



BACHELOROPPGAVE:

**HVORDAN BRUKE KOMMUNIKASJON FOR
Å INVOLVERE KREFTSYKE BARN I EGEN
SMERTEBEHANDLING**

**HOW TO USE COMMUNICATION TO
INVOLVE CHILDREN WITH CANCER IN
THEIR OWN TREATMENT**

FORFATTERE:

**GURO KARINA BAKKE
INE BROVOLD
GURO LID WITTEVEEN**

Dato: 08.05.15

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie
Våren 2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan bruke kommunikasjon for å involvere kreftsyke barn i egen smertebehandling	Dato : 08.05.15
Deltaker(e)/	Guro Karina Bakke, Ine Brovold, Guro Lid Witteveen	
Veileder(e):	Øyfrid Moen Larsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Barn, Kreft, Kommunikasjon, Smerter, Involvering	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Åpen
46/12171		
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Smerter er til stede i sykdomsforløpet hos barn med kreft. For å kunne behandle smerten, er det viktig å få en helhetlig beskrivelse av smertene barnet opplever. Kommunikasjon er en viktig uttrykksmåte for å dele tanker og følelser rundt egen smertebehandling.</p>		
<p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Vitenskapelige artikler er samlet ved søk i databaser, der relevante søkeord er benyttet. Valgte artikler er gransket, og derigjennom oppstod det to hovedtemaer som var hensiktsmessige i henhold til studiens problemstilling.</p>		
<p>Resultat: Resultater viser til barn som ønsker å bli mer involvert i egen smertebehandling, samtidig som foreldre og helsepersonell er uenige om dette er hensiktsmessig. Funn viser at det er viktig å observere atferd, samt innhente informasjon fra barnet selv.</p>		
<p>Konklusjon: Det vises at det finnes til lite forskning innen valgt tema. Viktige faktorer for å vurdere om man skal involvere barn i deres smertebehandling er å ta barnets alder, kognitive modenhet og evne til å delta med i betraktning. Barn i aldersgruppen 5-10 år er i stand til å uttrykke seg verbalt i forhold til sine smerter.</p>		

ABSTRACT

Title:	How to use communication to involve children with cancer in their own treatment	Date : 08.05.15
Participants/	Guro Karina Bakke, Ine Brovold, Guro Lid Witteveen	
Supervisor(s)	Øyfrid Moen Larsen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Cancer, Children, Communication, Pain, Involvement	
Number of pages/words: 46/12171	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential):Open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Pain is present during the course of disease when children have cancer. To be able to treat the pain, it is important to get a full description of the pain the child is suffering from. Communication is an important method to get the children to share their thoughts and feelings regarding their own treatment.</p> <p>Method: The thesis is a literature study. Scientific articles have been acquired through searches in databases, where relevant keyword searches have been performed. The chosen articles have been scrutinized, and two main topics that were relevant to the study's issues occurred.</p> <p>Results: Results show that children wish to be more involved in their own treatment, while parents and health care personnel are divided as to whether this is appropriate. Findings show that it is important to observe the children's behavior and also gather information from the children directly.</p> <p>Conclusion: We have found that there is a lack of research on our chosen subject. Important factors to decide whether to involve children in their treatment is to take into account the children's age, cognitive maturity and capability to be involved. Children between the age of 5 and 10 years old are able to express themselves verbally regarding their pain.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
1. Innledning.....	5
1.1 Introduksjon til studien.....	5
1.2 Sykepleiefaglig perspektiv og kliniske relevans	6
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder	6
2. Bakgrunn	6
2.1 Smerter	6
2.1.1 Smerter hos barn	7
2.1.2 Ulike verktøy som kartlegger smerte hos barn	8
2.2 Kommunikasjon - og kommunikasjonsmetoder	9
2.2.1 Barn og alder	9
2.2.2 Autonomi - barns ønske om å bli hørt.....	10
2.3 Teoretisk perspektiv	12
2.4 Hensikt.....	13
2.5 Problemstilling.....	13
2.6 Studiens avgrensninger.....	13
3. Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie som metode.....	14
3.1.1 Kritikk av litteraturstudie som metode.....	14
3.2 Kvantitative og kvalitative studier.....	15
3.3 Søkestrategi.....	16
3.3.1 Strukturerte søk.....	17
3.3.2 Matrise for funn av artikler.....	18
3.3.3 Ustrukturerte søk.....	19
3.4 Forskningsetiske overveielser.....	19
3.5 Analyse.....	19
4. Resultat	20
4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler.....	20
4.2 Kommunikasjonens betydning for barn	23
4.3 Smerter hos barn med kreft.....	25
5. Drøfting	26
5.1 Betydningen av kommunikasjon hos barn	26
5.1.1 Kommunikasjon som et redskap.....	27
5.1.2 Barns involvering og deltakelse.....	28
5.1.3 Barns posisjon og retten til å uttrykke seg.....	29
5.2 Smerter hos barn	30
5.3 Smertevurderingsverktøy	32
6. Metodiske overveielser	34
7. Konklusjon	37
8. Litteraturliste	39
Vedlegg 1: FLACC og Ansiktsskala	46

1. Innledning

1.1 Introduksjon til studien

I Norge rammes ca. 150 barn under 15 år av kreft hvert år. Leukemi og CNS-svulster utgjør 30% av krefttilfellene (Helsedirektoratet 2014). Dette tallet har vært tilnærmet konstant i mange år, helt siden Kreftregisteret ble opprettet i 1951 (Bringager m.fl. 2014). Prognosene på langtidsoverlevelse av barnekreft ligger på 75%, og er avhengig av krefttype og utbredelse på diagnosetidspunkt (Helsedirektoratet 2014). I 1982 ble det i Norden dannet en sammenslutning av barneleger som behandler barn med kreft og blodsykdommer; Nordisk Forening for Pедиatrisk Hematologi og Onkologi (NOPHO). Foreningens viktigste oppgave er å registrere antall nye krefttilfeller i Norden. Barn får ofte andre krefttyper enn voksne. Umodne celler med opphav i fosterlivet har stort vekst- og delingspotensial, som gjør at kreft hos barn ofte vokser og utvikler seg raskere enn hos voksne (Bringager m.fl. 2014). Årsaken til kreft hos barn er lite kjent, men det hevdes terapeutisk stråling og enkelte cytostatika øker faren for sekundær kreft (Helsedirektoratet 2014). Barn med kreft har ofte smerter som er fremtredende på diagnosetidspunktet, samt i perioder etter dette. Behandling fører ofte med seg smertefulle prosedyrer og bivirkninger. Det blir derfor viktig for behandler å gi optimal smertelindring, for at barnet skal bevare tillit og ha det best mulig ut i fra gitt situasjon (Helsedirektoratet 2014). Smerter er en individuell opplevelse som er sammensatt i forhold til sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner (Bjørge 2010).

Sykepleiere er avhengige av å kommunisere med pasienten for og innhente data om smerte, enten verbalt eller forståelser av non-verbale signaler (Bringager m.fl. 2014). Dersom barnet ikke er i stand til å uttrykke egen smerte, kan man i følge Grønseth og Markestad (2011) gjennom fysiologiske parametre, kartlegge barns smerter. Twycross, Smith og Stinson (2011) beskriver annen uttrykksfull atferd for identifisering av smerte. Det kan være gråt og ansiktsuttrykk, store bevegelser eller forandring i sosial oppførsel eller appetitt. Det er blitt vist til et misforhold mellom smerter hos barn og den smertelindringen barn får, grunnet manglende kommunikasjon og/eller kunnskaper om barn og smerte.

Valg av tema er tatt på bakgrunn av interessen for sykepleie til barn, samt lite kunnskap og erfaring innen dette området. Funn i forskning tilsier mangler på studier innen akkurat dette emnet, noe som fattet interessen for å undersøke mer.

1.2 Sykepleiefaglig perspektiv og kliniske relevans

I følge Grønseth og Markestad (2011) må sykepleieren ha omfattende kunnskaper rundt temaet smerter hos barn. Dette kan omhandle egne holdninger, hvordan redusere faktorer som forsterker smerteopplevelser, barns kognitive utvikling og hvordan den påvirker forståelsen og uttrykk for smerte, systematiske observasjoner, ikke-medikamentelle behandlingsmetoder, samt medikamentell behandling (ibid.). Grønseth og Markestad (2011) beskriver også at god kommunikasjon fra sykepleieperspektivet, er nøkkelen til å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn. Dette er en forutsetning for å forberede, informere, samt hjelpe barn og foreldre til å bearbeide opplevelser som følge av sykdom og sykehusinnleggelse (ibid.).

1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Høgskolen i Gjøvik har fastsatt tre forskningsområder: kvalitet i sykepleie, utdanningskvalitet og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik [HiG] 2014). Ut i fra emnevalget har det blitt valgt å relatere til forskningsområdet ”Kvalitet i Sykepleie”. Kvalitet i sykepleie omhandler pasienters behov og sikkerhet, samt personalets funksjon og sikkerhet.

Behandling av kreft er en svært viktig sykepleiefunksjon, uansett alder og form. Smerter og behandling av smerter, er en svært sentral del av sykdommen. Pasienters behov og sikkerhet omhandler blant annet fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov og samhandling med pasient og pårørende.

På bakgrunn av studiens tema og problemstilling, relateres denne studien til ’pasienters behov og sikkerhet’.

2. Bakgrunn

2.1 Smerter

”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Helsedirektoratet 2015). Smerte er alltid subjektivt (International Association for the Study of Pain (IASP), 2014), og inneholder flere komponenter; en sensorisk, følelsesmessig og en kognitiv komponent. Smerter fungerer som en ’advarsel’ og er avgjørende for både mennesker og dyrs overlevelse (Baastrup 2013). Borchgreving (2013) og Bjålie (1998) viser til ulike typer smerte; nociseptive smerter, nevrologiske smerter og idiopatiske smerter. Nociseptive smerter kan igjen deles inn i somatiske og viscerale smerter. Somatiske smerter deles så inn i overfladisk smerte som kan komme av stikk eller kutt i huden, samt dyp smerte, som er knyttet til skjelettmuskulatur, ledd, knokler og bindevev (Borchgreving 2013, Bjålie 1998). Viscerale smerter, går på indre organer og oppleves

verkende, men også vanskeligere å lokalisere. Nevropatiske smerter kan oppstå på grunn av sykdom og/eller skade i nervevev, disse kan være spontane, samt langvarige. Idiopatisk smerte kan verken forklares som en somatisk eller psykologisk smerte, og krever behandling i form av tanke – og atferdsendringer (Borchgreving 2013).

Smerter relatert til kreft kan i følge Overcash (2013) være både akutte og kroniske smerter, likevel mener Borchgreving (2013) at disse smertene kommer i en kategori for seg selv, med tanke på smertelindring. Kreftrelaterte smerter oppstår når en tumor presses mot et organ, bein eller nerver i kroppen. Smertene kan også oppstå i sammenheng med operasjon, ulike prosedyrer, kjemoterapi og strålebehandling, samt smerter relatert til generell svekkelse som følge av alvorlig sykdom (American Cancer Society 2012; Helsedirektoratet 2015). Litteratur viser til kreftpasienter som ikke får optimal smertelindring. Årsaker til dette kan blant annet være mangelfull oppfølging etter påbegynt smertebehandling eller kartlegging og klassifikasjon av symptomer og smerte (Helsedirektoratet 2015). Siden hver smerteopplevelse er individuell, må man ta hensyn til alle aspekter rundt den smerten pasienten opplever. Det blir derfor viktig å identifisere smerteintensitet, smertelokalisasjon, forekomst av gjennombruddssmerte, nevropatisk smerte og psykisk stress/depresjon (Helsedirektoratet 2015).

