



Barn med leukemi

Hvordan kan sykepleier bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus?

Lovisenberg diakonale høgskole

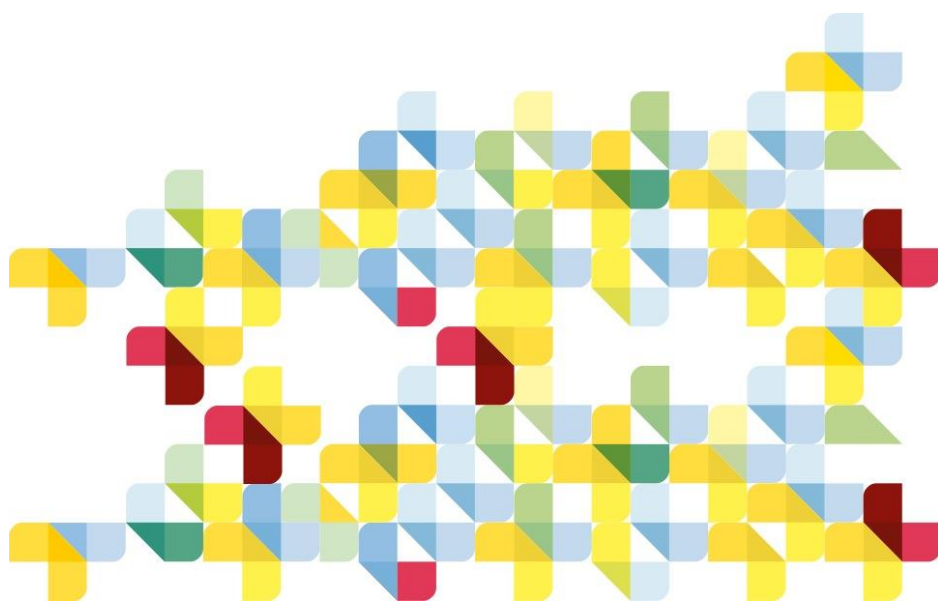
Kandidatnummer: 451

Bacheloroppgave

Emne 14B, BIS13

Dato: 14.04.2016

Antall ord: 8974



	Lovisenberg Diakonale Høgskole Dato: 14.04.2016
Tittel: Barn med leukemi	
ABSTRAKT	
<u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan sykepleier bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus?»	
<u>Metode:</u> Litteraturstudie, som baserer seg på pensumlitteratur, forskningsartikler og selvvalgt litteratur. Det er benyttet seks kvalitative forskningsartikler i oppgaven. Jeg har benyttet Cinahl og sykepleien.no til søkeprosessen, og fant frem til artiklene gjennom et systematisk søk.	
<u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgavens teoretiske rammeverk bygger på sykepleieteori, kommunikasjonsteori, kommunikasjon med barn, barns kognitive utvikling i alder 6 – 12 år, før jeg avslutter med etiske og juridiske overveielser. Den teoretiske fremstillingen sammen med litteratur, danner bakgrunnen for drøftingen.	
<u>Drøfting:</u> Barn har lovpålagt rett til aktivisering på sykehus så langt helsetilstanden deres tillater det. Hvordan de opplever og reagerer på å komme på sykehus avhenger av alder, utviklingsnivå, tidlige erfaringer og informasjon de får. Et kjent miljø utenfor sykehuset, erstattes med usikkerhet og mangel på kontroll. Fysisk og psykisk tilstedeværelse som sykepleier er viktig i møte med barn. Barn benytter lek for å kommunisere for å forstå, og bearbeide tidligere opplevelser og erfaringer. Sykepleiere kan benytte seg av lek som et hjelpemiddel for å etablere tillitsforhold med barn. Historiefortelling, rolleleker og oppdagelsesferd er eksempler på former for lek sykepleieren kan anvende for å kommunisere og signalisere interesse- og forståelse for barns verden.	
<u>Konklusjon:</u> Lek spiller en sentral rolle i å etablere tillitsforhold med barn. Dersom sykepleier viser initiativ, foreslår aktiviteter og er lekekamerat, blir barn trygge på å leke. Ved i tillegg å snakke et språk de kjenner seg igjen i, gjør at tilliten til sykepleieren er vunnet. Forskning viser at lek kan redusere ubehag og stress, og at det får barn til å stole på sykepleier. Disse faktorene blir sett på som helt sentralt for å kunne etablere tillitsforhold.	
Nøkkelord: Pediatri, akutt lymfatisk leukemi, lek, tillit, tillitsforhold	
(Totalt antall ord: 291)	

1 Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling.....	1
1.2 Avgrensing.....	2
1.3 Oppgavens oppbygging.....	2
2 Metode.....	3
2.1 Valg av metode.....	3
2.2 Litteratursøk og søkehistorie.....	3
2.3 Kildekritikk.....	4
3 Litteratur.....	6
3.1 Akutt lymfatisk leukemi.....	6
3.2 Konvensjonell behandling av ALL.....	7
3.3 Barn på sykehus.....	8
3.4 Sykepleierens rolle og ansvarsområder.....	8
3.5 Tillit.....	9
3.6 Lek.....	10
4 Teoretisk rammeverk.....	11
4.1 Joyce Travelbee.....	11
4.2 Kommunikasjonsteori.....	11
4.3 Kommunikasjon med barn.....	12
4.4 Barns kognitive utvikling.....	13
4.5 Etske og juridiske overveielser.....	13
5 Hvordan kan sykepleier bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus?.....	15
5.1 Det innledende møtet.....	15
5.2 Fremvekst av individer.....	18
5.3 Empati.....	19
5.3.1 Etablering av tillitsforhold.....	20
5.4 Gjensidig forståelse og kontakt.....	23
6 Avslutning.....	25
Litteraturliste.....	26

1 Innledning

I Norge diagnostiseres årlig rundt 140 tilfeller av barnekreft, og ca. 40 barn under 15 år får påvist leukemi (Norsk barnekreftregister, 2014, gjengitt i Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014). Leukemi deles inn i akutt, kronisk, og i lymfatisk og non-lymfatisk eller myelogen type. Hos barn er de fleste leukemier akutte, og den vanligste formen er akutt lymfatisk leukemi (ALL) (Bringager, et.al, 2014). ALL er sammen med hjernesvulster den vanligste formen for barnekreft. Behandlingstiden er to og et halvt år og overlevelsen er ca. 80% i Norden (Storm-Mathisen & Zeller, 2010). Ved innleggelse på sykehus, blir barn trukket ut av sitt kjente og trygge miljø, og må gjennom ulike prosedyrer som kan skape bekymring og engstelse (Grønseth & Markestad, 2011). Som sykepleiere er det flere fagspesifikke funksjoner som preger måten en tilnærmer seg barnet og ivaretar omsorg (Nortvedt & Grønseth, 2013). Sykepleieren må vite hvordan hun kommuniserer med barnet ut fra alder og utviklingstrinn. Videre må sykepleier inneha kunnskap om hvordan hun kan formidle trygghet vise forståelse og interesse for barnet gjennom ulike former for lek. Kommunikasjon gjennom lek kan resultere i etablering av et tillitsforhold med barnet (Grønseth & Markestad, 2011). De fleste barn uansett alder og kultur bruker mye tid på lek, og det er en stor del av barns liv og det å være barn (Grønseth & Markestad, 2011). I tillegg spiller lek en viktig rolle i barns fysiske, kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling (Korsvold, 2009).

1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å innhente og fremme kunnskap om hvordan sykepleiere kan bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus. Jeg har erfart at barn er en sårbar- og nedprioritert gruppe i helsevesenet, noe som gjør at min egen kunnskap om denne gruppen ønskes å forbedres og utvikles. Som sykepleier på en barneavdeling er hverdagen full av utfordringer, og en av de viktigste arbeidsoppgavene er å sette seg inn i pasienters behov for behandling og vite hvordan de har det. Dette er noe jeg ønsker å få bredere kunnskap med gjennom oppgaven. Med bakgrunn i dette, vil jeg i oppgaven besvare følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus?»

