



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling Kongsvinger

4BACH

Jeanette Nygård og Madeleine Iselin Ukkestad

Veileder: Marit Berg

Kreftrammede barn innlagt på sykehus:

Er mestring nøkkelen?

Hospitalized children with cancer:

Is coping the key?

12 116 ord

Bachelor i sykepleie, 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag av bacheloroppgaven 2014

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, hvor vi har brukt litteratur, forskning og egne erfaringer som grunnlag.

Barn som blir innlagt på sykehus kan oppleve å møte mange utfordringer. I denne oppgaven vil vi gå litt i dybden, og se på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe barn med å takle disse utfordringene. For å hjelpe barn til å oppnå mestring, har vi valgt å se på ulike mestringsstrategier. Å hjelpe barn til en forståelse er også noe vi har fokus på i vår oppgave. En forståelse for hvorfor de er på sykehuset, og hvorfor de må igjennom de ulike undersøkelsene og behandlingene de skal motta på sykehuset. Vi har også satt oss inn i hvilke kunnskaper en sykepleier trenger for å kunne hjelpe barn til forståelse og mestring.

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen's omsorgsteori som grunnlag for denne oppgaven. Vi har trekt frem flere ulike elementer fra hennes teori, som vi ser på som relevante i forhold til vår oppgave. Disse elementene drøfter vi opp mot pensumlitteratur og forskning, egne erfaringer og selvvalgt litteratur.

Noe av det vi har kommet frem til gjennom denne oppgaven er at vi ikke direkte kan hjelpe barn til en forståelse, men at vi kan tilrettelegge informasjonen slik at den lettere kan forstås. Vi har også konkludert med at vi kan hjelpe barn ved å gi dem trygghet og omsorg, men at de selv må ta initiativ til å mestre ulike situasjoner.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	5
1.2	Oppgavens hensikt.....	6
1.3	Problemstilling.....	6
1.4	Avgrensning av oppgaven	6
1.5	Case	7
1.6	Begrepsavklaring	7
1.7	Anonymisering av oppgaven	8
1.8	Oppgavens oppbygning	8
2	Metode	9
2.1	Valg av metode	9
2.2	Fremgangsmåte for litteratursøk.....	9
2.3	Kildekritikk.....	10
3	Teori.....	14
3.1	Kreft.....	14
3.1.1	Akutt lymfatisk leukemi.....	14
3.2	Barn og sykehusinnleggelse	15
3.3	Mestringsstrategier	16
3.4	Opplevelse av mestring	18
3.4.1	Empowerment	18
3.5	Utviklingspsykologi.....	19
3.6	Kari Martinsen – Omsorgsteori	20
3.7	Kommunikasjon.....	21
3.7.1	Kommunikasjon med barn	22
4	Lover, regler og etikk.....	24
4.1	Helsepersonelloven.....	24

4.2	Pasient- og brukerrettighetsloven	24
4.3	Yrkesetiske retningslinjer	24
4.4	Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon	25
5	Drøfting.....	26
5.1	Sykehusinnleggelsen	26
5.2	Undersøkelser og behandling	30
5.3	Tiden etter behandlingen	33
6	Konklusjon.....	37
7	Litteraturliste.....	39
	Vedlegg 1	42
	Vedlegg 2	43

1 Innledning

I Norge er det årlig ca 140-150 barn under 15 år som blir rammet av kreft. 29 % av disse får kreftdiagnosen leukemi (Wesenberg, Monge, Nygård, Småstuen, & Lie, 2012). Det vil dermed være mange barn som er innom et sykehus i løpet av et år. Vi mener derfor at det er viktig at sykepleiere har gode kunnskaper om hvordan man kan hjelpe barnet til å forstå hva som skjer, og å hjelpe barnet til å mestre sitt opphold på sykehuset.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Vi har valgt dette temaet på bakgrunn av at vi i praksis har møtt barn med forskjellige sykdommer. Vi har opplevd at disse barna ofte ikke har forstått hva som feiler de, eller hvorfor de får medisiner. Vi føler at dette er noe som har fanget vår interesse, da vi begge ønsker å jobbe med barn i fremtiden. Et av barna vi møtte i en praksisperiode skulle få medisinene sine. Siden hun var kun 2-3 år gammel så var alle medisinene flytende, som hun skulle ta oralt. Sykepleieren fylte tre sprøyter med tre forskjellige medisiner og tok de med inn til pasienten. Den lille jenta fikk lov til å ta av hetten på sprøytene, og fikk selv trykke på stempelet på sprøyten slik at hun fikk i seg medisinene. Dette syntes hun var veldig gøy, man kunne se at det var morsomt for henne å mestre dette. Denne episoden har skapt videre motivasjon til å lære mer om hvordan man kan hjelpe syke barn, og hvordan vi som sykepleiere kan gi barn mestringsopplevelser i hverdagen, til tross for sykdom og det sykdom medbringer. Grunnen til at vi har valgt kreft som sykdom er at dette er en sykdom som man fort kan komme bort i når man jobber i helsevesenet fordi det er meget utbredt. I tillegg så har vi ikke hatt stort fokus på kreft tidligere i utdanningen, noe som har gjort at vi ønsker å ha det nå. Det at vi begge har opplevd hvordan det er å være barn og å være innlagt på sykehus har også ført til at vår interesse for dette temaet har blitt større. Vi erfarte begge to at det skapte mange spørsmål og tanker, og at dette var noe som opplevdes som skummelt. Dette er noe vi føler at angår en del barn, noe som gjør at vi ønsker å skrive om dette temaet.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med vår oppgave er å øke vår kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe kreftrammede barn som er innlagt på sykehus. Vi ønsker å ha spesielt fokus på hvordan man kan hjelpe barn til mestringsopplevelser på sykehuset. Vi ønsker også å fokusere på hvordan sykepleiere kan bidra til at barn får en forståelse for hvorfor de er på sykehuset og hva som er hensikten med de ulike undersøkelsene og behandlingene. Vi tenker at denne kunnskapen også kan benyttes i forhold til andre sykdomsrammede barn som er innlagt på sykehus.

1.3 Problemstilling

«Hvordan kan vi som sykepleiere hjelpe kreftrammede barn med mestring og forståelse under sykehusoppholdet?».

1.4 Avgrensning av oppgaven

Vi ønsker å begrense vår oppgave til å handle om hvordan sykepleiere kan bidra til å gi barn en forståelse for hvorfor de er innlagt på sykehus, og hvordan sykepleiere kan hjelpe barnet til å mestre dette. Vi ønsker ikke å ha et direkte fokus på sykdommen, men kommer til å nevne bivirkninger av sykdommen og behandling av sykdommen, i tillegg til hvordan barn opplever å leve med sykdommen. Vi vet at pårørende er en viktig del av barnets opplevelse og forståelse av å bli innlagt på sykehus for første gang, men vi velger å se bort fra de pårørende grunnet oppgavens størrelse. Vi vet at det er flere sykepleieteoretikere som kan passe til vårt tema, men vi ønsker å kun fokusere på Kari Martinsens omsorgsteori i vår oppgave. Grunnen til dette er at vi ikke ønsker å drøfte forskjellige sykepleieteoretikere opp mot hverandre, men heller drøfte Kari Martinsens omsorgsteori opp mot pensumlitteratur, forskning, annen litteratur og egne erfaringer. I vår oppgave har vi valgt å bruke et case, en fiktiv historie. Vi har skrevet denne casen slik at det kan likne på noe fra virkeligheten. Dette er for at vi skal kunne forholde oss til Ola som en ekte pasient, som vi muligens kan møte ute i arbeidslivet.

1.5 Case

Ola er 5 år, og bor sammen med sin mor, far og storesøster. Ola er glad i å leke med bamser og å tegne. Han har for en uke siden blitt diagnostisert med akutt lymfatisk leukemi, og legene sier at for å bli frisk vil det kreve mange behandlinger over flere år, men at leveutsiktene ser gode ut. Han har blitt innlagt på sykehuset for aller første gang for å starte behandlingen av sykdommen. I hans møte med helsepersonellet på avdelingen kommer det frem at Ola har mange tanker og spørsmål rundt alt med sykdommen og at han må være på sykehuset istedenfor i barnehagen. Det kommer også frem at han er redd og usikker, og ikke helt forstår hva som foregår og hva som er galt med han.

1.6 Begrepsavklaring

- Forståelse

Forståelse vil si, i følge Antonovskys teori om stress og mestring, den forståelsen hver og en har av sin situasjon. Denne forståelsen mener han at bygges på den enkeltes kunnskaper (Bastøe, 2011).

- Mestring

Mestringsbegrepet kan brukes for å si noe om menneskers måte å håndtere en situasjon på (Trollvik, 2011). Mestring handler også om å snakke om det som er trist, leie tanker, og om at ting ikke er så bra som vi ønsker (Trollvik, 2011).

1.7 Anonymisering av oppgaven

Så lenge opplysninger ikke på noen måte gjør at enkeltpersoner kan identifiseres gjennom datamateriale, hverken direkte ved for eksempel navn, eller indirekte gjennom bakgrunnsinformasjon, da er opplysningene anonymisert (Dalland, 2012).

Vi har valgt å skrive en fiktiv historie, et case, for å unngå å identifisere ekte personer i vår oppgave.

1.8 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 er en metodedel. Her beskriver vi hvilken metode vi har valgt for vår oppgave. Vi presenterer også våre forskningsartikler her, og hvordan vi har gått frem for å finne disse.

I teoridelen, kapittel 3, presenterer vi vår valgte sykepleieteoretiker, Kari Martinsen. Vi beskriver også sentrale elementer som vi mener er nødvendige for å få besvart vår problemstilling på best mulig måte.

I kapittel 4 skriver vi om lover og regler, som vi mener er relevante i forhold til vår oppgave. Vi skriver også litt om etikk her.

I kapittel 5 vil vi drøfte teorien, sykepleieteoretiker og egne erfaringer i forhold til caset, for å finne svar på vår problemstilling.

Avslutningsvis kommer kapittel 6, som er konklusjon. Her vil vi presentere det svaret vi har kommet frem til gjennom drøftingen.

2 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1985, i Dalland, 2012).

