

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SY180H 000

”BARN OG KREFT”

Kandidatnummer:

14, 30 og 114

Dato for innlevering: 29.04.2011

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema	3
1.2 Presentasjon av problemstillingen	3
1.3 Avgrensninger	4
1.4 Oppgavens disposisjon	4
2.0 METODE	6
2.1 Hva er metode?	6
2.2 Valg av metode	6
2.3 Gjennomføring av intervju	7
2.4 Litteratursøking/gjennomgang.....	7
2.5 Metode og kildekritikk	8
3.0 TEORI	9
3.1 Leukemi	9
3.2 Beskyttende isolat	9
3.3 Det spesielle med sykepleie til barn	10
3.4 Joyce Travelbee's sykepleieteori	10
3.4.1 Definisjon på sykepleie	10
3.4.2 Joyce Travelbee om terapeutisk sykepleie	11
3.4.3 Joyce Travelbee om kommunikasjon	11
3.5 Utviklingslære	12
3.6 Barn og trygghet	12
3.6.1 Trygghet til barn i sykehus	13
3.7 Kommunikasjon med barn	14
3.7.1 Kommunikasjon med barn i 2-6 års alderen	14
3.7.2 Kommunikasjon ved bruk av hjelpemidler	15
3.8 Barn og lek	16

3.8.1 Lekens terapeutiske egenskap.....	16
3.8.2 Lek på sykehus.....	17
4.0 DRØFTING.....	18
4.1 Trygghet.....	18
4.1.1 Informasjon til barn før isolering.....	18
4.1.2 Betydningen av deltakelse og samarbeid.....	19
4.1.3 Trygghet og fast personal.....	20
4.1.4 Trygghet og struktur.....	20
4.2 Trygghet og kommunikasjon.....	21
4.2.1 Bruk av hjelpemidler i kommunikasjon på isolatet.....	22
4.2.2 Samtale med barn på isolat.....	23
4.2.3 Tillit gjennom god kommunikasjon med foreldre.....	24
4.2.4 Betydningen av god informasjon.....	25
4.3 Kommunikasjon og lek som metode for å oppnå trygghet.....	26
4.3.1 Viktigheten av lek på isolat.....	26
4.3.2 Kommunikasjon ved hjelp av lek.....	27
5.0 AVSLUTNING.....	29
Pensumliste.....	30
Selvvalgt pensum.....	31
Vedlegg – intervjuguide.....	34

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Tema for vår oppgave er ”barn og kreft”. Vi er tre studenter som skriver denne bachelor oppgaven i sykepleie sammen. Vi har i praksis fått lite erfaring med alvorlig syke barn, og ønsker å lære mer om dette. Vi vet at leukemi er den vanligste kreftformen blant barn¹, og at mange barn blir friske igjen. Derfor tror vi at det vil være relevant med flere kunnskaper om dette som ferdig utdannede sykepleiere. Gjennom arbeidet med denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss slik kunnskap. Vi har valgt å ta for oss en situasjon der barna må være på isolat. Vi finner det interessant og ser at det kan by på mange utfordringer. Vi er nysgjerrige på hva et kreftsykt barn trenger, og hva vi som sykepleiere kan gjøre slik at barnet har det best mulig på isolatet. Oppgaven består av: 9870 ord.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Vi velger å skrive om barn med diagnosen leukemi. Vi har valgt en situasjon der barnet må ligge på isolat, da vi føler at det kan bli ekstra utfordrende å ivareta barnets behov i denne perioden. Vi velger å ta for oss behovet for trygghet, da vi ser at dette er et behov som kan bli truet for et barn som må ligge på isolat. Da dette innebærer forandring i hverdagen, som nye omgivelser, ukjente mennesker og skremmende opplevelser. Vi mener at god kommunikasjon og lek er to faktorer som vil bidra til trygghet, og velger å se på hvordan disse kan brukes som metode for å oppnå trygghet. Vi ser også at kunnskap om dette kan være et godt verktøy for sykepleieren. Vi velger å ta for oss dette behovet da vi mener det er vesentlig for at oppholdet og opplevelsen til barnet skal bli best mulig.

Vår problemstilling blir dermed:

”Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta behovet for trygghet hos barn med leukemi som ligger på isolat?”

¹ Hentet fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/barneleukemi-2865.html>

1.3 Avgrensninger

På grunn av oppgavens omfang ønsker vi ikke å ta med foreldrenes fulle rolle i denne situasjonen. Vi ser at familien må ses på som en helhet, og at foreldrene er nøkkelen til en god relasjon til barnet. Dersom vi skulle tatt med foreldrenes fulle rolle, ville oppgaven omhandlet tre mennesker. Dette ville blitt for stort i forhold til oppgavens omfang. Siden foreldrene har en slik viktig rolle i forhold til barnet, og at barn har rett til å ha foreldrene tilstede under hele oppholdet², vil de bli nevnt i oppgaven. Vi ønsker heller ikke å fokusere på selve behandlingen av leukemi, alle bivirkningene eller smerteproblematikken. Vi vet at bivirkningene av kreftbehandling vil true barnets grunnleggende behov, for eksempel ernæring, søvn/hvile og eliminasjon. Vi vet at ivaretagelse av barnets grunnleggende behov må bli sett på som en helhet, men på grunn av oppgavens omfang velger vi bort sykepleie på disse områdene. Vi vil forholde oss til barn i alderen 3-6år, som enda ikke har begynt på skolen, da vi mener det er store forskjeller på førskolebarn og skolebarn. Barnet har heller ingen tilleggssykdommer.

1.4 Oppgavens disposisjon

Vår oppgave er delt inn i en innledning, en metodedel, en teoridel, en drøftingsdel og en avslutning.

Kapittel 1 består av en innledning, der vi har tatt med tema for oppgaven, problemstillingen vår, avgrensninger for oppgaven og oppgavens disposisjon.

Kapittel 2 består av hva en metode er, valg av metode, gjennomføring av intervju, litteraturgjennomgang og kritikk i forhold til metode og kilder.

Kapitel 3 består av teori. Her har vi tatt med teori vi mener vil være relevant for oppgaven. Dette er følgende: leukemi, beskyttende isolat, det spesielle med sykepleie til barn, utviklingslære, trygghet, kommunikasjon og lek. Vi har valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker, og tatt med deler av hennes teori om sykepleie.

² Hentet fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-007.html>

Kapittel 4 består av drøfting. I denne delen forsøker vi å finne svar på problemstillingen vår, dette ved å drøfte teoridelen, informantens svar og meninger, og våre egne synspunkter.

Kapittel 5 består av en avslutning. Her ser vi på om vi har funnet svar på vår problemstilling.

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

En metode er en fremgangsmåte for å få fram kunnskaper, eller prøve ut påstander som sies og være sanne, holdbare eller gyldige. Når vi velger en bestemt metode er det fordi vi mener at den vil gi oss gode data og vi vil få den informasjonen vi trenger for å få svar på vår problemstilling. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller vi mellom kvantitative og kvalitative metoder. Den kvantitative metoden former informasjonen som vi innhenter om til målbare enheter, slik at det blir mulig å regne prosent og finne gjennomsnitt av en større mengde funn. Den går i bredden, med få spørsmål og mange undersøkelses enheter. En jobber med fjernhet til feltet, så datasamlingen skjer uten direkte kontakt med de utvalgte for undersøkelsen (Dalland, 2007).

Når en bruker den kvalitative metoden er en mer opptatt av å finne meningene og opplevelsene hos de enkelte. Altså ting som ikke lar seg måles og tallfestes. Metoden går mer i dybden, og det er mange spørsmål til få personer. Vi vil her få frem følelser, det spesielle og det som eventuelt er avvikende i de enkelte situasjoner. Et intervju er en kvalitativ forskningsmetode. I denne metoden er det et *jeg-du-forhold*, der vi er i direkte kontakt med undersøkelsespersonen. Det er viktig å få med sammenhenger og helheten i intervjuet. Vi må være oppmerksom på at dette er en situasjon der vår personlighet kan være med på påvirke informantens svar. Derfor er det viktig at undersøkelsespersonen føler seg komfortabel med situasjonen, da vil vi kunne få mer troverdige svar (Dalland, 2007).

