

Therese Almenning, Haakon Solheim Danielsen
og Maria Kossøi

Kommunikasjonsteknikker med barn på røntgenlab

Bacheloroppgave i Radiografi

Veileder: Guro Sørhagen

Mai 2020

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Therese Almenning, Haakon Solheim Danielsen og
Maria Kossöi

Kommunikasjonsteknikker med barn på røntgenlab

Bacheloroppgave i Radiografi
Veileder: Guro Sørhagen
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Kommunikasjonsteknikker med barn på røntgenlab</u>	Dato: 07.05.2020
<hr/> <hr/>		
Deltaker(e)/	<u>Therese Almenning</u> <u>Haakon Solheim Danielsen</u> <u>Maria Kossøi</u>	
Veileder(e):	<u>Guro Sørhagen</u>	
Evt.	<hr/>	
Stikkord/nøkkel (3-5 stk)	<u>barn, kommunikasjon, kommunikasjonsteknikker, røntgenundersøkelse, smerte</u>	
Antall sider/ord: 60/10399	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Problemstilling: Hvordan kan radiografer gi barn en positiv opplevelse av en røntgenundersøkelse ved hjelp av kommunikasjonsteknikker?</p>		
<p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å finne informasjon og teknikker som kan være til hjelp ved håndtering av barn i alderen 3-6 år, som kommer til undersøkelser på røntgenlab og er smertepåvirket. Samt å finne ut hvordan radiografer kan ta i bruk pårørende for å danne kommunikasjon med barn.</p>		
<p>Metode: Oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie. Studien bruker 4 vitenskapelige artikler som omhandler kommunikasjon med barn i helsevesenet og på radiologisk avdeling, samt kommunikasjonsteknikker som kan forbedre barns opplevelse av sykehusbesøk.</p>		
<p>Resultat: Resultater viser viktigheten av å opprette tilstrekkelig kommunikasjon med barna som kommer til øyeblikkelig undersøkelse på røntgenlab. Resultatene viser ulike teknikker radiografer kan ta i bruk for å gi en bedre opplevelse av undersøkelsen til barnet, blant annet bevisst bruk av verbal kommunikasjon og kroppsspråk, aktivisering av barn i prosedyren, bruk av leker og utstyr på røntgenlaben i opprettelse av kommunikasjonen, samt bruk av pårørende som kan ha påvirkning på barnet. Vi finner også informasjon om hvordan man kommuniserer godt med smertepåvirkede barn.</p>		
<p>Konklusjon: Vi konkluderer med at med å skape kommunikasjon med barnet, kan barnet oppleve røntgenundersøkelsen mer positivt. Dette kan oppnås med ulike kommunikasjonsmetoder, og bør brukes i henhold til barnet som individ. Vi mener teknikkene som er funnet i vår oppgave, kan gi radiografer og helsepersonell noen eksempler på hvordan en kan opprette kommunikasjon med smertepåvirkede barn ved korte møter.</p>		

ABSTRACT

Title:	Communication techniques with children in the x-ray lab	Date: 07.05.2020
Participants/	Therese Almenning	
	Haakon Solheim Danielsen	
	Maria Kossøi	
Supervisor(s)	Guro Sørhagen	
Employer:		
Keywords (3-5)	children, communication, communication techniques x-ray examination, pain	
Number of pages/words: 60/10399	Number of appendix: 1	Availability: open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Topic/research question: How can radiographers give children who arrive to an acute x-ray examination and are affected by pain, a positive experience by using communication techniques?</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to find information and techniques that may be helpful in the management of children aged 3-6 years, who arrive to acute x-ray examinations and are affected by pain. We also want to explore how radiographers can exploit the next of kin to communicate with the child.</p> <p>Method: The thesis is based on a qualitative literature review. The thesis is based on four peer reviewed studies, which deals with communication with children in a healthcare setting, and in a radiologic department. As well as communication techniques which can create a positive experience for children in hospital.</p> <p>Results: The results show the importance of establishing adequate communication with the children who comes to an acute radiographic examination. The results show different techniques that radiographers can use to provide a better experience of the examination for the children. This includes conscious use of verbal communication and body language, involving children in the procedure, use of toys and equipment in the x-ray lab while creating communication, as well as use of the next of kin to affect the child. The results also show information on how to communicate with children who are affected by pain.</p> <p>Conclusion: We conclude that by creating communication with the child, the child can experience the examination positively. This can be obtained by using different communication techniques and should be implemented to each child as an individual. We think that the techniques that are found in our thesis, may give radiographs and healthcare workers examples of how they can create communication with children who are affected by pain.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensninger	6
1.3 Radiograffaglig relevans	7
1.4 Hensikt og formål	8
2.0 Teori	8
2.1 Barns utvikling, 3-6 år	8
2.2 Kommunikasjon med barn	10
2.3 Smerte	12
2.4 Avdeling, røntgenlab og forberedelser	12
3.0 Metode	13
3.1 Søkestrategi	14
3.2 Analyse	14
3.3 Metodekritikk	17
4.0 Resultat	19
4.1. Valgte artikler	19
4.1.1 Desai og Pandya (2013)	19
4.1.2. Grahn et al. (2016)	19
4.1.3. Björkman et al. (2011)	20
4.1.4 Björkman et al. (2013)	20
4.2 Kommunikasjon	20
4.2.1 Desai og Pandya (2013)	21
4.2.2 Grahn et al. (2016)	21
4.2.3 Björkman et al. (2011)	22
4.2.4 Björkman et al. (2013)	22
4.3 Deltagelse	23
4.5 Tillit	24
4.6 Pårørende	24
4.7 Kunnskap	25
4.8 Erfaring	25
5.0 Diskusjon	26
5.1.1 Verbal kommunikasjon	26
5.1.2. Kroppsspråk	28
5.1.3. Informasjon	29

5.1.4 Distraksjon	29
5. 2 Deltagelse.....	30
5.2.1. Inkludering av barn.....	30
5.2.2. Lek	31
5.3 Pårørende	32
5.4 Kunnskap og erfaring.....	33
5.5 Smerte.....	35
6.0 Konklusjon.....	36
7.0 Litteraturliste	39
8.0 Vedlegg 1.....	41

1.0 Innledning

Barn ankommer sykehuset med forskjellige problemstillinger. Dersom dette er første gang de kommer til et sykehus er det stor sannsynlighet for at de er stresset (Youngs, 1985, s. 14). Noen av disse barna skal innom radiologisk avdeling og kan være redde. Den mest vanlige grunnen til at barn tar røntgenbilder er ved mistanke om brudd (Björkman et al., 2011). Slike skjelettskader oppleves ofte parallelt med smerte (Björkman et al., 2013). «Kommunikasjon er en toveis prosess mellom sender og mottaker der begge parter må være interessert i å etablere kontakt» (Tjønneland og Lagesen, 2013, s.35), men ved smertepåvirkning, kan det være vanskeligere å opprette kommunikasjon mellom radiografen og barnet, på grunn av smerte, ukjente omgivelser, og ukjente personer (Øverlien et al., 2016, s. 68). Barn har også med seg pårørende, som er en egen utfordring radiografer møter (Björkman et al., 2011).

Det er viktig å vite hvordan man skal kommunisere og oppføre seg fremfor barn, slik at man kan opprette en kommunikasjon med dem, og ikke engster dem mer enn nødvendig (Tjønneland og Lagesen, 2013, s. 35-38). For å utføre dette, må man ha kunnskap om kommunikasjonsteknikker med barn. Vi ser ut ifra teori fra Piaget og Erikson (Eide og Eide, 2017, s. 294-296, Hardwick og Gyll, 2004, s. 14, Nielsen og Raaheim, 1998, s. 339-340, s. 342-345) at barn er en kompleks gruppe som består av ulike utviklingsstadier. Vi vil derfor utforske ulike kommunikasjonsteknikker som kan brukes for barn, samt hvordan pårørende kan påvirke barn under en røntgenundersøkelse.

Dette har ført oss til problemstillingen og forskningsspørsmålene som presenteres i neste kapittel.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven vår er «Hvordan kan radiografer gi barn en positiv opplevelse av en røntgenundersøkelse ved hjelp av kommunikasjonsteknikker?»

Forskningsspørsmål som utdyper problemstillingen er:

- «Hvordan kan radiografer kommunisere effektivt med smertepåvirkede barn?»
- «Hvordan kan pårørende påvirke barnet i løpet av en undersøkelse, og kan radiografer bruke dette i praksis?»

Forskningsspørsmålet legger fokus på smertepåvirkede barn. Dette er barn som anses som så påvirket av smerte, at det vil ha en effekt på atferden deres.

1.2 Avgrensninger

Barn defineres som en aldersgruppe mellom 0-18 år (Barneombudet, 2003). For å avgrense dette vil vi velge en mindre aldersgruppe å fokusere på. Vi har valgt å fokusere oppgaven vår på barn i alderen 3-6 år, fordi dette er en utfordrende aldersgruppe hos barn når det gjelder kommunikasjon og gjennomføring av undersøkelser (Hardwick and Gyll, 2004, s. 21). I denne tidsperioden er det flere forskjellige utviklingsstadier barnet går gjennom (Eide og Eide, 2017, s. 294-296). Vi ønsker å finne informasjon om hvordan radiografer og andre helsepersonell tar for seg denne gruppen, samt deres håndtering av kommunikasjon med pårørende. Vi skal se nærmere på utviklingspsykologi og kommunikasjonsteknikker som kan brukes på barna i denne aldersgruppen.

Ved å utforske aktuell forskning, så vi at for å dele inn i aldersgrupper, blir Piagets teorier mye brukt. Vi har derfor valgt å basere oss på Piagets stadieinndeling for utviklingspsykologi. Etter å ha utforsket ulike teorier for utviklingspsykologi, erfarer vi at stadieinndelingen blir inndelt i ulike alderstrinn. Vi observerer at aldersgruppen 3-6 år er den som er mest brukt innen forskning for den stadieinndelingen som vi har valgt. Dermed blir det mest naturlig for oss å bruke denne aldersgruppen, med tanke på sammenlignbarhet mellom teori og forskning.

Røntgenundersøkelser fører ifølge Aleris Helse AS (2020) til korte møter med barn, der barna vanligvis møter med smerter (Björkman et al., 2011). Kommunikasjonen som oppstår under røntgenundersøkelser er interessant, og vi velger derfor å forholde oss til undersøkelser av barn på konvensjonell røntgen.

1.3 Radiograffaglig relevans

«De fleste radiografer møter barn på røntgenlab på daglig basis» (Björkman et al., 2011). Det er vanlig at undersøkelser av barn tas på samme røntgenlab som voksne pasienter, og radiografen som utfører undersøkelsene har vanligvis ikke spesiell kompetanse innenfor barneradiografi, eller med undersøkelser av barn (Tjønneland og Lagesen, 2017, s. 21). I og med at barn ikke er den største pasientgruppen radiografer møter, kan det skape usikkerhet hos radiografen i møtet med barnet. Det kan være vanskelig å gjennomføre en røntgenundersøkelse på barn, ettersom barn ikke samarbeider på samme måte som voksne (Björkman et al., 2011). Det er derfor viktig å opprette kommunikasjon med barn, ettersom kommunikasjon mellom barn og radiograf er essensiell for en vellykket undersøkelse (Björkman et al., 2013).

Evnen til å kommunisere og finne en god tone med barn er avgjørende for røntgenundersøkelsens kvalitet og tidsforbruk. En radiograf skal kunne håndtere vanskelige situasjoner med barn og kunne unngå forverring av en eventuelt vanskelig situasjon. Radiografer har begrenset tid per pasient og derfor er det viktig å kunne tiltak som kan være behjelpelig ved undersøkelse av barn. Radiografen skal være blid, smilende, entusiastisk og samtidig holde roen, noe som kan være utfordrende i møtet med en ung pasient (Hardwick og Gyll, 2004, s. 21).