2.1 Valg av metode

Bacheloroppgaven vår er et litteraturstudie, hvor vi vil samle inn data ved å se på pensumlitteratur, finne forskningsartikler og annet litterært stoff, i tillegg til å ha med noen egne erfaringer. Når man skal skrive en litterær oppgave finnes det to metoder å benytte seg av. Det ene er kvalitativ metode, og det andre er kvantitativ metode. Kvantitativ metode har fokus på målbare enheter (Dalland, 2012). Ettersom vi ønsker å skrive om sykepleien til kreftsyke barn, og hvordan man kan hjelpe de til å forstå og å mestre sitt sykehusopphold, så mener vi at kvantitativ metode ikke burde få hovedfokus i vår oppgave. Vi har derimot valgt å ha med en kvantitativ forskningsartikkel. Vi ønske å fokusere mest på å bruke kvalitativ metode. Kvalitativ metode går ut på fange menneskers opplevelser og meninger, og dette er ikke noe man kan måle eller sette tall på (Dalland, 2012). Kvalitativ metode kan brukes når det skal gjøres undersøkelser om noe som man ikke har god kjennskap til, ikke er forsket særlig på, eller når det er noe man ønsker mer kunnskaper om (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Intervju uten klare svaralternativer og observasjoner blir ofte brukt i kvalitativ metode (Dalland, 2012).

2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk

I tillegg til pensumlitteraturen har vi vært på bibliotek hvor vi har lånt bøker. Vi har også søkt etter forskningsartikler. Vi startet med å diskutere ulike spørsmål vi ønsket å finne svar på i forhold til vår problemstilling. Ut i fra disse spørsmålene kom vi frem til flere søkeord som vi fylte inn i vårt PICO-skjema. Se vedlegg 1. Deretter har vi gått inn i databaser vi har blitt anbefalt av skolen å bruke, for å finne forskningsartikler. Flere av databasene har vi funnet

gjennom helsebiblioteket. Vi har i tillegg til dette brukt BIBSYS. Vi startet med å søke i databasen Cinahl. Videre søkte i i databasene: SveMed+, Oria, Sykepleien.no, PubMed og MEDLINE. Vi har søkt med ulike kombinasjoner av søkeord og bundet de sammen med ordene AND og OR for å finne relevante artikler. Når vi søkte etter forskningsartikler vurderte vi artiklene opp i mot kriteriene til Dalland og Tygstad (2012). Vår fullstendige søkehistorie kommer i vedlegg 2.

2.3 Kildekritikk

”I den litterære oppgaven, er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet” (Dalland, 2012).

Kildekritikk er en metode for å finne ut av om kilden er sann eller ikke. Det betyr at man må vurdere alle kildene som man bruker i oppgaven (Dalland & Tygstad, 2012). Ved å bruke kildekritikk, viser man at man er klarer å forholde seg kritisk til materialene man skal bruke i oppgaven (Dalland & Tygstad, 2012).

Når vi søker etter forskningsartikler vil vi bruke kildekritikk ved å ha fokus på tre punkter. Det første punktet er relevans. Vi vil se på om artikkelen er relevant i forhold til de spørsmålene vi ønsker å finne svar på (Dalland & Tygstad, 2012). Punkt nummer to er gyldighet. For å vurdere gyldigheten til en forskningsartikkel må man se på hvor troverdig den er, for eksempel ønsker vi å se på på hvem som har skrevet teksten, hvor mange deltakere er med i forskningsartikkelen og så videre. Det siste punktet er holdbarhet. Gyldighet og holdbarhet sier noe om kildens kvalitet, og noen spørsmål er relevante å stille seg selv for å se om kilden er holdbar eller ikke. Man kan spørre etter når teksten er skrevet, hvorfor forfatteren har skrevet om dette, og hvem teksten er skrevet for (Dalland & Tygstad, 2012).

I Cinahl fant vi en artikkel av Woodgate (2008) som vi ønsket å bruke. Denne artikkelen har 13 deltakere hvor deltakerene er i alderen 9-17 år. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel, hvor de har brukt intervju som metode. I artikkelen kommer de frem til at barn og ungdom har

mye å fortelle oss om hvordan det er å leve med kreft, men at noen kan ha vanskeligheter med å kommunisere dette til sykepleiere og andre som jobber i helsevesenet (Woodgate, 2008). Vi ser på dette resultatet som veldig relevant i forhold til temaet i vår oppgave. Denne forskningsartikkelen er fra Canada, og ble publisert i 2008 (Woodgate, 2008). Vi har hatt som kriterie at forskningsartiklene ikke skal være eldre enn fra år 2000, så denne artikkelen er godt innenfor. Ettersom artikkelen er fra Canada, er det viktig at innholdet er overførbart til det norske helsevesenet. Det mener vi at det er, grunnet at vi ser på kulturforskjellene mellom Norge og Canada som små.

Vi fant også en artikkel på Cinahl av Li, Chung, Ho, Chiu og Lopez (2011). Denne artikkelen hadde 88 deltakere, hvor alle var barn i alderen 9-16 år som var innlagt på sykehus med kreft. Artikkelen ble publisert i 2011, som er innenfor vårt kriterie som er at forskningsartiklene ikke skulle være eldre enn fra år 2000. Alle deltakerene er fra Kina. Vi har valgt å ha med denne artikkelen til tross for at den er kinesisk. Selv om kulturforskjellene er store mellom Norge og Kina, så tenker vi at barns opplevelse av sykdom og følelser rundt dette er ganske likt, uansett hvilket land barnet kommer fra. Dette er en kvalitativ forskningsartikkel, der de har hatt korte intervjuer med pasientene. Som resultat av forskningen kom de frem til at 30% av pasientene brukte problemfokuset mestringsstrategi, mens 70% brukte følelsesfokuset mestringsstrategi. Resultatene varierte kun i aldrer, ikke kjønn eller diagnose (Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011). Ettersom vi ønsker å fokusere på mestring og mestringsstrategier i vår oppgave, mener vi denne artikkelen er veldig relevant.

En tredje artikkel vi fant på Cinahl var av Schmidt (2007). Dette er også en kvalitativ forskningsartikkel, hvor forskerene har brukt intervju som metode. Det er 65 barn som har blitt intervjuet. Barna i forskningsartikkelen var i alderen 5-18 år. Resultatet av forskningen viser syv punkter som var viktig for barna. Noen av disse punktene er at det var viktig for de fleste av barna at sykepleieren var snill, at sykepleieren tok bort smertene og hadde et godt håndlag. Det var også viktig for barna å føle seg trygge og tatt vare på, vite at sykepleieren er i nærheten og at hun kommer når barna drar i ringesnora (Schmidt et al., 2007). Dette er en amerikansk forskningsartikkel, men vi ser på resultatet som svært overførbart til Norge, da vi mener kulturforskjellene ikke er av særlig avgjørende betydning. Vi ser på tillit og omsorg, som denne artikkelen her fokuserer på, som en viktig del av vår oppgave. Derfor mener vi at

vi får et godt utbytte av å ha med denne forskningsartikkelen. Denne artikkelen er også godt innenfor vår ramme når det kommer til tid for ugivelse, som vi har satt til 2000-2014.

Den siste artikkelen vi hentet fra Cinahl er av Brady (2009). Dette er også en kvalitativ forskningsartikkel, hvor forskningen er utført i England. Den norske og den engelske kulturen er forholdsvis lik, derfor mener vi at artikkelen er innenfor kriteriene. Forskeren har i denne artikkelen fått barna til å tegne og deretter intervjuet de. De som ikke hadde mulighet til å tegne, forklarte isteden. Det er 22 barn som har vært med i forskningen. I artikkelen har de kommet frem til at barna var veldig oppmerksomme på sykepleierens kroppsspråk og tale, og forskjellen på den gode og den slemme sykepleieren. Resultatet viser til at sykepleiere trenger å inneha kunnskaper om barn og hvordan man går frem for å få et godt samarbeid seg imellom (Brady, 2009). Denne artikkelen er publisert etter år 2000, som er vårt kriterie. Den er også relevant for vår oppgave ettersom den sier noe om hva barn ønsker fra en sykepleier for å skape en god relasjon.

Når vi søkte på sykepleien.no fant vi en forskningsartikkel av Sandvik (2011). Det er en kvalitativ forskningsartikkel fra Norge. Vi har valgt denne artikkelen fordi den er av nyere dato, og ettersom artikkelen er fra Norge er den veldig relevant da vår oppgave handler om barn på sykehus i Norge. Det er 6 deltakere i denne forskningsartikkelen, som alle har gjennomgått et dybdeintervju. Artikkelen handler om mindfulness, det å være tilstede. Resultatet viser at det å trene på oppmerksomt nærvær(ON) kan være til hjelp for sykepleiere i kontakt med pasienter. Dette ved at det kan hjelpe til å skape tillit mellom sykepleier og pasient, at sykepleieren har et mer våkent blikk og en større ro (Sandvik, 2011). Selv om det er få deltakere i denne artikkelen, så mener vi at innholdet og resultatet passer godt til vår oppgave.

På SveMed+ valgte vi en artikkel av Nortvedt og Kase (2000). Dette er en kvantitativ forskningsartikkel fra Norge. Denne artikkelen er fra år 2000 som er innenfor våre kriterier. I denne forskningsartikkelen er det 90 deltakere som har svart på et spørreskjema tilsendt til sykehuset. Resultatet viser at mange barn og pårørende ikke vet om barns rettigheter på sykehus, og at flere av barna ikke har fått det de har hatt krav på, på sykehuset (Nortvedt &

Kase, 2000). Ettersom forskningen er gjort på norske sykehus så er den veldig relevant i forhold til vår oppgave. Selv om vi ønsker å fokusere på kvalitative forskningsartikler, så velger vi å ha med denne ene kvantitative forskningsartikkelen fordi det er mange barn som har deltatt i forskningen, og den sier noe om hvordan barn blir tatt vare på, på sykehus.

3 Teori

I dette kapittelet skriver vi teori om ulike temaer som er relevante i forhold til vår oppgave, for å kunne svare på problemstillingen.

3.1 Kreft

Tumor betyr hevelse eller knutedannelse i organer eller i vev. Dette skjer ved at en neoplasme, en gruppe med celler, vokser ukontrollert, og vil ikke stoppe å vokse selv om årsaken til at cellene startet og vokse er fjernet (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2012). Så lenge en tumor ikke angriper annet vev, så er det en godartet, eller benign, tumor. En ondartet tumor oppstår i en enkelt celle som har genskader. En genskade er forandringer i genenes struktur (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2012). Tumorceller har evnen til å dele seg kontinuerlig. Tumorer som sprer seg til annet vev og/eller til andre deler av menneskekroppen er en ondartet, eller malign, tumor. Et annet ord for malign tumor er kreft, eller cancer. (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2012).

3.1.1 Akutt lymfatisk leukemi

Ved akutt lymfatisk leukemi er det en celle i de bloddannende organene som har gjennomgått en malign omdannelse. Denne cellen deler seg ukontrollerbart og vokser inn i beinmarg, lymfene og andre organer. Symptomer på akutt lymfatisk leukemi er blekhet og slapphet, barnet kan lettere få blåmerker eller begynne å blø neseblod lett. I tillegg vil barnet også ha et dårligere immunforsvar (Grønseth & Markestad, 2011).

