



Sykepleie til barn med kreft

Hvordan trygge det kreftsyke barnet gjennom lek?

HØYSKOLEN DIAKONOVA
Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 325

Antall ord: 9313

Dato for innlevering: 27.05.16

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

HEI, JEG ER DIN VENN

*”Hei, jeg er din venn
jeg skal være sykepleier`n din
og du kan være sola mi
så kan jeg synge og du danse
og den som ser på – det er bamse*

*Vil du være min venn
Vi leker du er sykepleier`n min
Og jeg kan være månen din
Og den som ser på – det er nasse*

*Hvis du en dag er lei
Så kommer jeg løpende til deg
Og du kan låne fang av meg
Så kan du gråte og jeg trøste
Og den som ser på – det er nøste*

*Hvis du en dag er glad
Så kan du hoppe i fanget mitt
Og jeg kan låne smilet ditt
Så kan du synge og jeg spille
Og den som ser på – er lille trille”*

(Bringager, Hellebostad, Sæter, & Mørk, 2014, s. 115)

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING.....	1
1.3 OPPGAVENS HENSIKT OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	1
1.4 AVGRENSNING	2
1.5 BEGREPSAVKLARING	3
1.6 OPPGAVENS INNHOLD.....	4
2. METODE.....	5
2.1 METODEBESKRIVELSE	5
2.2 LITTERATURSØK OG FUNN	6
2.3 KILDEKRITIKK.....	7
3. TEORI.....	10
3.1 AKUTT LYMFATISK LEUKEMI.....	10
3.1.1 Undersøkelser og utredning.....	10
3.1.2 Behandlingsforløp og prosedyrer	11
3.1.3 Bivirkninger ved cytostatikabehandling.....	11
3.2 KOMMUNIKASJON MED BARN	11
3.2.1 Barns utvikling	12
3.2.2 Trygghet	12
3.2.3 Tillit.....	13
3.3 LEK.....	14
3.3.1 Barns behov for lek	14
3.3.2 Terapeutisk bruk av lek	14
3.3.3 Lek for å gi informasjon.....	15
3.3.4 Lek som avledning.....	16
3.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	16
4. DRØFTING.....	19
4.1 DET FØRSTE MØTET	19
4.2 DIAGNOSTISERING OG UNDERSØKELSER	20
4.3 BEHANDLING	22
5. KONKLUSJON	25
6. LITTERATURLISTE	27

1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg først presentere bakgrunn for valg av tema, så problemstillingen jeg har valgt, før jeg videre sier noe om oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans, hvilke avgrensninger jeg har gjort og begrepsavklaring. Til slutt vil jeg kort si noe om hvordan oppgaven er bygd opp.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt dette temaet fordi jeg nylig har begynt å jobbe på en barneonkologisk avdeling. Jeg har også fått sommerjobb på denne avdelingen som sykepleier, og gleder meg til å tre inn i denne rollen. Jeg har lenge hatt lyst til å jobbe med barn, men jeg har ingen erfaring med dette fra praksis og vi har hatt svært lite om sykepleie til barn under utdanningen. Med bakgrunn i at jeg har begynt å jobbe på denne avdelingen, og at jeg har lite kunnskap om sykepleie til barn, ønsker jeg å tilegne meg spesifikk kunnskap som kan bidra til at jeg blir mer bevisst på hvordan jeg bør være som sykepleier i møte med kreftsyke barn.

Hvert år får omtrent 140 barn under 15 år i Norge kreft (Norsk Barnekreftregister, 2015). Akutte leukemier står for ca. en tredjedel av tilfellene, og av disse står akutt lymfatisk leukemi (ALL) for ca. 85% av tilfellene (Kreftforeningen, 2016). Jeg har derfor valgt å fokusere på kommunikasjon mellom sykepleier og det kreftsyke barnet, og hvordan sykepleier kan skape trygghet for barnet gjennom lek. ALL har en relativt god prognose, der de fleste blir friske, men behandlingen med cytostatika er belastende og langvarig. Cytostatikabehandlingen forårsaker mange bivirkninger som kan være krevende for de små (Egeland, 2010). Sykepleieren bør ha god kunnskap om dette for å kunne gi informasjon til barnet, familien og eventuelt til barnehage eller skole.

1.2 Problemstilling

Hvordan trygge det kreftsyke barnet gjennom lek?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med oppgaven er å tilegne meg kunnskap om hvordan jeg i rollen som sykepleier kan skape trygghet til det kreftsyke barnet gjennom lek.

Barn har et stort behov for trygghet og forutsigbarhet. Mangel på informasjon er noe som kan skape usikkerhet og utrygghet hos et barn (Eide & Eide, 2012). Barn som får diagnosen ALL vil i gjennomsnitt tilbringe to og et halvt år inn og ut av sykehus (Barnekreftforeningen, 2015), med håp om at de er ferdig behandlet. På grunn av cytostatikabehandlingen har barna et lavt immunforsvar gjennom hele behandlingen, og faren for smitte er alltid til stede. Det er derfor begrenset hva slags sosiale aktiviteter de kan være med på, og de blir ofte trukket ut av sitt vante lekemiljø over lengre tid (Korsvold, 2009). På grunn av at leken hører til barnets utvikling, er den en naturlig del av sykepleien og behandlingen til barn (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Som sykepleier blir man godt kjent med både barnet og familien denne tiden. Sykepleieren bør møte familien og barnet på en måte som bidrar til at de opplever trygghet og får tillit til oss som helsepersonell på avdelingen. Dette temaet er viktig fordi barn er en sårbar gruppe. Kunnskap om dette temaet kan bidra til at barnet blir ivaretatt på en best mulig måte av sykepleier. Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å få fram hvordan sykepleier gjennom lek kan skape en god relasjon til det kreftsyke barnet, på en slik måte at barnet opplever trygghet.

Jeg har vært nervøs i forkant i møte med barn jeg ikke har møtt tidligere på avdelingen, rett og slett fordi jeg har vært redd for å si noe feil eller sende ut signaler som kan misforstås non-verbalt. Jeg håper derfor å bli tryggere på dette området gjennom kunnskapen jeg tilegner meg i prosessen med denne oppgaven. Jeg ønsker også at andre kan lære noe om hvordan man kan benytte seg av lek for å skape trygghet til barnet ved å lese denne oppgaven.

1.4 Avgrensning

Jeg har valgt å fokusere på kreftsyke barn med akutt lymfatisk leukemi i alderen 4-5 år som er inneliggende på sykehus. Denne pasientgruppen har lange og hyppige opphold på sykehus på grunn av cytostatikabehandling, og de har derfor ofte et stort behov for sykepleie. Når jeg i oppgaven bruker ”sykepleier”, tar jeg utgangspunkt i at dette er en sykepleier med grunnutdanning, uten videreutdanning i kreftsykepleie eller barnesykepleie.

Foreldre og pårørende er en stor del av hverdagen og livet til den kreftsyke på sykehus, men på grunn av oppgavens omfang og størrelse har jeg valgt å ha hovedfokus på relasjonen mellom barnet og sykepleieren, og jeg vil derfor ikke ta for meg relasjonen mellom barnet og familien i stor grad. Det kan for øvrig tenkes at barnet bare har en forelder, eller ingen, og

dermed har noen andre som nærmeste pårørende. Jeg vil heller ikke gå inn på sykepleierens rolle ovenfor pårørende i stor grad, men jeg vil nevne det.

Barnet som er i førskolealder har ikke lenge igjen før han eller hun begynner på skolen, og første skoledag vil være en stor dag for de aller fleste barn. Det er derimot ingen selvfølge at barnet som er under cytostatikabehandling får mulighet til dette. Det er betydningsfullt at sykehusavdelingen legger til rette for at dette lar seg gjøre, gjennom et godt samarbeid mellom avdelingen, foreldre og skoletjenesten. På grunn av oppgavens størrelse går jeg ikke nærmere inn på tverrfaglig samarbeid mellom avdelingen og barnehage eller skole.

Tverrfaglig samarbeid kan forøvrig også innebære kontakt med helsesøster, psykolog, prest, førskolelærere, lærere, leger, sosionom eller åndelig veileder. Om det skulle være behov for et møte mellom disse partene, kan pasientansvarlig sykepleier kalle inn til dette (Egeland, 2010).