2.2 Valg av metode

For å innhente data velger vi metoden kvalitativt intervju og litteraturstudie. Vi velger kvalitativt ovenfor kvantitativt, siden dette vil gi mer dybde og forståelse av hvordan det fungerer i praksis. Vi intervjuer derfor en sykepleier på en avdeling med kreftsyke barn, der de må ligge i isolat i perioder. Vi ønsker å få med sykepleierens opplevelse, og å tilegne oss kunnskap om hva hun mener er viktig å vektlegge i en slik situasjon, i tillegg til det

litteraturen forteller. Vi vil også ha informasjon om hvordan rutiner og ivaretagelse av barna utføres ved den aktuelle avdelingen. Det positive med denne metoden er at vi får direkte kontakt med feltet, og vi håper å få fram det som er spesielt i en slik situasjon. Vi ønsker å se en helhet og sammenheng i oppgaven. Vi vil sammenlikne vår litteratur og informantens svar. På denne måten tror vi at vi vil finne svar på vår problemstilling.

2.3 Gjennomføring av intervju

Vi kontaktet den aktuelle barneavdelingen. Avdelingslederen anbefalte oss å intervjuer en spesialsykepleier, da hun har høy kompetanse. Vi sendte henne en intervjuguide som vi hadde utarbeidet i forkant, slik at hun hadde mulighet til å forberede seg. I tillegg litt informasjon om intervjuet. Vi har valgt å fokusere det kvalitative intervjuet på bestemte temaer, fremfor standardiserte spørsmål. Informanten ønsket at intervjuet skulle finne sted på avdelingen, og vi fikk en time til disposisjon. Informanten virket positiv og engasjert og hadde forberedt seg. Hun var vant til bruk av båndopptaker og fortalte at hun har blitt intervjuet mange ganger før. Under intervjuet gikk vi strukturert gjennom intervjuguiden, og det kom fram tilleggsspørsmål underveis. Vi syntes vi fikk gode svar på våre spørsmål. Etter intervjuet transkribert vi opptaket, og vi fikk en bedre oversikt over datainnsamlingen.

Med tanke på etiske overveielser har vi valgt å anonymisere både navn på sykehus og informantens videreutdanning, slik at informanten ikke skal gjenkjennes av leseren. Vi har i tillegg valgt å referere til informanten i hunkjønn, siden det er overvekt av kvinnelige sykepleiere. Under transkriberingen har vi også anonymisert alt av sensitiv informasjon som ble oppgitt, og vi har makulert alle notater og slettet båndopptaket.

2.4 Litteratursøking/gjennomgang

I første omgang har vi lest i vår pensumlitteratur, for å finne det som vil være relevant for vår problemstilling. For mer spesifikk litteratur rundt temaet har vi brukt BIBSYS og hovedbiblioteket i vår kommune. Artikler og forskning har vi funnet ved å benytte oss av søkemotorene: Helsebiblioteket.no, SveMed+, PubMed, Sykepleien.no og Google Scholar.

Gjennom disse søkene ser vi at det er mye forskning som omhandler temaet barn med leukemi. Vi har brukt søkeord både på norsk og engelsk, som: Cancer, Children, Leukemia, Care/needs, Pediatric, Blood cancer, Communication, Play og Activity. I disse søkene ser vi at det er mye internasjonal forskning på dette området. Vi har valgt å benytte oss av de artiklene vi mener vil hjelpe oss å komme fram til svar på vår problemstilling.

2.5 Metode og kildekritikk

Svakheten med å velge et kvalitativt intervju er at vi kun får svar fra få fagpersoner, i motsetning til en kvantitativ undersøkelse der flere svarer på det samme.

Vi har valgt å intervju kun en fagperson på grunn av tidsbegrensninger, siden denne metoden vil kunne ta mye tid å behandle. Vi mener at denne metoden vil være den beste måten for å kunne svare på problemstillingen vår. Med denne metoden får vi et innblikk i sykepleierens egne erfaringer om temaet. Vi skulle gjerne ønske at vi kunne intervjuet flere sykepleiere, for å få frem om det fungerer likt på flere avdelinger. Vi føler at det vil være bedre å få ett intervju, enn ingen.

Vi mener at det er positivt at vår informant er en sykepleier med mange års erfaring innenfor barn og kreft, og har jobbet ved flere avdelinger i landet. Derfor tror vi at hennes erfaringer vil gi de nødvendige svarene for å besvare vår problemstilling. Oppgaven vil bli utfyllende ved teori fra litteratur og forskning, og sykepleierens erfaringer og kunnskap.

Søkemotorene vi har brukt ser vi på som anerkjente søkemotorer, som vi stoler på. Dette fordi de ligger under BIBSYS, og vi har full tilgang via skolens nettverk. Når vi søkte kom det opp svært mange treff. Vi har begrenset dette ved å bruke flere relevante søkeord. Vi har tatt oss god tid til å finne artikler og forskning som vil være relevant for vår problemstilling. Dette medførte at vi også har utelukket mange treff, og kun brukt det vi har funnet relevant. Vi kunne på denne måten oversett viktige treff. Vi har også vært oppmerksomme på at vi ikke tolker artiklene i vår favør, og at artiklene er relevante. Siden mye av forskningen er på engelsk, kan det medføre at innholdet blir misforstått. For å unngå dette har vi tatt oss god tid til oversettelse.

3.0 TEORI

3.1 Leukemi

I følge Norsk helseinformatikk er det i Norge ca 120 barn som får en form for kreftsykdom hvert år. Av disse barna er det ca 30-40 som får diagnosen leukemi. Den vanligste alderen for blodsykdommen er 2-5 år, og ca 80 % av barn som får diagnosen overlever. Leukemi angriper blodcellene i beinmargen, det skjer en ukontrollert cellevekst i forstadiene til leukocytene. Dette utgjør de ondartete kreftcellene. Når diagnosen leukemi blir stilt, bli det raskt satt i gang en behandling med cytostatika. Hensikten med behandlingen er å undertrykke produksjonen av umodne celler i beinmargen, slik at den normale celleveksten skal kunne komme i gang igjen. Denne behandlingen tar også mange av de friske cellene. Dette vil resultere i flere bivirkninger. Blant annet økt fare for infeksjoner, grunnet manglende immunforsvar. Derfor vil barnet ofte trenge beskyttende isolering. Dette fordi at infeksjoner som er uskyldige for andre, kan være livstruende for et barn som gjennomgår cytostatikabehandling. Behandlingen kan ta opp til 3 år (Grønseth og Markestad, 2005) (Sandersen, Finne-Grønn & Dagestad, 2001).

3.2 Beskyttende isolat

For å beskyttes mot infeksjoner blir barnet lagt på et eget rom som er overtrykksventilert og har en spesielt filtrert ren luft. Dette hindrer at eventuell smitte ikke kommer inn i rommet. Rommet har en egen sluse, som pårørende og personalet benytter når de skal inn og ut. Her kler de på seg smitteutstyr som frakk, munnbind, hette, hansker og beskyttelsestrekk over sko. Håndhygiene er spesielt viktig, siden det er den vanligste smitekilden på sykehus. Hvilke rutiner og utstyr som blir brukt vil hele tiden avhenge av pasientens tilstand. Så få personer som mulig bør være i kontakt med barnet. Andre barn bør ikke være i kontakt med det syke barnet i denne perioden, da barn ofte er smittebærere av barnesykdommer. Kun nærmeste familie og friske søsken burde komme inn i isolatet (Sandersen et al., 2001). Når barn må ligge over tid i isolat, vil dette kreve ekstra mye av sykepleieren for å hjelpe dem med å mestre situasjonen både psykisk, fysisk og sosialt (Kvåle, 2002).

3.3 Det spesielle med sykepleie til barn

Sykepleie til barn vil være annerledes fordi barn ikke er små voksne. Barn er ikke fult utviklet og reagerer annerledes enn voksne på sykdom og sykehusinnleggelse. De uttrykker seg annerledes enn voksne, og er avhengig av voksne for å få dekket sine grunnleggende behov. Når barn legges inn i sykehus må derfor barnet, foreldre og søsken betraktes som en helhet (Tveiten, 1998). Ifølge Pasientrettighetsloven (1999) § 6-2, har barnet rett til samvær med minst en av foreldrene eller foresatte under hele oppholdet på sykehuset. Når barnet blir sykt må det legges til rette for stimulering, slik at det kan vokse og utvikle seg normalt samtidig som sykdommen behandles. Stimuleringen må være tilpasset symptomer og konsekvenser for sykdommen (Tveiten, 1998).

3.4 Joyce Travelbee's sykepleieteori

3.4.1 Definisjon på sykepleie

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee's sykepleierteoretiske syn om mellommenneskelige forhold i sykepleie. Dette fordi det er relevant i forhold til sykepleie til barn og vi mener det er viktig med god kommunikasjon og relasjon til barnet. Vi velger å bruke ordet barn i teksten vår, selv om Travelbee har brukt ord som vedkommende og den syke.