Behandlingen av akutt lymfatisk leukemi består av flere cytostatika-kurer, altså cellegift. Dette er en behandling som er veldig anstrengende for pasienten. Denne behandlingen gir en livstruende beinmargssvikt, som varer opptil 4-5 uker. Det er da viktig med forebygging og behandling av infeksjoner (Meyer, 2011). Bivirkninger som kan komme av cytostatika-behandling er munnsårhet, slimhinnene kan bli mindre fuktige og det kan oppstå kvalme ved

sult og tørste (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2012). Disse bivirkningene oppstår som regel 1-2 uker etter påbegynt behandling og varer i ca 1 uke. Barn som får denne behandlingen kan også oppleve et økt behov for søvn og føle seg utmattet, noe som kan gjøre at barnet ikke orker å delta i de dagligdagse aktivitetene (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). En undersøkelse gjort av Woodgate (2008) viser at barn opplevde at symptomer sjelden kom alene, ofte var det flere symptomer som plaget de samtidig. Barna i undersøkelsen hadde en felles opplevelse av fem forskjellige følelser. To av disse var at de til tider følte seg redde, og at de til tider følte seg utslitte. Symptomer som barna etterhvert så på som normale, pratet de ofte ikke om til helsepersonell eller andre, ettersom de tenkte at det kanskje ikke var noe å få gjort med det (Woodgate, 2008).

3.2 Barn og sykehusinnleggelse

Barn som blir innlagt på sykehus kommer inn i en ny verden, et uvant miljø. Mange av situasjonene og opplevelsene er nye og uvante. Dette kan skape stress, i tillegg til å gjøre at mulighetene til mestring blir begrenset. Det er flere ukjente ansikter som prater med og undersøker barnet (Ruud Hansen, 2011, i Grønseth & Markestad, 2011). Ved innleggelse vil barnet oppleve at det er et stort kaos rundt den og at hun/han er i fokus. Atmosfæren på avdelingen har mye å si for barnets opplevelse av innleggelse. Barnet vil føle en trygghet og en støtte ved avdelinger som har en god atmosfære.

Hvordan forståelse dem har fra tidligere har en stor betydning for hvordan det opplever og forstår situasjonen de er i nå. Selv om barnet ikke vet hva sykdommen innebærer, legger de godt merke til forandringene sykdommen gjør med dem (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). Det å forstå hva som feiler en, og hva som foregår rundt en når en er syk vil gi barnet en følelse av kontroll. Det vil også være med på å gi barnet en følelse av mestring i situasjonen. Barn i førskolealder har ikke særlig mye kunnskap om kroppens anatomi. Det kan være at barnet tror at noen har smittet dem med sykdommen, eller at de ikke har vært lydige ovenfor foreldrene sine. Dette er ganske vanlig, at barnet tar på seg ansvaret og skylden for sykdommen sin (Grønseth & Markestad, 2011).

I en spørreundersøkelse har barn uttrykt noen punkter om hva som var viktig for dem i forhold til hvordan de opplevde sykepleierene når de var innlagt på sykehus. At sykepleieren er snille, hjelpsomme og smilte var et av punktene. Det at de forebygde smerte og tok vekk den smerten de hadde, og forholdte seg til ønskene barnet hadde var også viktig for de. Sykepleiere som var i nærheten, og kom når de trengte dem, var noe som skapte en trygghet. De hadde samtaler med barna og spurte dem om spørsmål, og hadde ikke bare en pasient-sykepleie samtale. De oppmuntret og hjalp til med å holde motivasjonen oppe (Schmidt et al., 2007). Forskning gjort av Sandvik (2011) viser at dersom sykepleiere har erfaring og trening med oppmerksomt nærvær, vil de kunne få en bedre kontakt med seg selv. Dette bidrar til å skape tillit mellom sykepleier og pasient. Når sykepleieren bruker oppmerksomt nærvær, virker det som om pasientene opplever en større ro og får bedre kontakt med sykepleieren (Sandvik, 2011).

3.3 Mestringsstrategier

Personer velger mestringsstrategier ut i fra bakgrunnskunnskap, relasjoner, personens evner og settingen personen er i (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). Mestringsstrategier er noe som man gjør for å takle de kravene og utfordringene andre har gitt dem og de man har selv. Disse strategiene blir brukt for å hjelpe personen med å beholde sitt selvbilde, oppleve et mål og en mening. I tillegg blir det brukt for å føle at han/hun har kontroll over både de indre og ytre utfordringene og problemene de står ovenfor (Reitan, 2011).

Å gjemme seg bort kan være en viktig forsvarsmekanisme for barn hvis de er i en fase hvor de ikke føler nok styrke til å snakke om sin situasjon. Gjennom kommunikasjon og forståelse har barnet mulighet til å finne styrke til å forstå at om han/hun er åpen, og snakker om sin situasjon, kan personer rundt han/henne hjelpe, og være en god støtte. Men dette må skje i barnets tempo. At helsepersonell har kunnskaper om forskjellige mestringsstrategier er viktig. Da kan sykepleieren forstå hvor barnet er i mestringsprosessen. Man kan som sykepleier veilede barnet over i mer velegnede strategier ved å gi rom for spørsmål som kan få barnet til å tenke over sin egen situasjon (Trollvik, 2011). Det finnes forskjellige strategier som kan hjelpe barnet til å kontrollere sine reaksjoner, både følelses- og adferdsmessige, ved ubehagelige prosedyrer. En av disse strategiene er avledningsteknikk. Ved å rette

oppmerksomheten over på noe som gjør barnet nysgjerrig, eller noe som barnet synes er interessant, kan det hjelpe det til å fokusere på andre ting enn det som gjør at barnet føler ubehag eller redsel (Grønseth & Markestad, 2011).

Problemfokusert mestring er en strategi man kan bruke i stressende situasjoner.

Problemfokusert mestring handler om å finne ut av hva som er problemet. Videre ser man etter muligheter for å endre, løse eller fjerne vanskelighetene. Man kan også forsøke å forandre oppfatning eller tanker rundt problemet, altså prøve å se problemet på en ny måte (Håkonsen, 2011). Hvis en ikke klarer å endre på situasjonen eller oppfatningen av den, vil man ofte ty til følelsesmessig fokusert mestring. Dette er strategier vi ikke er bevisste på, men som kan minske angsten som man forbinder med stressopplevelsen. Følelsesfokusert mestring kan ikke forandre en vanskelig situasjon, men kan gjøre at vi godtar og kan leve med situasjonen. Noen følelses-strategier er veldig gode, dette på grunn av at de kan støtte oss i å godta og leve med et problem. Andre strategier kan være lite hjelpsomme, og er mest egnet for å få oss igjennom det vanskelige (Håkonsen, 2011). En undersøkelse viser at barn bruker mest følelsesfokusert mestringsstrategi. Noen prøvde å unngå eller distrahere seg selv fra situasjonen ved at de brukte ønsketenkning. De prøvde å unngå stressende situasjoner, nekte seg selv i å tenke på det. Dette ved å prøve å glemme hendelsen og holde fokuset på aktiviteter som tv, spill og lese eller sove. Andre prøvde å regulere følelsene ut i fra situasjonene de var i. Ved å holde seg rolig og ha kontroll. Eller holde seg positiv og se på de positive tingene ved den stressfulle situasjonen. Det var også noen som gjorde sitt beste ved å akseptere eller ta ansvar for situasjonen. Dette ved å akseptere problemet de har, tenkte at det er hun/han som kan hjelpe seg selv med å komme seg i gjennom dette (Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011).

En annen mestringsstrategi er kontrollmodell for mestring. Denne modellen blir delt inn i tre faktorer. Den første er kognitiv kontroll som vil si at pasienten har mulighet til å hente informasjon slik at situasjonen oppleves som forventet. Den emosjonelle kontrollen er den som kan gi pasienten mulighet til å få en balanse på det emosjonelle nivået. Slik at pasienten ikke får en uro eller mister kontroll over situasjonen. Den siste er instrumentell kontroll, som hjelper pasienten til å forhindre eller fjerne hendelser som ikke har vært positive med aktiviteter som pasienten kan gjøre selv, slik at pasienten trolig kan få en positiv opplevelse

senere. Disse tre delene av kontroll har en sammenheng og hører sammen (Havik, 1989, og Havik, 1992, i Reitan, 2011).

3.4 Opplevelse av mestring

Hvis barnet føler at det blir følelsesmessig tatt vare på, er det større sjanse for læring og mestring for barnet (Holmsen, 2004).

Lek kan minske barns stress, og gi en opplevelse av mestring i vanskelige situasjoner. Å bruke lek som en terapi, for eksempel før en undersøkelse, kan minske stress-følelsen til barnet. Å ha leker og et tv-apparat tilgjengelig på sykehusavdelingen, slik at barnet kan leke og være aktiv, kan være positivt når en skal være mye på sykehuset over tid. Kosebamser og leketøy som er brakt med fra barnets hjem skaper et trygt miljø og er med på å skape en kobling mellom hjemmet og sykehusavdelingen. Når barnet kan leke fritt og bruke fantasien vil barnet kunne mestre ulike situasjoner. Her kan barnet få tilbake kontrollen og få jeg-kan-opplevelser (Grønseth & Markestad, 2011). Barn lærer mye igjennom lek og dette er en del av utviklingen (Valsiner & Conolly, 2003, i Tveiten, 2012). Derfor er det viktig at barn fortsetter å leke under sykehusoppholdet og fortsetter utviklingen. Hvis barnet er mer opptatt av lek istedenfor å ha fokus på det ubehagelige ved sykdommen, kan det være med på å styrke barnets selvtillit og holdning ovenfor seg selv (Tveiten, 2012).

3.4.1 Empowerment

Empowerment er et uttrykk som kan brukes om personer som er i en vanskelig situasjon, og som skal samle krefter til å komme seg ut av denne situasjonen. Begrepet empowerment kan ses på som et treleddet begrep: Makt, kraft og styrke (Askheim, 2010). Styrke-begrepet handler om hvordan man ser på seg selv og sin situasjon. Det går ut på å utvikle seg selv, og ikke bli sittende fast i en offerrolle. Gjennom støtte og trygghet, samt oppmuntring, kan pasienten se sine ressurser. Dette kan gjøre at det som tidligere var et problem, kan bli en mulighet for mestring (Løken, 2010). Begrepet makt handler om å ta grep om de faktorene

som gir en følelse av kontroll over eget liv. Det vil si at man har makt til noe, og ikke makt over noe (Løken, 2010). Den positive siden av maktbegrepet er hvis barnet bruker sin makt, ved hjelp av styrke, kunnskap og evner, til å mestre følgene av sykdom og behandling (Tveiten, 2012). Man trenger kunnskaper og ferdigheter for å gjennomføre visse handlinger. Det er dette kraft-begrepet handler om (Andersen, Brok og Mathiasen, 2000, i Løken, 2010).

