



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Samhandling med det kreftsyke  
barnet

Kandidatnummer: 37

Bachelor i sykepleie SK 152  
HVL avdeling Førde

Innleveringsdato: 01.06.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn. Rundt 80% overlever i dag med optimal behandling. Sykdom og sykehusinnleggende fører til usikkerhet, ubehag og stress hos barn.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudiet er å få innsikt og kunnskap om hvordan sykepleier kan redusere stress og fremme mestring hos barn i aldersgruppen 6-12 år med leukemi.

**Metode:** Metoden er litteratursøk, basert faglitteratur og fem kvalitative forskningsartikler. Artiklene har blitt evaluert med hensyn til problemstillingens relevans, kvalitet og struktur. Gjennom søkeperioden ble databaser som Academic Search Elite, SveMed, PubMed og Chinal brukt. Søkeordene children, nursing, coping communication, leukemia, hospitalized, nursing, experience, feelings og cancer ble anvendt.

**Resultat:** Barn utvikler mestringsstrategier ut i fra den situasjonen de er i. Barn trenger trygge omgivelser og trygge rammer for å mestre tilværelsen på sykehuset og behandlingen. Videre har barn et informasjonsbehov, som først blir avdekket når sykepleier har skaffet en relasjon med barnet. Varetakelse av barnets behov for forutsigbarhet, struktur, kontroll, informasjon, tillit, trygghet er alle faktorer som er med på å skape stressreduksjon hos barnet. Mestring kan fremmes ved terapeutisk lek, fantasireiser, bekreftelse/justering av følelser og tanker, avledning, videospill, lytting og samspill. Godt samarbeid med foreldre er essensielt for at barnet skal oppnå stressreduksjon og mestring i behandling av akutt lymfatisk leukemi (ALL).

**Konklusjon:** sykepleier kan gjøre en stor forskjell i barnets opplevelse og nytteighet av kreftbehandlingen om de psykososiale og medisinske forholdene blir ivaretatt. Sykepleier bør få tilført ny viten og metodikk, og bruke sin kompetanse om barns ulike behov under sykehusinnleggelsen.

**Nøkkelord:** : children, nursing, coping, leukemia, hospitalized

## Innhold

1 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Hensikt med oppgaven.....	3
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Avgrensninger.....	4
1.5 Definisjon av begrep.....	4
1.6 Oppgavens oppbygging.....	4
2 Metode.....	5
2.1 Litteraturstudie som metode.....	5
2.2 Søkeprosess.....	5
2.3 Kildekritikk.....	6
2.4 Etske vurderinger.....	7
3 Presentasjon av faglitteratur ‘.....	8
3.1 Akutt leukemi.....	8
3.1.1 Symptomer.....	8
3.1.2 Behandling.....	8
3.2 Joyce Travelbee sin sykepleieteori.....	9
3.3 Barn i utvikling.....	9
3.4 Kommunikasjon med barnet.....	9
3.5 Stress og mestring hos barn på sykehus.....	10
3.5.1 Stress.....	10
3.5.2 Mestring.....	11
3.5.3 Etablering av et trygt miljø hos barnet.....	11
3.6 Pårørendes funksjon.....	12
3.7 Barns rettigheter.....	12
4 Resultat av forskning.....	12
5 Drøfting.....	15
6 Konklusjon.....	20
7 Referanser.....	22
Vedlegg 1.....	24

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge rammes ca. 40 barn under 15 år med leukemi årlig. Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn. Det er to hovedgrupper leukemi: Akutt lymfatisk leukemi (ALL) utgjør ca. 80-85%, mens akutte myelogene leukemier (AML) utgjør ca. 15% (Bringager, Hellebostad, Sæter, & Mørk, 2014, s. 63). Å bli rammet av og å leve med en kreftsykdom kan være en enorm psykisk belastning for både barnet og familien. Som helsepersonell kan det da være viktig å møte familiens utfordringer på best mulig måte. Avgjørende for forløpet kan være blant annet gjensidig tillit mellom familien og behandlingsteamet, grundig og fortløpende informasjon om sykdommen og det forventete forløpet, samt mulighet for å snakke om angst og bekymringer (Markestad, 2009, ss. 298-299).

Gjennom praksis på medisinsk pediatrik avdeling, samt to års arbeidserfaring på barneavdeling som ekstravakt, har jeg møtt mange barn og deres pårørende, men sjeldent kreftpasienter. Gjennom sykepleiestudiet har vi hatt lite undervisning om barn og kreft, noe som har gjort meg motivert for å øke min kunnskap rundt emnet, særlig da dette er en pasientgruppe jeg vil møte på når jeg begynner i jobb på barneavdelingen som ferdigutdannet sykepleier. Behandlingsforløpet deres er ofte langt, og jeg tenker det er viktig at deres hverdag er preget av oversikt og kontroll, i et omfang de mestrer. Jeg har dermed valgt å fordype meg å tilegne meg kunnskap jeg kan videre bruke i utøvelsen av sykepleie med hensikt på hvordan barnet kan redusere stress og oppleve mestring gjennom utfordringene de møter på.

## 1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å kunne belyse hvordan sykepleier kan redusere stress og fremme mestring hos barn med leukemi, slik at de mestrer den nye tilværelsen. Når et barn blir rammet av kreft, blir livssituasjonen brått endret. Både barnet og familien er i krise, og trenger god hjelp og støtte fra helsepersonell. Sett fra et sykepleiefaglig perspektiv vil det være viktig å bli kjent med pasienten og familien, for å kunne hjelpe dem i å mestre den nye livssituasjonen. Jeg ønsker å tilegne meg kunnskap om hvilke utfordringer kreftsyke barn møter på når de gjennomgår cellegiftbehandling. Videre vil jeg se på hvordan god kommunikasjon kan skape gode rammer for tillit og trygghet, som grunnlag for at barnet kan ta i bruk egne krefter for å håndtere utfordringene ved behandling, så vel som prosedyrene.