Joyce Travelbee definerer sykepleie som:

"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene".

(Travelbee, 1999, s.29)

Vi velger å ta med dette siden vi finner det relevant å belyse hva sykepleie er, uansett om det er til barn eller voksne. Det Travelbee mener med at sykepleie er en mellommenneskelig prosess er at sykepleie alltid dreier seg om mennesker, indirekte og direkte. Sykepleie er også en prosess, med dette menes det at sykepleie består av erfaringer og hendelser som skjer

mellom sykepleier og mennesker som har behov for hjelp. Formålet med sykepleie er å hjelpe den enkelte med å forebygge eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, eller til å opprettholde en best mulig helsetilstand. For å kunne få dette til må sykepleier skape tilknytning til barnet. Sykepleier må sette seg inn i hvordan barnet oppfatter sin sykdom og situasjon. Travelbee sier at det ikke vil være mulig å kunne hjelpe barnet til å mestre sin situasjon vist hun ikke vet hvordan barnet stiler seg til den (Travelbee, 1999).

3.4.2 Joyce Travelbee om terapeutisk sykepleie

Travelbee mener at en profesjonell sykepleier skal kunne bruke seg selv terapeutisk. Det vil si at en bruker sin egen personlighet bevist og målrettet i den hensikt for å få et forhold til barnet. Det å bruke seg selv terapeutisk krever fornuft og kunnskap. Det krever empati, logikk og medfølelse. Det handler om at sykepleier bruker sine personlige egenskaper, sammen med sine kunnskaper om barnet, og bruker dette i sammenheng mot det som er det beste for barnet (Travelbee, 1999).

3.4.3 Joyce Travelbee om kommunikasjon

Travelbee sier at all kontakt med barnet gir mulighet til å bli kjent med det, og på denne måten vil sykepleier kunne ivareta barnets behov. Det vil bli etablert et menneske til menneske forhold, og på denne måten kan sykepleier oppnå sine mål og hensikt med pleien. For at målene som ønskes skal oppnås må sykepleieren ha samtaler og møter med barnet, slik at de blir kjente med hverandre. Det er viktig at sykepleier ser at alle barn er forskjellige, og reagerer ulikt ved påkjenninger. Når barnet kjenner sykepleieren og opplever hennes ønske om å hjelpe, vil det være lettere for barnet og dets pårørende å komme fram med sine bekymringer. Det handler om å skape tillit. Sykepleieren må være i stand til å kunne forstå hva barnet kommuniserer, og bruke den informasjonen hun får i arbeidet sitt. Sykepleier må utvikle sine evner til å kommunisere. Jo mer kreativ, dyktig og kunnskapsrik hun er gis det en mulighet for bedre kommunikasjon. Dette gjelder både verbal og non – verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon gjennom språk og skrift. Non-verbal kommunikasjon er overføring av budskap uten bruk av ord (Travelbee, 1999).

3.5 Utviklingslære

I pensum er blant annet Piagets teori benyttet. Vi velger å se på hans teori om barn fra 2-6 år. I denne alderen kan barnet tenke logisk og formålsbevist, men de mangler evnen til og forstå begrep om antall og volum. Barnet utvikler gradvis evnen til å forestille seg hendelser og mennesker ved hjelp av symboler, dette vises godt gjennom "late som leken". Opp til femårs alderen er barnet preget av egosentrisk tenkning. Barnet ser bare seg selv i sentrum og mangler evnen til å se ting fra andres perspektiv. Når barnet er i 2-4 års alderen er tenkningen preget av animisme, det vil si at barnet gir døde ting liv. Et eksempel på dette er at leker blir levende. Det er vanskelig for barnet å skille mellom fantasi og virkelighet, og de preges av en magisk tenkning. Barnets tidsbegrep er ikke ferdig utviklet, så når de er på sykehus er det viktig at barnet får hjelp til å få konkret oversikt over hva som skal skje, hvor lang tid det vil ta og hvor lenge det skal være innlagt på avdelingen (Grønseth og Markestad, 2005).

3.6 Barn og trygghet

Psykologen Maslow har utarbeidet en behovspyramide om menneskets behov. Han mener at pyramiden må oppfylles nedenfra og opp, da det nederste må dekkles før det neste kan bli ivaretatt. Behovet for trygghet er det nest viktigste behovet for mennesket (Walker, Payne, Smith og Jarrett, 2007). Trygghet er et psykososialt behov, som er et av menneskets grunnleggende behov. Dette vil bli truet ved sykdom og sykehusinnleggelse. Trygghet har betydning for menneskers forhold til andre og en selv. Det er et viktig element for å skape relasjon, og evnen til samhandling mellom sykepleier og barn. Trygghet er en personlig opplevelse, og det er sykepleiers mål og fremheve dette hos hvert barn (Blix og Breivik, 2006).

Trygghet er et sentralt begrep i sykepleie til barn (Worum, 1999). Når barn blir syke og må legges inn på sykehus innebærer det forandring i livet. Viktige personer blir borte, dette kan være svært vanskelig for mange barn. Derfor er trygghet spesielt viktig, trygghet handler om kontroll. Barn vil oppleve kontroll i trygge omgivelser, med mennesker rundt seg som de kjenner og føler omsorg fra. De har behov for voksne mennesker som viser at de forstår og ser, og gir informasjon og forklaringer på en forståelig måte (Eide og Eide, 2007). Når barn føler at de blir tatt vare på av sykepleiere med kunnskaper, ferdigheter og som viser varme og

sikkerhet vil det bidra til at de føler trygghet. Måten sykepleier opptrer på har mye å si for om barn opplever trygghet (Blix og Breivik, 2006).

3.6.1 Trygghet til barn i sykehus

Det er sykepleiers ansvar å få hverdagen i sykehusoppholdet så kjent og normal som mulig (Grønseth og Markestad, 2005). Barn må behandles med respekt, tas på alvor og avtaler må holdes for å skape trygghet. Når barn er godt forberedt til perioden i isolatet, og den ikke blir lengre enn forventet vil barn bedre mestre utfordringen. Det er sykepleiers oppgave å forberede og informere barnet, deriblant å vise det rundt på avdelingen og isolatet. Grenser og struktur gir barn trygghet (Egeland, 2006)(Tveiten, 1998). For å oppnå trygghet er det viktig med foreldrenes tilstedeværelse, kjente rutiner, glede, humor og lek. Sykepleieren må skape en hyggelig atmosfære rundt barnet. Rutinene ved en avdeling må tilpasses til barns fordel, siden vante og kjente rutiner gir trygghet (Grønseth og Markestad, 2005).

Når barn skal gjennomgå prosedyrer og undersøkelser er det viktig at de er forberedt (Grønseth og Markestad, 2005) Når barn er godt forberedt og sykepleier samarbeider med dem, vil det bidra til mestringsfølelse. Ved å la barn delta i prosedyrer vil det gi en følelse av kontroll og dermed trygghet (Egeland, 2006). For at barn skal oppleve kontroll må de få selvbestemmelse, og ta noen egne valg (Grønseth og Markestad, 2005).

I følge Forskriften til barns opphold i helseintusjon (2000) § 5 skal barnet så langt det er mulig ha samme personale å forholde seg til under hele oppholdet. Primærsykepleiere øker trygghetsfølelsen hos både barn og foreldre (Grønseth og Markestad, 2005).

Primærsykepleiere er faste sykepleiere som følger opp hvert barn enkelt over tid. Dette legger til rette for kontinuitet i sykepleien. Denne ordningen er til det beste for både foreldre og barn ved at de får få og definerte personer å forholde seg til, og at de alltid vet hvem som er ansvarlig for sykepleien til barnet (Tveiten, 1998). Foreldre er viktige for at barn skal føle seg trygge, og foreldre må være trygge på sykepleieren (Grønseth og Markestad, 2005).

3.7 Kommunikasjon med barn

God kommunikasjon med barnet er viktig for å bli kjent med barnet og for å skape et tillitsforhold. Det er viktig å forberede, informere og hjelpe barnet og foreldre til å bearbeide opplevelser som følge av sykdom og sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad, 2005). Det finnes ikke en oppskrift på hvordan en skal kommunisere med barn. Sykepleieren må bruke sine egne erfaringer og se an hvert enkelt barn og dets situasjon, for å kunne finne en god måte å kommunisere med barnet på (Eide og Eide, 2007). I samtaler med barn skal det brukes et naturlig og dagligdags språk (Grønseth og Markestad, 2005).