1.2 Avgrensing

Jeg har valgt å sette fokus på barn med kreft i min bacheloroppgave, nærmere bestemt akutt lymfatisk leukemi. Jeg har avgrenset til at barna er i behandling på en barneavdeling på sykehus, men har valgt å ikke trekke inn hvor de er i behandlingen eller antatt prognose. Sykepleierens rolle vil i noen tilfeller i oppgaven bli referert som «hun», da kvinner er de som dominerer yrket. Jeg tar for meg barn i alderen 6-12 år, og har lagt fokus på hvordan sykepleier kan bruke lek til å etablere tillitsforhold. Grunnet oppgavens omfang, har jeg valgt å ikke trekke inn foreldres rolle i oppgaven, men nevner kort barns betydning av foreldres tilstedeværelse og hvilken ressurs foreldre er for barnet. I oppgavens drøfting har jeg valgt å benytte Joyce Travelbees interaksjonsprosess som utgangspunkt. Interaksjonsprosessen består av fem faser, 1) det innledende møtet, 2) fremvekst av individer, 3) empati, 4) sympati og 5) gjensidig forståelse og kontakt, men jeg har valgt å kun benytte fire av fasene; det innledende møtet, fremvekst av individer, empati og gjensidig forståelse og kontakt.

1.3 Oppgavens oppbygging

Første del av oppgaven består av en innledning, hvor jeg deretter presenterer hensikt med oppgaven og problemstilling. Andre delen av oppgaven er en metodedel hvor jeg legger frem valgt metode, sammen med søk jeg har utført og kildekritikk. Den tredje delen av oppgaven er litteraturdelen. Her kommer litteratur med relevant fagstoff frem, som er av betydning for oppgavens problemstilling og tematikk. Fjerde del tar utgangspunkt i teoretisk rammeverk med presentasjon av sykepleieteoretiker, kommunikasjonsteori, utviklingspsykologi og juridiske og etiske overveielser. I femte del av oppgaven drøfter jeg med utgangspunkt i analysedelen. Oppgavens sjette del består av en avslutning.

2 Metode

En metode er en systematisk fremgangsmåte beskrevet i oppgaven, som gjør leser i stand til å kunne følge undersøkelsen og nå frem til samme resultat basert på premisser som er beskrevet. Metode forteller hvordan en bør gå til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskaper (Rienecker & Jørgensen, 2013, s.187).

2.1 Valg av metode

Et litteraturstudie er å samle inn relevant kunnskap fra fag – og forskningslitteratur, som skal brukes for å belyse en problemstilling (Dalland, 2012). For å besvare oppgaven har jeg etter skolen retningslinjer benyttet relevant litteratur, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur av betydning, samt kvalitative og kvantitative fag- og forskningsartikler, relevante for tematikken. Ved bruk av denne metoden vil jeg benytte kunnskap som er tilgjengelig, og videre bruke relevant litteratur som grunnlag til å drøfte problemstillingen. Avslutningsvis vil jeg trekke inn en konklusjon ut i fra oppgavens dokumentasjon og erfaringene som er evaluert (Rienecker & Jørgensen, 2013). I første delen av oppgaven har jeg tatt for meg deler av Joyce Travelbees sykepleierteori, som er gjengitt av Marit Kirkevold (2009). Jeg har valgt å benytte kommunikasjonsteorien til Travelbee i min oppgave, da kommunikasjon er sentralt for å kunne bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus.

2.2 Litteratursøk og søkehistorie

Siden dette er et litteraturstudie har jeg satt av tid til å søke forskning. Jeg har i litteratursøkingen benyttet en systematisk metode (Rienecker & Jørgensen, 2013), samt utført generelle søk. Jeg har gjennom systematisk søk i sykepleien.no og Cinahl brukt ulike kombinasjoner av søkeord på både engelsk og norsk. De ulike søkeordene er; leukemia, cancer, child, pediatric nursing, nursing, nurses, communication, childhood cancer, information, professional competence, play, play -and playthings, lek, sykepleie, barn, akutt lymfatisk leukemi og tillit.

Jeg valgte å benytte Cinahl som søkemotor, da det er en anerkjent database for sykepleiefaglige artikler og forskning. I Cinahl fikk jeg opp mange artikler ut fra søkeord, men benyttet inklusjonskriterier: 2006-2016, child, article, engelsk og full text. Jeg valgte i tillegg å kombinere søk med AND, som har ført meg til de aktuelle artiklene jeg har benyttet meg av. Jeg satt igjen med fem forskningsartikler fra Cinahl fra ulike land som er benyttet i oppgaven. På sykepleien.no fant jeg én artikkel. Artiklene er kvalitative og overførbare for faget og oppgavens tema. Ingen av artiklene er mer enn syv år gamle og egner seg for sykepleierfaglig forskning. Jeg har i tillegg benyttet pensum, annen fag – og forskningslitteratur, og vært på skolens bibliotek for å søke i Oria. På biblioteket har jeg prøvd å innhente tilleggs litteratur om Piaget og Travelbee som ikke stod i bøkene. Jeg har også hentet inspirasjon fra tidligere bacheloroppgaver for å få et innblikk i hvordan andre har valgt å løse sine oppgaver.

Det er videre utført generelle søk som førte meg til nettsteder som barnekreftforeningen, og sykepleien.no. Disse nettstedene har gitt tilleggsinformasjon som ikke stod i lærebøker. På barnekreftforeningen fant jeg *leukemi hos barn*, mens på sykepleien.no fant jeg artikkelen *Grunnstoffet tillit*.

2.3 Kildekritikk

Prinsipielt skal du forholde deg kritisk til alt materiale du vurderer, en hovedregel er at litteratur kvalifisert av vitenskapelige fagfeller, er mest troverdige (Rienecker & Jørgensen, 2013). Det har vært vanskelig å tilstrebe primærkilde på Piaget, fordi bøkene ikke lenger finnes på skolens bibliotek. Jeg har derfor valgt å benytte Håkonsen (2009) og Askeland & Sataøen (2009) som kilder, da de tar opp Piaget sin konkretoperasjonelle fase på en troverdig måte. Det som danner bakgrunnen for Joyce Travelbees teoretiske rammeverk i denne oppgaven er basert på hennes sykepleierbok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* fra 1971, gjengitt i Marit Kirkevold sin bok «Sykepleieteorier» fra 2009. Det er ikke mye norsk forskning å finne på oppgavens tema, men jeg har klart å hente inn en norsk forskningsartikkel som passer til oppgavens tema og problemstilling. Artikkelen er fra sykepleien.no og heter *Lek og barnesykepleie* skrevet av Live Korsvold. Korsvold har intervjuet sykepleiere på barneavdelinger i Oslo og gjennom intervjuer kommet frem til artikkelens resultater. Artikkelen er relevant for oppgaven, da intervjumetode er en kvalitativ datasamlingsmetode for å hente inn kvalitative primærdata om et fenomen (Sander, 2014).

Ved å intervju sykepleiere får forfatteren tak i førstehåndsinformasjon hun hadde lyst til å studere og stille spørsmål om (Sander, 2014). Brosjyren jeg hentet på barnekreftforeningen *Leukemi hos barn*, er skrevet av en spesialsykepleier, og det som står skrevet i brosjyren er presist og riktig sammenlignet med fagbøker på området. Fugellis (2011) innspill i artikkelen på sykepleien.no om tolkning av tillit ser jeg på som riktig fremstilt, da han er professor og lege i sosialmedisin, og har erfaring med faget.

3 Litteratur

I dette kapittelet vil jeg legge frem emner fra faglitteratur. Jeg skal ta for hva meg akutt lymfatisk leukemi er, og videre skrive om den konvensjonelle behandlingen som følger. Dette er viktige kunnskaper å inneha når en møter barn med sykdommen. Videre tar jeg for meg barn på sykehus og sykepleierens ansvar og rolle. Her kommer sykepleierens funksjonsområder som er relevant for oppgaven, frem. Til slutt forklarer jeg hva tillit er og hva som er viktig i møte med barn, før jeg avslutter med å forklare lek og viktigheten av lek for barn på sykehus i møte med en ny hverdag.

3.1 Akutt lymfatisk leukemi

ALL har utgangspunkt i vev som finnes flere steder i kroppen, og svulstens lokalisasjon trenger ikke nødvendigvis gi umiddelbar diagnose (Storm-Mathisen & Zeller, 2010). Vevsprøver er avgjørende for diagnostisering og videre behandling, og gjøres ved beinmargsundersøkelse i narkose, hvor beinmarg aspireres fra bakre hoftekam. 80% av alle barnekrefttyper, inkludert ALL, har allerede metastasert ved diagnosetidspunkt og vil av den grunn kreve systemisk behandling. I beinmargen produseres spesialiserte blodceller med begrenset levetid som fornyes kontinuerlig, i tillegg produseres også erythrocytter, trombocytter og leukocytter der. Det er stamceller som er ansvarlig for den kontinuerlige fornyelsen av spesialiserte blodceller. Erythrocytter transporterer oksygen rundt i kroppen ved hjelp av hemoglobinet, mens trombocytter sørger for at blodet leverer seg ved blødninger. Leukocytter er viktige celler i immunforsvaret, og aktiveres ved infeksjoner forårsaket av bakterier, virus, eller allergiske reaksjoner. Ved ALL sitter sykdommen i tidlige stadier i den hvite cellerekken. Av hittil ukjente årsaker får en celle genetisk feil og mister sine vanlige egenskaper. Resultatet blir en overproduksjon av den hvite cellerekken, som resulterer i manglende differensiering av forstadiene til modne leukocytter. Den ukontrollerte veksten av leukemiceller fortrenger i tillegg produksjonen av trombocytter og erythrocytter. Ved manglende differensiering til modne leukocytter blir cellene uegnet til infeksjonsforsvar. Dette er forklaringen på hvorfor barn ofte har residiverende infeksjoner før diagnosen stilles. De vanligste symptomene på ALL er oftest, anemi, feber og trombocytopeni med blødningstendens (Storm-Mathisen & Zeller, 2010).

