

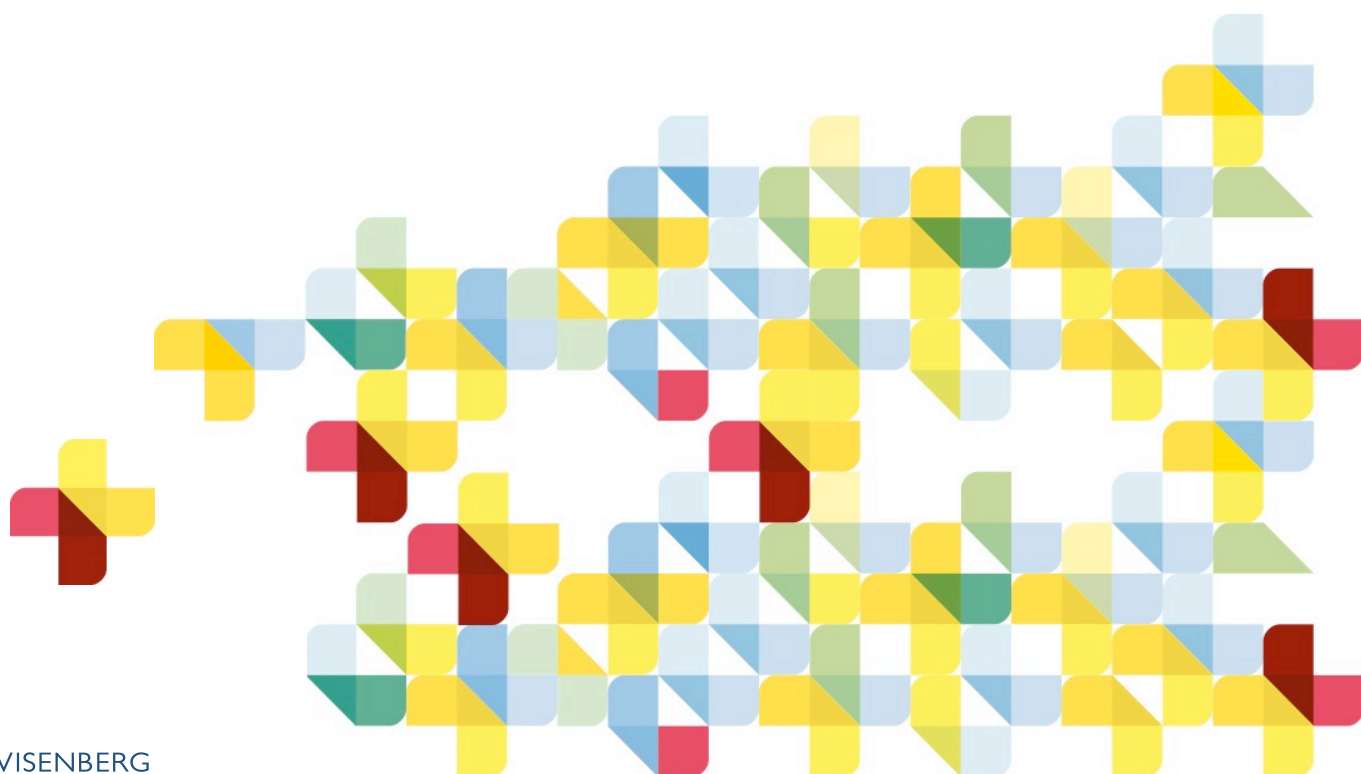


# Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi?

Kandidatnummer: 429  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9001  
Dato: 14.04.16



Tittel: Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi?

## ABSTRAKT

### Problemstilling

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi?

### Metode

Metoden er en litteraturstudie. Det er funnet relevant pensum-, fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen. Forskningsartiklene er funnet via Sykepleien forskning, Cinahl og Web of Science. Noe litteratur er også funnet via bibliotekets søkedatabase Oria. Det er brukt PICO skjema og relevante søkeord for å finne aktuell forskning.

### Teoretisk perspektiv

Det er benyttet teori om akutt lymfatisk leukemi, hvordan det er å være ungdom med kreft og hva smerter er. Joyce Travelbees teori, om menneske-til-menneske forholdet, blir brukt for at sykepleieren skal se ungdommen som et enkelt individ, slik at sykepleieren kan bygge opp en relasjon til ungdommen. Utviklingsteorien beskriver i hvilken fase ungdommen er, og hva sykepleier må ta hensyn til. Smertekartleggingsverktøy blir tatt opp da det er dette som er lagt fokus på i oppgaven. Den didaktiske relasjonsmodellen blir beskrevet da undervisning og veiledning er sentralt for ungdommen, og sykepleieren må sette seg inn i ungdommens sykdom før hun begynner med undervisning.

### Drøfting

Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske forholdet sammen med den holistiske tilnærmingen går igjen gjennom hele drøftingen, da sykepleieren skal se på menneske som et enkelt individ og meninger skal bli hørt. Det er tatt opp hvordan sykepleieren kan bygge en relasjon til ungdommen gjennom ulike kommunikasjonsmetoder. Videre er det drøftet og problematisert smertekartlegging, i form av sykepleierens teoretiske kunnskap og hvordan dette formidles videre til pasienten.

### Konklusjon

Sykepleier bør bruke sin veiledende og undervisende funksjon for å gi kreftpasienten informasjon og innsikt i sin egen sykdom og behandling. Det viktigste sykepleieren kan gjøre for å nå frem til ungdommen er å skape en tillitsfull relasjon, for å kunne kartlegge smertene på en best mulig måte.

**Nøkkelord: akutt lymfatisk leukemi, smerter, ungdom, smertekartlegging, kommunikasjon**

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens hensikt.....	2
1.2 Valg av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.5 Oppgavens oppbygning.....	3
2. Metode.....	4
2.1 Anvendt metode og begrunnelse.....	4
2.2 Litteratursøk og søkehistorikk.....	4
2.3 Kildekritikk.....	5
3 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag.....	6
3.1 Lovverk.....	6
3.2 Etikk og yrkesetiske retningslinjer.....	6
3.3 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	7
4 Teoretisk rammeverk.....	9
4.1 Barnets utvikling.....	9
4.2 Akutt lymfatisk leukemi.....	11
4.3 Kreft hos ungdom.....	13
4.4 Smerter.....	13
4.5 Kartlegging.....	15
4.6 Kommunikasjon.....	16
4.7 Informasjon og veiledning.....	17
5. ”Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi?” ..	19
5.1 Etablering av relasjon.....	19
5.2 Kartlegging av smerte.....	21
5.3 Undervisning og veiledning.....	23
6. Konklusjon.....	26
Litteratur.....	27

# 1 Innledning

Hvert år diagnostiseres det omtrent 30-40 nye tilfeller av leukemi hos barn under femten år i Norge, hvor 80-85% av tilfellene er akutt lymfatisk leukemi (Helsedirektoratet, 2015). Dette er den typiske barnekreften og er mest vanlig i to til fem års alderen, men kan også oppstå i tenårene (Nyenget, 2015), og har som oftest en gunstig prognose (Oncolex, 2015).

Behandlingen varer i to og et halvt år og målet er å få barnet kreftfri, for så å vedlikeholde behandlingen den siste perioden for å hindre tilbakefall. Cytostatika er den viktigste delen av behandlingen (Nyenget, 2015). Mange smertetilstander innen kreft hos barn er knyttet til behandlingen av cytostatika, deriblant skjelettsmerter (Bringager, Hellebostad & Sæter, 2014). Når barnet gjennomgår cytostatika behandling er det også viktig med glukokortikoider da dette vil virke toksisk på lymfoid vev og gi cytolyse. Dette er en virkning som utnyttes ved behandlingen av lymfatisk leukemi hvor cellene vil være av lymfoid opprinnelse (Jenssen, 2013). Innenfor leukemibehandlingen er glukokortikoidenes hemmende effekt på immunforsvaret viktig, og de virker også som en cytostatika på lymfoblaster (Barnekreftforeningen, 2015).

Studier viser at barn og ungdom opplever moderat og alvorlig grad av smerte under sykehusopphold og at dette verken blir vurdert eller behandlet tilfredsstillende (Hovde, Granheim, Christophersen & Dihle, 2011). Smerte regnes som en faktor som skaper mye stress hos mennesket, og underbehandlet smerte har negative konsekvenser som utvikling av kroniske smerter (Hovde et al., 2011). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er det skrevet at sykepleierens plikt er å vise omsorg for alle som lider (Norsk sykepleierforbund, 2011), smertelindring bør derfor være sykepleierens prioritet (Hovde et al., 2011). I følge helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999), som vil si at i følge forsvarlighetskravet skal sykepleier sikre at pasienter ikke påføres skade, unødig lidelse eller smerte (Norsk sykepleierforbund, 2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 1.3 sier at sykepleieren selv har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Kartlegging er således en viktig del av sykepleierens oppgave, og det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om dette. Artikkelen til Hovde et al. (2011) rapporterer at det er et gap mellom teoretisk kunnskap om praktisk handling. Det kom også fram i studien at ungdommen er den beste til å selv vurdere

sin egen smerte, og at smerte både skal behandles og vurderes individuelt (Hovde et al., 2011).

### **1.1 Oppgavens hensikt**

Ettersom det påpekes i litteraturen at smerte er en faktor som skaper negative konsekvenser for mennesket, og at ubehandlet smerte kan gi negative konsekvenser som utvikling av kroniske smerter, er hensikten med denne litteraturstudien å finne litteratur som kan belyse hvordan sykepleier kan gjøre en god kartlegging ved hjelp av kartleggingsverktøy til ungdom med akutt lymfatisk leukemi. Ved kartlegging av smerter er også sykepleierens egne observasjoner sentrale. Å arbeide med barn med kreft krever at sykepleier må ha kunnskap om mennesker, kunne kommunisere med barn, tolke mennesker og handle på en tillitsvekkende måte ovenfor barn og ungdom (Bringager et al., 2014). For å kunne dette trengs det kunnskap om hva som påvirker barns smerteopplevelse og i hvordan barn i ulike aldre uttrykker smerte (Bringager et al., 2014).

### **1.2 Valg av problemstilling**

Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos barn med akutt lymfatisk leukemi?

Jeg har valgt denne problemstillingen i min avsluttende oppgave da dette er temaer jeg har stor interesse for. Jeg har følt innenfor denne aldersgruppen da jeg har lyst til å finne ut hvordan sykepleier kan bygge en relasjon til ungdom, spesielt siden dette kan være en vanskelig gruppe og forholde seg til. Hensikten vil være å finne kunnskap om hvordan sykepleier kan kartlegge smerter ved hjelp av kartleggingsverktøy hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi.

### **1.3 Avgrensning**

Jeg har valgt å forholde meg til ungdom i aldersgruppen tolv til femten år og akutt lymfatisk leukemi, da dette er den mest vanlige typen kreft hos barn (Zeller & Storm-Mathisen, 2010). Jeg har også valgt å forholde meg til smertekartlegging da en god kartlegging er viktig for å kunne lindre smertene. I oppgaven har jeg valgt kun å forholde meg til ungdommen, selv om

pårørende er sentrale når pasienten legges inn på sykehuset og det er viktig med et godt samarbeid med foreldrene. Det vil også være forskjeller i utviklingen til en ungdom på tolv år og en ungdom på femten år, så jeg vil også ta for meg det formaloperasjonelle stadiet som tar for seg disse forskjellene. For å kartlegge smerter finnes det flere ulike kartleggingsverktøy man kan benytte, som for Facial Pain Scale, Visual Analogue Scale og Numeric Rating Scale (NRS). Jeg har valgt å forholde meg til NRS da dette er et endimensjonalt kartleggingsverktøy som har et godt bilde av hvor sterk smerteintensiteten er. Ungdommen liker ofte å bli behandlet som voksne, og bruk av NRS kan gi de en følelse av dette fremfor bruk av Facial Pain Scale.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

Jeg velger å definere aldersgruppen som ungdommer da Bringager et al. (2014) skriver at i sykehussammenheng blir barn mellom tolv og atten år betraktet som ungdom. I oppgaven er pasienten omtalt som han, og sykepleier blir omtalt som hun, da det generelt sett er flere kvinnelige sykepleiere enn mannlige.

#### **1.5 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er delt inn i seks kapitler, med forside, abstrakt, innholdsfortegnelse og en litteraturliste. Kapittel en er forbeholdt en innledning med en kort begrunnelse av valgt problemstilling med avgrensninger, begrepsavklaring og oppgavens oppbygning. Kapittel to er metode, med en kort innføring i anvendt metode, søkehistorikk og kildekritikk. Under kapittel tre er sykepleierens kunnskapsgrunnlag med en innføring i hvilke lover og forskrifter som er relevant for oppgaven, samt de yrkesetiske retningslinjene. Under kapittel tre presenteres også Joyce Travelbees sykepleieteori og den holistiske tilnæringsmåten. Teoridelen er forbeholdt kapittel fire, hvor utviklingsteori blir presentert. Under kapittel fire vil jeg ta for meg en kort introduksjon av akutt lymfatisk leukemi, hvordan det er å være ungdom med kreft og hva smerter er. Det er også under kapittel fire jeg vil ta for meg smertekartleggingen. I kapittel fem er det en drøftingsdel hvor jeg diskuterer, samt svarer på teoridelen ved hjelp av pensum-, fag- og forskningslitteratur. Kapittel seks er konklusjon hvor jeg svarer på oppgavens problemstilling.

## **2. Metode**

En vitenskapelig metode er en systematisk fremgangsmåte som kan eksplisiteres slik at den som leser oppgaven kan gjennomgå det samme søket og nå fram til det samme resultatet (Rienecker & Stray Jørgensen, 2013). Metoden er redskapet for å samle inn data eller den informasjonen vi trenger til å svare på problemstillingen i oppgaven (Dalland, 2014).

### **2.1 Anvendt metode og begrunnelse**

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke en litteraturstudie, da dette er en av rammene som skolen har satt. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thiedemann, 2015). Det vil si innhenting av fag- og forskningslitteratur som er relevant for problemstillingen (Dalland, 2014). I min oppgave er det brukt pensum- og egenvalgt litteratur, samt fag- og forskningsartikler fra ulike databaser. Dette resulterte i mye data i et litteratursøk som var praktisk gjennomførbart, hvor hensikten med litteratursøket var å finne faglig og forskningsbaserte artikler som kunne utdype valgt problemstilling.

### **2.2 Litteratursøk og søkehistorikk**

Søkene på artikler i denne oppgaven er i hovedsak gjort på Cinahl, Sykepleien forskning og Web of Science, samt at det er funnet relevant faglitteratur på biblioteket. PICO skjema er blitt brukt som verktøy for å gjøre strukturerte søk som gir mest mulig relevante funn. Spesielt har P, I og O vært nyttig i bruken av PICO. P står for population, mennesker og situasjoner, I står for tiltak og O står for resultater (Bjørk & Solhaug, 2008). For å få nyere forskning har det blitt gjort en avgrensning innenfor ti år og full text. De sentrale søkeordene har vært acute lymphatic leukemia, acute lymphoblastic leukemia, pain, pain assessment, adolescence, nursing care, communication, child og chemotherapy. Søkene har blitt utført med ulike kombinasjoner av søkeordene, hvor det først har blitt gjort enkeltsøk for så å kombinere med AND. For å finne relevante artikler har jeg også vært inne i andre artiklers referanser og sett på artiklene derfra.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere å karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2014).

Boken av Joyce Travelbee er mer enn ti år gammel, men jeg har allikevel valgt å bruke den da dette fortsatt er relevant i dagens sykepleiepraksis. Travelbee ansees som en anerkjent teoretiker og jeg har derfor valgt å bruke henne. Mellommenneskelige forhold i sykepleie er en bok skrevet av kun Joyce Travelbee og det er viktig å være obs på at det kun er hennes meninger som kommer fram i denne boken da den ikke er blitt fagfellevurdert. Boken kom opprinnelig ut i 1971, men har blitt revidert i etterkant slik at den holder seg oppdatert. Smertedefinisjonen fra International Association for the Study of Pain er mer enn ti år gammel, men jeg har valgt å bruke den da det er denne smertedefinisjonen som står oppført i nyere bøker, og jeg ser den relevant for den sykepleiepraksisen som blir utført i dag.



### **3 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag**

Sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag er i stadig utvikling og består av ulike typer kompetanse og kunnskap. I tillegg til teoretisk kunnskap må sykepleier kunne bruke sine sanser oppmerksomt i møte med sine pasienter (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012). Evnen til å observere, se, lytte, kjenne og evnen til innlevelse er nødvendig i møte med pasienten. Sykepleieutøvelsen skal være kunnskapsbasert, dette innebærer at fagutøvelsen er basert på forskning integrert med klinisk erfaring og pasientens preferanser (Kristoffersen et al., 2012). I følge Norsk sykepleierforbund (2011) og Helsepersonelloven (1999) er sykepleier pliktet til å holde seg oppdatert på nyere forskning og anvende denne i praksis, samt at praksis er etisk, juridisk og faglig forsvarlig.

#### **3.1 Lovverk**

Helsepersonelloven § 4 sier at alt helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra deres kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). Dette vil si at vi ikke skal påføre pasienten skade, unødige lidelse eller smerte (Norsk sykepleierforbund, 2013). Forsvarlighetskravet er satt sammen av to typer ansvar knyttet til hverandre. Sykepleieren har et ansvar som er individuelt, som også er nevnt i helsepersonelloven § 4, ansvaret for faglig yrkesutøvelse. I helsepersonelloven § 16 står det at arbeidsgiver har ansvar for å legge til rette for sikring av rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig bemanning (Norsk sykepleierforbund, 2013), som er relevant for oppgaven da kartlegging må dokumenteres. I følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon kapittel 1 § 5 skal barnet fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet. Videre står det at personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999).

#### **3.2 Etikk og yrkesetiske retningslinjer**

I følge yrkesetiske retningslinjer kapittel 2 skal sykepleier ivareta pasientens verdighet og integritet. Dette innebærer å gi helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene forteller videre i § 2.1 at

sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Videre forteller § 2.3 at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). I følge Norsk sykepleierforbund (2011) kapittel 2 § 2.5, skal sykepleieren respektere pasientens rett til å foreta valg, herunder å frasi seg sin rett til selvbestemmelse. Dette minner om autonomiprinsippet til Brinchmann (2013), hvor hun presententerer at autonomi er plikten til å respektere autonome personers beslutninger. I dag anses pasientautonomi som et sentralt etisk og juridisk prinsipp hvor pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og diagnose, og om forhold som angår dem selv og egen livssituasjon (Brinchmann, 2013).

En holistisk tilnærming innebærer at pasienten skal betraktes som et medmenneske og en likeverdig samarbeidspartner når deres helseproblem skal løses (Odland, 2013). Sykepleier skal ikke forholde seg nøytralt eller behandle pasienten som et objekt. Ved at sykepleier og pasient går inn i en relasjon vil pasienten føle seg bekreftet (Odland, 2013). En holistisk tilnærming vil si at pasienten får den hjelpen han trenger, tar pasienten på alvor og får den omsorg han trenger når han legger fram sine problemer. God informasjon om og forklaring på egen sykdomstilstand, planlagte prosedyrer og behandling fremmer trygghet og minsker det psykologiske stresset som ungdom med akutt lymfatisk leukemi blir utsatt for (Odland, 2013).

### **3.3 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Travelbee (1999) skriver at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom, dessuten er sykepleie knyttet til det å forebygge sykdom og å fremme helse. Sykepleien i seg selv er også en prosess da det vil være en hendelse, eller en serie av hendelser som inntreffer mellom en sykepleier og de individer som har behov for den hjelpen sykepleieren kan gi. Ved å betrakte sykepleien som en prosess understreker det den dynamiske karakteren ved en sykepleiesituasjon. I enhver sykepleiesituasjon skjer det en prosess eller en forandring som et resultat av samspillet som skjer mellom pasienten og sykepleieren (Travelbee, 1999). Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Sykepleie består av å hjelpe den syke og lidende til å finne mening i den situasjonen han er i (Travelbee, 1999). Dette skjer gjennom et menneske-til-menneske forhold, som er et sentralt begrep i Travelbees sykepleieteori.

Sykepleiens mål og hensikt kan kun oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Det er her avgjørende av sykepleier og pasient kommer over det stadiet hvor de ser på hverandre som roller, og kommer inn i et stadiet hvor de ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike personer (Travelbee, 1999).

### **Joyce Travelbee og smerter**

I følge Travelbee (1999) er psykisk og fysisk smerte menneskelige erfaringer som vi alle vil møte på før eller siden i livet. Smerte er et problem for den som utsettes for det og for sykepleieren som arbeider med syke og lidende mennesker (Travelbee, 1999). Smerte er et vagt begrep fordi smerte ikke er synlig i den grad at den ikke kan observeres, en kan kun observere virkningene av den (Travelbee, 1999). Det er vanskelig å formidle smerteerfaringene sine til andre, og derfor vil det også være vanskelig å vurdere graden eller intensiteten av andres smerte. Som sykepleier har man visse oppfatninger av hvor sterke smerter en person har, men en kan aldri være helt sikker på hvor sterke disse er (Travelbee, 1999).

## **4 Teoretisk rammeverk**

Teori beskriver et bestemt fenomen, og en trekker bare fram de aspektene som vurderes som viktige i den aktuelle sammenhengen (Kristoffersen, 2012). Det teoretiske rammeverket i denne oppgaven bygger på forskningsbasert kunnskap, samt relevant pensum- og selvvalgt litteratur. Det er det teoretiske rammeverket som ligger til grunn i kapitlet hvor problemstillingen skal drøftes.

### **4.1 Barnets utvikling**

Barn kan alle være svært forskjellige, og kan opptre ulikt i ulike situasjoner. Med kunnskap om hvordan et barns utvikling skjer kan sykepleieren lettere forstå hva som bidrar til individuelle forskjeller hos barn og ungdom. Forståelse av utvikling innebærer også at sykepleieren forstår hva som bidrar til individuelle forskjeller, og de forskjellige utviklingsprosessene hos de ulike aldersgruppene (Håkonsen, 2014).

Utviklingen skjer gradvis, uten store og markerte sprang. Helt fra vi lever i mors liv til vi eldes og til vi dør skjer det endringer i utviklingen. Selv om dette er en jevn og gradvis prosess, er det vanlig å beskrive utvikling som noe som består av ulike stadier eller nivåer. Mennesket utvikler seg hele livet, hvor ungdomsårene, voksen alder og alderdom er perioder i livet som innebærer store og vesentlige utviklingsprosesser (Håkonsen, 2014).

Jean Piaget var professor i psykologi og forsket mye på barns utvikling. Han understreker at utviklingen skjer på grunnlag av barnets egen aktivitet og utforsking av omgivelsene rundt seg. Piaget hadde et positivt syn på barnet, og han mente at den tankemessige utviklingen skjer fordi barnet er aktivt og ønsker å lære og å forstå (Håkonsen, 2014).

### **Barnets kognitive utvikling**

For at et barn skal kunne utvikle seg på andre områder, er forståelsen av omgivelsene sentral. Kognitiv utvikling er en samlebetegnelse for hvordan barn utvikler evnen til å ta til seg ny informasjon, hvordan de lagrer informasjonen de lærer og hvordan de skal bruke den. Under den kognitive utviklingen inngår persepsjon, oppmerksomhet, læring, hukommelse, språktilegnelse, tenkning og problemløsning (Friis Steen, 2012).

I følge Piaget gjennomgår barnet en rekke fundamentale forandringer i de kognitive ferdighetene fra fødsel og fram til femten års alder (Håkonsen, 2014). Barnets tankeprosesser på et senere stadium er dermed både avhengige av, og helt forskjellige fra tankeprosesser på tidligere stadier. Piaget deler den kognitive utviklingen inn i fire stadier, og i et av disse stadiene beskriver han det formaloperasjonelle stadiet, som tar for seg ungdom i tolv til femten års alderen (Håkonsen, 2014). I denne alderen blir ungdommen bedre i stand til å tenke på konkrete og abstrakte hendelser, samtidig som de utvikler evnen til å tenke problemløsende. Dette er tankeprosesser som er en voksen måte å bruke de kognitive evnene på (Håkonsen, 2014).

### **Barnets psykososiale utvikling**

Erik H. Eriksson beskriver at det er i ungdomsårene både den personlige og den sosiale identiteten utvikles, og dermed kan ungdommen ofte veksle i atferd. Selv om ungdommen i denne perioden er preget av store forandringer i den fysiske, psykiske, psykologiske og sosiale atferden, er også alderen fra puberteten til tjuårene preget av vekst og endringer (Håkonsen, 2014). Identitetsbegrepet kan forstås på ulike måter. Personlig identitet er knyttet til beskrivelser av en selv, mens sosial identitet er knyttet til kjennetegn ved den gruppen mennesker man tilhører. Begge disse sidene ved identitetsbegrepene utvikles og modnes i ungdomsårene (Håkonsen, 2014). Ungdommen har en identitet fra barndomsårene som er knyttet til grunnholdningene som dannes gjennom livskrisene i de psykologiske fasene som tillit, håp, vilje, hensikt og kompetanse, som han gjerne vil prøve ut i stadig nye situasjoner. Særlig den sosiale identiteten som utvikles i ungdomsårene, da dette er en periode som markerer en overgang fra familietilhørighet og en tilhørighet til andre grupper (Håkonsen, 2014).

Erik H. Eriksson har beskrevet de psykososiale fasene i åtte deler, og hver fase stiller nye krav til omgivelsene nye krav som mennesket må tilpasse seg til (Håkonsen, 2014). Utviklingen blir mer kompleks etter hvert som nye stadier legges til, og på hvert nye stadie vil løsningen av den psykososiale livskrisen også påvirkes av hvordan ungdommen har løst kriser tidligere. Stadiet kreativitet versus underlegenhet tar for seg ungdommen i overgangsfasen fra barn til ungdom, fra han er seks til fjorten år. Dette er den fjerde av de åtte fasene og ungdommen er opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Ungdommen sammenligner seg med

venner og skolekamerater, og opplever en konflikt mellom det å være skapende og underlegen (Håkonsen, 2014).

## **4.2 Akutt lymfatisk leukemi**

Ved akutt lymfatisk leukemi skjer det en ukontrollert vekst av modne forstadier til leukocytter i beinmargen slik at cellene ikke vil modnes som de skal (Nyenget, 2015). Leukemicellene hemmer veksten av normale celler i benmargen som dermed ikke produseres som normalt (Nyenget, 2015). Den utgjør omtrent 80% av tilfellene hos barn, og er en av de to hyppigste formene for leukemi. (Zeller & Storm-Mathisen, 2010). Ved leukemi fylles benmargen opp av leukemiske blastceller, og de normale bloddannede elementene blir fortrent og det oppstår dermed en mangel på funksjonsdyktige røde og hvite blodlegemer sammen med trombocytter (Bringager et al., 2014). Dette gir anemi og nedsatt fysisk kapasitet. Det er også vanlig med skjelettsmerter og hovne ledd, som til dels skyldes oppfylling av beinmargsrommet med leukemiceller, og til dels en leukemisk infiltrasjon i leddhinnen (Bringager et al., 2014).

### **Behandling og bivirkninger**

Behandlingen for akutt lymfatisk leukemi er en kompleks kombinasjonsbehandling med cytostatika og andre ulike medikamenter (Bringager et al., 2014), hvor det i tillegg blir gitt cytostatika intratekalt for å forebygge eller behandle leukemi i sentralnervesystemet (Finne-Grønn & Dagestad, 2013). Behandlingen for kreft er en svært intensiv behandling, men i følge i Angheliescu et al. (2011) forskes det ikke lenger bare på cytostatika, men også på hvordan barnet har det i etterkant av behandlingen. Barn og unge er mer følsomme for cytostatika samtidig som de tåler det bedre enn voksne (Stokland, 2015). Under behandlingen er den unge immunosupprimert og alvorlige infeksjoner er hovedproblemet. Behandlingen varer i to til to og et halvt år hvor høydose metotreksat er en av grunnpilarene. Dosen som blir gitt er svært høy og vil alene kunne være dødelig. For å unngå dødelig utfall som en følge av den høye dosen, administreres motgift førtito timer etter den høye dosen med metotreksat er inntatt. Dette er en behandling som krever overvåkning fra personalet (Stokland, 2015). Behandlingen har en rekke symptomer som blant annet økt blødningsrisiko grunnet lavt antall trombocytter, infeksjonsrisiko, fatigue, kvalme, smerter, obstipasjon, hårtap og infertilitet

(Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2012). Mange cytostatika utøver sin toksiske aktivitet på celler i deling, men i den tverrstripete muskulaturen og i nervevevet foregår det vanligvis ingen celledelingsaktivitet og derfor påvirkes det vanligvis ikke av cytostatika. Cytostatika kan føre til livstruende skader på hjertemuskulaturen, mens andre kan få varige skader på perifere nerver, med symptomer som stikkende eller brennende hudfornemmelser (Slørdal, 2013). Et annet medikament som er brukt er Gabapentin. I studien til Angheliescu et al. (2011) skriver de at ungdom som får Gabapentin har forbedret smerteresultater, spesielt unge med nevrologiske smerter og kreftrelaterte smerter.

Fatigue er et av de mest vanlige symptomene hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi (Erickson et al., 2010), og dette kan stå i veien for barnets utvikling (Hooke, Garwick & Gross, 2011). Den unge blir ofte anbefalt å kutte ned på de fysiske aktivitetene for å redusere symptomene, lite kjent er det at dette kan ha negative konsekvenser (Hooke et al., 2011). Når musklene blir inaktive vil enzyminnholdet i mitokondriene samt muskelkapillærer avta som fører til muskelatrofi hos barnet. Barn og unge med akutt lymfatisk leukemi er mindre aktive enn friske barn, og muskelbevegelsene ved fysisk aktivitet er viktig for riktig muskelbruk senere i livet (Hooke et al., 2011). I studien til Erickson et al. (2010) brukte de smertekartleggingsverktøyet NRS til å kartlegge i hvilken grad ungdommen hadde fatigue. Ungdommene rapporterte symptomer relatert til cytostatika behandling, for eksempel at de ikke kunne spise før det skulle utføres prosedyrer eller hyppig toalett besøk (Erickson et al., 2010). I tider med mye tretthet er det også blitt rapportert kreft-relaterte symptomer som smerte, kvalme, oppkast, søvnforstyrrelser og hodepine (Erickson et al., 2010).

### **Ungdom akutt lymfatisk leukemi og smerter**

Smerter kan komme av kreftsykdommen i seg selv eller ha andre årsaker, som oftest er relatert til behandlingen. De fleste krefttilfeller hos de unge viser god respons på behandling, og smertene som er relatert til kreften vil forsvinne når behandlingen blir satt i gang. (Bringager et al., 2014). Ved leukemi får barnet smerter ved bevegelse, og det er viktig at dette ikke hemmer barnet i å oppleve fellesskap og utfordringer selv om smertene kan skape problemer med å gå. Her må man huske på den ikke-medikamentelle smertelindringen (Bringager et al., 2014). I en slik situasjon er det også viktig at ungdommen blir sett og forstått, tatt på alvor og får støtte og omsorg. Det hjelper ikke hvor mye vi som sykepleiere kartlegger smertene hvis vi ikke gjør noe med det i etterkant (Bringager et al., 2014).

Ungdommen har et rikere ordforråd og kan derfor enklere beskrive smertene sine. De kan tenke abstrakt og kan se en sak fra flere sider, derfor vil de kunne si noe om hva som påvirker smertene.

### **4.3 Kreft hos ungdom**

Ungdomstiden er den perioden hvor løsrivelsen fra foreldrene normalt skal finne sted, og ungdommen skal finne sin egen identitet. Når en rammes av kreft eller alvorlig sykdom i denne fasen, blir hele denne prosessen forstyrret. Når man er i ferd med skape en helt egen fremtid og uavhengighet, blir man satt tilbake til hjelpeløshet og avhengighet (Bringager et al., 2014). Ungdom med kreftdiagnose kan ha tanker og opplevelser rundt det eksistensielle, og støtte fra jevnaldrende barn som har kreft kan være betydningsfullt slik at en slipper å forklare (Bringager et al., 2014). Ungdom er mer fremtidsorienterte enn små barn, og kan derfor være mer opptatt av konsekvenser av sykdommen. Bivirkninger er med på å skape bekymring og det er derfor viktig å møte ungdommen på disse bekymringene, og å ta de på alvor (Bringager et al., 2014).

Ungdom med kreft kan også ha bekymringer rundt egen seksualitet (Bringager et al., 2014). Det er en sårbar situasjon når en ungdom skal utforske egne følelser og egen seksualitet. Når dette i tillegg blir forstyrret av kreftbehandlingen kan det få store konsekvenser for den normale utviklingsprosessen (Bringager et al., 2014). Å miste muskler, få sår munn og det å være slapp gjør at fysisk kontakt ikke blir like lystbetont, verken fysisk er psykisk. Det kan være til stor trøst for ungdommen å vite at han ikke er alene om sine tanker og følelser, da det ligger i deres natur å tro at en er den eneste som tenker og føler på akkurat denne måten (Bringager et al., 2014).

### **4.4 Smerter**

I følge Merskey og Bogduk (1994) er smerte en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade. Definisjonen fokuserer på at smerte alltid er en subjektiv, ubehagelig opplevelse, og at opplevelsen er sammensatt av emosjonelle og sensoriske komponenter (Stubhaug & Ljoså,



2010). Ungdommen lærer bruken av ordet smerte tidlig i livet gjennom opplevelser knyttet til skade.

Evnen til å kjenne vevsskadelige stimuli beskytter kroppen mot skader, og akutte smerter varslers om truende vevsskade. Kroniske smerter vil ha negative konsekvenser for kroppen som inaktivitet, funksjonssvikt, isolasjon og depresjon (Stubhaug & Ljoså, 2010). De nervecellene som leder smertesignaler kalles nociseptorer og har frie nerveender som reagerer på vevsskadelig stimuli. Tynne myeliniserte nervefibre leder signalene til den skarpe og raske smerten, mens umyeliniserte leder signalene som fører den langsomme, diffuse, verkende og brennende smerten (Stubhaug & Ljoså, 2010). Smerte er det fysiologiske resultat av en kraftig og ubehagelig ekstern eller intern nociseptiv stimulus og kan være av termal, mekanisk eller kjemisk karakter. Den nociseptive stimulusen aktiverer nociseptorer og utgjør første ledd i smerten (Baastrup, Dahl, Nielsen-Arendt & Jensen, 2013). Når de aktiveres genereres det et aksjonspotensiale i de nociseptive nervefibrene, som sendes direkte fra det skadede vev til den bakre delen av ryggmargen. Herfra kobles det synapser til nerver som sender nociseptive signaler videre til en rekke områder i hjernen (Baastrup et al., 2013). Det sendes også signaler til hypothalamus som er ansvarlig for stresshormoner som fører til mobilisering av glukose i lever, stigende puls og blodtrykk, samt økt perfusjon av muskelvev (Baastrup et al., 2013)

Barn lærer av smerteerfaringene de har fra tidligere, og negative erfaringer kan forsterke smerteopplevelsene. En kan lære at sykepleieren og legen påfører smerte, men også at de trøster når han har det vondt. Derfor er det viktig med trøstende berøring og oppmuntring etter en smertefull prosedyre da dette veier opp for den negative opplevelsen (Grønseth & Markestad, 2011). Noen kan også tenke at de til en viss grad kan beherske smertene, eller at smertene er farlige og ukontrollerbare. Det kan også være at barna ikke venner seg til å gå igjennom smertefulle prosedyrer og at det heller blir mer traumatisk etter hvert. Det er derfor viktig å planlegge en smertefull prosedyre i god tid (Grønseth & Markestad, 2011). Noe av det som forsterker smertene aller mest er frykt og redsel (Grønseth & Markestad, 2011). Utmattelse forsterker også smerteopplevelsen, og den unge bør få en pause til å hente seg inn igjen hvis han blir sliten. Planlagte prosedyrer gjennomføres kun når han er uthvilt. Har en smerte over lengre tid som ikke behandles, øker smertene i intensitet og blir vanskeligere å lindre (Grønseth & Markestad, 2011).

## **4.5 Kartlegging**

Når barna er i tolv til femten års alderen kan de beskrive smertene både som et fysisk fenomen og som psykisk ubehag i form av redsel, angst og frykt (Grønseth & Markestad, 2011). Dermed kan de også bidra med viktige opplysninger i smertevurderingen (Grønseth & Markestad, 2011). I artikkelen til Dansie og Turk (2013) er det forsket på at hvordan sykepleieren tenker på smerte, påvirker hvordan sykepleieren går fram og kartlegger pasienten. En systematisk vurdering av smerter burde være en rutineoppgave på sykehus, og være like naturlig som å ta vitale målinger. Spesielt når man forventer smerter, for eksempel ved en cytostatika behandling (Grønseth & Markestad, 2011).

Smertevurdering innebærer å bedømme hvorvidt en har smerter eller ikke, hvor smertene sitter, intensitet og kvalitet av smertene. De viktigste datakildene er fysiologiske parametere og vurderinger som blir gjort av smertetilstanden ut fra atferd, ansiktsuttrykk og egen beskrivelse av smertene. (Grønseth & Markestad, 2011)

### **Numeric Rating Scale**

Numeric Rating Scale (NRS) er en tallskala som går fra null til ti, hvor det også finnes versjoner som går fra null til tjue eller fra null til hundre. Null presenterer ingen smerte, mens ti, tjue eller hundre presenterer verst tenkelige smerter. Ved bruk av dette kartleggingsverktøyet kan man enten stille pasienten spørsmål og hvor han ligger eller gi han et skjema så han kan krysse av. Validiteten til NRS er godt dokumentert i ulike pasientgrupper i forhold til andre kartleggingsverktøy, og lindring som blir gitt i etterkant forventes og ha virkning (Torvik, Skauge & Rustøen, 2010). NRS forutsetter en viss evne til abstrakt tenkning. Dette verktøyet gir et bedre bilde av pasientens smerter enn andre kartleggingsverktøy og er enkel å bruke (Torvik et al., 2010). NRS er et endimensjonalt kartleggingsverktøy, som kun måler pasientens smerteintensitet. Smerteintensitet vil si hvor sterke smerter pasienten har, og NRS gir et godt bilde av hvor sterk smerteintensiteten er (Torvik et al., 2010).

## 4.6 Kommunikasjon

For å kommunisere må det to parter til, hvor tegn og signaler må fortolkes, enten de er nonverbale eller verbale. Nonverbal og verbal kommunikasjon er ofte sammensatt og blir ofte brukt samtidig (Eide & Eide, 2012). Det vil si at det som sies kan ha dobbel betydning, ved at den som kommuniserer kan være ironisk, entusiastisk, spydig, imøtekommende eller sårende i tonefallet. Den andres signaler og vår fortolkning av disse skaper grunnlag for relasjonen som blir bygd mellom de to partene som kommuniserer (Eide & Eide, 2012).

Alle barn og unge er unike, og derfor kan det ikke gis noen oppskrift på hvordan en kan kommunisere med denne aldersgruppen (Eide & Eide, 2012). Hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig. Barn og unge befinner seg på sitt eget utviklingstrinn og utfordrer oss til å kommunisere på deres premisser (Eide & Eide, 2012). Trygghet hos barn og unge handler stort sett om kontroll, og de vil oppleve at de har kontroll når de er i trygge omgivelser, eksempelvis kan dette være i omgivelser hvor det er kjente personer og hvor de vet hva som skjer. Å vise at man forstår og ser ungdommen, og å informere tilstrekkelig slik at det er mulig å forstå hva som foregår, er med på å bidra til følelsen av kontroll (Eide & Eide, 2012)

Nonverbale uttrykksformer avslører en spontan reaksjon, også reaksjoner som kan være ubevisste for en selv. En vennlig stemme, et spontant smil, en bekymret rynke er noe en formidler til den andre og er ofte tydeligere og mer direkte enn mange ord (Eide & Eide, 2012). En stor del av kommunikasjonen vi bruker er nonverbal, som for eksempel at vi kan høre håpet i stemmen til en tenåring eller vi kan se takknemlighet i et blikk. Vi som helsepersonell må også tenke over hvordan vi har vår nonverbale kommunikasjon når vi tar imot informasjon fra pasientene. Den nonverbale kommunikasjonen er viktig. Gjennom den signaliserer hvorvidt vi er interessert i å lytte og hjelpe, som er avgjørende for at pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Eide & Eide, 2012). Den nonverbale kommunikasjonen kan fungere på to måter, kongruent eller inkongruent. Er det kongruent menes det at det er en overensstemmelse mellom det verbale og det nonverbale, at det ikke er en konflikt mellom det man sier og det man uttrykker nonverbalt. Man kan se vennlig på pasienten og spørre hvordan det går, dermed formidler man en interesse både gjennom spørsmålet og ansiktet. Ved kongruent kommunikasjon vil det nonverbale understøtte det verbale, og kommunikasjonen vil fremstå som ekte og tillitsvekte (Eide & Eide, 2012). Inkongruent er det motsatte, at det vi formidler verbalt og nonverbalt ikke stemmer. Dette kan skyldes mange

ting, men har ofte sammenheng med splittelse mellom forventninger til sykepleier og følelser. Hvis man står ovenfor personer man er engstelig for, ikke liker eller tror man ikke kan hjelpe, vil ens nonverbale kommunikasjon lett kunne gjenspeile dette. Kommunikasjonen vil ikke være bekreftende, og vil skape utrygghet og mistillit hos den andre (Eide & Eide, 2012).

Aktiv lytting er en ferdighet som er delt opp i mange forskjellige enkeltferdigheter. Evnen til å kunne lytte aktivt er en av de viktigste, mest grunnleggende og komplekse ferdighetene i den profesjonelle, hjelpende kommunikasjonen. Ut ifra den aktive lyttingen kan vi skille to grupper av ferdigheter, nonverbale og verbale. Verbale lytteferdigheter er å stille spørsmål og å oppmuntre den andre parten til å snakke, mens de nonverbale kan være knyttet til øyekontakt, kroppsholdninger og fysisk berøring (Eide & Eide, 2012). Den verbale kommunikasjonen kan også brukes som hjelpende for pasienten, og blir da kalt for hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2012). Ferdigheter i den hjelpende kommunikasjonen innebærer aktiv lytting og samtale, rådgivings- og intervjuferdigheter. Den hjelpende kommunikasjonen er med på å skape trygghet og formidler informasjonen på en problemløsende måte. Det er en teknikk som er rettet mot empowerment, og er etisk begrunnet i likeverd, pasientens beste og respekt for pasientens selvbestemmelse (Eide & Eide, 2012). Praktiske ferdigheter i hjelpende kommunikasjon er å takle situasjoner på hensiktsmessige måter som for eksempel hjelpende, støttende eller problemløsende situasjoner. Disse ferdighetene er blant annet å kunne lytte til pasienten, observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler, og å skape gode og likeverdige signaler og formidle informasjon på en klar og forståelig måte (Eide & Eide, 2012).

#### **4.7 Informasjon og veiledning**

Å gi hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. Dette gjelder uansett hvilken situasjon pasienten befinner seg i, og uansett i hvilken situasjon du møter pasienten i (Eide & Eide, 2012). Sykepleieren må tenke igjennom hvordan hun informerer, og hvorfor hun velger å gjøre det på akkurat denne måten. Når man blir syk har man ofte behov for informasjon og kunnskap om en rekke ulike forhold (Eide & Eide, 2012). Sykepleier må finne ut av hva pasienten trenger informasjon om og informere på en slik måte at informasjonen oppleves relevant. I denne situasjonen vil det være hvordan man skal forholde seg til kartleggingsverktøy.

Ungdom fra tolv år og oppover stiller store krav til seg selv, og kan fort føle at de ikke er flinke nok eller har oppført seg slik de skulle. Selvfølelsen til ungdommen er utsatt, og søker bekreftelse hos voksne og venner (Eide & Eide, 2012). De søker sin egen identitet, og mangel på bekreftelse kan derfor føre til forvirring. Sykdommen kan true selvbildet, og hvilke ord sykepleieren bruker kan være avgjørende for hvordan ungdommen mestrer situasjonen (Eide & Eide, 2012). I denne utviklingsfasen er det viktig med hjelp til selvstendig kontroll og mestring, og derfor vil det også være viktig med god informasjon. Det er viktig å ikke stille for høye krav til at ungdommen skal klare seg selv om de har klare meninger, det er fortsatt viktig med støtte og hjelp i denne alderen (Dalland, 2010).

### **Den didaktiske relasjonsmodellen**

Didaktikk er knyttet til overveielser knyttet til undervisningens målgruppe. Derfor har didaktikk tradisjonelt blitt knyttet til undervisningens hva, hvor sykepleieren må ta for seg hva som er målet med undervisningen og tenke over innholdet (Christiansen, 2013).

Undervisningens hvorfor går ut på overveielser og begrunnelser på hvorfor man gjennomfører undervisningen, og hvordan går ut på hvordan sykepleier gjennomfører undervisningen, for eksempel om en bruker samtale eller lek. Sykepleier må ta hensyn til læreforutsetningene til pasienten, og begrunnelsene som tas skal relateres til pasienter som har helseproblemer, uten at de nødvendigvis oppfattes som pasienter av den grunn (Christiansen, 2013).

Det er viktig å individualisere og tilpasse informasjon og veiledning ut ifra hvilken evne pasienten har til å ta til seg informasjon, sykdom og motivasjon (Christiansen, 2013). Derfor må sykepleier ta seg tid til å finne ut hvordan pasienten har det, og hvordan han opplever sin situasjon. Dette handler om å ha empati for andre, om å observere, stille gode spørsmål og om aktiv lytting . I slike situasjoner kan standardiserte kartleggingsverktøy være til god hjelp.

## **5. ”Hvordan kan sykepleier kartlegge smerter hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi?”**

I dette kapittelet vil jeg drøfte min teoretiske referanseramme og sykepleierens kunnskapsgrunnlag som er tatt opp tidligere i oppgaven. Jeg vil se på hvordan min teori kan belyse og svare på min problemstilling. I drøftingen vil jeg også trekke inn eventuelle erfaringer og personlige meninger.

### **5.1 Etablering av relasjon**

Kreftdiagnosen hos ungdommen medfører økt avhengighet av voksne og tap av ferdigheter, selvfølelse, kontroll og relasjoner med jevnaldrende (Bringager et al., 2014). Evnen til å skape en god relasjon er viktig i et hvert forhold til pasienten. Det å kunne lytte til pasienten, å kunne forstå den andre og å kunne skape god kontakt og allianse er en viktig del av det å skape en god relasjon (Eide & Eide, 2012). Joyce Travelbees sykepleieteori beskriver også at sykepleieren skal se pasienten som den personen han er og som et enkelt individ (Travelbee, 1999). Denne teorien kan også minne om den holistiske tilnærmingen da man skal se pasienten som en helhet. Det å skape tillitt til en ungdom krever at man prøver seg frem med forskjellige metoder. Det er ikke lett å vite hvor ungdommen har oppmerksomheten sin på forhånd, eller hva han trenger av støtte. Ungdommen føler seg ofte alene om å ha kreft, og er ofte mer fremtidsorienterte og bekymret over symptomer og bivirkninger (Bringager et al., 2014). Tillit forutsetter kontakt, som igjen forutsetter at sykepleieren må fange oppmerksomheten til ungdommen (Eide & Eide, 2012). En god start er å lytte til ungdommen og høre hvor han har tankene sine og hvordan han har det (Eide & Eide, 2012). Min erfaring til dette er at det ikke alltid er så lett å få ungdommen til å åpne seg, at de ønsker å holde tankene sine for seg selv. Det er ikke alltid ønsker å dele sine tanker eller kommunisere med sykepleier. I disse tilfellene kan man snakke om temaer som ungdommen har en interesse for, for eksempel sport, spill eller liknende. Dette kan være en bedre måte og skape en relasjon på, før man eventuelt går over i samtale omkring sykdommen (Eide & Eide, 2012). Ved behandling av kreft bør ungdommen ha en fast sykepleier å forholde seg til slik at ungdommen får en mulighet til å bli trygg på behandleren, og slik at sykepleieren får et innblikk i bedringsprosessen og utviklingen. Ved at sykepleieren forholder seg til Travelbee

sin teori om at alle mennesker er unike i praksis, vil hjelpe flere med å se på ungdommen som et individ.

I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon en prosess som gjør sykepleieren istand til å etablere et menneske-til-menneske forhold. De erfaringer som oppstår mellom sykepleieren og pasienten, er et tegn på at individets behov blir ivaretatt (Travelbee, 1999). Min tolkning av dette er at menneske-til-menneske forholdet til pasienten blir opprettholdt hvis sykepleieren ser pasienten som den han er. I tillegg må sykepleieren se symptomer og plager ut ifra pasientens synsvinkel som artikkelen til Brager et al. (2008) forteller om, slik at pasienten også får større kontroll over egen behandling. Yrkesetiske retningslinjer kapittel 2 § 2.3 sier at sykepleieren ivaretar den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette kan minne om den holistiske tilnæringsmåten som er beskrevet i kapittel 3.

Nonverbal kommunikasjon vil være viktig til ungdom med leukemi da dette understøtter sykepleierens ønske om å støtte ungdommen gjennom en vanskelig periode. Som nevnt tidligere har kreftpasientene mange sammensatte symptomer etter behandling med cytostatika (Bertelsen et al., 2012), men de kan også ha både problemer og bekymringer over lengre tid (Brager et al., 2008). Pasientens problemer er gjerne knyttet opp mot helsepersonellens synsvinkel, og helsepersonell har ofte liten kunnskap om hvordan helseproblemene forholder seg til pasienten (Brager et al., 2008). Det er viktig at pasientens egne erfaringer og synsvinkler blir tatt hensyn til, om dette ikke blir gjort kan det føre til at det ikke blir gitt tilstrekkelig med hjelp, og pasienten må gå igjennom unødvendige plager og forsinket rehabilitering (Brager et al., 2008). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 § 3-1 sier noe om pasientens rett til medvirkning, at medvirkningen skal tilpasses pasientens evne til å ta til seg informasjon. Dette kan også knyttes opp til autonomiprinsippet, da loven sier at barn under atten år skal tas med på råd når barnets utvikling, modning og sakens art tilsier det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette tolker jeg som at ungdommen skal inkluderes i alle situasjoner som innebærer han selv. En del ungdommer har sterke meninger og mange ungdommer har et voksent utseende og vil også oppføre seg som voksne. Derfor bør sykepleier være kjent med ungdommens ønske om å fortelle sine behov til legen, slik at det er mulig at den unge kan være med på samtaler med sykepleier og lege. Ved slike samtaler bør sykepleier tilrettelegge for at ungdommen kan delta aktivt i samtalen, men

samtidig tenkte over at tross for et voksent utseende og sterke meninger, er ungdommen fortsatt et barn som trenger aksept og støtte (Eide & Eide, 2012)

Kommunikasjon er en prosess for utveksling av meninger. I en kommunikasjonsprosess går det forskjellige meninger fram og tilbake mellom sykepleieren og den syke, som vil observere hverandre og utveksle tanker, følelser og holdninger (Brager et al., 2008). Fordi ungdommen observerer sykepleieren, er det viktig å tenke over den nonverbale kommunikasjonen. Jeg har erfart at nonverbal kommunikasjon kan lett bli mistolket hos den unge, så i situasjoner hvor det er aktuelt må sykepleier være tydelig på at hun er der for ungdommen. Kommunikasjon er en dynamisk kraft som både kan trekke mennesker nærmere og å dytte dem bort, til å gi hjelp eller å såre (Travelbee, 1999), og dersom sykepleier ikke har interesse for den syke vil dette komme godt fram gjennom den nonverbale kommunikasjonen. Sykepleieren formidler det hun tenker og føler for det hun samhandler med, dette betyr også at ungdommen vil oppfatte om sykepleieren har gode hensikter eller prøver hjelp. Uten de gode hensiktene er det vanskelig å bli godt kjent med pasienten (Travelbee, 1999), og dermed blir det vanskelig å få et menneske-til-menneske forhold å se pasienten som den han er og ingen andre.

## **5.2 Kartlegging av smerte**

Smertekartlegging er enda et problem i dag, en studie viser at barn og unge som er innlagt på sykehus ikke blir vurdert eller smertelindret tilfredsstillende (Hovde et al., 2011). Min kunnskap om dette er at for å gjøre en tilstrekkelig smertelindring, må sykepleieren gjøre en god smertekartlegging i forkant, dette understreker også artikkelen til Dansie og Turk (2013). Som nevnt i den teoretiske referanserammen påvirker det sykepleieren tenker om smerte, også hvordan sykepleieren går fram og vurderer pasienten (Dansie & Turk, 2013). Når ungdommen har vondt påvirker ikke dette ungdommen alene, men også de han har rundt seg som for eksempel venner og familie. Smerten er formen av biomedisinske, psykososiale og atferdsmessige faktorer. Å kartlegge disse tre faktorene hos en pasient med smerter er avgjørende for behandlingen og å legge til rette for optimale resultater (Dansie & Turk, 2013). Det finnes en rekke med kartleggingsverktøy for å gjøre en god smertekartlegging, både systematisk og ved hjelp av selvrapportering (Torvik et al., 2010). Det finnes endimensjonale skalaer som måler smerteintensitet, og flerdimensjonale som i tillegg måler ulike dimensjoner på smerten. Det vil si smertens kvalitet, hvordan den påvirker søvnen og liknende (Torvik et al., 2010). Fordeler ved bruk av de flerdimensjonale kartleggingsverktøyene er at sykepleiere



lettere kan finne ut av hva som plager pasienten i dybden, og om det er relatert til smerten. I følge studien til Hovde et al. (2011) rapporteres det om manglende kunnskap i forhold til smertelindring til tross for at i de siste årene har det blitt publisert mye om barn og smerte. Kunnskap om smertelindring og kartlegging er noe sykepleiere burde ha god kunnskap om. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleierens plikt er å lindre alle som lider (Norsk sykepleierforbund, 2011), og min tolkning av dette er at det er sykepleierens plikt å ha kunnskap om smerter.

Personlig synes jeg NRS er et vanskelig kartleggingsverktøy da det er vanskelig å sette tall på smertene sine. Samtidig kan det være et godt kartleggingsverktøy dersom man har godt med kunnskap om dette verktøyet da det gir et godt utgangspunkt for hvor sterke smerter pasienten har (Torvik et al., 2010), og hvor sterk smertelindring pasienten trenger i etterkant. Derfor forutsetter dette at sykepleier setter seg inn i ungdommens dagsform når hun skal gjøre en kartlegging av smertene, og at hun er tålmodig når veiledning og undervisning om bruk av verktøyene læres til ungdommen. Med begrenset tid til å vurdere smerten, trenger sykepleieren et godt smertekartleggingsverktøy (Dansie & Turk, 2013). I følge artikkelen til Dansie og Turk (2013) er NRS det mest brukte verktøyet som brukes for å kartlegge smerter sammen med verbale smertekartleggingsverktøy for å få en samtale med pasienten, og ikke minst en egenrapportering. Det finnes andre kartleggingsverktøy som kan fungere som et supplement til NRS, som for eksempel ansiktsskalaer. Disse skalaene er enklere å jobbe med da den bruker ansikter istedenfor tall til å kartlegge smertene. Ansiktsskalaene brukes både på barn og på voksne, men bildene er tilpasset aldersgruppen (Torvik et al., 2010). Fordelen med at skalaene bygger på tegninger eller bilder vil være at en ikke trenger å bruke språk. Dette kan være en fordel da ungdommen ikke alltid vil kommunisere med sykepleier, og ansiktsskalaen vil da være et godt kartleggingsverktøy. En ansiktsskala vil være lettere å bruke på barn i denne aldersgruppen fordi det er i den formaloperasjonelle fasen ungdommen begynner å få en voksen tankegang (Håkonsen, 2014). Mine erfaringer er at barn i denne alderen ønsker å bli behandlet mer som voksne enn barn, dette kan ha noe med at de søker identitet og bekræftelse hos voksne (Håkonsen, 2014). For å gi de følelsen av å bli behandlet deretter kan sykepleier bruke NRS da bruk av en ansiktsskala kan gi de følelsen av å bli behandlet som barn.

Det finnes mange forskjellige smertekartleggingsverktøy, men etter min mening er NRS å foretrekke til denne aldersgruppen. Både fordi de får en følelse av å bli behandlet som voksne, og

fordi NRS gir et mer tilfredsstillende resultat. Ved bruk av NRS vil man ha et klart svar på hvor sterke smertene til pasienten er, hvis pasienten har fått en tilfredsstillende veiledning ved bruk av verktøyet. I følge Travelbee (1999) er det å hjelpe et menneske som lider under langvarig smerte, en kompleks og vanskelig oppgave. Det å skulle bistå noen og finne meningen i sykdom er en overveldende oppgave, men å hjelpe noen å finne meningen med smerte er uoverkommelig (Travelbee, 1999). Allikevel skal man ikke la vær å gjøre det. Sykepleier kan stille opp for pasienten når han trenger det og være der som en støtte, da det er sykepleieren som skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg i følge Norsk sykepleierforbund (2011). Det er vanskelig å formidle opplevelsen av smerte til andre på en slik måte at de får en viss innsikt i hva som oppleves (Travelbee, 1999). Det vil derfor være viktig at sykepleieren har kunnskap om smertekartlegging og hvordan smertekartleggingsverktøyene brukes.

I en studie gjort av Gedaly-Duff, Lee, Nail, Nicholson og Johnson (2006) går de igjennom symptomene barn og ungdom får etter gitt cytostatika. Her er det brukt et annet kartleggingsverktøy, hvor ungdommen selvrappporterer smertene sine. Artikkelen tar opp at fatigue og smerter er kjente problemer for barn med leukemi, men symptomene etter gitt cytostatika er lite kjent. Studien til Gedaly-Duff et al. (2006) forteller at det kan være nødvendig for barn og ungdom å skrive alderstilpassede smertedagbøker som vil hjelpe de å se når symptomene dukker opp. Dette kan være både positivt og negativt for den unge. Det kan være positivt at de kan se en bedring, men det kan også bli belastende for ungdommen hvis han ikke ser en bedring. I teorikapittelet skrev jeg noe om hvordan det var og være ungdom og det å ha kreft, og den unge bekymrer seg for komplikasjonene som sykdommen bringer med seg (Bringager et al., 2014). Ungdommen kan føle seg veldig alene om han ikke har en på samme alder å støtte seg på eller å dele tanker med (Bringager et al., 2014).

### **5.3 Undervisning og veiledning**

Den didaktiske relasjonsmodellen er et godt verktøy for undervisning og veiledning om bruk av kartleggingsverktøy til ungdom. Ved bruk av denne modellen må sykepleieren ta hensyn til hvor i sykdomsprosessen ungdommen befinner seg, om han er i stand til å ta til seg informasjon og hva motivasjonen til ungdommen er for å ta til seg informasjon (Christiansen, 2013). Den didaktiske relasjonsmodellen illustrerer hvordan alle forhold påvirker hverandre i

en undervisningssituasjon (Dalland, 2010). Modellen utfordrer oss også til å tenke over alle forhold som kan påvirke undervisningen både positivt og negativt (Dalland, 2010). Når sykepleieren veileder pasienten er det viktig at det tar utgangspunkt i den fagkunnskapen sykepleieren har, derfor er det viktig at sykepleier holder seg oppdatert innen fagkunnskap. Ungdommen kan stille spørsmål relatert til sin egen sykdom og vil heller foretrekke en sykepleier som er sikker på det hun svarer på. På denne måten, ved at pasienten kan stille sykepleieren spørsmål, kan undervisningen skje uplanlagt, og det vil derfor være viktig å ha kunnskap om sykdommen og symptomene til pasienten. Det kan være vanskelig å undervise om smerter og smertekartlegging dersom sykepleier ikke har noe kunnskap om dette. Hovde et al. (2011) skriver om sykepleierens holdninger i forhold til smertekartlegging og smertelindring til barn og ungdom, og understøtter dette at det er et gap mellom den teoretiske kunnskapen og det som utføres i praksis. Selv om sykepleier mangler kunnskap hører sykepleier i liten grad på pasienten og stoler i større grad på sine egne vurderinger. I artikkelen kom det fram at pasientene fikk bedre smertelindring om sykepleieren hørte på ungdommens egen forklaring av smertene (Hovde et al., 2011). Hvis sykepleier skal undervise pasienten om bruk av smertekartleggingsverktøy er det nødvendig med både teoretisk kunnskap og kunnskap om hvordan en bruker det i praksis. Ved planlagt undervisning er det viktig å ta hensyn til pasientens egne ressurser, og gå inn i den didaktiske relasjonsmodellens hvorfor. Modellens hvorfor går inn på hvilke premisser sykepleier skal gjennomføre undervisningen (Christiansen, 2013). I denne sammenhengen vil det være for at ungdommen skal få kunnskap om hvordan en bruker kartleggingsverktøyet NRS. Ved planlagt undervisning er det et bedre utgangspunkt for læring, da både sykepleier og pasient møter forberedt til forskjell fra å informere pasienten. Sykepleier må også tenke over hvordan hun skal utføre undervisning, med tanke på ungdommens motivasjon og evne til å ta informasjonen til seg (Christiansen, 2013). Informasjon og veiledning kan gjøres ved bruk av samtale eller demonstrasjoner. Det er viktig at den som lærer, er en aktiv deltaker, tilpasset sitt eget tempo (Christiansen, 2013).

Læreprosessen er den aktiviteten som foregår når ungdommen lærer og handler om selve gjennomføringen av undervisningen sykepleieren planlegger (Sylte, 2013). Det kan være en utfordring å finne den undervisningsmetoden som passer til ungdommen du underviser til. Dette handler både om motivasjon og læreforutsetninger. For å fremme best mulig læring er det viktig at sykepleieren velger en metode som er tilpasset læreforutsetningene, målet, innholdet og rammene (Sylte, 2013). Rammefaktorene kan være både hindrende og

fremmende for undervisningen, men er allikevel noe sykepleieren må ta hensyn til. Det handler om hva som er hemmende og fremmende for undervisningen, som for eksempel tid, lokaler og utstyr. Dette er de ytre rammefaktorene (Sylte, 2013). Dette kan være både fremmende og hemmende ut ifra hva sykepleieren gjør det til. Har sykepleieren planlagt et undervisningsopplegg som krever utstyr som viser seg å være lite egnet, må hun gjøre det på en annen måte. Fordelene med dette er at ungdommen kan være med på å bestemme hvordan han vil ha undervisningsopplegget (Sylte, 2013).

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å se på hvordan sykepleier kan kartlegge smerter hos ungdom med akutt lymfatisk leukemi.

I møte med ungdommen vil sykepleier ha flere ulike funksjoner, men her vil hovedfokuset bli å skape en god relasjon til ungdommen. Joyce Travelbee og menneske-til-menneske forholdet sammen med den holistiske tilnærmingen forklarer hvordan sykepleieren skal se ungdommen som et enkelt individ, og forklarer at både sykepleier og pasient må se på hverandre som unike mennesker. For å skape en tillitsfull relasjon til ungdommen krever det at sykepleieren kan skape en naturlig samtale ved å fange ungdommens oppmerksomhet på det første møtet, da ungdommen ikke alltid ønsker å dele tanker eller kommunisere med sykepleieren. Et annet element som er viktig i relasjonsbyggingen er den nonverbale og den verbale kommunikasjonen, da dette er to kommunikasjonsmetoder som er tydelig hos mennesket. Sykepleieren må være tydelig i den nonverbale kommunikasjonen ved å vise at hun ønsker å hjelpe, og aktivt bruke kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting under samtaler med den unge.

Sykepleierens undervisende funksjon er også viktig for at sykepleieren skal kunne kartlegge smerter hos ungdommen. Kunnskap om kartlegging og de ulike kartleggingsverktøyene er sentralt for å kunne undervise det videre til den unge. Gjennom veiledning og undervisning kan sykepleier gi god og riktig informasjon om bruken av NRS til ungdommen. Det er viktig at sykepleieren jobber kunnskapsbasert, slik at hun holder seg oppdatert om hva forskning sier om akutt lymfatisk leukemi og smertekartlegging. At sykepleier holder seg oppdatert på sykdom vil kunne hjelpe pasienten til å få en forståelse av sykdommen. Dette vil også bidra til å skape en bedre relasjon mellom sykepleier og ungdom, og kunne få ungdommen til å dele tanker og følelser. Ved at sykepleier når frem til ungdommen gir det et bedre grunnlag for en god smertekartlegging.

## Litteratur

- Angheliescu, D. L., Faughnan, L. G., Jeha, S., Relling, M. V., Hinds, P. S., Sandlund, J. T., . . . Pui, C.-H. (2011). Neuropathic Pain During Treatment for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia *Pediatric Blood Cancer*, 57(7), 1147-1153.  
doi:10.1002/pbc.23039
- Barnekreftforeningen. (2015). *Leukemi hos barn og ungdom* Hentet fra [http://www.barnekreftforeningen.no/sfiles/8/08/2/file/leukemibrosjyre\\_web.pdf](http://www.barnekreftforeningen.no/sfiles/8/08/2/file/leukemibrosjyre_web.pdf)
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2012). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok* (1. utg.). Oslo: Akribe.
- Brager, A., Riddervold, H., Stokke, K., Myhre, L. S., Sandbæk, H. & Ruland, C. (2008). Bedre kommunikasjon med kreftpasienter. *Sykepleien forskning*, 96(15), 64-67.  
doi:10.4220/sykepleiens.2008.0019
- Brinchmann, B. S. (2013). De fire prinsippers etikk. velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bringager, H., Hellebostad, M. & Sæter, R. (2014). *Barn med kreft : en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Akribe.
- Baastrup, C. S., Dahl, J. B., Nielsen-Arendt, L. & Jensen, T. S. (2013). Smerteanatomi og fysiologi. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Nielsen-Arendt (Red.), *Smarter. Baggrund, Evidens, Behandling* (3. utg.). København: FADL's Forlag.
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dansie, E. J. & Turk, D. C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 19-25. doi:10.1093/bja/aet124
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erickson, J. M., Beck, S. L., Christian, B., Dudley, W. N., Hollen, P. J., Albritton, K., . . . Godder, K. (2010). Patterns of Fatigue in Adolescents Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 37(4). doi:10.1188/10.ONF.444-455
- Finne-Grønn, L. & Dagestad, A. W. (2013). Sykepleie ved blodsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg.). Oslo Gyldendal akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (1999). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217 - KAPITTEL 1>
- Friis Steen, H. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. Friis Steen (Red.), *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gedaly-Duff, V., Lee, K. A., Nail, L. M., Nicholson, H. S. & Johnson, K. P. (2006). Pain, Sleep Disturbance, and Fatigue in Children With Leukemia and Their Parents: A Pilot Study. *Oncology Nursing Forum*, 33(3), 641-646.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1188/06.ONF.641-646>

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

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/barnekreft/behandling-av-kreftsykdommer/leukemier-og-lymfomer/leukemier>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hooke, M. C., Garwick, A. W. & Gross, C. R. (2011). Fatigue and Physical Performance in Children and Adolescents Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 649-657. doi:<http://dx.doi.org/10.1188/11.ONF.649-657>

Hovde, K. R., Granheim, T. H., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2011). Norske sykepleieres kunnskap om og holdning til smerte hos barn. *Sykepleien forskning*, 6(4), 332-338. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0191

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jensen, T. (2013). Legemidler ved immunologiske sykdommer. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.



- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2. utg.). Hentet fra <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/1161840/3 utgave faglig forsvarlighet.pdf](https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig%20forsvarlighet.pdf)
- Nyenet, T. (2015). *Leukemi hos barn*. Hentet 06.01 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-barn/>
- Odland, L.-H. (2013). *Menneskesyn*. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Oncolex. (2015). *Akutt leukemi hos barn*. Hentet fra <http://oncolex.no/Barn/Diagnoser/Akutt-leukemi>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighetsloven - KAPITTEL 3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven%20-%20KAPITTEL%203)
- Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Slørdal, L. (2013). *Legemidler ved kreftsykdommer*. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Stokland, T. (2015). *Behandling av kreft hos barn*. *Tidsskrift for kreftsykepleiere*, 31(2), 10-14. Hentet fra

- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2010). Hva er smerte? I T. Rustøen, & A. Klopstad (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sylte, A. L. (2013). *Profesjonspedagogikk. Profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thiedemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2010). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I T. Rustøen, & A. Klopstad (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Zeller, B. & Storm-Mathisen, I. (2010). Kreft hos barn. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie; pasient, utfordring, handling* (3. utg.). Oslo: Akribe.