Det tar tid og få barnets tillit og det krever at sykepleieren må prøve seg frem. Barn kan føle seg usikre på fremmede, og kan ha vanskeligheter med og åpne seg (Eide og Eide, 2007). Sykepleiere kan være snille og hyggelige, men samtidig utfører de skremmende og ubehagelige prosedyrer, som vil kunne svekke barnets tillit. Tillit betyr mye for samarbeid mellom sykepleier og barn. Sykepleier bør holde litt avstand i begynnelsen, slik at barnet blir vant med hennes stemme, utsende og fremtreden. Sykepleier må først skape et tillitsforhold til foreldrene. Deretter gradvis å inkludere barnet med i samtaler. Førskolebarn har en begrenset evne til å sette seg inn i andres tankeverdener, og deres egosentriske perspektiv gjør det vanskelig å forstå at andre ikke skjønner hva de mener. De voksne har ansvar for tilpassningene som kreves for en vellykket samtale. Sykepleier må ta utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse og bidra til at barnet føler seg kompetent til samtalen (Grønseth og Markestad, 2005).

3.7.1 Kommunikasjon med barn i 2-6 års alderen

Sykepleier må invitere barn inn i en samtale, da barn sjelden kommer av seg selv. Under samtale med barn er det viktig at sykepleier tenker over hvordan spørsmål blir stilt (Worum, 1999). Samtalen må ta utgangspunkt i noe barn kan hente frem fra hukommelsen. Barn under 7 år har vanskeligheter med å fortelle hendelser med egne ord. De trenger hjelp til å linke samtaler opp mot spørsmål. Sykepleier må hjelpe barnet inn i samtalen ved å gjenfortelle hendelser (Grønseth og Markestad, 2005).

Barn i alderen 2-6 år blir lett forstyrret av mange sansesinntrykk, derfor må viktig informasjon og samtaler foregå i rolige omgivelser. Barn har kort oppmerksomhetstid og samtaler bør være kortvarige og tas når barnet er opplagt. Når barn får bevege seg fritt under samtaler, bidrar det til mer avslappende omgivelser, og barnet velger selv om det ønsker øyekontakt. Gode omgivelser gjør at barn lettere oppfatter informasjon. Lekker, tegne- og malesaker bør være i rommet, da dette tiltrekker barns oppmerksomhet. I samtalerommet skal det være lov å leke, prate, være stille, sint og lei seg (Grønseth og Markestad, 2005)(Worum, 1999).

Sykepleier må respektere at barn ikke alltid ønsker å prate, og må ikke presse det til samtale. Samtaler må skje på barnets premisser (Grønseth og Markestad, 2005). Når barn er under press kan det resultere i at de trekker seg tilbake, og det kan ta lang tid før sykepleier oppnår kontakt igjen. Sykepleier må være tålmodig og vite at barn har en annen tankegang enn voksne og at det er hun som må tilpasse seg barnet. Ved å tilpasse seg barnet og følge dets føring vil sykepleier skape trygghet og kontakt (Eide og Eide, 2007).

3.7.2 Kommunikasjon ved bruk av hjelpemidler

I kommunikasjon med barn er det nyttig å bruke hjelpemidler. Barn kommuniserer best og forstår lettest når ord og handlinger kombineres. Hjelpemidler gjør det enklere for barn å prate om opplevelser. I 2-9 års alderen er dukker, bamser, dyr og tegnesaker fine hjelpemidler. Det er enklere for barn å forklare en hendelse ved hjelp av dette, og det er mindre skremmende å snakke om skumle fantasier via slike hjelpemidler. Det barn tenker mest på får hovedfokus i barnets lek. Sykepleier må ikke tolke leken selv, men spørre direkte hva det betyr. Det kan være vanskelig for barn å snakke om følelser og opplevelser og ved bruk av hjelpemidler vil sykepleier få kontrollert om barns framstilling korrekt (Grønseth og Markestad, 2005) (Worum, 1999).

Ved å gjøre barn delaktige vil de forstå sykdommen bedre, og dette vil resultere i økt mestringsfølelse. Barn må få informasjon så raskt som mulig, da de selv vil skaffe seg den gjennom egen fantasi. Taushet fra voksne kan vekke den verste fantasien. Taushet, unnvikelse og kroppsspråk er et språk barn oppfatter, men ikke helt forstår og vil gjøre dem uttrykke (Worum, 1999). En Nederlandsk undersøkelse om kommunikasjon mellom leger, barn og foreldre viser at barn ofte holdes utenfor i samtaler. Leger henvender seg mer til foreldrene, og når de henvender seg til barnet svarer ofte foreldrene. Studien viser at barn som

regel ikke er delaktig før i 10 – 11 års alder, men det viser seg selv da når leger veileder eller informerer om sykdommen henvender de seg i 95 % av tilfellene til barnets foreldre. Studien viser også at det har en positiv effekt at helsepersonell henvender seg direkte til barnet og at det har en klar betydning på sykdomsforløpet og barnets evne til å følge med i behandlingen (Tates, K. & Meeuwesen, L 2001).

3.8 Barn og lek

Lek er viktig for barn, og har en pedagogisk funksjon, da de lærer om seg selv og andre. Lek stimulerer den kognitive utviklingen, personlighetsutviklingen, sosialisering og kommunikasjon. Sykepleiere må ha kunnskaper om dette, og vite hva lek betyr for barn (Tveiten, 1998). I følge Pasientrettighetsloven (1999), barns særlige rettigheter § 6-3 har barn rett til å bli aktivisert og stimulert under opphold på sykehus, så langt dette er forsvarlig ut fra barnets helsetilstand. Et barns dag består av mye lek. Lek skjer spontant når barnet får lyst til å leke. Barn må ikke presses til lek, de må leke når de selv ønsker det. Når barn leker kan de være seg selv, noe som er viktig for videre identitetsutvikling (Tveiten, 1998)(Grønseth og Markestad, 2005). Når det blir tilrettelagt for lek, må lekeform og leker vurderes etter barns alder, utviklingsnivå, funksjonsevne og psykiske tilstand. På isolat kan musikk og film bidra til stor glede (Egeland, 2006)(Grønseth og Markestad, 2005).

3.8.1 Lekens terapeutiske egenskap

Evnen til å mestre utvikles gjennom lek og det har en terapeutisk virkning. Barn bearbeider følelser, opplevelser og skremmende situasjoner gjennom lek (Egeland, 2006). Når barn har begrenset tilgang til lek, vil stimuleringen av barnets utvikling hemmes. Sykepleier må til enhver tid ivareta barns vekst og utvikling. Ved å la barn leke, eller leke sammen med dem vil det hjelpe barnet å se sine friske sider. Lek resulterer i glede, trivsel, mestringsopplevelse og mening. I lek er det barnet som har kontroll, og som bestemmer. Barnets lek vil speile hvordan det oppfatter verdenen og den situasjonen det er i nå (Tveiten, 1998)(Grønseth og Markestad, 2005).

3.8.2 Lek på sykehus

Det er en påkjenning for barn og ikke få bevege seg fritt. På grunn av sykdom, dårlig plass, mindre leker og lekekamerater vil det normale aktivitetsnivået reduseres (Grønseth og Markestad, 2005). Sykepleier må legge til rette for lek og aktivisering. Forskning gjort av Winter et al., (2009) viser at aktivitetsnivået til barn som gjennomgår behandling for kreft blir betydelig redusert. Den viser at selv om de er reduserte er de mer aktive hjemme, enn når de er innlagt på sykehus. Undersøkelsen bekrefter at det er et strekt behov for tiltak som er tilpasset det enkelte barns behov for aktivitet under innleggelse (Winter et al., 2009). Når barn har med leker hjemmefra, vil det gi en økt trygghetsfølelse, og det vil bidra til at barn føler en sammenheng mellom hjem og sykehus (Grønseth og Markestad, 2005).

I 3-6 års alderen er "late som leken" interessant. Det er lek der barn bruker fantasien til å late som de er noen andre. Barn bruker kjente situasjoner som sykehus og familieforhold. Sykehusutstyr vil være aktuelt å leke med i en terapeutisk hensikt. I denne alderen er det fint med miniatyrutgaver av voksnes ting, for eksempel, sykehusutstyr, dukke og tråbil (Tveiten, 1998)(Grønseth og Markestad, 2005).

4.0 DRØFTING

I denne drøftingen ser vi se på hvordan vi kan ivareta barns behov for trygghet når de ligger på isolat. Vi skal også se på hvordan vi kan bruke kommunikasjon og lek som en metode for å ivareta dette behovet på isolat.