Ved ALL er smerter i ekstremiteter og ledd tidlige symptom, hvor smertene forsvinner gradvis når behandling påbegynnes. Til tross for dette opplever barn oftest smerter relatert til bevegelse og i ekstremiteter (Storm-Mathisen & Zeller, 2010). Smerter i ekstremiteter er typisk for sykdommen, men mistolkes ofte som revmatisk sykdom. Smerte er et subjektivt og komplekst fenomen som består av fysiske, sosiale og psykologiske komponenter (Grønseth & Markestad, 2011). I tillegg gir smerte ofte de samme fysiologiske reaksjonene som stress, og er energikrevende. Smerte defineres som «det pasienten sier det er» (Storm-Mathisen & Zeller, 2010). Det oppstår og forbindes ved alle kreftformer, og det er vanlig å skille mellom tre ulike typer smerter; sykdomsrelatert smerte, behandlingsrelatert-, og prosedyrerelatert smerte. Barn opplever ofte smerter relatert til såre slimhinner i munn og hals, som vises ved vanskeligheter med matinntak (Storm-Mathisen & Zeller, 2010). Strålebehandling mot hodet og tarmen kan gi gastrointestinale plager. Det er derfor ikke uvanlig å oppleve kvalme og nedsatt matlyst som bivirkning av behandling. I tillegg kan medikamenter, immobilisering grunnet smerter og såre slimhinner i tarmen, disponere for obstipasjon (Bringager et al. 2014).

3.2 Konvensjonell behandling av ALL

Det er tre behandlingsprotokoller for ALL, hvor intensiteten er forskjellig og avgjøres ut i fra risikogruppen barnet befinner seg i (Nyenget, 2014). Behandlingstiden i Norden er to og et halvt år, hvor målet er å gjøre barn raskt kreftfri, for så å vedlikeholde behandlingen den siste perioden for å minske tilbakefallsfare. Cytostatika er den viktigste delen av behandlingen, i tillegg til at barnet må få ulike glukokortikoider. Alle barn som med ALL får operert inn et sentralt venekateter (SVK), VAP eller Hickman. Dette har de under hele behandlingen, og får intravenøse medisiner gjennom denne. Cytostatika gis alltid på sykehus, hvor de regionale sykehusene har hovedansvaret. Cytostatika dreper kreftceller, men i tillegg skader det også kroppens friske celler. Det kan føre til store ubehag i form av at andelen friske blodceller synker som resulterer i at barnet blir slapt, blek og tungpustet. I tillegg er det økt sjanse for blødninger, blåmerker og sår som kan bruke lang tid på å gro (Nyenget, 2014). Foruten å redusere barns ubehag, bidrar god smertelindring til raskere mobilisering og kortere sykehusopphold, samtidig som det kan forebygge forverring av sykdom (Grønseth & Markestad, 2011).

3.3 Barn på sykehus

På sykehus må barn gjennom ulike prosedyrer, behandlinger og undersøkelser som kan skape bekymring og engstelse (Grønseth & Markestad, 2011). I tillegg kan usikkerhet, ubehag og stress være faktorer som kan innvirke på sykdom og innleggelse. Enkelte faktorer kan påvirke oppfattelsen av smerter til å virke verre, dette gjelder eksempelvis erfaringer barn er igjennom. Negative erfaringer barn tidligere har tatt del i, er med på å forsterke smerteopplevelsen. Barn tar lærdom i at legen eller mamma «påfører meg smerte», men at «de trøster meg når det er vondt». Positive erfaringer i form av berøring, trøst og ros, oppveier den negative opplevelsen. Barn blir fort utrygge i ukjente omgivelser og nærvær av foreldre, glede og humor er positive oppmerksomhetsfaktorer som skaper trygghet og velvære. Nærvær av foreldre gjør barn i stand til å takle smerter mer effektivt. Foreldre oppdager også lettest atferdsforandringer, og kan tolke barnets verbale utsagn som indikerer smerter (Grønseth & Markestad, 2011).

3.4 Sykepleierens rolle og ansvarsområder

Sykepleiere som jobber med barn må ha regelmessig mengdetrening i hvordan en skal kommunisere med barn ut i fra alder og utviklingstrinn. Det er i tillegg viktig å vite hvordan barn og foreldre opplever behandling (Reinertsen, 2008). Kunnskap om ulike sykdommer og kroppens patofysiologi er viktig grunnlag i møte med syke, men sykepleie er også mer enn anvendelse av medisinsk fagkunnskap (Nortvedt & Grønseth, 2013). Norsk sykepleierforbund (2011) har utarbeidet sin definisjon av sykepleie og sykepleierens rolle. De uttrykker at sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt være kunnskapsbasert. Sykepleierens rolle skal ivareta pasientens verdighet og integritet, herunder retten til sykepleie, medbestemmelse og ikke bli krenket (NSF, 2011). Sykepleiere har flere fagspesifikke funksjoner som preger måten en tilnærmer seg barn og ivaretar omsorg (Nortvedt & Grønseth, 2013).

Lindrende funksjon

Den lindrende funksjon til sykepleieren skal begrense omfanget av pasienters fysiske, psykiske og sosiale belastninger og står sentralt i omsorgen. Den lindrende funksjonen

innebærer å få anledning til å uttrykke behandling som oppleves og påvirker ens livsutfoldelse (Nortvedt & Grønseth, 2013).

Undervisende funksjon

Den undervisende funksjon til sykepleieren innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende. Det skal blant annet fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvenser av behandling og sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2013).

Helsefremmende og forebyggende funksjon

Den helsefremmende- og forebyggende funksjonen til sykepleieren skal styrke pasientens egne ressurser, eksempelvis ved å tilrettelegge for normal vekst og utvikling ved sykdom. (Nortvedt & Grønseth, 2013). Dette er den fasen jeg har lagt mest vekt på i oppgavens drøfting.

3.5 Tillit

Per Fugelli (2011) definerer tillitt som «menneskets følelse av andres godhet, ærlighet og dyktighet som er til å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, en makt til å handle på ens egne vegne, til ens beste» (Fugelli, 2011). Syke mennesker har behov for tillit, fordi sykdom ofte innebærer et tap av tillit til kropp, funksjonsevne og fremtid. Dette gjør at behovet for å stole på andre forsterkes. Tillit blir skapt gjennom seks punkter; tillit, personlig hjelper, å dele makt, bry seg, å ikke love for mye og kyndighet (Fugelli, 2011). Fysisk og psykisk tilstedeværelse av sykepleier er viktig for at barnet skal oppnå tillit til sykepleier (Grønseth & Markestad, 2011).

Det kan være vanskelig å opprette et tillitsforhold med barn, fordi de ofte er skeptiske til fremmede mennesker (Grønseth & Markestad, 2011). Fremmede kan fort virke truende på barn, og ved å heller holde avstand til barnet og henvende seg til omsorgspersoner kan være bedre. Å henvende seg til private leker, bøye seg ned og lytte kan skape kontakt. Sykepleiere i barneavdelinger kan både være tillitvekkende, men også bli sett på som en som utfører skremmende og ubehagelige prosedyrer, som kan svekke barnets tillit til sykepleieren. Sykepleiere bør tilstrebe å oppnå tillit til alle som blir innlagt på sykehus, og foreldrene, selv om en ikke alltid lykkes. Samarbeidet mellom alle parter kan være av betydning for barnet. Barn kan kategorisere sykepleiere som snille og slemme, basert på hva de sier og hvordan de blir oppfattet. Det er stor forskjell på sykepleier som smiler og snur seg til barnet, eller om

hun er alvorlig og står med armene ut i siden. Foreldre kan legge hindringer i veien for at sykepleier og barnet skal etablere tillitsforhold (Grønseth & Markestad, 2011).

