behandlinga av kreften. Som sjukepleiar er det ei viktig oppgåva å få barna gjennom desse prosedyrane utan at dette skal vere ubehagleg, smertefullt eller at dei blir redde under prosedyrane. Informasjon i forkant må tilpassast, barn som er i skulealder har evne til å tenke logisk og kan setje på plass ulike situasjonar. Informasjonen må vere konkret og realistisk, og innehalde både faktaopplysningar og sensorisk informasjon (Ruud, 2011). Dette kan vere kvifor prosedyren/undersøkinga er naudsynt, kvar den skal føregå, beskriving av kva som skal gjerast, og i kva rekkefølge, når den startar og kor lenge den varar, forsikring om at foreldra skal vere tilstades, kva barnet vil lukte, smake, føle og høyre, korleis rommet og utstyret som skal nyttast ser ut og om prosedyren er smertefull eller ubehagleg, og kva me ein kan gjere for å førebyggje dette. Gjennom dette får barnet eit innblikk på kva som kan skje og dermed ikkje bli engsteleg (Bringager et al., 2014). Barnet frå alder av seks år og oppover vil gjerne ha kontroll over seg sjølv, dermed kan av og til barnet bestemme litt over kva som skal skje i prosedyren, det kan til dømes vere at han eller ho kan bestemme kor ein skal sitte, om barnet vil sjå på eller ikkje, og kva avleiingsmetode kan brukast (Renolen, 2011).

Å distrahere barn frå smerte og redsel gjennom avleiing er mykje brukt av både behandlarar og foreldre. Poenget med avleiing er å få barnet til å samle tankane om noko anna enn det som gjer vondt. For at avleiinga skal ha noko effekt må den vere aldersadekvat, interessant for barnet og krevje passe mykje i forhold til barnets redsel på førehand og smerta prosedyren vil medføre. Denne metoden krev ein aktiv deltaking frå barnet, då er det mest effektive. I frå 6 års alderen er barnet i stand til å tileigne seg kognitive mestringsstrategiar. Barnet lærer då å ta kontroll over egne tankar og avlede tankane frå det som er vondt eller skummelt (Bringager et al., 2014). Då kan avleiing vere ein god metode å bruke når barnet skal gjennom ein prosedyre.

Barnet som skal gjennom prosedyrer treng oppmuntring og instruksjonar av ein vaksen både før og undervegs for å engasjere seg i avleiing og gi det eit forsøk. Ulike avleiingsteknikkar for førskulebarn kan vere kulde eller varme, trykk, blåse og stryke på det vonde området, sjå bort, ”klappe kake”, magi og trylleri, film, gameboy, DS og andre spel, ”pop up” boksar, blåse vekk det vonde med såpebobler, telle baklengs, historier om kor barnet helst ville vore eller at noko hyggeleg skal skje etterpå (Grønseth & Markestad, 2011).

For å lykkast å gi god sjukepleie til barnet må ein både ta omsyn til barnets bakgrunnsforståing og det grunnleggande behov for utvikling. Kreftbehandlinga kan vare opp

til fleire år, og hjå barn skjer dette i ein periode av livet då det føregår ein rivande fysisk og motorisk, kognitiv og sosial og kjenslemessig utvikling. Barn mellom 6 – 12 år er i ein fase i livet der dei vil sosialt tilpasse seg, dei vil vere som andre (Ruud, 2011). Som sjukepleiar har ein som oppgåve, i nært samarbeid med barnets nettverk, å sikre at barnet får ein brei utvikling i ein situasjon som på mange måtar kan verke sterkt avgrensa. Barn skal lære å meistre livet.

4.3 Smertebehandling

Det er ei rekke årsaker til at barn som er innlagt på sjukehus, opplev smerte. Det kan for eksempel vere smertefulle prosedyrar som stell av sår, innsetjing av kanyler, kateter, spinalpunksjon, fjerne plaster og suturar, og etter ein eventuell operasjon er det postoperative smerter (Den norske kreftforening, 1999).