4.1 Trygghet

Eide og Eide (2007) forteller at når barnet legges inn, blir alt annerledes enn hjemme. Spesielt når nære pårørende ikke lengre er der. Når barn med leukemi blir lagt inn på isolat, er trygghet en vesentlig faktor for at barnet skal ha det bra. Trygghet er grunnlaget for kommunikasjon, lek og opplevelsen av oppholdet i seg selv. Vi ser at det blir en forandring i hverdagen til barnet. Omgivelsene er nye, og isolasjonstiden kan innebære skremmende prosedyrer og ukjente mennesker. Eide og Eide (2007) sier at dette er faktorer som kan gjøre barn utrygge. Vi mener at en isolasjonsperiode på sykehus, er en mer intens situasjon enn å være ute i avdelingen, der en kan bevege seg fritt. Med dette ser vi at det blir vår oppgave som sykepleiere å sette i gang tiltak som bidrar til at barn opplever trygghet.

4.1.1 Informasjon til barn før isolering

For at barn skal føle trygghet mener Eide og Eide (2007) at det er viktig at de på forhånd vet hva de har i vente. Vi ser da at det å gi god informasjon har stor betydning. Eide og Eide (2007) sier også at barn opplever trygghet ved følelse av kontroll. Vi mener at hvis vi som sykepleiere formidler god informasjon til barnet om isolasjonsoppholdet, og hvorfor de ikke kan forlate rommet, vil barna oppleve en bedre kontroll over situasjonen. Vår informant legger vekt på dette, og forteller at de har gode rutiner angående informasjon. Dette blir praktisert gjennom muntlig informasjon, i tillegg til en brosjyre der alt står grundig forklart. Dette ser vi er et godt tiltak for bidra til trygghet hos både foreldre og barn.

I tillegg til nye omgivelser, føler vi at sykepleiernes påkledning kan være skremmende for barnet, og igjen gjøre det utrygt. Informanten vår forteller at når det gjelder barn med kreft på

isolat, bruker de vanligvis ikke alt utstyret. Frakk, munnbind og hansker brukes bare der det er nødvendig. Hun forteller også at barna ofte er vant med munnbind, men at det kan være skremmende i begynnelsen. De prøver alltid å gjøre det på en måte som virker mindre skremmende. Vi tenker at hvis barnet og kanskje foreldrene, kunne fått egne munnbind ville vi som sykepleiere blitt mindre skremmende. Barnet ville også på denne måten fått en form for deltagelse i prosedyren. Noe Egeland (2006) sier skaper mestring, som igjen gir trygghet. Det er ikke bare barnet som kan skremmes av utstyr og bekledning, også foreldrene. *”Det kan være skremmende for både den ene og den andre”* sier informanten. Vi ser gjennom teorien at hvis foreldrene blir usikre, vil det også påvirke barna. Dermed ser vi klart viktigheten av god informasjon til alle, slik at barnet skal føle seg trygg og oppleve kontroll.

4.1.2 Betydningen av deltagelse og samarbeid

Som nevnt mener Egeland (2006) at deltagelse i prosedyrer bidrar til trygghetsfølelse. Han sier og i likhet med Eide og Eide (2007) at når barnet er godt forberedt, og når barn og sykepleier samarbeider vil det bidra til følelse av kontroll og trygghet. Informanten bekrefter at dette stemmer i praksis, og mener det er viktig å involvere barna. Hun forteller:

”Jeg bruker å la barna delta i prosedyrer. Har for eksempel hatt ei jente på avdelingen som syntes det var kjempe morsomt å få skylle katetrene med Heparin. Jeg prøver å gjøre barna så delaktige som mulig under prosedyrer, ved å la dem gjøre enkle ting som å snu blodprøveglass ved blodprøvetakning”.

Vi ser i denne historien at barnet og sykepleier samarbeider. Vi mener at dette er en god måte å få barn til å føle kontroll, forutsibarhet og mestring. Vi ser at dette vil kunne bidra til økt trygghet. Vi mener at hvis barna hadde blitt utelukket fra prosedyrer og sykepleieren ikke hadde lagt opp til samarbeid, ville ikke barnet kunne fått den samme følelsen av mestring. Vi tror også at barnet ville mistet kontroll over egen situasjon ved en slik handling, og da føle seg utrygg.

4.1.3 Trygghet og fast personal

Sandersen et al., (2001) sier at barnet og foreldrene burde ha så få som mulig å forholde seg til, og Grønseth og Markestad (2005) sier at det burde opprettes primærsykepleiere som har hovedansvaret for pleien til barnet. Dette er noe informantene forteller at de praktiserer på avdelingen, men hun forteller videre at det er en utfordring å gjennomføre dette til enhver tid, på grunn av tredelt turnus. De strever etter å få det til så langt det er mulig, og når de får dette til fungerer det godt. Informanten forteller at i praksis danner de primærgrupper med ca fire sykepleiere til hvert barn. Dette er et tiltak for at barnet skal få det best mulig på isolatet. Vi ser igjennom å ha primærsykepleiere at det vil resultere i at alle parter blir godt kjente med hverandre, og at det vil øke helheten i pleien. Vi mener at det å ha faste sykepleiere vil øke tryggheten. Vi mener at det er dette Travelbee (1999) kaller et menneske til menneske forhold, og vi tror det er viktig at barnet har få personer å forholde seg til for at det skal kunne oppnås. Vi mener også at de barna som ligger på isolat burde bli prioritert i forhold til fast personale, da vi mener at de er i en skremmende situasjon og har et stort behov for trygghet. Vi tror også gjennom denne muligheten av å komme så godt inn på hverandre vil være med på å skape trygghet for alle parter, og sykepleier vil kunne se det unike med hvert enkelt barn. Vi ser at primærsykepleie bidrar til kontinuitet i arbeidet, og at det er en stor trygghetsfaktor for både barn og foreldrene at de har et fast personale og forholde seg til.

4.1.4 Trygghet og struktur

Egeland (2006) og Tveiten (1998) mener at grenser og struktur bidrar til trygghet. De mener at barnet må bli tatt på alvor og sykepleieren må holde avtaler. Grønseth og Markestad (2005) sier at kjente rutiner vil øke trygghetsfølelsen hos barnet, og at det vår oppgave som sykepleiere å få hverdagen på isolatet så kjent og normal som mulig. Vi ser med dette at vi må følge barnets rutiner, i forhold til blant annet søvn/hvile og andre rutiner de har hjemme. Vi mener at dette vil gjøre hverdagen på isolatet mer normal, og at det vil bidra til økt trygghet. Informanten hadde en fin historie som vi velger å bruke, der vi tydelig ser at primærsykepleiere, struktur, kjente omgivelser, mestring, deltakelse, kontroll og forutsigbarhet skaper trygghet.

”Jeg hadde en gutt på avdelingen som måtte få daglige infusjoner. Det ble mye stikking, og gutten var svært engstelig i begynnelsen. Vi opprettet tre primærsykepleiere til han. Vi utførte prosedyren på samme sted, og vi gjorde det alle sammen likt hver gang. Vi prøvde også å la gutten være delaktig i prosedyren. Gutten hadde veneport, og fikk selv ta av emblaplasteret. Det var mye gråt i starten, men etter at dette ble en rutine ble prosedyren mye bedre å gjennomføre for oss og gutten.”

Gjennom denne fortellingen ser vi at det å ha primærsykepleiere har en tydelig effekt hos barn. Vi tror det er fordi at de blir godt kjent med hverandre, de samarbeider lettere, barnet vet hva som skal skje og det får bidra. Det ble skapt et menneske til menneske forhold, og sykepleierne visste hva situasjonen krevde av dem. Piaget sier at barn opp til fem års alderen preges av egosentrisk tenkning. Det som skjer rundt dem er deres skyld, både i positiv og negativ retning (Grønseth og Markestad, 2005). Vi ser på dette som enda en viktig grunn til at barnet skal føle seg trygg og oppleve kontroll. Travelbee (1999) sier at trygghet skapes hos barnet når det opplever sykepleierens ønske om å hjelpe. I følge Eide og Eide (2007) vil barn oppleve kontroll i trygge omgivelser og når de har kjente mennesker rundt seg. Vi ser dette i informantens historie. Vi tror at gutten opplevde sykepleierens ønske om å hjelpe, prosedyren skjedde i trygge omgivelser, og når han var blitt vant med hva som skulle skje opplevde han kontroll over situasjonen. Vi ser at det er et nødvendig tiltak at barnet har primærsykepleiere, da det slipper nye ukjente mennesker, som kan føre til utrygghet. Når barnet derimot får se kjente ansikter og omgivelser, tror vi det vil øke trygghetsfølelsen. Informanten sier at samhandling blir enklere for både barn og sykepleier, når de allerede kjenner hverandre. Det tar tid det å skape et tillitsforhold.