3.6 Lek

Lek er en frivillig, lystbetont aktivitet barnet frivillig er interessert i (Grønseth & Markestad, 2011). Det er en viktig del av å være barn, motivert av indre lyster, og skjer kun på barnets premisser. De fleste barn uansett kultur bruker mye tid på lek, er en stor del av barns liv og det å være barn. Det er en aktivitet som foregår på likt, som skaper avstand til – og ufarliggjør følelser og opplevelser som er skremmende (Grønseth & Markestad, 2011). Lek er i tillegg en sentral motivasjonsfaktor og et godt kommunikasjonsmiddel på sykehus, som er med på å forbedre, informere og avlede det syke barnet fra smerter. Lek reflekterer barnets verden å se verden på (Grønseth & Markestad, 2011).

Lek spiller en viktig faktor i barns fysiske, kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling (Korsvold, 2009), og er også et kommunikasjonsmiddel som aktiviserer barn på sykehus, og åpner opp for å etablere kontakt (Eide & Eide, 2007). Lek er en ikke-medikamentell intervensjon som blir brukt for å skape tillit og trygghet (Eide & Eide, 2007), og et virkemiddel for å kunne danne bånd mellom pasient og sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2011). Lek er i tillegg viktig for barns livskvalitet, fordi den skaper glede, trivsel, mestingsopplevelser og mening. I tillegg er lek som mat og drikke for den mentale utviklingen. (Grønseth & Markestad, 2011).

Ved å la barn få lov til å gjøre noe de er spesielt interessert i, er et steg i retning mot å skape kontakt (Korsvold, 2009). I samsvar med barns kognitive utvikling, utvikler også leken seg. Lek går fra et individuelt plan, til å bli en sosial aktivitet i 6-12 års alderen, med regelleker som en favoritt (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleierens bruk av lek er en god måte å etablere bånd mellom seg og barnet. Tillit forutsetter kontakt som forutsetter et berøringspunkt mellom alle. Ulike berøringspunkt kan være hjelpemidler som lek, fortellinger osv (Eide & Eide, 2007).

4 Teoretisk rammeverk

I mitt teoretiske rammeverk vil jeg først presentere aktuelle sykepleiefaglige teorier basert på Joyce Travelbees kommunikasjonsteori gjengitt av Marit Kirkevold (2009). Videre skal jeg ta for meg hvordan en kommuniserer med barn, og utviklingspsykologien til Jean Piaget. Til slutt presenterer jeg juridisk og etisk rammeverk med fokus å oppgavens tematikk. Samlet med forrige kapittel, danner dette store deler av grunnlaget for drøfting.

4.1 Joyce Travelbee

Amerikanske Joyce Travelbee (1926-1973) har vært en pioner innenfor sykepleierfaget. Boken hennes «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» fra 1971 har per i dag fortsatt stor betydning for sykepleierutdanningen (Kirkevold, 2009). Teoriene til Travelbee er basert på eksistensialistisk filosofi av Søren Kierkegaard, og logoterapi av Viktor Frankl. Travelbee var opptatt av mellommenneskelige forhold i sykepleiefaget og hvordan en kunne finne mening i sykdom og lidelse. For å forstå hva sykepleie er og bør være, mener Travelbee at en må ha forståelse om hva som foregår mellom pasient og sykepleieren. Videre må en forstå hvordan denne interaksjonen oppleves, og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten og hans/hennes tilstand. Det tas del i erfaringer som er fellesmenneskelige, som eksempelvis sykdom, lidelse og tap. Som sykepleier må en bevisst bruke personlighet og kunnskap for å kunne gi god sykepleie (Kirkevold, 2009).

4.2 Kommunikasjonsteori

Travelbee mener et av de viktigste redskapene en har som sykepleier, er kommunikasjon (Kirkevold, 2009). Hun hevder kommunikasjon er en gjensidig prosess hvor en deler eller overfører tanker og følelser. Hensikten med kommunikasjon er å bli kjent med pasienten og å finne frem til og oppfylle behov, og etablere et menneske-til-menneske-forhold. God kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det Travelbee mener er sykepleierens hensikt; å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen og lidelse, for så å finne mening i disse erfaringene. Innholdet i kommunikasjonen skal være «velgjørenhet». Et menneske-til-menneske-forhold er et mål som etableres etter gjennomgåtte interaksjonsprosesser. De fem

fasene i interaksjonsprosessen er; 1) det innledende møtet 2) framvekst av individer 3) empati 4) sympati 5) gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2009). I det innledende møtet er møtet preget av to personer som ikke kjenner hverandre, og har generaliserte oppfatninger og forventninger til den andre. Sykepleierens oppgave er å være klar over hvordan «stereotype» oppfatninger preger inntrykk og hvordan en kan få øye på «individet» i pasienten. Etter hvert som interaksjonen blir bedre, kommer identiteter og personligheter til syne for den andre – og de begynner å etablere et bånd, og det blir framvekst av individer. Gjennom empati tar en del i og forstår meningen og relevansen av tankene og følelsene til andre. Sympati er et resultat av den empatiske prosessen, og det er ønske om å avhjelpe lidelse. Det er altså en ekte bekymring for andres lidelse. Siste fasen er en nær, gjensidig kontakt, hvor en deler tanker, følelser og holdninger. Den representerer en måte som to individer forholder seg til hverandre på (Kirkevold, 2009).

4.3 Kommunikasjon med barn

Eide og Eide definerer kommunikasjon som tegn som utveksles mellom to eller flere parter. Begrepet kommer fra det latinske ordet «communicare» som betyr å gjøre noe sammen (Eide & Eide, 2007). Det finnes ikke noen entydig oppskrift på hvordan en best kommuniserer med barn, fordi ethvert barn er unikt og hver situasjon er forskjellig. Barn befinner seg på ulike utviklingstrinn som utfordrer evnen til å kommunisere med barn på deres premisser og kognitive nivå. Kommunikasjon til barn bør bære preg av forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting (Eide & Eide, 2007). Barn uttrykker seg både via språk og atferd, og god kommunikasjon danner grunnlaget og nøkkelen for tillit. Det er best å bruke et naturlig og dagligdagsspråk, da manglende samsvar mellom nonverbale og verbale signaler, hemmer kommunikasjonen (Grønseth & Markestad, 2011). Kommunikasjon skal være en toveisprosess hvor budskap sendes frem og tilbake mellom sender og mottaker. For at barnet skal oppleve respekt og integritet, må sykepleieren kjenne deres væremåte, tanker og følelser, slik at barna blir møtt på et emosjonelt og kognitivt plan (Grønseth & Markestad, 2011). Bamser og metaforer er gode hjelpemidler i møte med barn og kommunikasjon (Sjøberg, 2013).

4.4 Barns kognitive utvikling

Jean Piaget (1896-1980) var en sveitsisk biolog og en anerkjent teoretiker innenfor kognitiv utvikling hos barn. Piaget er mest kjent for sine fire kognitive utviklingsstadier, og jeg har tatt utgangspunkt i perioden som baserer seg på barn i alderen 6-12 år, som kalles «den konkretoperasjonelle perioden» (Håkonsen, 2009). Piaget så på den konkretoperasjonelle fasen som et vendepunkt i den kognitive utviklingen (Askeland & Sataøen, 2009). Gjennom barndommen benytter barn flere metoder for å ta til seg informasjon, og kobler kunnskapselementer sammen på ulike måter, avhengig av alder (Håkonsen, 2009). Barn begynner å tenke mer fleksibelt, logisk og annerledes i denne alderen, og utvikler en tenkning mer lik voksne. Rundt 6 års alder kan barn se forandringer på én måte, bli kompensert av forandring på en annen måte, og evnen til reversibilitet vises også. I 7-8 års alder begynner barn å gjøre mentale rotasjoner, og tilpasser sine egne rammer. Tilpassing vises slik at de passer for en som har en annen orientering i rommet, og barnet gir så beskrivelser av hvordan en skal komme seg fra et sted til et annet (Askeland & Sataøen, 2009). Fra 10-11 års alder begynner barn å forstå komplekse fenomener som smerter, og skjønner gradvis kompleksiteten ved sykdom og behandling (Grønseth & Markestad, 2011). Barn helt opp i 12 års alder vil ha problemer med å tenke seg ulike løsninger på et komplisert problem og finne hvilke konsekvenser ulike alternativer kan medføre (Håkonsen, 2009).

4.5 Etske og juridiske overveielser

Barn har rett til å ha foreldre til stede mens de er innlagt på sykehus. I tillegg skal barn så langt det lar seg gjøre, legges inn på egne barneavdelinger og fortrinnsvis behandles av samme personalet under oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). De har rett på å bli aktivisert og stimulert under opphold på sykehus basert på forsvarlighet, i tillegg rett på å motta undervisning ut i fra opplæringsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-3). Barn har rett til å ha foreldre til stede under behandling og foreldrene har rett til informasjon om barnets tilstand, behandling og det som skal skje under oppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Målet med alle rettighetene er primært å sikre at pasienter oppnår sine rettigheter til å bli pasient, og de en har som pasient (Molven, 2012).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver sykepleieres profesjonsetikk og de forpliktelser som tillegger god sykepleiepraksis. Retningslinjene omhandler sykepleierens forhold til profesjonen, pasient, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunn (NSF, 2011). Verdiene som ligger til grunn for retningslinjene er barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, samt krav om at sykepleien som gis er kunnskapsbasert (Brinchmann, 2012). Helsepersonelloven er sykepleierens, som annet helsepersonells profesjonslov (Helsepersonelloven, 1999). I følge prinsippet om ikke-skade og velgjørenhet, plikter sykepleieren til å sørge for at pasienten ikke tar skade av behandlingen, men handler til det beste for pasienten (Slettebø, 2009). Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre verdig død. Sykepleieren skal gi forsvarlig og faglig hjelp, gi riktig og tilpasset informasjon og ivareta helhetlig omsorg (NSF, 2011). Tilpasset informasjon skal gis på en hensynsfull måte (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

5 Hvordan kan sykepleier bruke lek til å etablere tillitsforhold til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus?

Drøftingen skal belyse oppgavens tema, ved å sette ulike argumenter og synspunkter opp mot hverandre, med formål om å nå frem til et nytt synspunkt gjennom kombinasjon (Rienecker & Jørgensen, 2013). Som utgangspunkt for drøfting, har jeg valgt å benytte meg av fire av punktene i Travelbees kommunikasjonsteori. Disse punktene er; det innledende møtet, fremvekst av individer, empati og gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2009). I tillegg er også annen litteratur tatt med i oppgavens siste del. Fasene i Travelbees teori ses på som nødvendige for å etablere tillit. Hun er opptatt av å møte den enkelte pasient som et unikt individ, hvor sykepleiere må forstå pasientens opplevelse av situasjonen, og møte dem med både empati og sympati (Korsvold, 2009).

5.1 Det innledende møtet

Det innledende møtet, etableringsfasen, er når to ukjente mennesker starter en relasjon ved å hilse på hverandre. Dette kaller Travelbee «det innledende møtet» (Kirkevold, 2009). Det innledende møtet er preget av at ingen kjenner hverandre, og det er i stor grad «stereotype» oppfatninger av- og forventninger til hverandre. I denne fasen dannes et førsteinntrykk som får partene til å få en følelse av hvordan den andre er, på bakgrunn av observasjoner, inntrykk og vurderinger som blir gjort. Sykepleierens oppgave er å være klar over hvordan «stereotype» oppfatninger preger hennes inntrykk av den syke personen, og hvordan en kan bryte ut av denne kategoriseringen for å se det særegne i pasienten. En må klare å se barnet som et eget individ, uten å sammenligne tidligere pasienter. Sykepleieren må derfor ha evne til å gå ut av seg selv og sine interesser for å se andre som separate individer (Kirkevold, 2009).

Barn som blir diagnostisert med ALL vil oppleve fysiske, emosjonelle og psykologiske utfordringer som en bivirkning av den pågående behandlingen (Rindstedt, 2013). Selv om mange barn overlever kreft i dag, krever det behandling over lang tid, som kan være stressende for mange familier (Coyne, Amory, Gibson & Kierman, 2016). Sykehus og sykehusinnleggelse er belastende både for barnet og for familien (Sjøberg 2013). Det fører ofte med at kjente omgivelser og miljø med rutiner erstattes med usikkerhet og mangel på

kontroll. I tillegg oppstår utfordringer for barnet og barnets familie, som kan overstige mestringsevnen. Barnet skal sove i ny seng, møte nye mennesker og oppleve nye rutiner. Alle disse faktorene kan hver for seg føre til utrygghet og forsterke barns angstfølelse (Søjberg, 2013). I tillegg har barn ofte en oppmerksomhet som er springende, og barn i 6-12 års alder føler ofte usikkerhet med å åpne seg for fremmede mennesker. Videre lærer barn av erfaringer som oppleves, hvor negative erfaringer som tidligere er erfart, kan forsterke eksempelvis smerter (Eide & Eide, 2007). Barnets evne til mestring blir begrenset ved innleggelse, og den nye situasjonen skaper store utfordringer (Søjberg, 2013). Hvordan barnet opplever og reagerer på å komme på sykehus, avhenger av alder, utviklingsnivå, tidlige erfaringer og typen informasjon barnet får (Søjberg, 2013). Prosedyrer og undersøkelser kan skape mye engstelse og bekymring, og ifølge Grønseth & Markestad (2011) uttrykker barn at det er disse elementene som er det verste med sykeoppholdet. Faktorer som kan virke skremmende for barn ved innleggelse kan oppsummeres med:

- Smerter, ubehag og skader på kroppen
- Atskillelse fra foreldre
- Oppholdelse i ukjent miljø
- Frykt for ukjente fremmede
- Tap av autonomi og kontroll (Søjberg, 2013).

Fugelli (2011) sier tillit «blir skapt av moralsk integritet, som vil si at den du velger å gi din tillit, handler til det beste for deg». Etableringen av et menneske-til menneskeforhold begynner allerede i denne fasen når sykepleieren må innlede møte med barnet (Kirkevold, 2009). Før sykepleieren kan benytte lek i etablering av tillitsforhold, er det viktig å bli kjent med barnet først. Hva kjennetegner barnet, og hvem er det? Hva får dem til å le? Hva vet barnet fra før? Gjennom å bli kjent med barnet, må sykepleieren bruke seg selv, vise respekt og involvere seg (Grønseth & Markestad, 2011). Tillit styrkes gjennom personlig hjelp (Fugelli, 2011), og er sammen med trygghet nødvendig for å kunne opprette kontakt med barnet. (Korsvold, 2009). Eide og Eide (2007) viser til at god kommunikasjon er nøkkelen til tillit, og i det første møtet med barnet, skal sykepleieren bli kjent, møte deres behov, og hjelpe til for at de skal føle mestring. Helhetsperspektiv er derfor viktig i sykepleie til barn, og familiesituasjonen må tas i betraktning når sykepleieren skal starte prosessen å danne tillitsforhold (Grønseth & Markestad, 2011). Gjennom systematisk tilnærming til pasienten bruker sykepleieren fagkunnskaper for å finne frem til pasientens behov og hvordan de skal

møtes (Kirkevold, 2009). Sykepleieren vil i møtet med barnet, også komme i kontakt med foreldre. Barn kan ofte være passive deltakere i kommunikasjon, da de primært liker å høre på, mens foreldre blir informert (Sjøberg, 2013). I tillegg har barn rett til å ha minst en av foreldrene sine til stede under oppholdet, og foreldre skal ha mulighet til å være til stede hvis barnet ønsker det (Forskrift om barns opphold i institusjon, 2000). Et godt førsteinntrykk fra sykepleieren kan derfor være med på å påvirke hvordan resten av oppholdet blir, og kan skape en god opplevelse for alle parter (Grønseth & Markestad, 2011). Ved å henvende seg til foreldre eller bruke et leketøy gjennom sin rolle som sykepleier, kan barnet oppleve trygghet (Sjøberg, 2013).

I studien til Brady (2009) tydeliggjøres barns syn på hva de mener er gode og dårlige sykepleiere. Siden barn er vare for sykepleieres toneleie og nonverbale signaler, kan de kategorisere helsepersonell som både snille og slemme. Barn forventer eksempelvis at sykepleierne skal være omsorgsfulle og snille, og bidra til trygghet, aktivitet og underholdning (Brady, 2009). Det at sykepleieren eksempelvis setter seg ned på huk, eller på en stol for å prøve å komme i samme høyde med barnet, ser jeg på som et godt tiltak når en skal kommunisere. Det å etablere øyekontakt virker positivt på å nå barnets oppmerksomhet, som studien legger frem. Studien konkluderer også med at øyekontakt er viktig for barn i arbeidet med tillit, slik at de skal kunne klare å etablere et godt forhold til sykepleieren. Barn er i tillegg også observante på kroppsspråket sykepleieren viser, og er spesielt følsomme for om sykepleiere liker dem eller ikke (Brady, 2009).

Barn har som kjent krav på tilpasset informasjon ut i fra deres kognitive nivå, og må ikke sees på som små voksne (Eide & Eide, 2007). Et barn på 12 år tror jeg i enkelte tilfeller kan bli betraktet som «voksen». Grunnen til at barn ikke må sees på som små voksne har til dels å gjøre med biologiske forutsetninger, livshistorie og utviklingsfase (Sjøberg, 2013). Sjøberg (2013) bekrefter at barn er emosjonelt og kognitivt umodne, fordi de er i konstant utvikling, både fysisk, psykisk og sosialt. Eide & Eide (2007) skriver på bakgrunn av dette, at det kan være vanskelig å gi en spesifikk oppskrift på hvordan en best kommuniserer med barn (Eide & Eide, 2007). Travelbee hevdet kommunikasjon var et middel som skal brukes for å realisere sykepleiers formål, som i denne oppgaven er å etablere et tillitsforhold (Kirkevold, 2009). Kommunikasjon er i tillegg en gjensidig prosess, og viktigheten av at sykepleieren er bevisst på væremåte og framtoning er tydelig, da oppførsel kan virke inn på barnet og foreldre (Kirkevold, 2009). Å bli kjent med barnet som nevnt tidligere, danner grunnlaget for tillit. Tillitsskapende arbeid er ikke gjort i en hånd vending, og ofte må en prøve seg frem med flere

metoder (Eide & Eide, 2007). I Coyne et. al (2016) sin studie vises det at ved å tilegne seg kunnskaper om hva barnet spesielt interesserer seg i, er av betydning for å kunne danne tillit. En kan dermed se at sykepleieren i møte med barnet har mange utfordringer å møte, og et godt førsteinntrykk skaper gode rammer for videre tillit.

5.2 Fremvekst av individer

Etter hvert som interaksjonen mellom partene begynner å skride frem, kommer så den sykes og sykepleierens identiteter og personligheter til syne for hverandre (Kirkevold, 2009). De stereotype oppfatningene om hverandre forsvinner gradvis, og det bygges et bånd.

Sykepleieren vil få en forståelse for pasientens oppfatning av situasjonen, og pasienten skal oppfatte sykepleieren som en person. For at dette skal tilstrebes, må sykepleieren fri seg fra å oppfatte pasienten ut fra likheter med andre pasienter hun har pleiet (Kirkevold, 2009).

Barn har rett til å bli aktivisert på sykehus, så langt helsetilstanden deres tillater det (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999), og på sykehus vil barnet fort kunne miste mye av sin naturlige utvikling, og bli utrygge sammen med andre barn (Grønseth & Markestad, 2011). I begynnelsen kan alt virke skremmende på barnet, og det er derfor viktig at sykepleieren viser kunnskap om hvordan akkurat dette barnet bør mottas. Eide & Eide (2007) skriver om viktigheten av å huske at barn trenger hjelp til å forstå sammenhengende historier. I følge Orems utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov kommer det frem at lek er et viktig redskap å benytte seg av som sykepleier for å utføre behandlende, lindrende, forebyggende- og helsefremmende funksjoner i faget (Orem, 2001, gjengitt i Grønseth & Markestad, 2011).

Soares, da Silva, Cursino & Goes (2014) mener lek får barnet til å stole på sykepleieren. Grønseth & Markestad (2011) bekrefter at barn kommuniserer mye gjennom lek, både for å forstå, men også for bearbeide opplevelser og erfaringer. En kan ikke skille mellom barnet og leken, fordi barn er lekende vesener av natur (Grønseth & Markestad, 2011). Soares, et. al (2014) sier videre at lek er den beste måten å kommunisere med barn, fordi gjennom lek får sykepleiere en forståelse for barn som kan gjøre det enklere å oppnå og etablere tillit. Lek gjør det i tillegg lettere å danne bedre forståelse for barnets behov, og er med på å hjelpe både sykepleieren og barnet til å kunne forberede seg til en smertefull prosedyre (Soares, et. al, 2014). Videre skriver Grønseth & Markestad (2011) at varierte lekemuligheter er viktig for at barn skal unngå kjedsomhet, og lek hører sammen med latter (Grønseth & Markestad, 2011).

Barn benytter seg av musikk for å variere og berike leken, og ved å dramatisere eventyr med bevegelser og lyder. De får i tillegg inntrykk som de tilegner seg gjennom fakta gjennom bokstav -og tallsanger (Vestad, 2013). I tillegg til variert lek, blir venner viktig for barn i alderen 6-12 år. Det er derfor viktig at sykepleieren kan legge til rette for kontakt med venner, besøk og internett (Søjberg, 2013).

Innenfor pediatri er kunnskaper om normal vekst og utvikling helt sentralt. Det er allikevel forskjell på hvordan en 6 åring og en 12 åring forstår verden. Denne forståelsen vises gjennom Piagets teori om barns kognitive utvikling. Evnen til abstrakt tenkning øker etter 6 års alder (Håkonsen, 2009). Brady (2009) viser til at det er først fra 10 års alder at barn begynner å observere og uttrykke hva er som er god og dårlig sykepleie for dem. Dersom sykepleieren å ikke klarer å tilpasse seg etter barnets alder, kan det være ødeleggende og bli en konsekvens for tillitsforholdet. Dette viser at profesjonell kompetanse er viktig for barn, og at de legger merke til hvordan sykepleiere opptrer i arbeidet med tillit (Brady, 2009).

Sykepleierens evne til å kunne se den andre, avhenger i hvor stor grad om hun klarer å gå utover seg selv, sammen med interessen for andre som selvstendige individer (Kirkevold, 2009). Gode lytteegenskaper, samt det å være åpen og undrende til barnet, er viktig og en god start for å bygge et tillitsforhold (Grønseth & Markestad, 2011). Barn føler seg nærmere sykepleier ved å se at sykepleier viser interesse for dem og leken. Trygghet og tillit handler i stor grad om kontroll, og barn opplever kontroll i trygge omgivelser. Dette er omgivelser hvor det ikke er kjente mennesker fra før av, og hvor omsorgsfulle og varme personer kan være til god hjelp (Grønseth & Markestad, 2011). Brady (2009) bekrefter at barn forventer å møte sykepleiere som både er omsorgsfulle og snille med dem. Gjennom sykepleierens interesse for lek, kan barnet etter hvert begynne å merke at sykepleierens personlighet vokser frem, og et tillitsbånd kan bygges (Brady, 2009). At sykepleieren klarer å vise omsorg og skape pasientsikkerhet, er en svært sentral oppgave for å kunne etablere et godt samarbeid mellom alle parter. Samarbeidet er også essensielt i et tillitsforhold (Kirkevold, 2009).

5.3 Empati

Empati karakteriseres av at den er nøytral, altså verken god eller dårlig. Den oppstår ikke uten videre, og personene som er involvert må ha like erfaringer. Evnen til å forutsi eller fatte andres handlinger handler mye i hvilken grad bakgrunnen en har, og sykepleieren må derfor ha en situasjon å bygge på. I tillegg handler empati i stor grad om et å ønske å forstå og fatte

den andre personen (Kirkevold, 2009). Jeg tolker i denne sammenhengen tidligere kunnskaper om barns kognitive utvikling, kommunikasjonsmetoder og sykepleiers interesse for barnet fra de foregående fasene, som sentrale punkter inn i empatifasen. Da empati handler i stor grad om et ønske å forstå den andre personen og å ha noe å bygge på.

5.3.1 Etablering av tillitsforhold

Lek er både et supplement ved forberedelse til prosedyrer, og en nyttig metode i avledning. Dersom oppmerksomheten til barnet er vanskelig å fange, er lek et godt virkemiddel (Sjøberg, 2013). Soares et. al. (2014) skriver at å inkludere foreldre i lek med barnet, også er essensielt i arbeidet med tillit. I lek forklares verden og struktureres, og blir tydeligere for barnet (Soares et.al, 2014). Det skaper en avstand til og ufarliggjør følelser og opplevelser som er skremmende og forholde seg til i virkeligheten (Grønseth & Markestad, 2011). Li, Chung & Ho (2011) viser til at mangel på lek kan føre til at barnet utvikler avhengige atferdsmønstre, hjelpeløshet og depresjoner.

Historiefortellinger er et godt tiltak å benytte seg av for etablering av tillit. Barn trer ofte inn i roller som reflekterer over virkelige situasjoner, og som viser at de har god fantasi (Bringager et al, 2014). *Kjemomannen Kasper og de sure kreftcellene* er en bok sykepleier kan benytte seg av for å gi tilpasset informasjon ut i fra barnets kognitive nivå. Gjennom boken skaper barnet en fantasiverden og forsvinner vekk fra sykehushverdagen. Sykepleieren på sin side må være åpen for spørsmål fra barnet, og ta seg tid til eventuelle spørsmål som skulle komme. Siden barn er naturlig nysgjerrig av natur, setter de pris på å bli med på eksempelvis omvisning på medisinerom og se på utstyr etter det de har blitt fortalt om. Oppdagelsesferd er derfor en aktivitet som for mange barn er en spennende form for lek (Bringager et al, 2014).

Rindtstedt (2013) mener humor har en helende effekt på mennesker generelt, og viser til at lek kan redusere angst og stress. Oppdagelsesferd med barn som eksempelet viser, gjør sykepleiere bevisste på å inkludere barn i leken. Sykepleierne i studien til Rindtstedt (2013) forklarte videre at å gi maskiner og utstyr navn var av betydning for barna. Infusjonspumpen kunne eksempelvis bli kalt «gaphals», mens latekshansker kunne bli kalt «heksehansker». Barn fikk også komme med egne navn til utstyret, slik at sykepleierne i senere tid kunne bruke barnas ord i implementering av undersøkelser og prosedyrer. Lek på denne måten,

gjennom å tulle med utstyr, er en hverdagsaktivitet på onkologiske avdelinger (Rinstedt, 2013).

Rolleleker med andre barn på avdelingen kan på også være et godt tiltak for å fremkalle følelser hos barnet, og gjøre arbeidet med tillit enklere for sykepleieren. Når barn trer inn i rolleleker lever de seg inn i roller, føler kontroll og ser verden og sykehuset i et annet perspektiv enn deres vanlige hverdag (Bringager et al, 2014). Rinstedt (2013) viser også til at gjennom rolleleker blir barn i stand til å bearbeide opplevelser, samtidig som de får en fiktiv identitet. Å leve seg inn i historier ufarliggjør mye av det barnet kan føle som skremmende. Dette kan eksempelvis være hvordan behandlingen foregår (Rinstedt, 2013). Ved at sykepleieren henvender seg til private leker som eksempelvis kosedyr, kan fremkalle følelser hos barnet (Grønseth & Markestad, 2011). Studien til Brady (2009) viser på en annen side til at barn setter pris på når sykepleiere forteller når de er modige og roser dem (Brady, 2009). Kjente kosedyr fra hjemmet skaper trygghet og bidrar til å etablere en felles grunn mellom hjemmet og sykehusmiljøet (Grønseth & Markestad, 2011).

Ved terapeutisk bruk av rollelek kan sykepleieren gå inn i en rolle som spiller på at barnets «kosebamse» skal få sprøyte eller plaster. Barnet kan sitte å observere hva som hender, og det kan gi en forståelse om hva som skal skje (Sjøberg, 2013). En kan også snu om rollene, da barnet kan ha rollen som sykepleier, og bamsen eller sykepleieren være pasient (Reinertsen, 2008). Å la barnet ta føringen og føle kontroll er viktig, selv om det ikke skal utføres noen spesifikke undersøkelser eller prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2011). Sykepleierne på sin side, må tørre å slippe seg løs og leke med barnet for å vise at de er på deres nivå. Dersom sykepleieren klarer å oppmuntre til lek ved initiativ, foreslå aktiviteter og være lekekamerat, blir barnet trygge på leke med dem. En kan se fordeler av å la barnet utspille en bestemt rolle, fordi sjansene for at barnet skal gå bakover i den kognitive utviklingen ved et lengre sykehusopphold, vil minimeres (Grønseth & Markestad, 2011).

Korsvold (2009) viser et fint eksempel på hvordan sykepleieren kan benytte seg av lek til å etablere tillit. Det blir beskrevet en situasjon om en gutt som var svært engstelig og redd. Han gråt ofte, men på døren til guttens rom var det et bilde av Morten Skogmus fra *Hakkebakkeskogen*. I møtet med dette bildet, kunne hun fort tre inn i en annen rolle enn sykepleier. Da hun åpnet døren og entret rommet, spurte hun gutten; «er det du som er Morten Skogmus?» «Ja, svarte han» Videre spurte moren til gutten om hun var Klatremus da? Det var

hun selvfølgelig. Eksempelet viste at sykepleieren og barnet fikk andre roller og var dermed ikke truende. De lekte videre at de var de to musene, levde seg inn i rollene, uten at noen prosedyrer skulle bryte inn i forholdet til sykepleieren og barnet. Det eneste sykepleieren ønsket å oppnå med å møte barnet på hans nivå, var å vinne tillit. Tilliten til gutten fikk hun etter en tid, og dette var en solskinnshistorie å trekke frem for sykepleieren (Korsvold, 2009). En kan se at sykepleieren har benyttet seg av tidligere kunnskaper og erfaringer hun har om gutten, i forhold til interesser, kommunikasjon og utvikling. Disse kunnskapene var med på å gjøre at hun kunne møte gutten på hjemmebane i *Hakkebakkeskogen*, og så ble dratt inn i hans verden. Videre snakket hun et språk gutten kjente til, og da var tilliten vunnet. Resultatet er da at det er blitt skapt en relasjon som gjør at barnet stoler på sykepleieren og formidler trygghet, som vises ved at han ikke gråt, og heller ikke var mer redd eller engstelig (Korsvold, 2009). Som eksempelet illustrerer, viser barn hvordan de har det gjennom lek og, det kan gi nyttig erfaring.

Korsvold (2009) trekker også inn et eksempel om en jente som i løpet av tiden på sykehuset hadde fått mye spørsmål fra venner og familie om hvordan hun hadde det. I oppgitt tone svarte jenta «jada, jeg har det bra» da familie og venner spurte henne. Det var ikke vanskelig å skjønne at jenta var lei av å få dette spørsmålet. Dette er noe jeg også har personlig erfaring med fra tidligere. Jeg hadde en venn som ble rammet av samme sykdom og som eksempelet viste, sitter jeg igjen med samme inntrykk. Når folk hadde spurt hvordan vennen min hadde det eller hvordan det gikk med han, var dette noe han oppfattet som slitsomt. Spørsmålet om hvordan det gikk var et spørsmål han var lei av, både av å høre, og i det hele tatt svare på. Som eksempelet viser, er dette en erfaring jeg kan ta med meg og som er sentralt i arbeid med tillitsforhold til barn. Li, et.al (2011) tydeliggjør viktigheten av å implementere lek til barn på sykehus. Gjennom lek får barn muligheter til å delta på fritidsaktiviteter, som er med på å skape større engasjement. Et engasjement resulterer ofte i mestringsfølelse. Sammen med Rindstedt (2013) sin studie, konkluderer også Li et. al (2011) med at lek reduserer stress. I tillegg viser Li et. al (2011) til at lek gir bedre fysisk tilpassing til sykdom og sykehusopphold. Empati fremmes av rik erfaringsbakgrunn og et ønske om å hjelpe og forstå den andre personen (Kirkevold, 2009). Erfaringene og omsorgen sykepleieren har vist for barnet, er derfor sentralt for å kunne vise empati.

5.4 Gjensidig forståelse og kontakt

I denne sisten fasen er målet å oppnå gjensidig kontakt, hvor en deler tanker, følelser og holdninger. Fasen representerer en måte som to individer forholder seg til hverandre på (Kirkevold, 2009). Gjennom de foregående fasene i kommunikasjonsprosessen, tolker jeg denne fasen som at sykepleieren og barnet forholder seg til hverandre, og har etablert god forståelse og kontakt. For å hindre negative følger for tillitsforholdet, er det viktig at barnet får god informasjon av sykepleieren, slik at det ikke dannes mistillit (Søjberg, 2013). Hensikt med informasjon er å redusere eller fjerne usikkerhet. For barn er det lettere å gjennomgå prosedyrer når de er forberedt på hva de skal. Alder, utviklingsnivå og tidligere erfaringer, påvirker som sagt barnets oppfattelse av situasjoner og deres mottakelighet for informasjon. Dette er god informasjon å bruke for å eventuelt forberede barnet til prosedyrer (Søjberg, 2013). Ved å benytte lek som en måte å gi informasjon, viser sykepleieren en annen side av tillit, som også er med på å skape trygge rammer for barnet. Barn i 6-12 års alder ønsker informasjon og spør når det er noe de lurer på. Det er derfor lurt å oppfordre barn til å stille spørsmål og gjenfortelle sin oppfattelse av situasjonen. I tillegg burde barn og foreldre informeres sammen (Søjberg, 2013). For barn ned i 6års alder oppfordrer Søjberg (2013) til å benytte dukker og medisinsk utstyr som hjelpemidler til å formidle informasjon, mens for de største barna kan medisinsk utstyr, og informasjonsbrosjyrer eller anatomibøker være av betydning.

Historiefortellingen om *Kjemomannen Kasper* nevnt tidligere i oppgaven, er med å forsterke sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon i arbeid med barnet (Bringager, et. al, 2014). Sykepleierne viser kunnskap i gjennom denne som oppfyller informasjonskravet i pasientrettighetsloven, hvor informasjonen skal være tilpasset individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte (Søjberg, 2013, Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg er det i arbeidet med barn viktig å huske at er autonomi skal tas hensyn til, slik at barnet selv får lov til å være med på å bestemme innenfor en viss ramme (Reinertsen, 2008). Gjennom å formidle informasjon bør sykepleieren ha etablert tillit til barnet. Det bør også være god forståelse for barnets forståelsesramme, og som nevnt tidligere kan det både være tidskrevende og utfordrende å oppnå barns tillit. Dette er fordi barn ofte er skeptiske til fremmede (Søjberg, 2013). Det er ikke alltid et tillitsforhold kan tilstrebes uten komplikasjoner. I studien til Li, et.al (2011) viser resultater at foreldre ofte tror at hvile for å samle krefter, er det beste for barnet i stedet for å leke, noe som strider imot resultatene.

Foreldrene i studien ønsket heller ikke at barn skulle delta i sosiale aktiviteter med andre barn, da de var redde for at barnet skulle utvikle infeksjonssykdommer. Studien til Soares, et. al (2014) har også sett bakdeler av å benytte lek i arbeidet med å etablere tillit hos barn. Flere av sykepleierne i studien hevdet at det ikke var hensikt å bruke lek som supplement til medisinsk behandling, og forklarte dette med at de mener lek er flaut å bruke tid på. I tillegg viser resultater av studien at mangel på tid er en årsak til at lek blir nedprioritert. Dette bekreftes også i studien til Brady (2009) som viser til at lek fort kan bli glemt. Både studien til Soares, et al (2014) og Li, et al (2011) nevner administrering av medisiner, administrative oppgaver og cytostatika tar opp mye av tiden deres, og at det går utover tid til å aktivere og leke med barn. Sykepleierne i studien til Soares et.al (2014) kunne i tillegg unngå å snakke med barnet om informasjon, men heller velge foreldre når de skulle informere (Soares et.al, 2014).

Travelbee hevdet at kommunikasjon skulle være en gjensidig prosess hvor en deler eller overfører tanker og følelser (Kirkevold, 2009). Den gjensidige prosessen blir dermed ikke tilstrebet ut i fra studiens funn. Studien til Coyne et.al (2016) viser funn hvor helsepersonell ikke ønsker å skjule eller unnlate å informere noe for barn. De begrunner dette med at barn ned i 6-7 års alder kan merke når noe blir skjult for dem. Barn stiller også direkte spørsmål til helsepersonell hvis det er noe de lurer på i forbindelse med sykdom. I jobben som sykepleier og helsepersonell blir dermed en sentral oppgave å faktisk svare på disse spørsmålene, men på en sensitiv måte (Coyne et.al, 2016). Resultatene fra de ulike studiene, viser at sykepleierne i tilfeller kan havne i situasjoner der en må stille seg spørsmål om enkelte handlinger er riktig for barnet, og som kan stride imot å etablere tillit. Ifølge prinsippet om ikke-skade og velgjørighet, plikter sykepleieren til å handle til det beste for pasienten, og sørge for at de at ikke tar skade av behandling (Slettebø, 2009). Tilbake til Coyne et. al sin studie (2016), konkluderes det at med implementering av informasjon fra alle parter, gjør barn mer tilfreds. Tanker eller følelser barnet kan ha under behandling, kan bli vanskelig å oppdage dersom det ikke implementeres gjensidighet fra alle parter. Ved at sykepleierne benytter foreldre i stedet for å søke oppmerksomheten til barnet, kan svekke tryggheten og tilliten barnet har etablert til sykepleieren (Coyne et. al, 2016). Korsvold (2009) skriver at trygghet ikke oppstår med sykepleiere gang møter barn. Trygghet er noe som må arbeides med over tid, og det baserer seg mye på hvilken erfaring og refleksjon en har (Korsvold, 2009). Det samme gjelder for sykepleieren som gjennom Travelbees kommunikasjonsteori har lagt ned ressurser i å etablere tillitsforhold.

6 Avslutning

Jeg har gjennom denne oppgaven tatt for meg hvordan sykepleier kan bruke lek for å etablere tillitsforhold med barn. Resultatene viser at lek spiller en sentral rolle i å etablere tillit til barn med akutt lymfatisk leukemi på sykehus. Barn viser hvordan de har det og uttrykker følelser gjennom lek, og det er viktig å ta med seg inn i arbeidet som sykepleier. Sykepleieren må gjennom kommunikasjon i møte med barn, bli kjent, tilegne seg kunnskaper om hva barnet interesserer seg i, og deres tidligere erfaringer. For at barn skal oppleve å bli møtt på et emosjonelt og kognitivt plan, er de nevnte faktorene viktig. Øyekontakt virker positivt på å nå barns oppmerksomhet, og gjennom å vise initiativ, foreslå aktiviteter og være lekekamerat for barnet, etableres tillit mellom sykepleieren og barnet. I tillegg er det å snakke et språk barnet kjenner seg igjen i, essensielt for vinne tillit. Barn følers seg nærmere sykepleiere når de viser interesse for leken, signaliserer trygghet, er åpen og lytter til barnet.

Forskning i oppgaven har vist positive fordeler og gode holdepunkter for å benytte lek med barn i alderen 6-12 år på sykehus. Resultatene viser at lek er den beste måten å kommunisere med barn fordi sykepleieren får forståelse for barnet. I tillegg struktureres verden og blir tydeligere for barnet. I tillegg til å redusere ubehag og stress, kan lek også ifølge forskningen få barnet til å stole på sykepleieren, som er helt sentralt for å kunne etablere tillitsforhold. Lek kan i tillegg også både benyttes som supplement ved forberedelse til prosedyrer, og er en nyttig metode i avledning.

Litteraturliste

- Askeland, L., & Sataøen, S-V. (2009). *Utviklingspsykologiske perspektiver på barns oppvekst*. (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5) :543-560. [doi:10.1177/0969733009106648](https://doi.org/10.1177/0969733009106648)
- Brinchmann, B.S. (2012). *Etikk i sykepleien*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R., & Mørk, A.C. (2014). *Barn med kreft – en medisinsk sykepleiefaglig utfordring*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Coyne I., Amory. A., Gibson F., & Kiernan G. (2016) Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange. *European Journal Of Cancer Care* 25: 141–156. <http://dx.doi.org/10.1111/ecc.12411>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eide, H., & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Fugelli, P. (2011, 20.juni). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>
- Grønseth, R & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). Lov om helsepersonell m.v helsepersonelloven. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2
- Håkonsen, K.M. (2009) *Innføring i psykologi*. (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kirkevold, M. (2009) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Korsvold, L. (2009). Lek og barnesykepleie. *Sykepleien*. 2002 90 (12): 39-43.
[doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0035](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0035)
- Li, W. H., Chung, J. O., & Ho, E. K. (2011). The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, (20) (15/16), :2135-2143. [doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x)
- Molven, O. (2012). Sykepleie og jus. (4.utg). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red). *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg.) (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nyenget, T. (2014) Leukemi hos barn. *Barnekreftforeningen*. Hentet fra:
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-barn/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven -pbrl (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reinertsen, H. (2008) Smerte hos barn. I: T. Rustøen & A-K. Wahl (red). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1.utg.) (s 76-104) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rienecker, L., & Jørgensen, P.S. (2013) *Den gode oppgaven -håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Rindstedt, C. (2014). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child: Care, Health & Development*, 40(4) :580-586. [doi:10.1111/cch.12064](https://doi.org/10.1111/cch.12064)
- Sander, K. (2014, 02.mars). Kvalitative intervjuemetoder for datainnsamling. *Kunnskapssenteret*. Hentet fra: <http://kunnskapssenteret.com/kvalitative-metoder/>
- Slettebø, Å. (2009) *Sykepleie og etikk*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Soares, V.A., da Silva, F.V., Cursino, E.M., & Goes, F.G.B. (2014). The use of playing by the nursing staff in palliative care for children with cancer. *Rev Gaúcha Enferm* (3) 35: 111-116. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.43224>
- Storm-Mathisen, I., & Zeller, B. (2010) Kreft hos barn. I: A-M. Reitan & T-K. Schjøllberg (red). *Kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling*. (3utg.) (s. 672-679). Oslo: Akribe AS

Søjberg, I.L (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I: D-G. Stubberud (red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg). (s. 114-146). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Søk og Skriv. (2016, 12.januar). APA 6th. Hentet fra: <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>