Kreft er ifølge Egeland (2010) en av de hyppigste dødsårsakene blant barn over 1 år i Norge. Ca. 30 barn dør hvert år av kreft i Norge (Egeland, 2010). Det å snakke med barn om døden kan være utfordrende for en sykepleier, spesielt en som er fersk i faget og har lite erfaring med dette. Barn i 3-5 års alderen kan være klar over at de er døende, men samtidig har de ikke forståelse for at dette er noe endelig, og kan derfor være redd for å bli forlatt. Å snakke om døden er fortsatt et tabu i samfunnet og i mange familier, noe som gjør behovet for å snakke med noen om dette stort for mange barn (Egeland, 2010). Selv om ikke nødvendigvis dette barnet kommer til å dø av leukemien, er det vesentlig at sykepleier er åpen for å snakke om døden dersom barnet har spørsmål rundt dette temaet. Det kan være at en av hans eller hennes lekekamerater på avdelingen dør, og det er da viktig å la barnet kunne snakke eller leke ut følelser og tanker rundt dette, dersom barnet har behov for det. Jeg har likevel valgt å ikke gå nærmere inn på dette temaet i selve oppgaven, på grunn av oppgavens størrelse. Dette gjelder også når barnet er i en palliativ fase, og behandlingen er avsluttet.

1.5 Begrepsavklaring

Kommunikasjon: Eide og Eide (2012) definerer kommunikasjon som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet *kommunikasjon* stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med, eller å delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2012).

Lek: ifølge Grønseth og Markestad (2013) er lek en spontan, frivillig og lystbetont aktivitet som barnet er aktivt engasjert i. Leken skal skje på barnets premisser og den er motivert av en indre lyst. Leken foregår i en annen verden enn virkeligheten, den er ikke på ordentlig, men den handler om å late som (Grønseth & Markestad, 2013).

1.6 Oppgavens innhold

Videre i oppgaven følger kapittel 2, der jeg tar for meg metode og kildekritikk.

I kapittel 3 vil jeg presentere valgt teori og litteraturen jeg har anvendt. Dette danner grunnlaget for drøftingen som kommer i kapittel 4. Her vil jeg drøfte funnene mot hverandre, for så å svare på problemstillingen. Kapittel 5 inneholder konklusjonen og til slutt blir litteraturlisten presentert i kapittel 6.

2. Metode

I dette kapitlet vil jeg først presentere hva metode er, samt hvilken metode jeg har brukt i min oppgave. Jeg vil også si noe om hvordan og hvor jeg har innhentet litteratur og kunnskap om temaet, før jeg redegjør for relevant forskning for oppgaven. Jeg avslutter kapitlet med kildekritikk.

2.1 Metodebeskrivelse

Ifølge Dalland (2013) er en metode noe man bruker for å framskaffe eller etterprøve kunnskap på en systematisk måte. Metoden vil altså hjelpe oss til å innhente informasjon om noe vi ønsker å tilegne oss mer kunnskaper om, eller se nærmere på. Oppgaven er et litteraturstudie. Litteraturstudie er en systematisk innsamling og gjennomgang av litteraturen jeg har anvendt for å kunne svare på problemstillingen min (Dalland, 2013). Jeg har anvendt denne metoden ved å søke systematisk og kritisk etter data, litteratur og forskning, for å så fremstille dette i oppgaven.

Jeg har valgt å bruke både pensum fra sykepleierutdanningen, og noe faglitteratur jeg har lånt på skolens bibliotek for å finne mer relevant litteratur til oppgaven. Jeg har hentet oppdatert statistikk fra Kreftregisteret og Kreftforeningen sine sider.

Dalland (2013) skiller mellom to typer metoder; den ene er kvantitativ orientert metode og den andre er kvalitativ orientert metode. Den kvantitative tilnærmingen har som formål å forme informasjonen, tallfeste den og formulere den i målbare enheter. Gjennom dette har vi muligheten til å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Den kvalitative tilnærmingen lar seg derimot ikke tallfeste, men ønsker i større grad å fange opp meninger og opplevelser. Begge metodene tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av hvordan samfunnet, enkeltmennesket, grupper og institusjoner handler og samhandler, men er utenom dette svært forskjellige (Dalland, 2013).

På bakgrunn av at jeg har fokuset i oppgaven min på ”barn”, ”kommunikasjon” og ”lek” har jeg anvendt artikler med kvalitativ metode, fordi dette er begreper som enkelt ikke lar seg tallfeste eller måles objektivt, men i stor grad må tolkes.

2.2 Litteratursøk og funn

I mitt arbeid med å finne relevant litteratur startet jeg med å søke i skolens database BIBSYS for så å finne relevant litteratur i skolens bibliotek. Av pensumlitteratur har jeg anvendt Dalland (2013) til metodekapittelet, ”Kommunikasjon i relasjoner” av Eide og Eide (2012) og ”Pediatri og pediatrik sykepleie” av Grønseth og Markestad (2013) til teoridelen. Jeg har i tillegg brukt boken ”Barn med kreft” av Bringager, Hellebostad, Sæter og Mørk (2014) i stor grad, to kapitler i ”Kreftsykepleie” av Reitan og Schjølberg (2010) og ”Klinisk pediatri” av Markestad (2009).

Jeg forsøkte å finne den nyeste forskningen og har derfor hovedsakelig søkt etter studier utført etter 2006, altså ikke eldre enn 10 år. Jeg fant tre av studiene jeg har anvendt i oppgaven gjennom denne begrensningen. En av studiene fant jeg gjennom en annen oppgave og søkte den dermed opp, men jeg måtte låne den fra biblioteket. For å finne den siste forskningsoppgaven jeg har anvendt, søkte jeg uten årstall og fant en studie fra 1995 med hjelp fra bibliotekar. Jeg har brukt søkeordene: barn (children), kreft (cancer), sykepleie (nursing), innlagt på sykehus (hospitalized), og lek (play, plaything). Databasene jeg har brukt i søkene mine er PubMed, SveMed+, Sykepleien.no og Cinahl.

Jeg startet søkene etter artikler på SveMed+ med søkeordene ”barn” og ”lek” og fikk 145 treff. Jeg valgte å gå over til Medical Subject Headings (MeSH) fordi søkeordene mine var for upresise, og søkte da med ”play and playthings” og ”hospitalized children” og kombinerte disse med AND. Jeg fikk da 14 treff, men ingen av disse ga tilstrekkelig resultat for det jeg ønsket. Jeg valgte å bruke de samme engelske søkeordene videre og fortsatte søkene i PubMed.

Jeg fant artikkelen *Play as a care strategy for children with cancer* (Lima & Santos, 2015) etter å ha søkt i PubMed. Jeg søkte først med søkeordene ”hospitalized children nursing”, men fikk så mange som 2,725 treff og valgte å endre søket til ”hospitalized children play”. Jeg fikk da 778 treff og endret søket til søkeordene ”hospitalized children with cancer play”. Da fikk jeg 34 treff og valgte å se nærmere på denne da den ut i fra tittelen passet til det jeg søkte etter. Under samme søk fant jeg også artikkelen *The importance of play during hospitalization of children* (Koukourikos, Tzaha, Pantelidou, & Tsaloglidou, 2015).

Lek og barnesykepleie (Korsvold, 2009) fant jeg på sykepleien.no. Jeg brukte søkeordene ”barn og lek”, og da kom denne artikkelen opp som første artikkel og den eneste som passet til mitt søk. Etter å ha lest gjennom sammendraget, syntes jeg denne passet til oppgaven.

Vi leger sykehus: En analyse af sammenhængen mellem leg og sygepleje til syge børn (Høstrup, 2000) søkte jeg direkte opp etter å ha sett henvisning til denne i andre oppgaver. Jeg fikk ikke tak i denne etter å ha søkt i flere databaser, så jeg tok kontakt med biblioteket på skolen og fikk låne oppgaven i sin helhet fra Lovisenberg Diakonale Høyskole.

Play therapy with hospitalized children (Webb, 1995) søkte jeg også opp etter tittel etter å ha sett henvisning til denne i artikkelen *The importance of play during hospitalization of children* (Koukourikos et al., 2015). Jeg fant artikkelen gjennom å søke i Google Scholar, etter å ha forsøkt søk i PubMed og Cinahl uten hell.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2013) beskriver kildekritikk som en metode for å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes.