2.1.1 Smerter hos barn

Det finnes flere myter som omhandler smerter hos små barn, for eksempel at barn har høyere smerteterskel enn eldre barn og voksne, og barnets biologiske umodenhet reduserer smerteopplevelsen. Litteratur viser at selv premature og fullbårne barn er i stand til å kjenne smerte, da de har mottakerapparat for nociseptive impulser og tilstrekkelig utviklet storhjerne (Grønseth og Markestad 2011). Det kan være mange årsaker til smerter hos barn. Smerter kan komme som et resultat av fysiologiske forandringer av sykdomsprosessen, eller små traumer fra hverdagsaktiviteter som blant annet lek (Twycross, Smith og Stinson, 2011). Barn kan også være urolige ved ulike prøvetakinger, være plaget av kvalme, tretthet, redsel, utmattelse eller bære på erfaringer fra tidligere. Årsaker som dette kan være med på å forsterke smerteopplevelsen, samt barnets tanker, følelser og erfaringer er faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen i seg selv (Grønseth og Markestad 2011; Wennick 2012).

2.1.2 Ulike verktøy som kartlegger smerte hos barn

For behandling av smerter hos barn, er det viktig å kunne analysere smerten etter varighet, karakter og type. I følge Wennick (2012) har ikke små barn evnen til å uttrykke tanker og følelser på samme måte som eldre barn og unge. Ord og språk har ikke samme mening hos barn som hos voksne, i den forbindelse kan det være nødvendig å benytte seg av ulike hjelpemidler, så barnet kan få hjelp til å uttrykke seg og sine følelser på andre måter (Eide og Eide 2007). For og effektivt kunne behandle smertene, er det en avgjørende faktor å kunne ha en løpende vurdering av alvorlighetsgrad og tilstedeværelse av smerte, samt barnets respons på behandlingen (Twycross, Smith og Stinson 2011). Siden smerte er en subjektiv opplevelse, blir det også viktig å høre på hvordan barnet beskriver sine egne smerter (Grønseth og Markestad 2011). Både Wennick (2012) og Twycross, Smith og Stinson (2011) viser til ulike verktøy som er utviklet for å vurdere smerte hos barn. Vanligvis brukes ulike atferdsskalaer som en indikator på smerte (ibid). Det kan også brukes ulike selv rapporterings verktøy når barnet evner å uttrykke seg verbalt (Grønseth og Markestad 2011). I følge Wennick (2012) er de ulike instrumentene klassifisert etter aldersgrupper og utformet ved eventuelle spesifikke behov. Grønseth og Markestad (2013) og Wennick (2012) har beskrevet ulike verktøy som brukes hyppig for å best mulig kartlegge og vurdere barnets smerteopplevelse:

* FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) hvor barnets ansikt, bein, aktivitet, gråt og trøstbarhet observeres i noen minutter.

* Ansiktsskala med forskjellige ansiktsuttrykk, hvor barnet skal forsøke å peke på et av ansiktene som stemmer best overens med hvordan barnet opplever smerten (Wennick 2012). Disse skalaene er med på å gjøre at helsepersonellet får en bedre forståelse om hvordan barnet opplever smertens intensitet akkurat der og da (Wennick 2012). Barnets tegn på smerte kan uttrykkes ved:

** Individuell oppførsel (gråt og ansiktsuttrykk)*

** Store bevegelser (Ved berøring av et berørt område, tilbaketrekning av lem eller spenning av ekstremiteter og overkropp)*

** Forandringer i søvnmønster og/eller andre kognitive funksjoner*

** Forandringer sosial eller forandret appetitt.*

(Twycross, Smith og Stinson 2011 s. 241-242)

2.2 Kommunikasjon - og kommunikasjonsmetoder

I følge Eide og Eide (2007) samt Matthews (2011) kommuniserer spedbarn instinktivt med omgivelsene fra den dagen de blir født. Selv om kommunikasjon er noe mennesker behersker godt, kan den alltid trenes opp mer og utvikles videre (Eide og Eide 2007).

”Begrepet ”relasjon” kommer fra det latinske relatio, som egentlig betegner det at én gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtale brukes gjerne begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker” (Eide og Eide 2007 s. 17). I følge Eide og Eide (2007) føler barn kontroll i trygge omgivelser, som kan være med kjente personer og hvor de vet hva som skal skje. Ved å lytte til deres tanker og følelser, vil omsorgen optimaliseres ved å tillate delt kommunikasjon, redusere ubehag og en økende kontroll i et trangt og noen ganger nytt miljø (Carney m.fl 2003). En god relasjon innebærer at barnet viser tillit, noe som gjør at sykepleier må være var, oppmerksom og fange opp ulike verbale og non-verbale uttrykk (Tveiten 2012). Eide og Eide (2007) beskriver at det å få et barns tillit ikke trenger og være lett og det kreves ofte bruk av ulike metoder. Barns oppmerksomhet er ofte springende, noe som gjør at de kan være lyttende og snakkende i det ene øyeblikket, men motsatt i det andre (Eide og Eide 2007). Konsentrasjonen hos barn er svært begrenset i forhold til å sitte rolig under en samtale. Det er viktig å være oppmerksom på når fokuset til barnet blir flyttet over på andre ting enn det som stod i fokus i samtalen (Tveiten 2012).

Mange barn holder ofte tanker og følelser for seg selv. For å få barn til og åpne seg, kan det være en hjelp å rette oppmerksomheten mot noe annet. Det kan være noe barnet har interesse for, som for eksempel leker, bilder, tegninger, fortellinger etc. (Eide og Eide 2007). Samtidig kan alder og utviklingsnivå være faktorer som påvirker barnets evne til å fortelle om sine tanker og følelser (Tveiten 2012).

2.2.1 Barn og alder

I følge Ridley, Helsby og Crew (2011) kan barn i førskolealder uttrykke sine følelser gjennom tegning og maling. Barn i denne aldersgruppen er ofte omgjengelig og vennlige. Grunnskolebarn mener Ridley, Helsby og Crew (2011) skal bli invitert til å engasjere seg om hva som skal skje. De er vanligvis godt i stand til å gi uttrykk for sine behov. Barn i grunnskolealder kan svare på spørsmål og har rett til å bli inkludert i samtaler om egen sykdom og behandling. Eide og Eide (2007) beskriver at barn i 4-8 års alderen begynner å utvikle en logisk forståelse. Barnet tenker mer logisk, men er fremdeles selvsentrert og ser det meste ut ifra seg selv. De

tenker i konkrete kategorier, og trenger dermed konkrete objekter for å forstå verden. Deres forhold til sannhet og tid begynner å bli mer likt voksnes (Eide og Eide 2007).

2.2.2 Autonomi - barns ønske om å bli hørt

”Begrepet autonomi kommer fra de greske ordene auto = selv og nomos = styring, lov, regulernig. Autonomi kan da forstås som selvbestemmelse, selvråderett og evne til å foreta uavhengige valg” (Tveiten 2012 s. 205-206). Autonomi, eller empowerment, er en holdning som bygger på de etiske verdiene respekt, autonomi, likeverd og pasientens beste. Med utgangspunkt i denne holdningen blir pasienten blant annet involvert i beslutninger og får beholde mest mulig makt og kontroll (Eide og Eide 2007). Barns autonomi er begrenset, samtidig som det står sentralt i sykepleierens samarbeid med foreldrene og barnet, og er et viktig aspekt i empowermentprosessen (Tveiten 2012).

Det har ikke alltid vært et like stort samarbeid mellom helsepersonell og foreldre. I siste halvdel av 1800 – tallet da moderne sykehus oppstod, ble foreldre ekskludert fra å være tilstede for inneliggende barn. På 1900 – tallet fikk foreldre større adgang til å besøke sine barn på sykehus, og på slutten av 1960 – tallet anledning til å delta i pleien av barnet (Sundal 2014). Til midt på 1900 – tallet så det ut til at det ble et gradvis større rom for foreldrene på sykehus (Sundal 2014). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) viser den dag i dag til at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg. Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet. Twycross, Smith og Stinson (2011) beskriver at kommunikasjon med barnet og dens foreldre er en svært essensiell del av smertebehandlingen. Ved ineffektiv kommunikasjon vil det resultere i at barnets smerte ikke blir effektivt behandlet og det påvirker kvaliteten på barnets smertelindring (ibid).

Om det er utfordringer eller andre faktorer som påvirker kommunikasjonen, blir barn i følge Coyne (2008) sjelden involvert i konsultasjoner eller valg i egen helse. Dette gjelder også når barn uttrykker et ønske om involvering, blir dette ofte ikke støttet. Bevis fra forskning illustrerer tydelig at barn ikke alltid er aktivt involvert i konsultasjoner eller beslutninger (Coyne 2008). Selv har barn identifisert flere faktorer som kan begrense dem fra aktivt og kunne delta i konsultasjoner. Disse inkluderer: ikke kjenne helsepersonellet, ikke ville høre dårlige nyheter, frykt for å lage trøbbel ved og stille spørsmål, lite tid med helsepersonellet, bli ignorert, ikke bli trodd, vanskelig å kontakte helsepersonell, helsepersonell lytter ikke,

vanskelig å forstå medisinsk terminologi og foreldrenes handlinger (Coyne 2008). Barn foreslo at helsepersonell skulle snakke til dem med barnevennlig språk og kortere setninger (Coyne og Kirwan 2012).

Barns alder og modenhet blir ofte sett på som store begrensninger med tanke på deres aktive deltakelse. Dette fordi de kan mangle kognitive evner til å forstå medisinsk terminologi og kompleks informasjon vedrørende behandling (Coyne 2008). De fleste barn ønsker å bli konsultert og involvert i generelle valg om egen pleie, og bli respektert over å ha egne meninger om dette (Coyne 2006). Barn har en rett til at deres meninger og ønsker skal bli hørt og respektert, og en rett til involvering i beslutninger om deres pleie på sykehus (ibid.).

I FNs konvensjon om barnets rettigheter står det følgende: ”Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet” (FNs konvensjon om barns rettigheter 1989 art. 12). Igjen kan det dras paralleller til Pasient- og brukerrettighetsloven hvor det blant annet står: ”Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det” (Pasient- og brukerrettighetsloven §3.1 1999)

I følge Coyne (2006) er det faktum at når barns mening ble søkt, gjorde dette at noen følte seg behandlet som en voksen og dermed ble gitt respekt som nødvendigvis ikke tradisjonelt vil bli gitt til barn.

Barns preferanser for kommunikasjon

- Ha tilstrekkelig tid til å stille spørsmål
- Muligheten til å stille spørsmål
- Få informasjon gitt i enkle ord
- Bli stilt spørsmål
- Uttrykke et syn
- Bli lyttet til
- Bli hørt
- Bli tillat å ta del i diskusjoner

- Medvirkning i valg
- Deling i beslutningsprosessen
- Ikke ha fullt ansvar for medisinske avgjørelser.

(Coyne, Neill og Timmins 2010).

2.3 Teoretisk perspektiv

”Et vejledende princip i valg og brug af kommunikationsteknikker er følgende:

Sygeplejersken bør bruge den kommunikationsteknik, der gør det muligt for hende at udforske og forstå meningen med den syges kommunikation” (Travelbee 2010 s. 140).

Travelbee fokuserer i følge Kristoffersen (2011) på det mellomenneskelige aspektet i sykepleien, på pasientens opplevelse av å være syk. Travelbee beskriver blant annet kommunikasjon som et svært viktig redskap ved sykepleie, for å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Kommunikasjon blir brukt til å uttrykke tanker og følelser oss mennesker imellom, og gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person (Kristoffersen 2011).

Kommunikasjon er i følge Travelbee (2010) en kontinuerlig prosess der tanker og følelser deles og overføres. Kommunikasjon kan utføres både verbalt og non - verbalt. For at et individ skal dele noe betydningsfullt må individet føle at det de skal dele blir akseptert av mottakeren. Individet kan velge å ikke dele sine tanker og følelser da de er usikre på om det de deler vil bli ignorert, avvist eller latterliggjort. Kommunikasjonen som deles kan avgjøre graden av mellomenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner (ibid.).

Den profesjonelle kliniske sygeplejerske observerer ikke „tegn på sykdom”, sygeplejersken observerer et menneske, som måske (eller måske ikke) oplever symptomer på en bestemt sykdom, og underbygger (sammen med den syge, hvis det overhovedet er muligt) den subjektive oplevelse, han gennemgår

(Travelbee 2010 s. 131).