Vi mener at dette tema er radiograffaglig relevant, da det er viktig å ha kunnskap om hva radiografer kan gjøre for å gi en best mulig opplevelse for barn når de befinner seg i sykehusets omgivelser, samt å gjennomføre en røntgenundersøkelse av god kvalitet.

1.4 Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å finne informasjon og teknikker som kan være til hjelp ved håndtering av barn i alderen 3-6 år, som kommer til undersøkelser på røntgenlab og er smertepåvirket. Samt å finne ut hvordan radiografer kan ta i bruk pårørende for å danne kommunikasjon med barn.

2.0 Teori

I Norge regnes man som barn fra man blir født til man fyller 18 år (Barneombudet, 2003). I denne perioden er det flere ulike utviklingsfaser en skal gjennom. Alle barn er unike. Kommunikasjonen skal derfor tilpasses til hvert enkelt individ, ut ifra hvilket utviklingsnivå, og situasjon barnet befinner seg i (Eide og Eide, 2017, s. 287-288). Vi velger å bruke utviklingspsykologi fra Piaget og Erikson for å begrunne valg av alder. Vi utnytter utviklingspsykologien for å utforske de mulige stadiene barna som radiografene møter kan befinne seg i, både kognitivt, språklig og sosialt. Dette mener vi kan hjelpe radiografer til å vite hvordan de kan kommunisere med barna, og hvilke metoder som fungerer på hvert enkelt barn de møter. Vi fokuserer oppgaven vår på barn i alderen 3-6 år, og dermed legger vi vekt på utviklingspsykologi, kommunikasjonsmetode og tilnærming radiografen har til barnet i denne aldersgruppen.

2.1 Barns utvikling, 3-6 år

For å innhente informasjon om barns utvikling brukte vi boken til Eide og Eide (2017), Nielsen og Raaheim (1998) og Hardwick og Gyll (2004). Både Eide og Eide (2017) og Björkman et al. (2013) beskriver barns utviklingspsykologi med bakgrunn i Piagets teorier. Eide og Eide omhandler utviklingspsykologien for barn i aldersgrupper 0-2 år, 2-4 år og 4-8 år. Denne aldersinndelingen omhandler ikke aldersgruppen 3-6 år som vi har valgt for vår oppgave. Vi velger derfor å se på aldersgruppe 2-4 år og 4-8 år, for å innhente informasjonen om aldersgruppen vi er interessert i.

Barn i alderen 2-4 år er her-og-nå-orientert. Det som kjennetegner barnet i denne alderen, er at barnet har kort tidsperspektiv, og et annet tidsbegrep enn en voksen person. Barn i denne alderen oppfatter ofte informasjonen som blir gitt på en annen måte enn voksne. De kan bruke ord og setninger som er formulert riktig, men har en annen betydning, fordi barnet ikke nødvendigvis forstår situasjonen og innholdet i det de sier. Barnets logikk i denne alderen er preget av følelser og ser alt ut fra seg selv. Gjenkjennelsesassosiasjoner er vanlig for barnet i denne alderen. Barnet assosierer lett til kjente ting, har god hukommelse og kan huske det som skjedde da de besøkte sykehuset forrige gang, særlig ved negative opplevelser. Dette kan være utfordrende. Ved et nytt sykehusbesøk vil barnet forholde seg til den negative opplevelsen de har med helsepersonell, men ikke den faktiske situasjonen som skjer her og nå (Eide og Eide, 2017, s. 294-295).

Barn i alderen 4-8 år begynner å utvikle en logisk forståelse. Barnet i den alderen begynner å få tidsperspektiv lik det en voksen person har. For å få mer forståelse for situasjonen trenger barn i den alderen konkrete objekter, ettersom tenkningen foregår i konkrete kategorier. Selv om barnet tenker mer logisk, er det fortsatt selvsentrert og ser det meste ut fra seg selv (Eide og Eide, 2017, s. 295-296).

Fellestrekk som vi kan trekke frem ved aldersgruppene som er beskrevet av Eide og Eide (2017) for aldersgruppen som vi har valgt for oppgaven vår (3-6 år), er blant annet at barnet er selvsentrert. Barn i denne alderen blir stolte av å gjøre ting selv, uten hjelp. Lek er veldig viktig for barn og kan aktivt brukes under kommunikasjonen. Barnet kan resonnerer, men mangler logikk (Eide og Eide, 2017, s. 294-296). Ofte er tenkningen animistisk, altså barnet fantasierer om at alle objekter er levende (Hardwick og Gyll, 2004, s. 14).

Sammen med den kognitive utviklingen som skjer hos førskolebarnet, er en av de mest merkbare utviklingsområdene språkutviklingen. Små barn mellom 2-7 år lærer språk i et hurtig tempo. Allerede i spedbarnsalderen har de begynt å forstå språk, og utvikler grammatiske regler. Dette er selvsagt ikke lett å se ettersom de ikke snakker enda, men forståelsen er stor. I førskolealder vil foreldre og nær familie være barnets nærmeste omsorgspersoner, og er derfor den viktigste delen av barnets liv. Tegn på empati begynner å komme til syne i denne alderen (Nielsen og Raaheim, 1998, s. 342-345). Dette er en fase der barn utvikler språk, og evne til å representere objekter ved hjelp av forestillinger og ord.

Tenkningen er egosentrisk. Det vil si at barn i denne utviklingsfasen har problemer med å se andres perspektiv (Nielsen og Raaheim, 1998, s. 339-340).

2.2 Kommunikasjon med barn

Tjønneland og Lagesen (2013) mener at «Kommunikasjon er en toveis prosess mellom sender og mottaker der begge parter må være interessert i å etablere kontakt» (Tjønneland og Lagesen, 2013, s. 35). I møtet med barnet er det viktig for helsepersonell å forklare barnet og pårørende hva som kommer til å skje. Dette øker mestringsfølelsen, og reduserer stressnivået hos alle parter. Når pårørende får god informasjon, vil de være mer forberedt på å motivere og oppmuntre barna under undersøkelsen. Under kommunikasjon med barn er det viktig å vise interesse for barna, og vise at du ønsker å bli kjent med det. Ved undersøkelser av barn skal man sette av litt ekstra tid, ettersom vi vet at det kan ta lengre tid å få barnets tillit, og få barnet til å føle seg trygg. God kommunikasjon er avgjørende for å kunne skape grunnlaget til et tillitsforhold med barnet. Barn er svært ulike, og faktorer som alder og utviklingsnivå vil bestemme hvordan man skal kommunisere med barn (Tjønneland og Lagesen, 2013, s. 35-38).

Å gi barnet ros, oppmuntring og anerkjennelse under undersøkelsen er viktig ettersom barn i denne alderen ofte blir stolte over ting de får gjort på egen hånd. Ros er også viktig etter undersøkelsen er gjennomført. Å gi en premie i form av en liten leke, klistremerke eller stjerne er ofte svært positivt. Barna får en positiv opplevelse av undersøkelsen, og vil kanskje derfor ikke være like redd neste gang (Tjønneland og Lagesen, 2013, s. 44). Barn trenger adekvat informasjon tilpasset alderen. Det kan være nødvendig å gjenta informasjonen hvis barnet er engstelig eller redd, så kan det være mye informasjon som ikke oppfattes (Ruud, 2011, s. 127-133).

Ordbruken bør tilpasses til barnas nivå, slik at barna forstår hva som blir sagt. Man bør unngå vanskelige ord, og ord som kan være skremmende, og heller veksle mellom barnets egne uttrykk og voksenspråkets ord og begreper. Under kommunikasjonen er det lurt å ta konkrete assosiasjoner som utgangspunkt for samtale. Man kan fortelle en historie eller bruke en tegning og fortelle noe om den. Radiografen kan forsøke å hjelpe barna med å lage en

sammenhengende historie, for eksempel ved hjelp av leker, kosedyr, tegninger og sang. Slik kan radiografen skape tidsstruktur i prosedyren (Eide og Eide, 2017, s. 294-296).

En viktig kommunikasjonsmetode er å inkludere pårørende i samtalen for å få ro og trygghet i barna. Barn i denne alderen er fortsatt tett knyttet til begge foreldreskikkelsene, og blir påvirket av atferden deres. Samtidig som barn får et økt inntak av relasjoner rundt seg, er pårørende et sterkt ankerpunkt i denne perioden av livet. Dermed kan relasjoner med pårørende også være et viktig aspekt for å få god og nær kontakt med barn i denne alderen (Jerlang, 2005, s. 90). Når barn kommer til røntgenundersøkelse er det viktig at barna får ha med seg pårørende inn, slik at de føler seg trygge, ettersom nye ansikter, mørkt røntgenrom og store røntgenmaskiner kan være skremmende for barna (Hardwick og Gyll, 2004, s. 4 og 20).

Dersom barn har fått et traume og kommer til røntgenundersøkelse for å avkrefte eller bekrefte skaden, blir det ofte vanskeligere å opprette god kommunikasjon med barna, på grunn av smerter, ukjent miljø og mennesker rundt seg. Som regel blir pårørende stresset og bekymret for barnet sitt, enten har de opplevd en slik situasjon selv eller får en skyldfølelse for det som skjedde med barnet. Pårørende vil ønske å hjelpe, støtte og gi stabilitet og trygghet. Dette kan i noen tilfeller være utfordrende, nettopp på grunn av følelsesmessige reaksjoner pårørende får på bakgrunn av det som skjedde med barnet. En annen utfordring pårørende kan oppleve er balansering mellom tilstrekkelig beskyttelse og å hjelpe barna til å klare seg selv. Disse følelsesmessige reaksjonene kan i stor grad påvirke barnas atferd og gjøre undersøkelsen komplisert (Øverlien et al., 2016, s. 68).

Besøk på sykehus kan være en stressende situasjon for barn, særlig dersom barna ikke er kjent med omgivelsene. Denne stresssituasjonen kan i tillegg bli forsterket av smerter barnet opplever under situasjonen. Dersom barn skal kunne mestre og redusere stress, krever det stor innsats fra pårørendes side. Pårørende må forsøke å gi barna mulighet til å oppnå følelsesmessig trygghet. Teknikker som brukes for å mestre stress legger vekt på at man ved hjelp av støttende og forebyggende omsorg kan oppnå bedre fysisk og psykisk helse (Youngs, 1985, s. 14).

2.3 Smerte

Smerte er en fysisk lidelse, som vanligvis skyldes ulike skader. Smertefølelsen er i stor grad en sans som er underlagt mekanismer som påvirker både hvordan smerten oppleves, og reaksjoner på smerte. Smerter kommer ofte som følge av sykdom eller skade, men smerte blir også et eget problem for pasienten. Det har derfor blitt vanlig å se på smerte som et problem hvor både fysiske, psykologiske, sosiale og kulturelle forhold spiller inn. Smerter som har en mening i en spesiell situasjon, og som vi vet er forbigående, kan oppleves som mindre traumatiske enn smerter vi er usikre på om kan skyldes noe farlig. Personer som er forberedt på smerter, håndterer smertene bedre enn personer som er uforberedte på smerte (Håkonsen, 2014, s. 334-336).