Jeg har hovedsakelig benyttet meg av sekundærlitteratur i oppgaven, og da for det meste pensumlitteratur fra bachelorstudiet og pensumlitteratur for videreutdanning i kreftsykepleie. Pensumlitteraturen er av nyere dato, og da dette anvendes i både bachelor- og videreutdanning på skolen mener jeg at disse er kvalitetssikret og at litteraturen er til å stole på. Noe som kan sette preg på oppgaven er at jeg kan ha tolket litteraturen annerledes enn det noen andre ville gjort, og at denne tolkningen kan være påvirket av min forståelse og egne erfaringer.

Det finnes en god del forskning på temaet om barn og kreft på grunn av at utviklingen har vært stor de siste årene. Men, jeg har ikke funnet ny forskning om temaet barn, lek og sykepleie i stor grad. Av forskningen jeg har anvendt i oppgaven min er tre av fem forskningsartikler skrevet på engelsk og en er skrevet på dansk. Jeg har selv oversatt teksten fra engelsk og dansk til norsk. På bakgrunn av dette kan det være at jeg har oversatt feil eller tolket innholdet på en annen måte enn det forfatterne har tenkt.

Lek og barnesykepleie (Korsvold, 2009) er den eneste norske artikkelen jeg har anvendt i oppgaven. I studien har Korsvold intervjuet tre barnesykepleiere som jobber på en

barnekreftavdeling, med minst fem års erfaring, om hvordan lek brukes i sykepleie til kreftsyke barn. Intervjuene ble gjennomført i forbindelse med at Korsvold skrev en mellomfagsoppgave i 2002. Det jeg kan stille meg kritisk til er at det i artikkelen bare er intervjuet tre barnesykepleiere, på én barneavdeling, og på kun et sykehus i Norge. Dette trenger ikke være gjeldende for alle barnesykepleiere eller sykepleiere som jobber med kreftsyke barn. På grunn av at metodedelen og gjennomgangen av referanser som er brukt i artikkelen er kortet ned, er det vanskelig å kunne vurdere studiens validitet og reliabilitet. Men da funnene i artikkelen samtidig støtter litteraturen jeg har funnet og anvendt om sykepleie og lek til barn, velger jeg å bruke denne i oppgaven. Det er for øvrig ikke tatt med barns synspunkter om lek i denne studien, noe som kunne vært interessant å sett funnene av.

En av studiene jeg har brukt i oppgaven er *Play therapy with hospitalized children* (Webb, 1995) er fra USA og utgitt i 1995. Artikkelen tar for seg bruken av terapeutisk lek for barn inneliggende på sykehus. Jeg velger å bruke denne artikkelen selv om den er en del eldre enn litteraturen jeg ellers har brukt, på bakgrunn av at jeg anser lek som en stor del av barnet, og at terapeutisk lek fortsatt brukes for barn som er innlagt på sykehus over lengre tid. Jeg tar utgangspunkt i at viktigheten av lek for barn ikke har forandret seg så mye de siste 20 årene, selv om det i dagens samfunn brukes elektroniske enheter i mye større grad.

Vi leger sykehus: En analyse af sammenhængen mellem leg og sygepleje til syge børn (Høstrup, 2000) er en oppgave fra Danmark, utgitt i 2000. Forfatteren ønsket gjennom sin studie å undersøke sammenhengen mellom lek og sykepleie til barn innlagt på sykehus, og om dette ville ha noen konsekvenser for sykepleien til barnet. Artikkelen er noe eldre enn grensen jeg hadde satt for mine søk, men jeg anser likevel artikkelen som relevant da den handler om sammenhengen mellom lek og sykepleie, og dermed er relevant for å drøfte min problemstilling. I tillegg er artikkelen skrevet på dansk, noe som kan påvirke min tolkning av funnene i oppgaven.

Play as a care strategy for children with cancer (Lima & Santos, 2015) er en studie fra Brasil. Jeg velger å bruke denne med forsiktighet fordi den tar utgangspunkt i lek til barn som hovedsakelig er fra 6 – 12 år, men jeg velger likevel å bruke noe generell informasjon som omhandler barn med kreft inneliggende på sykehus, uavhengig av aldersgruppe. Studien er skrevet på engelsk, og dette kan påvirke min tolkning av funnene jeg har anvendt.

Jeg antar at barns behov for lek har store likheter uavhengig av mulige kultur- og organisasjonsforskjeller mellom landene, og at dette ikke vil gi utslag for funnene jeg har anvendt i oppgaven. En annen ting jeg kan stille meg undrende til er at det i hovedsak er kvinnelige forfattere innenfor temaet om bruk av lek til barn inneliggende på sykehus. Det kan tenkes at menn og kvinner kan ha et ulikt syn på dette temaet, men jeg velger likevel å anta at betydningen for bruk av lek for å skape trygghet til barnet er den samme uavhengig av kjønn.

3. Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere teorien jeg har valgt å anvende i oppgaven. Jeg presenterer først teori om ALL for å gi leseren et innblikk i behandlingen det kreftsyke barnet må igjennom. Så kommer det teori om kommunikasjon til barn, lek og til slutt blir forskningsartiklene jeg har anvendt presentert.

3.1 Akutt lymfatisk leukemi

Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn, og hvert år diagnostiseres det ca. 40 nye tilfeller hos barn under 15 år (Zeller & Storm-Mathisen, 2010). Årsaken til kreft hos barn er som regel ukjent, men noen ganger har arvelige faktorer en betydning. Ellers kan miljøfaktorer som stråling, miljøgifter og infeksjoner spille en rolle (Bringager et al., 2014). I de fleste tilfellene av leukemi, utgjør ca. 85% av tilfellene akutt lymfatisk leukemi (ALL), 10-15% er akutt myelogen leukemi (AML), og resterende fordeler seg på to kroniske myelogene leukemier. Leukemi forekommer oftest i 2 – 5 års alderen og i tenårene. Akutt leukemi skyldes en umoden celletype i beinmargen som er blitt ondartet, og som deler seg ukontrollert. De ondartede kreftcellene vil etter hvert fortrenge andre celler i blod og beinmarg. Symptomer og tegn på leukemi hos barn er blant annet anemi med blekhet og nedsatt fysisk kapasitet på grunn av mangel på røde blodlegemer, gjentatte infeksjoner på grunn av mangel på leukocytter og mangel på trombocytter som gir økt blødningstendens som ofte vises gjennom at barnet lett får blåmerker. Hovne ledd og lymfeknuter, svingende feber og skjelettsmerter er andre symptomer som skyldes leukemiceller (Bringager et al., 2014).

3.1.1 Undersøkelser og utredning

Før man kan stille diagnosen ALL, må barnet gjennom flere omfattende undersøkelser for å fastslå diagnosen. I utredningen av barnet må man samtidig utelukke eventuelle differensialdiagnoser, ofte infeksjoner forårsaket av virus eller bakterier. Undersøkelser barnet må gjennom er først og fremst beinmargsprøver og biopsi, men også blodprøver, røntgen thorax, ultralyd abdomen, spinalpunksjon og eventuelt MR og CT av sentralnervesystemet. Alle disse undersøkelsene er avgjørende for å kunne skreddersy behandlingen etter hvilke risikofaktorer som er til stede (Bringager et al., 2014).

3.1.2 Behandlingsforløp og prosedyrer

Ved kreftsykdom finnes det tre hovedbehandlingsformer: kirurgi, cytostatika og strålebehandling. Cytostatika er den vanligste behandlingen ved leukemi. Når et barn skal behandles for ALL er dette en langvarig fase på ca. to og et halvt år. Cytostatika virker på kreftceller og andre celler som deler seg hurtig. Denne behandlingsformen brukes for å hemme formering av immunapparatets celler ved autoimmune sykdommer (Bringager et al., 2014).

De vanligste prosedyrene det kreftsyke barnet utsettes for etter diagnosen er stilt er å få innlagt sentralt venekateter (CVK), få tabletter og miksturer, få lagt ned sonde, sprøytstikk, spinalpunksjon og beinmargsprøve. Disse undersøkelsene kan være både ubehagelige og smertefulle for barnet. Andre undersøkelser barnet må gjennom er vanlige smertefrie undersøkelser, som blant annet blodtrykksmåling, røntgenundersøkelser, veiing, blodprøvetaking fra CVK og medisintagning (Bringager et al., 2014).

