

BACHELOROPPGAVE:

FRA FRITT FALL TIL TRYGGE HENDER

- KOMMUNIKASJON MED BARN SOM ER RAMMET AV KREFT

FORFATTER:

HOUMB, HANNE FEDREHEIM
LARSEN, LENE HALVORSTUEN

Dato: 20.05.16

NTNU, Gjøvik
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie
Våren 2016

“Når barnet har en farlig sykdom i kroppen, er slapp og svimmel, må reise fra det kjente og kjære, er redd for smerter og ubegripelige hendelser og har foreldre som er like redde som barnet selv er, når familien har en følelse av å være i fritt fall mot noe katastrofalt, da må noen ta imot.” (Bringager m.fl., 2014 s. 117)

SAMMENDRAG

Tittel:	Fra fritt fall til trygge hender - Kommunikasjon med barn som er rammet av kreft.	Dato: 20.05.16
Deltakere:	Houmb, Hanne Fedreheim Larsen, Lene Halvorstuen	
Veileder:	Moen, Øyfrid Larsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord:	Barn, Kreft, Kommunikasjon, Livskvalitet	
Antall sider/ord:	57/14193	Antall vedlegg: 1
Publiseringsavtale inngått:	ja	
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Bakgrunn: For å oppnå god kommunikasjon er det viktig med ulike kommunikasjonsteknikker, som er tilpasset barnets alder og utvikling. Dette er med på å fremme tillit og trygghet hos det kreftsyke barnet, som kan bedre barnets livskvalitet.</p> <p>Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren ha god kommunikasjon med kreftsyke barn, og hvilken betydning kan det ha?</p> <p>Metode: Et litteraturstudie der vitenskapelige artikler er samlet ved strukturerte og ustrukturerte søk, ved bruk av relevante søkeord. Artikkene er kritisk vurdert i henhold til studiets problemstilling. Databasene som ble brukt er: CINAHL, Svemed+, PubMed og Ovid Nursing Database.</p> <p>Resultat: Resultater viser at ulike kommunikasjonsteknikker er nødvendig for å kommunisere med barn i ulik stadiet av utviklingen. Funn viser at informasjon er viktig og at barna ønsker mer deltagelse i sin livssituasjon.</p> <p>Konklusjon: Det viser seg at det er viktig med videre forskning på kommunikasjon med kreftsyke barn, og at det er mangel på forskning i forhold til barnets livskvalitet. Det vises at det er viktig å ta alder og utviklingsstadiet i betraktning i kommunikasjonen med barn. Barn i aldersgruppen 3-10 år har store variasjoner i forhold til barnets forståelse og kommunikasjonsmetoder.</p>		

ABSTRACT

Title: From freefall into safe hands. - Communication with children affected by cancer.	Date: 20.05.16
Participants: Houmb, Hanne Fedreheim <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> Larsen, Lene Halvorstuen	
Supervisors: Moen, Øyfrid Larsen	
Employer:	
Keywords Cancer, Children, Communication, Quality of life	
Number of pages/words: 57/14193	Number of appendix: 1
Availability: open	
Short description of the bachelor thesis: <p>Background: To achieve good communication it's important with different communication techniques, which is adjusted to the children's age and development. This helps to bring trust and safety to the child with cancer.</p> <p>Issue: How can the nurse have good communication with children who have a cancer diagnosis, and the impact it can have on quality of life?</p> <p>Method: A literature study where scientific articles are gathered with structured and unstructured search, by using relevant search words. Articles are critically considered on behalf of the studies issue. Databases used is: CINAHL, Svemed+, PubMed and Ovid Nursing Database.</p> <p>Results: Results shows that different communication techniques is necessary to communicate with children at different stage of development. Findings show that the information is important and the children wants more participation in their life situation.</p> <p>Conclusion: This shows that it is important with further research on communication with children who have a cancer diagnosis, and lack of research in relation to child's quality of life. It appears that it is important to take age and development stage into consideration in communicating with children. Children aged 3-10 years have large variation in relation to the child's understanding and communication methods.</p>	

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
1.0 Innledning	7
1.1 Introduksjon	7
1.2 Begrunnelse for valg av tema	7
1.3 Temaets sykepleiefagelig relevans	8
1.5 Relasjon til seksjonens forskningsområde	8
2.0 Bakgrunn	9
2.1 Kreft hos barn	9
2.2 Kommunikasjon med kreftsyke barn	9
2.3 Barnets utvikling	12
2.4 Autonomi	13
2.5 Barnets livskvalitet	14
2.6 Sykepleieteoretiker: Joyce Travelbee	15
2.7 Hensikt og formål med oppgaven	16
2.8 Problemstilling	16
3.0 Metode	17
3.1 Valg av metode	17
3.2 Kvantitativ og kvalitativ	17
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	18
3.4 Kritiske overveielser	18
3.5 Søkestrategi	19
3.6 Søketablell	20
3.7 Barn og forskningsetikk	23
3.8 Analyse	23
4.0 Resultat	24
4.1 Matriser	24
4.2 Sykepleierens rolle	31

4.3 Kommunikasjon med kreftsyke barn	31
4.4 Hvordan bruke kunst som et verktøy i kommunikasjon	33
4.5 Betydningen av lek	34
4.6 Foreldrenes rolle	34
4.7 Livskvaliteten hos barnet	36
5.0 Drøfting	37
5.1 Kommunikasjonens betydning for barnets livskvalitet	37
5.2 Sykepleierens profesjonelle rolle	39
5.3 Kommunikasjonsverktøy i møte med kreftsyke barn	41
5.4 Lekes betydning sammen med barn	43
5.5 Betydningen foreldre har hos kreftsyke barn	45
6.0 Metodediskusjon	48
7.0 Konklusjon	51
8.0 Litteraturliste	52
9.0 Vedlegg	57

Antall ord: 14193

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Hvert år får om lag 150 barn under 15 år en kreftdiagnose i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016). Av disse barna, får ca. en tredjedel av dem leukemi, som er den vanligste krefttypen hos barn (Bringager, m.fl. 2014, Kåresen og Wist, 2012). Kreft hos barn er ikke vanlig, men det er alvorlig for de familiene som blir berørt, og det innebærer ofte en langvarig og vanskelig behandling (Björk, Wiebe og Hallström, 2009).

Barn som får kreft opplever det som tungt, der tider i behandlingen kan være spesielt vanskelig. Barna savner å kunne være i sitt trygge hjem (Björk, Wiebe og Hallström, 2009). At barn får kreft påvirker hele familien, og oppleves som traumatisk (Björk, Wiebe og Hallström, 2009, Savage, Riordan og Hughes, 2008). Et viktig mål er å fremme livskvaliteten hos kreftsyke barn (Savage, Riordan og Hughes, 2008). For å kunne oppnå dette trenger barnet støtte, oppleve mestring, lek, utfordringer og forutsigbarhet i hverdagen. Ved å få en forståelse for barnets ønsker kan sykepleieren finne frem til muligheter, fremme håp og få frem det friske hos barnet (Bringager m.fl., 2014). Barnets helserelaterte livskvalitet omfatter fysiske, psykiske og sosiale aspekter av barnet velvære og funksjon (Bringager, m.fl., 2014, Rustøen, 2009). Tillitsforholdet mellom barn og sykepleier er viktig. Sykepleieren må viser interesse for barnet for å skape tillitt, som er viktig for en god kommunikasjonsdialog (Andrezén-Carlsson m.fl., 2007). Det er også viktig med tilpasset kommunikasjonsverktøy, for å møte barn i utviklingsstadiet de er i, dette er viktig for kommunikasjonen (Eide og Eide, 2013).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Temaet vi har valgt for litteraturstudiet vårt er sykepleie til barn med kreft. Grunnen til valget av tema var av interessen vi har for pediatri og kreftsykepleie. Vi sitter igjen med lite kunnskap og erfaring om sykepleie til barn, grunnet lite fokus på emnet i utdanningen. Våre observasjoner er at fokuset på barn og unge med kreft har økt i samfunnet. Det har skjedd en positiv utvikling blant sykehusklovnene, som vises at er viktig for barna. Sykehusklovnene får ikke gjort noe med selve situasjonen, med er der for å kunne gjøre opplevelsen av situasjonen til det bedre (Sykehusklovnene, 2016). Vi har observert at flere foreldre blogger om opplevelser og erfaringer rundt det å ha ett kreftsykt barn, også flere tenåringer blogger om det å få en kreftdiagnose, og hvordan

forløpet er. Vi ønsker sitte igjen med mer kunnskap om hvordan vi kan gi god og helhetlig pleie til syke barn og deres familie etter vi er ferdig med sykepleieutdanningen. Vi vil se nærmere på hvordan sykepleiere kan oppnå god kommunikasjon, og hvordan dette kan påvirke barnets livskvalitet.

1.3 Temaets sykepleiefagelig relevans

God sykepleie er individuelt. Sykepleieren skal ta hensyn til sammenhengen barnet er i; alderen til barnet, familiesituasjonen og de omgivelsene som er uvante. Det er opplevelsene barnet og deres familie har som blir utgangspunktet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Livssituasjonen hos barnet og deres pårørende blir brått endret når barnet blir rammet av kreft. De kommer da ovenfor en krise, der de trenger god støtte og hjelp. Sykepleiefunksjonen vil da stå sentralt. Det er viktig som sykepleier å bidra til at det kreftsyke barnet og deres familie opplever lindring, trygghet og tillit for at sykepleien skal være god. For å kunne bidra til dette må sykepleieren kjenne til hvem barnet er og hvordan barnet og familien opplever sin situasjon (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). I møte med barn i sykehus er det viktig at sykepleieren forstår og møter barnet på det utviklingsnivået barnet befinner seg i, og tilpasser kommunikasjonen deretter og forventningene som sykepleier har til barnet. Kunnskap til utviklingspsykologien er viktig for å kunne tilpasse kommunikasjonen til barnet, som må tilpasses barnets alder, utvikling og situasjon (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). I sykepleie til barn er fag og etikk knyttet tett sammen, fordi barn ikke er myndig og sykepleieren dermed må forholde seg til både barnet og familien. For å kunne ivareta barnets og foreldrenes autonomi; medvirkning og empowerment må sykepleieren ha kunnskaper om etikk og jus (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Flere relevante sykepleieteoretikere har blitt vurdert, men for å avgrense studiet valgte vi fokuset på Joyce Travelbee.

1.4 Relasjon til seksjonens forskningsområde

NTNU I Gjøvik, seksjon for sykepleie, har forskningsområde som omfatter to interrelaterede områder: Profesjonskompetanse og Kvalitet i sykepleie. Oppgaven vil kunne relateres til kvalitet i sykepleie med bakgrunn i forskningsområdene. Kvalitet i sykepleie studerer forutsetninger for og innhold i praksisrettet sykepleie, sammen med pasienten, deres pårørende, andre profesjoner, samt pasient og pårørendes erfaringer med å leve med sykdom og uhelse (NTNU Gjøvik, 2015). God kommunikasjon med det

kreftsykebarnet og deres foreldre er en vesentlig viktig for sykepleiefunksjon og barnets livskvalitet. Der tilpasningen av kommunikasjonen etter barnet og deres foreldre er en forutsetning for den praksisrettede sykepleien.

2.0 Bakgrunn

2.1 Kreft hos barn

At barn rammes av kreft oppleves spesielt urettferdig, og er en katastrofe for barnet og hele familien, på kort tid blir alt snudd på hodet. Barn får som oftest andre krefttyper enn voksne. De får vanligvis krefttyper av umodne celler med opphav i fosterlivet, som har stort deling- og vekstpotensial. Dette gjør at kreft hos barn ofte vokser raskt (Bringager m.fl., 2014, Kåresen og Wist, 2012). Kreft hos barn har størst forekomst i alderen 0 til 6 år. Symptomene varierer mye ut fra krefttypen, og de fleste av symptomene er uspesifikke. Årsaken til barnekreft er lite kjent, men terapeutisk stråling og enkelte cytostatika hevdes at øker faren for sekundær kreft (Helsedirektoratet, 2015). Minst tre av fire barn som rammes av kreft blir helbredet med dagens behandlingsmetoder (Bringager m.fl., 2014). Langt flere barn overlever kreft, takket være forskning. Det er en betydelig utvikling i behandlingen og sykepleieforskningen hos kreftsyke barn (Björk, Wiebe og Hallström, 2009). Overlevelsen har økt fra rundt 10% før 1970 til 80% de siste årene (Helsedirektoratet, 2015). Det er en stor variasjon i prognose mellom de ulike kreftformene, noen har betydelig dårligere prognose enn andre og motsatt (Bringager m.fl., 2014).

2.2 Kommunikasjon med kreftsyke barn

Det første møtet mellom sykepleieren, det kreftsyke barnet og deres familie er betydningsfullt. Kvalitet og atmosfære i det første møtet skaper et godt utgangspunkt for å bygge tillit og motivasjon (Bringager, m.fl. 2014). Det avhenger av god kommunikasjon, som er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Lek blir også brukt som et virkemiddel i møte med barn, for å kunne bli kjent (Anderzen´-Carlsson, 2007). Anderzen´-Carlsson (2007) presenterer en optimistisk holdning som er viktig for hele familien, spesielt etter at kreftdiagnosen er gjort kjent, og for å handtere frykten som oppstår. God kommunikasjon er også en forutsetning for å informere, forberede og hjelpe barnet og deres foreldre. For å bearbeide de opplevelsene og følelsene som er en følge av sykdom

og sykehusopphold (Grønseth og Markestad, 2011). Barnet og deres foreldre er idet de ankommer preget av situasjonen, ofte føler barnet seg lite og hjelpeløst (Bringager, m.fl. 2014).