## 1.3 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier fremme mestring og redusere stress hos barn med leukemi?*

## 1.4 Avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å gjelde barn diagnostisert med leukemi, av typen akutt lymfatisk leukemi (ALL). Gjennom oppgaven blir fokuset rettet mot barnets opplevelse av å være innlagt på sykehus og få cellegiftbehandling. Dette skal knyttes opp mot hvordan sykepleier kan bidra til å redusere stress og fremme mestringsfølelse hos barn med ALL. ALL forekommer hyppigst i aldersgruppen et til fem år, men jeg har valgt å fokusere på aldersgruppen 6-12 år (Bringager et al, 2014, s. 63). I denne alderen skjer det et kognitivt sprang hos barna, hvor de begynner å få en viss forståelse av sin egen situasjon og trenger tilpasset informasjon (Renolen, 2014, s. 95).

Gjennom oppgaven vil kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og barnet vektlegges, det vil belyses hvilke ulike mestringsstrategier som blir nyttet ved ulike aspekter ved sykdomshåndtering. På grunn av oppgavens omfang blir det ikke fokus på tverrfaglig samarbeid med fastlege, skole og helsesøster. Jeg vil nevne pårørende der det er relevant da de har stor betydning for barnets opplevelse av trygghet.

## 1.5 Definisjon av begrep

**Cytostatika:** en behandling med mål om å bryte ned eller ødelegge kreftvcellene uten å skade frist vev (Bringager et al, 2014, s. 27). Denne behandling går også under navnene kjemoterapi eller cellegift.

**Opplevelse:** en persons innhold av subjektive erfaringer, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning, emosjonell tilstand, tankeprosesser og motivasjon (Store Norske Leksikon, 2016).

**Stress:** Barnets reaksjon på opplevelse av utrygghet og ubehag i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse (Grønseth et al., 2011).

**Mestring:** Helsepsykologi regner alle forsøk på håndtering av stress og kriser som mestring (Renolen, 2014, s. 148-149).

**Kognitiv utvikling:** evnen til å tenke og tilegne seg kunnskap, dette omfatter evne til resonering, bedømming, oppmerksomhet, hukommelse, sanseoppfatning, å uttrykke seg verbalt og å være løsningsorientert (Grønseth & Markestad, 2011, s. 31).

## 1.6 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 presenteres metodevalg, søkeprosess og kildekritikk, samt etiske vurderinger. Kapittel 3 viser faglig litteratur jeg har valgt å anvende. I kapittel 4 presenteres funn av forskning. Drøfting av teori og forskning kommer følgende i kapittel 5. Avslutningsvis presenteres konklusjon i kapittel 6. Kapittel 7 viser referanselisten.

## 2 Metode

Her skal jeg gjøre rede for framgangsmåten som er brukt for å finne informasjon for å besvare problemstillingen. I følge Dalland (2013) vil metode fortelle hvordan man kan løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Jeg skal gjøre rede for datainnsamling og analyse av utvalgte artikler.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Det gjort systematiske søk etter relevant litteratur gjennom metoden litteraturstudie. Ifølge Dalland (2013) er metode et redskap som tas i bruk når noe skal undersøkes, som et hjelpemiddel for å samle data og hente nødvendig informasjon. Metodebeskrivelsen skal formuleres så presist at leseren skal kunne etterprøve og komme til den samme konklusjonen (Thidemann, 2015). Det finnes to ulike forskningsmetoder: kvantitativ og kvalitativ forskning. I denne litteraturstudien er 5 kvalitative forskningsartikler anvendt. En kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes, for eksempel gjennom intervju (Dalland, 2013, s. 52). I forhold til min problemstilling, hvor stressreduksjon og mestring skal fremmes, mener jeg den kvalitative metode best kan belyse min problemstilling, ettersom denne metoden legger vekt på menneskelige egenskaper, som meninger og opplevelser, som vanskelig kan måles eller tallfestes. (Thidemann, 2015, s. 78). Jeg velger å ha en humanvitenskapelig tilnærming, da den har fokus på mellommenneskelige faktorer, som innebærer pasienter sine opplevelser og erfaringer rundt sykdom og behandling (Thidemann, 2015, s. 63).

### 2.2 Søkeprosess

Når jeg hadde valgt problemstilling, begynte jeg å søke manuelt etter relevant faglitteratur. I studiens pensumliste fant jeg bøkene Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2017), og Thidemann (2015) sin bok Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Annen relevant litteratur har jeg funnet ved å gå til Oria sin hjemmeside via skolenettverket, og søkt på barn med kreft. Her fant jeg blant annet boken «Barn med kreft» av Bringager et al. (2014), som er en fagbok med fokus på kreftsykepleie til barn. Primærlitteratur er artikler skrevet om enkeltstudier, mens sekundærlitteratur er skrevet på grunnlag av primærlitteraturen (Thidemann, 2015). Jeg har nyttet primærlitteratur der det var mulig.

I søk etter relevant forskning, brukte jeg databasene Svemed+, Academic Search Elite (inkl. Chinal og MEDLINE). For å begrense og spisse søkene, ble de avgrenset til å gjelde perioden 2008-dd, engelsk språklig, forskningsartikler, alder 6-12 år, kreft, innlagt på sykehus, behandling. Alle artiklene som er anvendt er fagfellevurdert og publisert etter 2008. Søkeprosessen er utført i tidsperioden 03-04-18 til 20.05-18. Jeg har inkludert og ekskludert en rekke artikler, og har gjennom søkeprosessen erfart at det har vært vanskelig å finne forskning på barn med leukemi i startfasen av behandlingen. Jeg har

derfor valgt å utvide søket mitt til å gjelde barn innlagt på sykehus med alvorlig sykdom, i aldersgruppe 6-12 år. Viser til Vedlegg 1 (Vedlegg 1) for framgangsmåte og utvalgsprosess av databaser.