3.5 Utviklingspsykologi

Utviklingspsykologi handler om menneskers utvikling og forskjellige utviklingsprosesser, noe som er viktig å ha kunnskaper om når man arbeider med mennesker. Utviklingsprosessene styres både innen- og utenfra, gjennom arv og biologiske mekanismer, og gjennom miljøet (Håkonsen, 2011).

I alderen 1,5 – 7 år er barnet i et stadiet som Håkonsen (2011) kaller for det preoperasjonelle stadiet. Det er nå barnet begynner å prate og bruke symboler, og lærer seg en viss evne til å tenke logisk. Det er viktig å huske på at språket barnet bruker, som kan ligne veldig på det språket voksne bruker, ikke betyr at barnet tenker slik voksne gjør (Håkonsen, 2011).

Håkonsen (2011) skriver at i 3-5 års alderen begynner barn å utforske hvordan de voksne sin verden er. Barn utvikler evnen til å ta initiativ. Barnet begynner å iverksette forskjellige aktiviteter og tanker i dette stadiet. Det at barnet har utviklet evnen til initiativ, bidrar til at barnet kan oppleve beherskelse og mestring (Håkonsen, 2011).

Sykdom kan påvirke barnets kognitive utvikling. Vi regner med at barnet forstår når man forklarer at en undersøkelse ikke er farlig eller gjør vondt. Men sykdommen kan skape stressituasjoner og svekke barnets oppmerksomhet, og dermed gjøre at barnet har vanskeligheter med å motta læring. Hos barn kan den kognitive utviklingen bli påvirket slik at barnet ikke er i stand til å formidle smerte eller bekymringen hun/han har i forhold til sykdommen. Det er mange barn som ikke har opplevd eller har erfart følelser som kommer i tillegg og ikke vet hvordan dette skal håndteres. Barnet vil formidle dette med non-verbale signaler og emosjonelle uttrykk (Steen, 2012). Oppmerksomhetsfunksjonen kan stenge noe

informasjon ute, og motta en annen informasjon som i tillegg tolkes (Smith m.fl. 2003 i Steen, 2012). Oppmerksomhetssystemet blir delt inn i frivillig og ufrivillig system for oppmerksomhet. Den ufrivillige delen er biologisk og kommer av seg selv. Det ufrivillige systemet er den delen som første utvikles, deretter utvikles den frivillige som er en stor del av det sosiale, og omgivelsene rundt har en stor innvirkning på dette (Steen, 2012). Ved å bruke assimilasjon og akkomodasjon vil barn bli bedre på å tilpasse seg omgivelsene. Assimilasjon vil si å oppdatere informasjon man allerede har om forskjellige ting, for at kunnskapen skal være korrekt (Håkonsen, 2011).

3.6 Kari Martinsen – Omsorgsteori

Vi har valgt å bruke Kari Martinsen som sykepleieteoretiker i vår oppgave. Martinsen har fokus på omsorg i sykepleien, og det er spesielt tre aspekter ved begrepet omsorg som hun ser på som viktig. Kari Martinsen (2012, s 135) sier ”*Det er et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep*”. Hun mener at det moralske aspektet ved omsorg er det viktigste (Martinsen, 2012). Om omsorgsmoral skriver Martinsen (2003) at en sykepleier skal kunne se seg selv i pasienten, og å kunne forestille seg å være i pasientens rolle. Dette handler om å hjelpe de som er i en svak og sårbar situasjon til å leve et innholdsrikt liv til tross for sykdom. Ved å hjelpe pasienten til å bidra og være mer deltagende i sin egen situasjon, kan man gi pasienten en positiv opplevelse når han/hun mottar omsorg (Martinsen, 2003). For å forstå hva pasienten går igjennom, trenger man noen egne erfaringer som man kan relatere til pasienten. Uten erfaringer eller kunnskaper om hvordan det er å føle kvalme og ubehag, vil det være vanskelig å vise forståelse for pasientens situasjon (Martinsen, 2003).

Martinsen (2012) sier at tillit er grunnleggende i sykepleierens omsorg. Hun mener også at omsorg er å skape relasjoner, og at dette handler om avhengighet. Det er ved avhengighetsforhold at personer blir mer selvstendige. Å vise tillit vil si å gi av selv, og i en samtale gjør man nettopp dette. Når man møter en pasient vil sykepleieren ha to muligheter. Det ene er å gi omsorg til pasienten, det andre er å ødelegge tilliten mellom seg og pasienten. For å gi omsorg og skape tillit krever det at sykepleieren viser en sårbar og emosjonell side for å vise forståelse for den andres situasjon (Martinsen, 2012). Sykepleieren må avgjøre

hvordan man skal gå frem for at pasienten skal få det best mulig. Det vil si at sykepleieren må forsøke å plassere seg selv i pasientens situasjon, tenke seg frem til hvordan en selv ønsker å bli behandlet (Martinsen, 2012).

Martinsen (2008) skriver at ved å se med hjertets øye så kan sykepleieren skape tillit mellom seg og pasienten. Å se med hjertets øye vil si at man ikke tar fra pasienten sin selvforståelse, og at man ikke ser på pasienten som en gjenstand. Ved å se med registrerende øyne derimot, så ser man pasienten som en gjenstand, og dette kan være med på å frarøve pasientens integritet. Hvis man ser med hjertets øye mener Martinsen (2008) at man er oppmerksom og mer tilstede ovenfor pasienten. Hun sier at oppmerksomhet er å være tilstede der en befinner seg.

3.7 Kommunikasjon

Martinsen (2012) skriver om samtalen, og hvordan dette kan forklares gjennom å se på det som en treleddet relasjon. En treleddet relasjon vil si at det er to personer som prater sammen om en felles sak, spørsmål eller problem (Martinsen, 2012). Hvis den ene personen i en samtale ikke viser interesse om saken de taler om, men kun bekrefter det den andre sier, blir det en toleddet relasjon. Hvis man ser på den andre personens meninger som fakta, objektiviserer man den andre. Samtidig, hvis man fra før har objektivert den andre personen, vil man ha vanskeligheter med å ta det personen sier seriøst. Dette gjør at man umulig kan ha en samtale (Martinsen, 2012).

God, profesjonell kommunikasjon og omsorg er viktig å ha for en sykepleier (Eide & Eide, 2011). Empati er evnen til å forstå hva andre føler og forstå hvorfor de reagerer slik de gjør. Empati i profesjonell kontekst handler om at en følelsesmessig forståelse for det noen uttrykker, kommuniseres tilbake, enten verbalt, non-verbalt eller ved handlinger. Det hjelper lite å forstå pasientens følelser og bekymringer, så lenge man ikke handler deretter, til vedkommendes beste (Eide & Eide, 2011).

3.7.1 Kommunikasjon med barn

Det finnes ikke en enkelt oppskrift på hvordan man på best mulig måte kan kommunisere med barn. Barn, som voksne, er alle ulike. Dette utfordrer sykepleieres evne til kommunikasjon. Det må skje på barnets premisser (Eide & Eide, 2011). Hva er forutsetningene for god kommunikasjon med barn? Hva innebærer det?

Barn er i utgangspunktet skeptiske til fremmede folk, derfor er det ofte en utfordring for sykepleiere å skape et tillitsforhold ovenfor barnet. Sykepleiere er ofte sett på som snille og barnet føler seg trygge rundt de, men i situasjoner der barnet må igjennom undersøkelser der de føler en utrygghet og et ubehag kan dette svekke tillitten de har fått til sykepleieren. (Brincher, 1999, og Roye, 1995, i Grønseth & Markestad, 2011). Barnet har lett for å sette sykepleieren i "båser", det vil si den "snille" og den "slemme" sykepleieren. De er oppmerksomme på hva sykepleieren sier og hvordan de oppfører seg. De fleste barn føler seg trygge og får en bedre kontakt med sykepleiere som er vennlige og er komfortabel å snakke med, som er flinke til å bruke tid på barnet og setter seg ned på deres nivå og lytter til hva de har å fortelle. Sykepleiere som ikke får god kontakt med barnet er ofte de som er stresset, har en høy og streng stemme og som de føler seg mindreverdige rundt (Brady, 2009). Den fysiske og den psykiske tilstedeværelsen har mye å si for at sykepleieren skal kunne skape tillit til barnet (Pederson, 1993, i Grønseth & Markestad, 2011). For at et barn skal føle trygghet må det være forutsigbarhet og forståelse i hverdagen. De har ofte et behov for å vite hva som skal skje, og barnet trenger derfor en tydelige og forståelig informasjon. Barn har alltid tanker om hva som kommer til å skje, og trekker frem lignende hendelser som har skjedd og deretter drar ofte konklusjoner ut i fra dette (Holmsen, 2004). Sykepleieren må møte barnet på det følelsesmessige og det kognitive nivået de er på. Dette er for at barnet skal bli møtt med respekt, og for at tanker, følelser og meninger skal bli ivarettatt. For at barnet ikke skal stenge de ansatte ute eller miste tillitt, er det viktig å ikke forminske eller bortforklare de tankene de uttrykker ovenfor en hendelse eller en situasjon det skal igjennom (Øvreeide, 2009, og Kinge, 2006, i Grønseth & Markestad, 2011). Barn har vansker med å forstå andres tenkning, dette er fordi deres egosentriske perspektiv hindrer dem til å forså hva de sier eller hva de prøver å forklare. Det er barnet som kjenner seg selv best. Da er det sykepleieren sin oppgave å tilpasse seg barnet og lære og forstå hva det ønsker å fortelle (Øvreeide, 2009, og Ruud, 1996,

i Grønseth & Markestad, 2011). For å få de mest optimale svarene på de spørsmålene man stiller et barn, er det viktig å tenke på at barn under 7 år har vansker med å tenke tilbake og forklare med egne ord. Når det stilles spørsmål om tidligere situasjoner er det lurt å forklare hendelsen slik at barnet forstår hvilken hendelse en prater om (Grønseth & Markestad, 2011).

Lek kan være en måte å kommunisere på, og hvor barnet kan uttrykke seg emosjonelt (Tveiten, 2012). Barn har ofte med seg egne bamseser. Barnet kan selv velge ut en av bamsene som blir brukt til «forsøkskanin». Sykepleieren kommuniserer med denne bamsen og gjør undersøkelsen som barnet skal igjennom. Ved at barnet observerer og får en oversikt og en ro rundt situasjonen som skal skje, vil dette hjelpe barnet når hun/han skal igjennom det samme. Det er viktig at barnet selv tar valget om å bruke bamsen som en forsøkskanin slik at barnet ikke føler seg nedverdige. Eller bruke en bamse/dukke barnet ikke har et emosjonelt forhold til (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003).