Som sykepleier er hovedmålet med informasjon, å gi barnet og familien kunnskaper så de forstår det som skjer, og for å se mulighetene i situasjonen (Bringager, m.fl. 2014). Det er viktig at foreldre får videreutviklet sine kunnskaper for å roe deres angst, som videre fører til mindre spørsmål og forvirring. Sykepleieren blir ansett som viktig for å bedre kunnskapen hos foreldrene. Foreldrenes erfaring fører til bedre kontroll over situasjonen (Björk, Wiebe og Hallström, 2009). Sykepleieren skal motivere og gi håp, skape tillit, og gi informasjon som kan gi familien nye ressurser til å mestre situasjonen (Bringager, m.fl. 2014). Empati og respekt er grunnleggende for å kunne skape tillit hos barnet, noe sykepleieren viser ved å tilpasse seg barnet og vise interesse og vilje til å dele barnets oppmerksomhet. (Eide og Eide, 2013). Barn har så vidt påbegynt utviklingen av nyansert verbalt språk. Hos barn kan lek brukes som et verktøy til et nyansert språk, og det derfor viktig at sykepleiere finner frem dette språket i kommunikasjon med barn (Bringager, m.fl. 2014).

Ord og språk har ikke den samme meningen for barn som voksne (Eide og Eide, 2013), og det kan da være nødvendig at sykepleiere bruker ulike virkemidler i formidlingen for å kunne gi kreftsykebarn nye verktøy til å mestre situasjonen (Bringager, m.fl. 2014). Travelbee (1999) hevder at sykepleieren må bruke de kommunikasjonsteknikkene som gjør det mulig å komme frem til innholdet den syke formidler. I forhold til barn med kreft har Bringager m.fl. (2014) skrevet om virkemidler som:

- Å guide og oversette: å være en del av laget gir motivasjon, trygghet og styrke. Skremmende opplevelser kan forebygges og skape sammenheng mellom hendelser, ved at sykepleieren følger barnet og foreldrene gjennom ulike undersøkelser og situasjoner. Det gir sykepleieren muligheten til å hjelpe dem å bearbeide situasjonen i ettertid.
- Visualisering og fantasireiser: muligheten til å tilpasse informasjon til barnet, ved å dikte opp eventyrfigurer og skape en spennende handling, med utgangspunktet i den virkelige situasjon.

- Oppdagelsesferd: for mange barn oppleves det første møtet med sykehusverden som overveldende skummelt, med spesielle lukter, uidentifiserbare lyder, skremmende redskaper og fremmede mennesker. Samtidig er det mange muligheter for lek, som lærer dem om situasjonen dem er i. Det kan være inspirerende for barna å leke med sykehusutstyr, for å ufarliggjøre og bli kjent med større deler av sykehuset.
- Dukker: mange barn bruker sine kosedyr som forsøkskanin. Å bruke kosedyret å snakke gjennom, kan være god måte å kommunisere med barnet på. Det kan skape ro og gi barnet mulighet til å observere perspektivet fra sidelinjen. Det er ikke alltid lurt å bruke noe barnet har et følelsesmessig forhold til som kosebamsen, der hånd-dukke eller fingerdukke kan brukes til formålet.
- Dele erfaringer med pasienten: Vite at de ikke er alene om å være usikre og redde kan være en stor trøst.
- Sykepleieren bruker seg selv som rollemodell og prøvekanin.
- Musikk: sykepleieren kan skape trygghet, ro, glede, formidle støtte eller skape nysgjerrighet gjennom musikk. Sanger kan brukes til å formidle informasjon.
- Gi barnet oppgaver: det å la barnet få være med kan styrke barnets følelse, de kan føle seg nyttig, og motivasjonen og nysgjerrigheten kan øke.
- Rollespill og teater: barn får mulighet til å uttrykke følelser, prøve nye sider ved seg selv og se verden fra et annet perspektiv gjennom rollelek. Det kan virke mindre truende å motta informasjon gjennom rollelek, ved at det blir mindre direkte. Sykepleierne kan finne ut hva barnet er opptatt av, og kan formidle spørsmål og gi nyttig informasjon.
- Dagsplan: forberede barna på forventede hendelser, tilby deltagelse og autonomi. Barnet kan sette klistermerker på det som er gjennomført. Sykepleieren kan lage dagsplan sammen med barnet og foreldrene, slik at de føler en deltagelse til å bestemme innholdet. Dagsplanen skal motivere ved å inneholde noe de ser frem til, som aktiviteter de liker godt, ikke bare kjedelige prosedyrer.

(Bringager, m.fl. 2014)

Ved kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner blir ulike metoder basert på lek, tegning, fortellinger, bilder, musikk anvendt som et terapeutisk formål. Disse

metodene kan gi gode resultater, nettopp på grunn av magisk tenkning som innebærer at dukker og bamser kan få menneskelig karakter og følelser som barnet har. (Eide og Eide, 2013). Sykepleieren kan få innblikk i hvordan barnet opplever situasjonen, hva barnet lurer på, tenker, er redd for og glad for gjennom denne metoden for kommunikasjon med barnet. Et nøkkelord er tid, selv om sykepleieren ofte ikke har den tiden hun mener hun trenger. Diagnostisering og oppstart med behandling haster, og barnet og familien er i en krise. Dem kan være mindre mottakelig for innspill og informasjon (Bringager, m.fl. 2014).

“Patient education”, utvikling av pasientens kompetanse vedrører alle pedagogiske aktiviteter som er rettet mot pasienter, inkludert aspekter av terapeutisk arbeid, helse og klinisk helsefremming. Det hevdes at “patient education” har fordeler hos pasienter som blant annet; bedre kommunikasjon og økt livskvalitet. Barnet og foreldrene blir sett på som en helhet. For at barnet skal forstå noe av det som blir formidlet, må sykepleieren tilrettelegge for en god relasjon mellom dem. Som innebærer at barnet har tillit og våger stole på sykepleieren. Sykepleieren må møte barnet, være oppmerksom, fange opp både det verbale og non-verbale språket som barnet uttrykker. Det er viktig at sykepleieren er åpen og konkret, tar initiativ, ikke avbryter barnet, anerkjenner barnet, viser empati og er en aktiv lytter (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

2.3 Barnets utvikling

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kommer det frem i § 5 at personale som jobber med barn må ha kunnskap om barns behov og utvikling, samt informere foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med barnets sykdom og sykehusoppholdet (Regjeringen, 1999). Barns alder er en viktig faktor for hva og hvordan barnet forstår. I kontakt med barn må sykepleieren være bevisst på aldersfasen barnet befinner seg i, men også andre påvirkningsfaktorer (Eide og Eide, 2013). Barns utvikling vil påvirkes av mange ulike variabler, som skyldes barnets medfødte egenskaper og miljøet det vokser opp i, som former barnets atferd (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

Barn i alderen 3-5 år: er her-og-nå-orientert, de har kort tidsperspektiv og ett annet begrep på tid enn voksne (Eide og Eide, 2013). Evne til å representere objekter og erfaringer, ved at dem har bedret språkutvikling (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

Barn i denne alderen har god hukommelse, assosierer lett til kjente ting og har gjenkjennelsesassosiasjon. De har ikke utviklet evne til å kunne forklare og fortelle sammenhengende historier, de vil peke på det de har opplevd. Deres opplevelser vil ofte bli påvirket av fantasi, og preget av en magisk tenkning. Barna kan blant annet tro at det som skjer er en følge av det barnet selv har tenkt, følt eller ønsket (Eide og Eide, 2013). De har problemer med å oppfatte andres perspektiv, er impulssyrte og tenker ikke på konsekvenser (Tveiten, Wennick og Steen, 2012, Eide og Eide, 2013).

Barn i alderen 5-8: begynner barna å utvikle en logisk forståelse. De trenger konkrete objekter for å forstå, siden de tenker i konkrete kategorier. Utviklingen av sannhet og tid begynner å bli mer lik som hos voksne. Med hjelp fra voksne kan de fortelle hendelser fra nåtid. De kan fortsatt ha en magisk tenkning, men har større moralsk utvikling og er mer opptatt av regler og konsekvenser. De har en utviklet rettferdighetsans (Eide og Eide, 2013).

Barn i alderen 8-10: I denne alderen kan barna tenke logisk om konkrete hendelser, de begynner å se forskjeller på fantasi og virkelighet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012, Eide og Eide, 2013). De kan se sosiale sammenhenger og hendelser uavhengig av dem selv. De har ikke magiske tenking lenger. Bedre forståelse for rett og galt. Ganske klart forhold mellom seg selv og andre, og har større forståelse for andres reaksjoner. Selvfølelsen til denne aldersgruppen er utsatt (Eide og Eide, 2013).

2.4 Autonomi

Autonomi kan forstås som selvbestemmelse, evnen til å foreta uavhengige valg. Barn og foreldre utgjør en helhet, men samtidig er de individer som har ulike kompetanse, ulike erfaringer og kan ha ulike behov og meninger. Derfor er fag og etikk sterkt knyttet sammen ved sykepleie til barn, sykepleieren må forholde seg til barnet og foreldrene. Sykepleieren må formidle kunnskap til barn som er tilpasset etter barnets alder, utvikling og situasjon (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Barnekonvensjonen beskriver at barn blant annet har rett til å uttrykke sin mening (FN-Sambandet, 1991). Sykepleieren har ansvar for å ivareta barnets rett til å uttrykke seg, samtidig som kunnskapen som formidles skal tilpasses barnet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon får frem i § 2 at barn kun skal legges inn på helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig, eller andre grunner som tilsier at det er til barnets beste. I denne forskriften gjelder det barn under 18år. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2013) kapittel 2 §6 får frem at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg ved sykehusinnleggelse i den grad det følger pasient- og brukerrettighetsloven. Ved alvorlig sykdom kan begge foreldrene være tilstede (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2013). Regjeringen (1999) sier i forskriften om barns opphold i helseinstitusjon §5 at barn i utgangspunktet skal bli ivaretatt av samme personalet under oppholdet.

2.5 Barnets livskvalitet

Livskvalitet er et viktig område hos barn (Rustøen, 2009). Normalitet er et viktig behov for kreftsyke barn. Barna lengtet etter å kunne gjøre normale ting, som være på skolen eller i barnehagen. Denne lengselen var forsterket ved ting de ikke kunne eller ikke fikk lov å gjøre (Björk, Wiebe og Hallström, 2009). Sykepleierens fokus skal være at barnet skal leve et så langt det er mulig normalt liv (Reitan og Schjølberg, 2010).

Livskvaliteten til barn behandlet for kreft var preget av slapphet, savnet etter å være hjemme, og opplevelse av vanskelige tider (Björk, Wiebe og Hallström, 2009). I arbeidet med et barn rammet av kreft, vil sykepleieren komme overfor konflikten mellom barnets rett til høy livskvalitet og den intensive behandlingen av sykdommen. Livskvaliteten hos barna vil variere sterkt med alderen. Det er viktig å se på barnets opplevelse av begrensinger i forhold til fysiske, sosiale og emosjonelle funksjoner, samt hvilken begrensninger det gir for barnets normale hverdags aktiviteter, som lek (Rustøen, 2009). Rustøen (2009) nevner områder som må inkluderes i oversikten over kjennetegn ved livskvaliteten hos barn, som er:

- Sanser: se, høre og snakke.
- Mobilitet: bevege seg, hoppe og løpe
- Følelser: uten bekymringer og generelt lykkelig
- Kognitive forhold: lære og hukommelse
- Egenomsorg: Spise, kle på seg
- Smerte: være fri fra smerte og ubehag

Disse områdene må også se ut i fra alderen barnet er i (Rustøen, 2009). Barnet må møtes på det utviklingstrinnet barnet til enhver tid befinner seg. Kreft vil være en trussel

mot livskvaliteten hos barnet, og vil ofte bli satt tilbake for en periode til et tidligere utviklingstrinn (Rustøen, 2009). Det tyder på at tilhørighet og tilknytning til omsorgspersoner er avgjørende for barnets livskvalitet (Eide og Eide, 2013), og at behovet for kjærighet og støtte øker i perioden barnet er sykt (Rustøen, 2009).

2.6 Sykepleieteoretiker: Joyce Travelbees

Joyce Travelbee var opptatt av at sykepleien hele tiden skulle handle om pasienten, sykepleieren og familien. Sykepleie skulle ikke være et mål, men et middel for å hjelpe et annet menneske. Det er ikke bare den syke som trenger hjelp til å finne meningen i sykdommen, men også familien som er en del av den syke. Det som skjer med den ene i familien, vil også ha innvirkning på resten av familien (Travelbee, 1999).

Travelbee sier at håp er lenge blitt sett på som en motiverende faktor for menneskets atferd. Håp er med på å mestre vanskelige og vonde situasjoner. Det er blant annet håp som gir den syke energi til å overvinne hindringer, og for å finne frem krefter i de vanskelige situasjonene. For å unngå håpløshet, er det sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast i håpet, eller gjenvinne det om det skulle oppleves å være borte. Det er derfor viktig at sykepleieren gjør seg tilgjengelig, og kommuniserer med den syke (Travelbee, 1999).