Twycross, Dowden og Stinson (2014) beskriver den gradvise veksten til barnas forståelse av smerte, og setter det sammen med Piagets kognitive stadieinndeling. Barn i alderen 2-7 år opplever ofte smerte fra et psykisk standpunkt, og har vansker ved å koble årsaken og smerten til smerteopplevelsen. Barn i denne aldersgruppen kan relatere smerte til at de kan ha gjort noe galt. Samtidig er barn i denne alderen mer egosentriske, og kan derfor holde noen andre ansvarlig for deres smerte. Det er ikke usannsynlig at ved en smerteopplevelse kan barna angripe noen verbalt eller fysisk, for eksempel når helsepersonell skal gi barnet en injeksjon kan barnet respondere med "Du er slem", fordi prosedyren forårsaker mer smerte. Årsaken til slik atferd kan være at barnet ikke ser sammenheng mellom behandlingen som skal gis i en viss situasjon, og smerten som barnet opplever. Det er derfor viktig for helsepersonell å forsøke å berolige barnet, og forklare at smerten ikke er en avstraffelse (Twycross, Dowden og Stinson, 2014).

2.4 Avdeling, røntgenlab og forberedelser

Når et barn først møter radiologisk avdeling, havner de på venterommet. Miljøet bør tilpasses slik at venterommet har interessante farger, lesestoff og leker. For de aller fleste er radiologisk avdeling ukjent, med mye skremmende teknisk utstyr (Tjønneland og Lagesen, 2013, s.33).

Før man henter inn pasienten kan det være lurt å gjøre klart røntgenlaben så mye som mulig. Da unngår man unødvendig aktivitet med ukjente gjenstander som kan være skremmende for barnet. Røntgenrøret og eventuelt annet utstyr kan gjøres klart i forkant. Det er viktig å vite at høye lyder og bevegelser over hodet på barnet kan virke skremmende. Det kan være en god ide å vise barnet hva som kommer til å bevege seg, og forberede dem på lyder maskinen lager (Tjønneland og Lagesen, 2013, s. 45).

3.0 Metode

I denne studien har vi valgt å bruke en kvalitativ litteraturstudie.

En litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur som har tilknytning til et bestemt emne (Aveyard, 2014, s. 2-3). Dalland (2017) ble brukt for å få inspirasjon til hvordan man skriver en litterær oppgave, og til oppsettet av den. En litteraturstudie, som andre forskningsmetoder, krever en problemstilling som skal besvares ved at relevant litteratur blir funnet, evaluert og vurdert, der resultatene skal kombineres og diskuteres. Ved denne type studie er det viktig med grundig søk og analyse av litteraturen, slik at man får et nytt innblikk i relevant informasjon og ser dette i sammenheng med kontekst (Aveyard, 2014, s. 2-3).

Metoden er blitt valgt slik at vi kan gå i dybden på problemstillingen, og samle inn data slik at vi får en helhetlig oppfatning av tema. En kvalitativ litteraturstudie har fokus på å utforske mening og omstendigheter i en naturlig situasjon. Kvalitative litteraturstudier er svært spesifikke, men det er fortsatt mulig å hente inn teori som kan generaliseres og tolkes slik at det kan brukes dersom denne teorien ikke er helt spesifikk for det aktuelle tema (Aveyard, 2014, s. 59-60). Vi mener at denne metoden gir oss muligheten til å sette oss inn i problemstillingen vår på en helhetlig måte, og å ta i bruk teori og litteratur for å besvare problemstillingen. Vi vurderer teorien vi har samlet i kapittel 2.0 som overførbart for radiofraggelige situasjoner på røntgenlab.

3.1 Søkestrategi

Vi startet oppgaven vår med å samle inn og skrive relevant teori for problemstillingen som ble hentet av teoribøker vi lånte på biblioteket. Valg av teori som ble beskrevet baserer seg på problemstillingen og forskningsspørsmålene, som videre kunne være til hjelp i diskusjonsdelen og besvarelse av problemstillingen. Videre tok vi i bruk databaser for å finne til artikler som kunne hjelpe å se helheten i fenomenet vi forsker på.

I forkant av søk etter relevante artikler har vi utarbeidet et PICO-skjema (Tabell 1) som hjalp oss å finne søkeord som er aktuelle for denne oppgaven, og hjalp oss avgrense oss under søkingen av aktuelle artikler. Til søk har vi brukt databasene PubMed og ScienceDirect for å finne artiklene som kunne være relevante for vår oppgave. Vi søkte i databasene, hvor vi kombinerte ord som «communication», «children», «healthcare settings» for å få inspirasjon til videre søk. Vi fikk opp artikler som hjalp oss å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier for å utelukke irrelevante egenskaper for artiklene vi leter etter (Tabell 2). For å finne artiklene i databasene ble søket begrenset til de siste 10 år, fra 2010-2020. Vi brukte PICO-skjema (Tabell 1), og inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2) som hjalp oss med å finne et antall med artikler som kunne være relevante for oss. Vi brukte begge databasene aktivt, samt forskjellige kombinasjoner av nøkkelord for å finne artikler som er aktuelle for problemstillingen. Når vi fant artikler med aktuelle titler, leste vi sammendragene av de valgte artiklene. Deretter valgte vi bort artikler som ikke var relevante for vår problemstilling. Vi leste artiklene som fortsatt var aktuelle for oss, og sto igjen med fire artikler som var relevante for å besvare problemstillingen vår, presentert i Tabell 3.

3.2 Analyse

Analysemodellen vi brukte var «Thematic analysis» beskrevet av Aveyard (2014, s. 143-150). Analyseprosessen startet med at vi leste gjennom alle artiklene, og skrev et sammendrag om dem, vurderte dem kritisk, fant deres sterke og svake sider, og vurderte dem opp mot problemstillingen vår. Videre fokuserte vi på resultat og diskusjonsdelene til artiklene, for å finne temaene i funnene deres. Vi satt temaene i tabeller, og valgte å oversette temaene og beskrivelsen til norsk. Vi forsøkte å beholde meningsinnholdet mest mulig likt som artikkelen det kom fra. Deretter sammenlignet vi temaene fra alle artiklene, omformulerte temaene slik

at de ble sammenlignbare på tvers av artiklene, og dannet en felles tabell (Vedlegg 1). Dette danner grunnlaget for resultat- og diskusjonskapittelet vårt.

Vi vurderer artiklene vi har samlet i søkeprosessen som overførbare for radiofraggelige situasjoner på røntgenundersøkelser.

P – Patient	Barn, 3-6 år
I – Intervention	Kommunikasjon mellom radiograf/helsepersonell og pasient. Smertepåvirkede barn. Pårørende
C – Comparison	Ikke relevant
O – Outcome	Hvordan kommunikasjon med barn blir utført i praksis? Hvordan kommunisere med smertepåvirkede barn? Hvordan dra nytte av pårørende for å danne kommunikasjon med barn?

Tabell 1 PICO-skjema

Inklusjon	Eksklusjon
Barn	Artikler eldre enn 10 år
Kommunikasjon	Ikke -fagfelleverderte artikler
Helsepersonell	
Engelsk, Skandinaviske språk	

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Dato	Databaser	Søkeord	Kombinasjoner	Antall funn pr kombinasjon	Artikkel
06.12. 2019.	PubMed	1: Radiography 2: Communication 3: Pediatric 4: Verbal interaction	1 AND 2 AND 3 AND 4	1: 632 454 2: 12 645 3: 941 4: 4	Björkman et al. (2013) <i>«Will it hurt? Verbal interaction between Child and Radiographic examinations»</i>
23.03. 2020.	Science Direct	1: Children 2: Experience 3: Radiography 4: Anxiety	1 AND 2 AND 3 AND 4	1: 134 933 2: 11 839 3: 64 4: 3	Björkman et al. (2011) <i>«Children's experience of going through an acute radiographic examination»</i>

18.03. 2020.	Pubmed	1: Child 2: Pain 3: Communication 4: Health personnel 5: Interview	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	1: 2214717 2: 64051 3: 1582 4: 209 5: 23	Grahn et al. (2015) «Interaction between children and pediatric nurses at the emergency department. A Swedish interview study»
15.10. 2019.	PubMed	1: Communication with children 2: Pediatric 3: Healthcare 4: Interaction 5: Healthcare professionals 6: Communication techniques 7: Development 8: Collaboration	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7 AND 8	1: 46569 2: 14337 3: 4312 4: 397 5: 156 6: 126 7: 61 8: 8	Desai og Pandya (2013) «Communicating with children in healthcare settings»

Tabell 3 Søkeordtabell

3.3 Metodekritikk

Under søk etter artikler i databaser har vi funnet relevante artikler ved hjelp av søkeordene som ble presentert under Tabell 3. Selv om vi mener at disse artiklene gir oss svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene våre, kunne vi oversett andre artikler som kunne styrke forskningen vår i denne studien, og gitt oss en mer utfyllende besvarelse av problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Engelske artikler ble benyttet i denne studien. Dette førte til utfordringer ved oversettelse av noen ord. Alle artiklene som ble benyttet i denne studien brukte «parent» eller «parental presence» når det gjaldt barnas følge til sykehuset. Vi mener derimot at det ikke er alltid barna kommer til sykehuset med en forelder, og valgte derfor ordet «pårørende» når vi snakket om barnas følge til røntgenundersøkelse.

Vi fant ingen direkte oversettelse av ordet «pårørende» til engelsk, og vi valgte derfor «next of kin», som direkte oversatt betyr nærmeste familie. Vi vet ikke om dette er den mest naturlige og sanne oversettelsen, men valgt å bruke det ved skriving av sammendraget på engelsk for oppgaven vår.

Vi fant lite data som omhandler pårørendes påvirkning på barna under en undersøkelse i artiklene som ble benyttet i denne studien, og dataen ble derfor presentert generelt i vår oppgave.

For å besvare problemstillingen kunne vi også ha brukt kvalitativt intervju som metode, for å få et personlig synspunkt av fenomenet, men vi landet på kvalitativ litteraturstudie i denne oppgaven.

Artikkel til Björkman et al. (2011) «Children's experience of going through an acute radiographic examination» benytter ordene «yngste barna» eller «eldste barna» uten å nevne alderen på disse barna i resultat- og diskusjonsdelen. Forfatterne har fordelt barn i aldersgrupper etter Piagets teorier i metodedelen. Disse aldersgruppene er 3-6 år, 7-11 år og 12-15 år, men i resultat- og diskusjonsdelen benytter forfatterne uttrykket «de yngste barna», som vi antar å være aldersgruppen vi er interessert i, på 3-6 år.

Artikkel til Björkman et al. (2013) «Will it hurt? Verbal interaction between Child and Radiographic examination» tar for seg kun kvinnelige radiografer som jobber på den aktuelle avdelingen. Vi vet ikke om dette kan ha påvirket resultatene i intervjuet eller ikke.

4.0 Resultat

Vi skal i dette kapittelet presentere resultatene fra artiklene som vi fant ved hjelp av analysemodellen. Resultatene er organisert i temaer, der hvert tema kan hjelpe oss å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Disse temaene er kommunikasjon, deltakelse, smerte, tillit, pårørende, kunnskap, erfaring, konsekvenser og forventninger. Temaene i kapittelet er sortert etter hva vi vurderer som aktuelt for vår problemstilling, der det mest aktuelle er plassert øverst.

4.1. Valgte artikler

Under dette delkapittelet presenterer vi kort artiklene som vi benyttet i vår studie.

4.1.1 Desai og Pandya (2013)

Studien «Communication in healthcare settings» av Desai og Pandya (2013) fokuserer på kommunikasjon, som kan deles opp i to undertema som består av kroppsspråk og verbal kommunikasjon. Studien har tydelige tema, noe som gjør at leseren får god oversikt. Studien mangler samtidig metodekapittel, og gir dermed ikke innsikt i sine svake sider og begrensninger.

4.1.2. Grahn et al. (2016)

«Interactions Between children and Pediatric Nurses at the emergency Department: A Swedish Interview Study» av Grahn et al. (2016) er en intervjustudie som tar for seg kommunikasjonen mellom sykepleiere og barn på et akuttmottak. Studien intervjuer sju sykepleiere som alle har erfaring med barn. Den tar spesifikt for seg sykepleiernes metoder i møte med barn på 3-6 år på et akuttmottak. Sykepleierne ble stilt åpne spørsmål, med mulighet til å reflektere og tenke på svarene sine (Grahn et al., 2016). Studien er hentet fra erfaringene til sykepleierne, og vi må derfor være bevisste på at resultatene i studien er deres meninger og opplevelser (Grahn et al., 2016).