Som sjukepleiar må ein kunne ta smerter til barn på alvor, det krev at sjukepleiaren har bevisstheit og kunnskap om smerte og smertebehandling på fleire plan og med ulike midlar. Det krev at kunnskap om menneske generelt og enkeltmenneske spesielt. For at ein skal utføre sjukepleie, trengs det kunnskap om kva som påverkar barns smerteoppleving, og korleis barn i ulik alder uttrykker smerte (Bringager et al., 2014). Som mål med smertelindring er at det kreftramma barnet opplev å vere smertefri. Med smerte kjem angst og kjensla av å mangle kontroll, noko som igjen forsterkar smerta. Når rask, rett og tilstrekkeleg medikamentell smertebehandling kombinert med støtte og at ein er tilstades med menneske ein har tillit til, kan den pediatrike pasienten oppleve å vere smertefri. Samstundes opplev dei å bli trudd, tatt vare på og at dei kjenner at dei blir respektert (Bringager et al., 2014).

Ein grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerte dannar eit godt grunnlag for å planlegge, iverksetje og evaluere ein systematisk og individuelt tilpassa smertebehandling. Det kan nyttast fleire verkemiddel til dette alt frå omfattande spørje skjema med beskrivingar av smerte til enkle skalaer der pasienten sjølv graderar sin smerte. På barn kan ikkje avanserte spørjeskjema nyttast, men gode verkemiddel ein kan bruke er smerteskalaer. Smerteskalaer er pålitelege og enkle, og for dei fleste pasientar gir dei ein umiddelbar forståing (Bernstzen, Danielsen & Almås, 2011).

I følge Gedaly – D.V., et al., (2006) hadde barn smerter, trøttheit og søvnforstyrrelser som påverka kvardagen deira. Foreldra merka òg til desse symptoma, men barna var meir vakne på natt på grunn av desse symptoma. Desse symptoma barna opplevde påverka livskvaliteten til heile familien, ikkje berre barna som fysisk opplevde desse symptoma. Studien viste at sjukepleiarar må kunne forbetre søvn og handtere smertene betre når dei får sin cellegift, slik at dette kan vere med på å forbetre livskvaliteten til heile familien.

4.4 Korleis målast smertene?

Barn over 5 år kan ofte rapportere sjølv kor sterk smerte er, og bruke visuelle smerteskalaer. Når ein skal bruke ein slik smerteskalaer må ein ha vist barnet dette skjemaet før han eller ho får smerter. Med smerteskala får ein eit reiskap for å fange opp smerte mens den endå er lita og kan kontrollerast av pasienten sjølv (Bringager et al., 2014). Ein visuell skala er ei linje der det eine ytterpunktet markerar ingen smerte og det andre ytterpunktet er uutholdleg smerte. Linja som er i mellom er nummerert frå 0 – 10, der 10 er verst tenkeleg smerte og 0 ingen smerte. Ansiktsskala er det teikningar eller bilete av ansikt der uttrykka betyr aukande grad av smerte. Denne skalaen krev ikkje språk, så denne er god til å bruke på barn. Eit kroppskart er ein teikning av kroppen forfrå og bakanfrå, pasienten og sjukepleiaren skraverar det området eller dei områda der smertene er (Berntzen et al., 2011). Her kan sjukepleiaren og barnet ilag skraverare det området som er smertefullt. Ved å bruke forskjellige fargar kor eine fargen er sterk smerte og ein anna litt mindre, får ein oversikt kor barnet har mest smerter. Som sjukepleiar kan ein sjå etter andre fysiologiske smerte reaksjonar som forhøga blodtrykk, hurtig puls, hurtig åndedrett, utvida pupillar og sveitning (Berntzen et al., 2011). Slike observasjonar kan ein ta på barnet dersom barnet ikkje seier i frå om sine smerter.