Databasene jeg har brukt er Svemed+, Chinal og Academic Search Elite. Svemed + brukte jeg for å finne relevante søkeord/synonymord på engelsk. For å begrense og presisere mine søkeord, har jeg brukt Academic Search Elite (ASE), hvor jeg inkluderte Chinal. Jeg avgrenset søkene til perioden 2008-2018, engelskspråklig, forskningsartikler, barn og cancer. Dette gjorde jeg for å unngå artikler eldre enn 10 år og for å rette mitt søk mot tema. Selve søkeprosessen har blitt utført i tidsperioden 03.04-18 til 16.04-18. Søkeordene jeg har brukt, er: children, cancer, leukemia, nursing, coping, quality of life, chemotherapy, fatigue, treatments, parents, information kommunikation. Disse ordene har jeg brukt i forskjellige sammensetninger, kombinert med søkeordet AND.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som tas i bruk for å avgjøre om en kilde er sann, gjennom nøye vurdering og kritisk refleksjon over kildene som tas i bruk (Dalland, 2014, s. 67). Jeg har lest artiklene med et kritisk blikk, sett om IMRaD struktur er fulgt, hvem som har publisert, når de er publisert, og de er fagfellevurdert.

Ved søk etter forskningsartikler, har jeg nyttet databaser anbefalt av høyskolen.. Artiklene jeg har anvendt er engelsk. Min fortolkning og oversettelse kan utgjøre en metodisk svakhet.

Kunnskapssenterets ulike sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler har blitt nyttet for å vurdere forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014). En av artiklene jeg har anvendt, gjelder generelt om barn med kroniske/alvorlige sykdommer, og ikke om leukemi. Ved søk etter forskningsartikler har det vært vanskelig å finne forskning som relaterer seg på akkurat oppgavens problemstilling. Dette har gjort søkeprosessen utfordrende. Artiklene jeg har brukt har kvalitative metode, hvor man får med forskerens synspunkt og fortolkninger, noe som kan være kritikkverdige.

Artiklene jeg har funnet er godkjent av etisk komitè, eller publisert i anerkjente tidsskrift, som jeg ser på som en god etisk vurdering. I utarbeiding av litteraturstudier har jeg reflektert og etisk vurdert hvordan jeg formulerer meg.

Alle artiklene er fagfellevurdert og godkjent av etisk komitè. Jeg har brukt kildehenvisninger på rett måte, for å sikre at jeg ikke utgir meg for å være primærkilde for andres skrivelser. Jeg har i størst mulig grad brukt primærkilder, for å unngå bruk av sekundærlitteratur hvor forfatteren kan ha

kommet med egne synspunkt. Jeg har fulgt retningslinjer gjennom HVL sine retningslinjer om etiske vurderinger.

Artikkelen til Coyne (2006) ble utgitt i 2006. artikkelen er 12 år gammel, men jeg har valgt å bruke den selv om, da funnene fra artikkelen er relevant. En styrke er at studiet er gjennomført i England, og er overførbart til norsk behandling og pleie. En mulig svakhet, er at ingen av barna hadde kreft. De hadde enten kronisk tilstand, hudtilstand eller ortopedisk tilstand. Alle viste at prognosen var god, noe som kan prege utsagn barna kommer med i artikkelen. Rindstedt (2013) intervjuer 5 barn i alder 2-16 år, hvor kun 2 av barnet er i aldersgruppen 6-12 år. Alle barna har ALL. En svakhet kan være at barna ikke er innlagt. En styrke er at alle barna har ALL, og studien er fra Sverige og overførbart til Norge. Få deltagerne kan være en svakhet. Han et al. (2011) sin forskningsartikkel er gjennomført i Kina. Dette anser jeg som en mulig svakhet, da jeg er usikker på hvordan behandlingsforløpet foregår i Kina. Alderen på deltagerne fremlegges heller ikke. På den andre siden, var dette en artikkel som belyser barns erfaringer og følelser fra start til slutt av behandlingen, og alle deltagerne var diagnostisert med ALL. Artikkelen til Sposito et al. (2014) kan ha en metodisk svakhet ved at deltagerne var på forskjellige stadier i behandlingen. Det ble kun gjennomført et intervju med hver av dem, dette kan ses kritisk på ved at alle fakta kanskje ikke kom frem grunnet begrenset tid. Lima et al. (2015) kan ha en metodisk svakhet ved at funnene var særpreget av sykehusenheten.

Noe jeg anser som en metodisk svakhet, er at problemstillingen ble endret på underveis fra trygghet, til stressreduksjon og mestring. Artikkelen jeg har utvalgt er fra ulike land, Sverige, Brasil, England, Kina og USA. De kulturelle forskjellene kan utgjøre en metodisk svakhet.

Forskningsartikkelen jeg har funnet er engelsk språklige. Feiltolkning og avgrensning av forståelse av innholdet kan ha forekommet. Jeg har brukt ordbok engelsk/norsk for å prøve å unngå misforståelser, samt funnet synonym ord gjennom SveMed+.

## 2.4 Etiske vurderinger

Jeg har fulgt høyskolen på vestlandet (HVL) sine etiske retningslinjer for oppgaveskriving. Når jeg deler egen erfaring blir pasientens identitet bli anonymisert for å sikre pasientsikkerhet.