Det er viktig at sykepleieren forstår hva den syke prøver å kommunisere, og bruke den informasjonen sykepleieren får til videre planlegging. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren handle ut i fra det den syke formidler, og dekke den sykes behov på best mulig måte. Travelbee sier at sykepleieren må bruke de kommunikasjonsteknikkene, som gjør det mulig å finne ut av og bringe innholdet som den syke kommuniserer. Hun mener også at kommunikasjonen kan bli brutt sammen, dersom den syke ikke blir sett på som et individ. Når dette skjer mener hun at sykepleieren har forutsetninger for hvordan pasienten er, uten om å ha blitt kjent med den. Hun mener at mennesket er et uerstattelig og unikt individ, og at det alltid er i utvikling, endring og vekst (Travelbee, 1999).

2.6 Hensikt og formål med oppgaven

Hensikten med dette litteraturstudiet er å få større innsikt i hvordan sykepleiere kan bruke kommunikasjon som et verktøy for å fremme god livskvalitet hos barn med kreftdiagnose, og betydning kommunikasjon har for barnet og dere foreldre. Bak dette ligger ønsket om å finne ut av hvilken kommunikasjonsteknikker som sykepleieren kan bruke i kommunikasjon med det kreftsyke barnet, og hvordan kommunikasjonen kan påvirke barnets livskvalitet. Vi ønsker å belyse den nyste forskningen på dette området, så sykepleiere tilegner seg ny kunnskap om faktorer som har en stor betydning for kommunikasjonen og påvirkning den kan ha på barnets livskvalitet.

2.8 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren ha god kommunikasjon med kreftsyke barn, og hvilken betydning kan det ha for livskvaliteten.

3.0 Metode

Metode er teknikker som blir brukt for å strukturere studiet, samle inn informasjon og analysere det som er relevant for problemstillingen (Polit og Beck, 2012).

3.1 Valg av metode

Det er brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Aveyard (2014) beskriver et litteraturstudie som en omfattende studie, der du tolker litteraturen til et bestemt tema. Litteraturstudie er en systematisering av kunnskapen (Støren, 2013). Litteraturstudie er en skriftlig oppsummering, der et spørsmål blir formulert, deretter blir det dannet en søkestrategi, for så å utføre ett søk. Det blir innhentet relevante kilder og informasjon, som blir kritisk analysert og utarbeidet (Polit og Beck, 2012). I et litteraturstudie blir det brukt data som allerede er innsamlet av andre, det finnes blant annet i databaser, tidsskrifter, bøker og lignende (Thidemann, 2015). Et grundig søk av litteratur fører til ny innsikt, som kun er mulig når all litteratur er gjennomgått sammen, og hver enkelt bit av den relevante informasjonen, er satt sammen med annen litteratur (Aveyard, 2014).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ

Det finnes to former for forskningsmetoder, kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitativ forskning er en metode der dataen er i målbare enheter som tall, brukes ofte til statistiske beregninger og blir ofte framstilt i tabeller (Aveyard, 2014, Polit og Beck, 2014). Det blir ofte brukt mange deltagere og resultatet kan brukes i flere sammenhenger. Forskerne er som regel ikke involvert med deltagerne, de sitter bare på "utsiden" for å samle inn data. I motsetning av kvantitative forskning, har vi kvalitativ forskning som er opptatt av å utforske fenomener og meninger i deres naturlige omgivelser. Det vil si kunnskap om de ulike egenskapene til mennesket, som opplevelser, erfaringer og forventninger. Dataene blir samlet gjennom blant annet intervjuer og observasjoner, ved en beskrivelse fra deltagerne. Kvalitative metode kan ikke tallfestes, slik som den kvantitative. Det grunnleggende prinsippet om kvalitativ metode er å utforske meningen og utvikle forståelse (Aveyard, 2014). Denne oppgaven tar for seg artikler med den kvalitative forskningsmetoden, der artikkelen er basert på intervjuer og observasjoner.

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

En detaljert inklusjon og eksklusjonskriterier er med på å utvikle en strategi for søket, slik at den blir relevant for problemstillingen. Det blir da enklere å finne relevante artikler når man har gode inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene er viktig for å vite hva artiklene en søker etter skal inneholde, mens eksklusjonskriterier er viktig for å vite hva artiklene ikke skal inneholde (Aveyard, 2014). Våre inklusjonskriterier er: Barn med en kreftdiagnose i alderen 3-10 år, innlagt på sykehus under behandling, vitenskapelig fagfellevurdert, studiet skal komme fra Norden eller tilnærmet likt helsevesen, følger IMRAD-strukturen og være publisert etter år 2001.

3.4 Kritiske overveielser

Kildekritikk er en grundig vurdering av styrken og svakheten til en studie (Polit og Beck, 2012). Det er viktig med en systematisk søkestrategi, det gir god hjelp til å finne de mest relevante artiklene i forhold til oppgaven (Aveyard, 2014). Det er i følge Aveyard (2014) viktig å vite hvilke type litteratur man leter etter, for at kvaliteten skal bli best mulig. Artiklene våre skal være vitenskapelige, det vil si artikler som har en hensikt med å presentere ny kunnskap, og fagfelleakseptert kunnskap, som innebærer at artikkelen er kjent for et stort publikum (Støren, 2013). Det er viktig å gå igjennom kvaliteten på journalen der studiet er publisert (Aveyard, 2014). For å se om artiklene våre har god kvalitet har vi brukt publiseringskanalen, og satt som krav at tidsskriftet skal være fagfellevurdert i nivå 1 eller 2. Det vil si at den er godt igjennom av minst en ekspert på fagområdet (Aveyard, 2014).

For at den vitenskapelige artikkelen skal være lett å gjøre seg kjent med, har vi valgt å bruke flest artikler som følger IMRaD- strukturen (Støren, 2013). Det vil si at artikkelen er delt opp i fire hoveddeler: innledning, metode, resultat og diskusjonsdel. I tillegg kommer abstraktet og referanser (Aveyard, 2014). Det gjør at artikkelen har en gjennomtenkt og fast struktur (Støren, 2013). I et litteraturstudie bør det i følge Polit og Beck (2012) brukes primærkilder, og ikke sekundærkilder. Primærkilder er originalen av et studie, der studiet er utarbeidet av forskeren som har utført det. Mens ved sekundærkilder har ikke personen noe tilknytning til studiet. Derfor har vi valgt kun primærkilder i resultatdelen.

En kritisk vurdering av en forskningsartikkel innebærer å vurdere forskerens bakgrunnsforhold og metodologiske beslutninger, som er de grunnleggende metodene for å oppnå kunnskap (Polit og Beck, 2014). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) har en sjekklister for å vurdere artiklens relevans og faglig kvalitet, som ble brukt i vår kritiske vurdering. Som blant annet inneholder hvordan en vurderer om resultatene er til å stole på, om resultatene er tydelige og om resultatene er nytt for vårt tema (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

3.5 Søkestrategi

Første steget i et litteraturstudie er å finne en problemstilling (Aveyard, 2014). Vi begynte med å sette opp et PICO-skjema som vi fylte ut. Ble ikke fortrolig med det, på grunn av at deler av PICO-skjema ikke er tilpasset til vårt tema. Vi valgte derfor tankekart med problemstillingen i midten, og nøkkelord rundt for å få et systematisk søk. Fokuset har vært på å søke strukturert, men også søkt ustrukturert ved å se igjennom litteraturlisten til artiklene for ikke å gå glipp av gode artikler. Hinds m.fl. (2004) "Quality of life as conveyed by pediatric patients with cancer" kom vi frem til gjennom ustrukturert søk. For å finne relevante artikler brukte vi ulike kombinasjoner og fulltekst. Vi begrenset søket først ved å søke innen de 10 siste årene, men fant ut at vi gikk glipp av en del gode artikler, og avgrenset derfor til innen de 15 siste årene. Vi har søkt i relaterte databaser, vi søkte i: CINAHL, Svemed +, Pubmed og Ovid Nursing Database. Med nøkkelordene: Cancer, Child, Children, Communicating, Communication, Drawing, Hospitalized, Leukemia, Nurs, Nurse care, Parents, Patient, Quality of life, Young og Young Child. Søkeordene ble kombinert med AND. For å få fulltekst på artiklene, har vi søkt flere av de opp i Google Scholar ved hjelp av tittelen på artikkelen. Vi har brukt annen relevante litteratur som bøker, fra blant annet pensumlisten.

3.6 Søketablell

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER OG BEGRENSNINGER	ANTALL TREFF	VALGTE ARTIKLER
Communication Child Cancer	CINAHL	S1: Communication S2: Child S3: Cancer S4: S1 AND S2 AND S3: 2010-201	184 694 465 405 229 710 395 179	”Children and young people’s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods” <i>Hentet: 08.12.15</i>
Child Quality of life leukemia patient	PubMed	1: Child 2: Quality of life 3: Leukemia 4: Patient 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4 6: Fulltekst 7: Siste 15 år	1889594 269375 283483 283483 355 272 219	“ Quality of life among childhood leukemia patients” <i>Hentet: 29.03.16</i>

Children Nurse care Parents Communication	PubMed	1: Children 2: Nurse care 3: Parents 4: Communications 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4 6: Siste 5år	20 75 686 14 8004 18 0737 58 0053 606 173	”Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study” <i>Hentet: 31.03.16</i>
Young child Quality of life Cancer	Ovid Nursing Database	1: Young child 2: Quality of life 3: Cancer 4: 1 AND 2 AND 3	1103 42270 87 28536 36	” The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis. From Both Children`s and Parent`s Perspectives” <i>Hentet: 31.03.16</i>
Cancer Drawing Children	PubMed	1: Cancer 2: Drawing 3: Children 4: 1 AND 2 AND 3	32 72388 233 56 20 75 686 121	”Tell Me About It: Drawing as a Communication Tool for Children With Cancer” <i>Hentet: 31.03.16</i>

Hospitalized Children Communication Nurse	PubMed	1: Hospitalized 2: Children 3: Communication 4: Nurse 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4 6: Siste 10 år	78 384 2078 032 581 008 316 409 160 67	”Hospitalized children’s veivs of the Good Nurse” <i>Hentet: 05.04.16</i>
Children hospitalized cancer young	PubMed	1: Cancer 2: Hospitalized 3: Young 4: Children 5: 1 AND 2 AND 3 AND 4	3281432 78 384 884 417 2079 892 154	”Need of young children with cancer during their initial hospitalization: and observational study” <i>Hentet: 05.04.16</i>
Communicating Children Hospitalized	PubMed	1: Communicating 2: Children 3: Hospitalized 4: 1 AND 2 AND 3	17 128 207 9892 78 493 31	” Communicating via Expressive Arts: The Natural medium of Self-expression for hospitalized children” <i>Hentet: 06.04.16</i>

3.7 Barn og forskningsetikk

Forholdet mellom barns kompetanse og sårbarhet står sentralt for etiske vurderinger i forskning. Forskning om barn, deres liv og livskvalitet er verdifull og viktig. Det fastslås på den ene siden at barn er sentrale bidragsyttere i forskning, og på den andre siden barnets behov for beskyttelse som deltaker i forskning. Forskningen må derfor tilpasses barnets individuelle situasjon og alder. Barns foresatte må samtykke for at de skal kunne delta i forskning, og barna må vise ønske om å delta eller evt. nekte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009).

3.8 Analyse

Målet med analyse er å vise en bedre helhet og sammenligning av artiklenes resultater (Avyard, 2014). Det første vi begynte med var å leste igjennom artiklenes sammendrag for å vurdere artiklenes relevans. Deretter oversatte vi artiklene til Norsk, for å bearbeide og forstå innholdet. For å kunne forstå artiklene på best mulig måte, og hvilken relevans de hadde til å svare på vår problemstilling. Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning ble brukt. Artiklene ble gjennomgått flere ganger, der det relevante for vår tema ble tatt med og delt inn i ulike temaer i vårt studie.

4.0 Resultater

4.1 Matriser

Forfatter	Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S., og A., Richardson
Tittel	”Children and young people’s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods”
År	2010
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Formål	Det finnes lite kjennskap til hvorvidt kreftbehandling møter barnas behov. Tidligere forskning har tatt for seg foreldrenes synspunkter. Denne artikkelen tar for seg barnas syn på kreftomsorg og tar for seg en modell i forhold til kommunikasjon og informasjonsdelen.
Metode	Kvalitativ, intervju. 38 deltakere alder i 4-5 år, 6-12 år og 13-19 år.
Resultat	Viste at barn var misfornøyde med at foreldrene ledet kommunikasjonen med helsepersonell, og foreslår en kommunikasjonsmodell. Modellen kan hjelpe barns måte å utrykke seg.

Forfatter	Grahn, M., Olsson, E. og M. E. Mansson
Tittel	”Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interveiw Study”
År	2016
Tidsskrift	Journal of Pediatric Nursing
Formål	Hensikten med dette studiet var å beskrive sykepleierens metoder i samhandling med barn, og for å indentifisere behov for ytterligere undersøkelser.
Metode	Kvalitativ, intervju med 7 sykepleiere. barn i alderen 3-6 år
Resultat	Studiet resulterte i tre hovedtemaer; grunnleggende for å skape et godt møte, begrensninger forbundet med å gi barn og familiesentret omsorg, og sykepleierens tilpasninger i møte med barn.