Andre teikn på at barn har smerte, er når dei har åtferdsmessig reaksjonar som at barnet har fokus på smerte, snakkar om smerte, græt og ynkar seg, gnir på staden der smerte er, har auka muskelspenning, rynker i panna og lagar grimasar (Berntzen et al., 2011). Erfaring viser at barn dekkjer over eigen helse for å skåne foreldra, barn er svært lojale mot sine foreldre. Dei tek lett ansvar for foreldra sine kjensler, og dei ønskjer å skåne dei for vonde tankar (Den norske kreftforening, 1999). Barn kan skåne sine foreldre lett, derfor må ein som sjukepleiar kunne sjå etter andre teikn for å fange opp smerte utan at barnet seier i frå sjølv.

4.5 Ta smerte på alvor – lage smerteplan

Heilt grunnleggande tiltak når det gjeld å lindre smerte, er å gi pasienten ei oppleving av å bli forstått, tatt på alvor, få støtte og omsorg. Ein må som sjukepleiar vere bevisst på sine holdningar når ein jobbar med sjuke barn som har smerteoppleving. Alt barn med kreft skal konfronterast med, meistre og bearbeide, det er blant anna gjennom tillit til oss som sine beskyttarar at barna klarar å meistre mange utfordringar på sjukehuset. Ein soleklar oppgåve som sjukepleiar er å redusere belastninga som barna opplev på grunn av sin sjukdom. Smerte er ein subjektiv oppleving, og det er i henhold til pasientens oppleving at me som sjukepleiar utøve smertelindring (Bringager et al., 2014).

I følge Forgerin P et al., (2005) opplevde 47 % av barna som var med på studien smerte på det tidspunktet som den kvalitative forskingsstudien blei gjort. Det blei utført to studiar på 35 barn som har leukemi, 17 av desse opplevde sterke smerter på det tidspunktet som intervjuet blei gjort, medan berre 7 av dei fekk smertestillande. Foreldra til barna blei òg intervjuet og dei la vekt på at smertene bør lindrast, gudsvilje, verste smerta dei opplevde var diagnosen til barnet, trua på deira nærver, ønske om ein god beslutning og ansvaret som barna fekk for å utrykke smertene sine. Konklusjonen viste at det var svært høgt smertenivå på dette sjukehuset. Ingen av foreldra meinte at barna ikkje skulle få opioider eller anna smertelindrande behandling.

Barnet treng å få satt smertene inn i ein samanheng som gir meining for dei. Dei treng kunnskap om kroppen og om smerte som fenomen (Bringager et al., 2014). Eit barn som er i den konkret operasjonelle fasen, altså frå 6 – 12 år har evne til å tenke reversibelt, å ta betraktning fleire aspekt til gjenstand og situasjonar og operere på eit meir abstrakt tankemessig plan, og er meir bevisst på å ordne og systematisere (Renolen, 2010). Det vil sei at barnet i denne fasen av livet forstår ulike situasjonar og tenker meir reversibelt. Ein må som sjukepleiar kunne forklare på ein konkret måte, slik at barnet forstår. Målet er at barnet ikkje skal vere redd, frykt forsterkar smerteopplevinga. Ein smerteplan bør lagast før smertene opptrer, når det gjeld kreftbehandling kan ein faktisk langt på veg forutsjå at og når smerte vil opptre. Det å ha tenkt ut ein individuell smerteplan i forkant av smertene gir to vesentlege fordelar. For det fyrste utarbeidas den av ein lege som kjenner til forholda rundt barnet,

diagnosen, biverknadane og behandlingsplanen. Har legen den beste forutsetjinga for å legge opp ein optimal smertebehandling for det spesielle barnet. Den andre fordel er at sjukepleiaren kan starte smertebehandlinga umiddelbart når smertene opptrer, uavhengig av vakthavande leges arbeidsbelastning, noko som er heilt avgjerande for å gi god smertelindring til barnet (Bringager et al., 2014).