3.1.3 Bivirkninger ved cytostatikabehandling

Når barnet behandles med cytostatika, fører dette ofte med seg ulike bivirkninger. Noen av disse bivirkningene er ifølge Egeland (2010) kvalme, oppkast, endret smaksopplevelse og sår i munnslimhinnene. Disse bivirkningene kan blant annet føre til at barnet ikke får i seg den næringen den trenger. Sykepleieren må da administrere kvalmestillende forebyggende til barnet og smertestillende ved behov. Barn med leukemi kan ha smerter i ledd og ekstremiteter ved sykdomsstart, men ellers er det hovedsakelig behandlingen som kan gi smertefulle bivirkninger som sår i munn og hals. Barnet bør veies daglig for å forhindre for stort vekttap. Dersom dette vedvarer bør barnet få sondeernæring. Det er også nødvendig å følge med på væskeinntaket og administrere væske dersom det trengs. Cytostatikabehandlingen gjør at immunforsvaret til barnet blir redusert, og at barnet dermed blir lettere mottakelig for sykdommer. Barnet kan da få infeksjoner som kan utvikle seg til å bli svært alvorlige, og må på grunn av dette unngå steder med mange mennesker. De minste barna får ikke gå i barnehage (Egeland, 2010).

3.2 Kommunikasjon med barn

Ifølge Eide og Eide (2012) er evnen til å lytte aktivt kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Kommunikasjon foregår forøvrig både verbalt og non-verbalt. Ved verbal kommunikasjon

brukes ordene muntlig eller skriftlig, mens non-verbal kommunikasjon er overføring av et budskap uten å bruke faktiske ord. Dette kan være ansiktsuttrykk, kroppsholdning og blikk (Eide & Eide, 2012).

3.2.1 Barns utvikling

Barn i 4-5 års alderen har et kort tidsperspektiv og et annet tidsbegrep enn det voksne har. Barn i denne alderen assosierer lett til kjente ting, de har god hukommelse og husker ofte negative opplevelser de har. Det er fundamentalt å formidle ro og trygghet, og forklare hva som nå skal skje. Barnet har også ofte en magisk tenkning i denne alderen, og de er i tillegg impulsstyrte som vil si at de gjør ting uten å tenke over konsekvensene av det de gjør før det er gjort (Eide & Eide, 2012). Barnet tar det som blir sagt bokstavelig. Barnet kan for eksempel tro at en stikkpille er en pille som faktisk stikker (Egeland, 2010).

Psykologen Jean Piaget (i Ruud, 2012) utviklet en teori i 1952 som ofte benyttes for å forklare barns utvikling og intellektuelle ferdigheter. I denne teorien plasserer Piaget barnets utvikling i fire ulike stadier, og mener at barn mellom 2-6 år er i en preoperasjonell fase. I denne fasen klarer ikke barnet å skille helt mellom hva som er fantasi, og hva som er virkelig. Barnet forholder seg til her og nå-situasjonen, og har begrenset mulighet for å se ting fra et annet perspektiv. Barnet har samtidig en egosentrisk tankegang, som gjør at barnet oppfatter seg selv som sentrum i ulike hendelser og trekker beslutninger basert på egne erfaringer (Ruud, 2012). Barnet kan fort se på sykdommer og prosedyrer som en slags straff for noe de har gjort (Grønseth & Markestad, 2013).

3.2.2 Trygghet

For barn i alle aldre er det fundamentalt at de opplever trygghet og stabilitet (Egeland, 2010). Trygghet handler i stor grad om å ha kontroll, og kontroll er noe barn opplever i trygge og vante omgivelser, hvor det er kjente personer, og der de vet hva som skal skje. Denne tryggheten forsvinner ofte når de blir syke og er innlagt på sykehus. Her er det nye og uvante omgivelser, sykepleiere og leger de ikke kjenner som til stadighet kommer inn på rommet, foreldre som oppfører seg annerledes, mat som smaker annerledes enn hjemme, barn de ikke kjenner, og etter hvert maskiner som piper til stadighet (Eide & Eide, 2012). For mange barn kan dette være vanskelig. Ved å forklare og informere barnet om hva som skal skje, kan dette også bidra til at barnet øker følelsen av egenkontroll. Når det gjelder små barn vil de ha andre

behov enn det voksne og ungdom har. Det vil være lettere å kommunisere med disse gjennom et verbalt språk, i motsetning til de minste barna (Eide & Eide, 2012).

3.2.3 Tillit

Det første møtet mellom barnet, familien og sykepleieren er i stor grad et godt utgangspunkt for å bidra til å skape tillit og motivasjon. Familiens første møtet med sykepleier er betydningsfullt. Foreldre husker som regel det første møtet veldig godt, og ofte hvert eneste ord sykepleieren har sagt (Bringager et al., 2014). Sykepleie til barn omfatter også alltid barnet og barnets familie (Egeland, 2010). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon står det forøvrig at alle barn under 18 år har rett til å ha minst én av foreldrene til stede under sykehusoppholdet, og begge foreldrene ved alvorlig eller livstruende sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Barnet vil påvirkes positivt dersom foreldrene opplever trygghet. For barn i førskolealder kan sykepleieren oppfattes som en fremmed og truende person i starten. Det er dermed vesentlig å oppnå tillit for at barnet skal oppleve trygghet. Det kan være enkle grep som å sette seg i barnets høyde, sørge for å ha øyekontakt, leke, før man forsiktig spør om hva for eksempel kosedyret heter og tar samtalen videre derfra. Ved å bli kjent med barnets interesser, kan sykepleier få fram det friske i barnet selv når det er sykt (Egeland, 2010).

Det kan ta tid å få barnets tillit, og det krever ofte at sykepleier prøver seg fram med ulike metoder. Barnet åpner seg ikke uten videre til fremmede, og for å skape tillit forutsetter dette en kontakt med barnet, med et berøringspunkt, altså noe barnet er opptatt av og som hjelperen kan ta del i. Det kan da være hjelp i å bruke noe som barnet har en naturlig interesse for, som bilder, tegninger, fortellinger, leker og lignende for å få kontakt (Eide & Eide, 2012).

Eide og Eide (2012) har sammenfattet ni generelle råd de mener kan være til hjelp for å skape tillit og god kontakt med barnet. Fire av disse rådene er:

1. *å tone seg inn på den andre, og finne et felles område for oppmerksomhet*
2. *å anvende hjelpemidler hvis nødvendig (leker, bøker, brosjyrer, etc.)*
3. *å gi informasjon tilpasset barnets situasjon og utviklingsnivå*
4. *å bruke enkle ord og uttrykk, gjerne opp til barnets eget språk* (Eide & Eide, 2012, s. 375).

3.3 Lek

Barn har ifølge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) kapittel 4, rett til å aktiviseres og stimuleres så langt helsetilstanden deres tillater det. Det skal også avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr, tilpasset barnets alder og utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Barn og leken hører sammen, fordi barn er lekende vesener (Grønseth & Markestad, 2013), og lek er en naturlig del av barnets liv (Egeland, 2010).

Katie Eriksson (i Kirkevold, 2008) beskriver lek som et grunnleggende begrep i sin omsorgsteori. Eriksson mener at lek er et naturlig atferdsmønster hos både voksne og barn, og at den er tilknyttet utviklingen av blant annet å skape tillit. Ifølge Eriksson fremmer leken menneskets utvikling, da den er en form for kreativitet som bekrefter ens identitet. Lek er også et sentralt element i omsorgen, da den er avhengig av tillit til omgivelsene. Å kunne leke er både et middel for å oppnå helse, men også for å gi uttrykk for helse (Kirkevold, 2008).

3.3.1 Barns behov for lek

Når et barn er lagt inn på sykehus er sykdommen ofte i fokus. Lek kan hjelpe barnet til å være seg selv. Dette er utslagsgivende for at barnet skal få utvikle sin egen identitet. Lek vil også bidra til å få fram det friske i barnet (Grønseth & Markestad, 2013; Egeland, 2010). Barn uttrykker følelsene, tankene og meningene sine gjennom lek som for eksempel ved å tegne eller male. Barnet kan forøvrig avreagere og bearbeide sine egne opplevelser gjennom å leke situasjoner som det selv opplever på sykehuset (Egeland, 2010). Lek reflekterer barns måte å se verden på. Ifølge Dorothea Orems (i Grønseth & Markestad, 2013) utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er leken et viktig redskap for å kunne utføre sykepleiens behandlende, lindrende, forebyggende og helsefremmende funksjoner – da leken stimulerer den naturlige utviklingen til barnet (Grønseth & Markestad, 2013).

3.3.2 Terapeutisk bruk av lek

Lek kan ha en terapeutisk funksjon (Grønseth & Markestad, 2013). Leketerapi eller terapeutisk bruk av lek kan defineres som strukturerte aktiviteter som er utviklet for å tilpasse barns kognitive utvikling og psykososiale behov. Barneavdelinger har ofte spesialutdannede leketerapeuter eller førskolelærere som tilbyr leketerapi for barnet. Dette kan virke som et fristed der barnets friske sider er i fokus. Det er derfor vesentlig at barnet har tilgang til lekerom, leker og TV når det er innlagt på sykehus over lengre tid (Grønseth & Markestad, 2013). Terapeutisk bruk av lek kan knyttes til at lek reduserer stress, men også gir barnet en

mestringsopplevelse i uoversiktlige og krevende situasjoner. Terapeutisk bruk av lek før kirurgi kan for eksempel bidra til å redusere barnets stress postoperativt. Siden leken er på likvis, blir dette et slags tilfluktssted for barnet der det kan få tilbake kontroll, men også oppnå en mestringsfølelse. I tillegg ufarliggjør leken skremmende følelser som barnet ikke ønsker å forholde seg til i virkeligheten. Barnet vil gjennom lek kunne bearbeide følelser og traumatiske opplevelser, og kan dermed gi uttrykk for følelser som sinne, frustrasjon, hjelpeløshet og skuffelse (Grønseth & Markestad, 2013).

3.3.3 Lek for å gi informasjon

Hovedmålet med å gi informasjon til barnet og familien er å gi de kunnskaper for å forstå det som nå skjer, slik at de kan se mulighetene i den nye situasjonen. Selv om barn i denne aldersgruppen så vidt har startet utviklingen av et nyansert verbalt språk, kan barnet likevel gjennom lek vise til et tilnærmet like nyansert språk. Barn er ikke alltid tilgjengelig for informasjon, noe som må respekteres. Gjennom å bruke ulike virkemidler er det lettere å komme til målet med å gi den informasjonen som må gis for å trygge barnet. Gjennom lek og kommunikasjon med barnet har sykepleier dermed mulighet til å finne ut av hvordan barnet opplever situasjonen, eller om det er noe barnet lurere på, er redd eller glad for. Det finnes flere ulike virkemidler sykepleier kan bruke for å gi den nødvendige informasjonen til barnet, for eksempel bøker, informasjonsbrosjyre, bilder og dukker (Bringager et al., 2014).

Kjemomannen Kasper og jakten på de sure kreftcellene (Motzfeldt, 1991) er en dansk barnebok fra 1991 som brukes til kreftsyke barn. Boken forklarer barnet på en veldig enkel måte og med et metaforisk språk hva kreft er og hva cytostatika gjør med kreftcellene i kroppen. I 2010 tok Norge i bruk ”Se – Høre – Gjøre” bildene som er et informasjonsmateriale utarbeidet på Barnekreftsentret ved Dronning Silvias Barne- og ungdomssykehus i Göteborg. Bildene er laget for å forklare sykdommen til barnet og hvordan behandlingen foregår. Bildene kan også øke forståelsen av sykdommen og behandlingen, i tillegg til å gjøre det enklere for barnet å forstå- og å huske informasjonen fra sykehuset (Gustafsson & Nolbris, 2010). Ved Oslo Universitetssykehus (OUS) brukes også musa Rasmus, som er barneavdelingens maskot, til å vise prosedyrer, samt for å gi informasjon tilpasset barnet. Rasmus er et kosedyr som skal forestille en grå mus, og brukes blant annet på informasjonsmaterieill til barn ved OUS i bokform og som kosedyr (Holmsen, 2011).

3.3.4 Lek som avledning

Ifølge Bringager et al. (2014) kan lek brukes som avledning. Lek brukes ofte som avledning av både helsepersonell og foreldre under behandling og undersøkelser. Poenget med avledning er å få barnet til å tenke på noe annet enn det som gjør vondt, via konkurrerende stimuli. Valg av avledningsmetode er forøvrig av stor betydning, da den må være aldersadekvat og interessant for barnet. De mest effektive avledningsmetodene er de som krever aktiv deltagelse fra barnet, som for eksempel å ha leker å trykke på underveis. Dersom barnets stressnivå i forkant av undersøkelsen er høyt, vil passive metoder være mer egnet, for eksempel å se på film (Bringager et al., 2014). Fra 5-årsalderen vil barnet i større grad være i stand til å ta kontroll over egne tanker, og avlede tankene fra det som er vondt eller skummelt, ved at barnet tilegner seg en kognitiv mestringsstrategi. Dette vil si at barnet finner en måte å bevisst ta kontroll over egne tanker, for å avlede oppmerksomheten bort fra det vonde (Grønseth & Markestad, 2013).

Populære leker i denne alderen kan være å tegne, klippe og lage ting, bokstavrim, lese bøker, leke med dukker, kle seg ut, se på film, legge puslespill og spille dataspill (Grønseth & Markestad, 2013).

3.4 Presentasjon av forskningsartikler

Lek og barnesykepleie

Live Korsvold (2009).

Studiens hensikt: Korsvold ønsker gjennom sin hovedfagsoppgave å få fram at lek har en sentral betydning i kommunikasjonen til kreftsyke barn fra tre til fem år.

Metode: Studien har en beskrivende struktur, og Korsvold har brukt kvalitative intervjuer med tre barnesykepleiere med minst fem års erfaring. Hun ønsket å finne ut av hvordan lek ble brukt og hvilken mening sykepleierne legger i bruk av lek i sykepleie til kreftsyke barn.

Resultat: Det kommer fram gjennom oppgaven at sykepleierne som er intervjuet mener at lek brukes som et kommunikasjonsmiddel for å forberede, informere og avlede det syke barnet, samt at det er en viktig motivasjonsfaktor. Dette fordi lek er en sentral del av barnets fysiske, kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling. Sykepleierne forteller at de bruker lek i det meste av sykepleie til barnet, og at det handler om å gi glede, så vel som å observere, kartlegge og

for fokusere på det friske i barnet. Teori av blant annet Katie Eriksson bekrefter lek som et grunnleggende begrep i omsorgen. Resultatene fra studien til Korsvold viser at lek har en sentral betydning for sykepleien til kreftsyke barn fra 3 – 5 år. Studien viser også at sykepleieren må ha evne til å få kontakt med barn. Ved at sykepleieren har en lekende holdning, vil barnet lettere føle seg sett og forstått.

The importance of play during hospitalization of children

Konstantinos Koukourikos, Laila Tzeha, Parthenopi Pantelidou og Areti Tsaloglidou (2015).

Studiens hensikt: Koukourikos et al. (2015) ønsket gjennom sin studie å vurdere gjennom sine funn av data, betydningen av lek under sykehusinnleggelse av barn.

Metode: Kvalitativ litteraturgjennomgang etter å ha søkt gjennom databaser som PubMed, Cinahl og Scopus, med søkeordene: therapeutic play, play therapy, hospitalized child, therapist.

Resultat: Studien viser at lek som terapeutisk lek eller som leketerapi, viser seg å være av stor terapeutisk verdi for syke barn på sykehus. Dette påvirker både deres fysiske og psykiske velvære, men også for deres bedring. De mener lek vil bidra til å kartlegge hvordan barnet har det etter å ha blitt lagt inn på sykehus, men også for å forsøke å minske de negative opplevelsene som følger med at barnet er inneliggende på sykehus. De påpeker at lek kan brukes for å gi informasjon til barnet, samt at lek er en form for kommunikasjon og selvutfoldelse. Ved bruk av lek kan barnet blant annet bli kjent med det ukjente sykehusmiljøet, uttrykke følelser og bli kjent med undersøkelser de må gjennom.

Play as a care strategy for children with cancer

Kálya Yasmine Nunes de Lima og Viviane Euzébia Pereira Santos (2015).

Studiens hensikt: Å forstå påvirkningen av lek i behandlingsprosessen av kreftsyke barn.

Metode: En beskrivende, utforskende og kvalitativ studie utført på en barnekreftenhet i Natal, Brasil. Forfatterne samlet inn data fra intervjuer med åtte barn mellom oktober 2013 og januar 2014, med en innholdsanalyse med vekt på to kategorier: hjelpemidler under lek, og påvirkningen av lek i behandlingsprosessen.

Resultat: Lek som bidrar til rekreasjon hos disse barna er å se på tv, bruke data, spille, leke med diverse leker, lekerommet på avdelingen, tegning og sykehusklovnene. Dette fordi funnene viser at disse typene lek bidrar til følelser av glede, moro, distraherende fra sykdom og det bidrar til interaksjon med andre.

Play therapy with hospitalized children

Judith Webb (1995).

Studiens hensikt: Hvordan lek som terapi og terapeutisk bruk av lek vil kunne bidra positivt til barnets fysiske og psykiske velvære.

Metode: Litteraturstudie.

Resultat: Det kommer fram at barn inneliggende på sykehus har et behov for å uttrykke hva de føler for å komme seg gjennom utfordringene de står foran med tanke på sykdom. Leketerapi bidrar til at barn klarer å gi uttrykk for det de føler. Webb nevner også at det er gunstig med bruk av lek som terapi for kreftsyke barn som er inneliggende på sykehus over lengre tid.

Vi leger sykehus: En analyse af sammenhængen mellem leg og sygepleje til syge børn

Helle Høstrup (2000).

Studiens hensikt: Høstrup ønsker gjennom sin oppgave å undersøke sammenhengen mellom lek og sykepleie til syke barn inneliggende på sykehus, med utgangspunkt i to sitater som på hver sin måte problematiserer denne sammenhengen.

Metode: Litteraturstudie.

Resultat: Høstrup har i sin studie lagt frem ulike teorier på at lek kan ha en tryggende effekt på barn som er inneliggende på sykehus. Høstrup har også anvendt teori for å få fram om lek samtidig kan skape uoverensstemmelser mellom sykepleier og barnet. En av grunnene til dette kan være at sykepleieren ikke tar hensyn til barnets behov og ønsker.

4. Drøfting

På bakgrunn av teorien jeg har lagt fram, vil jeg i dette kapittelet drøfte hvordan sykepleieren kan bidra til å skape trygghet for det kreftsyke barnet gjennom bruk av lek. Jeg vil drøfte teori og funn opp mot hverandre, samt ta med egne betraktninger.

4.1 Det første møtet

Ifølge Bringager et al. (2014) er det første møtet mellom sykepleieren som tar i mot barnet og familien betydningsfullt. Sykepleieren må derfor sørge for at det er en god atmosfære og kvalitet i det han/hun sier (Bringager et al., 2014). Da forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) sier at alle barn under 18 år har rett til å ha minst én av foreldrene til stede under sykehusoppholdet, og begge ved alvorlig eller livstruende sykdom tilstede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000), kan vi nå anta at begge foreldrene barnet er tilstede, fordi sykepleie til barn ifølge Egeland (2010) også omfatter barnets familie. På den andre siden kan det tenkes at barnet kun har en forelder, eller ingen foreldre, men andre pårørende som sine nærmeste. Jeg kan anta at dette i så fall vil føre til at sykepleieren vil kunne få et større ansvar ovenfor barnet. Dersom foreldrene ved første møte opplever trygghet til sykepleieren de møter, vil dette kunne være positivt for barnet, fordi barn ofte er skeptiske til fremmede, og sykepleieren som barnet møter, er nettopp det. En fremmed (Grønseth & Markestad, 2013).

Når barnet først kommer til avdelingen kan man anta at det har et bredt følelsesspekter, og kan oppleve utrygghet og usikkerhet selv før det første møtet med sykepleier. Da lek kan ufarliggjøre skremmende følelser, kan sykepleier velge å benytte seg av lek som avledning svært tidlig. Dette vil ifølge Grønseth og Markestad (2013) hjelpe barnet til å midlertidig glemme virkeligheten, og søke tilflukt i fantasier som skaper mer positive følelser.

Utfordringen med dette kan være at for at barn skal leke naturlig, må det ha en viss tillit til omgivelsene og menneskene rundt. Da sykepleier antas å ikke ha denne tilliten allerede under første møte, vil sannsynligvis ikke leken ha ønsket effekt. Samtidig kan forsøk på å leke med barnet på dette tidspunktet oppleves som forstyrrende eller distraherende for foreldrene, som i denne fasen har et stort informasjonsbehov (Grønseth & Markestad, 2013).

Under dette møtet kan sykepleier forsøke å skape den tilliten som kreves for effektiv lek senere. Hvis sykepleieren smiler, er rolig, setter seg ned i barnets høyde og viser interesse for å bli kjent med barnet, bruker god tid, er godt forberedt på barnets ankomst, og kanskje har

noen leker eller noe spennende utstyr barnet kan leke med, vil dette kunne bidra til at sykepleieren oppnår denne tilliten (Grønseth & Markestad, 2013). Dette understøttes av studien til Lima og Santos (2015) som skriver at leken er den mest hensiktsmessige måten for sykepleieren å utvikle empati på for barnet, men også for å forstå hvordan barnet ser verden på. Det kan tenkes at dette kan bidra til at sykepleieren og barnet utvikler et tillitsforhold (Lima & Santos, 2015), og dermed legger til rette for leken.

4.2 Diagnostisering og undersøkelser

Når barnet er lagt inn på sykehuset skal det i gang med en rekke undersøkelser for å kunne fastslå diagnosen, som i dette tilfellet viser seg å være ALL. Man kan tenke seg til at barnet i denne fasen vil føle mangel på kontroll fordi det er i nye og uvante omgivelser. Ifølge Bringager et al. (2014) må barnet forholde seg til en sykepleier som forbereder både barnet, men også foreldrene, godt i forhold til hva barnet skal gjennom.

En måte å forberede barnet på, er å vise bilder av undersøkelsesutstyret, for eksempel MR-maskinen (Egeland, 2010). På den ene siden kan det tenkes at det sykepleier oppnår med dette er at barnet kan oppleve trygghet fordi det vet hvordan utstyret på det barnet skal igjennom ser ut (Bringager et al., 2014), men på den andre siden, kan det antas at dette krever at slike bilder faktisk er tilgjengelige og er oppdaterte i henhold til det utstyret som faktisk skal brukes i undersøkelsen av barnet. Sykepleier bør også forberede barnet på hva som skal skje under selve undersøkelsen. Dette gjelder alt fra hvor lang tid den tar, om den vil smake, lukte noe, være noen lyder, eller om dette er noe som vil gjøre vondt (Bringager et al., 2014). Hvis sykepleier ikke er ærlig under denne forberedelsen, og barnet opplever noe sykepleier har sagt ikke kommer til å skje, eller at det skjer noe som sykepleier ikke en gang har nevnt, så kan det tenkes at barnet mister tilliten til sykepleieren, fordi det ifølge Egeland (2010) er avgjørende at sykepleieren er ærlig for at barnet skal ha tillit til han/hun. Jeg kan anta at dersom barnet ikke opplever tillit til sykepleieren på grunn av uærlighet, vil dette kunne ødelegge for framtidig lek mellom sykepleier og barnet.

Når barnet skal ta blodprøver vil dette for mange barn være en vond og skremmende opplevelse, spesielt fordi barn i denne alderen har en magisk tankegang (Eide & Eide, 2012). Barnet kan tolke navn på gjenstander som faktiske egenskaper ved denne gjenstanden. Barnet kan for eksempel tro at kroppen tømmes helt for blod når det skal tas en blodprøve og at

staseslangen er en ekte slange. Det kan derfor tenkes at når barnet får beskjed om at legen skal legge inn en liten intravenøs slange i armen, så tror barnet også her at det får en levende slange inn i armen (Bringager et al., 2014). Dette understøttes av Piaget (Ruud, 2012) som gjennom sin utviklingsteori hevder at barn i denne alderen ikke klarer å skille mellom hva som er fantasi og hva som er virkelig.

Sykepleier kan i slike tilfeller bruke lek som informasjon for å beskrive hvordan blodprøvetaking foregår, og vise fram utstyret som skal brukes (Bringager et al., 2014). Sykepleier kan for eksempel ved å bruke barnets kosedyr, eller Rasmus (Holmsen, 2011), vise barnet hvordan staseslangen, nålen og blodprøveglasset ser ut, samt hvilken rekkefølge dette skal utføres. Ved at barnet får ta del i undersøkelsen på forhånd, og får sett hvordan denne foregår, kan det antas at barnet blir kjent med de faktiske egenskapene ved utstyret, slik at det ikke tror at staseslangen faktisk er en ekte slange og at kroppen tømmes for blod. Dermed kan sykepleier muligens oppnå at barnet opplever en følelse av egenkontroll og dermed føler seg trygg på at dette vil gå bra (Eide & Eide, 2012). På den andre siden kan det være at barnet i stedet blir mer redd og får følelsen av at det ikke har kontroll. Barnet er tross alt i ukjente omgivelser og kan fortsatt oppleve en utrygghet fordi det ikke helt vet hvordan undersøkelsene vil oppleves, og dette kan dermed ende opp med å bli en traumatisk opplevelse for barnet i stedet (Eide & Eide, 2012). Dette understøttes av Koukourikos et al. (2015) som skriver i sin studie at barn i større grad kan oppleve mangel på kontroll, ved blant annet undersøkelser fordi de er i et nytt og ukjent miljø.

Sykepleier kan også i disse situasjonene benytte seg av lek som avledning for å forsøke å trekke oppmerksomheten bort fra det vonde, ved å avlede barnet med for eksempel å blåse såpebobler, synge eller lage en historie sammen med barnet og i tillegg love en premie etter undersøkelsen (Grønseth & Markestad, 2013). Når barnet så er ferdig kan sykepleier tegne et smilefjes på plasteret for å gi barnet noe positivt å fokusere på, før barnet får premie av sykepleieren (Egeland, 2010). Jeg har selv opplevd at barnets fokus på at det skal få en premie etter endt undersøkelse eller prosedyre blir så viktig at oppmerksomheten i stor grad rettes mot dette. Likevel kan det tenkes at noen behandlinger er så smertefulle når de pågår, at lovnad om premie ikke vil ha noen effekt før etter prosedyren når minnene om smertene avtar. Men på den andre siden kan det tenkes at å blåse såpebobler eller synge vil ha større effekt. Selv om barn har et stort behov for lek, kan man anta at barnet ikke er like mottakelig for lek når det opplever smerte.

Etter at barnet har vært gjennom en smertefull undersøkelse, som for eksempel etter å ha fått lagt inn perifer venekanyler før narkose, eller tatt blodprøver, kan det tenkes at barnet vil ha effekt av å avreagere og bearbeide opplevelsene knyttet til dette gjennom lek. Sykepleier kan da legge til rette for at barnet kan leke ut følelser som sinne, frustrasjon, hjelpeløshet og skuffelse (Grønseth & Markestad, 2013) knyttet til dette ved for eksempel at barnet bruker en dukke eller en bamse som pasient, og at barnet selv trer inn i sykepleier eller legerollen med aktuelt sykehusutstyr. På denne måten kan leken brukes terapeutisk (Egeland, 2010). Ved å la barnet leke ut sine følelser rundt dette, kan det tenkes at det skaper en mestringsfølelse for barnet, som igjen vil kunne føre til at det opplever en følelse av kontroll (Grønseth & Markestad, 2013). Dette understøttes av studien til Webb (1995), som sier at barn kan gjenvinne en følelse av kontroll gjennom å leke med sykehusutstyr. Webb konkluderer med at bruken av terapeutisk lek vil utgjøre en forskjell om hvorvidt barnet ser på sykehusinnleggelsen som en positiv eller negativ erfaring (Webb, 1995).

4.3 Behandling

Korsvold (2009) skriver i sin studie at kreftsyke barn mister mye under cytostatikabehandling. Livet til barna blir plutselig utrygt og uforutsigbart da cytostatikabehandlingen gir barna mange bivirkninger, og fordi de må tilbringe mye tid på sykehuset. Barna mister dermed lett kontakten med andre barn, men også den normale leken de er vant til (Korsvold, 2009). Men på grunn av barnets rett til egnet areal og tilstrekkelig utstyr, i henhold til Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) vil barnet likevel ha mulighet til å leke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). En av oppgavene til sykepleieren blir da å tilrettelegge for leken (Grønseth & Markestad, 2013).

Lek er samtidig en form for språk sykepleierne bruker for at barnet skal få tillit til både dem og sykehusverdenen. Det kommer fram at lek er livsviktig for barn, fordi barna utvikler seg fysisk, psykisk og sosialt ved å leke. Både Orem (i Grønseth & Markestad, 2013) og Eriksson (i Kirkevold, 2008) understøtter at lek er viktig for barnets naturlige utvikling gjennom sine omsorgsteorier. Orem mener at lek er et viktig redskap for at sykepleieren skal kunne utføre sin behandlende, lindrende, forebyggende og helsefremmende funksjon, fordi leken stimulerer barnets naturlige utvikling (Grønseth & Markestad, 2013).

Studien til Koukourikos et al. (2015) mener at bamser og dukker kan brukes for å demonstrere ulike prosedyrer, noe musa Rasmus allerede brukes til ved OUS (Holmsen, 2011). Blant annet kan sykepleieren bruke Rasmus for å informere barnet om innleggelse av langtids-CVK, noe alle barna får lagt inn på grunn av at cytostatikabehandlingen varer over så lang tid (Bringager et al., 2014). Sykepleieren kan dermed bruke Rasmus, i bok- eller kosedyrform, som allerede har innlagt CVK, for å vise barnet hvordan denne ser ut, og hvor i kroppen den ligger.

Sykepleier kan forklare og forberede barnet på alt som skal skje før og etter innleggelsen av CVK, gjennom å bruke Rasmus som eksempel i stedet for barnet selv (Holmsen, 2011). Eide og Eide (2012) understøtter at sykepleieren skal bruke hjelpemidler som for eksempel bilder, da dette vil øke sjansen for at barnet får tillit til sykepleieren. Når barnet oppnår tillit til sykepleieren vil barnet være mer mottakelig for å huske informasjonen som er gitt. Ved å forklare og informere barnet om hva som skal skje, kan dette også bidra til at barnet øker følelsen av egenkontroll (Eide & Eide, 2012). Dette kan vise at lek som informasjon vil være positivt for barnet for å skape trygghet, fordi det gjennom å bruke virkemidler, som i dette tilfellet er Rasmus, gjør det enklere for sykepleieren å nå målet med at barnet får den informasjon det trenger for å oppleve trygghet (Bringager et al., 2014).

Kjemomannen Kasper og jakten på de sure kreftcellene (Motzfeldt, 1991) er en støttebok som sykepleier kan bruke for å gi informasjon om kreftsykdommen til barnet (Bringager et al., 2014). Denne boken vil forklare barnet på en enkel måte hva kreft er og hvordan de sure kreftcellene blir spist opp av Kasper, som representerer cytostatika, og hva som forårsaker bivirkningene som kvalme og hårtap (Motzfeldt, 1991). I tillegg tok Norge i 2010 i bruk noe som heter "Se – høre – gjøre" (Gustafsson & Nolbris, 2010). Dette er en bildeserie med ulike figurer laget for at sykepleieren kan benytte seg av disse for å forklare sykdommen til barnet og hvordan behandlingen foregår. Barnet kan få en koffert med dette magnetfigursettet, slik at det selv kan bruke det for å for eksempel forklare søsken eller familie hva kreft er (Gustafsson & Nolbris, 2010). Det kan tenkes at både boken om Kjemomannen Kasper, og "Se-høre-gjøre" bildene kan brukes om hverandre for at barnet skal få størst mulig innsikt og forståelse for sykdommen de nå opplever. Dette kan på en side bidra til at barnet opplever kontroll, fordi det har fått en forståelse for hva som foregår inni kroppen, og nå vet hva mer om hva det skal gjennom og hvorfor. Dette kan dermed bidra til at barnet opplever trygghet (Eide & Eide, 2012).