Forfatter	Darcy, L., Knutsson, S., Huus, K., og K. Enskar
Tittel	”The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis. From Both Children`s and Parent`s Perspectives”
År	2014

Tidsskrift	Cancer Nursing
Formål	Undersøke små barn og deres foreldres oppfatninger av hvordan hverdagslivet og helsen er kort tid etter ny oppdaget kreftdiagnose.
Metode	Kvalitativ, intervju. 13 barn i alderen 1 til 6 år, med foreldre.
Resultat	Barna tilbrakte mye tid på sykehuset. Undersøkelsen viser at barna følte seg isolert, matløse og fremmede i denne perioden.

Forfatter	Rollins, J. A.
Tittel	”Tell Me About It: Drawing as a Communication Tool for Children With Cancer”
År	2005
Tidsskrift	Journal of Pediatric Oncology Nursing
Formål	Hvordan forskning kan skifte fra å søke informasjon om barnet, til søke informasjonen fra barnet, og hvordan tegning kan forbedre kommunikasjonen.
Metode	Kvalitativ, med intervju, tening og observasjoner. 22 barn i alderen 7-18 år.

Resultat	Studien viser at tegning forbedret kommunikasjonen. Studiet viser forskjell på barnet og foreldrenes oppfatning av livskvaliteten.
-----------------	--

Forfatter	Brady, M.
Tittel	”Hospitalized Children`s Views of the Good Nurse”
År	2009
Tidsskrift	Nursing Ethics
Formål	Studier har ofte fokus på voksne pasienters perspektiv, dette studie tar for seg hvordan barns perspektiv på den gode sykepleier er.
Metode	Kvalitativ. 22 barn, i alderen 7 til 12 år. Ved hjelp av tegne og skrive teknikk.
Resultat	Det resulterte i fem ulike temaer. Det viste at barna dannet meninger ut i fra sykepleierens visuelle utseende, kroppsspråk, kroppsholdning og hvordan sykepleieren snakket.

Forfatter	Björk, M., Nordström, B. og I. Hallström
Tittel	”Needs of Young Children With Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study”
År	2006
Tidsskrift	Journal of Pediatric Oncology Nursing
Formål	Beskrive behovene til unge barn med kreft, uttrykt ved: adferd, kroppsspråk og verbalt.
Metode	Kvalitativ, observasjonsstudiet. 12 barn under 7år
Resultat	Funnene inkluderte at barna hadde behov for tilstedeværelse av deres foreldre. Et godt forhold til de ansatte var viktig. Barna utrykte et behov for lek.

Forfatter	Hinds, P. S., Gattuso, J. S., Fletcher, A., Baker, E., Coleman, B., Jakson, T., Jacobs-Levine, A., June, D., Rai, S. N., Lensing, S. og C-H. Pui
Tittel	”Quality of life as conveyed by pediatric patients whit cancer”
År	2004

Tidsskrift	Quality of Life Research
Formål	Pediatrike pasienters perspektiv om deres livskvaliteten under kreftbehandling.
Metode	Kvalitativ, to intervju studier. 23 barn i alderen 8-15år og 13 barn i alderen 10-18.
Resultat	Presenterer en ny definisjon på livskvaliteten til barn med kreft, som er basert på seks temaer.

Forfatter	Hicks, J., Bartholomew, J., Ward-Smith, P. og C.J. Hutto
Tittel	”Quality of Life Among Childhood Leukemia Patients”
År	2003
Tidsskrift	Jurnal of Pediatric Oncology Nursing
Formål	Barn skulle beskrive sin livskvalitet, med egne ord.
Metode	Kvalitativt. 13 barn i alderen 5-9år.
Resultat	Funnene viste fem ulike temaer som barn mente var viktig for sin livskvalitet.

Forfatter	Wikström, B-M.
Tittel	”Communicating via Expressive Arts: The Natural Medium of Self-Expression for Hospitalized Children”
År	2005
Tidsskrift	Pediatric Nursing
Formål	Undersøke hva som skjer under lekterapi.
Metode	Kvalitativt. 22 barn i alderen 6-9.
Resultat	Resultatene omfatter temaene frykt, maktesløshet og lengsel.

4.2 Sykepleierens rolle

Erfaring hos sykepleiere fører til kunnskap som igjen øker selvtilliten i forhold til deres yrkesrolle og utførelsen av den. Med erfaring kan sykepleieren lettere lese barnet og deres signaler. Dette gir dem muligheten til å skape trygghet til barnet, som er viktig i møte med dem. Sykepleierne beskrev at man som sykepleier må tilegne seg sin egen måte å kommunisere med barnet på og oppsøke kommunikasjonsteknikker (Grahn, Olsson og Manssson, 2016). Sykepleieren spiller en sterk rolle i forhold til kommunikasjon med barn som er innlagt på sykehus. Det er blant annet sykepleierens oppgave å tolke barnet, familien og legen for å deretter sette i gang tiltak (Gibson m.fl. 2010). At sykepleierne opprettholder sin profesjonelle rolle og empatiske tilnærming i møte med barn blir uttrykket som viktig, og det vil skape trygghet og ro for de involverte. Det er viktig at sykepleieren har tålmodighet i de vanskelige situasjonene en kan bli utsatt for, i forbindelse med omsorg ovenfor det kreftsykebarnet og deres foreldre (Grahn, Olsson og Manssson, 2016).

4.3 Kommunikasjon med kreftsyke barn

Kommunikasjon er mer enn bare en dialog, det er blant annet kroppsspråk, øyekontakt, vår samhandling og vår verbale kommunikasjon. Kommunikasjon er med å skape trygghet for barnet. Sykepleieren må ta seg tid og informere barn og deres familie om hva som skal skje. En sykepleier fikk frem at desto mer informasjon barna og deres foreldre har, desto mer kunnskap har de om hva som skal skje, som fører til at de føler seg tryggere (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Forklaringen sykepleierne gir til barnet og familien om sykdommen og behandlingen har en viktig rolle i å hjelpe dem må å forstå sykdommen (Darcy m.fl., 2014) .

Hvordan helsepersonalet kom inn i rommet og møtte barnet hadde stor betydning. Det at barna fikk muligheten til å fortelle om hvordan de følte seg, og ikke at sykepleierne bare spurte foreldrene ble sett på som viktig (Darcy m.fl., 2014). Barna uttrykte at de hadde behov for å ta del i egen omsorg, at de ble involvert og aktivt fikk delta. Det hadde stor betydning for at dem skulle føle seg nyttig (Björk, Nordström og Hallström, 2006, Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Et godt forhold til de ansatte på sykehuset viste seg at var viktig for barna (Björk, Nordström og Hellström, 2006). Barnet fikk et godt forhold til sykepleierne som bygde et forhold til dem og involverte dem i

prosessen, som også førte til at barnet følte seg behandlet med respekt (Darcy m.fl., 2014). Det var viktig for barn å få belønning og ros av sykepleier (Björk, Nordström og Hallström, 2006).

Mange barn følte mangel på informasjon om sykdommen, det gjorde dem bekymret for at endringene de opplevde kom til å være permanente. God informasjon hadde betydning for å unngå disse bekymringene. Noen barn fikk frem at de ikke fortalte om bekymringene de hadde, fordi de ønsket å være modige, men også for å unngå at helsepersonell skulle dømme dem (Gibson m.fl., 2010). Det er sykepleierens ansvar å tilpasse seg barnet, finne måter som kan gjøre en situasjon mer positiv (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Gi barna et verktøy for å forstå og få forklart sin sykdom ble oppfattet som vesentlig viktig (Darcy m.fl., 2014).

Sykepleierne er viktige i den daglige kommunikasjonen. Mange barn oppfattet dem som nyttige, snille, morsomme, og likte å tilbringe tid med dem og leke med dem. De var mer komfortable med å snakke med sykepleiere i forhold til leger, fordi sykepleierne var rundt dem mer, hadde mer kontinuitet med dem enn leger (Gibson m.fl., 2010). Uten kontinuitet i omsorgen, vil ikke barnet og helsepersonellet bli kjent med hverandre godt nok, til å hindre følelse av maktesløshet (Darcy m.fl., 2014).

Barn er veldig observante, de legger merke til hvordan sykepleieren uttrykker seg, kroppsspråket og tonen i stemmen. De observerte blant annet om sykepleieren hadde smilende øyne, om sykepleieren hadde hendene i lommen eller på hoften og hvordan sykepleieren gikk. De la merke til om sykepleieren virket stresset eller var rolig (Brady, 2009). Barn uttrykket at gode sykepleiere snakket med en rolig, fin og avslappende stemme, mens dårlig sykepleiere snakket med sjefete, gretten, sint stemme og kunne rope (Brady, 2009). De ønsket at helsepersonell var mer observante på signaler, f.eks. når de ønsket snakke og når de ikke ønsket det. Mange barn uttrykket at å stille spørsmål var vanskelig, og at sykepleierne anerkjente de på det så de klarte stille spørsmålene de satt inne med (Gibson m.fl., 2010). Når sykepleieren tolker barnets signaler er det lettere for sykepleieren å vurdere behovet og reksjonene til barnet (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Det ble sett på som vesentlig viktig at sykepleieren tok seg tid til å sette seg ned og snakke med dem, vise interesse for dem, og erkjenne dem som

individer. Det gjør at de føler seg spesielle og blir satt pris på som en person, og ikke bare blir sett på som en pasient (Darcy m.fl., 2014, Gibson m.fl., 2010).

4.4 Hvordan bruke barns kunst som et verktøy i kommunikasjonen

Rollins (2005) søker informasjon gjennom bruk av blant annet tegning som metode for å forbedre kommunikasjonen. Kunstnerisk uttrykk og aktiviteter blir sett på som passende kommunikasjonsmiddel for barn, og formidler temaene lengsel, frykt og maktesløshet (Rollins, 2005, Wikström, 2005). Barna beskrev seg selv gjennom kunst. Når terapeuten og barna jobbet med uttrykksfulle kunstobjekter, uttrykket barna temaene frykt/angst, avmakt og lengsel (Wikström, 2005). En 7 år gammel gutt med leukemi uttrykket sin frykt og angst gjennom kunstobjekter på leketerapienheten. Første besøket var han ikke interessert i noe aktivitet, men etter noen besøk på leketerapienheten begynte han å male ansikter. Han malte flere ansikter, og de fleste av dem hadde grønne øyne, grønne tårer og grønt hår, og fortalte at han ønsket å male ansikter som så ut som djvelen, fordi han var noe å være redd for. I løpet av sykehusoppholdet besøket han leketerapienheten så ofte han kunne. Der ansiktene over tid endret seg fra å være grønn til en mer normal ansiktsfarge (Wikström, 2005). En 6 år gammel gutt uttrykte seg gjennom å lage masker av hardt materiale på leketerapienheten, hver maske var forskjellig avhengig av hvor i prosessen han befant seg. I begynnelsen av sykehusoppholdet laget han en sølvfarget maske som dekket hele ansiktet, en mandske han laget i slutten av sykehusoppholdet laget han av mykt materiale som dekket området rundt nesen og øynene. Maskene han laget brukte han på de ulike prosedyrer og medisinske behandlinger, som han brukte for å føle beskyttet og mindre redd (Wikström, 2005).

Tegning er et universelt språk i barndommen og et verdifullt verktøy for at barn skal få uttrykt sine erfaringer. Barn ser på tegning som en underholdende aktivitet og ikke som truende. Barnets tegninger kan gi direkte uttrykk for en følelse, tanke eller en ide som barnet har (Rollins, 2005). Tegning blir brukt som en form for symbolsk kommunikasjon, og et middel for å hjelpe å oppdage vanskelige problemer hos barn. Tegning virker avslappende på barnet, i forhold til å være et objekt i den verbale kommunikasjonen (Rollins, 2005). En ni år gammel gutt tegnet en nål på arket sitt, og fortalte en lang historie ut ifra bildet han hadde tegnet. Han fortalte om sin frykt til

nåler, og flere opplevelser som han syntes var skremmende under behandlingen. En annen ni år gammel gutt tegnet et bilde av en fotballbane. Han pleide å spille mye fotball og var en av de beste på fotballaget. Han fortalte sykepleieren om hvordan han hadde det nå på sykehuset, som han ikke fikk være ute å løpt og spilt fotball med de andre gutta. Barna tegnet også sine skremmende mareritt, og samlet på sine tegninger på ett sted for å se om det kunne være en utvikling (Rollins, 2005).

4.5 Betydningen av lek

Alderstilpasset lek og aktiviteter var svært viktig for barna, der blant annet lekerommet hadde en stor betydning (Gibson m.fl., 2010). Lek var med på å gjøre en dag for barna til noe bra (Hinds m.fl., 2004). Uavhengig av alder og sykdommens alvorlighetsgrad, var behovet for lek en stor del av barnas liv (Björk, Nordström og Hallström, 2006, Darcy m.fl., 2014). Den typen lek barna valgte reflekterte barnets utvikling, men også hvor rammet barnet er av sykdommen (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Lek og aktiviteter forhindret kjedsomhet og distraksjon hos barna. Lek kan hjelpe kreftsykebarn med å ha en følelse av kontroll og være et utløp for frustrasjon (Gibson m.fl., 2010). Sykehusklovnene ble nevnt som viktige hos barna. Barna fortalte at de likte å leke rollespill som enten lege eller sykepleier, ikke pasient (Darcy m.fl., 2014). Eldre barn følte at det var flere leker som var rettet mot små barn, og de følte seg undertrykket av ansatte til å ta del i aktiviteter de selv følte var upassende eller ikke ønsket å ta en del i (Gibson m.fl., 2010).