## 3 Presentasjon av faglitteratur ‘

### 3.1 Akutt leukemi

#### 3.1.1 Symptomer

Ved akutt leukemi har en umoden celle i beinmargen blitt ondartet og deler seg ukontrollert, og etterlater beinmargen infiltrert av umodne, ensartede kreftceller. Når leukemiske celler trenger seg inn i normale celler i beinmargen, vises dette som mangelsymptomer fra blodcellene hos barnet. Mangel på hvite blodlegemer (leukocytter) gir hyppige infeksjoner, mangel på røde (erytrocytter) gir anemi, og mangel på blodplater (trombocytter) gir blødninger (Bringager, Hellebostad, Sæter, & Mørk, 2014, s. 63).

Symptomer på leukemi er blekhet, nedsatt fysisk kapasitet, får lett blåmerker, hyppige infeksjoner, svingende feber, skjelettsmerter og hovne ledd og hovne lymfeknuter, forstørret lever/milt, og barnet ser ofte sykt ut. (Bringager et al., 2014, s. 68).

#### 3.1.2 Behandling

Det gjøres en beinmargsundersøkelse, røntgen og ultralyd, spinalpunksjon og eventuelt CT og MR. (Bringager, s. 69-70). Diagnosen stilles gjennom blodstatus og blodutstryk fra beinmargen (Kåresen & Wist, Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell, 2012, s. 407). 80% av barn med leukemi blir i dag frisk med optimal behandling. Målet med behandlingen er at den skal være effektiv, samt å redusere bivirkninger (Bringager et al., 2014, s. 72). Behandlingen iverksatt relativt raskt etter at diagnosen er stilt, noe som gjøre at det blir liten tid til å gi grundig informasjon om behandlingen og som kan være en ekstra belastning (Renolen, 2014, s. 68). Ca. 50% av pasientene dør innen 3-6 måneder uten behandling, og nesten alle innen et år etter en diagnose er stilt uten behandling, grunnet økende beinmargssvikt eller andre typer organsvikt (Kåresen & Wist, 2012, s. 398).

ALL-behandlingen har en varighet på 2,5 år (Bringager et al., 2014). Cytostatika er vanligvis den eneste medisinske behandlingsformen ved leukemi, ved siden av støttebehandling, som for eksempel væskebehandling, anti-kvalme- og brekningsbehandling, gode smertelindrende tiltak, og ikke minst psykososial støtte til barnet og familien (Bringager et al., 2014, s. 27).

Kvalme og brekninger er bivirkninger som kan opptre under administrasjon av cytostatika dosen og kan vare fra noen timer til flere dager etter avsluttet kur. Cytostatika gir i de fleste tilfeller beinmargshemming, hvor anemi, nøytropeni og trombocytopeni oppstår (s. 28-30, Bringager). Håravfall, såre slimhinner i munn og tarmen, obstipasjon, humørforandringer, vekttap og forandring av utseende, infeksjonsrisiko, slapphet og CNS-affeksjon er andre bivirkninger ved cellegiftbehandling (Bringager et al., 2014).

## 3.2 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Joyce Travelbee har utviklet en teori om menneske-til-menneske-forhold i sykepleie, som vektlegger at opplevelser og erfaringer blir delt og ivaretatt av og mellom sykepleieren og den syke.

Sykepleieren etablerer og opprettholder det menneske-til-menneske-forholdet målbevisst (Travelbee, 1999, s. 41). Travelbee har også en teori om «å bruke seg selv terapeutisk», som innebærer at målbevisst bruker sin egen personlighet og kunnskap for å møte den syke og opprette en relasjon (Travelbee, 1999, s. 44).

## 3.3 Barn i utvikling

Utvikling har bakgrunn i biologiske, psykologiske og sosiale forhold, og kan defineres som aldersrelaterte, varige endringer i emosjonell, kognitiv og sosial atferd og opplevelse (Renolen, 2014, s. 58). Tidligere erfaringer og kognitivt utviklingsnivå er grunnlaget for barnets forståelse av hvordan kroppen fungerer, hva sykdom er og hvilke konsekvenser den har (Grønseth & Markestad, 2011, s. 56). En 6-7 åring kan fortsatt se på sykdom som straff med følgende skyldfølelse, mens en 10-11 åring kan forstå komplekse fenomener som smerte og sammenheng mellom sykdom og behandling (Grønseth et al., 2011).

Det kognitive utviklingsnivået i denne aldersgruppen (6-12 år) kan ha konsekvenser for sykepleien, i form av at sykepleier må vurdere sine tiltak med utgangspunkt i barnets utviklingstrinn (Grønseth et al., s. 58-59).

Erikssons teori om personlighetsutvikling, viser at barn i alderen 5-6 år og fram til puberteten danner grunnholdninger hvor de enten får en følelse av å være kompetent, eller får en følelse av mindreverd. Viktig for denne aldersgruppen er opplevelse av mestring, både faglig og sosialt (Renolen, 2014, s. 89). I 6-12 årsalderen kan sykdom og behandling virke mer skremmende enn tidligere, noe som kan skyldes at økt kunnskap om sykdom medfører bekymringer for hva som kan komme til å skje (Tamm, 1996, i Renolen, 2014, s. 99).

## 3.4 Kommunikasjon med barnet

I følge Bringager et al. (2014, s. 124) er kommunikasjon sykepleierens viktigste verktøy, både verbalt og non-verbalt. Når man skal samtale med barn, må man innstille seg etter barnets tempo og ha god nok tid (Vedelen, 1996, s. 173). Hvert enkelt barn bør få informasjon tilpasset sitt utviklingstrinn, frykt, forventninger, fantasier, kunnskapsnivå, og mestringsressursene deres bør kartlegges. Dette er noe som krever både tid og planlegging. (Grønseth et al., 2011, s. 65).