Denne studien tar for seg akuttmottak, og det er derfor forskjell på tidsbruk for ulike barn.

Selv om det er store forskjeller på tid, beskrives dette generelt og individuelt, og vi mener derfor at dette kan oversettes til en undersøkelse på røntgenavdeling.

4.1.3. Björkman et al. (2011)

Studien «Children's experience of going through an acute radiographic examination» av Björkman et al. (2011) tar for seg 32 barn, der bare fem av disse er i vår valgte aldersgruppe på 3-6 år. Forskerne bruker Piagets stadieinndeling for å dele inn barna i ulike aldersgrupper.

Denne studien utforsker barns erfaring under en røntgenprosedyre ved mistanke om brudd. Dette er en kvalitativ studie der barna ble stilt spørsmål. Spørsmålene ble formulert ut ifra barnets alder. Vi kan ikke være sikre på at barna har forstått spørsmålene. Vi mener likevel at det er bra at studien gir barnas direkte meninger uten mellompersoner. Björkman et al. (2011) fokuserer også på å gi informasjon til barnet. I denne studien er det barn som blir intervjuet, og resultatene er hentet fra barnets opplevelser fra røntgenundersøkelser.

4.1.4 Björkman et al. (2013)

Studien «Will it hurt? Verbal interaction between child and radiographer during radiographic examination» av Björkman et al. (2013) er en intervjustudie som tar for seg kommunikasjon mellom radiografen, pårørende og barn mellom 3-15 år som kommer til undersøkelse med akutte skader. Studien inkluderer 20 kvinnelige radiografer og 52 barn (Björkman et al., 2013). Studien ble gjennomført ved hjelp av kvantitativ metode, og den trekker inn faktorer og teknikker som påvirker kommunikasjon mellom radiograf og barn på røntgen.

4.2 Kommunikasjon

I dette delkapittelet blir resultatene som omhandler kommunikasjon fra valgte artikler presentert. Ettersom det legges stor vekt på kommunikasjon i oppgaven vår, deler vi kommunikasjon i underkapitler for hver studie. Videre presenterer vi resultatet av analysen fra artiklene samlet i hvert tema.

4.2.1 Desai og Pandya (2013)

Verbal kommunikasjon i studien «Communication in Healthcare settings» av Desai og Pandya (2013) fokuserer på ulike teknikker som er effektive for å skape god kommunikasjon med barn. De påpeker at bruk av tonefall er en viktig teknikk. De mener at det er en fordel å bruke normalt tonefall, og ikke en høy, syngende stemme. I løpet av undersøkelsen kan helsepersonell gi betryggende kommentarer til barnet. Dette er en teknikk som hjelper å bygge tillit mellom barnet og helsepersonell. I løpet av undersøkelsen bør helsepersonell instruere barn med positiv ordbruk. Det vil si at man kan instruere barnet om hva det skal gjøre, ikke hva det ikke skal gjøre (Desai og Pandya, 2013).

Studien til Desai og Pandya (2013) mener at når helsepersonell kommuniserer med barn er det viktig at helsepersonell tar hint fra barnet om hvordan de skal kommunisere med det når de gir viktig informasjon. Helsepersonell må vurdere barnets behov for informasjon. Studien oppfordrer helsepersonell til å finne ut hva barnet har forstått angående prosedyren, og oppklare misforståelser. Deretter skal helsepersonell forklare formålet med undersøkelsen, og gjøre barna mer kjent med prosedyren. Leker og aktiviteter som kan gjøres sammen med barnet vil hjelpe helsepersonell å bygge et forhold med barnet. Når helsepersonell gir informasjon til barn er det viktig at helsepersonellet ikke antar at barn vil klare seg bedre med lite informasjon. De fleste barn ønsker noe informasjon, og noen ønsker svært mye (Desai og Pandya, 2013).

Kroppsspråk fokuserer på å være bevisst på bruk av bevegelser ettersom kroppsspråk kan gi barn mer kommunikasjon enn de tar til seg verbalt. Studien tar for seg konkrete eksempler på kommunikasjon med kroppsspråk. Den gir noen forslag på teknikker som kan brukes i kommunikasjon med barn. Blant annet er det effektivt å gå ned på barnets øyenivå uansett alder, fordi dette vil bygge tillitt mellom helsepersonell og barn (Desai og Pandya, 2013).

4.2.2 Grahn et al. (2016)

Grahn et al. (2016) i studien «Interactions between children and pediatric nurses at the emergency department: a swedish interview study» beskriver tid som et viktig redskap man kan bruke innen kommunikasjon for å informere barn. Redskapet kan brukes som et hjelpemiddel for å få barna til å forstå situasjonen de er i. Ved tilstrekkelig mengde tid, kan

tid gi grunnlag for å danne god kommunikasjon. Ved bruk av tid, kan man hjelpe barnet forstå sin egen frykt, slik kan man skape et grunnlag for å berolige barnet tilstrekkelig (Grahn et al., 2016).

Flere av sykepleierne i studien mener at det å skape en trygg atmosfære er essensielt, og for å skape dette er det viktig å være bevisst på kroppsspråk (Grahn et al., 2016).

Videre beskriver sykepleierne ulike punkter som de synes er viktige for barn i situasjonen de er i på et akuttmottak. De bruker tid og innsats for å informere barna, og har fokus på å møte barna som sitt eget individ. For å distrahere barna vekk fra det negative kunne sykepleierne leke og snakke om morsomme ting. Noen av sykepleierne brukte lek aktivt, ved å gi barna lov til å leke med, og prøve ulike instrumenter og utstyr (Grahn et al., 2016).

4.2.3 Björkman et al. (2011)

Studien «Children's experience of going through an acute radiographic examination» av Björkman et al. (2011) mener at det er svært viktig å gi tilstrekkelig informasjon, særlig til de yngste barna på 3-6 år, om hva som kommer til å skje under en røntgenundersøkelse. De beskrev videre at barna som følte seg engstelige når de først kom til røntgenundersøkelsen, ble mindre engstelige når de viste hvordan prosedyren ble utført. Dette reduserte også angst.

Barna var engstelige i forkant av røntgenundersøkelsen, men ved gitt informasjon om prosedyren, opplevde mange mindre angst. Å forklare hvordan en røntgenundersøkelse kommer til å skje er viktig for alle pasientene. I denne studien viser det seg at særlig de yngre barna opplevde mindre angst for røntgenundersøkelsen ved gitt informasjon, når de besøkte røntgenavdelingen for første gang.

4.2.4 Björkman et al. (2013)

Studien «Will it hurt? Verbal interaction between child and radiographer during radiographic examination» av Björkman et al. (2013) legger vekt på distraksjon som et viktig verktøy når man kommuniserer med barn. Teknikkene denne studien beskriver er å gi barnet personlige kommentarer og sosial kommunikasjon. Studien presiserer at denne teknikken blir mest brukt på yngre barn, som er 3-6 år i denne studien. En annen faktor som blir beskrevet i studien er å

ha fokus på å involvere barnet, og det er mindre viktig å svare verbalt til pårørende (Björkman et al., 2013).

4.3 Deltagelse

Studien av Björkman et al. (2013) fant ut at alle barna i studien deltok aktivt på røntgenundersøkelsen uansett alder. Radiografene i denne studien brukte også mer innsats for å engasjere barna, og oppmuntret til deltakelse ved å vise empati.

Sykepleierne i studien til Grahn et al. (2016) la vekt på inkludering av barna, og fokuserte på at barna selv skulle være aktive deltakere i behandlingen. Barna bør ha en signifikant rolle under utførelsen av prosedyrer. Dette mente sykepleiere ga positive møter, og kunne resultere i at barna fikk en bedre opplevelse. Grahn et al. (2016) mener også at det er essensielt for barn å føle at de er viktige og ikke ignorert. Dersom dette behovet ikke ble møtt mente sykepleierne at det kunne resultere i stress, tap av kontroll og nedsatt tillit (Grahn et al., 2016).

Noen andre temaer som ble beskrevet av Grahn et al. (2016) består av samarbeid, lek og restriksjoner. Her mente sykepleierne at et barn som var involvert, sannsynligvis samarbeider. De mente også at lek med instrumenter og utstyr er vanlig, men at man ikke må gi barnet utilstrekkelig makt, og må sette grenser på hvor mye barnet kan bestemme (Grahn et al., 2016).

Desai og Pandya (2013) gir forslag på hvordan helsepersonell kan inkludere barn i undersøkelsen ved å gi små valg, som for eksempel å velge mellom å sitte eller ligge under en blodprøve.

4.4 Smerte

Björkman et al. (2011) mener at smerter er vanlig ved en akutt røntgenundersøkelse av barn. Smerte påvirker barn i stor grad, og kan være en av utfordringene ved å gjennomføre prosedyren. Studien påpeker at grunnet smertene fra skaden, var det utfordrende og vanskelig

for noen av barna å sitte eller ligge stille under røntgenundersøkelsen. Disse smertene ga uttrykk for å være sterkere i løpet av prosedyren. Studien registrerte at noen av barna hadde fått smertestillende før røntgenundersøkelsen, men disse pasientene opplevde likevel smerter som var relatert til forflytning og posisjonering under røntgenundersøkelsen (Björkman et al., 2011).

4.5 Tillit

Barn i studien til Björkman et al. (2011) uttrykker at de er godt ivaretatt av personalet på røntgenlaben, uavhengig av radiografens erfaring. Barna i alle aldersgrupper som ble inkludert i studien følte seg mer selvsikre under røntgenundersøkelsen, de ble mer trygge med tid og erfaring i situasjonen. Omgivelsene ble mer familiære med tiden som gikk (Björkman et al., 2011).

Studien av Desai og Pandya (2013) tar for seg tillit som en viktig faktor for å bygge et forhold mellom helsepersonell og barn. For å skape tillit kan helsepersonell fokusere på barnet ved å hilse på det, være imøtekommende, og spørre om forventninger.

Sykepleierne i studien til Grahn et al. (2016) viser at ved å skape sikkerhet for barn, skaper man et fundament for å få god kontakt med dem, og dette er dermed viktig for å kunne hjelpe barn.

4.6 Pårørende

Studien av Björkman et al. (2013) beskrev at radiografer kunne ta i bruk pårørende for å gjennomføre røntgenundersøkelsen. Dette kunne de gjøre ved å blant annet ha barna på fanget, eller holde hendene deres (Björkman et al., 2013).

De fleste barna hadde med seg en eller flere pårørende til undersøkelsen. Barna som var inkludert i studien til Björkman et al. (2011) ble spurt om de ville ha pårørende med seg inn på røntgenlab. De yngste barna ville ha pårørende med seg inn, da de følte seg tryggere ved å ha med seg en pårørende (Björkman et al., 2011).

I studien til Grahn et al. (2016) beskriver sykepleierne at barna skal være i fokus i løpet av undersøkelsen, og at pårørende kan være et verktøy for å få informasjon og hjelp til å forstå barnets behov. Ved involvering av pårørende, kan det gi bedre kontakt og gjensidig tillit. Etter deres erfaring kan også pårørende ha en negativ virkning på barnet ettersom de er overbeskyttende og uttrykker følelser for barnet. Følelsene til pårørende kan da reflekteres på barnet. Sykepleierne mente også at barn som er 3-6 år trenger hjelp og støtte fra deres pårørende når de er på et akuttmottak. Denne studien tar bare for seg barn som er 3-6 år gammel (Grahn et al., 2016).