4 Lover, regler og etikk

I dette kapittelet trekker vi frem lover, regler, retningslinjer og forskrifter som vi mener er aktuelle for vår oppgave. Vi skriver også kort om etikk i dette kapittelet.

4.1 Helsepersonelloven

Formålet med helsepersonelloven (1999) er å sikre kvalitet, skape trygghet for pasienter og tillit mellom pasient og helsepersonell. Det står i helsepersonelloven (1999) at helsepersonell skal, ut ifra sine kvalifikasjoner, gi omsorgsfull hjelp og jobbe faglig forsvarlig.

4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sørge for å sikre pasienters rettigheter når det kommer til helsetjenester, gi trygghet og bidra til at pasienters liv blir respektert. Det står i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at pasienter har rett på å bli informert om sin helsetilstand, og om eventuelle risikoer og bivirkninger, for å kunne ivareta sine rettigheter. Når det kommer til å gi informasjon til mindreårige pasienter sier pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at både pasient og foresatte skal informeres. Informasjonen som gis må være tilpasset alder og pasientens kunnskaper. Helsepersonell skal også sikre seg at pasienten forstår informasjonen og betydningen av den (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Barn har spesielle rettigheter når de er innlagt på en helseinstitusjon, som å bli aktivisert under oppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

4.3 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er ment for å bidra til etiske refleksjoner i praksis, og å sørge for at menneskerettigheter blir respektert. I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren skal styrke pasientens håp og mestring, og at sykepleiere skal tilpasse

seg de behovene den enkelte pasienten har for helhetlig omsorg. Sykepleiere skal også justere seg etter pasientens behov for informasjon og pasientens forståelse av denne informasjonen. Dette er for å hjelpe pasienten til å ta selvstendige valg. De yrkesetiske retningslinjene har fokus på respekt for enkeltmennesket, og det handler om at integriteten og verdigheten til pasienter blir tatt vare på. Disse retningslinjene er bygget på ICNs (International Council of Nurses) etiske regler og FNs (de Forente Nasjoner) menneskerettighetserklæring (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I de yrkesetiske retningslinjene er begrepene barmhjertighet, omsorg og integritet i fokus. Å gi omsorg handler om å ha en viss evne til å forstå hvordan pasienten opplever situasjonen, og at man gjennom samtaler med pasienten kan få en forståelse for hvordan pasienten har det. I tillegg handler omsorg om å se behovene til pasienten, og handle ut i fra disse (Slettebø, 2009).

4.4 Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) er en forskrift som skal sikre at barns behov blir dekket og for å sørge for barns trygghet. Den sier noe om at barn helst skal være på barneavdeling, og det er tillat for de å ha med private leker. Barn skal ikke ligge på rom med voksne pasienter med medisinske tilstander som kan skape redsel hos barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). I forskriften står det også at barn, så langt det er mulig, skal kunne forholde seg til det samme helsepersonellet gjennom oppholdet. For å sikre at barn får god behandling står det i forskriften at personalet skal ha kunnskaper om utvikling og behov hos barn (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

En spørreundersøkelse gjort av Nortvedt og Kase (2000) viser at ca halvparten av de som svarte på spørreundersøkelsen ikke hadde hørt om Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Den viser også at for omtrent halvparten av de som svarte på spørreundersøkelsen var det viktig at barna hadde faste personer å forholde seg til (Nortvedt & Kase, 2000).

5 Drøfting

Hvordan kan sykepleiere hjelpe kreftrammede barn, som er innlagt på sykehus for første gang, til forståelse og mestring?

Vil vil i dette kapittelet ta utgangspunkt i caset, hvor vi følger Ola gjennom sitt sykehusopphold. Vi har valgt å dele kapittelet inn i tre deler, hvor vi tar for oss tre forskjellige stadier i et sykehusopphold. Dette grunnet at vi mener sykepleiere må tilpasse seg de ulike situasjonene, da de krever forskjellige kunnskaper.

5.1 Sykehusinnleggelsen

Grønseth og Markestad (2011) skriver om at det kan være vanskelig og stressende for barn å bli innlagt på sykehus. For Ola, som aldri har vært på sykehus tidligere, er dette skremmende, og han har mange spørsmål rundt innleggelsen. Det kan bli mange ansikter å forholde seg til for Ola, og vi mener derfor at det kan være til hjelp for han å ha en fast gruppe ansatte å forholde seg til. Dette kommer også frem i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), at barn så langt det er mulig, skal kunne forholde seg til den samme gruppen personell gjennom oppholdet. Det viser seg derimot i en spørreundersøkelse gjort av Nortvedt og Kase (2000) at en del barn ikke blir fulgt opp av det samme helsepersonellet, og ikke har noen fast sykepleier å forholde seg til. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) sier også at barn skal innlegges på avdelinger tilpasset barn og deres behov. Bringager, Hellebostad og Sæter (2003) støtter dette, og skriver at atmosfæren på avdelingen har mye å si for at barn skal føle seg trygge og få en positiv opplevelse under sykehusoppholdet. Det vi ser på som en god atmosfære på en avdelingen er ting som legger en demper på det som er nytt og skremmende for barn ved en avdeling, for eksempel musikk, sang og smilende helsepersonell. For Ola, som skal være på sykehuset over lengre perioder, kan leker og tegnesaker gjøre sykehusoppholdet litt lettere (Grønseth & Markestad, 2011). Det står i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) at barn har lov til å ha med seg private leker på sykehuset, men har selv ansvar hvis lekene går tapt. Selv om det er leker tilgjengelig på avdelingen som interesserer Ola, kan det være at Ola setter pris på å ha med egne leker og bamser, som han er vant til å leke med hjemme (Grønseth & Markestad, 2011). Vi tenker at leker og bamser Ola

tar med seg hjemmefra kan gjøre at sykehusavdelingen og rommet hans på sykehuset ikke blir så fremmed og ukjent.

Som Martinsen (2012) skriver så er tillit viktig i sykepleierens omsorg. Vi tenker at det å skape tillit mellom oss som sykepleiere og Ola så tidlig som mulig blir viktig. Det kan derimot være en utfordring dersom det ikke er faste sykepleiere som Ola kan forholde seg til, og ettersom vi sykepleiere fortsatt er en fremmede i Ola's øyne (Brincher, 1999, og Roye, 1995, i Grønseth & Markestad, 2011). For at vi skal skape tillit mellom oss og Ola er det viktig at Ola føler seg sett. Dette krever at vi som sykepleiere må være tilstede både fysisk og psykisk (Pederson, 1993, i Grønseth & Markestad, 2011). Forskning viser at for barn, som har vært innlagt på sykehus, har det vært viktig at sykepleieren er tilgjengelig for barnet. Eksempelvis skapte det en trygghet for barna hvis sykepleieren kom når de ringte i ringsnoren (Schmidt et al., 2007). Det vi har erfart i praksis er at vi sjelden har veldig god tid med hver enkelt pasient. Derfor tenker vi at det er viktig å bruke tiden man har med pasienten godt, og å være fullt og helt tilstede når man først har tid med pasienten. Sandvik (2011) har forsket på nettopp dette, og har kommet frem til at trening på å være tilstede, og å ha et oppmerksomt nærvær, kan hjelpe sykepleiere til å utvise en trygghet og å være seg selv fullt og helt. Dette kan gjøre at tillitsbåndet mellom oss som sykepleiere og Ola blir styrket. Martinsen (2008) skriver om å se med hjertets øye. Med dette tenker vi at hun mener å se hele pasienten, være tilstede og å sette seg inn i pasientens situasjon. Slettebø (2009) mener at det å sette seg inn, i og å få en forståelse for pasientens situasjon og deres opplevelse av situasjonen, er en viktig del av sykepleierens omsorg. Når man ser med hjertets øye, og er oppmerksom, så vil Ola kunne føle at han er av betydning og at vi som sykepleiere er der for han. Dette er med på å skape tillit og en god relasjon mellom oss og Ola. På den andre siden bør man passe på at man ikke kun ser med registrerende øyne, altså å bare se sykdommen til Ola, men at man ser hele han (Martinsen, 2008).

Martinsen (2012) mener at hvis man ser på pasienten som et objekt allerede før man innleder en samtale, blir det vanskelig å få til en god kommunikasjon. God kommunikasjon er essensielt for å skape en god kontakt og et tillitsforhold mellom oss og Ola (Brady, 2009). For å få til dette mener vi at vi som sykepleiere i dette tilfellet burde ta oss god tid til Ola, sette oss ned slik at kommunikasjonen blir ansikt til ansikt, og vise interesse for hva Ola har å

fortelle. Dersom vi bagatelliserer Ola's bekymringer og tanker, vil det kunne være fare for at Ola mentalt stenger seg inne og at tilliten mellom oss og Ola blir svekket (Øvreeide, 2009, og Ruud, 1996, i Grønseth & Markestad, 2011). Ola har akutt lymfatisk leukemi, som gjør at han er sliten og slapp (Grønseth & Markestad, 2011). Vi mener at det er fordelaktig at vi tar hensyn til dette ved å la Ola styre tempoet i møtene med oss, istedenfor at vi tar fullstendig kontroll over samtalen. Ved å la Ola ta initiativet til å dele tanker og bekymringer, vil vi som sykepleiere kunne legge til rette for at Ola kan oppleve at han behersker og mestrer situasjonen (Håkonsen, 2011).