4.6 Smerte ved leukemi

Ved leukemi fører sjukdommen til smerte ved rørsle, mange barn får problem med å gå. Dette må ikkje bli eit hinder for at barnet skal oppleve fellesskap, leik og utfordringar. Ein kan kome langt med vogner, rullestolar og trehjuls sykklar (Bringager et al., 2014). Eg har valt å fokusere på barn som er i førskule alder, som vil sei 6 – 12 år. Skulestart er for mange ein viktig overgang i livet og mange barn er veldig klar for å byrje på skulen. Dei fleste barn ynskjer tilhørlegheit, barn vil vere med andre og passe inn med jamnaldringar (Ruud, 2011). Derfor er det viktig at som sjukepleiar skal ikkje smertene forhindre at barnet skal få vere med sine jamnaldringar, med ulike hjelpemidlar, god smertelindring og eit godt forhold til sjukepleiaren og sjukehuset, kan det vere moglegheiter for at barnet får vere med andre barn på sin alder.

I følgje Cleve et al., (2004) viste det seg at barn hadde smerte i løpet av det fyrste året dei etter at dei hadde fått diagnosen leukemi. Dette var ein studie gjort i California der barn frå 4 – 17 års alder var med i undersøkinga, det blei tilpassa ulike metodar for alderen til barnet. Den vanlegaste plassen dei hadde smerte var i beina, andre plassar dei hadde smerter var i magen, hovud, hals og rygg. Barna forklarte at smertene var ubehaglege og irriterande.

Forsking viser at barn går med smerter når dei har leukemi, som sjukepleiar bør ein ha tilstrekkeleg med kunnskap slik at ein tidleg kan fange opp signal om når barnet har smerte. Kunne lindre smerte tidleg kan vere med på å endre livskvaliteten til heile familien på ein positiv måte.

Mange leger og sjukepleiarar er redde for å gi barnet for store mengder med narkotiske stoff. Med tett oppfølging, god kommunikasjon og med omsorg på fleire plan skal ein ikkje vere

redd for å gi opioidar om ikkje andre smertestillande medikament ikkje strekk til. Enkelte får abstinensar etter lengre periode med opioidar, men desse abstinenssymptoma lar seg som regel behandle ved hjelp av gradvis nedtrapping. Å ha desse abstinenssymptoma mot formodning medfører for barnet, er langt mindre enn den øydeleggande opplevinga det er å ha sterke smerte utan at desse er godt lindra (Bringager et al., 2014).

5 Veikskap og styrke

For å kunne vise at ein klarar å sjå konstruktivt på eige arbeid er det viktig å kunne vise til veikskap og styrke i oppgåva. Det er viktig å reflektere over eige prosjekt og diskutere i korleis grad ein har lykka med å få fram det ein i utgangspunktet var opptatt av å få fram (Dalland, 2007).

5.1 Styrke

Formålet med oppgåva mi var å finne ut meir om dette temaet grunna interesse og eg føler at dette har styrka oppgåva mi. Heilt i frå starten av utdanninga har eg hatt eit sterkt ynskje om å lære meir om pediatrike pasientar med kreft, og dette har eg retta fokuset mot problemstillinga. Har gjennom heile oppgåva forholdet meg til problemstillinga eg har valt. Eg har måtte lest og funne mykje pensum sjølv, sidan barn er noko som me har hatt lite av under utdanninga vår. Eg føler sjølv at det pensumet eg har valt har vore ein styrke i mi oppgåve og at eg har funne sterkt sjølvvalt litteratur. Under arbeidet med oppgåva har eg satt meg inn i kjeldekritikk og funne forskingsartiklar som har passa til min problemstilling, og som i tillegg har vore sjukepleie retta. Bøkene eg har nytta er bøker om barn som har kreft og sjukepleie til barn, samt bøker om kommunikasjon, smerter og kreft har vore nytta i oppgåva.

Ein anna styrke i mi oppgåve er god rettleiing frå starten av. Rettleiinga har vore prega av konstruktiv kritikk og eit engasjement som har ført til positiv effekt på skrivinga.