Vi ser at teorien og informantens svar stemmer overens, og vi forstår viktigheten av tiltakene for å øke trygghetsfølelsen hos barn på isolat. Vi ser at trygghet handler om kontroll, kjente omgivelser og mennesker de har tillit til. Vi mener at dette er vesentlige faktorer for at barnet skal kunne oppleve trygghet.

4.2 Trygghet og kommunikasjon

Travelbee (1999) sier at all kontakt med barn gir en mulighet til å bli kjent med det, og at sykepleier på denne måte vil kunne ivareta barns behov for trygghet. Det vil her bli skapt et

menneske til menneske forhold. Når dette forholdet blir etablert, vil sykepleier kunne oppnå god kommunikasjon med barnet på isolat. I følge Eide og Eide (2007) finnes det ingen oppskrift på hvordan man skal kommunisere med barn. Travelbee (1999) sier at sykepleier må utvikle sine evner til å kommunisere, og at hun må være kreativ og kunnskapsrik for å skape god kommunikasjon. Vi ser da at når vi som sykepleiere har gode kunnskaper, og evnen til å kunne bruke oss selv kreativt, vil dette være et godt grunnlag for å skape god kommunikasjon og relasjon med barnet på isolatet. Vi ser at når vi som sykepleiere har evne til å skape disse faktorene, vil det bidra til trygghet.

4.2.1 Bruk av hjelpemidler i kommunikasjon på isolatet

For å kommunisere med barn sier Worum (1999) at det kan være nyttig å bruke hjelpemidler, siden barn forstår bedre når ord og demonstrasjon kombineres. Dette ser vi er viktig, da Piaget sier at barna i vår aldersgruppe gradvis utvikler evnen til å forestille seg hendelser ved hjelp av symboler (Grønseth og Markestad 2005). Vi ser at leker kan være et nyttig hjelpemiddel, for eksempel dukker og bøker. Informanten forteller at hun ofte bruker slike hjelpemidler i samtaler med barn, og forteller oss en historie der hun brukte en bamse.

"Pasienten min var en 4 år gammel jente som hadde leukemi. Hun skulle få lagt inn sentralt venekateter, og jeg skulle informere henne om dette. Jeg visste på forhånd at jenta var redd, og jeg hadde tenkt igjennom hvordan jeg skulle informere henne. Da jeg kom inn på rommet satt jenta i sengen og sa "ikke stikk meg", og hun var svært engstelig. Jeg tok bamsen hennes og utførte prosedyren på den. Jeg viste henne hvordan man skulle gjøre det med skylning og blodprøver. Hun ville ikke høre på meg og satt bare med ryggen til. Jeg ble bekymret, men fortsatte med det jeg skulle gjøre. Når jeg var ferdig ville hun ikke ha bamsen inne på rommet, så jeg satte den i forgangen. Jeg lurte veldig på hvordan dette skulle gå. Da jeg kom neste dag var hun mer avslappet, og hun satt i sengen og ga bamsen blod i kateteret med rød saft. Dette gjorde meg fornøyd. Hun hadde fått med seg det jeg demonstrerte, selv med ryggen til".

Vi ser her at teorien stemmer med praksis, barn vil forstå bedre med bruk av hjelpemidler. Vi tror at jenta forstod prosedyren bedre ved bruk av bamsen. Hadde sykepleier forklart prosedyren med bare ord tror vi utfallet hadde blitt et annet. Vi ser her at man må være

kreative og tålmodige når det gjelder barn. Vi mener også at dette er en fin måte å tilpasse seg barnet på, noe Travelbee (1999) presiserer er viktig for god kommunikasjon.

4.2.2 Samtale med barn på isolat

Grønseth og Markestad (2005) sier man skal respektere barnet og ikke presse det til samtaler. Dette ser vi Eide og Eide (2007) støtter, de sier også at når sykepleier respekterer og tilpasser seg barnet, vil det være med på å skape tillit og kontakt. I historien om jenta ser vi tydelig at sykepleier har gode kunnskaper. Hun presser ikke barnet inn i en samtale. Vi tror at hvis hun hadde presset jenta til å høre på, ville det kunne blitt vanskeligere å kommunisere. Eide og Eide (2007) påpeker, hvis barnet trekker seg tilbake kan det ta lang tid før man oppnår kontakt igjen. Sykepleieren i historien presset ikke jenta til å snu seg og se på henne, men fortsatte å fortelle, noe som viste seg å ha god effekt. Vi føler at sykepleieren viser her som Travelbee (1999) sier at hvis man er kreativ, dyktig og kunnskapsrik, vil dette være faktorer som gir mulighet for bedre kommunikasjon. Sykepleieren tilpasset seg barnet og viste respekt ved og ikke presse seg på. Vi mener også at en slik framturen kan bidra til at jenta følte seg tryggere, og fikk med seg det som ble sagt selv om hun var redd. Vi mener da det er viktig at sykepleier tenker over hvordan hun møter barnet. Når sykepleier viser at hun er rolig, hyggelig og senker seg til barnets nivå i forhold alder og utvikling, mener vi hun vil bidra til trygghet. Vi tror det er dette Travelbee (1999) mener er å bruke sin personlighet i pleien.

I følge Worum (1999) er det viktig å tenke igjennom hvordan vi stiller spørsmål i samtale med barn, og Grønseth og Markestad (2005) mener man må bruke et dagligdags og naturlig språk. Informanten understreker at det er viktig å snakke ordentlig, klart og tydelig til barnet. Vi mener at dette er viktig i kommunikasjon med barn, siden vi vet at barn kan ta enkelte ord bokstavelig. Dette kan da føre til misforståelser. Vi tror også at barn vil føle at de blir tatt mer på alvor, når de blir snakket ordentlig til. Barn i denne alderen kan i følge Piaget også tenke logisk og formålsbevisst, dette ser vi på som enda en grunn til at de må bli snakket ordentlig til (Grønseth og Markestad 2005).

I følge Grønseth og Markestad trenger barn under 7 år hjelp til å linke samtaler opp til spørsmål, vi kan da hjelpe barnet inn i historien ved å gjenfortelle den ved for eksempel å si: *"I går kom det flere personer inn på rommet og stakk deg i armen", "Husker du hvorfor de*

gjorde det?” isteden for å spørre barnet *”Hva gjorde du i går?”*. Vi ser på dette som et godt tiltak, da vi på denne måten hjelper barnet inn i samtalen og vi får bedre svar på denne måten enn ved å stille konkrete spørsmål. Ved å stille spørsmålene slik senker vi oss til barnets nivå og møter det der det er, samtidig som vi prater på en ordentlig måte.

4.2.3 Tillit gjennom god kommunikasjon med foreldre

Travelbee (1999) mener at når barnet kjenner sykepleieren vil det være lettere for barnet og foreldrene å ha en åpen dialog med sykepleieren. Det handler om tillit. Dette er noe Grønseth og Markestad (2005) støtter. De sier at tillit er en vesentlig faktor for godt samarbeid, kommunikasjon og trygghet. De sier også at det kan være et godt tiltak å henvende seg til foreldrene først, slik at de blir kjent og trygg på sykepleieren. I følge Tveiten (1998) må familien ses på som en helhet. Dette også gjennom Pasientrettighetsloven § 6-2, der barn har krav på å ha foreldrene sammen med seg.

Med dette ser vi at det er uunngåelig og ikke se familien som en helhet. Dette er noe vår informant understreker. Som sykepleier på en barneavdeling er man avhengige av foreldrene, og sykepleieren må vite at de er deres viktigste samarbeidspartnere i forhold til barnet. Informanten sier også at sykepleieren må skape et tillitsforhold til foreldrene først. Vi tror at dette kan skapes ved at sykepleier tar seg god tid, er samarbeidsvillig og formidler sitt ønske om å hjelpe. Vi mener foreldrenes rolle er en svært viktig faktor for at barnet skal føle seg trygg på isolatet. De gir god omsorg og følelsesmessig støtte.

Informanten forteller videre at når hun skal få kontakt med barnet er hun litt forsiktig i begynnelsen. Hun sier at barnet kan for eksempel få sitte på foreldrenes fang under samtale. Vi ser viktigheten av dette, da barnet har mulighet til og gradvis bli kjent med sykepleieren i trygge omgivelser, altså i samvær med foreldrene. Vi mener at ved å skape et godt forhold til foreldrene først, vil det kunne være enklere for barnet og få tillit til sykepleieren.