I studien til Korsvold (2009) sier sykepleierne som er intervjuet at de bruker lek til det meste de gjør, og at de mener det bør være fokus på lek og moro på en barneavdeling. Sykepleierne peker på at det er deres måte å kommunisere med barna på, og at leken brukes til både informasjon og avledning, men også for å motivere barna til fysisk aktivitet. Sykepleierne mener at leken er viktig for å hente fram det friske i barnet. Dette understøttes av både Egeland (2010) og Grønseth & Markestad (2013), men også av Katie Eriksson (Kirkevold, 2008) som mener at det å leke både er et middel for å oppnå helse, men også for å gi uttrykk for helse. Høstrup (2000) tar på den andre siden for seg to sitater i sin studie. Den ene er fra en barnesykepleier som mener at leken kan ta bort fokuset fra sykdommen til barnet, og at sykepleieren gjennom å bruke lek og moro unngår å se det alvorlige i situasjonen. Det andre sitatet er hentet fra boken "Håbets labyrint" som er skrevet av moren til et kreftsykt barn (Anneberg, 1998; i Høstrup, 2000). Hun mener at sykepleierne gjennom å bruke lek "dekker over" det overgrepet de gjør, dersom barnet egentlig ikke ønsker å gjennomføre en smertefull prosedyre. Hun synes det er feil at sykepleieren først skal bli venn med barnet gjennom lek før inngrepet. Ved å gjøre dette mener hun at sykepleieren overlater en del av ansvaret til barnet, i stedet for å selv kjenne på de ubehagelige sidene av jobben. Hun mener at sykepleieren selv må ta ansvar for at barnet skal gjennom noe vondt eller ubehagelig, og ikke bruke lek for å føle seg mindre skyldig (Høstrup, 2000, s. 2). Samtidig understøtter artikkelen til Høstrup at barn har behov for trygghet når de ligger på sykehus, og at lek kan bidra til dette (Høstrup, 2000).

5. Konklusjon

Gjennom denne oppgaven ser vi at det første møtet mellom sykepleier og det kreftsyke barnet er betydningsfullt. Barnet kan ventes å ha et bredt følelsesspekter, og oppleve utrygghet og usikkerhet i denne situasjonen. Ved å gjøre foreldrene/pårørende trygge under dette møtet, vil dette trolig føre til større trygghet for barnet. Det er ønskelig at sykepleier så tidlig som mulig oppnår tillit hos barnet, for å kunne benytte seg av lek som avledning.

Barnet kan oppleve mangel på kontroll da det er i nye og ukjente omgivelser. Sykepleierens oppgave er da å forberede barnet best mulig på undersøkelsene det skal gjennom, slik at barnet skal kunne gjenvinne noe av egenkontrollen sin. Sykepleieren må være ærlig for å ikke miste barnets tillit, da dette kan ødelegge grunnlaget for framtidig lek. Da barnet i denne alderen har en magisk tankegang, kan barnet lett feiltolke egenskaper til enkelte undersøkelsesutstyr og misforstå konsekvensene av ulike typer behandlinger. Ved at sykepleieren bruker lek som informasjon i forkant av undersøkelser, vil dette kunne bidra til at barnet opplever trygghet, fordi det er forberedt på hva som skal skje. Sykepleier kan benytte seg av lek som avledning, ved å for eksempel blåse såpebobler eller synge under enkelte undersøkelser, som for eksempel blodprøvetaking. Dette vil kunne ta fokuset til barnet vekk fra det vonde, og dermed bidra til at barnet får en god opplevelse. Det bør også legges til rette for at barnet gjennom lek kan få bearbeidet følelser og eventuelle traumatiske opplevelser, knyttet til for eksempel smertefulle eller skumle prosedyrer, gjennom at barnet får gitt uttrykk for følelser som for eksempel sinne og hjelpeløshet. Dette kan skape en mestringsfølelse for barnet.

Barn påvirkes negativt av cytostatikabehandling og lange sykehusopphold. Barn har rett til å aktiviseres og stimuleres, og skal ha egnet areal og utstyr tilgjengelig. Lek kan brukes av sykepleierne som en måte å kommunisere med barna på, samt informere, avlede og motivere barna til aktivitet. Lek er et middel for å oppnå og gi uttrykk for helse. Barn utvikler seg fysisk, psykisk og sosialt ved å leke, noe som muliggjør at sykepleier kan utføre sin behandlende, lindrende, forebyggende og helsefremmende funksjon. Lek kan brukes som informasjon til barnet ved å bruke bamser, dukker og bøker, som for eksempel Rasmus, Kjemomannen Kasper, og "Se-høre-gjøre" bildene. Dette kan føre til at barnet opplever en egenkontroll som følge av en større forståelse for hva som foregår inni kroppen og hvilke undersøkelser det skal igjennom, noe som igjen bidrar til at barnet opplever trygghet.

Arbeidet med denne oppgaven har fått meg til å innse hvor avgjørende det er at sykepleieren bruker lek for at barnet skal få tillit til han/hun, og dermed oppleve denne tryggheten. Jeg har gjennom å skrive denne oppgaven lært mye om kommunikasjon til barn, ulike typer lek som kan anvendes ved prosedyrer og undersøkelser og generelt om sykepleie til barn med kreft. Jeg føler meg tryggere på hvordan jeg kan anvende lek i møte med barna på barnekreftavdelingen jeg jobber på, for å skape en god relasjon så tidlig som mulig.

Underveis i arbeidet med oppgaven opplevde jeg at det var vanskelig å finne nyere og tilgjengelig forskning på temaet om barn og lek, spesielt for norske barn. Mer forskning på temaet vil kunne bidra til mer kunnskap om et tema jeg anser som viktig når man jobber med barn.

6. Litteraturliste

- Barnekreftforeningen. (2015). *Barnekreftforeningen*. Hentet April 5, 2016 fra Kreftformer, leukemi: <http://www.barnekreftforeningen.no/kreft-hos-barn/kreftformer/>
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R., & Mørk, A. (2014). *Barn med kreft. En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Egeland, S. E. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling* (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3 . utg.). Bergen : Fagbokforlaget.
- Gustafsson, K., & Nolbris, M. (2010). *Norsk sykepleierforbund*. Hentet April 6, 2016 fra Diagnose bilder - Se - høre - gjøre bildene: <https://www.nsf.no/Content/886918/diagnosebilder.pdf>
- Høstrup, H. (2000). Vi leger sygehus; en analyse af sammenhængen mellem leg og sygepleje til syge børn. Aarhus, Danmark: Danmarks sygeplejerskehøjskole.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000, Desember 1). *Lovdata*. Hentet April 11, 2016 fra Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barns%20opphold>

- Holmsen, M. (2011, Oktober 4). *Rasmus på sykehus*. Hentet Mai 15, 2016 fra Oslo Universitetssykehus: http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/_barn/_under/_Sider/side.aspx
- Kirkevold, M. (2008). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Korsvold, L. (2009, Mars 13). *Lek og barnesykepleie. Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap*. Hentet April 14, 2016 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/lek-og-barnesykepleie>
- Koukourikos, K., Tzaha, L., Pantelidou, P., & Tsaloglidou, A. (2015, December 27). *The Importance of play during hospitalization of children*. Hentet April 24, 2016 fra PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733554/pdf/MSM-27-438.pdf>
- Kreftforeningen . (2016, Mars 4). *Kreftforeningen*. Hentet Mars 29, 2016 fra Leukemi hos barn: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-barn/>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnlegende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lima, K. Y., & Santos, V. E. (2015, Juni). *Play as a care strategy for children with cancer*. Hentet April 30, 2016 fra PubMed: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n2/1983-1447-rgenf-36-02-00076.pdf>
- Motzfeldt, H. (1991). *Kjemomannen Kasper og jakten på de sure kreftcellene*. Oslo: Kreftforeningen.
- Norsk Barnekreftregister. (2015, November 3). *Barnekreftregisteret*. Hentet April 26, 2016 fra Kreftregisteret: <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Barnekreftregisteret/>

- Reitan, A. M. (2010). *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling* (3. utg.). (T. K. Schjølberg, Red.) Oslo: Akribe.
- Ruud, A. K. (2012). *Hvorfor spurte ingen meg?* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Webb, J. (1995). *Play therapy with hospitalized children*. Hentet April 30, 2016 fra <http://kythe.org/site/wp-content/themes/kythe/resources/play-therapy-with-hospitalized-children.pdf>
- Zeller, B., & Storm-Mathisen, I. (2010). Kreft hos barn. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling* (3. utg., ss. 672 - 678). Oslo: Akribe.