Ola er i en alder hvor han begynner å tenke mer logisk, men det vil ikke si at hans tanker er like de tankene voksne har (Håkonsen, 2011). Vi tenker at det da kan være viktig å huske på at barn ikke alltid har samme forståelse som sykepleiere eller andre voksne. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kommer det frem at den informasjonen pasienten har rett på, og som sykepleieren skal gi til pasienten, skal være tilpasset barnets kunnskapsnivå, slik at man er sikker på at pasienten forstår informasjonen. Dette kommer også frem i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2011). I en samtale mellom oss og Ola prøver vi å fortelle Ola om sykdommen han har og hvorfor han må være på sykehuset. Når vi forklarer at Ola har en kreftsykdom, forbinder Ola dette med sin bestefar, som også hadde kreft og døde av dette. Barn tenker ofte tilbake til tidligere hendelser, og finner en sammenheng mellom det som har skjedd tidligere og det som foregår nå (Holmsen, 2004). Vi mener da at det er vesentlig at vi som sykepleiere forsikrer oss at Ola forstår hva sykdommen hans egentlig innebærer. Dette kommer også frem i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Ola forbinder kreft med døden. Det vi tenker at er essensielt i forhold til det, er at vi er tydelig på at ikke alle som får kreft vil ha det samme utfallet. Det kan derimot være vanskelig for Ola å forstå hva hans kreftdiagnose innebærer, ettersom Ola's eneste opplevelse og erfaring med kreft er at bestefaren døde av sin kreftsykdom (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). Håkonsen (2011) skriver at barn bedre kan tilrettelegge seg og forstå omgivelsene gjennom assimilasjon. Den kunnskapen Ola har om kreft fra tidligere er ikke nødvendigvis helt korrekt. Vi mener at det da er viktig at han får forandret denne kunnskapen til det som er riktig. Dette kan være utfordring, ettersom mange barn i førskolealder ikke har tilegnet seg så mye kunnskap om hvordan kroppen fungerer. (Grønseth & Markestad, 2011). Det kan også være at Ola tenker at det er hans feil at han har blitt syk, for eksempel at han tror han har fått denne sykdommen fordi han har vært ulydig (Grønseth & Markestad, 2011). Når vi som sykepleiere informerer

Ola er det viktig at vi gjør dette i hans tempo, slik at han forstår informasjonen. Denne typen tilnærming kan være med på å gi han en følelse av kontroll over situasjonen, som igjen kan være med på å gi Ola et bedret utgangspunkt for å oppnå mestring (Grønseth & Markestad, 2011).

Når barn blir innlagt på sykehus, kan de oppleve at det hele er kaotisk og stressende. Dette kan påvirke barnets muligheter for opplevelse av mestring (Ruud Hansen, 2011, i Grønseth og Markestad, 2011). Hvis det er slik at Ola føler seg stresset og ikke opplever noen sammenheng i tilværelsen, kan det være at han trekker seg tilbake. Dette er en forsvarsmekanisme som barn kan ta i bruk i faser hvor de ikke føler seg sterke nok til å prate om situasjonen (Trollvik, 2011). Hvis Ola trekker seg unna og ikke vil prate om det som foregår, mener vi at det kan være viktig at vi gir han støtte og trygghet. Ved å gjøre dette, samt å oppmuntre Ola til å snakke om sin situasjon, kan det være at Ola ser sine ressurser, noe som gir han en mulighet til å mestre situasjonen og å føle empowerment (Løken, 2010). Om ikke Ola klarer å finne en god løsning på situasjonen, altså sykehusinnleggelsen, kan det være at han ubevisst velger å bruke følelsesfokusert mestring. Følelsesfokusert mestring kan være til hjelp for Ola. Et eksempel på en god følelsesfokusert mestringsstrategi er hvis Ola søker kontakt hos oss for å få trøst (Håkonsen, 2011). Selv om følelsesfokusert mestring ikke endrer den vanskelige situasjonen, tenker vi at det kan gjøre at Ola kan akseptere situasjonen han er i. Forskning viser at barn innlagt på sykehus, som har brukt følelsesfokusert mestring, har hatt fokus på å akseptere og å ta ansvar for problemet, samt å prøve å ha kontroll over situasjonen (Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011). På den andre siden så kan følelsesfokusert mestring være uhensiktsmessig. Samme forskning viser at noen følelsesfokuserede mestringsstrategier blir brukt av barn for å distansere seg fra problemet. Barna har brukt aktiviteter som å leke for å tenke på noe annet (Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011). Vi tenker at hvis Ola skyver problemene sine vekk og heller fokuserer på alt annet, så kan det være vanskelig for han å få en god opplevelse gjennom sykehusoppholdet og en opplevelse av at han mestrer dette. Dette mener vi at kan påvirke Ola ved at han kan få en negativ referanse når han senere skal tilbake til sykehuset for videre behandling. En uhensiktsmessig følelsesfokusert mestringsstrategi kan være å dagdrømme om hvordan livet kunne vært hvis det ikke var for sykdommen. En slik mestringsstrategi har som hensikt å bare få personen gjennom det vanskelige (Håkonsen, 2011). Selv om det kan være uheldig at Ola fokuserer på å leke istedenfor å takle den vanskelige situasjonen, kan det også være positivt at Ola leker og utfolder seg. Det kan bidra

til at Ola føler at han kontroll over noe og en opplevelse av at han får til noe. Dette kan igjen gjøre at Ola føler at han mestrer hverdagen på sykehuset (Grønseth & Markestad, 2011).

5.2 Undersøkelser og behandling

Ola må gjennom noen undersøkelser og forberedelser før han begynner behandlingen. Disse undersøkelsene kan virke skremmende og ubehagelige. Ola er redd for at undersøkelsene skal gjøre vondt. Dette er nytt for han, og han vet ikke hvordan han skal takle det. Før Ola skal igjennom en undersøkelse tenker vi at det er betydningsfullt at vi informerer Ola om alt som skal skje, steg for steg. Vi må se ann Ola's behov for informasjon, og sørge for at den informasjonen som blir gitt er forståelig for Ola (Norsk sykepleierforbund, 2011). Holmsen (2004) skriver at barn kan ha behov for å vite hva som skal skje for å føle seg trygge, og for å ha kontroll. Det er da viktig at informasjonen vi som sykepleiere gir er direkte og forståelig for Ola (Holmsen, 2004). At informasjon om hva som skal skje er tilgjengelig for Ola, vil gi han en kognitiv kontroll og undersøkelsen eller behandlingen kan bli mer forutsigbar. Dette er et av tre elementer i kontrollmodell for mestring (Havik, 1989, og Havik, 1992, i Reitan, 2011). Vi tenker at dette henger sammen med empowerment. Empowerment og kraft-begrepet handler om å ha ferdigheter og å innhente kunnskap om det som skal skje for å ha kraft til å komme seg gjennom situasjonen (Andersen, Brok og Mathiasen, 2000, i Løken, 2010). Selv om vi tar oss god tid til å informere Ola om undersøkelsen, bør vi være klar over at Ola sin situasjon kan virke stressende på han. Dette kan påvirke Ola's evne til å motta informasjon (Steen, 2012). Det kan også være avgjørende at det er ro rundt Ola når vi informerer han. For eksempel hvis tv-apparatet står på i bakgrunnen, kan oppmerksomheten til Ola ufrivillig trekkes mot tv-apparatet (Steen, 2012).

Når vi som sykepleiere skal forklare for Ola hvordan undersøkelsen skal gjøres, kan vi ta i bruk en bamse for å demonstrere gangen i undersøkelsen. Her er det viktig at vi kommuniserer med bamsen, slik vi ville gjort til barnet under undersøkelsen. Det kan være ideelt at vi tar med en bamse fra avdelingen som vi kan bruke, slik at det ikke blir brukt en bamse som Ola har et følelsesmessig forhold til. Å gå igjennom undersøkelsen på denne måten kan hjelpe Ola til å føle en ro rundt situasjonen, og det kan være en betryggelse å vite

hva som kommer til å skje steg for steg (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). Leking kan også være til hjelp for Ola, ved at det kan forminske stressfølelser og bekymringstanker før en undersøkelse eller behandling. Lek er en arena hvor Ola kan legge sykdommen til side, og kan fokusere på noe behagelig og gledelig (Grønseth & Markestad, 2011). Å ha kontroll over følelsene sine, både før og under behandling og undersøkelser, vil kunne hjelpe Ola til å ikke miste grepet rundt omstendighetene. Dette er hva kontrollmodell for mestring kaller emosjonell kontroll, som er en av faktorene i kontrollmodell for mestring (Havik, 1989, og Havik, 1992, i Reitan, 2011).

Martinsen (2012) skriver at mennesker danner sin selvstendighet gjennom avhengighetsforhold. Vi tolker dette på en slik måte at Ola's avhengighetsforhold til oss som sykepleiere gir en trygg ramme for Ola til å utføre handlinger på egenhånd, og dermed bli mer selvstendig. Ola er i den alderen hvor barn begynner å ta initiativ til å sette i gang aktiviteter og tanker (Håkonsen, 2011). Det kan være ideelt at vi lar Ola kneppe opp sykehuskjorten når legen kommer for å lytte på han. Gjennom disse trygge rammene og omsorgen som vi gir, vil Ola kunne få større muligheter for å oppnå mestring (Holmsen, 2004). Gjennom å ta initiativ, vil også Ola ha muligheten til takle de undersøkelsene han skal igjennom, samt føle at han mestrer de (Håkonsen, 2011).

Martinsen (2012) skriver at man som sykepleier i møte med pasienter kan velge mellom å gi omsorg, eller å miste tilliten man har skapt mellom seg og pasienten. Vi mener at det ikke nødvendigvis er enten å gi omsorg eller ødelegge tilliten. Selv om vi gir omsorg til Ola når han skal gjennom undersøkelser og behandlinger, så kan undersøkelsen eller behandlingen være ubehagelig eller smertefull. Dette kan gjøre at Ola ser på oss som "slemme", og tillitsforholdet kan bli svekket (Brincher, 1990, og Roye, 1995, i Grønseth & Markestad, 2011). Barn er ofte opptatt av hvordan sykepleiere opptrer, og forskning viser at barn innlagt på sykehus mener at sykepleiere som er forsiktige, og reduserer ubehag er de flinke og gode sykepleierene (Brady, 2009).

Vi tenker at det kan være viktig at vi viser empati ovenfor Ola. Å vise empati kan være positivt, men det er ikke sikkert at det er nok. Vi som sykepleiere burde også handle ut i fra

vår forståelse for hva Ola opplever. For eksempel så kan vi kommunisere til Ola at vi lytter, og vise med både non-verbal og verbal kommunikasjon at vi er interesserte (Eide & Eide, 2011). Hvis vi ikke viser interesse for det Ola uttrykker, vil kommunikasjonen oss i mellom bli en toleddet relasjon. Det vil si at samtalen blir hva Ola kommuniserer, og vi kun bekrefter det vi hører uten å gi noe særlig respons (Martinsen, 2012). Det kan være en fordel at vi som sykepleiere er i stand til å oppfatte når Ola er klar til å uttrykke sine tanker og følelser som han har rundt behandlingen eller undersøkelsen. Det kan samtidig være viktig å oppfatte når Ola ønsker å være i fred, slik at vi kan trekke oss tilbake. Dette handler om mindfulness, å være oppmerksom i nærværet (Sandvik, 2011). Ola er den personen som kjenner seg selv best, og det blir vårt ansvar å rette oss etter Ola's forståelse. Vi mener at vi ikke kan forvente at Ola skal forstå alt vi sier, ettersom barn har en egosentrisk tankegang som kan gjøre det vanskelig å tolke det vi som sykepleiere prøver å meddele (Øvreeide, 2009, og Ruud, 1996, i Grønseth & Markestad, 2011). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) står det skrevet at sykepleiere og annet helsepersonell skal inneha kunnskaper om barns utvikling og behov. Vi mener at dette støtter de tankene vi har om at det er vårt ansvar å gjøre oss forstått, og å forstå hva Ola forteller. Uten en felles forståelse oss i mellom mener vi at fremtidig samarbeid og kommunikasjon kan bli en utfordring.