Vi ser at dette er viktig siden Grønseth og Markestad (2005) sier at tillit er viktig for at samarbeidet mellom barnet og sykepleieren skal fungere. Uten tillit tror vi kommunikasjon med barnet ville blitt vanskelig, og vi mener at uten tillit er det svært vanskelig å skape trygghet. I følge Travelbee (1999) vil det være lettere for barnet og foreldrene å komme fram med sine bekymringer når de kjenner sykepleieren, og opplever hennes ønske om å hjelpe.

4.2.4 Betydningen av god informasjon

Vi ser at det er viktig at barn får informasjon. Vi viser her til undersøkelsen utført av Tates og Meeuwesen (2001). Den forteller at barn ofte holdes utenfor i samtaler, men at det har en positiv effekt når helsepersonellet henvender seg til barnet. Dette har betydning for sykdomsforløpet og barnets evne til å følge med i behandlingen. Informanten sier at dette stemmer ofte med virkeligheten, og at en lett kan glemme seg og bare henvende seg til foreldrene. Hun sier dette er noe man burde være bevisste på til en hver tid. Vi tror at ved å utøve sykepleie på en slik måte, vil barnet bli mer inkludert. Barnet vil da bedre forstå hva som skjer, noe som kan bidra til trygghet. Trygghet vil bidra til en bedre kommunikasjon og relasjon med barnet. Dette bekrefter Worum (1999) ved at hun forteller at når barn inkluderes vil det forstå sin situasjon bedre og det vil øke mestringsfølelsen. Dette ser vi igjen i det vi tidligere har nevnt, om at mestringsfølelse bidrar til kontroll som igjen gir trygghet.

Grønseth, Markestad (2005) og Worum (1999) mener at når viktig informasjon skal gis til barn bør det foregå i rolige omgivelser. Dette ut i fra Piagets teori der barn i denne alderen lett kan bli forstyrret og at de har kort oppmerksomhetstid (Grønseth og Markestad 2005). Derfor ser vi viktigheten av at det ikke er mye støy og forstyrrelser på isolatet når de får viktig informasjonen. Det må det være rolig rundt barnet, slik at det ikke skal blir forstyrret, men får med seg det som blir sakt. Grønseth, Markestad (2005) og Worum (1999) forteller også at omgivelsene blir mer avslappende når barnet har mulighet til å bevege seg, og kan velge om de vil ha øyekontakt eller ikke. Vi ser at enkle tiltak, som å skru av tv eller radio, påse at det er få personer i rommet under samtaler vil være med på å skape ro og trygghet. Vi kan også sette oss ned, for å vise at vi tar oss god tid. På en annen side syntes vi barnet bør få ha leker tilstede, siden de kan lytte samtidig. Vi ser også at det å ha flere korte samtaler, fremfor en langvarig, vil gjøre at barnet forstår og får med seg samtalens innhold. Ved å skape god atmosfære, påpeker Worum (1999) at barnet lettere vil forstå. Noe som er vårt mål med kommunikasjonen.

Worum (1999) sier også at barn bør få informasjon så raskt som mulig, da de kan skaffe seg sin egen informasjon ut i fra fantasi. Dette ser vi på som viktig da vi vet at barn har god fantasi, noe vi også ser ut i fra intervjuet. Informanten forteller oss en historie om akkurat dette.

”Jeg hadde en pasient som skulle spinalpunkteres, og jeg skulle fortelle henne om denne prosedyren. Jeg forklarte at det var som et stikk når man får innlagt veneflon. Når jeg hadde gått igjennom prosedyren var jeg svært fornøyd med måten jeg hadde fortalt og demonstrert den på. Så begynte jenta å gråte og uttrykte at hun syntes det var skremmende og skulle ha et plastrør liggende i ryggen. Hun trodde at hun skulle ha røret i ryggen slik som det blir liggende i blodåren når man får veneflon. Jeg hadde glemt å fortelle henne at når prosedyren var ferdig skulle alt av utstyr fjernes”.

Informanten understreker hvor viktig det er å passe på hver eneste detalj når man forteller, og sjekke at barnet har oppfattet informasjonen riktig. Det skal lite til for det skjer misforståelser. Fantasien deres kan ofte være verre enn virkeligheten. Vi forstår viktigheten med å være tålmodig, forklare godt, bruke forståelige ord og påse at barnet har forstått informasjonen riktig. Vi mener at dette er gode tiltak, og på denne måten kan vi forhindre at barna blir unødvendig redd.

Vi ser at det teorien og det informanten sier stemmer overens, og at det fungerer bra i praksis. En sykepleier må alltid se an hvert enkelt barn på hvordan man skal kommunisere med det. Med erfaring og teorikunnskap tror at en har et godt grunnlag for å kunne kommunisere med barn på isolat. Vi mener det er viktig å ha god kommunikasjon med barn i vår aldersgruppe selv om de er små, og at de blir inkludert i samtaler siden dette er med på å skape trygghet.

4.3 Kommunikasjon og lek som metode for å oppnå trygghet

4.3.1 Viktigheten av lek på isolat

Vi har valgt å ta med lek siden vi mener at dette kan være en metode for å kommunisere og dermed oppnå trygghet. Vi mener også lek er noe som vil hjelpe oss som sykepleiere å ivareta dette behovet på isolatet. I følge Tveiten (1998) har lek en pedagogisk funksjon, og det stimulerer en del av barnets utvikling. Vi mener derfor det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskaper om dette. I følge Pasientrettighetsloven (1999) § 6-3 har barn rett til å bli aktivisert og stimulert når de er på helseinstitusjon. Undersøkelsen av Winther et al., (2009) viser også at dette er et viktig område som må ivaretas, siden barn under kreftbehandling er mindre aktiv på sykehus enn når de er hjemme. Vi skjønner viktigheten av denne loven, da vi

ser det økte behovet for lek og aktivisering av disse barna. Vi mener også at sykepleier burde ha spesielt fokus på dette til de barna som ligger på isolat, siden vi tror at deres behov for aktivisering blir ekstra truet i forhold til de barna som kan oppholde seg ute i avdelingen, der det fins lekestuer.

Informanten vår forteller at på deres avdeling har de spesielle tiltak angående lek til barna som må ligge på isolat. Dette siden de har begrenset tilgang til lek og samvær med andre barn. Et av tiltakene er at de lager private lekekasser til hvert av barna. Hun sier disse lekekassene blir tilpasset barnet ut i fra alder og interesser. Vi ser at dette er et godt tiltak for å tilrettelegge for lek, da barnet hele tiden har tilgang på leker inne på isolatet. Ved å la barn leke ser vi at det kan bidra til en mer normalisert hverdag, siden dette er noe barn er vant med til enhver tid. Når de da får gode muligheter til å leke på isolatet tror vi dette kan bidra til trygghet hos barnet. Grønseth, Markestad (2005) og Tveiten (1998) forteller at barnet føler glede, trivsel og mestring gjennom lek. De skriver også at hvis barna får ha med sine egne leker, vil dette føre til at de føler en sammenheng mellom hjem og isolat, noe som skaper trygghet. Informanten bekrefter at dette blir praktisert i avdelingen. Dette er et tiltak som legger til rette for at barnet kan leke, og vi tror hverdagen blir mer normalisert av å ha egne leker. På denne måten tror vi tilretteleggingen vil føre til at barnet føler seg tryggere.

4.3.2 Kommunikasjon ved hjelp av lek

Vi kan bruke leken for å kommunisere bedre med barn, da Eide og Eide (2007) mener at ord og bokstaver ikke har samme betydning for barn. Egeland (2006) forteller i teorien at barn ofte uttrykker sine følelser, opplevelser og bekymringer gjennom lek. Han mener da at leken kan ha en terapeutisk virkning. Grønseth, Markestad (2005) og Tveiten (1998) sier at sykepleier må være oppmerksom på barnets lek, siden det kan gi oss en mulighet til å se hvordan barnet har det. Vår informant sier også at barn uttrykker følelser og frustrasjon gjennom lek. Hun forteller oss en historie der vi tydelig ser dette.

”Jeg hadde ei jente på avdelingen. På grunn av behandling hadde jenta mye smerter. Dette var noe som viste seg godt gjennom tegningene hennes. De var mørke og dystre i begynnelsen, men når det gikk bedre og jenta ikke hadde like mye smerter ble tegningene hennes lysere og gladere.”

Vi ser gjennom dette at det er viktig for oss som sykepleiere at vi tilrettelegger for lek, slik at vi kan se hvordan barnet utfolder seg. Vi mener det er viktig at leker og tegnesaker er tilgjengelige i isolatet. Dette for at barnet til en hver tid skal kunne uttrykke sine opplevelser og følelser. Da kan vi bedre sette oss inn i barnets situasjon og det vil bli enklere for oss å kommunisere med barnet. Vi kan for eksempel snakke om tegningen, og bruke den til å kommunisere og få bedre forståelse av barnet.