Grunnlaget for god kommunikasjon er åpenhet, undring, aktiv lytting, å la barnet holde føringen, vise interesse og dele oppmerksomhet, vise empati og respekt. Videre skapes god kontakt gjennom å respektere og tilpasse seg barnets hurtige og langsomme skiftninger (Eide & Eide, 2012, s. 361).

Barns interesseområder og tenkning er avhengig av konteksten de befinner seg i og ser seg selv i, barn må forstås deretter. Barn føler ofte usikkerhet mot fremmede og åpner seg ikke uten videre (Vedeler, 1996, s. 175-177). Å la barn gjøre noe de er interessert i, kan være en god måte å skape kontakt på (Eide & Eide, 2012, s. 360).

En god kommunikasjon mellom fagperson og pasient vises når fagpersonen er interessert i pasientens egne tanker, viser medfølelse, skaper en trygg atmosfære og er interessert i hvordan sykdommen virker inn på livet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10). Betydningen av å føle tillit til, respekt og at fagperson har nok tid har stor betydning, og kan medføre at pasienter åpner seg om vanskelige situasjoner og lar seg påvirke av innspill fra fagperson (Røkenes og Hanssen, 2012, s.180).

I det første møtet mellom fagperson og pasient, kan væremåte bli vurdert av pasient ut fra håndavtrykk, sittestilling, vennlighet eller fagpersonens interesse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 184).

## 3.5 Stress og mestring hos barn på sykehus

### 3.5.1 Stress

Sterke stressende påkjenninger hos barn kan føre til vedvarende konsekvenser for barnets emosjonelle og kognitive utvikling. Barnets reaksjoner på stress kan bli redusert hvis barnet har gode indre ressurser, gode livsbetingelser rundt seg og et godt miljø (Gramst, 2011, s. 103). Stress kan benevnes som en kroppslig reaksjon på stimuli (stressorer), og gi utslag som psykiske, fysiske og sosiale stressorer. En stressreaksjon er kroppens respons på stressende stimuli, og kan få oss til å føle oss anspent. Det er store individuelle forskjeller på hvilke belastninger den enkelte tåler (Renolen, 2014, s. 134). Bringager et al. (2014) gjengir Patricia Benner og Judith Wrubels (1989, s. 408) sin definisjon av stress:

*«Stress defineres som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Man trenger å sørge og utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter. Mestring er det man gjør med stress.»*

### 3.5.2 Mestring

Målet med mestring er å finne mening og opplevelse av sammenheng i det vi opplever, og kan kun bestemmes hos mennesket selv. Mestringsstrategien velges med bakgrunn av personens forståelse, relasjoner og ferdigheter og den situasjonen personer er i (Bringager et al., 2014, s. 124).

Ifølge Lazarus og Folkman finnes det to forskjellige måter å mestre vanskelige situasjoner på. Den ene er en problemfokustert mestring, som handler om å endre på forholdene som skaper stress i hverdagen. Det kan være rettet mot omgivelsene, som for eksempel å endre tilgang på ressurser gjennom å søke støtte og hjelp, endre rutiner, endre livsstil eller redusere ytre årsaker til stress. Andre problemløsende strategier kan være rettet mot oss selv, som å lære nye ferdigheter, søke informasjon og kunnskap, senke ambisjonene (Renolen, 2014, s. 149-150). Emosjonsfokustert mestring handler om å kontrollere de følelsesmessige reaksjonene som oppstår i forbindelse med stress, ved for eksempel å flytte oppmerksomheter over på noe annet. Andre eksempler kan være å unngå informasjon eller situasjoner, ta avstand til problemer eller situasjoner man finner ubehagelig og stressende. Denne strategien kan være nyttig ved traumer, som å få en sykdom, da påkjenningen er stor. (Renolen, 2014, s. 150). Håp er også sentralt for mestring, da det gjør det mulig å hente fram indre og ytre ressurser som kan gi styrke og mot til å takle motgang. (Renolen, 2014, s. 153-154).

Avledningsteknikk er en metode som tar utgangspunkt i barnets nysgjerrighet og interesse for nye ting, for å få barnet til å konsentrere seg om noe annet enn det som forårsaker smerte, ubehag og engstelse ved prosedyrer og undersøkelser (Grønseth et al., 2011, s. 67-68).

### 3.5.3 Etablering av et trygt miljø hos barnet

En sykepleier som virker trygg og kompetent i sin rolle, kan dempe engstelse hos barn og foreldre (Grønseth et al., 2011, s. 69). Sykepleiere kan bidra til å skape et trygt miljø ved å bli kjent med og skape et tillitsforhold til barnet, foreldre og søsken ved å gi informasjon som forstås og oppfattes av barnet, inkludere barnet og foreldrene i pleien, gjøre hverdagen så kjent og normal som mulig, opprettholde faste rutiner, opptre rolig og «trygg» ved undersøkelser og samtaler, tilrettelegge for lek, gi ansvar til barn for ting de kan mestre selv, bidra til en hyggelig atmosfære på avdelingen (Grønseth et al., 2011, s. 70).

Ukjente og uforutsigbare situasjoner medfører høyt nivå av stress hos barnet (Grønseth et al., 2011, s. 55). Stress kan reduseres i forbindelse med sykdom, undersøkelser og prosedyrer ved å anerkjenne og bekrefte barnets ubehag, engstelse og frykt (Grønseth et al., 2011, s. 64). Hvordan barnet reagerer, avhenger av hvor truende barnet selv opplever sykehusoppholdet (Grønseth et al., 2011, s.60).

Gjems et al. (2011) hevder i sin artikkel om forebygging og behandling av psykologiske traumer hos alvorlig somatisk syke barn, inkludert kreftbarn, at disse barna ofte ikke får den hjelpen de trenger psykologisk, og dermed står i fare for å utvikle senskader. Viktigheten av å tenke biopsykososiale tiltak for barnet så raskt som mulig understrekes.