I arbeidet som sykepleier har det kliniske blikket stor betydning. Det kliniske blikket består av blant annet det som ses, høres, luktes og berøres, samt alt som kan oppfattes ved hjelp av sans bruk (Travelbee 2010). Ut i fra ulike ansiktsuttrykk og andre bevegelser, kan sykepleier få en formening om individet lider av smerte, redsel eller andre symptomer. Likevel har ikke

sykepleier mulighet til å vite om disse tolkningene er rett, med mindre pasienten selv gir uttrykk for dette (ibid.). Mindreårige barn, som ikke klarer å uttrykke seg verbalt, kommuniserer med menneskene rundt seg via smil, gråt, ansiktsuttrykk og andre bevegelser (Tveiten 2012). Som sykepleier til disse barna, er det spesielt viktig å være oppmerksom på den non – verbale kommunikasjonen og det kliniske blikket. Menneske – til menneske forholdet som Travelbee (2010) beskriver kan være spesielt viktig hos en sykepleier i forhold til å skape tillit hos barnet.

2.4 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å få innsikt og nye kunnskaper om hvordan bruken av kommunikasjon kan være med på å styrke barns involvering i egen smertebehandling. I sykepleiestudiet er det mye fokus på eldre og voksne personer som pasientgruppe. Det er derfor interessant og kunne rette fokuset mer over på barn, og deres opplevelse av å være alvorlig syk. Kunnskap om viktigheten av å kommunisere med pasienten og smertelindring er overførbart til alle pasientgrupper og tilstander/sykdommer, noe som er viktig å kunne ta med seg videre i yrkeslivet.

2.5 Problemstilling

Hvordan bruke kommunikasjon for å involvere kreftsyke barn i egen smertebehandling?

2.6 Studiens avgrensninger

I denne studien er det gjort flere avgrensninger. I henhold til studiens omfang og fokusområde, ble det nødvendig å gjøre visse begrensninger. Studien fokuserer på barnet, og dens behov og synsvinkler. Barn i alderen 5-10 år, som er aldersbegrensningen i studien, er en sårbar gruppe hvor foreldrene er en essensiell del av barnets liv. Barn under 5 år kan ha en redusert evne til å uttrykke seg verbalt, det ble derfor valgt å fokusere på barn som har utviklet et større ordforråd. Øvre alder ble satt til 10 år, da det var viktig og ikke inkludere større barn som har flere rettigheter rundt sin egen behandling. På bakgrunn av valgt tema i studien, ville foreldrene vært en naturlig komponent å ha med. Samtidig som studien nevner viktigheten av å ha foreldrene med som en del av behandlingen, ble det valgt og ikke fokusere for mye på dette. Det samme gjelder avgrensninger på medikamentell behandling, ulike kommunikasjonsverktøy og bruk av blant annet lek som en avledning i smertebehandlingen. Omfanget ved å inkludere dette kunne gjort studien for stor, samt fokuset ville ikke blitt like

avgrenset. Det kan på en annen side antas at dette er viktige elementer for barn innlagt på sykehus.

3. Metode

I følge Polit og Beck (2014) er definisjonen på metode hvordan man går frem for innsamling av data i et studie. Metoden vil fortelle noe om hvordan en går til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2007).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en tolkning av litteratur som er relatert til et bestemt emne (Aveyard 2014). Polit og Beck (2014) beskriver en litteraturstudie som en systematisk undersøkelse ved å formulere et spørsmål, finne en god søkestrategi, søke og innhente relevante data som man kritisk vurderer, samt analyserer, utarbeider og oppsummerer. Denne fremgangsmåten er med på å finne svar på den aktuelle problemstillingen (Aveyard 2014). Hovedmålet med en litteraturstudie er å belyse forskning som allerede er forsket på. Det blir derfor viktig å velge data som er relevant for studien og kritisk vurdere hva som kan brukes og ikke (Polit og Beck 2014). Ved å sammenligne ulike funn på et bestemt emne, kan man få en bredere forståelse og ny innsikt av valgt emne, som igjen kan føre til ny og utbedret forskning (Aveyard 2014). Når man skal skrive en litteraturstudie anbefaler Polit og Beck (2014) å bruke primærkilder fremfor sekundærkilder. Primærkilder er studier som er utarbeidet av forskerne som har gjennomført forskningen. Sekundærkilder er beskrivelser av forskningsdokumentene utarbeidet av noen andre. Litteraturstudier er dermed sekundærkilder. Videre anbefaler Polit og Beck (2014) og ikke anse en sekundærkilde som en primærkilde, da disse ikke er like detaljerte. Helsepersonell må holde seg oppdatert på forskning som angår deres yrkesområder. Ved å lese litteraturstudier kan de få hjelp til å finne samlet og relevant forskning til dette formålet (Aveyard 2014).

3.1.1 Kritikk av litteraturstudie som metode

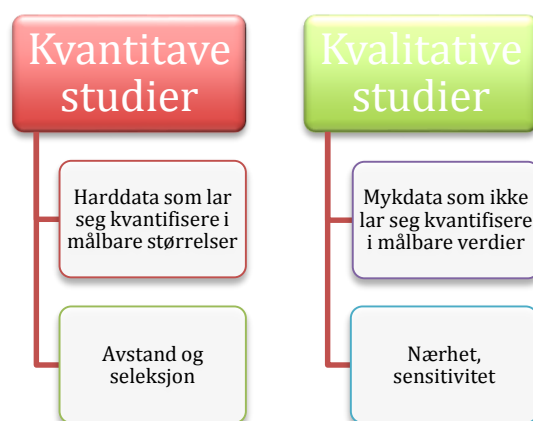
Det må tas i betraktning forskerens bakgrunnsforhold, som kan påvirke hva forskeren ønsker å skrive om. Når man skriver en litteraturstudie skal forskeren selv vurdere hvilke artikler som blir inkludert, dette kan gjøres på bakgrunn av tidligere erfaringer og kunnskap. Med dette utgangspunktet vil forskeren påvirke litteraturstudiens vinkling, der hans/hennes perspektiv blir belyst. Dette kan svekke studien ved at forskeren tar for seg en mindre del av

forskningen som er gjort på et bestemt tema (Aveyard 2014; Polit og Beck 2014). For å kunne unngå slike feil, er det viktig å være bevisst på dette. I denne studien er ovennevnte svakhet tatt i betraktning og reflektert. Det er forsøkt å finne annen litteratur og artikler, for å belyse en annen side av forskningen.

3.2 Kvantitative og kvalitative studier

Kvalitative studier, samt kvantitative studier kan begge være både tverrsnittstudie og longitudinelle studier. I et tverrsnittstudie samles data på ett tidspunkt, mens en longitudinell studie kan vare over en lengre periode (Polit og Beck 2014).

En kvantitativ studie er en datainnsamling som primært samler inn data i numeriske skjema, som for eksempel ved hjelp av spørreundersøkelser. Disse har som mål å tallfeste og kvantifisere fenomener (Polit og Beck 2014). Ved gjennomføringen av en kvantitativ studie, er det gjerne mange deltakere og forskerne har ingen direkte kontakt med informantene (Aveyard 2014). I motsetning til kvalitative studier, blir i følge Polit og Beck (2014) data til kvantitative studier samlet i forskjellige sammenhenger, som for eksempel på sykehuset eller hjemme hos den enkelte. Forskerne gjør sammenligninger av de ulike datainnsamlingene, og tolker resultatene ut ifra funnene (ibid). I følge Aveyard (2014) går den kvalitative studien i dybden på hver enkelt informant, og er opptatt av å utforske fenomener i deres naturlige omgivelser. Forskere som gjennomfører en kvalitativ studie er mer opptatt av informantenes egne opplevelser og erfaringer (ibid). Det er viktig å undersøke reliabilitet og validitet i både kvantitative og kvalitative studier. Det er en antagelse som viser til at tallfestede målinger kan være en mer pålitelig kilde enn en persons tanker og erfaringer, når et fenomen skal undersøkes. Samtidig må disse ulike forskningsdesignene brukes hensiktsmessig i forhold til hva det skal forskes på (Polit og Beck 2014).



(Polit og Beck 2014)

3.3 Søkestrategi

For å søke etter artikler må det foreligge et forskningsspørsmål/problemstilling som søket kan gå ut fra. Det er også viktig å utarbeide nøkkelbegreper eller søkeord som er relevante for problemstillingen. Dette kan hjelpe søkeprosessen (Aveyard 2014). For å søke opp gode og relevante artikler, har det blitt benyttet ulike inklusjons-og eksklusjonskriterier. Disse kriteriene er et verktøy som kan hjelpe forskeren til å identifisere artikler som skal inkluderes i studien. Samtidig er de med på å holde fokuset stabilt gjennom hele søkeprosessen (Aveyard 2014). Ett av de valgte inklusjonskriteriene er at artiklene skal være fagfelleverdert. Alle artikler som blir publisert i vitenskapelige tidsskrifter, har en strengere kvalitetssikring, samt at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor de bestemte fagområdene (Dalland 2007). Det finnes to typer fagfellevurdering, som kategoriseres til nivå 1 eller nivå 2. Dette betyr at de er godkjente, hvor nivå 2 er kanaler med høyere internasjonal prestisje (Current Research Information System In Norway 2014). Det er blitt gjort søk på ISSN eller ISBN nummer for å forsikre at artiklene er fagfelleverdert. IMRAD-strukturen går i følge Polit og Beck (2011) ut på å organisere oppsettet i forskningsartiklene inn i fem hovedgrupper: Introduksjon, Metode, Resultat, Analyse og Diskusjon. De fleste tidsskrift som publiserer forskningsartikler, vil pålegge forskerne å følge IMRAD-strukturen (Lerdal 2012). Dette var også et av inklusjonskriteriene som ble benyttet, og alle aktuelle artikler skulle ha en IMRAD-struktur.

En tabellarisk oversikt over inklusjons-og eksklusjonskriteriene

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Følger ikke IMRAD-strukturen
Språk: nordiske eller engelsk	Språk: ikke - nordiske eller engelsk
Fagfelleverdert nivå 1 eller 2	Publisert i et tidsskrift som ikke er fagfelleverdert
Relevante med henhold til problemstilling	Feil fokus i forhold til problemstilling
Publiserings år: 2005-2015	Publisert tidligere enn år 2005

Barnets relevante alder i henhold til studien: 5-10 år.	Studier som fokuserer på barn 0-4 år og barn/ungdom i alderen 11-18 år.
---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

3.3.1 Strukturerte søk

For søk av vitenskapelige artikler skal det benyttes databasene Cinahl, Ovid Nursing Database, SveMed+ og Sage Journals. Cinahl er en hyppig brukt database, som dekker et bredt spekter av sykepleierelaterte forskningsartikler. Denne databasen gav studien relevant forskning og på bakgrunn av dette ble artiklene som er inkludert i studien hentet fra denne databasen. Aktuelle søkeord som ble benyttet; ”communication”, ”child”, ”hospitalized”, ”pain”, ”faces”, ”pain management”, ”symptoms”, ”young children” og ”paediatric”. Søkeordene kombineres med AND, for å avgrense søkene. I henhold til inklusjonskriteriene ble det i databasen huket av for ’publiseringsår 2005-2015’. Tidlig i søkeprosessen ble det oppdaget lite forskning på området, i den forbindelse måtte det endres strategi og type søkeord for å finne artikler som støttet opp under problemstillingen. Videre ble søket utvidet med ord som; ”children with cancer”, ”communication in health care”, ”pediatric pain management”, ”oncology” og ”pain assessment”. Ved å endre på søkeordene, førte dette til et større omfang av treff som i tillegg var relevante. Grunnet endret søkestrategi har publiseringsårene et spenn på 10 år. Årstallene kunne likevel blitt utvidet noe mer for å ha muligheten til og finne flere artikler. På den andre siden ble det valgt å unnvære dette. Artiklene som ble valgt ut omhandlet enten kommunikasjon og/eller smerte. Et krav var at artiklene som skulle bli benyttet var på et av de nordiske språkene eller engelsk. Det ble likevel ikke huket av for type språk. Under søket ble det ikke spesifisert alder på barnet, da dette muligens ville ført til færre tilgjengelige artikler. Denne studien tar for seg barn fra 5-10 år, og det ble dermed valgt å være kritisk i henhold til barnets alder i artiklene som ble gransket.