4.6 Foreldrenes rolle

Foreldrene til kreftsyke barn er en viktig rolle i kommunikasjonen siden barna er avhengig av foreldrene sine for informasjon (Gibson m.fl., 2010). Foreldre kan gi relevant informasjon om barnets behov til sykepleiere. Lytte til foreldre og informere dem for å øke deres forståelse og trygghet er betydningsfullt. Barna merket at familieforholdet endret seg, de observerte at foreldrene virket mere bekymret over de og at de ikke fikk deltatt på familieaktiviteter som tidligere (Hicks m.fl., 2003). Barn blir påvirket av sine foreldre ved at de tolker foreldrenes signaler. Dersom foreldrene føler seg usikre, vil denne følelsen formidles til barnet og dermed kan det hindre sykepleieren å oppnå samarbeid med barnet (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Foreldrene viste at de hadde vanskeligheter med å komme inn i rollen som foreldre til

sitt kreftsyke barn, de synes det var vanskelig å sette grenser. De uttrykte sjokk og viste følelser som maktesløshet, utilstrekkelighet, og en konstant bekymring. Foreldrene uttrykte behov for mer informasjon, for å kunne være bedre foreldre i situasjonen (Darcy m.fl., 2014). Foreldrene oppfordret barna sine til å unngå kontaktsport, og oppmuntret barna heller til å begynne å lese en bok. Dette på grunn av at barna skulle hvile. Noen barn fikk ett nytt syn på det å lese og så på det som positivt, mens andre var lei seg for at de ikke fikk delta i aktiviteter som tidligere (Hicks m.fl., 2003). Det var mange foreldre som opplevde mangel på kontinuitet i omsorgen, som førte til mangel på tillit. Familiene møtte ofte nye ansikter i hvert besøk (Darcy m.fl., 2014).

Foreldrene hadde en viktig rolle i barnas liv under sykehusoppholdet. Barna ønsket å ha sine foreldre både fysisk og følelsesmessig nære. Barnet slappet av og viste glede da hennes/hans mamma dukket opp, eller var i nærheten, og viste misnøye når hun dro eller var ute av barnets syn (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Barna uttrykte at det var viktig for dem at foreldrene ga dem trygghet, trøst, støtte under behandlingen (Björk, Nordström og Hallström, 2006, Darcy m.fl., 2014, Hicks m.fl., 2003). Foreldrene ønsket å være barnets sikkerhet og trygghet (Darcy m.fl., 2014). Foreldrene var en sikker base for barna (Björk, Nordström og Hallström, 2006).

Foreldre som måtte holde fast barnet med tvang mot barnets vilje for ubehagelige eller smertefulle prosedyrer kontinuerlig, opplevdes som traumatisk. Verken foreldrene eller barnet ønsket at foreldrene skulle ha denne rollen. En mor til et kreftsykt barn forteller at datteren ønsket ikke ha noe med sine foreldre å gjøre i noen dager etter at hun hadde måtte blitt holdt fast av sine foreldre (Darcy m.fl., 2014). Det ble uttrykt at å bruke foreldrene til denne oppgaven var i mot både det foreldrene og barnet ønsket, og førte til en skadet integritet for barnet, og ga følelse av utilstrekkelighet og psykiske traumer for foresatte. Foreldrene så på en god sykepleier som en som gjorde at barna følte seg trygge og ivaretatt, og ikke nølte med å bruke teknikker som lek og rollespill (Darcy m.fl., 2014).

4.7 Livskvaliteten hos barnet

Mye av hverdagen til disse barna tilbringes fram og tilbake fra sykehus, eller ved lengre sykehus opphold. De er da mye borte fra sitt trygge hjem, og inn på ukjente omgivelser som kan skape utrygghet. Utrygghet fører til dårligere livskvalitet hos barnet, og sykepleiere er en viktig rolle i barnets liv (Darcy m.fl., 2014). Barn som blir innlagt på sykehus viser reaksjoner i deres vekst og utvikling som følge av stress på grunn av sykehus innleggelsen (Wikström, 2005). Det er i situasjoner som denne viktig å ha fokus på barnets omsorg. Følelsen av sikkerhet og kontroll for barna var basert på informasjon og deltakelse i omsorgen (Darcy m.fl., 2014). Barn følte seg fanget av sykdommen. Et barn kom med en sammenligning, at det var som å være en ånd i en krukke, man kommer seg ikke ut (Hinds m.fl., 2004). Foreldrene uttrykte at deres barn ble endret av sin sykdom, plutselig og uventet endret barnets energinivå, selvbilde og uavhengighet (Darcy m.fl., 2014). Å være alene opplevdes som spesielt skremmende for barna. Tilstedeværelse av foreldre, sykepleier eller en annen, som ble med å leke hjalp dem å føle seg mindre engstelige. Noen barn uttrykte angst ovenfor å dø eller å få tilbakefall (Gibson m.fl., 2010). Barna uttrykte at de hadde behov for fysiske og emosjonelle behov ivaretatt, dette var uavhengig av alder og kronologisk utvikling (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Støtte og hjelp fra familie, venner og helsepersonalet hjalp dem gjennom vanskelige tider. Mange savnet sine søsken under sykehusopphold (Gibson m.fl. 2010). Det er viktig at sykepleieren informerer og forbereder barna på hva som skjer og skal skje, det kan være med å lindre barnets frykt og skape trygghet hos dem (Grahn, Olsson og Mansson, 2016).

Barna mente det var fem ulike temaer som påvirket deres livskvalitet, etter at de fikk påvist kreft diagnosen. Det er blant annet: daglige aktiviteter, medisinene og behandlingen, tretthet, familieforholdet og hårtap. De fleste barna mente tretthet hadde størst endring i forhold til livskvaliteten. Barna opplevde at de blant annet ikke hadde nok krefter til å gå inn på badet om morgenen, og trengte derfor hjelp til dette. Mangelen på krefter påvirket barnas livskvalitet i stor grad . Flere av barna var ikke i stand til å gjøre de aktivitetene de tidligere hadde vært med på, og ble derfor byttet ut med tv, videospill og lesning (Hicks m.fl., 2003). Flere av barna sier de blir kvalme av behandlingen, og det hindrer dem i å delta i vanlige aktiviteter. Den intravenøse behandlingen uttrykte barna at var en enkel måte å få medisiner på, men at det hindret

dem i å gå noe steder uten å ha med seg et stativ. Barna så også på sykepleierne som positive individer, som var der for å hjelpe de (Hicks m.fl., 2003).

5.0 Drøfting

5.1 Kommunikasjonens betydning for barnets livskvalitet

Tiden til kreftsyke barn tilbringes mye på sykehus, der barna er mye borte fra sine trygge omgivelser (Darcy m.fl., 2014). I følge Bringager m.fl. (2014) er det ikke selve diagnosen som oppleves som truende for barnet, men alle nye og ukjente situasjoner sykdommen fører til. Mye av tryggheten og det som oppleves som meningsfullt og forståelig forsvinner, det er med på å gjøre at barnet og familien opplever stress (Bringager m.fl., 2014). Travelbee (1999) mener at sykepleien skal handle om pasienten, familien og sykepleieren. Det kan være vanskelig å være foreldre og søsken til et kreftsykt barn, der hverdagsfokuset blir på det syke barnet og familien fort blir glemt (Björk, Wiebe og Hallström, 2009). I møtet med et sykt barn blir det understreket at det er viktig at hele familien blir ivaretatt. Kreftdiagnosen får konsekvenser og preger hele familien ikke bare barnet. Sykepleieren bør derfor rette arbeide sitt mot hele familien (Bringager m.fl., 2014, Rustøen, 2009). Gibson m.fl. (2010) hevder at unge barn var misfornøyde med at foreldrene styrte og tar ledelsen i kommunikasjonen med sykepleieren. Barna vil da forbli i bakgrunnen av kommunikasjonen (Gibson m.fl., 2010). Dette kan gjøre at barnet får kommunikasjonsproblemer, som kan føre til at barnet får dårligere relasjoner til andre, som igjen har dårlig innvirkning på barnets livskvalitet (Rustøen, 2009). Gibson m.fl. (2010) får frem at foreldre kan lære å utvikle seg til å være en støttende bakgrunns rolle, og ikke ta over hele kommunikasjonen. Travelbee (1999) mener at det som skjer med den syke, også påvirker familien, men at det er viktig at sykepleieren forstår hva den syke prøver å kommunisere. For at den syke skal få ivaretatt sine behov på best mulig måte (Travelbee, 1999). Rustøen (2009) hevder at selv om det beste er å spørre barnet, settes det et krav til alderen til barnet. I følge Eide og Eide (2013) vil et barn i alderen 3-5år være her og nå orientert, ha ett annet syn på tid enn voksne, og ha en god hukommelse og gjenkjennelsesassosiasjon. Tveiten, Wennick og Steen (2012) mener barn i denne alderen har bedret språkutvikling, som fører til at barnet får evne til å representere erfaringer og objekter. Barn i alderen 5-8 år begynner å tenke logisk om konkrete hendelser (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Eide og Eide (2013) bekrefter dette ved at de mener barn utvikler en logisk forståelse,

og trenger konkrete objekter for at de skal kunne forstå, de mener også utvikling av tid begynner å bli mer tilnærmet som de voksne. I alderen 8-10 begynner barna å forstå forskjeller på fantasi og virkelighet og de kan se sosiale sammenhenger (Eide og Eide, 2013), mens Tveiten, Wennick og Steen (2012) mener de ikke har det før 12 års alderen.

Barn som tilbringer mye tid på sykehus, vil oppleve utrygghet i hverdagen, som vil føre til dårligere livskvalitet (Darcy m.fl., 2014). Alderen og utviklingen til barnet påvirker deres livskvalitet sterkt (Rustøen, 2009). Kreftsyke barn uttrykker en følelse av isolasjon (Darcy m.fl., 2014). Rustøen (2009) hevder at isolasjon har store konsekvenser for barnets livskvalitet, og kan gi følelsen av angst og fremmedhet. Det blir da sett på som en vanskelig tid for barnet (Gibson m.fl., 2010). Rustøen (2009) hevder at isolasjon kan være en medvirkende faktor for barns utvikling av sykdom og kan forsinke helbredelse. Nærhet til barnet i slike situasjoner er derfor viktig, for å forebygge psykiske problemer (Rustøen, 2009). Det fører til at barnets normale hverdag blir tapt, oppgaven til sykepleieren er å fokusere på muligheter og tilrettelegge slik at barna har en opplevelse av noe positivt og verdifullt i sin hverdag (Bringager m.fl., 2014). Travelbee (1999) bekrefter dette ved at hun mener sykepleierens oppgave i en vanskelig situasjonen for et barn er å styrke håpet og finne mening. Håp blir sett på som en faktor for å mestre vanskelige situasjoner. For at barna skal kunne ha en god livskvalitet, er det viktig at de lærer seg å leve med sykdommen. Sykepleieren må da opprettholde håpet og mestring hos barnet for å oppnå god livskvalitet (Rustøen, 2009). Sykepleieren skal gi informasjon til barnet for at barnet skal forstå det som skjer, se muligheter og få ressurser til å mestre sin nye situasjon (Bringager m.fl., 2014). Dette viser viktigheten av at sykepleieren utfører profesjonell kommunikasjon, som innebærer informasjon, undervisning og råd når barnet har behov for det (Eide og Eide, 2013).

Sykdommen er en trussel mot livskvaliteten hos det kreftsyke barnet (Rustøen, 2009). Barnet kan oppleve følelsen av å være fanget av sykdommen, som begrenser barnets hverdagsliv (Hinds m.fl., 2004, Bringager m.fl., 2014). Barnets identitetsutvikling og selvfølelse blir påvirket av dette, det fører til dårligere livskvalitet hos barnet (Bringager m.fl., 2014). Barnets tilknytningsadferd aktiveres når barnet har smerter, er redd eller engstelig, i slike situasjoner må barnet være i nærheten av en omsorgsperson. Det er

derfor viktig at sykepleieren kommuniserer med barnet, for å skape tillit og trygghet. Tillit er nøkkelen til godt samarbeid mellom barnet og sykepleieren (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Dersom sykepleieren ikke klarer skape tillit og trygghet hos barnet eller barnet ikke forstår hva som skjer vil det føre til angst og frykt hos barnet (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). At sykepleieren viser forståelse, informerer og forklarer slik at barnet forstår hva som foregår og hva som kan skje, kan bidra til å øke barnets følelse av kontroll som har en sterk virkning på barnets tillit og trygghet. Tillit er en forutsetning for at barnet skal åpne sine tanker og følelser for sykepleieren (Eide og Eide, 2013). Å kommunisere gjennom verdifulle historier, er med på å skape tillitsfulle relasjoner. Kommunikasjon er derfor med på å skape god livskvalitet (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Rustøen (2009) hevder da at barn som er alvorlig syke blir satt tilbake i utviklingen. Bringager m.fl. (2014) mener det derfor er viktig å ha søkelys etter det friske i barnet, trivsel og barnets identitetsutvikling, dette for å kunne bedre livskvalitet hos barnet. Det krever kompetente sykepleiere som er sikre i sin omsorgsrolle, for å kunne skifte fokuset fra sykdommen til barnet (Darcy m.fl., 2014).