Når Ola skal igjennom undersøkelser og behandling, så kan det være at han synes dette er både skummelt og smertefullt. For å takle en slik stressende situasjon på kan Ola bruke problemfokuset mestringsstrategi. Det finnes ulike måter å håndtere vanskelige situasjoner på. En av strategiene Ola kan benytte er å søke råd og hjelp fra oss som sykepleiere for å takle problemet (Håkonsen, 2011). Vi mener at det er viktig at vi prøver å hjelpe Ola til å fokusere på de positive sidene ved behandlingen eller undersøkelsen, ettersom det også finnes negative måter å håndtere situasjonen på. En undersøkelse gjort av Li, Chung, Ho, Chiu og Lopez (2011) viser at noen barn, som har brukt problemfokuset mestringsstrategi når de har vært innlagt på sykehus, har valgt å uttrykke sinne og vise fiendtlighet for å takle vanskelige situasjoner. Vi tenker at dette ikke er en god måte å håndtere et problem på, ettersom det kan skape en negativ holdning ovenfor undersøkelser og behandling. Dette mener vi kan være uheldig, da Ola skal igjennom flere undersøkelser og behandlinger i løpet av behandlingsperioden.

Ola skal igjennom en cytostatika-behandling. Ola har rett på informasjon angående eventuelle bivirkninger som kan forekomme etter behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette mener vi er viktig, slik at Ola kan forberede seg psykisk. Han gruer seg til å få cytostatika-behandlingen. Helsepersonelloven (1999) skal sikre at det skal være kvalitet i sykepleierens arbeid, og at det er en trygghet rundt det arbeidet som blir utført. Her tenker vi at det er viktig at vi viser at vi er trygge på det arbeidet vi skal utføre, og videre hjelpe Ola til å takle behandlingen. Avledningsteknikk er en mestringsstrategi som vi kan bruke for å hjelpe Ola til å fokusere på noe annet enn behandlingen. Ved å bruke noe som Ola finner spennende, for eksempel såpebobler eller forskjellige leker, kan det være at Ola retter oppmerksomheten sin vekk fra behandlingen og over på de spennende lekene og såpeboblene (Grønseth & Markestad, 2011). Vi tenker at dette kan skape en positiv referanse til neste gang Ola skal få behandling. I kontrollmodell for mestring står det om instrumentell kontroll. Instrumentell kontroll handler om å iverksette aktiviteter for å forebygge vanskelige opplevelser (Havik, 1989, og Havik, 1992, i Reitan, 2011). Ved at Ola fokuserer på for eksempel såpebobler istedenfor behandlingen, tenker vi at det er med på å forebygge den negative situasjonen. Vi tenker at det kan bli til noe han kan tenke tilbake på som en positiv opplevelse, og som han kanskje ikke vil grue seg så mye til neste gang han skal inn til behandling. Vi mener at det er viktig at vi som sykepleiere snakker med Ola om behandlingen han har vært igjennom, for å sørge for at han ikke har hatt en dårlig opplevelse, med tanke på at han skal igjennom flere behandlinger. Når vi spør Ola om hvordan han opplevde behandlingen og hva han tenker rundt dette, kan det være viktig at vi beskriver situasjonen vi spør om (Grønseth & Markestad, 2011). For eksempel kan vi stille spørsmål på denne måten: "I går når du ble trillet i rullestolen inn på behandlingsrommet, der vi hjalp deg opp i sengen og du fikk medisin inn i armen. Hvordan opplevde du det?". Når Ola forteller hvordan han opplevde behandlingen, tenker vi at det er viktig for oss å ha et positivt fokus, og forteller Ola hvor flink han har vært. Dette mener vi at kan bidra til at Ola opplever at han mestret å få cytostatika-behandlingen.

5.3 Tiden etter behandlingen

Et par uker etter at Ola har fått cytostatika-behandling, begynner bivirkningene å inntre. Ola føler seg sliten, og ønsker for det meste å sove (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). Norsk sykepleierforbund (2011) skriver i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren skal

gå ut i fra helsesituasjonen til pasienten, og gi helhetlig omsorg ut i fra pasientens behov. Hvis vi lar Ola ligge i sengen og sove mesteparten av tiden, mener vi at Ola's behov for helhetlig omsorg ikke blir dekket. Det kan være at Ola har vanskeligheter med å uttrykke de eventuelle ubehagelighetene som behandlingen medbringer, dersom den kognitive utviklingen har blitt påvirket av sykdommen. Med tanke på at dette er en ny situasjon for Ola, og at han kanskje ikke har vært borte i liknende følelser tidligere, kan det være utfordrende for Ola å forklare for oss hva som er galt. Istedenfor kan det være at Ola uttrykker dette non-verbalt, ved hjelp av ansiktsuttrykk (Steen, 2012). Her tenker vi at det blir viktig at vi er oppmerksom på de non-verbale signalene Ola sender. Sandvik (2011) har forsket på oppmerksomt nærvær. Hun skriver at trening på oppmerksomt nærvær har hjulpet sykepleiere til å se hele pasienten, og se detaljer som for eksempel ansiktsuttrykk.

Woodgate (2008) har gjort en undersøkelse hvor det kommer frem at barn med kreft, som har fått cytostatika-behandling, ofte føler at det er flere enn én bivirkning som opptrer av gangen. Undersøkelsen viser også at barn fra tid til annen føler seg utslitt, og er smertepreget (Woodgate, 2008). Selv om Ola ikke forstår hva sykdommen eller behandlingen innebærer, vil det ikke si at han ikke kjenner det behandlingen og sykdommen gjør med han (Bringager, Hellebostad, & Sæter, 2003). For å takle de bivirkningene som kommer med cytostatika-behandlingen, kan Ola bruke problemfokuserert mestring. Det handler om at Ola først må forstå hva problemet er, for deretter forsøke å finne en løsning på problemet. En strategi Ola kan bruke for å løse problemet, er å søke hjelp hos oss som sykepleiere for de plagene han har (Håkonsen, 2011). Et eksempel på dette kan være at Ola tar kontakt med oss, og forteller at han føler seg kvalm. Vi kan da prøve å hjelpe Ola med dette problemet, slik at dette ikke hindrer han i å for eksempel være aktiv. Hvis vi ser at Ola velger en uhensiktsmessig mestringsstrategi, som for eksempel å bli sint og irritert, er det viktig at vi har kunnskaper om ulike mestringsstrategier. Ved å ha kunnskaper om dette, kan vi veilede Ola over til en bedre mestringsstrategi (Trollvik, 2011). Det står i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren er etisk pliktig til å gi pasienten en bedret mulighet for mestring (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Martinsen (2012) sier at for å gi omsorg og å kunne vise en forståelse for en annens situasjon, krever det at man viser en følsom side av seg selv. Vi føler at dette henger sammen med det å

møte barnet på det emosjonelle stadiet det er, slik at barnet føler at deres tanker og følelser blir respektert og hørt (Øvreeide, 2009, og Kinge, 2006, i Grønseth & Markestad, 2011). Dersom vi som sykepleiere bruker en streng stemme og stresser mye rundt Ola, kan det medføre at Ola føler seg mindreverdig, og at hans integritet ikke blir ivaretatt. Vi mener derfor at det er viktig at vi er oppmerksom på vår egen holdning, da barn ofte legger merke til sykepleierens oppførsel (Brady, 2009). Martinsen (2012) sier at det er viktig å analysere situasjonen, slik at vi vet hvordan vi skal gå frem. En måte å gjøre dette på, er å tenke at vi er i pasientens rolle, og deretter forestille seg hvordan man selv ønsker å behandles.

En undersøkelse gjort av Woodgate (2008) viser at kreftrammede barn som er innlagt på sykehus ikke alltid forteller sykepleieren om sine plager, hvis de tror at sykepleieren ikke får gjort noe med disse plagene. Vi mener at det i stressende situasjoner kan være en fare for at vi ikke oppfatter Ola's smerter eller ubehag, dersom han ikke klarer og uttrykker disse verbalt. Ut i fra egne erfaringer så kan det være utfordrende å plukke opp de små tegnene på at pasienten føler ubehag, eller ikke har det godt, i en stressende hverdag. Som Martinsen (2008) skriver, så er det viktig at sykepleieren ikke ser på pasienten med registrerende øyne, men ser med hjertets øye. Med dette tenker vi at man ikke skal se Ola som bare en sykdom, men at man ser hele Ola og hans følelser. Hvis vi som sykepleiere oppdager at det er noe som plager Ola, tenker vi at vi bør hjelpe Ola til å uttrykke hva som er galt, slik at vi kan ta fatt i problemet. Her mener vi at makt-begrepet i empowerment er sentralt. Ved at Ola prater om hva som plager han, kan han ta kontroll over situasjonen (Løken, 2010). Han kan bruke sin makt til å ta kontroll over, og mestre bivirkningene av behandlingen (Tveiten, 2012).

Ola opplever en del plager, som kommer av bivirkninger etter cellegift-kuren. En måte Ola kan mestre disse plagene på, er å flytte tankene over på noe annet enn ubehaget. Dette kan være noe han interesserer seg for, for eksempel å tegne eller leke med bamsene sine (Tveiten, 2012). Dette kan være en utfordring dersom bivirkningene gjør at han føler seg sliten og ikke orker å delta i aktiviteter. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at barn har krav på å få være aktive og å bli stimulert. Ettersom lek kan være en arena for læring, og hvor Ola kan fortsette å utvikle seg, mener vi det er viktig at vi fortsetter å aktivisere Ola (Valsiner & Conolly, 2003, i Tveiten, 2012). Dette kan være en utfordring med tanke på at Ola har en beinmargssvikt på grunn av cellegift-kuren, som gjør at han er utsatt for å få infeksjoner.

Dette gjør at han ikke kan delta i aktiviteter med andre syke barn (Meyer, 2011). Vi som sykepleiere kan hjelpe Ola til å holde fokuset hans borte fra sykdommen og plagene han har, ved å prate med han om andre ting som ikke er relatert til sykehus-oppholdet. En spørreundersøkelse viser at flere barn har opplevd at dette har hjulpet med å holde motivasjonen oppe, og at de sykepleierene som gjorde dette ble sett på som gode og snille sykepleiere (Schmidt et al., 2007).