Eksklusjonskriteriene som ble benyttet utelukker artikler som ikke følger IMRAD-strukturen, samt ikke nordiske eller engelsk språk. Ikke fagfelleverderte tidsskrift har heller ikke blitt benyttet i studien. Artikler publisert før år 2005 har blitt ekskludert da disse anses som for gammel forskning. Etter hvert i søkeprosessen har det blitt inkludert ”referanser tilgjengelig” som en av kriteriene i valg av artikler, da det ble oppdaget lite forskning innen valgt emne. Dette for å se hva som har blitt brukt i tidligere forskning, og som muligens kunne være relevant for denne studien.

3.3.2 Matrise for funn av artikler

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
Cinahl	Communication (1) Children with cancer (2)	1 AND 2	19	Gibson, F. M. fl. (2010) Children and young people`s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods I: <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 47(11) s. 1397-1407
Cinahl	Communication (1) Child (2) Hospitalized (3)	1 AND 2 AND 3	15	Lambert, V., M. Glacken og M. McCarron (2008) `Visible-ness`: the nature of communication for children admitted to a specialist children`s hospital in the Republic of Ireland I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(23) s. 3092-3102
Cinahl	Pain (1) Children with cancer (2)	1 AND 2	50	Shepherd, E., R. L. Woodgate og J-A. Sawatzky (2010) Pain in Children With Central Nervous System Cancer: A Review og the Literature. I: <i>Oncology Nursing Forum</i> , 37(4) s. 318-330
Cinahl	Pain assessment (1) Faces (2) Children (3)	1 AND 2 AND 3	8	Quinn, B. L., L. K. Sheldon og M. E. Cooley (2014) Pediatric Pain Assessment by Drawn Faces Scales: A Review I: <i>Pain Management Nursing</i> , 15(4) s. 909-918
Cinahl	Communication (1) Young children (2) Pediatric (3)	1 AND 2 AND 3	10	Coyne, I. og P. Gallagher (2011) Participation in communication and decision – making: children and young people`s experiences in a hospital setting I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(15/16) s. 2334-2343

3.3.3 Ustrukturerte søk

I tillegg til strukturerte søk etter artikler i ulike databaser, ble det også benyttet ustrukturerte. Dette innebar å gå igjennom referanselistene i de ulike artiklene som var relevante for studien, samt bruk av Google Scholar. Søkord som ble benyttet i det ustrukturerte søket var: “children or child”, “experience”, “pain”, “nurse”. Ved søk i Google Scholar ble én artikkel inkludert i studien, Kortessluoma og Nikkonen (2006). Én artikkel ble inkludert etter funn i referanselister: Kortessluoma, Nikkonen og Serlo (2008).

3.4 Forskningsetiske overveielser

Etiske overveielser er viktig i all forskning, spesielt forskning som inkluderer barn. Barn har krav på beskyttelse og det er forskerens plikt å sørge for dette. Forskere skal ha kunnskaper om barn, slik at de kan legge tilrette både metode og innhold i forhold til den spesifikke aldersgruppen (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2009). I Helseforskningsloven §17 (2008) har barn fra 16 år rett til å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning. For å inkludere mindreårige i forskning skal det tas hensyn til at barnet selv vil være med, utelukke all risiko for barnet og det skal være en hensiktsmessig grunn for at barnet skal delta (Helseforskningsloven §18, 2008). Innhenting av ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte deltakere i forskningsprosjektet (Forsberg og Wengström 2013).

3.5 Analyse

Det ble anvendt ulike strategier for hvordan resultatene ble sammenfattet og bearbeidet. Det første steget i analyseprosessen var en kritisk vurdering av valgte vitenskapelige artikler. Her ble det gjort en grundig gjennomgang av artiklene, i forhold til bruk av metode. Utvalg av deltakere, innhenting og analyse av data og hensikt ble vurdert opp i mot hverandre. Dette for å se om metoden var hensiktsmessig for og få svar på problemstillingen. Resultatene relevans ble også vurdert ut ifra denne studiens hensikt og tema. Flere gjennomganger av artiklene ble gjort, og det ble plukket ut temaer, begreper og/eller setninger som gav forskningsbaserte funn på denne studiens hensikt og tema. Ved hjelp av dette ble funn fra de syv artiklene integrert i to ulike hovedtemaer: kommunikasjonens betydning for barn og smerte hos barn med kreft. Denne måten å analysere artikler på har mange likhetstrekk med en meta-analyse. Målet med en meta-analyse er å vise til en bredere helhet og en mer meningsfull samling av resultater fra ulike artikler (Aveyard 2014).

4. Resultat

Her presenteres resultatene i de vitenskapelige artiklene som er benyttet i studien.

4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat
Coyne, I. og P, Gallagher. (2011) Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(15-16) s. 2334-2343.	Finne ut av barn og unges erfaringer i henhold til å delta i kommunikasjonen og avgjørelser rundt deres egen sykdom.	Kvalitativ studie, med intervjuer og fokusgrupper fra tre sykehus i Irland.	Barn ønsker å motta informasjon, samt delta i ulike avgjørelser, ikke motta all informasjon fra foreldrene.
Kortesluoma, R.L og M. Nikkonen (2006) `The most disgusting ever`: childrens pain descriptions and views of the purpose of pain I: <i>Journal of Child Health Care</i> , 10(3) s. 213-227.	Å utforske barns opplevelser av smerte i sykehus.	Kvalitativ studie, intervjuer med 44 barn i alderen 8-11 år, der gjennomsnittsalderen på deltakerne var 8 år og 3 måneder.	Ved å bruke riktige forskningsmetoder, viser det seg at barn fint kan kommunisere og uttrykke sine egne opplevelser av smerte. Samt flere studier viser at sykepleiers kunnskaper rundt barn og smertebehandling er et internasjonalt problem.
Shepherd, E., R. L. Woodgate. Og J-A. Sawatzky (2010) Pain in Children With Central Nervous System Cancer: A Review of the Literature	Å utforske nåværende vitenskap med smerter hos kreftsyke barn, spesielt CNS-svulster	Litteraturstudie som sammenfatter funn fra ulike artikler som omhandler kreftrelaterte smerter hos barn	Kartlegging av smerte, smertebehandling og evaluering er en stor rolle for sykepleierne. Avansert kunnskap om fysiologi og patofysiologi mtp smerter. Ulike miljøfaktorer spiller også en stor rolle i

I: <i>Oncology Nursing Forum</i> , 37(4) s. 318-330.		Kvalitativ	behandlingen
Lambert, V., M. Glacken. Og M. McCarron (2008). 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17(23) s. 3092-3102.	Presenterer konseptet 'synlighet' som kom frem av en etnografisk studie som utforsket kommunikasjon for barn som er innlagt på barnesykehus i Irland	Kvalitativ studie, 49 barn på en barneavdeling. Benyttelse av observasjoner, intervjuer, tegning og skriving.	Det trengs en vurdering av kommunikasjonsstrategier for å understreke den ideelle posisjonen barnet vil ha.
Quinn, B. L, L. K. Sheldon. Og M. E. Cooley (2014). Pediatric Pain Assessment by Drawn Faces Scales: A Review I: <i>Pain Management Nursing</i> , 15(4) s. 909-918.	Øke bevisstheten av ulikheter når det kommer til vurdering av smerter hos barn, forslag til forandringer og statlige prioriteringer for fremtidig forskning.	Kvalitativ studie Litteraturstudie som sammenfatter funn fra 12 ulike artikler	Smerte er subjektivt og må bli rapportert best mulig, barn under syv år har vanskeligheter med å skille mellom type smerte
Gibson, F., S. Aldiss., M. Horstman., S. Kumpunen og A. Richardson (2010). Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods I: <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 47(11) s. 1397-1407.	Å utforske barn og unges synspunkter på kreftomsorg, og å presentere en konseptuell modell for kommunikasjon og informasjonsdeling	Kvalitativ studie, over 6 måneder med bruk av alderstilpassede teknikker som leker, for svar på ønsker og behov	Studien gir et perspektiv på behov og ønsker for barn og unge som er under kreftbehandling. Slående forskjeller på kryss av alder i kommunikasjon. Forskjellene er relevante for hvordan helsepersonell kommuniserer informasjon til barn og unge.

<p>Kortelsooma, R.L. og M. Nikkonen (2008) "You Just Have to Make the Pain Og Away" – Children`s Experiences of Pain Management I: <i>Journal of Pain Management Nursing</i>, 9(4) s. 143-149.</p>	<p>Studien beskriver hvordan barn bruker selvhjelpsteknikker og hvilke forventinger de har til smertelindring i sykehus.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervjuer ved hjelp av opptaksverktøy med barn som har opplevd smerter på sykehus</p>	<p>Studien viser til at barn burde bli sett på som eksperter på sin smerte, for å optimalisere smertelindringen og for å gi høy kvalitet i helsetilbudet.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2 Kommunikasjonens betydning for barn

Sykepleiere spiller en viktig rolle i den daglige kommunikasjon med barn på sykehus (Gibson m.fl. 2010). Barn satte pris på sykepleiere som viste empati, og følte at dette hjalp i forhold til smertene de opplevde (Korteluo, Nikkonen og Serlo 2008). Coyne og Gallagher (2011) støtter opp under denne påstanden og beskriver barn som satte pris på helsepersonell som var vennlige og oppmerksomme. Gibson m.fl. (2010) beskriver videre egenskaper som barn setter pris på hos sykepleiere: 'snille', 'hjelpsomme', 'morsomme' og 'pålitelige'. Yngre barn gledet seg til å tilbringe tid sammen med sykepleiere for å snakke og leke. Videre viser Coyne og Gallagher (2011) at dette ofte ledet til en bedre kommunikasjon der barn følte de kunne stille spørsmål og bli inkludert. Korteluo, Nikkonen og Serlo (2008) beskriver at ved manglende relasjon mellom barn og sykepleier, førte det til at barnet ikke viste nok tillit. Dette førte igjen til at sykepleier følte de ikke kjente barnet godt nok til å gi den individuelle hjelpen barnet trengte. I forskningen til Coyne og Gallagher (2011) rapporterte barn frykt for å stille spørsmål eller komme med andre utsagn under samhandling med helsepersonell, da de var redde for å være en plage. Det foreslås at barn må vurdere riktig tidspunkt å stille spørsmål for og få det svaret de søker (Coyne og Gallagher 2011). Barn følte seg tryggere ved å snakke med foreldre og søsken når de var bekymret, men mange ville ikke dele sine bekymringer, da de ville fremstå som modige og var redd for å 'bli dømt' av de rundt seg (Gibson m.fl. 2010).

Coyne og Gallagher (2011) forsker på barns erfaringer i forhold til deltakelse i kommunikasjon og beslutningstaking på sykehus. Alle barn uttrykte et behov for informasjon, da dette hjalp dem å vite hva de skulle forvente i de ulike deler av behandlingen (Coyne og Gallagher 2011; Gibson m.fl. 2010). Gibson m.fl. (2010) viser videre til eldre barn som ønsket en åpen kommunikasjon med helsepersonellet, og påpeker at det er kroppen deres det gjelder. Flere barn snakket om retten til å være involvert i sin egen behandling, da behandlingen angikk dem direkte og det var de som opplevde sykdommen (Coyne og Gallagher 2011). Barn opplevde å gi spesifikk informasjon til helsepersonell som omhandlet allergier og sine egne preferanser relatert til medisiner og blodprøvetaking, men denne informasjonen ble ignorert (ibid.). I forskningen til Gibson m.fl. (2010) oppgav deltakerne følelsen av at de hadde bedre kjennskap til sykepleiere enn leger. Dette gjorde det lettere å snakke med sykepleierne, da de var oftere tilstede.

Ved å bli inkludert i diskusjoner og avgjørelser følte barn seg forberedt på hva som skulle skje. Dette reduserte bekymringer og engstelse, samt at barnet følte seg verdsatt (Coyne og Gallagher 2011). Lambert, Glacken og McCarron (2008) og Gibson m.fl. (2010) støtter denne påstanden, og viser til at barn som blir inkludert og kommunisert med, føler seg verdsatt, respektert og sett på som en person og ikke bare en pasient. Alle barn er forskjellige, og noen ganger kan det bli for mye informasjon (Coyne og Gallagher 2011; Gibson m.fl. 2010). Gibson m.fl. (2010) fant at medisinsk informasjon kan bli overveldende for noen barn og Coyne og Gallagher (2011) fant videre at noen barn ville være involvert i de 'små' beslutningene, mens de 'seriøse' beslutningene ville de overlate til helsepersonellet og/eller foreldrene.