5.2 Sykepleierens profesjonell rolle

I følge Travelbee (1999) er en profesjonell sykepleier en som disiplinert tilpasser seg pasientens problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleieren skal hjelpe det syke barnet og familien til å mestre sykdommen og lidelse, deretter finne mening. Sykepleieren spiller en sterk rolle i forhold til kommunikasjon med barn som er innlagt på sykehus (Gibson m.fl., 2010). Det er viktig som sykepleiere å være bevisst på egne holdninger og væremåte (Rustøen, 2009). I følge Brady (2009) er barn veldig følsomme på kroppsspråk og stemmebruk. Grahn, Olsson og Mansson (2016) mener det samme som Bringager m.fl. (2014), at sykepleieren skal tilpasse seg barnet, og finne måter som kan føre til at situasjonen blir best mulig for barnet. Barn danner tydelige meninger om sykepleierens væremåte (Brady, 2009). Det er derfor viktig at sykepleiere innhenter seg kunnskap og erfaringer, for å tilegne seg en god måte å kommunisere med barn på (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Sykepleieren må kommunisere profesjonelt, det vil si at det skal ha et faglig innhold, og være til hjelp for barnet og familien. Sykepleieren må anerkjenne den andre, aktivt lytte, være åpen og samtidig konkret (Eide og Eide, 2013). I følge Bringager m.fl. (2014) er hovedmålet med informasjonen sykepleieren kommuniserer til barnet og familien, å gi kunnskaper slik at de forstår det som skjer og

for å se mulighetene i situasjonen. Kommunikasjonen vil da være til hjelp for barnet og familien. Travelbee (1999) hevder at kommunikasjonens mål er å lære det syke barnet å kjenne, ivareta og fastslå behovet til barnet, samt oppfylle barnets hensikt og mål.

Brady (2009) hevder at en god sykepleier er en som tilpasser kommunikasjonen til barnet og familien, har et profesjonelt utseende og en god faglig kompetanse. Stikkordet for god kommunikasjon hos barn er: aktiv lytting, åpenhet og undring. Det forutsetter at sykepleieren toner seg inn og finner felles oppmerksomhets punkt sammen med barnet. Sykepleieren viser da interesse og vilje til å dele barnets oppmerksomhet og deretter viser respekt og empati, som er grunnlaget for tillit til barnet (Eide og Eide, 2013). Sykepleien blir sett på som god når barnets behov blir ivaretatt på faglig, etisk og juridisk måte, der barnet og familien har opplevelsen av lindring, tillit og trygghet. Dette innebærer at sykepleieren har en forståelse av barnet og familiens situasjon og formidler faglig kompetanse på en måte som gir dem en god opplevelse (Bringager m.fl., 2014). I følge Brady (2009) ser barn på dårlige sykepleiere, som de som gjør ting i en hast, og som ikke tar seg tid til de. Hastverk gjorde barna usikre, og fremkalte frykt (Brady, 2009). Det er derfor viktig at sykepleieren tar seg tid til barn, setter seg ned og snakker med barnet, samt viser interesse og blir kjent med barnet som en helhet (Darcy m.fl., 2014). Sykepleieren skal se på barnet som en helhet og ikke bare forholde seg til det syke hos barnet (Bringager m.fl., 2014). En sykepleier med erfaring har økt kunnskap som fører til at sykepleieren blir mer selvsikker og profesjonell i utførelsen av sin yrkesrolle (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Grahn, Olsson og Mansson (2016) bekrefter at det er viktig at sykepleieren tilpasser kommunikasjonen til barnet ved å tilegne seg og oppsøke effektive måter å kommunisere med barn på. Hvordan relasjonen mellom sykepleier, det syke barnet og familien blir er avhengig av hvordan sykepleieren uttrykker seg og møter dem på (Darcy m.fl., 2014). Det å øke kunnskapen om hvordan barnas livskvalitet påvirkes av sykdommen er viktig, for at sykepleiere som jobber med barn skal kunne arbeide kvalifisert og kunnskapsbasert (Darcy m.fl., 2014). En grunnleggende verdi og forutsetning for å yte god sykepleie til barn er nestekjærlighet, der engasjement er vesentlig (Bringager m.fl., 2014).

5.3 Kommunikasjonsverktøy i møte med kreftsyke barn.

I kommunikasjon med barn er kunsten å la barnet holde føringen (Eide og Eide, 2013). Sykepleierens tilpasninger i møte med barn, skal stimulere barnets deltakelse og skal være skreddersydd etter hver enkelt barn (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). Ett hvert barn har sin måte å kommunisere på, det er derfor ingen oppskrift på hvordan man best mulig kommuniserer med barn (Eide og Eide, 2013). Derfor finnes det flere ulike kommunikasjonsverktøy, for å formidle kommunikasjonen på en best mulig måte (Bringager m.fl., 2014). I følge Gibson (2010) er de ulike kommunikasjonsverktøy viktig for sykepleiere for å møte barn på ulikt alderstrinn. Eide og Eide (2013) og Rustøen (2009) bekrefter at dette er viktig, siden hvert enkelt barn befinner seg på ulike stadier av utviklingen, og derfor utfordres sykepleierens måte å kommunisere på. Eide og Eide (2013) hevder at barn har en magisk tenkning frem til rundt 8-10 års alderen. I følge Gibson m.fl. (2010) er lek og dukker et tilpasset kommunikasjonsverktøy i alderen 4-5 år. Bringager m.fl. (2014) mener dette er et viktig kommunikasjonsverktøy for barn, men fastslår ingen alder hos barna. Gibson m.fl. (2010) mener barn fra 6 år er kjent med å tegne og skrive fra skolen, og betraktet som barnevennlig måte å samle inn data. I følge Eide og Eide (2013) vil barn i denne alderen ha en rettferdighetssans.

Sykepleierens mål er å gi barn med kreft og deres familie, informasjon og kunnskaper for å forstå hva som skjer og for å finne muligheter i den nye situasjonen (Bringager, 2014). Dette krever at sykepleieren har gode kunnskaper og erfaringer om ulike kommunikasjonsverktøy, for å møte barnet på deres nivå (Grahn, Olsson og Mansson, 2016, Wikström 2005). Barnet og familien har krav på informasjon for at de skal forstå. Det skaper trygghet og tillit mellom sykepleier og og barnet (Bringager, 2014). I Rollins (2005) og Wikström (2005) nevner de ulike kommunikasjonsverktøyene sykepleieren kan ta i bruk, som; tegning, rollespill, dukker, leker, leire, maling, tekstil, musikk, gi barn oppgaver, mens Bringager m.fl. (2014) tar for seg blant annet; dukker, musikk, rolle spill og teater, guide og oversette, visualisering og fantasireiser, oppdagelsesferd, sykepleieren som rollemodell og prøvekanin, og dagsplan. Ved bruk av kommunikasjonsverktøy tilpasset barnet kan barnet formidle temaer som lengsel, frykt og maktesløshet (Rollins, 2005, Wikström, 2005).

Darcy m.fl. (2014) hevdet at det var viktig å gi barna verktøy for å kunne forstå og forklare sin sykdom. Helle Motzfeldt har laget en bok som heter Kjemomannen Kasper, som er en bok til god støtte for sykepleiere og barn. Boka setter kreftbehandlingen i sammenheng, som kan brukes som et verktøy. Sykepleiere kan bruke kommunikasjonsverktøy som visualisering og fantasireiser ved å bruke kreftbamsen fra Kjemomannen Kasper for å formidle bokens sammenheng. Det kan gi barna et verktøy for å forstå og forklart sin kreftsykdom (Bringager m.fl., 2014, Motzfeldt, 1993). Det er viktig å huske at barn i alderen 3-8 år treger hjelp til å lage sammenhengende historier. Der sykepleieren med fordel kan bruke teknikker som kosedyr, lek, sang og skape tidsstruktur i samtalen, oppsummere det barnet har fortalt og følge barnets egen flyt og taktskifter (Eide og Eide, 2013). Barn i alderen 8-10 vil i følge Eide og Eide (2013) begynne å bli i stand til å se sammenhengende historier. I følge Gibson m.fl. (2010) blir blant annet dukker brukt for å spørre barna om deres erfaringer. Det kan være lettere for barn å svare på gjennom bruk av bamsen hvordan barnet har det (Reitan og Schjølberg, 2010). Det er viktig at sykepleieren relaterer til noe barnet er opptatt av, men samtidig ha fokus på målet for samtalen, slik at sykepleiere får frem den informasjonen som er viktig (Eide og Eide, 2013).

Barn kan oppleve direkte spørsmål som krevende, og vanskelig å svare på (Gibson, 2010). Rollespill blir derfor sett på som en av de viktigste kommunikasjonsverktøyene (Wikström, 2005, Bringager, 2014, Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Det kan være mindre truende for barnet å motta informasjon gjennom noen andre enn seg selv (Bringager m.fl., 2014). Eide og Eide (2013) mener også at rollespill kan være til hjelp for at barna kan spille både vanskelige og positive opplevelser, der barnet kan uttrykke seg gjennom rollen. Mens Rollins (2005) og Bringager m.fl. (2014) hevder at dette også er en god informasjonskilde for sykepleieren. Rollespill blir også ofte brukt i forbindelse med kommunikasjon med barn, der sykepleier kan ta utgangspunktet i en situasjon eller en prosedyre (Eide og Eide, 2013). Wikström (2005) hevder at rollespill er en av de beste måtene å forberede barn på en prosedyre. Rollespillene må være så realistiske som mulig, for å forberede barnet på den bestemte prosedyre eller situasjonen (Eide og Eide, 2013, Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Tveiten, Wennick og Steen (2012) mener at når prosedyren skal utføres, er det viktig at det er den samme

sykepleieren som har vært med på rollespillet, som skal være med på å utføre selve prosedyren for å skape trygghet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

I følge Rollins (2005) er kunst en passende kommunikasjonsmiddel for barn, med tanke på utviklingsprosessen. Wikström (2005) hevder at dette er en god mulighet for barn å uttrykke seg. De fleste barn er kjent med tegne og skrive teknikker, og kan derfor betraktes som barnevennlig og ikke en truende metode å innhente informasjon (Gibson, 2010, Rollins, 2005). Barn ønsket å uttrykke sine følelser gjennom kunstverk (Wikström, 2005). Tegning og maling som kommunikasjonsverktøy kan være til god hjelp når barnet er for sliten til å kommunisere verbalt eller er sterkt følelsesladet, dette gjelder også når barnet sitter inne med følelse de ikke klare beskrive med ord. Sykepleieren fikk en god forståelse gjennom bildet og at barnet fortalte om bildet (Rollins, 2005, Wikström, 2005). Wikström (2005) fortalte at barna laget dagbøker ut fra bilder og malerier de hadde laget. De kunne se tilbake på dagboken sin over tid og reflektere over sin fremgang sammen med sykepleieren. Dette kan gi nyttig informasjon til sykepleieren (Wikström, 2005, Rollins, 2005). Eide og Eide (2013) får frem at blant annet tegning er utarbeidet for terapeutiske formål, og brukes med gode resultater også i kommunikasjon der livssituasjonen til barnet er vanskelig. Tegning er et hjelpemiddel for barnet til å uttrykke seg selv og sine følelser på en naturlig måte, ut ifra barnets alder (Eide og Eide, 2013).

5.4 Lekens betydning i sammen med barn

En definisjon på god livskvalitet hos barn er å kunne, se, ha evnen til å bevege seg, hoppe, løpe og danse. Mye av dette kommer gjennom lek (Rustøen, 2009). Lek er innarbeidet og en sentral del av barnet liv (Björk, Nordström og Hallström, 2006, Darcy m.fl. 2014). Darcy m.fl. (2014) hevder at barn som ikke får leke som vanlig, mister mye stimuli. Barnets utvikling er grunnleggende i forståelsen av både avvikende og normal utvikling. Det er viktig for å få et innblikk i hvordan sykepleieren kan gi utviklingsstøtte på best mulig måte til barnet. Det er viktig at sykepleiere møter barn på sykehus i det utviklingsstadiet dem er, ved å tilpasse blant annet kommunikasjon og forventninger (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Barn i alderen 3-8 år har ikke utviklet evnen til å fortelle og forklare, mens barn i alderen 8-10 er i stad til å begynne å diskutere hva som er rett og galt, de har også mer forståelse for andre reaksjoner (Eide og Eide, 2013).

Bringager m.fl. (2014) hevder at sykepleiere ikke tar nok hensyn til barnets utvikling. Det blir mye venting på sykehus, der tiden kunne blitt brukt til aktiviteter som fremmer utvikling (Bringager m.fl. 2014). I følge Wikström (2005) kan barn gjennom lekterapi oppleve utvikling i vekst. Darcy m.fl. (2014) hevder at sykehusklovnene har en stor innvirkning på barna og barns utvikling. Barn lever i øyeblikket, og det er derfor viktig å ta være på barnet i her og nå situasjonen. Barnet skal ha mulighet til å leke. Selve livet for barn er lek, det er derfor viktig at de får leke hele tiden og over alt (Bringager m.fl. 2014). I følge Wikström (2005) skal alle barn ha rett på å leke selv om de er syke, og at det er deres måte å uttrykk seg selv på. Rustøen (2009) bekrefter dette med å fortelle at lek, er en av de vanligste aktivitetene som sykepleierne kan observere hvordan livskvaliteten til barnet er. Wikström (2005) mener at lekterapi er en sentral del av den terapeutiske behandlingen. Alle barn har mulighet til å løse egne problemer, gjennom lek og på den måten vokse. Lek kan derfor være med på å overvinne frykt (Wikström, 2005). Barn brukte dukker eller bamser, og utsatte de for det samme som de hadde blitt utsatt for. En dukke fikk en nål i armen, og ble satt på plaster for at den skulle bli frisk. Dukken ble deretter fortalt at det kom til å gjøre litt vondt, men at det gikk bedre etter hvert (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Wikström (2005) mener derfor at lek kan til tider være mere uttrykksfullt enn språk. Barn bruker lek til å flykte fra den virkelige verden og inn i sin fantasiverden. Der de kan uttrykke sine dypeste fantasier og følelser. Lek var derfor nyttig for barn som virket urolige (Wikström, 2005).

Barn ser som oftest på mor som en trygg kilde, når barnet følelser seg trygg hjelper det barnet til å leke og utforske. Lek er med på at barnet føler seg lykkeligere (Björk, Nordström, og Hallström, 2006). Wikström (2005) hevder at humor har en positiv innvirkning på barnet, det reduserer spenninger og stress. Uavhengig av alvorlighetsgrad på sykdommen og alder, har barnet behov for lek. Barn har behov for å leke med søsken og det mest vesentlige for barnet er å ha det gøy (Björk, Nordström og Hallström, 2006, Wikström, 2005). I følge Gibson m.fl. (2010) var lekerommet det barna likte best ved sykehuset. Tiden på sykehuset kan ofte bli lang, barn bruker da ofte Tv-spill, puslespill og lese bøker som tidsfordriv (Darcy m.fl., 2014). Målet med lek er å gi barnet, uavhengig av interesse eller alder, noe som barnet liker å gjøre. Det å synge i kor, leke på lekerommet, male eller høre på musikk har positiv innvirkning på

livskvaliteten til barnet. Lek er med på å distrahere traumatiske opplevelser, og det var med på å økte smerteterskelen til barn i behandling (Wikström, 2005).

I følge Eide og Eide (2013) holder barn mye av sine følelser og tanker for seg selv. Gibson m.fl. (2010) bekrefter at lek er terapeutisk for barn som sliter med psykiske plager. Leken hjelper dem med å kommunisere sin angst og frykt. Det å kunne bruke lek i hverdagen for å kommunisere med, skaper en følelse av kontroll for barna (Gibson m.fl., 2010). I følge Bringager (2014) får vi innsyn i hvordan barnet har det, hva barnet lurer å, er redd for, glad for og tenker på, gjennom lek og kommunikasjon. Wikström (2005) mener det verbale språket for barn kan være vanskelig, og at de da fortrenger sine tanker og følelser. Hun mener derfor at kommunikasjon gjennom lek, reduserer angsten i å kommunisere. Det ved hjelp av å lage et objekt eller leke en lek, slik at barnet ikke kommuniserer direkte med sykepleieren (Wikström, 2005). Det kan da være naturlig og rette oppmerksomheten mot barns interesser, det kan være blant annet leker, bilder eller tegninger. Det er viktig å kommunisere med barn på en måte som de forstår, det kan være gjennom lek og spill. Lek har blitt brukt til terapi med hell, i mange år. Barn kan for eksempel spille ut følelsene sine, ved hjelp av dukker (Eide og Eide, 2013). I Følge Gibson m.fl. (2010) hadde lekerommet en stor betydning for barna. Ved å observere barna på lekerommet, og i daglige aktiviteter og situasjoner får sykepleieren verdifull kunnskap (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Bringager m.fl. (2014) mener at barn kan utrykke følelser, se verden med et annet perspektiv og kunne prøve nye sider av seg selv gjennom rollespill. For barnet kan det å motta informasjon, som en annen enn deg selv, være mindre truende. Rolle spill kan også bli brukt som en informasjons metode for barn (Bringager m.fl. 2014).

5.5. Betydningen foreldre har hos kreftsyke barn

Familien blir ansett som mor, far og barn, men å definere familien som bare mor, far og barn kan føre til at vi blir mer sårbare og ensomme. Barnets foreldre blir ansett som de som har hoved omsorgen (Bringager m.fl., 2014). I følge Gibson m.fl. (2010) og Björk, Nordström og Hallström (2006) blir foreldre sett på som viktigste personene under sykehusinnleggelse, der støtten og hjelpen vises som viktig for barna.

Sykehusinnleggelse krever adskillelse fra foreldrene, som er traumatisk og skadelig for barnet under deres utvikling (Rustøen, 2009). At barnet får kreft er en traumatisk

opplevelse for hele familien, og fører til at dem lever i usikkerheten sykdommen medfølger (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Foreldre har en større påvirkning på det syke barnet enn sykepleieren, siden det er foreldrene som har den største innvirkningen på sine barn (Bringager m.fl., 2014). Barn er eksperter på å tolke foreldrenes signaler (Grahn, Olsson og Mansson, 2016). De påvirkes derfor sterkt av sine foreldre (Bringager m.fl., 2014). Grahn, Olsson og Mansson (2016) hevder at dersom foreldrene opplever utrygghet vil dette formidles til barnet og gjøre dem utrygge. Bekreftes av Bringager m.fl. (2014) og Eide og Eide (2013) som får frem at foreldrenes trygghet i sin rolle og situasjon, er en forutsetning for trygghet hos deres barn, og foreldrenes utrygghet vil føre til at barna trekker seg tilbake. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på at familien påvirkes av hverandre, samt hvordan de påvirker hverandre (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Tveiten, Wennick og Steen (2012) mener at å opprettholde balansen i familien, kvaliteten på familiens funksjoner og møte deres behov er et viktig mål for sykepleien. Ut fra dette vises det at det er viktig at foreldrene formidler trygghet, fellesskap og ro til barna med kreft (Bringager m.fl., 2014).

Grahn, Olsson og Mansson (2016) hevder at sykepleieren må lytte til foreldre og informere dem for å øke forståelsen og tryggheten til foreldrene, som er svært betydningsfullt. Det bekreftes av Bringager m.fl. (2014) som sier at foreldrearbeid er å lytte til foreldrene, bekrefte og bygge opp selvfølelsen til foreldrene og gi dem plass. Darcy m.fl. (2014) fikk frem at foreldre hadde vanskeligheter med å mestre den nye situasjonen, og viste at de hadde behov for mer informasjon. Bringager m.fl. (2014) hevder at foreldrenes kunnskap er viktig for at dem skal mestre situasjonen på best mulig måte, som bekrefter at informasjon er viktig. I følge Gibson m.fl. (2010) er barn avhengig av sine foreldre for informasjon, samt at barna ønsker at foreldrene søker informasjon for dem. De anser foreldrene til kreftsyke barn som en viktig rolle i kommunikasjonen (Gibson m.fl., 2010). Barnet og foreldrene blir sett på som en helhet i utviklingen av pasientens kompetanse, det hevdes at det er med på å blant annet bedre kommunikasjonen mellom foreldrene, pasienten og sykepleieren, som også fører til bedre livskvalitet. Veiledning til foreldre vises at er viktig for å kunne ivareta omsorgen for barn i sykehus (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Gibson m.fl. (2010) og Grahn, Olsson og Mansson (2016) hevder at det er viktig at sykepleiere og foreldre etablerer et

stabil samarbeidsforhold for å ta vare på barnet på best mulig måte. Dette er noe Tveiten, Wennick og Steen (2012) får frem ved at sykepleier og foreldre må samarbeide, når foreldre deltar i omsorgen, forventningene til rollene må være klare overfor hverandre.

I følge Björk, Nordström og Hallström (2006) hadde foreldrenes tilgjengelighet stor betydning for tryggheten til barna, og om de var trygge nok til å uttrykke andre behov. Dette ble sett på som viktig for optimal omsorg. Barnet slappet av og viste glede da foreldrene var i nærheten og viste misnøye når foreldrene ikke var tilstede (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Dette er i samsvar med det Tveiten, Wennick og Steen (2012) får frem at foreldrenes tilstedeværelse og deltagelse i omsorgen har stor betydning for barnet, men at barns avhengighet av voksne varierer med barnets alder og utvikling. Foreldrene opplevde mangel på kontinuitet i omsorgen som førte til mangel på tillit (Darcy m.fl., 2014). Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon får frem at barn i utgangspunktet skal ivaretas av samme personalet under hele sykehusoppholdet (Regjeringen, 1999). I følge Bringager m.fl. (2014) bygges tillit gjennom å skape trygghet, forutsigbarhet og inklusjon av barnet og foreldrene.

Det var viktig for de kreftsyke barna å ha sine foreldre fysisk og følelsesmessig nære, og dem ønsket at foreldrene var de som ga dem trygghet og trøst (Björk, Nordström og Hallström, 2006, Darcy m.fl., 2014). Dette var noe som var viktig for foreldrene også, at det var dem som var den trygge basen og at deres barn kom til dem for trøst (Darcy m.fl. 2014). Foreldre som må holde fast barn sine ved prosedyrer til behandling, var noe både barna og foreldrene opplevde som traumatisk og førte til misbruk av foreldrerollen (Darcy m.fl., 2014). Når barn ikke er samarbeidsvillige i forhold til prosedyrer og behandling, hender det seg at barna må holdes fast for at nødvendig behandling og prosedyrer skal bli gjennomført, foreldrene blir ofte dem som må holde fast sitt barn (Bringager m.fl., 2014). Det fører til misbruk av foreldrenes rolle som en sikker base og en trygg havn for barna (Vedlegg 1). Dette komme tydelig frem i Darcy m.fl. (2014) at fører til en skadet integritet for barnet og utilstrekkelighet hos foreldrene. CIRCLE OF SECURITY, viser at foreldrene skal ivareta barnas behov, der to grunnleggende behov er behov for omsorg og beskyttelse, og behov for å undersøke og mestre verden. Det er

grunnleggende for barnets trygghet og livsglede (Brandtzæg, Torsteinson og Øiestad, 2016, Vedlegg 1).

6.0 Metodediskusjon

I et litteraturstudie er det viktig å bruke den mest relevante forskningen, der vi kritisk vurderer og gjøre oss kjent med litteraturen for å velge ut det som er relevant for studiet (Aveyard, 2014). Artikkene er fagfellevurdert nivå en eller to i publiseringskanalen. I følge Den nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) er det viktig at barn som deltagere i forskning beskyttes. Det er derfor viktig at artiklene har etiske overveielser (Den nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). De vitenskapelige artiklene som ble brukt i dette studiet er alle godkjent av ulike etiske komiteer. Der barn og foreldre er blitt informert muntlig og skriftlig, og har måtte gitt samtykke til deltagelse. I dette studiet er alle artiklene kvalitative, det vil si at artiklene er basert på intervjuer eller observasjoner. Vi ser gjennom artiklene at ved intervju, kan du selv stille de spørsmålene du vil ha svar på, og få den informasjonen du selv ønsker. Gjennom observasjon kan du miste noe viktig informasjon, men også oppdage mye ved å sitte på sidelinjen, som du ikke ville fått informasjon om på et intervju. Det vil si at forskningen har godt i dybden, og fått et nært forhold til deltagerne i forhold til om studiet skulle vært kvantitativt. Dette fører til god kvalitet på artiklene (Aveyard, 2014). I dette studiet har artiklene forskjellige fokus, der de går i dybden på barnas-, foreldrenes- og sykepleiernes syn. Det fører til bredde i vårt studie, med at vi får innspill fra ulike syn.

I starten av studiet valgte vi å ha fokus på barn med akutt lymfatisk leukemi og deres livskvalitet. Det resulterte i at vi mistet mange gode artikler, vi fant derfor ut av vi måtte endre problemstilling som resulterte til flere søke ord og artikler. For å komme frem til flest mulig relevante artikler brukte vi ulike søkeord som hadde samme betydning. De vitenskapelige artiklene som er brukt i dette studiet er engelsk språklige, og kan medføre at det blir mistolkning av tekstens innhold. Vi har valgt å bruke artikler som er fra studier i Norden, eller land som har tilnærmet likt helsevesen og kultur. De vitenskapelige artiklene som ble brukt til studiet følger IMRAD-strukturen. I dette studiet har det blitt brukt noen eldre artikler, men vi har valgt å bruke dem på grunn av at vi ser dem relevante for vårt studie. Forskningen i forhold til vårt studie har ikke endret seg så mye de siste årene. Artikkene i vårt studie er basert på barn i ulike alder, der det er både

ynge og eldre barn enn 3-10 år. Vi har kritisk vurdert og valgt ut det som er relevant i forhold til vår aldersgruppe.