### 3.6 Pårørendes funksjon

Voksnes evne til å skape omsorgsfulle og trygge omgivelser speiler barnet (Eide & Eide, 2012, s. 358). Foreldre er en stor ressurs i forberedelsene av barnet. De betyr svært mye for trygghet i stressituasjoner, og bør være til stede under undersøkelser, prosedyrer og behandling. De bør delta med sykepleieren, og gjenfortelle viktig informasjon med egne ord til barnet senere. Under sykehusoppholdet trenger foreldrene å føle seg trygg selv for å kunne videreformidle trygghet til barnet sitt. Foreldre kan trenge individuell veiledning fra sykepleier i å møte barnet på en god måte (Grønseth et al., 2011, s. 65-71).

### 3.7 Barns rettigheter

Barn har rett til å bli aktivisert og stimulert når de er innlagt på sykehus (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-3). De har også rett på at minst en av foreldrene er til stede under hele sykehusoppholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §6-2). Pasienter og pårørende har rett på informasjon om sin helsetilstand og informasjon om behandlingen ( §3-2).

## 4 Resultat av forskning

**1 Play as a care strategy for children with cancer.** Kàlya Yasmine Nunes de Lima, Viviane Euzèbia Pereira Santos (2015).

Hensikt: å forstå påvirkningskraften av lek i behandlingsprosessen oppfattet av barn med kreft.

Resultat: Barn får en opplevelse av å ha det morsomt, glede, distraksjon, og er i samspill med andre mennesker, gjennom bruk av fritidsaktiviteter som tv, data, spill og leker, tegning, lekerom, klovner. Dermed er de ansett som essensielle i omsorgsprosessen, ved at de favoriserer trivsel og reduserer ubehag under sykehusinnleggelse. Studien viser også at helsepersonell ikke deltar i disse aktivitetene effektivt eller som en del av omsorgsprosessen. Dette benevner forskerne som et punkt som bør drøftes ytterligere, og at årsaken til denne mangelen bør være gjenstand for videre studier. Videre bør nye studier definere strategier som gjør at fagpersoner kan gjøre seg kjent med lekeinstrumenter for å forbedre kvaliteten av omsorg for barn med kreft. Forskerne påpeker at en svakhet ved resultatene kan være refleksjon av særegenheter i et sykehusmiljø hvor forskningen ble utført basert på personlige erfaringer fra et sykehus hvor ansatte kjente barna med kreft. Det vil være viktig å

gjennomføre nye undersøkelser hos andre institusjoner for å få en bedre oppfatning og forståelse av barns forhold til lek.

**2 Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy.** Amanda Mota Pacciulio Sposito, Fernanda Machado Silva-Rodrigues, Valèria de Cássia Sparapani, Luzia Iara Pferifer, Regina Aperecia Garcia de Lima, Lucila Castanheira Nascimento (desember 18, 2014).

Hensikt til studien var å utforske hvilke mestringsstrategier kreftsyke barn brukte når de fikk kjemoterapibehandling og var innlagt på sykehus.

Resultat: Forskerne fant at kreftsyke barn som blir behandlet med kjemoterapi trenger tilpasning og mestringsstrategier under sykehusinnleggelsen, i forbindelse med smerte, bivirkning av kjemoterapibehandlingen, inaktivitet, og av sikkerheten rundt behandlingsforløpets suksess. Disse utfordringene motiverte barna til å utvikle deres egne mestringsstrategier, noe som var effektivt når de gjennomgikk kjemoterapi.

**3 Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping.** C. Rindstedt (2013).

Hensikt med studiet var å utforske hvordan barn bruker fantasi, lek og mestring for å håndtere kronisk sykdom. Et overordnet formål var å undersøke de ulike måtene ansatte og foreldre støtter barnet i deres mestringsprosesser.

Forskningen resulterte i at samspill gjennom historiefortelling, fokus på en humoristisk behandlingspraksis, utførelse av lekefulle ritualer og rollespill ble brukt i samarbeid mellom ansatt-barn og skapte kreative improvisasjoner. Forskerne konkluderte med at samarbeidet mellom pasient og ansatte spilte en signifikant rolle for mestringsprosessen. På varierende måter hjalp de ansatte foreldrene til å respondere til barna på måter som var adaptive for mestring og utvikling hos barnet.

**4 The Experiences and Feelings of Chinese Children Living With Leukemia.** Joing Han et.al (2011).

Hensikt med studiet var å beskrive erfaringer og følelser av kinesiske barn med leukemi i perioden de var innlagt på sykehus.

Resultat/Funn: Forskerne fant at nesten alle barna hadde negative erfaringer og følelser i startsfasen av behandlingen, som de definerer fra 0-3 mnd. De klaget over at de var uheldige, at de ikke klarte å tilpasse seg livet på sykehuset, at de savnet familie og venner, at de var særs avheng av andre og var i emosjonelt i sjokk, og at deres emosjonelle tilstand endret seg, ved at de ble uglad, irritabel, redd og bekymret. I etterkant av det identifisert tre ulike nivåer av tilpasning, avhengig av barnas

personlighet og alder, for hvordan de tilpasset seg sykehusoppholdet: vansker med å tilpasse seg sykehuset, en følelse av å bli tvunget til å tilpasse seg sykehuset, og tilpasning av sykehuset.

Alle barna hadde negative erfaringer og følelser i starten av sykehusoppholdet. Det ble identifisert tre nivåer av adaptasjon de beskrev: vansker med å adaptere til sykehuset, en følelse av å nødt til å akseptere sykehusinnleggelsen, og adaptasjon til sykehusinnleggelsen. Artikkelen viser til at både miljøet på sykehuset i seg selv og gjennomgåelsen av langvarig behandling kan være kilder for psykososialt stress hos barn.