Lambert, Glacken og McCarron (2008) har i sin artikkel presentert konseptet om 'synlighet'. Begrepet 'synlighet' ser på i hvilken grad barn var, eller ville være, inkludert i kommunikasjonsprosessen. I følge Lambert, Glacken og McCarron (2008) holdt dette kjernebegrepet to ytterpunkter; å være i bakgrunnen eller forgrunnen av kommunikasjonsprosessen. Når barn stod i bakgrunnen av en kommunikasjonsprosess ble de overskygget av deres foreldre og helsepersonellet. Helsepersonellet snakket direkte til foreldrene, og utelatte barnet som var tilstedeværende i samme rom. Coyne og Gallagher (2011) beskriver videre barn som erfarer leger og foresatte som går et annet sted for å snakke eller ber barnet om å forlate rommet. I disse omgivelsene blir barns involvering begrenset, stemmene blir ikke hørt og de får ikke uttrykt sine egne individuelle behov (Lambert, Glacken og McCarron 2008). Barn som stod i forgrunnen holdt den ledende posisjonen i kommunikasjonsprosessen, der helsepersonellet kommuniserte direkte til barnet samtidig som helsepersonellet kommuniserte med foreldrene. I denne posisjonen ble barnets meninger og historier hørt av helsepersonellet, og de fikk gi uttrykk for sine egne behov. De følte seg verdsatt og respektert (Lambert, Glacken og McCarron 2008). Coyne og Gallagher (2011) viser til barn som mener de burde inneha en posisjon i forgrunnen, da foreldre kan gi misvisende informasjon på barnets vegne. Gibson m.fl. (2010) presenterer tolkninger av kommunikasjonsrollene til barn. Yngre barn avhenger av at det er foreldrene som snakker med helsepersonellet, hvorav eldre barn vil kommunisere direkte med helsepersonellet men foreldre tar ofte over ledelsen.

4.3 Smerter hos barn med kreft

Shepherd, Woodgate og Sawatzky (2010) gir i sin studie en omfattende beskrivelse av nåværende litteratur som omhandler smerter hos barn med CNS-kreft. De viser til at smerte er tilstede hos barn med kreft, og smertene kan fremtre på forskjellige stadier av sykdomsforløpet. Kortessluoma og Nikkonen (2006) støtter denne påstanden. Gibson m.fl. (2010) viser til at yngre barn, 4-5 åringer, snakker lite om opplevelsen av å være syk og om selve behandling. Kortessluoma og Nikkonen (2006) har i sin forskning samlet beskrivelser av barns egne opplevelser av smerte. Her beskriver barn smerte med enkle, generaliserte uttrykk som 'det verker og gjør vondt' og 'verste opplevelsen man kan tenke seg', samtidig gir barn mer spesifikke beskrivelser av smerte som tyder på at de har god innsikt i sin egen smerteopplevelse.

Sheperd, Woodgate og Swatzky (2010) viser i sin artikkel at et godt samarbeid mellom alle helsearbeidere er viktig for å oppnå en optimal smertebehandling hos barnet. Barn trekker frem kompetanse, empati og tid som faktorer de forventer helsepersonellet må ha for å kunne lette deres smerter (Kortessluoma, Nikkonen og Serlo 2008). Det er også viktig at helsearbeidere får til et godt samarbeid med foreldrene og barnet. Sykepleiere må vurdere barnets symptomer rutinemessig ved hjelp av barnevennlige og aldersspesifikke metoder. Et slikt hjelpemiddel er drawn faces smerteskala som Quinn, Sheldon og Cooley (2014) vurderer. Barn i alderen 4-7 år var i stand til å skille to eller tre respons nivåer på drawn faces smerteskala. Det var sannsynlig at barn under 5 år gav respons i mønstre, der de bare valgte høye eller lave smertenivåer eller valgte annenhvert ansikt når smerten skulle vurderes (Quinn, Sheldon og Cooley, 2014). Sheperd, Woodgate og Swatzky (2010) viser til at det også er viktig å observere barnets oppførsel for å få en omfattende smertevurdering, da barnet kan vise ulik atferd som et resultat av de smertene de opplever. De trekker frem blant annet FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) som et hjelpemiddel for dette, da den gir et mer helhetlig bilde av smertene barnet opplever. Dette smerteverktøyet inkluderer evaluering av ansiktsuttrykk, bein, barnets aktivitet, gråt og virkningen av trøst. Sheperd, Woodgate og Swatzky (2010) beskriver hvert barn som et unikt individ der mestringsmekanismer og smertetoleranse er forskjellig fra individ til individ, samtidig kan en tidligere smertefull opplevelse være med på å påvirke den nåværende smerteopplevelsen til barnet. Quinn, Sheldon og Cooley (2014) belyser at barn mellom 4-7 år ikke var i stand til å skille mellom hypotetiske smertefulle situasjoner i forhold til deres nivå av smerte, samtidig er det uenigheter om når barn greier å skille mellom ulike følelser (Kortessluoma og Nikkonen 2006,

Quinn, Sheldon og Cooley 2014, Gibson m.fl. 2010). Yngre barn har vanskeligheter med å uttrykke symptomer, da de ikke gjenkjenner disse. Kortessluoma og Nikkonen (2006) påpeker at beskrivelsen av smerte ble mer avansert hos eldre barn, hvor i tillegg også fysiske og psykiske aspekter av smerten ble involvert.

5. Drøfting

I denne delen av studien skal problemstillingen drøftes ut i fra resultater fra forskningsartiklene som er inkludert, samt annen relevant litteratur. Dette for å kunne se på likheter og ulikheter i de forskjellige kildene, for igjen å besvare problemstillingen på en best mulig måte.

5.1 Betydningen av kommunikasjon hos barn

Det første møtet mellom sykepleier og barn er svært betydningsfullt, da barnet er i en livssituasjon som føles skummel og uforutsigbar. For å skape tillit og utvikle en god relasjon til barnet spiller den daglige kommunikasjonen en viktig rolle (Bringager m.fl. 2014; Gibson m.fl. 2010). Kortessluoma, Nikkonen og Serlo (2008) hevder at barn ønsker sykepleiere som tar seg tid til å snakke og bli kjent med dem, og føler et større tillitsforhold til disse sykepleierne. Travelbee på sin side, mener det er viktig at begge parter utvikler en god relasjon fra starten, for videre å bli kjent med hverandre som mennesker (Slettebø 2009). Det kan være vanskelig for barn å åpne seg og dele sine bekymringer med mennesker de ikke kjenner, og Gibson m.fl. (2010) viser til barn som føler seg tryggere ved å snakke med foreldre og søsken. Eide og Eide (2007) beskriver det å skape tillit hos barn som en utfordring, og man må kunne gå frem ved hjelp av ulike metoder. For å få tillit til et barn, må sykepleieren i følge Grønseth og Markestad (2011) blant annet; like og respektere barn og ungdom, vise interesse, bli kjent med barnet som person og ikke bare som pasient, samt være ærlig, forklare og hjelpe barnet til å forstå hva som foregår. Som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på barnets ståsted akkurat der og da. Barn kan føle seg usikre, og ha vanskeligheter med å åpne seg for fremmede. Å lytte til barnets oppmerksomhetsfokus i øyeblikket, og hva barnet er opptatt av, kan være en god start i henhold til å komme nærmere inn på barnet (Eide og Eide 2007). Med grunnlag i dette er det viktig å skape gode tillitsforhold med barn, og på den måten få dem til å føle seg trygge nok til å dele sine behov og synspunkter. Samtidig hevder Bringager m.fl. (2014) og Tveiten (2012) at den gode relasjonen hjelper barn og lettere forstå sykepleieren. Travelbee (2010) beskriver enhver

kontakt med pasienten, som et steg mot menneske-til-menneske forholdet. Det handler om at sykepleier hele tiden skal kunne kjenne til pasientens behov, for å kunne vite hvordan hun/han skal iverksette tiltak (ibid.). På denne måten kan sykepleiere bruke de ulike tilnæringsmetodene for å styrke og videreutvikle menneske-til-menneske forholdet, som Travelbee (2010) anser som en viktig del av å bli kjent med pasienten som et unikt individ. For å utøve god sykepleie til barn, er det å skape og opprettholde en god relasjon mellom sykepleier og pasient, nødvendig for et videre samarbeid i all pleie og behandling. For å oppnå tillit er man avhengig av å kommunisere på en hensiktsmessig måte.

5.1.1 Kommunikasjon som et redskap

Noen vil hevde at kommunikasjon er en av sykepleierens viktigste redskap. På den ene siden har kommunikasjonen en stor betydning i forhold til hva som blir formidlet og ikke (Bringager m.fl. 2014). Grønseth og Markestad (2011) viser til kommunikasjon som en nøkkelbrikke og en forutsetning for god sykepleie til barn. Travelbee (2010) beskriver kommunikasjon som en prosess, der tanker og følelser deles og overføres. Videre er det viktig at sykepleiere planlegger, styrer og leder denne prosessen for å få tak i pasientens behov. På bakgrunn av dette er kommunikasjon et viktig verktøy for å innhente nødvendig informasjon, som videre gjør det mulig å iverksette nødvendige tiltak. Samtidig er det viktig for sykepleiere å lede kommunikasjonen på en hensiktsmessig måte, da det kan være risiko for å innhente misvisende informasjon som kan gå på bekostning av pasienten. Korteluo, Nikkonen og Serlo (2008) trekker fram empati, som et element barn setter stor pris på hos sykepleiere. Dette kan være med på å understreke viktigheten av å ha en forståelse for barnets livssituasjon. På den andre siden burde sykepleiere være i stand til å forstå betydningen av kommunikasjonen som blir utvekslet, for å bruke informasjonen videre i en sykepleieprosess (Travelbee 2010). For at sykepleiere skal forstå den kommunikasjonen som blir utvekslet kan det være mulig å anta at de må kunne kjenne til barnets verbale og non-verbale uttrykksmåter. Det vises til at dette kan være utfordrende, da hvert enkelt barn har sine egne måter å uttrykke seg på. Resultater i studien peker på et misforhold mellom barns uttrykte ønsker og sykepleierens tiltak, der barn uttrykte spesifikk informasjon og preferanser som ikke ble tatt i bruk (Coyne og Gallagher 2011). Det er også mulig å stille spørsmålstegn ved noen sykepleieres holdninger og etiske perspektiv i henhold til å ta hensyn til barns preferanser. Kommunikasjon kan benyttes som et avgjørende redskap for å innhente data vedrørende et

barns behov og ønsker. For å utføre nødvendige tiltak er det viktig og kjenne til barns mange uttrykksmåter og preferanser.