Gibson, m.fl. (2010) er et studie basert på intervju, som gir ett godt innblikk i barnas syn på kreftomsorgen. Artikkelen presenterer en god modell i forhold til kommunikasjon og informasjon. Dette fører til at artikkelen blir relevant for vårt tema. Studiet inneholdt barn og unge i alderen 4-19 år på seks ulike stadier av kreftbehandlingen, der det var 48 barn som deltok. Det ble benyttet tre ulike alderstilpassede teknikker, som er med på å styrke studiet vårt. Studiet er skrevet fra 3 ulike kresenheter i Storbritannia. Denne artikkelen er fagfellevurdert nivå 2. Dette er et studie fra 2010, som gir oss nyere forskning på tema. Svakheter ved artikkelen er at det står direkte om hvordan kommunikasjon kan fremme god livskvalitet hos barn. Den tar også for seg flere ulike aldersgrupper, og ikke bare 3-10 år.

Grahn, Olsson og Mansson (2016) er et studie som inkluderer sju sykepleiere som arbeider med barn, der informasjonen ble samlet inn gjennom intervjuer. Studiet fokuserte på barn i alderen 3-6år. Fokuset var på å møte barnet og tilpasse hvert enkelt barns behov. Et svensk studie som er skrevet i 2016. Artikkelen er fagfellevurdert nivå 1. Svakheter ved artikkelen er at studiet ble utført på en pediatrik akuttavdeling, fokuset er ikke direkte rett mot kreftsyke barn.

Darcy m.fl. (2014) har fokus på barnets opplevelser av hverdagen etter nyoppdaget kreftdiagnose, og viktigheten med å endre fokuset fra sykdommen til barnets helhet. Artikkelen tar for seg ny forskning på barn og deres livskvalitet, og familiesentret omsorg. Studiet inkluderte tretten barn i alderen 1-6 år, på en pediatrik avdeling i Sør-Sverige. Artikkelen er fagfellevurdert nivå 2, og skrevet i 2014. I dette studiet ble dataene samlet inn ved intervju, der foreldrene også ble inkludert. Svakheter med studiet er at studiet også tar for seg barnets opplevelser utenfor sykehuset.

Rollins (2005) Artikkelen tar for seg alternative metoder som tegning for at barnet skal få uttrykt sine følelser og tanker. Deltagerne i studiet er i alderen 7-18 år, der totalt tjueto barn ble intervjuet på et sykehus i England. Artikkelen er fagfellevurdert nivå 1.

Svakheten ved denne artikkelen er at deler av resultatdelen er vanskelig å få en forståelse av. Studiet er skrevet i 2005, og er derfor litt eldre studie.

Brady (2009) bruker tilpassede tegne og skriveteknikker, og tar for seg barns perspektiv på god sykepleie og deres måte å kommunisere på. Tjueto barn i alderen 7-12 år ble intervjuet. Det er et engelsk studie fra 2009, og fagfellevurdert nivå 2. Svakheter ved denne artikkelen er at den ikke går direkte på barn med kreft. Vi valgte å ta med artikkelen på grunn av at den hadde relevant tema for vårt studie, der den tar for seg god sykepleie til barn som er innlagt på sykehus.

Björk, Nordström og Hallström (2006) beskriver barnas behov gjennom atferd, kroppsspråk og verbale uttrykk i den første perioden på sykehuset. Artikkelen tar for seg tolv barn med kreft i alderen under 7 år og deres foreldre i Sør-Sverige. Studiet er fra 2006, og fagfellevurdert nivå 1. Artikkelen var relevant og god i forhold til vårt tema.

Hinds m.fl. (2004) tar for seg barnets syn på livskvalitet. Studiet som er delt opp i to deler, der den ene delen tar for seg 23 barn i alderen 8-15 år, og den andre delen tar for seg barn i alderen 10-18 år. Dette er et intervjustudie fra USA, skrevet i 2004 og fagfellevurdert nivå 2. Svakheter ved studiet er at det er todelt, og noen aldre går over i begge delene av studiet som gjør artikkelen uoversiktlig.

Hicks m.fl. (2003) Gir en beskrivelse av livskvaliteten til barn, gjennom barnets perspektiv. Studiet er basert på intervjuer med tretten barn 5-19 år. Studiet er fra USA, og fagfellevurdert nivå 1. Svakheter med artikkelen er at den er fra 2003, og dette er derfor en eldre forskning.

Wikström (2005) tar for seg kunstverktøy som spiller inn på barnet livskvalitet og kommunikasjon med barnet. Studiet tar for seg tjueto barn i alderen 6-9 år. Det er et studie som er basert på observasjoner og dialog med barna gjennom kunstverktøy. Studiet er fra Sverige og ble skrevet i 2005. Artikkelen er fagfellevurdert nivå 1. Svakheter med denne studien er at den tar for seg barn i sykehus generelt og ikke spesifikt barn med kreft.

7.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å få kunnskaper om hvordan man kan oppnå god kommunikasjon med et kreftsykt barn, finne betydningen ved bruk av tilpasset kommunikasjonsverktøy, og hvordan kommunikasjonen kan fremme livskvaliteten hos barnet. Resultatene viser at det er viktig med tilpasset kommunikasjonsverktøy, for å imøtekomme hvert enkelt barns behov, som påvirker barnets livskvalitet.

For å oppnå god kommunikasjon og fremme livskvaliteten hos barn, er relasjon, trygghet og tillit en sentral nøkkel. Foreldre blir sett på som sentrale i forhold til barnets sykehusinnleggelse, de er en viktig rolle i forhold til barnas trygghet, og det er viktig at sykepleiere er bevisste over at familien påvirker hverandre. Når et barn rammes av en kreft, påvirker det hele familien. Funn viser at alderen 3-10 år har store variasjoner i forhold til å tilpasse kommunikasjon. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskaper om barnets alder og utviklingsstadier, og gir informasjon til barnet med hensyn til dette.

Et viktig mål for sykepleien er å fremme barnets livskvaliteten. Funn viser at lek har stor betydning både for barnets livskvalitet, og kommunikasjonen mellom barnet og sykepleier. Det kommer frem i funnene at det er viktig med godt kommunikasjonsverktøy, for å gi barn den informasjon de har behov for. For å kunne oppnå en profesjonell kommunikasjon, innebærer det at sykepleieren opptrer profesjonelt. Sykepleierens holdning har stor innvirkning på kommunikasjonen med barnet. Funnene viser at det er viktig at sykepleiere ikke misbruker foreldrenes rolle.

Ut i fra dette ser vi at en god kommunikasjon og kommunikasjonsverktøy, er en viktig del for å fremme barns livskvalitet. Ved at sykepleieren blir kjent med barnet og barnets behov. Dette ved å kommunisere på en faglig og etisk måte, der barnet opplever trygghet og tillit, som har en positiv påvirkning på barnets livskvalitet.

Overføringsverdien til praksis er nyttig og overførbar. Kommunikasjonsteknikker er viktige hjelpemidler som sykepleieren kan ta i bruk i praksis med gode resultater. Ved å ta i bruk dette kan det føre til bedre opplevelse av situasjonen for det kreftsyke barnet.

8.0 Litteraturliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Utgave: 3. London: Open University Press.

Andrezén-Carlsson, A., Kihlgren, M., Skeppner, G. og Sørli, V. (2007) "How Physicians and Nurses Handle Fear in Children With Cancer", *International Pediatric Nursing* 22 (1), 71-80. [Online] DOI: 10.1016/j.pedn.2006.05.010 (Hentet: 15. April 2016).

Brady, M. (2009) "Hospitalized Children's Views of the God Nurse", *Nursing Ethics*, 16 (5), 543-560. [Online] DOI: 10.1177/0969733009106648 (Hentet: 05. April 2016).

Brandtzæg, I., Torsteinson, S. og Øiestad G. (2016) *Hva er tilknytning?* Tilgjengelig fra: <http://www.psykologforeningen.no/publikum/psykologi-og-psykologhjelp/hva-er-tilknytning> (Hentet: 3. Mai 2016)

Bringager, H., Hellebostad M., Sæter, R. og Mørk, A. C (2014) *Barn med kreft – En medisinsk og sykepleiefagelig utfordring*. Utgave: 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Björk, M., Nordström, B. og Hallström, I. (2006) "Needs of Young Children With Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study", *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23 (4), 210-219. [Online] DOI: 10.1177/1043454206289737 (Hentet: 05. April 2016)

Björk, M., Wiebe, T. og Hallström, I. (2009) "An Everyday struggle- swedish families lived experience during a child's cancer treatment", *International pediatric nursing*, 24 (5), 423-432. [Online] DOI: 10.1016/j.pedn.2009.01.082 (Hentet 05. April 2016)

Darcy, L., Knutsson, S., Huus, K. og Enskar, K. (2014) "The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis, From Both Children's and Parent's Perspectives", *Cancer Nursing*, 37 (6), 445-456. [Online] DOI: 10.1097/NCC.0000000000000114 (Hentet: 31. Mars 2016).

Den nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Barn*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/forskning-pa-bestemte-grupper/barn/> (Hentet: 18. Mars 2016)

Eide, H. og T. Eide (2013) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Utgave: 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet (2016) *Fakta om kreft – forekomst og dødelighet*. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/tema/kreft/fakta-om-kreft> (Hentet: 05. Januar 2016)

FN-Sambandet (1991) *FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen)*. Tilgjengelig fra: <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen> (Hentet: 18. Mars 2016)

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (1999) (Oppdatert 2013) Kapittel 2. Samværsrett for foreldre m.m. §6. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217/KAPITTEL_2 (Hentet: 18. Mars 2016)

Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S. og Richardson, A. (2010) "Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods", *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010), 1397-1407. [Online] DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.019 (Hentet: 08. Desember 2015).

Grahn, M., Olsson, E. og Mansson M. E. (2016) "Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study", *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 284-292 [Online] DOI: 10.1016/j.pedn.2015.11.016 (Hentet: 31. Mars 2016).

Grønseth, R. og Markestad T. (2011) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. Utgave: 3 Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/690/IS-2366-Nasjonalt-handlingsprogram-for-kreft-hos-barn030915.pdf> (Hentet: 10. Desember 2015)

Hicks, J., Bartholomew, J., Ward-Smith, P., Hutto, C. J. (2003) ” Quality of life among childhood leukemia patients”, *Journal of pediatric oncology nursing*, 20 (4), 192-200. [Online] DOI: 10.1177/1043454203253969 (Hentet: 29. Mars 2016)

Hinds, P. S., Gattuso, J. S., Fletcher, A., Baker, E., Coleman, B., Jakson, T., Jacobs-Levine, A., June, D., Rai, S. N., Lensing, S. og Pui, C-H. (2004) ” Quality of life as conveyed by pediatric patients whit cancer”, *Quality of Life Research*, 13 (4), 761-772. [Online] DOI: 10.1023/B:QURE.0000021697.43165.87 (Hentet: 06. April 2016)

Kåresen, R. og Wist, E. (2012) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Motzfeldt, H. (1993) *Kjemomannen Kasper: og jakten på de sure kreftcellene*. Oslo: Den norske kreftforening.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet: 9 Mai 2016)

NTNU Gjøvik (2015) *Forskning*. Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/hos/forskning-sykepleie> (Hentet: 1. Mars 2016)

Polit, D. F. og Beck T. (2012). *Nursing reasearch: Generating and Assessing Evidence of Nursing Praticce*. Utgave: 9. Philadelphia: Wolters Klüver Health/Lippincott Williams & Wilkins

Polit, D. F. og Beck T. (2014) *Essentials of Nursin Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Utgave: 8. Philadelphia: Wolters Klüver Health/Lippincott Williams & Wilkins

Publiseringskanalen (2016) Tilgjengelig fra:

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=342882&bibsys=false> (Hentet: 8. Desember 2015)

Regjeringen (1999) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-barns-opphold-i-helseinstit/id91998/> (Hentet: 20. April 2016)

Reitan, A. M. og Schølberg T. (2010) *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Cappelen Damm.

Rollins, J. A. (2005) ”Tell Me About It: Drawing as a Communication Tool for Children With Cancer”, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22 (4), 203-221. [Online] DOI: 10.1177/1043454205277103 (Hentet: 31. Mars 2016)

Rustøen (2009) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Utgave: 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Savage, E., Riordan, A. O. og Hughes, M. (2008) ”Quality of life in children with acute lymphoblastic leukemia: A systematic review” , *European journal of oncology nursing*, 13 (2009), 36-48. [Online] DOI: 10.1016/j.ejon.2008.09.001(Hentet: 08. Desember 2015)

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Utgave: 2. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Sykehusklovnene (2016) *Om sykehusklovnene* Tilgjengelig fra:

<http://www.sykehusklovnene.no/om-oss/> (Hentet: 5. Februar 2016)

Tangen, L. (2011) *Referanseliste i Harvard-stil*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ntnu.no/viko/oppgave/harvardliste> (Hentet: 20. Januar 2016)

Tangen, L. (2011) *Referanseliste i Harvard-stil i løpende tekst*. Tilgjengelig fra:
<https://www.ntnu.no/viko/oppgave/harvardliste> (Hentet: 20. Januar 2016)

Thidemann, I-J. (2015) *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, S., Wennick A. og Steen H. F. (2012). *Sykepleie til barn – Familiesentret sykepleie*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wikström, B-M. (2005) "Communicating via Expressive Arts: The Natural Medium of Self-Expression of Hospitalized Children", *Pediatric Nursing*, 31 (6), 480-485. [Online] PMID: 16411541 (Hentet: 06.04.16)

9.0 Vedlegg 1