**5 Consultation with children in hospital: children, parents`and nurses`perspectives.** Imelda Coyne (2006).

Hensikt med studiet var å utforske hvordan barna oppfattet å bli involvert i behandlingsbestemmelser, hvor også foreldrenes og sykepleiernes perspektiv belyses.

Resultat/Funn: barna uttrykte at de trengte konsultasjon og informasjon for å forstå sykdommen, og dermed bli involvert i omsorgen og forberede dem selv til prosedyrene. Til tross for dette fant forskerne at barnas egne valg og synspunkter ble underbrukt, og de hadde varierende erfaringer fra å bli konsultert rundt deres omsorg og behandling. Sykepleierne hadde tilsynelatende varierende erfaring av syn på å involvere barna i ulike bestemmelser, og for noen sykepleiere virket barnas involvering avhengig av barnets kognitive fremtredelse, og de ble definert som et rasjonelt subjekt. Barna brukte en aktiv informasjonssøkende tilnærming for å mestre sykehusinnleggelsen. Gjennom intervju med sykepleiere kom det også fram at sykepleiere prøvde å motivere barn til å delta i avgjørelser, men ble av og til hindret av foreldrene. Det kom også fram at barna opplevde at helsepersonell ikke brydde seg om dem, og opplevde at de hadde dårlig tid og kun var der for å gjøre en jobb.

## 5 Drøfting

Her skal teori og forskning drøftes opp mot hverandre, samt egenerfaring i lys av problemstillingen. Da temaene går over i hverandre, finner jeg det lite hensiktsmessig å gruppere dem, selv om dette vil lette leseprosessen.

Grønseth et al. (2011) hevder at sykepleierens viktigste verktøy er kommunikasjon. Når en fagperson viser interesse i pasienten, som i dette tilfelle er det kreftsyke barnet, sine egne tanker, viser medfølelse, skaper en trygg atmosfære og er interessert i hvordan sykdommen virker inn på livet, kan pasienten oppfatte at de har god kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10). Når sykepleier og pasienten møtes for første gang, vil situasjonen være preget av at barnet er i et nytt og ukjent miljø, noe som medfører et høyt stressnivå hos barnet (Grønseth et al., 2011, s. 55). I det første møtet mellom fagperson og pasient, kan væremåten bli vurdert av pasienten ut fra håndavtrykk, sittestilling, vennlighet eller fagpersonens interesse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 184). En sykepleier som virker trygg og kompetent i sin rolle, kan redusere stress og engstelse hos barnet (Grønseth et al., 2011, s. 69). Grønseth (2011) viser videre til at oversikt over situasjonen gjør den mindre farlig. Dette er noe som kan formidles gjennom god kommunikasjon. Min erfaring er at når jeg byr på meg selv, vil barnet bli nysgjerrig på hvem jeg er, og oppfatte meg som en lekevenn fremfor en fremmed i hvite klær. Jeg har også erfart at barnet lettere åpner opp for sine tanker og etter hvert tørr å stille spørsmål om sykdommen når jeg har tilpasset meg kommunikasjon og vært bevisst på hva jeg signaliserer non-verbalt. Travelbee (1999) snakker om at holdningen til pasienten er avgjørende for den gode relasjonen, og at sykepleier må bruke seg selv som et helt menneske ved å gi av seg selv for å få til den gode dialogen og skape tillit, tro og håp. Renolen (2010, s. 153) hevder at håp er sentralt for mestring, da det kan gi styrke og mot til å takle motgang.

Det kom fram i studien til Sposito et al. (2014) at noen av barna ønsket å bli inkludert i deres behandlingsprosess og få informasjon direkte fra helsepersonellet. Andre foretrakk at foreldrene var til stede. Uavhengig av dette, ønsket alle tilgang på informasjon slik at de kunne forstå nødvendigheten av behandlingen, og dermed kunne møte utfordringene ved behandlingen på en lettere måte. Disse funnene blir bekreftet i Coyne (2006) sin studie, hvor det fremkommer at barna ønsker å bli respektert for å ha meninger rundt sin egen behandling, og ønsker å bli konsultert og involvert i medbestemmelser rundt deres behandling. Det framkom også at barn aktivt søkte informasjon ved å bruke informasjonssøkende tilnærminger, som å spørre nettverket rundt seg, observere og snakke med andre barn med samme tilstand (Coyne, 2006). Her prøvde altså barna å



skaffe seg kunnskaper ved problemløsende strategi, for å oppnå økt kompetanse, som bidro til stressreduksjon og mestring. Barn og pårørende har rett til å få informasjon om deres behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-2).

Coyne (2006) fant i sin artikkel at barn sin stemme ble undervurdert av helsepersonell angående medbestemmelse i behandling. Det kom videre frem i artikkelen at sykepleierne prøvde å oppmuntre barn til å ta aktiv del i beslutninger, så sant de skjønnte omfanget av den, men foreldrene var av og til et hinder. Dette kan tyde på at foreldre ikke var fortrolig med prognosens alvorlighet og ikke ville belaste barnet med det. Her mener jeg sykepleier har et ansvar for å støtte opp under barnets rett til informasjon og gi foreldre kunnskap om hvor viktig det er å dele med barna. Jeg har selv erfart at pårørende har kommet med utsagn hvor de uttrykker sin usikkerhet foran barnet, som har gjort det utfordrende for meg å gjennomføre prosedyren. Foreldre trenger veiledning for å føle seg trygg, og barnet speiler sin trygghet i takt med foreldrenes (Grønseth et al., 2011, s. 71).