5.1.2 Barns involvering og deltakelse

Nyere forskning har satt fokus på barns egne erfaringer og synspunkter, og viser til at dette er viktig og relevant for å involvere og gi barn den stemmen de har rett på. Coyne og Gallagher (2011) fokuserer på barns egne erfaringer i henhold til deltakelse i kommunikasjonen og beslutninger. Samtidig utforsker Coyne (2006) barn, foreldre og sykepleiers syn på deltakelse i egen omsorg i helsevesenet. Gibson m.fl. (2010) undersøker barns erfaringer i krefthomsorgen, som gir utgangspunkt til modeller av kommunikasjon- og informasjonsdeling. Lambert, Glacken og McCarron (2008) presenterer synlighets-konseptet som undersøker barns ulike posisjoner i kommunikasjonen som utøves på sykehus. Kortessluoma, Nikkonen og Serlo (2008) sitt mål med studien var å beskrive intervensjoner små barn benytter seg av og sin forventning av andres hjelp når de må håndtere smerteopplevelsen under sykehusopphold. Litteraturen har ulike syn på graden av barns involvering i egen behandling. Samtidig beskriver Kortessluoma og Nikkonen (2006) barns erfaringer i henhold til smerte på sykehus. For det første hevder Tveiten (2012) og FNs barnekonvensjon (1989) at barn har rett til å uttale seg og gi uttrykk for sine egne synspunkter. Ved hjelp av effektiv kommunikasjon kan barnet selv være med på å utøve retten til autonomi (Coyne 2006). Travelbee sier på sin side ikke stort om barns rett til autonomi, men viser til at barn skal bli sett på som mennesker (Slettebø 2009; Travelbee 2010). Forskning tyder på at barns deltakelse i helsevesenet og tjenesteyting, kan føre til ulike fordeler; øke standarden på pleie, effektivitet og sette pasienten i sentrum. Dette kan igjen føre til at barn føler seg mer verdsatt og respektert (Coyne og Gallagher 2011; Gibson m.fl 2010). Det vises til barn som har rett til å bli involvert i avgjørelser som angår deres egen kropp og liv. Barn som fikk tilstrekkelig informasjon, følte seg behandlet som et respektert individ med rettigheter (Coyne 2006). For det andre er det sykepleiernes ansvar å ivareta og legge tilrette for barns autonomi (Lowe 1996; Tveiten 2012). Her er det mulighet for og kunne gi sykepleiere rollen som barns talsmenn, der de må vurdere barns nivå av forståelse, kompetanse i beslutningsprosesser og autonomi (Charles-Edwards 2001). Det gis uttrykk for at barn burde bli oppmuntret til å delta og bli mer aktive rundt sin egen sykdom og behandling, noe som er viktig som sykepleiere å ha kjennskap til (Coyne 2006; Coyne og Gallagher 2011; Matthews 2011). I følge Gibson m.fl. (2010) har helsepersonell den senere tiden begynt å sette pris på barns ønsker om detaljert og

kompleks informasjon om sin egen sykdom. På den ene siden påpeker Grønseth og Markestad (2011) viktigheten av å gi konkret informasjon om sykdom og behandling. Derimot har Coyne (2008) i sin studie tvilt på om det er hensiktsmessig å dele helsesrelatert informasjon og beslutninger med barn. Basert på disse funnene er det uenigheter i forhold til hvorvidt barn skal involveres og delta i sin egen behandling. Det trekkes frem positive og negative sider ved dette, der det er viktig å vurdere disse opp mot hverandre. Det er også viktig å ta barns alder, kognitive modenhet og evne til å delta med i betraktning når det skal tas valg som angår barnet, samt vurdere barnets ønske om involvering i kommunikasjonen.

5.1.3 Barns posisjon og retten til å uttrykke seg

Lambert, Glacken og McCarron (2008 og 2010) hevder på sin side at det trengs en vurdering av barnets ideelle posisjon i kommunikasjonsprosessen, samt hvilken posisjon barnet vil ha. Coyne og Gallagher (2011) og Gibson m.fl. (2010) viser til barn som opplevde og ikke være delaktig i kommunikasjonen som angikk deres egen behandling. Foreldre tok fort over kommunikasjonen med sykepleier eller lege, samtidig er det også tilfeller hvor helsepersonell henvender seg direkte til foreldrene. Med bakgrunn i dette kan det tyde på at barn blir ignorert, og det kan stilles kritiske spørsmål til hvorvidt dette er praktisering som fokuserer på barnets beste. Travelbee (2010) peker på en viktig årsak til mulig kommunikasjonssvikt; den syke oppfattes ikke som et unikt menneske. På denne måten kan det antas at barn blir satt til side og overskygget i kommunikasjonen, der barnet blir gitt egenskaper som tilsier at de ikke har riktig alder eller innehar en kognitiv utvikling som gjør dem i stand til å uttrykke pålitelig informasjon. Samtidig er det barn som ikke vil være direkte involvert i kommunikasjonen, da de følte en større trygghet ved at foreldrene kommuniserte deres ønsker og behov (Coyne og Gallagher 2011). Det kan være nyttig at barnet selv vurderer graden av involvering, da det i studiens resultater er bevist bevist, at barn har forskjellige meninger og synspunkter rundt dette temaet. Samtidig peker Bricher (2000) på et maktforhold som er til stede i samfunnet vi lever i, hvor makten ligger hos de voksne. Her vises det til barn som godtar mye og ikke stiller spørsmålstegn ved valg som blir gjort rundt deres egen behandling. Barn regner med og stoler på at ulike valg som blir tatt, er til deres eget beste. I Barnelova står det; "Barn som har fylt sju år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, skal få informasjon og muligheten til å si sin egen mening før det blir tatt avgjørelser om personlige forhold for barnet" (Barnelova §31, 1981). På bakgrunn av denne loven, har barn en rett og mulighet til å uttrykke sine egne meninger. Samtidig kan det stilles spørsmål ved om denne meningen blir

hørt og tatt i betraktning videre i behandlingen. Barns aktive rolle i kommunikasjonen kan påvirke deres mulighet til å uttrykke smerter og hvorvidt de trenger smertelindring.

5.2 Smerter hos barn

Barn på sykehus er i en sårbar situasjon der de er avhengige av hjelp fra andre. Det er bevist fra resultater i studien, at smerter er et av de mest fremtredende symptomene i kreftbehandlingen (Kortesluoma og Nikkonen 2006; Sheperd, Woodgate og Swatzky 2010; Twycross og Smith 2011). Det er viktig å skåne barn for denne smerten og sykepleiere må være i stand til å vurdere smertene barnet har, samt gi den smertelindringen som trengs (Sheperd, Woodgate og Swatzky 2010). I følge Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (2011) har sykepleiere ansvar for å lindre de lidende. Med utgangspunkt i dette ser man at smerte er et symptom som er til stede under store deler av kreftbehandlingen, samtidig som barnet trenger hjelp til å lindre den aktuelle smerten. Som sykepleier, er det viktig å være oppmerksom på de symptomene barnet viser, og fange opp de signalene barnet gir uttrykk for. Videre bør sykepleiere være i stand til å tolke disse på riktig måte for og gi en adekvat smertelindring. Twycross og Smith (2011) mener ubehandlet smerte kan gi barnet en rekke fysiske og psykiske konsekvenser. Dersom problemene knyttet til et barns smerte blir ignorert, kan barnets psykologiske utvikling bli forhindret (Kortesluoma og Nikkonen 2006).

Kortesluoma, Nikkonen og Serlo (2008) påpeker at barns oppfatninger i smertebehandling bør tas mer på alvor, og barns kompetanse til å beskrive smerten de opplever bør bli satt mer pris på. Samarbeid med barn, kan ha en positiv innvirkning i sykepleiepraksis likeså vel som forskning. Barns synspunkter bør få en større del i henhold til en helhetlig forståelse av spørsmål knyttet til smerte på sykehus (ibid.). Det kan i denne sammenheng være nyttig at sykepleiere, i den grad det er mulig, involverer barn i å ta del i egen smertebehandling. Dette kan igjen føre til en bedre relasjon mellom sykepleier og barn. På denne måten vil barnet bli inkludert og sykepleieren har mulighet til å iverksette relevante tiltak rundt barnets smerteopplevelse.

Det kan være flere faktorer som gjør det vanskelig å vurdere smerte hos barn. Quinn, Sheldon og Cooley (2014) peker på alder som en viktig faktor. Det er dokumentert at barn i alderen 5-10 år selv er i stand til å beskrive sine egne smerter. Samtidig viser funn i studien at yngre barn har vanskeligheter med å gjenkjenne og uttrykke symptomer, mens eldre barn klarer å gi gode beskrivelser, med både fysiske og psykiske dimensjoner, av de smertene de opplevde

(Korteluaoma og Nikkonen 2006). På bakgrunn av dette kan det stilles spørsmål ved den aktuelle aldersgruppen, 5-10 år, der det er usikkert i hvor stor grad de yngste klarer å uttrykke pålitelig informasjon angående sine individuelle smerteopplevelser. Korteluaoma og Nikkonen (2006) mener det er viktig å diskutere smerte med barn, da de kan ha vanskeligheter med å identifisere smerten. Dette kan være med på å sikre yngre barns forståelse av sine egne symptomer, samtidig som det kan bedre kvalitetssikring i sykepleie. Alder har en innvirkning på barns språklige evne, samt tidligere erfaring av smerte (Korteluaoma og Nikkonen 2006; Shepherd, Woodgate og Sawatzky 2010). Tidligere negative erfaringer med smerte kan forsterke barns smerteopplevelse (Grønseth og Markestad 2011). Barn reagerer ulikt på smerte. Hvert enkelt barn er unikt, og for å få pålitelig informasjon må både alder og kognitiv utvikling vurderes (Grønseth og Markestad 2011). En felles følelse ovenfor smerte hos barn inkluderer frykt, angst, sinne og tristhet. Barn har ikke evnen til å se sammenheng mellom disse følelsene (Shepherd, Woodgate og Sawatzky 2010; Quinn, Sheldon og Cooley 2014).

Det blir pekt på viktigheten av sykepleieres forståelse av barns helhetlige smerteopplevelse og begreper som knyttes til smerte (Twycross og Smith 2011). Helsepersonell trenger å lytte nøye til hvert enkelt barns beskrivelse, samt lære å tolke erfaringer ut ifra hva de hører. Studien til Korteluaoma og Nikkonen (2006) viser at barn benytter seg av ulike metaforer for å beskrive smerte og for å gjøre sine erfaringer forståelig. Med bakgrunn i dette kan man ta utgangspunkt i at barn ikke alltid har de samme smertebeskrivelsene som voksne. Det blir derfor viktig for sykepleiere å bruke det kliniske blikket, for å fange opp barnets individuelle uttrykk av smerter. Dette er med på å gi god kvalitet i den omsorgen som gis og kan sikre barnet sin involvering i smertebehandlingen (Twycross og Smith 2011).

Barns måte å beskrive smerter på, bør være den mest pålitelige kilden til å behandle smertene. Barn er eksperter på egen smerte (Korteluaoma, Nikkonen og Serlo 2008). Quinn, Sheldon og Cooley (2014) viser til smerte som en subjektiv opplevelse, der barns selvrapportering er viktig. På denne måten har barnet muligheten til å beskrive sin individuelle smerteopplevelse, men denne rapporteringen må være nøyaktig for at det skal gi mening for sykepleierne. Samtidig mener Korteluaoma og Nikkonen (2006) at man skal anta at barnets rapportering er reell. Derimot kan det være feilkilder ved selvrapportering; barnet gir unøyaktig informasjon om sine egne smerter og dermed oppstår risiko for feil

smertebehandling (Quinn, Sheldon og Cooley 2014). Zhou, Roberts og Horgan (2008) viser til at sykepleiere ikke bare kan stole på egne og foreldrenes oppfatninger av smertene barnet er i, da dette kan føre til undervurdering eller misforståelser av barnets faktiske smerter. Mange barn rapporterer om sykepleiere som ikke gir nok informasjon og mestringsstrategier for å hjelpe barnet å redusere smerter. Dette er med på å sette barn i en posisjon der de må mestre smerteopplevelsen på egenhånd (Kortelua, Nikkonen og Serlo 2008). I følge Pölkki, Pietila og Vehvilainen-Julkunen (2003) er det flere barn som mener de får mye hjelp av sykepleiere til å finne måter de kan redusere smertene på. Disse motsetningene kan tyde på at det utføres ulik sykepleie med henhold til barn og smerter. I slike situasjoner, kan man stille seg kritisk til om dette er kvalitet i egen praksis, samt om det er med på å ta hensyn til pasientsikkerheten.

5.3 Smertevurderingsverktøy

Med bakgrunn i studiens resultater er det viktig med en helhetlig vurdering i henhold til smerte. Med dette menes et samarbeid mellom helsepersonell, pasienten selv, foreldre og ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy (Shepherd, Woodgate og Sawatzky 2010). Flere verktøy benyttes i smertevurdering hos barn, men det er viktig for sykepleiere å bruke barnevennlige og aldersspesifikke metoder (Quinn, Sheldon og Cooley 2014).

Bieris' ansiktsskala for smertevurdering blir ofte brukt for å vurdere smerter hos barn. Her skal barn selv rapportere smerter ut ifra fem eller flere tegnede ansikter med ulike ansiktuttrykk. Barnets alder kan gjøre det nødvendig å gjenta informasjonen flere ganger før skalaen blir tatt i bruk (Wennick 2012). Det vises til flere feilkilder ved denne måten å vurdere smerte på. For det første har barn eldre enn 7 år større kapasitet til å skille mellom smertefulle situasjoner, samtidig vises det til at barn i alderen 4-7 år bare var i stand til å skille mellom to eller tre responsnivåer. For det andre var det sannsynlig at yngre barn gav respons i mønstre (Quinn, Sheldon og Cooley 2014). For det tredje kan smilefjes på ansiktsskalaen lede barn til å gi en overestimert av smerte. Det burde derfor vurderes bruken av smile/gråte ansikter på slike skalaer (ibid.). Med grunnlag i dette, kan det stilles spørsmål om hvorvidt det er hensiktsmessig å bruke denne på barn under 7 år. Det vises til at yngre barn har vanskeligheter med å gi reell respons, da de muligens ikke har forståelse for hvordan skalaen brukes. Bringager m.fl. (2014) peker på viktigheten av at barn kjenner til smerteskalaen før

smertene oppstår. Med dette har man mulighet til å fange opp smertene mens den ennå er liten og kan kontrolleres av pasienten.

Et annet verktøy som blir brukt for å kartlegge smerte hos barn er smertevurderingsskjema FLACC. Her blir barnets ansikt, bein, aktivitet, gråt og trøstbarhet målt (Wennick 2012). Det er viktig å observere barnets oppførsel, for å få en helhetlig vurdering av smertene. Barn kan vise annen atferd når de er smertepåvirket (Sheperd, Woodgate og Swatzky (2010). Willis m.fl. (2003) mener FLACC skalaen fremmer en pålitelig og objektiv måte å kvantifisere smerteatferd hos barn. Denne skalaen er laget for barn i alderen 2 måneder til 8 år, men har blitt brukt på barn opptil 18 år (Grønseth og Markestad 2011). Med bakgrunn i dette kan det tyde på at bruken av denne skalaen hos barn over 8 år ikke er den ideelle måten å innhente data på smerte. Samtidig er det tidligere vist til at barn ned i 5 års alderen, klarer å uttrykke sine egne behov og synspunkter. Det kan med dette stilles spørsmål om hvorvidt det er nødvendig å anvende observasjonsskalaer for denne aldersgruppen. På den andre siden kan FLACC være et hjelpemiddel for sykepleiere å verifisere den selv-rapporterte smerten barn uttrykker. Willis m.fl. (2003) fant en positiv likhet mellom smerterapportering fra barns selv-rapportering og sykepleierens observasjoner med bruk av FLACC skalaen.

5.4 Betydning for sykepleie og videre forskning

Studien kan aktualisere hvor viktig barns involvering i smertebehandling er. Det kan tyde på manglende forskning på temaet, noe som kan ha en betydning for videre sykepleiepraksis. Usikkerheter om i hvilken grad barn skal bli involvert i sin egen pleie og behandling, kan føre til ulik utøvelse og kvalitet i sykepleie. Funn viser til viktigheten av en optimal smertebehandling hos barn. De er under stadig utvikling, både fysisk og mentalt, og smerter og sykdom kan redusere denne utviklingen. Nok kunnskap og forskning rundt temaet, kan hjelpe til å få en bredere forståelse av barnet i sin helhet.

Ved søk etter forskning på temaet, er det gjort funn som omhandler 'kommunikasjon med barn', 'smerter hos barn' og 'barns involvering' hver for seg. Ut ifra studiens tema, kan det ses at det trengs forskning på disse tre områdene samlet. Dette for at sykepleiere skal få mulighet til økt kunnskapsnivå og kunne gå frem på en måte som gir barnet best mulig behandling.

6. Metodiske overveielser

I en litteraturstudie er det viktig å velge forskning som er relevant for oppgaven, og kritisk vurdere hva som kan brukes og ikke (Polit og Beck 2014). På bakgrunn av dette er det blant annet viktig å inkludere artikler som beskriver etiske overveielser, da deltakere i stor grad er barn. Fire av syv vitenskapelige artikler som er inkludert i studien har fått sin studie godkjent av ulike etiske komiteer. Deltakere som barn og foreldre er blitt informert om studiens hensikt og gitt skriftlig eller muntlig samtykke for deltagelse. Korteluooma og Nikkonen (2006) viser til barn som frivillig deltok i forskningen, men gir ingen informasjon om inkludering av foreldre eller vurdering fra en etisk komitè. De resterende artiklene tar ikke opp etiske overveielser, da de tar utgangspunkt i tidligere forskningsartikler.

På grunn av lite forskning rundt temaet i denne litteraturstudien, ble det valgt å dele opp problemstillingen i forskjellige underkategorier; kommunikasjon med barn, smerter hos barn og barns involvering. Denne tilnærmingen ble brukt for å dekke studiens underkategorier på en best mulig måte, samtidig som det ble sett på som eneste mulighet for å finne vitenskapelige artikler som kunne bli inkludert i studien. Ved bruk av denne fremgangsmåten kan det være en større utfordring å sette sammen resultatene til en helhetlig fremstilling. Artiklene som er inkludert i studien er engelskspråklige, noe som kan gi rom for mistolkning av innholdet. Det kan også være muligheter for at innholdet i de ulike artiklene er blitt brukt forskjellig fra primærkildens utgangspunkt.

I denne studien har det kun blitt benyttet kvalitative studier. I følge Polit og Beck (2014) er forskerne i kvalitative studier opptatt av informantenes egne opplevelser og erfaringer, noe som i vår studie gjør at man kommer nærmere hvert individ og deres opplevelse. Det kunne vært relevant for denne studien å inkludere kvantitativ forskning, som ville belyst problemstillingen ytterligere. Ved bruk av denne type forskning, ville man fått en oversikt over blant annet hvor mange barn som ønsker å ta del i egen behandling, eller i hvor stor grad barn ønsker å bli involvert. Funn har vist mangel på denne type artikler, som gjorde det utfordrende å inkludere dette i studien.

Artikkelen til Quinn, Sheldon og Cooley (2014) gir en omfattende beskrivelse av styrker og svakheter angående ulike smerteverktøy. Blant annet Bieris' ansiktsskala for vurdering av smerter, som ofte blir brukt i smertevurdering hos pediatriske pasienter på sykehus. Denne

artikkelen er relevant for studien ved at den belyser hvordan barn kan involveres i sin egen smertebehandling, samt hvordan barn og sykepleiere kan samarbeide for å optimalisere smertelindringen. Svakheter ved artikkelen, kan være at den fokuserer på forskjellige skalaer, eksisterende og modifiserte, basert på 12 ulike artikler som ikke gir den beste vurderingen av tegnede ansiktsskalaer. På bakgrunn av dette kan det være vanskelig å vite hvilken av de som er best egnet i smertebehandling hos barn. På grunn av det vide aldersspennet kan det være vanskelig for sykepleiere å vite om dette er det beste verktøyet for å kartlegge smerte. Artikkelen er en sekundærkilde ved at den sammenfatter funn fra ulike artikler. Dette kan være en fordel da den oppsummerer resultater, som gjør de representative ut ifra deres eget fokusområde.

Gibson m.fl. (2010) belyser problemstillingen rundt barns manglende evne til å uttrykke ønsker og behov. Denne er relevant i henhold til studiens tema, da den tar for seg ulike syn på barns involvering i kommunikasjonen med helsepersonell. Samtidig fokuserer artikkelen på barns erfaringer og gir verdifulle funn på grunnlag av dette. En svakhet er at barn i 5-10 års alderen ikke utgjorde en stor del av deltaker utvalget. Det ble heller ikke inkludert barn som gjennomgikk smertelindrende behandling. På bakgrunn av dette, kan det stilles spørsmålsteget ved hvor representativt utvalget var for denne litteraturstudien. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av tre ulike aldersbaserte teknikker. Dette kan være med på å styrke funnene i de forskjellige aldersgruppene.

Lambert, Glacken og McCarron (2008) presenterer konseptet om 'synlighet' og forklarer graden av barns inkludering, samt barns ønsker om å bli sett og hørt. Dette er med på å belyse viktigheten av barns involvering i kommunikasjonsprosessen. Samtidig viser den til barns positive og negative erfaringer ved å være i forgrunnen og bakgrunnen av kommunikasjonen. Denne artikkelen viser kun til barns synspunkter, som kan gi for smalt perspektiv på synligheten til barn. Ved å inkludere foreldre og sykepleiere, er det muligheter for å kunne styrke resultatene i artikkelen. Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av fire ulike metoder; uformelle intervjuer, 'klistre stjerner quiz', dokumentasjon og tegning og skrijving. Dette blir sett på som en positiv og relevant tilnærming, der barn får mulighet til å delta. Samtidig er dette med på å styrke denne studien og artikkelens hensikt.

Coyne og Gallagher (2011) viser til flere funn som er viktig for studiens problemstilling. Artikkelen tar for seg barns erfaringer og preferanser i henhold til å delta i kommunikasjonen og ta avgjørelser rundt deres egen sykdom. I tillegg tar den for seg faktorer som kan styrke eller hindre barn i å delta. En annen styrke ved artikkelen er at den har et representativt utvalg; deltakere fra ti avdelinger og to klinikker på tre forskjellige sykehus. Svakheter kan være at denne artikkelen kun samler inn data ved bruk av intervjuer, samt har et stort aldersspenn i forhold til denne studiens aldersgruppe.

Artikkelen til Kortessluoma og Nikkonen (2006) ble inkludert i studien på bakgrunn av resultater som beskriver barns egne erfaringer og beskrivelser av smerte. Dette kan være verdifullt for å belyse smerteaspektet. Samtidig er gjennomsnittsalderen 8 år og 3 måneder, som er innenfor studiens aldersbegrensning. En svakhet ved artikkelen, er fokuset på barns generelle smerteopplevelser, og ikke inkluderer kreftrelaterte smerter. De to forskningsspørsmålene som ble benyttet i artikkelen var åpne spørsmål. Dette kan være med på å innhente upresise svar, som igjen gjør det vanskelig å tolke dataene.

Det er flere svakheter ved artikkelen til Shepherd, Woodgate og Sawatzky (2010). De beskriver ikke tilstrekkelig fremgangsmåte, har ingen klare resultater og følger ikke IMRAD-struktur. Artikkelen tar for seg modellen 'Human Response to Illness' for å undersøke de indre og ytre faktorer som gir sykepleiere en forståelse av CNS smerter hos barn. Denne modellen ble utelukket, da den kunne gitt studien feil utgangspunkt i forhold til valgte fokusområde, 'pasienters behov og sikkerhet'. Selv om artikkelen har flere svakheter, ble den allikevel valgt ut da den gir hensiktsmessige funn som omhandler kartlegging av smerter og smerter relatert til barn og kreft. Artikkelen tar opp viktigheten av samarbeid mellom alle parter (barn, foreldre, sykepleiere, leger), samt viktigheten av å inkludere observasjonsskalaer som FLACC. Dette for å gjøre en helhetlig smertevurdering som kan bidra til optimal smertelindring. Artikkelen sammenfatter tidligere forskning på området kreftrelaterte smerter hos barn. Dette gjør artikkelen til en pålitelig og troverdig kilde.

Artikkelen til Kortessluoma, Nikkonen og Serlo (2008) ble inkludert i studien da den gir et perspektiv på hvordan barn håndterer smerter under sykehusopphold. Samtidig viser den til barn som ikke får den smertelindringen de trenger og forklarer ut i fra dette ulike selvhjelps strategier barn benytter seg av. Disse funn er viktig for studien, da de viser til manglende

smertelindring hos barn. Deltakerene er representative for studiens aldersbegrensning. En svakhet kan være at data kun er samlet fra intervjuer med barn og ekskluderer andre parter, som foreldre og helsepersonell. Samtidig fokuserer artikkelen generelt på barn som har opplevd smerter på sykehus, ikke kreftrelaterte smerter hos barn. Ved datainnsamling ble det benyttet intervjuer med opptaksverktøy, deretter ble datamaterialet analysert med hjelp av transkripsjon. Dette kan være en pålitelig måte å innhente data på, samtidig vil det kunne gi rom for feiltolkninger.

Artiklene har benyttet seg av ulike innsamlingsmetoder. Fem av de syv aktuelle artiklene benyttet seg av ulike intervjumetoder som enkeltintervjuer, ustrukturerte intervjuer og gruppeintervjuer. To brukte på den andre siden alderstilpassede teknikker som lek, tegning og skriving. En artikkel benyttet seg av observasjon som innhenting av data til sin studie, mens to artikler brukte i tillegg åpne spørsmål i intervju med barn. Det har også blitt benyttet to artikler som har sammenfattet en rekke andre artikler i sin studie for å oppsummere tidligere forskning på området, såkalte litteraturstudier.

7. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å utforske hvordan bruken av kommunikasjon kunne være med på å styrke barns involvering i egen smertebehandling. Resultatene beskriver flere faktorer som påvirker barns involvering, samtidig som det er uenigheter i hvor stor grad barn skal involveres og hvor hensiktsmessig dette er.

Som sykepleier til barn, er tillit og relasjon sentrale nøkkelbrikker for videre pleie og behandling. Funn viser til viktigheten av å opprettholde gode relasjoner for og få barn til å uttrykke egne smerteopplevelser. Det å kommunisere med barn er essensielt for og innhente data vedrørende barnets behov og ønsker. Barn i alderen 5-10 år er i stand til å uttrykke seg verbalt i henhold til smerter. Som vist er det uenigheter i om barn skal bli inkludert i kommunikasjonsprosesser og valg angående egen helse. En viktig faktor for å involvere barn i smertebehandling er å ta barnets alder, kognitive modenhet og hans/hennes evne til å delta med i betraktning.

Bieris' ansiktskala for smertevurdering kan være et verktøy som er med på å involvere barn i sin egen smertebehandling, men det er sett svakheter ved bruk av denne på barn under 7 år. Til denne aldersgruppen har det vist seg å være mer hensiktsmessig å bruke FLACC observasjonsskala. Det kan være vanskelig å vurdere smertene kun ved hjelp av FLACC, men den kan være et hjelpemiddel for sykepleiere å verifisere den selv-rapporterte smerten barn uttrykker.

Ut i fra dette forstås det at det er hensiktsmessig å inkludere barn i egen smertebehandling. Barn har individuelle smerteopplevelser, som det er viktig for sykepleier å fange opp. Dette er med på å gi en optimal smertelindring, samt bidra til mer målrettet og effektiv kvalitet i sykepleien.

8. Litteraturliste

American Cancer Society (2012) *Cancer – Related Pain – A Guide for Patients and Caregivers* [online]. URL:

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-030531.pdf>

(16.04.2015)

Aveyard, H. red. (2014) *Doing a literature review in health and social care*. Berkshire: McGraw-Hill Education

Baastrup, C.S., J.B. Dahl, L.A. Nielsen og T.S. Jensen (2013) Smerteanatomi og fysiologi. I: *Smerter – baggrund, evidens, behandling*. København: FADL's Forlag, s. 15-34.

Barnelova (1981) (oppdatert 2003) *Lov om barn og foreldre* [online]. Lovdata. URL:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7> (01.05.2015)

Bjørge, S. (2010) Smerte og smertebehandling. I: Reitan, A.M. og T. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe AS, s. 194-213.

Bjålie, J.J., E. Haug, O. Sand, Ø.V. Sjaastad og K.C Toverud (1998) *Sansene*. I: *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 99 – 129.

Borchgreving, P. C. (2013) T20 Smerter. I: Fjeldstad, T (red.) *Norsk Legemiddelhandbok for Helsepersonell*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, s. 563-592.

Bricher, G (2000) Children in the Hospital: Issues of Power and Vulnerability. I: *Pediatric Nursing*, 26(3) s. 277-282.

Bringager, H., M. Hellebostad, R. Sæter og A.C. Mørk (2014) *Barn med kreft - En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Carney, I., S. Murphy., J. McClure., E. Bishop., C. Kerr., J. Parker., F. Scott., C. Shields og L. Wilson (2003) Children's views of hospitalization an exploratory study of data collection, I: *Journal of Child Health Care* 7 (1) s. 27-40

Charles-Edwards, I. (2001) Children's Nursing and Advocacy: Are We in a Muddle? I: *Paediatric Nursing*, 13(2) s. 12-16.

Coyne, I (2006) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives I: *Journal of Clinical Nursing* 15 (1) s. 61-71

Coyne, I (2008) Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature I: *International Journal of Nursing Studies* 45 (11) s.1682-1689

Coyne, I., F. Neill og F. Timmins (2010) *Clinical Skills in Children's Nursing*. New York: Oxford University Press.

Coyne, I. og L. Kirwan (2012) Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life, I: *Journal of Child Health Care* 16 (3) s. 293-304.

Coyne, I. og P. Gallagher (2011) Participation in communication and decision – making: children and young people's experiences in a hospital setting I: *Journal of Clinical Nursing*, 20 (15-16) s. 2334-2343

Current Research Information System In Norway (2014) Rapportering av vitenskapelig publisering i helse, - institutt – og UH – sektor [online]. URL: <http://www.cristin.no/cristin/rapportering/rapporteringsinstruks.html> (08.04.2015)

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

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) *Barns krav på beskyttelse* [online]. Oslo: Etikkom. URL: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/12-Barns-krav-pa-beskyttelse/> (05.05.2015)

Eide, H og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal forlag.

FN-Sambandet (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen)* [online]. URL: <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen> (13.04.2015).

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) 1. desember 2000 med hjemmel i lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-6* [online]. URL: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (16.04.2015)

Gibson, F., S. Aldiss., M. Horstman., S. Kumpunen og A. Richardson (2010) Children and young people`s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods I: *International Journal of Nursing Studies*, 47 (11) s. 1397-1407

Grønseth. R og T. Markestad (2011) *Pediatri og Pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-kreft-hos-barn> (05.04.2015)

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [online]. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (15.04.2015)

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4 (05.05.2015)

Høgskolen i Gjøvik (2014) Forskningsområde klinisk sykepleie [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (13.04.2015)

International Assosiation for the Study of Pain (2014) *IASP Taxonomy* [online]. URL: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> (15.04.2015)

Kortesluoma, R-L og M. Nikkonen (2006) 'The most disgusting ever': children's pain descriptions and views of the purpose of pain I: *Journal of Child Health Care* 10 (3) s. 213-227

Kortesluoma, R-L., M. Nikkonen og W. Serlo (2008) "You Just Have to Make the Pain Go Away" – Children's Experiences of Pain Management I: *Pain Management Nursing* 9 (4) s.143-149

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 207-270.

Lambert, V., M. Glacken og M. McCarron (2008) 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland I: *Journal of Clinical Nursing*, 17 (23) s. 3092-3102.

Lambert, V., M. Glacken og M. McCarron (2010) Communication between children and health professionals in a child hospital setting: a Child Transitional Communication Model I: *Journal of Advanced Nursing* 66 (3) s. 569-582

- Lerdal, A (2012) Forskningsartikkel eller fagartikkel? [online]. URL: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel> (08.04.15)
- Lowes, L (1996) Paediatric nursing and children's autonomy I: *Journal of Clinical Nursing* 5 (6) s. 367-372
- Mattews, J (2011) Communication with children and their families I: Glasper, A og J. Richardson (red) *A Textbook of Children's and Young People's Nursing, Second Edition*. London: Churchill Livingstone Elsevier, s.121-136.
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler* [online]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (23.04.2015).
- Overcash, J., D. Hanes., D. Birkhimer og T. Askew (2013) Pain Intensity and Pain Management of Hospitalized Patients With Cancer: An Opportunity for Improvement. I: *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(4), s. 365-368.
- Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) *Rett om medvirkning og informasjon* [online]. Lovdata. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3 (13.04.2015).
- Polit, D. F. og C. T. Beck (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8 utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pölkki, T., A-M. Pietilä og K. Vehviläinen-Julkunen (2003) Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. I: *International Journal of Nursing Studies* 40 (1), s.33-44
- Quinn, B. L., L. K. Sheldon og M. E. Cooley (2014) Pediatric Pain Assessment by Drawn Faces Scales: A Review I: *Pain Management Nursing*, 15(4) s. 909-918.

Ridley, C., V. Helsby og K. Crew (2011) Communicating with children and young people and their families. I: Webb, L og K. Webb (red.) *Nursing: Communication Skills In Practice*. New York: Oxford University Press, s. 244-263.

Shepherd, E., R. L. Woodgate og J-A. Sawatzky (2010) Pain in Children With Central Nervous System Cancer: A Review og the Literature. I: *Oncology Nursing Forum*, 37(4) s. 318-330.

Slettebø, Å (2009) *Sykepleie og Etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Sundal, H. (2014) *Inklusjon og eksklusjon av foreldre i pleie av barn innlagt på sykehus*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen.

Tveiten, S (2012) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I: Tveiten, S., A. Wennick og H. F. Steen (red.) *Sykepleie til barn – Familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal, s. 157-204.

Travelbee, J (2010) *Mellommenneskelige aspekter i sygepleje*. København: Munksgaard Danmark

Twycross, A, og J. Smith (2011) The management of pain in children. Part 1: The management of acute pain in children. I: Glasper, A. og J. Richardson (red.) *A textbook of children's and young people's nursing*. London: Churchill Livingstone Elsevier, s.235-251.

Twycross, A., J. Smith og J. Stinson (2011) The management of pain in children. I: *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*. London: Churchill Livingstone, s. 221-266.

Wennick A. (2012) Sykepleie til barn. I: *Sykepleie til barn – familisentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 110 – 153.

Willis, M.H.W., S.I. Merkel., T. Voepel-Lewis og S. Malviya (2003) FLACC Behavioral Pain Assessment Scale: A Comparison with the Child's Self-Report I: *Pediatric Nursing* 29 (3) s. 195-198

Zhou, H., P. Roberts og L. Horgan (2008) Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads: meta - analysis. I: *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), s. 334-342.

Vedlegg 1: FLACC og Ansiktsskal

Pasient nr.

FLACC Smertevurderingsskjema

Kategorier	0 poeng	1 poeng	2 poeng	Klokkeslett:							
				Poeng	Poeng	Poeng	Poeng	Poeng	Poeng	Poeng	
Ansikt	Ingen spesielle uttrykk eller smil	Av og til grimaser eller rynker pannen, tilbaketrukket, uinteressert	Hyppig til konstant rynke i pannen, stram kjeve, skjelvende hake								
Ben	Normal stilling eller avslappet	Urolige, rastløse, anspente	Sparker eller trekker bena opp								
Aktivitet	Ligger rolig, normal stilling, beveger seg lett	Vrir seg, flytter seg frem og tilbake, anspent	Bøyd i kroppen, stiv eller rykninger								
Gråt	Ingen gråt (våken eller sovende)	Stønner eller klynker, klager av og til	Gråter uavbrutt, skriker eller hulker, klager ofte								
Trøstbarhet	Tilfreds, avslappet	Lar seg trøste av berøring, klemning eller ved å bli snakket med, kan avledes	Vanskelig å trøste eller roe								

Merkel, S., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J., & Malviya, S. (1997). FLACC: En atferdsskala for å score postoperative smerter hos små barn. *Pediatric Nursing* 23(3), 293-297. © 2002, Alle rettigheter reservert University of Michigan. Oversatt til norsk og validert av Hanne Reinertsen mfl. © 2009

Figur 12.3 FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) smertevurderingsskjema (20). I vurderingen kan det skåres 0–2 poeng for hver parameter, samlet fra 0–10 poeng. 0 poeng indikerer ingen smerte, mens 10 poeng indikerer verst tenkelige smerte. Høy poengsum tolkes som at barnet har mye smerte eller ubehag. Skjemaet er oversatt til norsk og validert av Hanne Reinertsen mfl. (18)

Figur 12.1. Bieris ansiktsskala for smertevurdering (15). Skåre høyere enn 2–3 kan tyde på at barnet trenger smertestillende medikamenter

Ansiktsskala for smertevurdering