Barn i vår aldersgruppe er som Grønseth og Markestad (2005) sier opptatt av "late som leken". Vi ser at barnet også gjennom slik lek kan bearbeide opplevelser, og forberede seg til for eksempel ukjente prosedyrer. Som tidligere nevnt bruker informanten dette for å informere barn. Vi viser til historien om jenta som fikk sentralt venekateter. Vi ser her viktigheten av at sykepleieren tilrettelegger for dette, og ser den terapeutiske virkningen av leken. Jenta latet da som om hun var sykepleier og ga bamsen sin behandling. Gjennom dette ser vi klart at hun bearbeidet det hun hadde gjennomgått. Det at hun da lekte med bamsen og gjennomførte de samme prosedyrene på den, viser at hun hadde blitt tryggere.

Grønseth, Markestad (2005) og Tveiten (1998) sier at gjennom å la barnet leke, og være sammen med det vil sykepleieren kunne hjelpe barnet å se sine friske sider. Informanten forteller at dette er viktig, "*Det er sykepleierens oppgave å bygge opp under barnets friske sider, hun må se hele barnet, ikke bare som et barn med kreft*". Vi tror at ved å bruke lek bevisst er det Travelbee (1999) mener med at sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk. Vi ser at det er viktig at sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk, at vi er kreative, senker oss til barnets nivå og er litt barnslige. Vi tror at når vi bruker oss selv på en slik måte vil barnet blir trygge, og vi vil kunne skape en god relasjon og kommunikasjon med barnet.

5.0 AVSLUTNING

Vi hadde som nevnt lite erfaring om barn på isolat, og ønsket å lære mer. Vi syns at dette har vært en svært lærerik prosess og at det har skjedd en utvikling av kunnskapsnivået vårt. Vi mener også at vi er mer forberet på å møte barn i sykehus og hva som kreves av oss som sykepleiere på en barneavdeling, med kreftsyke barn som må ligge på isolat.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi lært mye om hvordan vi bør forholde oss til barn som er innlagt på isolat, og hvordan vi som sykepleiere kan ivareta deres behov for trygghet. Vi ser at behovet for trygghet vil bli forsterket på isolat, da dette kan være en skremmende og intens situasjon for både barnet og foreldrene. Det fins ikke et fasitsvar på vår problemstilling, men vi ser at for at vi skal kunne hjelpe barnet på en best mulig måte, må vi bruke oss selv bevisst i arbeidet. Vi må se an hvert enkelt barn og tilpasse oss etter det. Vi ser nå viktigheten av å ha kunnskaper om barns utvikling, og tilpasse ivaretagelse av behovene ut i fra barnets alder. Vi har lært at god kommunikasjon og bruk av lek i samhandling med barn, er to viktige faktorer for å kunne oppnå trygghet. Vi har også lært at lek er en stor del av et barns liv, og at vi som sykepleiere kan bruke lek som en metode i forhold til kommunikasjon og for å oppnå trygghet.

Gjennom arbeidet med oppgaven ser vi også at foreldrene er barnets største trygghetsfaktor. Vi har lært at foreldrene vil være våre viktigste samarbeidspartnere i forhold til barnet. En god relasjon til dem, vil være vesentlig for å kunne ivareta barnet.

For å få til et godt samarbeid mellom alle parter ser vi at primærsykepleie er viktig, det gir oss mulighet til å komme ekstra godt inn på familien. Vi blir kjente med dem og de blir kjente med oss. Dette skaper et godt samarbeid, og det bidrar til trygghet. Når foreldrene er trygge, vil tryggheten overføres til barnet.

Vi ser nå klart at det er mange måter å tilnære seg barn på, men at det viktigste er at vi bruker oss selv i arbeid med dem. Det finnes flere metoder å kommunisere med barn på, og når vi har evne til å formidle et budskap slik at barn forstår det, og føler seg kompetent i samtalene vil det bidra til trygghet. Vår oppgave som sykepleiere er å gi barnet følelse av mestring og kontroll i isolasjonstiden. Når barnet forstår, føler seg sett og opplever vårt ønske om å hjelpe vil det gi en opplevelse av trygghet. Når sykepleier ivaretar behovet for trygghet til både barn og foreldre, vil de være bedre rustet til å takle isolasjonstiden og alt som følger med.

Pensumliste

Blix, E og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

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

Eide, H & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Grønseth, R. & Markestad, T. (2005) *Pediatric og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-007.html>

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. & Bjålic, G.J. (2006) *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*. Oslo: Universitetsforlaget

Sandersen, V.A., Finne-Grønn, L., Dagestad, A.W. (2001) Sykepleie til pasienter med hematologiske forstyrrelser. I: Almås, H. (red) *Klinisk sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 20

Walker, J., Payne, S., Smith, P. & Jarrett, N. (2007) *Psychology for Nurses and the Caring professions*. (Third edition). Open University Press

Selvvalgt pensum

Bringager, H., Hellebostad, M. & Sæter, R. (2003) *Barn med kreft. En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kap 1, 2, 6 og Kap 11. 25 sider

Egeland, E. S. (2006) Barns behov på isolat. *Sykepleien*, 94 (05), 42-43. Hentet fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_documento_id=117571

4 sider

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon: trådt i kraft 1.1.2001 nr.1217*. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20001201-1217-001.html#5>

1 side

Grønseth, R. & Markestad, T. (2005) *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kap. 1, 4, 7, 9, 10. 42 sider

Kvåle, K. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kap. 11. 8 sider

Norsk helseinformatikk. (2011). Leukemi hos barn. Hentet fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/barneleukemi-2865.html>

4 sider

Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851. Hentet fra: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-42347H1-3&_user=4076473&_coverDate=03%2F31%2F2001&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1680812322&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000052803&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4076473&_md5=90808bc8ccc6a6c523631cb173d642bc&_searchtype=a

13 sider

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, overs.). Oslo: Universitetsforlaget AS. (Originalutg. 1966)

Kap. 1 og 9. 54 sider

Tveiten, S. (1998) *Barnesykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Kap. 1, 2, 5 og 6. 96 sider

Winter, C., Müller, C., Brandes, M., Brinkmann, A., Hoffmann, C., Harges, J., ...
Rosenbaum, D (2009). Level of Activity in Children Undergoing Cancer Treatment. *Pediatr Blood Cancer*, 53, 438–443. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pbc.22055/full>

6 sider

Worum, R. (1999) *Barn med kreft- kommunikasjon med alvorlig syke barn*. Oslo: Aktiv trykk AS

48 sider

Totalt antall sider: 301

Vedlegg – intervjuguide

Litt info:

Problemstillingen for vår oppgave er ”*Hvordan kan vi som sykepleiere ivareta behovet for trygghet hos barn med leukemi som ligger på isolat?*”. Vi ønsker også å finne ut hvordan en kan bruke kommunikasjon og lek som metode for å oppnå trygghet.

Under intervjuet ønsker vi å bruke båndopptaker. Alt av sensitiv informasjon vil bli anonymisert i oppgaven, og båndopptaket blir slettet etter transkriberingen.

Intervjuguide.

Hvilke forberedelser gis til barnet før innleggelse på isolat?

- Hva kan være spesielt skremmende for barnet?
- Isolering
- Utstyr og påkledning
- Føle seg fanget

Hvordan gis informasjon til barnet?

- Tilnærming
- Hjelpemidler
- Kommunikasjon

Hvordan skaper du en god relasjon til barnet?

- Trygghet
- Kommunikasjon
- Foreldrene

Hvordan blir barnets behov for lek/aktivitet ivaretatt på isolat?

- Hvorfor er dette viktig?

- Tiltak som blir iverksatt

Hva ser du på som en utfordring med barn i denne aldersgruppen på isolat?

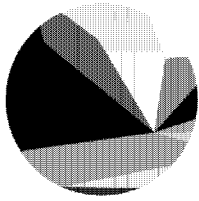
- Sosialkontakt
- Barnehage
- Aktivisering
- Når foreldrene ikke er tilstede

Informasjon om isolat og barn på avdelingen?

- Har dere mange barn på isolat?
- Når ser dere at barn blir lagt inn på isolat på avdelingen?

Har du noen historier og dele med oss som kan være relevant i vår oppgave?

Har du noe tips til litteratur?



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____

Avdeling / institusjon

Ved: _____

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med 1.) Fordypningsoppgave ___

2.) Deleksamen ___

3.) Semesteroppgave ___

4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: _____

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift