



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Barn på sjukehus

Children in hospital

Kandidatnummer: 286

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Campus Førde

Innleveringsdato: 09/06-2023

Samandrag

Tittel: Barn på sjukehus

Bakgrunn for val av tema: Bakgrunnen for at eg valte dette temaet er at eg er opptatt av at barn skal få ein så trygg og smertefri sjukehusoppleving som mogleg, og ønsker å finne ut korleis eg oppnår akkurat dette.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar bruke trygging, kommunikasjon og leik som ikkje-medikamentelle metodar for å redusere prosedyrerelaterte smerter til barn med leukemi?»

Metode: Eg har valt å skrive ein litteraturstudie basert på litteratur, forskning og egne erfaringar.

Funn: Funn viser at barna får betre relasjon til sjukepleiarar som viser genuin interesse over å bli kjent med barna. Det er også viktig å ta dei vanskelege samtalanene med barna, for å unngå at barna lagar sine egne skumle fantasibileter over kva som skjer. Snakk med barna på ein måte barna forstår. Leik er ein god metode for å lage ein god relasjon og ha god kommunikasjon med barna på, og er også eit viktig reiskap i forhold til blant anna avleiing. Funn viser også at det er viktig at sjukepleiar har god kunnskap innanfor smertevurdering og smertebehandling til barn, spesielt når dei brukar ikkje-medikamentelle smertebehandlingar.

Konklusjon: Konklusjonen er at leik og kommunikasjon er gode metodar for å avleie barna når dei skal igjennom smertefulle og ubehagelige prosedyrar, då dette kan fungere som ikkje-medikamentelle metode. Likevel viser også funn at det er viktig å tilpasse leik og aktivitetar ut i frå kvart enkelt barn sitt nivå. Viktigheita av å kommunisere med barna og ikkje berre foreldra er også relevant. Det er viktig at barna er informert, også om dei vanskelege tinga, og på eit språk som barna forstår. Når det er god kommunikasjon og relasjon mellom barn og helsepersonell ser vi også at trygghetta til barn aukar, og det blir dermed også enklare å trygge barna i prosedyrerelaterte samanhengar.

Nøkkelord: Barn, sjukehus, leukemi, kommunikasjon, leik, prosedyrerelaterte smerter, trygging

Abstract

Title: Children in hospital

Background: The reason I chose to write about children in hospital, is because I want to learn how children can get a safe and pain free experience of the hospital as possible.

Issue: “How can nurses use reassurance, communication and playing as non-medical methods to reduce procedure-related pain to children with leukemia?”

Method: I have chosen to write a literature study based on literature, research, and own experiences.

Result: Result shows that children get a better relation to nurses that is genuinely interested to get to know the kids. It is also important to have the difficult conversations with the children and to talk to the children in a way that they understand. Playing is also a good way to make a good relation and to have good communication with the kids and is a good way to distract the children. Result shows that it is important that nurses have good knowledge within pain assessment and pain management to children, especially when it comes to non-medical pain management.

Conclusion: The conclusion is that playing and good communication are good methods to distract the children when they are going through painful procedures as non-medical methods. Yet it is important to adapt play and activities based on the needs of each individual child. The importance within communicating with the children, and not only the parents is also relevant. It is important that the children are informed, also about the difficult subjects, and in a language that the children understand. When there is good communication and relation between the children and the healthcare workers, we can see that the children feel safer, and it gets easier to reassure the children in procedure-related contexts.

Key words: Children, hospital, leukemia, communication, play, procedure-related pain, safety

Innholdsliste

| | |
|---|----|
| 1.0 Innleiing | 1 |
| 1.1 Problemstilling..... | 2 |
| 1.2 Avgrensing av problemstilling..... | 2 |
| 2.0 Teori | 2 |
| 2.1 Kommunikasjon til innlagde barn | 2 |
| 2.1.1 Kunnskap og kompetanse | 3 |
| 2.1.2 Kommunikasjon med barn mellom 6 og 10 år | 4 |
| 2.1.3 Joyce Travelbee | 5 |
| 2.2 Viktigheita med leik for leukemiramma barn | 5 |
| 2.3 Ikkje-medikamentell smertebehandling til barn | 6 |
| 2.3.1 Portkontrollteorien | 8 |
| 3.0 Metode | 9 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode..... | 9 |
| 3.2 Søk og utvalsprosess..... | 10 |
| 3.3 Val av forskingsartiklar | 11 |
| 3.4 Kjeldekritikk | 11 |
| 4.0 Presentasjon av forskingsartiklar | 12 |
| 4.1 Kommunikasjon | 13 |
| 4.2 Leik..... | 13 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Smerte | 14 |
| 5.0 Drøfting | 14 |
| 5.1 Å skape ein god relasjon til barnet | 14 |
| 5.2 Å avleie utan å undervurdere | 16 |
| 5.3 I samtale med barna | 18 |
| 6.0 Konklusjon..... | 20 |
| Litteraturliste | 21 |
| Vedlegg 1 – PICO-skjema | |
| Vedlegg 2 – Søkehistorikk artikkel 1 | |
| Vedlegg 3 – Søkehistorikk artikkel 2 | |
| Vedlegg 4 – Søkehistorikk artikkel 3 | |
| Vedlegg 5 – Søkehistorikk artikkel 4 | |
| Vedlegg 6 - Litteraturmatrise..... | |

1.0 Innleiing

Kvart år blir ca. 200 barn og unge mellom 0 til 18 år ramma av kreft i Noreg, og overlevingsraten er i dag på ca. 85% (Barnekreftforeningen, u.å.). Den vanlegaste forma for barnekreft i Noreg er leukemi (Grønseth & Markestad, 2019, s. 315). Leukemi er ein malign omdanning av ei celle i bloddanna organ (Grønseth & Markestad, 2019, s. 317). Cella som omdannast delar seg og infiltrerer beinmargen, lymfeapparatet og fleire andre organ. Vi har fire ulike typar leukemi (Kreftforeningen, u.å.). Akutt lymfatisk leukemi (ALL), akutt myelogen leukemi (AML), kronisk myelogen leukemi (KML) og kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Den mest vanlege typen leukemi for barn er akutt lymfatisk leukemi (Kreftforeningen, u.å.).

Å leve med ein kreftsjukdom er ei stor psykisk påkjenning, og det skapar ein del praktiske utfordringar som barneavdelinga må møte best mogleg (Markestad, 2023, s. 379). Gjensidig tillit mellom helsepersonell og barnet er avgjerande. Barnet og familien treng konstant fortløpande informasjon om sjukdommen og den forventta utviklinga (Markestad, 2023, s. 379). Når eit barn blir innlagt på sjukehus blir dei trygge rammene i heimen, som rutinar og den stabile kvardagen brått borte (Grønseth & Markestad, 2019, s. 64). Barn forbind ofte sjukdom og sjukehusinnlegging med usikkerheit, frykt, smerte og ubehag (Grønseth & Markestad, 2019, s. 63). Barnet kjem til eit miljø med medisinsk teknisk utstyr, og uvante lydinntrykk som alarmklokker som stadig går av og som kan virke overveldande for barnet. Barnet blir ofte avkledd, tatt på og undersøkt av framande utan å ha forståing over kvifor dei må gjere det. Det er også stadig forstyrringa på ein sengepost som observasjonar, overvakingar og behandlingar som skal skje. I tillegg må barnet ofte igjennom inngrep som blodprøver, venekateter, sonde eller medikament som smaker vondt. Alt dette er faktorar som kan opplevast utrygt og kan føre til auka stress (Grønseth & Markestad, 2019, s. 64).

Eg har valt å skrive bacheloroppgåve om barn på sjukehus, der eg fokuserer på korleis eg kan bruke ikkje-medikamentelle metodar som leik, kommunikasjon og avleiing til å redusere prosedyrerelevante smerter til leukemiramma barn som er innlagt på sengepost. Bakgrunnen for at eg valte dette temaet er at eg er opptatt av at barn skal få ein så trygg og smertefri sjukehusoppleving som mogleg, og ønsker å finne ut korleis eg oppnår akkurat dette.

1.1 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar bruke kommunikasjon og leik som ikkje-medikamentelle metodar for å redusere prosedyrerelaterte smerter til barn med leukemi?»

1.2 Avgrensing av problemstilling

Denne oppgåva er avgrensa til ikkje-medikamentelle metodar som smertelindring under smertefulle prosedyrar. På grunn av oppgåva sitt omfang vil eg fokusere på leik og kommunikasjon som metode, samt effekten av trygging innanfor desse temaene.

Aldersgruppa eg har tenkt å fokusere på er barn mellom 6 - 10 år, og som er i ein tidleg fase i sjukdomsforløpet. Det er avgrensa til barn som er innlagt på sengepost på sjukehus for oppstart av behandling. Eg vil i denne oppgåva fokusere på relasjonen mellom sjukepleiar og barnet. Av den grunn vil eg ikkje ha stort fokus på foreldre/pårørande, men heller nemne det der det fell seg naturleg. Eg vil også nemne at det ikkje er tenkt at ikkje-medikamentelle metodar skal være den einaste forma for smertelindring, men heller som et supplement til standard medikamentell behandling. Eg vil også inkludere i oppgåva korleis eg kan trygge og møte barn i eit tidleg stadium som er innlagt på sjukehus.

2.0 Teori

I dette kapitlet tar eg for meg teori innanfor kommunikasjon, leik og ikkje-medikamentell smertebehandling som skal brukast i drøftingskapitlet.

2.1 Kommunikasjon til innlagde barn

Nøkkelen for eit tillitsbasert forhold med barn er god kommunikasjon (Grønseth & Markestad, 2019, s. 97). For å ha ein god kommunikasjon med barn som er innlagt på sjukehus, er det viktig at barnet er hovudpersonen i samtalen (Grønseth & Markestad, 2019, s. 99). Å anerkjenne tankane og kjenslene til barnet er nødvendig for at eit barn skal føle seg ivaretatt og respektert. Dersom barnet ikkje føler seg anerkjent, kan det stenge moglegheitene for vidare kommunikasjon. Derfor er det viktig at man i første omgang møter barnet på eit

emosjonelt nivå (Grønseth & Markestad, 2019, s. 99). Som sjukepleiar må ein altså leggje til rette for ein god relasjon med barnet for å ha ein hensiktsmessig samtale (Tveiten, 2012, s. 166). For å skape ein god relasjon med barnet kan ein til dømes la barnet vere med å bestemme enkelte saker med smertefulle og ubehagelege prosedyrar, men utan at barnet bestemmer om dei skal gjennomføre prosedyrar eller ikkje. Til dømes kan barnet velje kva arm ein skal sette injeksjon i, eller la barnet ha med eit kosedyr eller ei leike igjennom prosedyren (Tveiten, 2012, s. 167).

Før barnet skal gjennomgå ei prosedyre eller ei undersøking er det viktig å gi utdjupande og konkret informasjon om korleis prosedyren skal gå føre seg (Grønseth & Markestad, 2019, s.75). Når barnet har kontroll og oversikt over kva som skal skje, reduserer dette stress og engstelse. Det er viktig å gi individuelt tilpassa informasjon ut ifrå utviklingstrinn, kunnskapsnivå og forventningar. Det bør i tillegg til skriftleg og munnleg informasjon brukast metodar som stimulerer fleire sansar, og som kan hjelpe barnet med å sjå for seg, og forstå betre kva som skal skje (Grønseth & Markestad, 2019, s. 75). Dersom barnet ikkje får gode forklaringar kan det føre til at barnet lager sine egne skremmande forklaringar på dei ulike tinga (Markestad, 2023, s. 122). Derfor kan det å ha eit bilde, og ei forståing av kva som skal skje hjelpe med å redusere frykta fram til undersøkinga eller prosedyren (Grønseth & Markestad, 2019, s. 75).

2.1.1 Kunnskap og kompetanse

Måten du som sjukepleiar møter barnet og familien på påverkar i stor grad inntrykket dei får av sengeposten, og for tilliten dei får til helsepersonell (Grønseth & Markestad, 2019, s. 70). Holdningane vi har som sjukepleiar har stor makt til å påverke korleis barna opplever situasjonar under innlegginga. At sjukepleiarane involverer seg i barna og inkluderer dei blir ofte satt stor pris på. At sjukepleiarane tuller med barna er også en viktig faktor for at barnet skal få positive opplevinga. Barna beskriver det som positivt at personer som kjem inn på rommet presenterer seg og fortel kva dei skal gjere (Grønseth & Markestad, 2019, s. 71). Ventetida på sjukehuset kan følast skremmande, derfor blir alle som kjem inn på rommet raskt truande. Når du da kjem inn på rommet og fortel at du berre skal høre korleis det går for eksempel, kan det hjelpe barnet å føle seg tryggare og det slepp å konstant vere bekymra for

kva som skal skje.

2.1.2 Kommunikasjon med barn mellom 6 og 10 år

Måten barn kommuniserer på varierer ut i frå alder og utviklingsnivå (Tveiten, 2012, s. 165). Ein må ta seg god til samtaler med barn, og vere aktiv i lytteprosessen for å oppfatte dei ulike uttrykka til barnet. Det er også viktig å merke seg kroppsspråket til barna. Ein legger ofte merke til om barna ikkje vil snakke om noko ved å sjå på kroppsspråket, då kan det vere lurt å foreslå ein leik eller liknande for at barnet skal kjenne seg anerkjent. For å vere ein god lyttar må ein kunne klare å sette seg sjølv til sides, slik at ein blir open og har større forståing for det barnet ønsker å formidle (Tveiten, 2012, s. 167). Konsentrasjonen til barn kan vere noko avgrensa, og det er ikkje alltid ein kan få eit barn til å halde konsentrasjonen oppe igjennom ein lengre samtale. Å bruke leik eller teikning til å kommunisere kan dermed vere et godt utgangspunkt for å få innsikt i barnets tankar (Tveiten, 2012, s. 165).

Det er viktig å ta omsyn til kjenslene til barnet, og å få barnet til å føle seg sett. Frå 6 årsalderen klarer barnet å fortelje om plagene sine, så la barnet prøve å fortelje deg og henvend deg først til barnet når du skal få informasjon. Det er bra å stille opne spørsmål som ikkje gir eit automatisk bestemt svar. Bruk ord som barnet sjølv bruker for å bli forstått og bekreft og følg opp det barnet forteljar (Markestad, 2023, s. 11). I samtale med barn er det best å bruke eit naturleg og daglegdags språk, istadenfor å snakke langsamt eller på babyspråk (Grønseth & Markestad, 2019, s.97). Det er viktig å ta omsyn til barnets sjukdomsforståing. Barn forstår ikkje alt men dei kan forstå at sjukdom henger saman med å føle seg dårleg (Grønseth & Markestad, 2019, s. 65). Jo eldre barnet blir jo meir forstår det. Barn i 8-9 årsalderen forstår mykje, men har avgrensa kunnskap til å forstå korleis organ fungera og samanhengen mellom dei ulike organa. Sjukdomsforståing avhenger også ut ifrå barnets tidlegare erfaringar (Grønseth & Markestad, 2019, s. 65). Barn mellom 6 og 10 år klarer derimot å skilje mellom viktige og uviktige opplysningar. Dei klarer også å sjå ting frå andre sitt perspektiv og har ei større evne til å tenke abstrakt og reversibelt (Grønseth & Markestad, 2019, s. 67).

Barn i alderen 6-10 år har frykt for skade på kroppen, tap av sjølvkontroll og å ikkje leve opp til forventningar til vaksne. Dei har også ein frykt for døden. Typisk for barn i denne alderen er også det å vere redd for å skilje seg ut. Dei er redd for å bli utanfor og å henge etter på skulen, samt å bli avskilt frå søsken og venner (Grønseth & Markestad, 2019, s. 69). Barn i

denne alderen har større forståing over kva sjukdom er, men dei yngste i denne aldersgruppa som er mellom 6 og 7 år kan fortsatt sjå på sjukdom som straff. Dette er noko som er viktig å ta omsyn til i forhold til kommunikasjon med små barn som er innlagt på sjukehus (Grønseth & Markestad, 2019, s. 69).

2.1.3 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var ein amerikansk sjukepleiar og teoretikar som var kjent for teorien sin om mellommenneskelege relasjonar i sjukepleie (Overgaard, 2003, s. 83). Travelbee likte ikkje å skilje mellom sjukepleiar og pasient og lagde teorien ut i frå forholdet mellom menneske og ikkje mellom sjukepleiar og pasient (Overgaard, 2003, s. 85). Travelbee meinte at å skape eit forhold til pasienten var ei sjukepleiaroppgåve, og at å ha ein positiv relasjon til pasientane var eit krav for å kunne gi god omsorg (Overgaard, 2003, s. 91). For at dette skulle skje måtte ordbruket «sjukepleiar og pasient» brytast ned. Når desse barrierane er brote skulle det i følge Travelbee vere lettare å hjelpe menneske med å førebygge eller å handtere sjukdom og lidning. Ho meinte at sjukdom burde bli sett på som ein naturleg del av livet, og la vekt på viktigheita av å gå inn i situasjonar der mennesket opplevde lidning. Det å hjelpe mennesket og familien til å meistre sjukdommen, samt å finne ei meining i desse erfaringane (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 49).

2.2 Viktigheita med leik for leukemiramma barn

«Barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold i helseinstitusjon, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6-3). Å skape eit helsefremjande miljø ved hjelp av aktivitet og stimulering er med på å normalisere kvardagen til barn og unge under sjukehusinnlegginga (Grønseth & Markestad, 2019, s. 80). Ved å leike lærer barnet om omgivnadane og om samspel med andre (Tveiten, 2012, s. 62). Det kan vere ein arena der barnet får uttrykke seg emosjonelt, og den hjelper dei med å utvikle seg språkleg som har stor betydning for barnets kommunikasjon. Som sjukepleiar kan du lytte til barnas ord under leiken, og dermed få innblikk i barnets tankar og kjensler. Derimot er det viktig å ikkje vise at du lyttar til barnet når det leikar, då det kan føre til at barnet kan stoppe opp dersom det oppdagar at vaksne blandar seg. Leiken er også med på å styrke sjølvkjensla med å gi barnet ein form for meistringskjensle (Tveiten, 2012, s. 62). Ein naturleg del av kvardagen til friske barn er leik (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81). Leik er

ein spontan og frivillig aktivitet som barnet engasjerer seg for og som er med på å skape glede, meining og meistring i kvardagen. Leik er også med på å stimulere barn og unge sin normale utvikling. Å vere innlagt på sjukehus kan vere ganske langdrygt og kjedeleg for små barn. Leik kan dermed vere med å redusere kjedsomheita ved å gi latter, glede og trivsel. Det er likevel viktig å la leiken skje på barna sine premiss (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81).

Leik kan brukast til å forberede barna til ubehagelege prosedyrar og undersøkinga (Tveiten, 2012, s. 62) fordi leiken kan vere med på å redusere engstelse og stress (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81). Leik kan gi barnet ein følelse av å vere frisk og det kan gi meistringskjensle i ein elles vanskelig periode. Leiken kan brukast som eit hjelpemiddel ved kommunikasjon, for å bli kjent med barnet og for å skape tillit. Det kan brukast før undersøkinga og prosedyrar, både til avleiing mot smerte og engstelse og til å forklare barnet korleis undersøkinga eller prosedyren skal gå fram. Leik er også ein fin måte å bearbeide det man opplever som eit sjukt barn innlagt på sjukehus. Som sjukepleiar er det viktig at du legg til rette for at sjukehuset blir ein plass der det er miljø for leik. Sjukepleiar kan derfor ta initiativ til å starte en leik og å gi av seg sjølv slik at barnet føler at det er en trygg arena å leike på. At miljøet er trygt er ein viktig faktor for at barnet tørr å sleppe seg laus. Likevel er det fortsatt viktig å tilpasse leiken ut i frå kvart enkelt barn, slik at det ikkje blir for mykje i forhold til behovet for kvile (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81).

Leik kan brukast som eit fantasisted der barna kan trekke seg tilbake og der dei kan flukte frå verkelegheita for å få ein følelse av meistring og kontroll (Grønseth & Markestad, 2019, s. 83). Det er forskjell på leik og verkelegheit, noko som gjer leik mindre skummelt. Her kan barnet gi uttrykk for kjensler, og ved å leike at enn gjennomfører ubehagelige prosedyrar på ein bamse bearbeidar samtidig barnet sine egne negative kjensler kopla til prosedyren (Grønseth & Markestad, 2019, s. 83).

2.3 Ikkje-medikamentell smertebehandling til barn

Smerter hos barn som er innlagt på sjukehus er ikkje sjeldan. God smertelindring ved sjukehusinnlegging bidrar til raskare mobilisering og kortare sjukehusopphald (Grønseth & Markestad, 2019, s. 165). Undersøkingar og prosedyrar inneberer mykje unødvendig frykt, engstelse og smerte (Grønseth & Markestad, 2019, s. 73). Angst og redsel aukar smerten

(Markestad, 2023, s. 379). Fleire barn synest at prosedyrar og undersøkingar er noko av det verste på sjukehuset. For å unngå at barna skal få traumatiske etterverkinga av prosedyrane bør ein forsøke å redusere barnas frykt og smerter ved undersøkingar og prosedyrar til det minimumet (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74).

Prosedyrerelaterte smerter kan reduserast med bruk av enkle tiltak (Markestad, 2023 s. 379). Psykologisk retta tiltak som gir tryggleik, forståing og avleiing er grunnlaget for all smertebehandling (Markestad, 2023, s. 122). I tillegg til medikamentell smertelindring anbefalast derfor også ikkje-medikamentell smertelindring. Det er mange ulike teknikkar vi kan bruke som ikkje-medikamentell smertebehandling (Grønseth & Markestad, 2019, s. 172). Som sjukepleiar er det viktig å lære opp barna og foreldra desse teknikkane, og sørge for at barna og foreldra tar i bruk metodane både før smertene oppstår og før smertene auka (Kyle, 2018, s. 43). Disse teknikkane kan også vere til hjelp å bruke før, og underveis i prosedyrar og undersøkingar. Ein god strategi er åtferd/kognitive strategi. Denne strategien inneberer at barnet fokuserer på eit bestemt område istadenfor smerten eller prosedyren. Når man fokuserer på noko anna, og har noko å halde fokuset på bidrar det til å redusere smerteoppfatninga. Typiske åtferds-kognitive strategiar kan vere distraksjonar som å høre på musikk, spele spel, leike, humor og teikneseriar (Kyle, 2018. s. 44). Å utnytte barnets nysgjerrigheit er eit sjakktrekk når det kjem til avleiingsteknikk. Trikset ved denne teknikken er som sagt å få barnet til å konsentrere seg om noko anna enn prosedyren som gir deg smerter (Grønseth.& Markestad, 2019, s. 78).

I aldersgruppa 6-10 år kan barna bruke teknikkar med egen fantasi eller å få hjelp av andre til å bevisst tenke på noko anna (Grønseth & Markestad, 2019, s. 79). Eit tips er å få barna til å tenke på til dømes ein ferietur dei har vore på eller eit hyggelig sommarminne. Ei forutsetning for at denne teknikken skal fungere er at barnet har eit tillitsforhold til sjukepleiaren. Barnet må vere med å samarbeide og det må vere godt informert for at denne metoden skal fungere optimalt. Dømer på dette er å bruke avslapningsteknikker til å få heile kroppen til å slappe av, då mjuke og slappe musklar kjenner mykje mindre smerter enn stramme og harde musklar. Pusteteknikkar der barnet klarer å slappe av kan hindre eventuell hyperventilasjon. Sjukepleiar eller føresette kan også hjelpe barnet til å bli avleia med å fortelje ei fantasihistorie som det er enkelt å leve seg inn i. For at det skal vere enkelt for barnet å leve seg inn i historia må det vere ei enkel historie med ord og uttrykk som barnet sjølv bruker i kvardagen (Grønseth & Markestad, 2019, s. 79).

Bruken av ikkje-medikamentelle smertetiltak aukar (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74). Men det avhenger av at personalet har høy kompetanse og god tid. Det avhenger også av at barna samarbeider godt. Dersom du som sjukepleiar framstår som usikker og travel, samt har negativ holdning til evnene barn har til å uttrykke smertene, begrensar det bruken av desse metodane (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74). Derfor er det viktig som sjukepleiar å planlegge for å avklare moglege problemstillingar og ansvarsfordelingar på førehand, samt å ha kontroll på medikamentell smertelindring (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74). Under sjølve prosedyren er det viktig å anerkjenne barnets oppleving og la kosedyret eller ei hand å halde i vere lett tilgjengeleg. (Grønseth & Markestad, 2019, s. 77). Det er viktig å forsikre barna om at reaksjonane deira er normale, og om nødvendig kan enn gi dei pause så dei kan hente seg inn. Dette er for å vise respekt og for å ta omsyn til barnet (Grønseth & Markestad, 2019, s. 78).

2.3.1 Portkontrollteorien

The gate control theory blei utvikla etter eit langt forskingssamarbeid mellom fysiologen Patrick D. Wall og psykologen Ronald Melzack (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 19). Dette er ein teori som har hatt stor betydning innanfor forskning og behandling av smerter. Denne teorien går ut på at smerteframkallande informasjon blir påverka igjennom aktivitet i spesialiserte «postmekanismer» som er lokalisert i ryggmargens bakhorn. Psykologiske forhold kan opne og lukke portkontrollen på denne måten. Portkontrollteorien fikk fram ny kunnskap om at hjernen er ein del av eit aktivt system som filtrerar og selekterer innkomande signal. Med andre ord viser den at smerteimpulser både kan forsterkast og stoppast ut i frå tankar og kjensler (Hofstad, 2020). Hjernen er med på å styre smertene. Innanfor ikkje-medikamentell smertelindringsmetodar har denne teorien hatt stor betydning (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 20). Teorien tar fram lindrande metodar som massasje og berøring, kulde og varme. Den gav også ein ny måte å sjå tydinga av psykologiske forhold, som visst vedkomande hadde erfaringar med smerter knytt til dømes til prosedyre (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 20).

Portkontrollteorien forklarar effektiviteten med distraksjon ved smertefulle prosedyrar (Twycross & Williams, 2014, s.92). Når ein bruker distraksjonsteknikkar lukker porten seg fordi smertene blir satt i periferien av bevisstheit når merksemnda fokuserer på distraheringa

istadenfor smertene. I følge teorien kan ein altså gi pasienten kontroll over prosedyrerelaterte smerter som til dømes intravenøs tilgang ved å tilby ulike meistringsstrategiar og distraksjonar (Twycross & Williams, 2014, s. 92).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil eg presentere korleis eg har valt metode, prosessen eg gjorde når eg skulle søke etter forskingsartiklar, kva forskingsartiklar eg valte og kritikk til kjeldene eg har brukt.

3.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt å skrive bacheloroppgåva som en litteraturstudie for å undersøke korleis ein som sjukepleier gjere opplevinga til barn som er innlagt på sjukehus med kreft så trygg og smertefri som mogleg, ved hjelp av kommunikasjon og lek. Litteraturstudie er ein studie der ein systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder (Thidemann, 2023, s. 77). Når eg skal bruke litteraturstudie som metode vil eg derfor samle inn litteratur frå pensumbøker, forskning og anna litteratur. Eg vil bruke eit kritisk blikk og vurdere kvaliteten på forskingsartiklane eg brukar ved hjelp av eit sjekklisterbasert vurderingssystem, og deretter samle det saman til ei fullstendig oppgåve.

Eg valte å bruke forskingsartiklar som hadde brukt både kvantitativ eller kvalitativ metode. Kvantitativ metode er den naturvitskaplege og forklarande metodetilnærminga (Thidemann, 2023, s. 75). Kvantitativ metode bruker fleire undersøkingseinheiten, så ein får eit lite mengde opplysingar frå mange informantar. Kvalitativ metode er den humanvitskaplege og forståande metodetilnærminga (Thidemann, 2023, s. 76). I denne metoda går ein djupare inn i det ein forskar på, og ein får mange opplysingar frå få undersøkingseinheiten. Ved både kvalitativ og kvantitative metodar kan ein finne svake og sterke sider (Thidemann, 2023, s. 77). Derfor har eg valt å inkludere både forskingar som har brukt kvalitativ og forskingar som har brukt kvantitativ metode.

3.2 Søk og utvalsprosess

For å finne best mogleg kjelder som kunne bidra til å svare på problemstillinga, gjorde eg ei grundig lesing av artiklane eg vurderte å bruke (Thidemann, 2023, s. 91). Eg valte å sjå etter relevante artiklar som var interessante å ha med i oppgåva mi, samtidig som eg var kritisk til det eg las. Eg vurderte også kjeldenes pålitelegheit ved hjelp av sjekklister. Når eg las forskingsartiklane tok eg for meg nokre spørsmål som kunne hjelpe meg å auke merksemda på kor relevant og påliteleg teksta eg las var (Thidemann, 2023, s. 33). Eg bemerkte meg innhaldet i teksta, korleis den var strukturert, kvifor dei ulike delane var tatt med i teksta og korleis desse delane harmonerte seg med kvarandre. Eg såg også på hovudpoenga i teksta og kva dei understøtta argumenta var, og om artikkelen hadde ein klart formulert problemstilling. Eg la merke til om artikkelen ga einseitig informasjon eller om den var innom og diskuterte fleire synspunkt. Eg var også obs på om der var tydeleg avgrensing mellom fakta og meiningsoppfatningar (Thidemann, 2023, s. 34). Å ta i bruk sjekklister såg eg også på som nødvendig for å foreta kvalitetsvurderingar av vitenskaplege artiklar (Thidemann, 2023, s. 91). Eg valte å bruke sjekklista frå boka til Thidemann (2023, s. 121).

For å finne relevant forskingslitteratur tok eg i bruk elektroniske databaser som MEDLINE, ERIC, CINAHL og Academic Search Elite inne på søkemotoren EBSCOhost. Eg gikk også igjennom referanselister i relevante artiklar og i tidlegare bacheloroppgåver som var innanfor det same temaet som eg skriv om. Eg valte også å kombinere søkeorda med AND og OR. Når eg brukte AND imellom til dømes to søkeord, fekk eg treff på litteratur som både omhandla søkeord 1 og søkeord 2. Ved kombinasjonen OR utvida eg søket mitt som gav meg fleire treff (Thidemann, 2023, s. 87).

For å få mest mogleg relevante og pålitelege forskingsartiklar, valte eg ut nokre kriterier som eg ville bruke for å velje gode artiklar som passa til oppgåva. For å vere sikker på at informasjonen var oppdatert valte eg artiklar som var publisert innanfor dei siste 5-10 åra. Eg valte også artiklar som fokuserte på barn på sjukehus, og som inkluderte informasjon om aldersgruppe, sjukdomsforløp og andre relevante faktorar. Eg fokuserte ekstra på tema innanfor malignitet, kommunikasjon, leik, smerte og smertebehandling. Eg valte artiklar som var fagfellevurdert for å sikre høg kvalitet på studiane, og som omhandla barn i alderen 6-10 år.

Eg valte og ut nokre inklusjon- og eksklusjonskriteriar for å avgrense antall søketreff og å sikre relevansen og kvaliteten på studiane eg ville inkludere i oppgåva. Inklusjonskriteriane eg valte var barn mellom 6 og 10 år av begge kjønn, som har diagnosen kreft eller leukemi i eit tidelg stadium. Grunnen til at eg valte denne aldersgruppa var at eg ville fokusere på barn som forstår litt meir enn dei yngste barna. Eg ville og fokusere på barn som nylig har fått diagnosen leukemi/kreft, då eg skulle skrive oppgåve blant anna om korleis man kunne trygge og møte barn i eit tidelg stadium, som var innlagt på sjukehus.

Eksklusjonskriteriane eg valte var studiar som kun omhandlar små barn, ungdommar eller pårørande. Grunnen til eg ekskluderte ungdommar og små barn frå oppgåva var at desse aldersgruppene har ulike behov og utfordringar i forhold til å forstå sin egen situasjon, samt andre kommunikasjonsnivå enn den aldersgruppa eg ville undersøke. Grunnen til at eg ekskluderte pårørande var at eg i størst grad ønskte å fokusere på barna sin oppleving og korleis dei kunne tryggast i miljøet på sjukehuset.

3.3 Val av forskingsartiklar

Når eg skulle finne forskning til problemstillinga mi brukte eg PICO som verktøy for å finne gode søkeord som kunne hjelpe meg med å finne relevant og brukbar forskning. PICO står for P: Patient/Problem, I: Intervention, C: Comparison og O:outcome (Nortvedt, et.al. 2021. s. 31). Vedlagt ligger meir utfylt PICO-skjema med søkeord, samt tabellar med søkehistorikk/søkestrategi.

3.4 Kjeldekritikk

Sjølv om eg valde forskingsartiklar med hjelp av eit kritisk blikk, er det fortsatt nokre avvikande punkt som gjer at eg stiller meg kritisk også til dei valte artiklane. Fleire av artiklane mine har brukt informantar i ulike aldersgrupper som kan vere noko avvikande i forhold til den aldersgruppa eg har spissa meg inn mot. Eg har til dømes ein artikkel der informantane var mellom 8 og 12 år, ein der aldersgruppa var mellom 6 og 12 år, og ei der aldersgruppa var 5 til 10 år. Grunnen til at eg likevel har valt å inkludere desse artiklane er fordi gapet mellom aldersgruppa i artiklane ikkje er så mykje større enn aldersgruppa 6-10 år som er aldersgruppa eg spissar meg inn mot.

Eg har brukt en forskingsartikkel av Soares et al (2014). Denne forskinga er gjort i Brasil, noko som betyr at det kan vere forskjellar på korleis sjukehuskvardagane er der i forhold til i Noreg. Denne artikkelen har også fokus på palliativ behandling, medan eg har fokus på eit tidleg stadium. Grunnen til at eg fortsatt inkluderer denne artikkelen er at den også har fokus på fleire punkt som fortsatt er relevant blant kreftsjuke barn i eit tidleg stadium.