4.7 Kunnskap

Studien av Björkman et al. (2013) beskriver at holdningene og profesjonaliteten hos radiografene er viktige faktorer for hvordan de tilpasser kommunikasjonen med barn i forhold til ulike aldersgrupper. Studien mener at barna bør bli sett på som individer, og radiografene må vurdere de ulike barnas utviklingsnivå (Björkman et al., 2013).

Sykepleierne som blir intervjuet i studien til Grahn et al. (2016), beskriver at deres kunnskap er nyttig i møte med barn. De mener at erfaringen og kunnskapen deres gjør at de kan utføre oppgaver med selvtillit, og dette i seg selv kan berolige barnet. Sykepleierne som ble intervjuet i denne studien hadde 5-40 års erfaring fra en akuttavdeling. De mener kunnskap er nøkkelen i arbeidet deres og det å være tålmodige og beholde profesjonaliteten er viktig i vanskelige situasjoner (Grahn et al., 2013).

Björkman et al. (2011) mener at radiografer skal være klare over situasjonen og skal være i stand til å dekke barnas behov under røntgenundersøkelsen.

4.8 Erfaring

Barn som ble inkludert i studien til Björkman et al. (2011) viste positivitet til muligheten for å gjennomføre en ny røntgenundersøkelse, noe som uttrykker at familiariteten de fikk var positiv. Barna som hadde gjennomført en røntgenundersøkelse før, følte seg mer kjent med prosedyrene, og beskrev seg ikke som engstelige (Björkman et al., 2011).

Grahn et al. (2016) beskriver at dersom barnet er redd fra begynnelsen av, kan det være vanskelig eller umulig å få god kontakt med dem igjen. Grahn et al. (2016) mener også at dersom et barn har hatt en dårlig opplevelse med helsevesenet før, kan dette bli utfallet.

4.9 Forventninger

Barna i studien til Björkman et al. (2011) forventet at de skulle få hjelp på røntgenlaben, uansett alder, smerte eller om det var første gang eller ikke.

Desai og Pandya (2013) gir forslag på hvordan helsepersonell kan møte barnet. I starten av undersøkelsen kan helsepersonell spørre barn og foresatte om forventninger og mål ved undersøkelsen. Dette gjør at helsepersonell kan rette opp i mulige misforståelser, og få et inntrykk av barnets forståelse. Helsepersonell kan deretter forklare, og forberede barn og foresatte på undersøkelsen (Desai og Pandya, 2013).

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere resultater fra kapittel 4.0 opp mot relevant teori i kapittel 2.0.

5.1 Kommunikasjon

I dette delkapittelet kommer vi til å diskutere viktigheten kommunikasjon har i møte med barn, og noen ulike former for kommunikasjon som vi har funnet i artiklene. Vi har valgt å legge fokus på verbal kommunikasjon, kroppsspråk, informasjon, og distraksjon.

5.1.1 Verbal kommunikasjon

Eide og Eide (2017, s. 294-296) mener at ordbruk bør tilpasses barnas nivå, slik at barna forstår hva som blir sagt. Ordbruk bør tilpasses slik at radiografen bruker minst mulig skremmende ord, og tar i bruk barns ordforråd i stedet for å bruke medisinske begreper. Desai og Pandya (2013) mener at det er viktig for radiografen å ta hint fra barna om hvordan

de skal kommunisere. Dette vil si at dersom barnet er svært sjenert og viser tydelige tegn på at de ikke ønsker å kommunisere med radiografen, kan det være lurt å ikke snakke direkte til barnet.

Barn i alderen 3-6 år oppfatter ofte informasjonen som blir gitt på en annen måte enn voksne (Eide og Eide, 2017, s. 294-295). På grunnlag av dette mener vi at for å unngå mest mulig misforståelser, kan radiografer ta i bruk Desai og Pandyas (2013) teknikk. Desai og Pandya (2013) mener at ved å spørre om forventninger hos barnet og pårørende for en undersøkelse, kan man luke ut misforståelser og skape et inntrykk av forståelsen barnet har til undersøkelsen. Vi mener at man kan bruke denne teknikken for å forberede barnet, slik at radiografen får luket ut misforståelser, men aktivt erstattet det med riktig informasjon, og dermed gjøre barnet mer forberedt på undersøkelsen.

Underveis i samtale med barn, beskriver Desai og Pandya (2013) teknikker for å bygge tillit med barna. Disse teknikkene går ut på at helsepersonell er bevisste på tonefallet sitt, samt positiv ordbruk og gi betryggende kommentarer underveis. Å skape sikkerhet og tillit med barnet, mener Grahn et al. (2016) er fundamentalt for å skape god kontakt med barnet. Vi mener at det bør være viktig for radiografen å skape tillit, ettersom det skaper en sikkerhet for barnet (Grahn et al., 2016). Dette gir radiografer et fundament for å informere og forberede barnet til undersøkelsen. Vi mener disse teknikkene kan brukes under all kommunikasjon med barn i alderen 3-6 år, og dette er derfor teknikker som helsepersonell bør ha fokus på.

Vi mener at radiografen kan gi barnet en følelse av kontroll i situasjonen ved å gi barnet ulike valg. Dette kan være små valg som ikke påvirker prosedyren, men som likevel gir barnet en følelse av kontroll (Desai og Pandya, 2013). Å gi barn en følelse av kontroll vil også gjøre barnet til en mer aktiv deltaker i undersøkelsen. Studie til Grahn et al. (2016) mener at barn som er aktive i undersøkelsen sin, også er samarbeidsvillige. Vi mener derfor at det er lurt å gi barnet en følelse av makt ved å gi det valg, men ifølge Grahn et al. (2016) må man samtidig være forsiktige med å ikke gi barnet overflødig makt.

5.1.2. Kroppsspråk

Kroppsspråk kan noen tilfeller gi mer kommunikasjon til barnet enn verbal kommunikasjon (Desai og Pandya, 2013). Vi vurderer derfor kroppsspråk som en viktig kommunikasjonsmetode.

Desai og Pandya (2013) skriver at når radiografen først møter barnet, bør de møte barnet med et smil og hilse forsiktig. Det kan være effektivt å gå ned på barnets øyenivå ettersom dette vil bygge tillit mellom radiograf og barn (Desai og Pandya, 2013). Grahn et al. (2016) mener at barn er svært observante, og at de observerer mer enn verbal kommunikasjon. Riktig kroppsspråk kan gi en trygg atmosfære (Grahn et al., 2016). Vi observerer at Grahn et al. (2016) beskriver viktigheten av kroppsspråk, og går så langt som å si at det er essensielt for å danne en trygg atmosfære med barn, men nevner det ikke videre i teksten eller forklarer i dybden hvordan kroppsspråk kan brukes.

Vi oppfatter at vår teori, Desai og Pandya (2013) og Grahn et al. (2016) er klare over viktigheten av god og bevisst bruk av kroppsspråk. Vi mener likevel at fokuset på dette emnet kunne være større. Artikkene fra Björkman et al. (2011) og Björkman et al. (2013) nevner lite til ingen ting om kroppsspråk. Dette kan ha med at Björkman et al. (2013) tar mest for seg verbal interaksjon, slik at kroppsspråket blir litt glemt, mens Björkman et al. (2011) tar for seg barns oppfatning av en undersøkelse, og at kroppsspråk kanskje kan være vanskelig for barn å forklare og konkretisere. Noe som motsier teorien til Grahn (2016), med tanke på at denne studien mener at barn er svært observante. Teori fra Eide og Eide (2017, s. 294-295) viser at barn på 2-4 år kan ha vansker med å bruke ord og setninger som er formulert riktig. Vi kan derfor ikke være sikker på hva mangelen på fokus om kroppsspråk fra barnas side i studien (Björkman et al., 2011) er grunnet. Det er mulig at barna ikke har oppfattet kroppsspråket, eller at de ikke har klart å uttrykke meningene sine. Vi vurderer sannsynligheten for at ingen av barna har oppfattet kroppsspråk hos helsepersonell som liten. Barna som deltok i undersøkelsen kan ha observert kroppsspråket mer underbevisst, og dersom barna hadde fått konkrete spørsmål om kroppsspråk i intervjuet, tror vi at resultatet kan ha sett annerledes ut.

5.1.3. Informasjon

Når radiografen møter barnet på en røntgenlab, viser Tjønneland og Lagesen (2013) til at det er viktig å forklare barnet hva som kommer til å skje. Studien til Björkman et al. (2011) og Grahn et al. (2016) viser også noe av det samme. Björkman et al. (2011) og Grahn et al. (2016) mener at informasjon om undersøkelsen og tid vil redusere angst og berolige barnet. Dette tror vi radiografer kan ta i bruk under de fleste undersøkelser. Vi mener at informasjon kan forberede barna.

Dersom barnet er engstelig eller redd, bør man være oppmerksom på at barnet kanskje ikke har fått med seg alt radiografen har informert om, og kanskje trenger en gjentakelse av informasjonen (Ruud, 2011, s. 127-133). Vi mener dette gir en god pekepinn på hvor viktig informasjonen radiografer gir til barn på 3-6 år når de kommer til røntgen. Vi kan ved god informasjon og kommunikasjon med barnet redusere deres angst for røntgenundersøkelsen, i tillegg å styrke forståelsen for barnet som individ, og dets behov. Dette er noe som er enkelt å implementere, ettersom man ofte starter med å informere pasientene som møter, uansett om det er barn eller voksne. I tillegg mener vi at radiografer bør være oppmerksomme på at måten de informerer barn på er ulikt fra voksne. Radiografen bør aktivt bruke kommunikasjonsteknikker vinklet mot barnets alder og utviklingsstadiet, slik at barnet best mulig skal kunne forstå informasjonen radiografen gir.

Barn trenger ulik mengde informasjon, men alle barn trenger noe informasjon (Desai og Pandya, 2013). Derfor mener vi at å gi god informasjon til alle barn er svært viktig.

5.1.4 Distraksjon

Björkman et al. (2013) og Grahn et al. (2016) gir oss forslag på flere teknikker for hvordan man kan gjøre undersøkelsen mer positiv for barn. Begge snakker om hvordan man kan bruke verbal kommunikasjon til å distrahere barn fra å fokusere på prosedyren, til å fokusere på samtalen (Björkman et al., 2013 og Grahn et al., 2016).

Både Grahn et al. (2016) og Björkman et al. (2013) har fokus på hvordan man kan distrahere barn ved hjelp av ulike teknikker. Grahn et al. (2016) foreslår å bruke lek eller snakke om morsomme ting. Lignende mener Björkman et al. (2016) at man kan lede barna inn i en sosial samtale, eller gi dem komplimenter som drar fokuset vekk fra situasjonen.

Vi mener at utviklingsteori fra Eide og Eide (2017, s. 294-296) styrker disse teknikkene, ettersom de beskriver at barn er opptatt av seg selv i denne alderen (3-6 år), og dermed kan vi anta at barna tar godt imot komplimenter og samtaler som omhandler seg selv. Dette kan være en god teknikk dersom barnet er åpen for kommunikasjon med radiografen. I noen tilfeller kan barnet være redd fra begynnelsen av, slik at det kan være vanskelig eller umulig for radiografen å opprette god kontakt med dem (Grahn et al., 2016). Da kan denne teknikken være vanskelig å utføre, men også viktig på grunn av muligheten til å dra fokuset og tankene til barnet vekk fra situasjonen de er i akkurat nå, og heller fokusere på noe positivt og noe barnet er opptatt av.

5. 2 Deltagelse

Ved bruk av kommunikasjonsteknikker, kan man oppfordre barn til å være aktive deltakere i undersøkelsen. «Et barn som deltar i undersøkelsen, samarbeider sannsynligvis» (Grahn et al., 2016, s. 288). Dette mener vi vil gjøre det enklere for radiografen å gjennomføre undersøkelsen med barnet.