5.2 Veikskap

Det var vanskeleg å finne gode forskingsartiklar som passar mi problemstilling heilt, mange var lange og tunge å lese. Det var mange om barn, særleg barn som var i palliativ fase, dette passa ikkje heilt til mi oppgåve då eg skreiv om barn som er i behandlingsfase. Dei forskingsartiklane eg fant som var relevante var på engelsk, derfor kan det vere at eg kan ha misstolka forskjellige ting i artiklane. Det var òg ganske vanskeleg å finne forskning på norske barn som hadde smerte, dei eg fant vart gjort i USA. Men eg vel å tru at barn i USA ikkje er så forskjellig frå barn som er frå Noreg.

6 Konklusjon

For kunne å gi optimal smertelindring til eit barn som har leukemi kan ein ikkje berre fokusere på sjølve smerta. Eit kvart barn er unikt og treng derfor å bli sett som ein heil person. For å kome inn på barnet må ein oppnå tillit, skape tryggleik og gi tilstrekkeleg med informasjon. Gode rutinar, tilstrekkeleg med kunnskap og fangar opp smerte signal før det er for seint kan føre til at barnet får tillit og blir meir trygg på den skremmande situasjonen barnet er i.

Gjennom denne oppgåva har eg fått meir kunnskap om smertelindring til barn som har leukemi og meir forståing over at sjukepleiar har ein ei stor rolle når det gjeld å behandle barn som har kreft. Dette har ført til at eg vil kjenne meg tryggare i møte med pediatriske pasientar i framtida mi som ny utdanna sjukepleiar.

Igjennom bachelorstudiet mitt har eg hatt ei kjensle av at pediatri og pediatiske pasientar er ei pasientgruppe ein har lite fokus på. Men sidan barn kan bli sjuke og få kreft, er det viktig å ha meir fokus på barn som er innlagt på sjukehus. Med enkle tiltak og kunnskap om smertelindring til barn, kan ein sjukepleiar lindre smerter på ein god måte.

Litteraturliste

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I Almås, H., Stubberud, D. –G. & Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk: Oslo

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. N. (2014). *Barn med kreft, en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brunvand, L. (2011). Pediatri. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E (red). *Sykdom og behandling*. Gyldendal Akamedisk: Oslo

Bunkholdt, V. (2010). *Utviklings psykologi*. Universitetsforlaget: Otta AS.

Cleve, Van, Bossert E, Beecroft P, Adlard K, Alvarez O og Savedra M.C. (2004). The pain experience of children with leukemia during the first year after diagnosis. USA

Den norske kreftforening. (1999). *Barn med kreft – kommunikasjon med alvorlig syke barn*. [brosjyre]. Oslo: Den norske kreftforening

Den norske kreftforening. (1999). *Omsorg for barn med kreft og deres familie*. [brosjyre]. Oslo: Den norske kreftforening

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Akademisk: Oslo

Forgeron P, Finley G og Arnaout M. (2005) Pediatric pain prevalence and parents

attitudes at a cancer Hospital in Jordan. USA

Garsjø, O. (2011). *Sosiologisk tenkemåte - en introduksjon for helse- sosialarbeidere*.

Gyldendal Akademisk: Oslo.

Gedaly-D. V, Kathryn A, Lillian M, Nicholson S og Johnson K.P. (2006). Pain, sleep disturbance and fatigue In children with leukemia and their parents: A pilot study.

USA

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Bergen:

Fagbokforlaget

Kreftforeningen (2014). *Leukemi hos barn*. Henta frå

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-barn/>

Kreftregisteret (2012). *Norsk barnekreftregister*. Henta frå

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Bedret-overlevelse-pa-barnekreft-over-hele-landet/>

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. I Kristoffersen, N. J.,

Nortvedt, F. & Skaug, E. – A. (red). *Grunnleggende sykepleie*. (s. 207 – 280).

Gyldendal Akademisk: Oslo.

Kunnskapssenteret (2006). *Kvalitativ metode*. Henta frå

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag.*

Fagbokforlaget: Bergen

Ruud, A.K., (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner.* Gyldendal Akademisk: Oslo

Røkenes, O. H & Hanssen P. H (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med menneske.* Bergen: Fagbokforbundet

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