I artikkelen til Alotaibi et al. fra 2018 handlar studia om generelle smerter til barn på sjukehus, og ikkje om prosedyrerelaterte smerter. Dei tar heller ikkje for seg ikkje-medikamentell smertebehandling. Denne artikkelen har derimot stort fokus på undervurdering av smerter, samt manglande kunnskap på å sjå om barnet har smerter eller ikkje, noko som er relevant når det kjem til ikkje-medikamentell smertebehandling og prosedyrerelaterte smerter. Dette er også ein oversiktsartikkel som inkluderer fleire fagfelleverderte forskingsartiklar. Sidan det er ein oversiktsartikkel er det også ein sekundærstudie, difor må eg ta i betraktning at det er nokon som har reanalysert studiane. Difor må eg vere obs på at der kan vere feiltolkingar.

Andre punkt eg har vore obs på er at alle forskingsartiklane eg har brukt er på engelsk, som vil sei at under oversetninga frå engelsk til norsk kan det gi rom for misforståingar.

Eg har prøvd å nytte primærkjelder i størst mogleg grad, då sekundærkjelder kan bære preg av mistolkingar. Eg har likevel tatt i bruk ei sekundærkjelde i oppgåva mi. Boka skrevet av Grønseth og Markestad (2019) er ei sekundærkjelde, der forfattarane har systematisert eksisterande kunnskap. Eg vurderer den som ein relevant og viktig kjelde i oppgåva mi som gir ein brei og omfattande oversikt over pediatri-feltet. Boka er pensum på sjukepleiestudiet og er skrevet av anerkjente fagpersonar med mykje erfaring og kunnskap. Av den grunn vil eg vurdere dette som ei påliteleg kjelde som styrkar oppgåva mi.

4.0 Presentasjon av forskingsartiklar

I dette kapittelet skal eg presentere funn av forskingsartiklar som eg skal anvende i drøftingskapittelet i oppgåva. Eg har valt å skrive funna av studiane som eit tematisk samandrag. Vedlagt ligger litteraturmatrise som inneheld lengre beskrivingar med hensikt og

metode.

4.1 Kommunikasjon

Funn frå studien til Petronio-Coia og Schwartz-Barcott (2020) viser at barna fikk best relasjon og tillit til sjukepleiarane som var imøtekomande, smilande, kompetente og leikne. Barna følte seg mest ivaretatt når sjukepleiarane tok seg tid til å bli kjent med barna og at dei snakka og lytta til kva barna hadde å fortelle. Eit av barna fortalde at smilande sjukepleiarar fikk han til å føle seg mindre ansent og redd. Barna merka veldig godt dersom sjukepleiarane var genuint interessert i å snakke med dei, eller om dei berre var der for å gjere jobben sin.

I studien til Emidio et al. (2018) ser vi at fleire barn kjenner på frykt for døden. Fleire foreldre og føresette unngår å snakke med barna om dei vanskelige tinga. Dette kan gjer at barnet blir forvirra og redd, samstundes som det ikkje har nokon å prate med. Barna som var informantar i denne studien rapporterer at det er viktig at dei vaksne kommuniserer med barna på ein måte som barna forstår, som til dømes via teikningar og historier. Det er viktig at vi som sjukepleiar kommuniserer med barnet og familien igjennom heile innlegginga, samt gir informasjon om rutinar, prosedyrar, bivirkingar og andre nødvendige punkt. Denne studien viste og at det var slitsamt for barna når sjukepleiar stilte dei same spørsmåla fleire gongar.

4.2 Leik

Funn frå studien til Soares et al. (2014) viser at leik gjer kommunikasjon og samhandling mellom barn og helsepersonell lettare. I tillegg brukte dei leik for å gjer barna roligere når dei skulle utføre ubehagelege prosedyrar. Leik blir også brukt til å lære opp barna til å forstå kvifor dei må igjennom alle undersøkingane. Funn frå denne studien viste også at det kan være utfordrande for helsepersonell å finne tid til leik i ein hektisk kvardag på sengepost, i tillegg til at barna ikkje alltid ønska å leike.

I studien til Emidio et al. (2018) fortel barna at dei følte på ein avgrensing i forhold til aktivitetar dei hadde lyst å gjennomføre i sitt daglege liv. Informantane såg på det som utfordrande å finne passande moglegheiter til aktivitetar og leik på sjukehuset. Funn i denne studien viser også at det barna synest var mest negativt med innlegginga var når kvilestunder

blei avbrote og når sjukepleiar ga restriksjonar på aktivitet.

4.3 Smerte

Funn frå studien til Alotaibi et al. (2018) viser at fleire sjukepleiarar har dårleg kunnskap til smerte og vurdering av smerte hos barn. Fleire har også ein ikkje-støttande holdning. Studien konkluderte med at ved god smertebehandling er det viktig å skape eit effektivt forhold, god kommunikasjon med barna, og at sjukepleiarane må ha meir kunnskap innanfor det å handtere barns smerter.

I studiet til Dalley & McMurtry (2015) viser dei effektiviteten av å bruke ein pedagogisk intervensjon for å lære barn ulike meistringsstrategiar for å handtere smerte og frykt som er relatert til medisinske prosedyrar. I studien blei frykta og forventna smerte for ulike prosedyrar undersøkt, etterfølgd av at barna sjølv rapporterte kva strategiar dei ville brukt for å redusere frykta for prosedyre. Resultata viste at ein slik bamseklubb med fokus på medisinsk utstyr og prosedyremessige meistringsstrategiar hadde ein viss effektivitet i å lære barn sjølvstyrte meistringsstrategiar og reduserte deira forventningar til smerter ved prosedyrar som innebar nåler og nålestikk. Samstundes var frykta for nåler uforandra. Dømer som barna kom med som meistringsstrategiar var blant anna å tenke på noko anna, fortelle ei historie, spele eit spel, fortelle ein vits, ta djupe pust, halde i eit teppe eller kosedyr, ha med og halde henda til ein av foreldra, få ein belønning og å lukke auga.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil eg drøfte problemstillinga mi «Korleis kan sjukepleiar bruke kommunikasjon og leik som ikkje-medikamentelle metodar, for å redusere prosedyrerelaterte smerter til barn med leukemi?» ved hjelp av funn av teori og forskning.

5.1 Å skape ein god relasjon til barnet

Å ha ein god relasjon mellom det innlagte barnet og helsepersonell er nøkkelen for at barnet skal få ein så trygg og positiv oppleving av sjukehusinnlegginga som mogleg. God

kommunikasjon er noko av det viktigaste verktøyet vi har for eit tillitsbasert forhold (Grønseth & Markestad, 2019, s. 97). Kommunikasjon kan brukast til å møte barnet på eit emosjonelt nivå, og til å hjelpe oss som helsepersonell med å anerkjenne tankane og kjenslene til barnet (Grønseth & Markestad, 2019, s. 99). Å ta omsyn til kjenslene til barnet, og å henvende seg direkte til barnet er også ein fin måte å få barnet til å føle seg sett, og dermed bygge ein god relasjon (Markestad, 2023, s. 11). Forskingsartikkelen til Petronio-Coia og Schwartz-Barcott (2020) viser at barna fikk best relasjon til sjukepleiarane som var genuint interessert i å snakke og lytte til barna, samstundes som dei var smilande, glade, kompetente og leikne. Å kommunisere med barn er erfaringsmessig ikkje alltid like lett, då eg har inntrykk av at barn kan vere sjenert og stille med ukjente folk, spesielt dersom det ikkje kjenner seg trygg. Dermed er det viktig at vi som sjukepleiarar er den som legg til rette for ein god og hensiktsmessig samtale. Å la barnet vere med å bestemme innimellom kan også vere med på å skape ein god relasjon med barnet (Tveiten, 2012, s. 166). Når barnet får vere med å bestemme, kan det hjelpe barnet med å føle seg anerkjent. Dersom barnet ikkje føler seg anerkjent, kan det bli vanskelig å gå vidare med kommunikasjonen og tillitsbygginga (Grønseth & Markestad, 2019, s. 99). Likevel er det viktig å skilje mellom at barnet ikkje får bestemme om dei skal gjennomføre prosedyren, men heller at barnet får bestemme til dømes kva arm som skal stikkast. Enkelte prosedyrar må gjerast sjølv om barnet ikkje vil, dette er for å sikre helsetilstanden til barnet. Når det skjer at barnet absolutt ikkje ønsker, er det viktig å fortsette å anerkjenne barnet sine kjensler, og prøve å forklare barnet på ein best mogleg tilpassa måte kvifor dei må igjennom til dømes enda eit nålestikk.

Joyce Travelbee har ein teori om mellommenneskelege relasjonar i sjukepleie (Overgaard, 2003, s. 83). Ho likte ikkje å skilje mellom pleiar og pasient, og meinte at forholdet skulle vere mellom menneske og menneske. Ho meinte at å ha ein positiv relasjon til pasientane var ei sjukepleiaroppgåve, og eit krav for å kunne gi god omsorg (Overgaard, 2003, s. 91). Erfaringsmessig har eg sjølv opplevd det som enklare å få ein god relasjon til pasientane mine når eg behandlar dei som vanlege medmenneske og ikkje som pasientar, og ved at eg behandlar dei som et menneske som er meir enn sjukdommen dei har. I boka til Grønseth og Markestad (2019, s. 70) står det også at vi som sjukepleiarar har stor makt til å påverke opplevinga til barn på sjukehus, berre ved å tenke over kva holdning vi har. Barna set ofte pris på at sjukepleiarane involverer seg i barna og at dei føler seg inkludert. Måten du møter barna på har stor innvirkning på tilliten dei får til helsepersonell (Grønseth & Markestad, 2019, s. 70). Erfaringsmessig har eg observert at når ein tidsmessig ikkje strekker til for å rekke ein

god samtale med pasienten, får pasienten ofte ein mindre god, og ikkje ein så personleg relasjon til pleiaren.

Å gjer sjukehuset til ein arena der det er moglegheit for leik kan vere med på å trygge barnet under sjukehusinnlegginga, samt å styrke relasjonen mellom barn og helsepersonell. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 6-3 står det at barn har rett til å bli aktivisert og stimulert under opphald i helseinstitusjon, så lenge det er forsvarlig i forhold til helsetilstanden til barnet. Forskinga til Soares et al. (2014) viser også at leik gjer kommunikasjonen og samhandlinga mellom barn og helsepersonell lettare. Når man er innlagt på sjukehus blir det ofte lite kontakt med andre menneske enn foreldre og helsepersonell. Dermed kan barnet ved hjelp av leik lære om samspel med andre (Tveiten, 2012, s. 62). Ved hjelp av leik får barnet også vere i aktivitet. Leik skal skje på barnets premiss (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81), likevel er det ikkje alltid at barn tørr å sleppe seg laus på eget initiativ i ein ukjent arena.

I forskingsartikkelen til Emidio et al. (2018) har barna som var informantar i studiet rapportert at under sjukehusinnlegginga følte dei på ei avgrensing i forhold til aktivitetar dei hadde lyst å gjennomføre i sitt daglege liv, og dei såg på det som utfordrande å finne passande moglegheiter på sjukehuset. Derfor er det viktig at du som sjukepleiar legg til rette for at sjukehuset blir ein plass der det er miljø for leik ved å til dømes ta initiativ til å starte ein leik eller aktivitet. Når sjukepleiar tørr å gi av seg sjølv, blir det også enklare for barnet å tørre å henge seg på (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81). På den andre sida viser Soares et al. (2014) også at det kan vere vanskelig som sjukepleiar å finne tid til leik i ein hektisk kvardag på ein sengepost. I tillegg er det ikkje alltid at barn ønsker å leike. Samtidig er det viktig å passe på å ikkje presse barna til leik, då leik skal vere ein spontan og frivillig aktivitet som barnet engasjerer seg for (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81). Man må også ta omsyn til at det er sjuke barn som er innlagt, og at ein derfor må vere påpasseleg med å tilpasse leiken ut i frå kvart enkelt barn, slik at det ikkje blir for mykje leik i forhold til kvile (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81). Eg har erfart i praksis at sjuke barn blir raskare slitne enn friske barn. Dermed er det viktig å finne ein fin balanse mellom leik og kvile.

5.2 Å avleie utan å undervurdere

Leukemiramma barn som er innlagt på sjukehus må igjennom ein heil del ubehagelige

prosedyrar og undersøkingar som til dømes blodprøver, PVK-innlegging og andre injeksjonar. Slike prosedyrar inneberer unødvendig frykt, smerte og engstelse (Grønseth & Markestad, 2019, s. 73). Ved hjelp av enkle tiltak kan prosedyrerelaterte smerter reduserast (Markestad, 2023, s. 379). Dette blir også følgt opp av forskingsartikkelen til Dalley og McMurtry (2015) som viste at ved hjelp av å lære barn om medisinsk utstyr og prosedyremessige meistringsstrategiar, kunne ein få ein viss effekt i å lære barn sjølvstyrte meistringsstrategiar for å redusere engstelsen for nålestikk. Avleiingstiltak der barnet fokuserer på eit bestemt område istadenfor å fokusere på prosedyren kan hjelpe med å halde fokuset vekke og bidra til å redusere smerteoppfatninga (Kyle, 2018, s. 44). Trikset her er å få barnet til å konsentrere seg om noko anna enn prosedyren som gir smerter.

På mange måtar er ikkje-medikamentelle tiltak ein positiv måte å redusere smertene til barnet på, utan å bruke diverse medikament som kanskje smaker vondt eller har ubehagelege biverknader. Ved bruk av ikkje-medikamentelle smertetilskott er det dermed viktig at sjukepleiar har god tid og høy kompetanse (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74). Dette er for å unngå at sjukepleiar undervurderer smertene, og for at barnet lettare skal gå med på å samarbeide. Forskinga til Alotaibi et al. (2018) viser også at fleire sjukepleiarar har dårleg kunnskap til smerter og vurdering av smerter hos barn, og at fleire sjukepleiarar har ein ikkje-støttande holdning til barna sine smerter. God smertebehandling avhenger av god kunnskap med barna og at sjukepleiarane må ha meir kunnskap innanfor det å handtere smertene til barna (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74). Derfor er det viktig at før barnet skal igjennom ei prosedyre, må ein som sjukepleiar planlegge for å avklare moglege problemstillingar som kan oppstå, samt å ha gode ansvarsfordelingar på forhand. Å ha kontroll på den medikamentelle smertelindringa er også veldig viktig.

Fleire barn synest at prosedyrar og undersøkingar er noko av det verste med å vere innlagt på sjukehus (Grønseth & Markestad, 2019, s. 74 & 81). Leik kan redusere vonde kjensler som engstelse og stress. Sidan angst og redsel kan vere med på å auke smertene, kan ein bruke leik for å avleie slik at smertene og engstelsen blir redusert (Grønseth & Markestad, 2019, s. 81; Markestad, 2023, s. 379). Erfaringsmessig har eg sett at leik er ein god måte å avleie barna på, samstundes som at når barna verkeleg ikkje vil kan det fort bli vanskeleg å avleie dei. Då er god kommunikasjon og informasjon på ein måte barna forstår veldig viktig. Tveiten (2023, s. 62) framhev at leik kan bidra til å forberede barna til ubehagelege prosedyrar og undersøkingar. For å underbygge dette viser studien til Soares et al. (2014) at leik kan vere

med på å gjer barn roligere når dei skal gjennomgå ubehagelege prosedyrar. Når barnet kjenner på kontroll og føler at dei har ein viss oversikt over kva som skal skje reduserer dette stressfølelsen. Derfor er det viktig å gi utdjupande og konkret informasjon om korleis prosedyren skal foregå (Grønseth & Markestad, 2019, s. 75). Dette støtter også forskinga til Soares et al. (2014), då studien viser at leik blir brukt som eit verktøy som skal gi barna betre forståing om kvifor dei må gjennom dei ubehagelege prosedyrane.

Det er mange ulike teknikkar vi kan bruke som ikkje-medikamentell smertelindring (Grønseth & Markestad, 2019, s. 172). I følge Markestad (2023, s. 122) er psykologisk retta tiltak som gir tryggleik, forståing av avleiing grunnlaget for all smertelindring. The gate control theory av Wall og Melzack har hatt stor betydning innanfor forskning og behandling av smerter (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 19). Denne teorien viser at smerte kan styrast ut ifrå tankar og kjensler (Hofstad, 2020). Når ein brukar avleiingsteknikkar lukkar porten seg fordi smertene blir satt i andre rekke av kva ein fokuserer på, sidan man fokuserer meir på distraksjonen enn smertene (Twycross & Williams, 2014, s. 92). I forskingsartikkelen til Dalley og McMurtry (2015) ser vi også at barna som var informantar i denne forskinga kom med dømer på avleiingsteknikkar som kunne redusere frykta for prosedyrar. Døme dei kom med var blant anna å fortelle ei historie, spele eit spel, ta djupe pust og halde i eit kosedyr. I boka til Grønseth og Markestad (2019, s. 77) står det også at å ha eit kosedyr tilgjengeleg under prosedyrar er med på å anerkjenne barnets oppleving av prosedyren.

I aldersgruppa 6-10 år kan barnet ved hjelp av sjukepleiar bruke egen fantasi eller høyre forteljingar som kan hjelpe med å få tankane over på noko anna (Grønseth & Markestad, 2019, s. 79). Denne teknikken avhenger av at barnet har ein god relasjon med sjukepleiaren, slik at barnet klarer å samarbeide godt og at sjukepleiar har informert barnet godt nok om metoden sånn at den skal fungere optimalt. Som avleiingsteknikk kan sjukepleiar dikte opp ei forteljing som barnet kan høyre på under prosedyren eller undersøkinga, men dette avhenger av at sjukepleiar bruker ord og uttrykk som barnet forstår og som barnet brukar i det dagligdagse, slik at det blir enklare å leve seg inn i (Grønseth & Markestad, 2019, s. 79).

5.3 I samtale med barna

Det er viktig at sjukepleiar har kunnskap og kompetanse på korleis dei skal gå fram når dei

skal kommunisere med innlagte barn. Det er nødvendig å sette seg sjølv til sides og la barnet vere hovudpersonen i samtalen (Grønseth & Markestad, 2019, s. 99). I forskinga til Emidio et al. (2018) ser vi at føresette ofte unngår å kommunisere med barna om dei vanskelige tinga. I følge Markestad (2023, s. 122) ser vi at dette er uheldig i forhold til at barn har ein god fantasi som kan føre til at dei i staden lagar sine eigne skremmande forklaringar på situasjonen. Når ein skal kommunisere med barn er det derimot viktig å bruke ord som barnet sjølv bruker slik at barne forstår informasjonen sjukepleiar kjem med (Markestad, 2023, s. 11).

For å sikre at barnet faktisk får med seg informasjonen som blir gitt, er det viktig å vere påpasseleg på å gi informasjon som er tilpassa utviklingstrinnet og kunnskapsnivået til barnet. I følge Tveiten (2019, s. 165) varierer kommunikasjonsevnene til barn ut ifrå alder og utviklingsnivå. I forskinga til Emidio et al. (2018) blir det også lagt fram som viktig at barna får informasjon på ein måte dei forstår. I denne forskinga blir det også nemnt å bruke teikningar og historier for å forklare barna det på ein måte som gjer det enklare for dei å forstå. Eit bilete av situasjonen kan hjelpe med å få ei forståing over kva som skal skje, og dermed hjelpe med å redusere frykt (Grønseth & Markestad, 2019, s. 75). Sida konsentrasjonen til barn kan vere noko begrensa, er det også til god hjelp å ta i bruk leik eller teikning som hjelpemiddel for å kommunisere med barna (Tveiten, 2012, s. 165).

Barn har ikkje alltid så lett for å uttrykke sine tankar og kjensler, og det er derfor ikkje alltid så lett å lytte til kva barn prøver å formidle. Barn i alderen 6-10 år kan i varierende grad vere mykje rekt og gå rundt å kjenne på ulike frykter som dei kanskje ikkje heilt klarer å sette ord på. Dei kan vere redde for døden, redde for å skilje seg ut, redde for å bli avskilt frå søsken og venner (Grønseth & Markestad, 2019, s. 69). Derfor er det viktig at sjukepleiar og anna helsepersonell er observante i lytteprosessen. I følge Tveiten (2012, s. 167) er det viktig å merke seg kroppsspråket til barna. Dersom du ser at barnet ikkje ønsker å snakke om noko kan ein heller foreslå ein annen aktivitet slik at barnet føler seg anerkjent. Når barnet ikkje ønsker å snakke om noko kan vi også fange opp tankane deira ved hjelp av leik, samtidig som det er viktig at barnet ikkje får med seg at du lyttar slik at barnet ikkje tørr å sleppe seg ordentlig laus og å uttrykke seg i leiken (Tveiten, 2012, s. 62).

6.0 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva var å finne ut korleis sjukepleiar kan redusere prosedyrerelaterte smerter til barn med leukemi, ved å bruke kommunikasjon og leik som ikkje-medikamentelle metodar. Leukemi er ein alvorleg sjukdom som fører med seg ein rekke smertefulle prosedyrar. Dette kan skape mykje frykt og engstelse hos barna. Utilstrekkelig smertelindring kan både vere traumatiserande og gi negative etterverknningar ved seinare tidspunkt. Eg valde å ha fokus på kommunikasjon og leik som metode, då eg såg at desse temaene kan bidra til trygging og avleiing som igjen kan brukast som ikkje-medikamentell metode i forhold til prosedyrerelaterte smerter. Funn frå presentert fag- og forskingslitteratur viser at leik og kommunikasjon er effektive ikkje-medikamentelle metodar som avleiar barnet under ubehagelege og smertefulle prosedyrar, samt at det er viktig å tilpasse leik og aktivitetar ut i frå kvart enkelt barn sitt nivå.

Funn frå forskning og pensumlitteratur har vist viktigheita av å kommunisere med barna og ikkje berre foreldra. Det er viktig at barna er informert, også om dei vanskelege tinga, og på eit språk som barna forstår. Når det er god kommunikasjon og relasjon mellom barn og helsepersonell ser vi at tryggheita til barn aukar, og det blir dermed også enklare å trygge barna i prosedyrerelaterte samanhengar. Det er viktig å ikkje undervurdere barns smerter og å ikkje velje ikkje-medikamentelle metodar over medikamentelle metodar. Ikkje-medikamentelle metodar burde brukast som et supplement til medikamentell behandling for å få best mogleg effekt, men situasjon og behov må vurderast fortløpande.

Litteraturliste

Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J. & Chan, S. (2018). Pediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *International nursing review* 65(4). S. 524-533. <https://doi.org/10.1111/inr.12465>

Barnekreftforeningen. (u.å.). *Kreftformer*.

<https://www.barnekreftforeningen.no/barnekreft/kreftformer>

Dalley, J.S. & McMurtry C.M. (2015). Teddy and U get a check-up: A pilot educational intervention teaching children coping strategies for managing procedure-related pain and fear. *Pain research and management*, 2016. S. 1-12.

<https://doi.org/10.1155/2016/4383967>

Emidio, C.S.D., Morais, R.J.L., Oliveira, P.N.M., Bezerra, R.S. (2018). The viewpoint of hospitalized children with regards to oncological treatment. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental* 10(4). S. 1141-1149. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1141-1149>

Grønseth, R., Markestad, T. (2019). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Hofstad, E. (2020, 4. april). – *Smerte er mer komplisert enn man har trodd*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2020/04/smerte-er-mer-komplisert-enn-man-har-trodd>

Kreftforeningen. (u.å). *Leukemi hos barn*. [https://kreftforeningen.no/om-](https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/leukemi-hos-barn/#kf_cancer-type-undersokelse-og-diagnose)

[kreft/kreftformer/leukemi-hos-barn/#kf_cancer-type-undersokelse-og-diagnose](https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/leukemi-hos-barn/#kf_cancer-type-undersokelse-og-diagnose)

Kreftregisteret. (2021). *Barnekreft*.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Barnekreft/>

Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Hjelmeland, G. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 45-96).

Gyldendal.

- Kyle, T. & Carman, S. (2018). *Pediatric nursing clinical guide* (2. utg.). Wolters Kluwer.
- Markestad, T. (2009). *Klinisk pediatri* (2. Utg.). Fagbokforlaget.
- Markestad, T. (2023). *Klinisk pediatri* (4. Utg.). Fagbokforlaget.
- Nortvedt, F. & Ljoså, T.M. (2021). Smerte – en personlig og sammensatt opplevelse. I Kristoffersen, N.J., Skaug, E.A., Steindal, S.A. & Hjelmeland, G. (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (s. 17-41). Gyldendal
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graveholt, B. & Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Overgaard, A.E. (2003). *Årdelig omsorg – en lærebog*. Nyt nordisk forlag arnold busck.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1000-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§6-3>
- Petronio-Coia, B.J. & Schwartz-Barcott, D. (2020). A description of approachable nurses: An exploratory study, the voice of the hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing*. 54. s. 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.011>
- Soares, V.A., da Silva, L.F., Cursino, E.G & Goes, F.G.B. (2014). The use of playing by the nursing staff on palliative care for children with cancer. *Revista Guacha de Enfemagem* 35(3). s. 111-6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.43224>
- Thidemann, I.J. (2023). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Barns Helse og livskvalitet. I Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H.F. (Red.), *Sykepleie til barn* (s. 42-78). Gyldendal.
- Tveiten, S. (2012). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H.F. (Red.), *Sykepleie til barn* (s. 157-202). Gyldendal
- Twycross, A. & Stinson, J. (2014). Physical and Psychological methods of pain relief in children. I Twycross, A., Dowden, S. & Stinson, J. (Red.), *Managing pain in children* (s.

86-112). Wiley Blackwel

Vedlegg 1 – PICO-skjema

| Population/patient/problem Hvem/hvilke | Intervention Hva | Comparison Alternativer | Outcomes Resultater |
|--|----------------------------|---|-------------------------------|
| Barn | Sykepleie | Har valt å ikkje bruke C for å avgrense antalla søkartreff. | Trygghet |
| Child | Nursing | | Safety |
| Sykehus | Nurse | | Relations |
| Hospitalized | Nursing care | | Emotional |
| Cancer | Pediatric nursing | | |
| Leukemia | communication | | |

Vedlegg 2 – Søkehistorikk artikkel 1

| Søkedato | Søkenummer | Søkeord og ordkombinasjonar | Avgrensninger | Antall treff | Artikler inkludert |
|----------|------------|---|--|--------------|--|
| 12.04.23 | S1 | Barn OR child | Databasene cinahl, medline, eric & academic search elite | 5 624 194 | |
| | S2 | Sykehus OR hospitalized | | 256 981 | |
| | S3 | Cancer | | 5 248 715 | |
| | S4 | Sykepleie OR nursing OR nurse OR nursing care OR communication | | 5 461 752 | |
| | S5 | Trygghet OR safety OR emotional OR «psychosocial pain management» | | 5 483 130 | |
| | S6 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 | Peer reviewed. 2011-2023 | 93 | The viewpoint of hospitalized children with regard to oncological treatment. The use of playing by the nursing staff on palliative care for children with cancer |

Vedlegg 3 – Søkehistorikk artikkel 2

| Søkedato | Søkenummer | Søkeord og ordkombinasjonar | Avgrensingar | Antall treff | Artikkel inkludert |
|----------|------------|---|--|--------------|--|
| 26.04.23 | S1 | Barn OR child | Databasene ERIC, medline, Cinahl, academic search elite | 5 610 837 | |
| | S2 | Sykehus OR hospitalized | | 256 810 | |
| | S3 | Cancer OR leukemia | | 5 583 646 | |
| | S4 | Sykepleie OR nursing OR nurse OR nursing care OR pediatric nursing OR communication | | 5 417 768 | |
| | S5 | Trygghet OR safetyr OR relations | | 4 982 997 | |
| | S6 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 | Peer reviewd 2015-2023 | 43 | A description of approachable nurses: A explory study, the voice of the hospitalized child |

Vedlegg 4 – Søkehistorikk artikkel 3

| Søkedato | Søkenummer | Søkeord og ordkombinasjonar | Avgrensingar | Antall treff | Artikkel inkludert |
|----------|------------|---|---|--------------|---|
| 02.05.23 | S1 | Barn OR child | Databasene ERIC, Cinahl, medline, academic search elite | 5 613 418 | |
| | S2 | Sykehus OR hospitalized | | 257 175 | |
| | S3 | Cancer | | 5 251 200 | |
| | S4 | Sykehus OR nursing OR nursing care OR pediatric nursing OR communication | | 5 018 399 | |
| | S5 | Trygghet OR safety OR relations OR emotional OR «pain management» | | 5 633 406 | |
| | S6 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 | Peer reviewd | 71 | Pediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and faciliators among nurses – integratice review |

Vedlegg 5 – Søkehistorikk artikkel 4

| Søkedato | Søkenummer | Søkeord og ordkombinasjonar | Avgrensingar | Antall treff | Artikkel inkludert |
|----------|------------|--|--|--------------|---|
| 09.05.23 | S1 | child | Medline, cinahl, ERIC og academic search elite | 5 605 787 | |
| | S2 | fear | | 312 290 | |
| | S3 | Play OR communication OR “pediatric nursing” | | 5 340 684 | |
| | S4 | “pain prevention” OR “pain management” | | 197 881 | |
| | S5 | S1 AND S2 AND S3 AND S4 | Peer reviewed. 2015-2023 | 67 | Teddy and I get a check-up: A pilot educational intervention teaching children coping strategies for managing procedure-related pain and fear |

Vedlegg 6 - Litteratormatrise

| Forfatter Publiseringsår | Tittel på artikkel | Hensikten med studie | Metode | Utvalg/ populasjon | Hovedfunn /resultater |
|--|--|--|-------------------|-----------------------------|---|
| Bethany J. Petronio-Coia & Donna Schwartz- Barcott 2020 | A description of approachable nurses: An exploratory study, the voice of the hospitalized child | Hensikten med studien var å få fram barnets stemme i forhold til korleis dei har det når dei er innlagt på sjukehus, og om barna har opplevd positive eller negative kommunikasjon smønster ved innlegginga. | Kvalitativ metode | Sju barn mellom 8 og 12 år. | Funn frå denne studien viste at barna fikk best forhold/tillit til sjukepleiarane som var smilande, glade, kompetente og leikne. Barna følte seg mest ivaretatt når sjukepleiarane tok seg tid til å bli kjent med barna og at dei snakka og lytta til kva barna hadde å fortelle. Eit av barna fortalde at smilande sjukepleiarar fikk han til å føle seg mindre anspent og redd. Barna merka veldig godt dersom sjukepleiarane var genuint interessert i å snakke med dei, eller om dei berre var der for å gjere jobben sin. Barna hadde erfaring med minst ein imøtekommande sjukepleier, og beskreiv dei imøtekommande sjukepleiarane som smilande, leikne, kreative, kompetente og med ønske om å snakke og lytte til barna. |
| Vanessa A. | The use of | Hensikten med | Kvalitativ | 11 | Funn frå denne studien var |

| | | | | | |
|---|---|--|-------------------|--|--|
| Soares, Liliane F. da Silva, Emilia G. Cursino og Fernanda G.B.Goes. 2014. | playing by the nursing staff on palliative care for children with cancer | studiet var å analyserer mulighetene og hindringane for bruken av leik i en palliativ setting for barn på sjukehus med kreft. | metode | helsepersonell | at leik kunne brukast til å gjer kommunikasjonen enklare og barna kunne bli roligere under ubehagelige prosedyrer. Det kunne også bli brukt til undervisning så barna forsto meir av kvifor dei måtte igjennom det dei måtte igjennom. Hindringane var at det kunne vere utfordrande å finne tid til leik, og at barna ikkje alltid ville leike. |
| Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J. & Chan, S. 2018. | pediatric pain management : knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review | Hensikta med studiet var å sjå korleis kunnskapen og holdningane til sjukepleiarane var innenfor smertevurdering og behandling hos barn. | Oversiktsartikkel | Studie basert på fleire fagfelleverderte forskingar. | Funn viste at sjukepleiara ofte har dårlig kunnskap og holdninger til å smertevurdere og håndtere smertene til barn. |
| Suellen Christina Diaz Emidio, Ramon Jose Leal de Moraes, Priscylla Nunes de Macedo Oliveira, Rosyaline da Silva Bezerra. 2018. | The viewpoint of hospitalized children with regard to oncological treatment | Hensikta med denne studien var å forstå barnas oppfatning av behandlinga dei får på ei kreftavdeling. | Kvalitativ metode | Fem barn i alderen 6 – 12 år. | Funn i denne studien viser viktigeita ved god kommunikasjon og at informasjon kjem på ein måte barnet forstår. |
| Jessica S. | Teddy and I | Hensikta med | Kvantitativ | 71 barn fra 5-10 | Funn av studien viste at |

| | | | | | |
|--|---|---|---------------|------------|---|
| <p>Dalley C Meghan McMurtry. 2016.</p> | <p>get a check-up: A pilot educational intervention teaching children coping strategies for managing procedure-related pain and fear.</p> | <p>studiet var å finne ut om det var nyttig å gjennomføre en pedagogisk intervensjon til å lære barn ulike mestringsstrategier for å håndtere smerte og frykt relatert til medisinske prosedyrer.</p> | <p>metode</p> | <p>år.</p> | <p>det hadde ein viss effekt å lære barn mestringsstrategier. Deira forventingar til smerter ved prosedyrer som inneholdt nåler og nålestikk var redusert, samtidig som frykta deira for nåler var uforandre.</p> |
|--|---|---|---------------|------------|---|



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 05-06-2023 09:00 CEST | Termin: | 2023 VÅR |
| Sluttdato: | 09-06-2023 14:00 CEST | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | | |
| Flowkode: | 203 SYKF390 1 O 2023 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 286 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7897 |
|----------------------|------|

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

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 7
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen 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