5.2.1. Inkludering av barn

Björkman et al. (2013) og Grahn et al. (2016) setter lys på viktigheten av å inkludere barn i prosedyren som gjennomføres, og at barna skal være aktive deltakere under undersøkelsen. Grahn et al. (2016) påpeker at inkludering av barn i deres behandling kan resultere i positive møter. Dette mener vi kan ha noe med at barn lærer aktivt, ved å være delaktig i prosedyren, og dette gir barna bedre kontroll på hva som skjer rundt dem og med dem. Vi vet fra Grahn et al. (2016) at barn får en positiv følelse av å ha en signifikant rolle i undersøkelsen. For å gi barn en følelse av kontroll mener vi at radiografen kan bruke eksempler fra Desai og Pandya (2013), som å la barna selv velge om det ønskes å sitte eller ligge under en undersøkelse.

Grahn et al. (2016) mener at barn vil få en negativ opplevelse av å bli ignorert. Dette bygger opp på teorien om at det er viktig for barn å være aktive deltakere. Samtidig observerer Björkman et al. (2013) at alle barna i studien var aktivt med på prosedyren, og responderte på instruksjoner. Dette viser oss at barna ønsker å ha en aktiv deltagende rolle i løpet av prosedyren.

Her ser vi også at studiene er enige i at det å involvere barn er viktig for en god undersøkelse, på tvers av fagfelt. Vi kan da være sikre på at dette er viktig å implementere når man har barn på røntgenlab.

5.2.2. Lek

En av teknikkene for å opprette kommunikasjon med barn i alderen 3-6 år er lek. Bruk av kosedyr og tegninger for å få oppmerksomheten til barn er en teknikk som kan brukes aktivt, for å forklare barn hva som kommer til å skje under prosedyren (Eide og Eide, 2017, s. 294-296).

Barns forståelse i aldersgruppa 3-6 år er påvirket av deres oppfatning av en observasjon gjort i nåtiden. Dette vil si at de tenker det de ser (Björkman et al., 2013). Lek kan derfor være en god teknikk for å skape en samtale slik at barn kan få mer tillit til radiografer. Bruk av kosedyr og/eller tegninger kan være effektive illustrasjonsteknikker for å kommunisere og utføre prosedyren på, samtidig som det holder fokuset til barna på objektene. Barns tenking er ofte animistisk i disse utviklingsstadiene (Hardwick og Gyll, 2004, s. 14). Dette gjør at denne teknikken kan ha god innvirkning på barn i denne aldersgruppen. Radiografen kan forsøke å hjelpe barna med å lage en sammenhengende historie ved hjelp av disse lekene. Slik kan radiografen skape tidsstruktur i prosedyren (Eide og Eide, 2017, s. 294-296). Det er likevel ikke sikkert at dette fungerer på alle.

Siden barn tenker det de ser (Eide og Eide, 2017, s. 294-296), kan det være en god teknikk å inkludere barn i undersøkelsen, samt holde konsentrasjonen deres under kommunikasjon, fordi det er mer forståelig for dem. Lek kan også utføres på andre måter, som å la barn leke med utstyr (Grahn et al., 2016). Nielsen og Raaheim (1998, s. 342-345) sier at barn i alderen 2-7 år har dannet empati. Dette kan brukes under lek, ettersom barnet kan sympatisere med leken.

Vi mener at lek kan øke familiariteten hos barna til noe av utstyret inne på røntgenlaben, som Tjønneland og Lagesen (2013, s. 33) mener kan være skremmende for barn. Dette kan gi barn trygghet i utstyr som brukes, samt en følelse av å være stolt av å gjøre ting selv, uten hjelp,

som er vanlig for barn i alderen 3-6 år (Eide og Eide, 2017, s. 294-296). Denne teorien bygger opp Grahn et al. (2016) sin mening om at lek kan hjelpe barn å bli aktive deltakere. Ettersom barna blir stolt av å gjøre ting selv, er det positivt å gi barn en følelse av kontroll ved hjelp av lek og prøving av utstyr. Dette kan gi mer familiaritet med utstyret og radiografen, noe vi mener er positivt for barn. Selv om lek er positivt for barn, er det også viktig å ikke la barn ha for mye makt (Grahn et al., 2016). Vi kan likevel ikke være sikker på at lek vil gi to-veis kommunikasjon mellom radiograf og barn, men et barn som er involvert i prosessen er også et barn som sannsynligvis samarbeider (Grahn et al., 2016).

Bruk av disse teknikkene kan resultere i at prosedyrene tar lengre tid, men vi ser at ut ifra Grahn et al. (2016) og Björkmán et al. (2013), samt Eide og Eide (2017, s. 294-296), og Tjønneland og Lagesen (2013, s. 35-38) at tid er viktig for å skape god kommunikasjon med barn.

5.3 Pårørende

Barns pårørende som blir med på en røntgenundersøkelse, blir ofte med inn på røntgenlab ved alderen 3-6 år (Björkmán et al., 2011). Her åpner det seg opp et nytt sett med utfordringer for radiografen, hvor radiografen skal balansere mellom omsorg for barna, og respektere pårørende som er med på prosedyren. Grahn et al. (2016) forklarer at det kan være utfordrende å ha med pårørende på undersøkelsen. Pårørende kan være redde og handle overbeskyttende, og uttrykke sterke følelser overfor barn, og barn kan reflektere følelsene som kommer fra pårørende (Grahn et al., 2016). Pårørende kan også oppleve en trang til å beskytte barna, samt kan oppleve vansker med å balansere mellom tilstrekkelig beskyttelse og å hjelpe barna til å klare seg selv (Øverlien et al., 2016, s. 68). Vi kan anta at dette er en skremmende, og en muligens ukjent situasjon for pårørende.

Det er derfor ikke sikkert at radiografen kan klare å holde barna i fokus under hele prosedyren, men i stedet må bruke litt ekstra tid for å berolige pårørende, slik at pårørende ikke påvirker barna negativt. Vi mener likevel at radiografen bør holde barn i fokus, men ser samtidig at det vil påvirke barn positivt dersom radiografen klarer å berolige pårørende.

I studien til Björkman et al. (2011) sier de yngste barna (3-6 år) at de vil ha med pårørende på røntgenundersøkelsen, fordi de da følte seg tryggere. Dette må radiografer alltid respektere, ettersom barn alltid bør ha innvirkning på behandlingen sin (Grahn et al., 2016). I tillegg til at radiografer ikke bør gjøre en vanskelig situasjon for barn vanskeligere, og risikere at barn får en dårligere opplevelse enn nødvendig. Dette understrekes av Hardwick og Gyll (2004, s. 4 og 20) som forklarer at barn blir tryggere hvis pårørende er med på undersøkelsen.

Pårørende er også den personen som kjenner barna best på røntgenlaben. Dette kan radiografen dra nytte av, og få relevant informasjon om barnas behov fra pårørende (Grahn et al., 2016).

Barn på 3-6 år er sterkt knyttet til foreldreskikkelsen i deres liv (Jerlang, 2005, s. 90), men man kan ikke anta at pårørende som kommer med barna på undersøkelsen er foreldreskikkelsen til barna. Det kan være alt fra barnehage/skole ansatt, trener, nabo, familie, venner, mm., men det kan være trygt å anta at barn er sterkere knyttet til pårørende som det ankommer røntgenlaben med, enn radiografen. Björkman et al. (2013) beskriver at man kan utnytte båndet barnet har til pårørende ved at pårørende kan ha barnet på fanget, holde hånden, mm. Slik mener vi at barn kan få trygghet fra pårørende, som er vanskelig å gjenskape uten pårørende til stede.

5.4 Kunnskap og erfaring

Grahn et al. (2016) mener at selvtillit hos radiografen kan berolige barn. Deltakerne i studien mente at kunnskap og profesjonalitet var viktig i arbeidet deres. Dette samsvarer med Björkman et al. (2013), som beskriver at holdningene og profesjonaliteten hos radiografene er viktige faktorer for hvordan de kommuniserer og tilpasser seg aldersgruppen til barn. Dette gjelder også for hvordan radiografen involverer barn i sin egen helsesituasjon (Björkman et al., 2013).

Både Eide og Eide (2017, s. 295-296) og Nielsen og Raaheim (1998, s. 339-340) beskriver mye utviklingspsykologi for aldersgruppen 3-6 år. Denne kunnskapen mener vi er viktig for å kunne vurdere hva slags kommunikasjon radiografen skal innlede med barn. Barn i alderen 2-4 år er her-og-nå orientert, og har også et annet tidsbegrep enn voksne (Eide og Eide, 2017, s.

294-295). Dersom radiografen har kunnskap om dette, kan radiografen bruke denne kunnskapen for å skape kommunikasjon med barn. Dette kan gjøres ved å unngå å bruke voksne tidsbegrep, men i stedet forklare hva som skal skje etter hvert som undersøkelsen blir utført.

Barn assosierer lett til kjente ting (Eide og Eide, 2017, s. 294-295), noe radiografen kan utnytte ved å vise til, eller forklare barn ut ifra noe barn kjenner til, f.eks. en bamse. Barn i alderen 4-8 år begynner å utvikle en logisk forståelse, samt et mer modent tidsbegrep (Eide og Eide, 2017, s. 295-296). Dette gjør at radiografer kan bruke tidsbegrep i trinnvise forklaringer. For å gi barn forståelse for undersøkelsen, kan radiografer bruke konkrete objekter, som å ta i bruk utstyr eller leker, for å gi barn informasjon.

Barn i alderen 3-6 år er ofte selvsentrerte, og opplever mestringsfølelse av å gjøre ting selv (Hardwick og Gyll, 2004, s. 14). Dette kan radiografen utnytte ved å la barn gjøre mest mulig selv. På denne måten kan radiografen få mulighet til å samarbeide med barn, slik at barna blir aktive deltakere. Studien til Grahn et al. (2016) resulterte i at alle deltakerne i studien mente at barn som er involvert i sin egen behandling, opplever positive møter med helsevesenet. Sykepleierne som deltok i denne studien mener at dersom barn ikke får muligheten til å velge om de skal være aktive deltakere i sine egne behandlinger, kan det resultere i stress, tap av kontroll og nedsatt tillit. I følge Desai og Pandya (2013) forventet barna som ankom røntgenavdelingen å få hjelp. Dette kan vise til at barn har en underliggende tillit til helsepersonell i utgangspunktet, og at de har tillit til at helsepersonell hjelper dem i den situasjonen de er i. Vi mener det er viktig at radiografer forsøker å opprettholde tilliten barna har til de, og det vil derfor være viktig for radiografene å la barna være så aktive som mulig i løpet av prosedyren.

Björkman et al. (2013) mente at helsepersonell som møtte barn i alderen 3-6 år brukte mer innsats for å engasjere barna til å være aktive deltakere i undersøkelsen. Dette mener vi viser viktigheten av at radiografer har kunnskap om at aktiv deltagelse er viktig for barn i denne aldersgruppen. Vi mener at dersom radiografer har kunnskap og profesjonalitet, har de også evnen til å implementere teknikker som kan gjøre opplevelsen bedre for barn på røntgenlab.

Barn 3-6 år har ofte en godt utviklet språkforståelse (Nielsen og Raaheim, 1998, s. 342-345). Denne kunnskapen kan hjelpe radiografen å vurdere hvor nøye forklaringer og instruksjoner de vil gi til barna, samt valg av ordbruk.

5.5 Smerte

Barn i aldersgruppa 3-6 år opplever ofte smerte fra et psykisk standpunkt, og har vansker med å koble årsaken og smerten til smerteopplevelsen (Twycross, Dowden og Stinson, 2014).

For noen av barna i studien til Björkman et al. (2011) var det utfordrende å sitte eller ligge stille under røntgenundersøkelsen, grunnet smerte fra skaden, og at smertene ble sterkere under prosedyren. Radiografer har ofte fokus på stedet hvor barna har vondt. Man må kanskje bevege på område hvor smerten sitter, og dermed fremprovosere smerte hos barna. Barn i alderen 3-6 år har vansker med å se sammenhengen røntgenundersøkelse har med behandlingen deres (Twycross, Dowden og Stinson, 2014), og dermed tror vi barn kan kople smerten opp mot radiografen, og legge skylder der slik at barna har en opplevelse av å kunne gi en grunn til at smerten har oppstått. Dette kan skape problemer for radiografen når de skal bevege og røre ved smertepunktet hos barna. Radiografen kan ha dette i minnet når de behandler barn og forsøke å unngå at en slik kopling mellom smerten og radiografen oppstår. En slik negativ opplevelse med en radiograf kan ifølge Grahn et al. (2016) føre til negative følelser neste gang barna befinner seg på en røntgenlab. Eide og Eide (2017, s. 294) sier også at barn ofte husker det som skjedde på det forrige sykehusbesøket, særlig ved negative opplevelser.

Ifølge Håkonsen (2014, s. 334-336) er det en fordel å forberede barn på smerte. De vil da håndtere smerten bedre enn personer som er uforberedte. Samtidig som radiografene bør forberede barna på smerte, sier Eide og Eide (2017, s. 94) at man skal forsøke å unngå skremmende ord og uttrykk. Dette kan skape en situasjon der radiografer er usikre på hvor mye de skal forberede barna, samtidig som de forsøker å skjerme de for skremmende ord. Vi mener likevel at det er en fordel å være mest mulig ærlige med barna for å beholde så mye tillit som mulig. Dette tror vi kan redusere den mulige negative opplevelsen, og samtidig minimere frykten for å gjennomføre en ny undersøkelse på radiologisk avdeling.

Björkman et al. (2011) sier også at noen av barna i studien som hadde fått smertestillende i forkant, opplevde smerter ved forflytning og posisjonering. Vi mener radiografer bør ha kunnskap om dette, slik at de fortsatt er forsiktige, selv som barna har fått smertestillende.

6.0 Konklusjon

Ut ifra teori og resultatene som ble diskutert opp mot hverandre, ser vi viktigheten av å opprette tilstrekkelig kommunikasjon med barn i alderen 3-6 år som kommer til røntgenundersøkelser og er smertepåvirket. Under oppgaveskriving har vi funnet flere teknikker som kan brukes av radiografene for å gi barna en positiv opplevelse av en røntgenundersøkelse.

Radiografene bør legge fokus på ordbruk ved kommunikasjon med barn. Ordbruken bør være alderstilpasset, og radiografen bør være bevisst på bruk av tonefall, samt positiv ordbruk og betryggende kommentarer til barnet underveis. Radiografen bør møte barn med et smil og hilse forsiktig. For å skape tillit mellom radiograf og barn, er det effektivt å gå ned på barnets øyenivå. Å skape tillit hos barn er fundamentalt for å bygge god kommunikasjon og dermed gi en bedre opplevelse av røntgenundersøkelsen. For å gi barna en god opplevelse av røntgenundersøkelsen bør de få delta aktivt i løpet av prosedyren.

Leker, kosedyr og tegninger kan brukes for å få oppmerksomheten til barn, og som en av teknikkene for å forklare barn hva som kommer til å skje under prosedyren. Radiografen kan også la barn leke med utstyr på røntgenlaben. For å gi barna en positiv opplevelse av en røntgenundersøkelse er det viktig å la barna være aktive deltakere under prosedyren. Radiografen kan gi barna små valg som ikke påvirker røntgenundersøkelsen, for å gi barn en følelse av kontroll. Alle barn trenger informasjon for å få en god opplevelse av en røntgenundersøkelse.

Kunnskap om utviklingspsykologi kan gi radiografen mulighet til å tilpasse kommunikasjon og informasjon etter barnets utviklingsstadiet. Å gi informasjon til barn om hva som kommer

til å skje under røntgenundersøkelsen er viktig. Informasjon vil redusere angst og berolige barna. Radiografen bør være forberedt på å bruke litt ekstra tid under en røntgenundersøkelse av et barn. Disse teknikkene kan også være til nytte ved håndtering av smertepåvirkede barn.

Barn er ofte smertepåvirkede når de ankommer røntgenlaben. Å forsøke å distrahere barnas fokus vekk fra røntgenundersøkelsen, kan være en god teknikk under kommunikasjon med barn. Her kan radiografen bruke lek eller snakke om morsomme ting. Det kan være lurt å lede barnet inn i en sosial samtale, eller gi komplimenter som drar fokuset vekk fra situasjonen.

Smerte er en stressende faktor for barn. Ved røntgenundersøkelser av barn er det viktig å være ærlig og forberede barna på smerter ved utførelsen av prosedyren, samt prøve å unngå bruk av skremmende ord. Dette kan være utfordrende å implementere i praksis, men å være mest mulig ærlige med barna vil beholde barnas tillit til radiografen.

Under oppgaveskriving har vi funnet ut at pårørende kan ha en følelsesmessig effekt på barn, både positivt og negativt. Pårørende kan være redde og handle overbeskyttende, og uttrykke sterke følelser overfor barna. I slike tilfeller kan barn reflektere følelsene som kommer fra pårørende. Det er derfor viktig å berolige begge parter, men vi mener at barn skal være i fokus. Dersom pårørende klarer å holde seg rolig, mener vi at denne følelsen også kan reflekteres på barna. Samtidig er pårørende de personene som kjenner barna best og kan være til stor hjelp ved røntgenundersøkelser, ved å skape trygghet, med å la barna sitte på fanget eller holde hånden deres under prosedyren.

På bakgrunn av funnene vi har gjort kan vi konkludere med at å opprette kommunikasjon med barn på røntgenlab er viktig for barnas opplevelse av røntgenundersøkelsen. Dersom radiografen har kunnskap om kommunikasjonsteknikker som aktivt kan brukes under røntgenundersøkelser av barn, kan det ha positiv effekt på barna. Vår oppgave gir generelle svar på hvordan man kan kommunisere med smertepåvirkede barn under røntgenundersøkelser, og hvordan man kan ta i bruk pårørende for å danne kommunikasjon med barnet. Oppgaven beskriver også spesifikke kommunikasjonsteknikker som vi mener kan være nyttige for radiografer og annet helsepersonell i korte møter med barn. Disse teknikkene må vurderes ut ifra hver enkel situasjon og hvert enkelt barn, ettersom ingen situasjon og barn er sammenlignbare. Vi mener at disse kommunikasjonsteknikkene kan brukes aktivt av radiografer. Disse kommunikasjonsteknikkene kan gi barn mulighet til å bli

en mer aktiv deltaker i sin egen helsesituasjon.

I oppgaven presenterer vi oversikt over kommunikasjonsteknikker, og utfallene av dem, med mest fokus på positive utfall for å kunne gi forslag til hvordan man kommuniserer med barn. Det finnes imidlertid mye teori og forskjellige studier på dette området, og for å få en helhetlig oversikt og innsikt, trengs det mer og større forskning. Etter å ha forsket på problemstillingen vår, ser vi at dette er et stort fagområde, som kan deles opp i mange mindre tema, (innenfor kommunikasjon med smertepåvirkede barn, og pårørendes påvirkning). For å finne mer konkrete svar innen hvert fagområde, oppfordrer vi til videre forskning på kommunikasjon med smertepåvirkede barn, samt pårørendes følelsesmessige påvirkning på barna, både positivt og negativt.

7.0 Litteraturliste

- Aleris Helse AS (2020) *Spørsmål og svar*. Tilgjengelig fra: <https://www.aleris.no/rontgen/for-pasienter/sporsmal-og-svar/> (Hentet: 04. mai 2020).
- Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. 3. utg. England: Open University Press.
- Barne- og Familiedepartementet (2003) FNs konvensjon om barnets rettigheter. Tilgjengelig fra: <https://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#1> (Hentet: 25. november 2019).
- Björkman, B. et al. (2011) Children's experience of going through an acute radiographic examination, *Radiography*, 18, s. 84-89. doi: <https://doi.org/10.1016/j.radi.2011.10.003> (Hentet: 23. mars 2020).
- Björkman, B. et al. (2013) Will it hurt? Verbal Interaction between Child and Radiographic Examinations, *Journal of Pediatric Nursing*, s. e10-e18. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.03.007> (Hentet: 06. desember 2019).
- Dalland, O. (2018) *Metode og Oppgaveskriving*. 6. utg. Oslo: Gyllendal Norsk Forlag AS.
- Desai, P.P. og Pandya, S.V. (2013) Communicating with Children in Healthcare Settings, *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(12), s. 1028-1033. doi: 10.1007/s12098-013-0969-z (Hentet: 15. oktober 2019).
- Grahn, M. et al. (2016) Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the emergency Department: A Swedish Interview Study, *Journal of Pediatric Nursing*. (31), s. 284-292. tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016> (Hentet: 18. mars 2020).
- Hardwick, J. og Gyll, C. (2004) *Radiography of Children: A Guide to Good Practice*. 1. utgave. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og Psykiske Lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jerlang, E. (red.) (2005) *Utviklingspsykologiske teorier*. 3. utg. København: Gyllendal akademisk.

Ruud, A.K. (2011) *Hvorfor spurte ingen meg?* 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjønneland, R. og Lagesen, B. (2013) *Barneradiografi en veiledning i praksis*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Twycross, A. Dowden, S. og Stinson, J. (red.) (2014) *Managing Pain in Children. A clinical guide for Nurses and Healthcare Professionals*. 2. utg. West Sussex, UK. Wiley Blackwell.

Øverlien, C. Hauge, M.I. og Schulz, J.H. (2016) *Barn, Vold og Traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

8.0 Vedlegg 1

Analyse: Sammenligning av temaer fra artikler

Kommunikasjon

Tema	Undertema	Beskrivelse	Artikkel
Kommunikasjon	Distraksjon	Her bruker radiografene personlige kommentarer/sosial kommunikasjon for å distrahere barna. Dette blir brukt mest på yngre barn.	Björkman et al. (2013)
Kommunikasjon	Distraksjon	Forklarer at de ofte starter et møte med distraheringsmetoder som lek, eller å distrahere barnet ved å snakke om noe morsomt.	Grahn et al. (2016)
Kommunikasjon	Distraksjon	Brukte aktivt sosial kommunikasjon og personlige merknader for å distrahere barnet.	Björkman et al. (2013)
Kommunikasjon	Individualisering	Sykepleierne mener at ved å møte hvert	Björkman et al. (2011)

		barn som sitt eget individ, vil man kunne identifisere barnas individuelle karakteristikk, og med det implementere omsorg som er nødvendig for individet.	
Kommunikasjon	Informasjon	Viktig å gi informasjon til barnet om hva som kommer til å foregå. Mange av barna opplevde mindre angst etter at informasjonen om undersøkelsen ble gitt.	Björkman et al. (2011)
Kommunikasjon	Informasjon	Beskriver at når barna først kom til undersøkelse var de engstelige, mens når de fikk vite hvordan prosedyren skulle utføres ble de mindre engstelige.	Björkman et al. (2011)
Kommunikasjon	Informasjon	De yngste barna følte seg engstelige under røntgenundersøkelse, særlig om det var deres første gang. Når	Björkman et al. (2011)

		de visste hvordan prosedyren skulle foregå ble de mindre engstelige.	
Kommunikasjon	Informasjon	Det er viktig at helsepersonellet tar tid og innsats for å informere barnet og pårørende om hva som skal skje på en best mulig måte.	Grahn et al. (2016)
Kommunikasjon	Kroppsspråk	Å være bevisst på kroppsspråk er avgjørende fordi kroppsspråk kan gi barn mer kommunikasjon enn verbal.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Kroppsspråk	Dersom barna er sjenerte og gjemmer seg bak foresatte kan det være lurt å møte de annerledes enn om de selv kommuniserer åpent.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Kroppsspråk	Ikke-verbale strategier som leker og aktiviteter kan bygge forhold til unge barn.	Desai og Pandya (2013)

Kommunikasjon	Kroppsspråk	Å sitte, og gå ned på barnets øyenivå er hjelpsomt for å bygge tillit uansett alder.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Kroppsspråk	De poengterer at barn er veldig observante, og at de observerer mer enn bare muntlig kommunikasjon, de mener at kroppsspråk og oppbygging av en trygg atmosfære er essensielt.	Grahn et al. (2016)
Kommunikasjon	Metode	Det finnes en metode (CLS), dette er en kommunikasjonsmetode, som brukes for å hjelpe barn til å prosessere helseinformasjon som omhandler de. Dette kan gjøres før og etter stressende undersøkelser.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Tid	Barn er ofte redde når de trenger helsehjelp. Tid og hjelp for å forberede seg på prosedyren, kan hjelpe dem med å forstå frykten deres,	Grahn et al. (2016)

		og man kan da berolige barnet.	
Kommunikasjon	Tid	Sykepleierne mente at hvis man fikk tilstrekkelig tid til alle barna og prosedyrene, så har man grunnlag til å danne god kommunikasjon med alle.	Grahn et al. (2016)
Kommunikasjon	verbal	Å snakke med barn med en vanlig stemme i stedet for høye, syngende toner er mer effektivt.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Å være mottakelig til det barn og foresatte sier. Lytt nøye, og oppfordre dem til å dele deres perspektiv i stedet for å følge din egen plan.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	For å bygge tillit og danne et forhold til barnet er det hjelpsomt å introdusere seg, smile forsiktig, og være imøtekommende.	Desai og Pandya (2013)

Kommunikasjon	Verbal	Å gi betryggende kommentarer med en vennlig tone hjelper for å bygge et forhold, og skape toveis kommunikasjon.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Ta hint fra barna om hvordan du skal kommunisere med de.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Å hilse, se barnet, og gi komplimenter til skolebarn er anbefalte strategier for å bygge et forhold med tillit.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Å spørre barn og foresatte om deres forventninger og mål med undersøkelsen, og så gjenta deres svar tilbake til dem er en strategi som bygger tillit.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Dele planene for undersøkelsen med barn og foresatte.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Ikke anta at barn vil takle lite eller ingen informasjon bedre. Noen barn trenger litt	Desai og Pandya (2013)

		informasjon, noen barnt trenger mye og noen barn trenger noe informasjon.	
Kommunikasjon	Verbal	Finn ut hva barnet forstår angående prosedyren de skal igjennom, og oppklare misforståelser.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Prøv å gi barnet noe valg i situasjonen. Dersom et barn skal ta en blodprøve kan de f.eks. velge om de vil sitte eller ligge.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Forklar formålet med prosedyren. Gjør barnet mer kjent med prosedyren, og bruk minst mulig truende språk.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Unngå vanskelige ord og forklaringer.	Desai og Pandya (2013)
Kommunikasjon	Verbal	Bruk positive ord for å instruere. Ikke fortell barnet hva det ikke skal gjøre, men hva det skal gjøre.	Desai og Pandya (2013)

Kommunikasjon	Verbal	I denne studien så de at noen ganger responderte ikke radiografene verbalt til pårørende, men hadde fokus på å involvere barnet, ved spørsmål og sosial-emosjonell kommunikasjon.	Björkman et al. (2013)
---------------	--------	---	------------------------

Deltagelse

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Deltagelse	Inkludering	Alle mente at barn som var involvert i sin egen behandling, og fikk en signifikant rolle under utførelsen, opplevde bedre og mer positive møter.	Grahn et al. (2016)
Deltagelse	Inkludering	Sykepleierne i denne studien mener at dersom barn ikke får muligheten til å velge om de skal være aktivt	Grahn et al. (2016)

		deltagende til sin egen behandling, kan det resultere i stress, tap av kontroll og nedsatt tillit.	
Deltagelse	Inkludering	Denne studien beskrev at uansett alder, var alle barna aktivt med på undersøkelsen, aktivt responderende på instruksjonene og spørsmål fra radiografen.	Björkman et al. (2013)
Deltagelse	Inkludering	Ved alderen 3-6 år, brukte radiografene mer innsats for å engasjere barna i aktiv deltagelse av prosedyren, oppmuntre dem til å være tolerante en liten stund, og betrygget dem ved å vise anerkjennelse og empati.	Björkman et al. (2013)
Deltagelse	Inkludering	Mener at det er essensielt for barna å føle at de er viktige og ikke ignorert.	Grahn et al. (2016)

Deltagelse	Samarbeid	En av sykepleierne sier: et involvert barn er også et barn som sannsynligvis samarbeider.	Grahn et al. (2016)
Deltagelse	Lek	Noen av sykepleierne ga barna lov til å leke og prøve ulike instrumenter og utstyr.	Grahn et al. (2016)
deltagelse	Restriksjoner	De understreker også at man ikke må gi barnet utilstrekkelig makt, men at man må sette noen konkrete grenser.	Grahn et al. (2016)

Pårørende

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Pårørende	Informasjon	De mener at selv om det er barnet som er i fokus under undersøkelsen, så kan pårørende gi	Grahn et al. (2016)

		relevant informasjon som omhandler barnets behov.	
Pårørende	Inkludering	Det nevnes at det å involvere foreldrene kan gi en bedre kontakt og gjensidig tillit.	Grahn et al. (2016)
Pårørende	Inkludering	Studien beskriver at man kan bruke pårørende for å holde barna på fanget, holde hendene deres, mm. Dette kan være til hjelp, så lenge fokuset fortsatt er på barnet.	Björkman et al. (2013)
Pårørende	Påvirkning	Denne studien viser at pårørende kan ta en overbeskyttende rolle og uttrykke sine følelser for barnet. Følelsene kan i noen tilfeller reflekteres på barnet, så dersom en pårørende blir utrygg, kan barnet også føle seg utrygg.	Grahn et al. (2016)

Pårørende	Støtte	De mener at barnet trenger hjelp og støtte fra deres pårørende når de er på et akuttmottak.	Grahn et al. (2016)
Pårørende	Trygghet	De fleste barna hadde med seg en eller flere pårørende og var spurt om de ville ha pårørende med seg inn på røntgenlab. De yngste barna ville ha pårørende med seg inn, da de følte seg tryggere.	Björkman et al. (2011)

Omgivelser

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Omgivelser		Ha leker tilgjengelig i venterommet som barnet kan imitere undersøkelsen med.	Desai og Pandya (2013)

Kunnskap

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Kunnskap	Radiografens kunnskap	Radiografen skal være klar over situasjonen og er i stand til å dekke barnas behov i den spesifikke situasjonen.	Björkman et al. (2011)
Kunnskap	Radiografens kunnskap	Denne studien påpeker at når helsepersonell har erfaring og kunnskap, vil man få selvtillit i deres profesjonelle rolle, og hvordan de utfører oppgavene deres.	Grahn et al. (2016)
Kunnskap	Radiografens kunnskap	Sykepleierne mener selvtillit kan gi beroligelse fra seg selv til barnet.	Grahn et al. (2016)
Kunnskap	Radiografens kunnskap	Sykepleierne mener kunnskap er nøkkelen i arbeidet deres.	Grahn et al. (2016)
Kunnskap	Profesjonalitet	Beskriver at holdningene og	Björkman et al. (2013)

		<p>profesjonaliteten til radiografene er viktige faktorer på hvordan de kommuniserer med barna og tilpasser seg aldersgruppen til barnet. Dette gjelder også hvordan radiografen involverer barnet i sin helsesituasjon.</p>	
Kunnskap	Radiografens kunnskap	<p>Mener at radiografen bør vurdere barna individuelt, med deres evner og vilje til å forstå deres helsesituasjon, og ikke anta ut i fra alder eller utviklingsnivå.</p>	Björkman et al. (2013)
Kunnskap	Profesjonalitet	<p>Sykepleierne i studien understreker at i vanskelige situasjoner, må man være tålmodig, og beholde profesjonaliteten i alle slags situasjoner.</p>	Grahn et al. (2016)

Smerte

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Smerte		Noen barn hadde vansker for å sitte i ro eller ligge stille under undersøkelsen, fordi de hadde smerte fra skaden, og smertene ble sterkere under prosedyren.	Björkman et al. (2011)
Smerte		En liten del av barna hadde fått smertestillende i forkant av røntgenundersøkelsen . Likevel opplevde noen av disse smerter som var relatert til forflytning ved rtg undersøkelse.	Björkman et al. (2011)

Erfaring

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Erfaring	Barn	Barn som hadde vært med i denne studien var positive til muligheten til å gjennomføre en ny undersøkelse, og uttrykte at familiariteten de fikk var positiv.	Björkman et al. (2011)
Erfaring	Barn	Barna som hadde vært på røntgen før, følte seg mer kjent med prosedyrene som gjøres, og beskrev seg ikke som engstelige.	Björkman et al. (2011)
Erfaring	Barn	En av sykepleierne mener at dersom barnet er redd fra begynnelsen av, kan det være vanskelig eller umulig å få god kontakt med dem igjen. Hvis et barn har hatt en dårlig opplevelse med helsevesenet før, kan ofte dette bli utfallet.	Grahn et al. (2016)

Tillit

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Tillit	Tid	Uavhengig av erfaring til radiografen, følte barna i alle aldersgrupper seg mer selvsikre i løpet av undersøkelsen. Barn blir mer trygg med tid og sin erfaring. Omgivelsene blir mer familiære.	Björkman et al. (2011)
Tillit	Trygghet	Barna følte seg godt ivaretatt uavhengig av radiografens erfaring.	Björkman et al. (2011)
Tillit	Trygghet	Det å skape sikkerhet, var fundamentalt for å få en god kontakt med barnet, og kunne hjelpe dem. Sykepleierne i denne studien mener det kan være traumatisk for barn og pårørende med ulike undersøkelser som	Grahn et al. (2016)

		har mål å finne ut hva problemet er.	
Tillit	Trygghet	For å bygge tillit og danne et forhold til barnet er det hjelpsomt å introdusere seg, smile forsiktig, og være imøtekommende.	Desai og Pandya (2013)
Tillit	Trygghet	Å hilse, se barnet, og gi komplimenter til skolebarn er anbefalte strategier for å bygge et forhold med tillit.	Desai og Pandya (2013)
Tillit	Trygghet	Å spørre barn og foresatte om deres forventninger og mål med undersøkelsen og så gjenta deres svar tilbake til dem er en strategi som bygger tillit.	Desai og Pandya (2013)

Forventninger

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Forventninger		Barna som kom til røntgen, forventet at de skulle få hjelp på røntgenlab uansett alder, smerte eller om det var første gang eller ikke.	Björkman et al. (2011)

Ventetid

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Ventetid		Barna nevner at ventetiden har en negativ effekt, uavhengig av varigheten på ventetiden. Kjedelig, rastløs.	Björkman et al. (2011)
Ventetid		Særlig de yngste barna reagerte negativt på ventetid, og det ble uttrykt at ventetiden var stressende for de.	Björkman et al. (2011)

Konsekvenser

Tema	Undertema	Beskrivelse	Studie
Konsekvenser		Litt eldre barn (12-15) var mest bekymret for konsekvenser av skaden og fremtiden. Barn 3-6 år viste ikke mye bekymringer for fremtiden og konsekvenser.	Björkman et al. (2011)