Flere barn har uttrykt at de har følt seg redde under sykehusoppholdet, både på grunn av sykdommen, og på grunn av de undersøkelsene og behandlingene de skulle igjennom (Woodgate, 2008). Vi mener da at det er viktig at det ikke er andre faktorer som virker skremmende for Ola, for eksempel at det er voksne pasienter der som kan være skumle for barn. Dette kommer frem i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Ola kan bruke bamsen, og leke med den, som en metode for å uttrykke sine tanker og følelser (Tveiten, 2012). Vi kan for eksempel observere Ola når han leker med bamsen, der det kan være at han uttrykker sine følelser gjennom en monolog med bamsen. Vi føler at dette henger sammen med det Slettebø (2009) sier om omsorg, at omsorg er å registrere hva pasientens behov er, for deretter å jobbe ut i fra disse behovene.

6 Konklusjon

Vi ser på det å skape en god relasjon, et tillitsforhold mellom oss som sykepleiere og barnet, som essensielt for å kunne hjelpe barnet til å oppnå mestring. God kommunikasjon, og det å se hele pasienten og ikke bare se en sykdom, er noe vi ser på som viktig for å skape et godt tillitsforhold. Martinsen (2003) sier om omsorg at man skal kunne tenke seg å være i pasientens sted og deretter tenke hvordan en selv ønsker å bli behandlet. Vi er enige i dette, og mener det er grunnleggende for å kunne hjelpe barnet på en god måte. Det er også avgjørende at atmosfæren på avdelingen er god, da vi mener at det er med på å skape en ro og en trygghet rundt barnet. Gjennom forskning har vi fått en innsikt i hva barn mener er gode sykepleiere. De sykepleierne som barna så på som gode sykepleiere var de som oppmuntret og hjalp de gjennom sykehusoppholdet, ved å støtte, veilede, lindre smerte og å være tilstede for barna når de trengte det (Schmidt et al., 2007).

I forhold til vår problemstilling har vi funnet ut at vi ikke nødvendigvis kan hjelpe barnet til en forståelse, men at vi kan tilpasse den informasjonen som skal gis i forhold til barnets kognitive nivå. Vi tenker at vi må ta utgangspunkt i det barnet har av kunnskaper og erfaringer fra tidligere når vi skal informere barnet. Hvis barnets kunnskaper ikke er riktige, må vi gi barnet informasjon slik at barnets kunnskaper blir korrekte. Ettersom det er mange faktorer som kan påvirke barnets konsentrasjonsevne og stressnivå, mener vi at det er det vårt ansvar å tilrettelegge omgivelsene for at barnet skal få med seg den informasjonen vi gir. Vi må også sørge for at informasjonen blir forstått. Vi ser på forståelse som grunnleggende for at barnet skal kunne oppnå mestring under sykehusoppholdet. Forståelse fører til kontroll, som igjen kan føre til mestring.

Det finnes flere ulike mestringsstrategier, og hvilken strategi som er best vil variere fra situasjon til situasjon. Derfor ser vi på det å ha kunnskaper om de ulike mestringsstrategiene som viktig, da man kan se hvilken mestringsstrategi barnet bruker. Det kan også gjøre at vi kan veilede barnet over i mestringsstrategier som vi anser som hensiktsmessige i de ulike situasjonene. Gjennom denne oppgaven har vi lært at vi kan hjelpe pasienten til å se sine ressurser gjennom oppmuntring, støtte og trygghet. Å hjelpe pasienten til å se sine ressurser

kan gjøre at pasienten føler empowerment, å føle at han/hun mestrer situasjonen. Martinsen (2012) skriver om avhengighetsforhold, der man utvikler en selvstendighet. Vi mener at det er gjennom selvstendighet, med en sykepleier som gir trygghet og støtte, at barnet kan oppleve at han/hun klarer å mestre forskjellige situasjoner. Vi mener at det er barnet som må ta initiativ til å mestre ulike situasjoner, og til å få en forståelse for det som foregår. Vi skal bidra med å gi barnet trygge rammer, og en hjelpende hånd gjennom prosessen.

7 Litteraturliste

Askheim, O. P. (2010). Empowerment - ulike tilnæringer. I O. P. Askheim, & B. Starrin, *Empowerment i teori og praksis* (ss. 21-33). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bastøe, L.-K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1* (ss. 81-104). Oslo: Akribe.

Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2012). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 124-145). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Brady, M. (2009, 09 16). *Hospitalized children's views of the good nurse*. Hentet 01 24, 2014 fra EbscoHost:

<http://web.b.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail?vid=4&sid=f9776149-34d6-44bc-bba6-94b63e26ae1c%40sessionmgr112&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010377933>

*Bringager, H., Hellebostad, M., & Sæter, R. (2003). *Barn med kreft*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 63-81). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, FOR-2000-12-01-1217. (2013). Lokalisert på [http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barn](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barn*)

Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Bokforlaget.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2013). Lokalisert på http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven*

*Holmsen, M. (2004). *Samtalebilder og tegninger - en vei til kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner*. Oslo: N.W. Damm & Søn.

Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

*Li, W. H., Chung, O. K., Ho, K. Y., Chiu, S. Y., & Lopez, V. (2011, 09). *Coping strategies used by children hospitalized with cancer: An exploratory study*. Hentet 01 23, 2014 fra

EbscoHost:

[http://web.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail?vid=3&sid=d0d8b2de-c628-4c38-935f-](http://web.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail?vid=3&sid=d0d8b2de-c628-4c38-935f-53096deb62b9%40sessionmgr198&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011454461)

[53096deb62b9%40sessionmgr198&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011454461](http://web.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail?vid=3&sid=d0d8b2de-c628-4c38-935f-53096deb62b9%40sessionmgr198&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011454461)

Løken, K. H. (2010). "Lave stemmer skal også høres". I O. P. Askheim, & B. Starrin, *Empowerment i teori og praksis* (ss. 140-153). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

*Martinsen, K. (2008). *Øyet og Kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Meyer, P. (2011). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I S. Ørn, J. Mjelle, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og Behandling* (ss. 198-242). Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk sykepleierforbund, (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Lokalisert på https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Nortvedt, L., & Kase, B. F. (2000, 02 20). *Barns rettigheter i norske sykehus – er barn og foreldre fornøyde?* Hentet 02 06, 2014 fra Tidsskrift for Den norske legeförening:

<http://tidsskriftet.no/article/110093>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2013). Lokalisert på

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven*

Reitan, A. M. (2011). Mestring. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie - sykepleieboken 2* (ss. 74-107). Oslo: Akribe.

*Sandvik, B. A. (2011, 06). *Mindfulness - Det oppmerksomme nærvær*. Hentet 01 24, 2014 fra Sykepleien.no:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-oppmerksomme-narvar>

*Schmidt, C., Bernaix, L., Koski, A., Weese, J., Chiappetta, M., & Sandrik, K. (2007, 11). *Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors*. Hentet 01 24, 2014 fra EbscoHost:

<http://web.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail?vid=7&sid=b912b21f-9956-403c-8d3e-8241fe58759c%40sessionmgr115&hid=126&bdata=JnNpdGU9ZW9Whvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009714888>

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Steen, H. F. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn - Familiesentrert sykepleie* (ss. 83-109). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trollvik, A. (2011). Barn som har astma. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring* (ss. 105-130). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Tveiten, S. (2012). Barns helse og livskvalitet. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (ss. 42-82). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Wesenberg, F., Monge, O., Nygård, J. F., Småstuen, M., & Lie, H. K. (2012, 03 22).

Årsrapport 2009, Norsk Barnekreftregister. Hentet 01 24, 2014 fra Kreftregisteret:

http://www.kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/%c3%85rsrapporter/Aarsrapport_Barnekreftregisteret_2009.pdf

*Woodgate, R. L. (2008, 05). *Feeling States: A New Approach to Understanding How Children and Adolescents With Cancer Experience Symptoms*. Hentet 01 23, 2014 fra EbscoHost:

<http://web.ebscohost.com.proxy.helsebiblioteket.no/ehost/detail?vid=3&sid=c0a8683d-c39d-44ce-9043-5f9a337dc92c%40sessionmgr110&hid=112&bdata=JnNpdGU9ZW9Whvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009921189>

Vedlegg 1

Pico-skjema

Databaser vi har brukt for å finne forskningsartikler: Cinahl, SveMed+, Sykepleien.no, Oria.no, MEDLINE og PubMed.

P	I	C	O
Children	Kommunikasjon		Coping
Cancer	Communication		Understanding
Leukemia	Nursing		Mestring
Leukemi	Mindfulness		forståelse
Nurse			
Kreft			
Barn			
Sykehus			
Hospital			
Hospitalized			

Vedlegg 2

Søkehistorikk

Databaser	Søkeord	Dato	Type søk	Antall treff	Avgrensninger	Antall leste	Antall ekskluderte	Antall inkluderte
Cinahl	Children AND Understanding AND Cancer	16.01.2014	Fulltekst	241	Artikler skal ikke være eldre enn fra år 2000.	4	3	1 Feeling states
SveMed+	Barn, Sykehus	16.01.2014	Fulltekst	49	Ikke eldre enn fra år 2000. Kun norske artikler.	4	3	1 Barns rettigheter i norske sykehus – er barn og foreldre fornøyde?
Cinahl	Children AND leukemia AND hospital	20.01.2014	Fulltekst	59	Ikke eldre enn fra år 2000.	3	3	0
Oria.no	Barn, Mestring, sykehus	20.01.2014	Fulltekst	25	Ikke eldre enn fra år 2000.	2	2	0

MEDLINE	Children AND communication AND hospital	21.01. 2014	Fulltekst	103	Ikke eldre enn fra år 2000.	5	5	0
PubMed	Nursing AND hospital AND leukemia	21.01. 2014	Fulltekst	180	Ikke eldre enn fra år 2000.	3	3	0
SveMed+	Forståelse, barn	21.01 2014	Fulltekst	10	Ikke eldre enn fra år 2000.	1	1	0
Cinahl	Children AND nurse AND hospitalized	21.01. 2014	Fulltekst	220	Ikke eldre enn fra år 2000.	3	1	2 Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. Hospitalized Children's views of the Good Nurse
Sykepleien. no	Mindfulness	21.01. 2014	Fulltekst	6	Ikke eldre enn fra år 2000.	3	2	1 Mindfulness - det oppmerksomme nærvær
Cinahl	Children AND coping AND cancer	23.01. 2014	Fulltekst	257	Ikke eldre enn fra år 2000.	5	4	1 Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study

SveMed+	Barn, kreft, kommunikasjon	23.01. 2014	Fulltekst	23	Ikke eldre enn fra år 2000.	2	2	0
SveMed+	Barn, leukemi	23.01. 2014	Fulltekst	67	Ikke eldre enn fra år 2000.	2	2	0