I studien til Coyne (2006) framkom det at ved å opprettholde faste rutiner når barnet er innlagt på sykehuset, ville stress reduseres og trygghet etableres. Dette bekrefter også Grønseth (2011, s. 70), som belyser at ved å opprettholde faste rutiner, opptre rolig og «trygg» under undersøkelser og i samtaler, gi informasjon som barnet forstår og inkludere både barnet og foreldrene i pleien, kan det redusere stress og fremme mestring. Ved å la barn gjøre noe de er interessert i, kan være en god måte å skape kontakt på (Eide & Eide, 2010, s. 360).

Det kan tilsynelatende se ut som at sykehusets utforming interiørmessig er av betydning for om barnet opplever miljøet som stressende eller ikke. I studien til Rindstedt (2013) kom det fram at veggene i avdelingen var barnevennlig, med lyse farger og dekket av fantasifull kunst.

Barneavdelingen jeg jobber på er ulik de andre avdelingene på sykehuset, da veggene er røde og full av tegninger som barna har laget, mens de andre avdelingene har sterile, ensfargede vegger. Jeg har observert at barna er oppmerksomme på omgivelsene rundt seg, ved at de uttrykker hvor kjekt det er å ha favorittfiguren hengende over sengen. På denne måten kan det bli litt mer hjemmekoselig og barnet får et mer normalperspektiv på tilværelsen, dette kan bidra til stressreduksjon og trygghet.

Som påpekt av Gjems et al. (2011) er det viktig å møte hele barnets med dets kropp, følelser, tanker, handling, allerede fra første dag. Barnet står ovenfor smertefulle og ubehagelige opplevelser, i forbindelse med utredning og behandling. Det er særs viktig å hjelpe barnet med stressreduksjon og for å unngå ytterligere belastning. Jeg tenker at her kan sykepleier ha en viktig funksjon ved sin

væremåte, ved å skape trygghet og tillit, ha en respektfull holdning og lage struktur i hverdagen på sykehuset. Sposito (2014) fremhever at barna har behov for ulike aktiviteter for å ha kjekke dager å se fram til. Barn med ALL som gjennomgår kjemoterapi, tilbringer mange timer om dagen, i flere dager, tilkoblet en infusjonspumpe. Tiden gikk sakte, og barna utviklet strategier for å få tiden til å gå. Underholdningsaktiviteter var den beste måten for dem å mestre behandlingstiden enten det var gjennom spill, lesing eller tegning (Sposito et al., 2014). Dette var strategier barna i studien til Lima et al. (2015) også tok i bruk. De uttrykte også at medisiner og/eller apparater hindret dem i å bevege seg fritt, i tillegg til at de led av fatigue når de deltok i andre aktiviteter. Barna fant det lettere å bruke PC som en informativ lek for å holde seg selv opptatt og distraheret fra sykdom og behandling.

Funn fra Sposito et al. (2014) fant at barna mente at lekefulle aktiviteter var det eneste gode med kjemoterapi. Dette kan tyde på at lek har en stor betydning for barnets mestring, og kan ha en terapeutisk effekt ved at de fokuserer på noe annet enn smerten og ubehaget. Eldre barn foretrakk å se på video og ha tilgang til internett for å få kontakt med «verden utenfor sykehuset». Sett fra den andre siden, er barna ofte plaget med bivirkninger som kvalme og oppkast, og har lite overskudd og redusert kapasitet til å delta i aktiviteter (Bringager et al, 2014, s. 68).

Barna som deltok i studien til Sposito et al. (2014) rapporterte at kjemoterapiens vanskeligste bivirkninger å mestre, var kvalme og oppkast. Grønseth et al. (2011) bekrefter at dette er den vanligste bivirkningen. En kan da tenke seg at det vil være viktig å utvikle gode strategier for å håndtere denne bivirkningen. Ved siden av kvalmestillende medisiner fortalte barna at strategier som å delta i lek og bruk av vifte kunne være kvalmereduserende (Sposito et al. (2014).

Ved at sykepleier tilstreber å skape et tillitsforhold til barnet og foreldrene samt legge til rette for aktiviteter, kan stresset reduseres hos barnet (Grønseth et al., s. 70). I den sammenheng vil jeg trekke frem Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-3), som viser at barn har rettigheter til å bli aktivisert og stimulert når de er innlagt på sykehus, så lenge helsetilstanden deres tilsier det. Lima et al. (2011) fremhever også at når barn får en opplevelse av å ha det morsomt og å være i samspill med andre, fremmes trivsel og ubehag reduseres. Dette tenker jeg er med på å bidra til stressreduksjon og mestringsopplevelse. Barn i alderen 6-12 år er ifølge Erikssons personlighetsutviklingsteori, preget av en følelse av å enten være kompetent, eller være mindreverdige. Det fremheves at barn i denne aldersgruppen er opptatt av å mestre, både faglig og sosialt (Renolen, 2014, s. 89). En kan tenke seg at barnet er godt motivert for å lære seg mestringsteknikker for å håndtere angst for innsetting av SVK. Grønseth et al (2011) fremhever at denne aldersgruppen klarer å se sammenheng mellom sykdom og behandling. Derfor vil det være viktig å formidle forståelse og tilpasse informasjonen til

barnet (Bringager et al., 2014). Det fremkommer i studiet til Coyne (2006) at når sykepleier setter av tid til å snakke med barna og opprettholde et nærvær med dem, oppfatter de dem som interessert i dem, noe som bidrar til å bygge et tillitsforhold mellom barnet og sykepleier.

Rindstedt (2013) hevder at lumbarpunksjon er en akutt stressor, som ofte skapte frykt hos barn. For at barnet skulle mestre situasjonen, ble det utviklet en strategi, hvor barnet fikk administrert lattergass, mens sykepleieren fant på en historie. Etter behandlingen viste det seg at barnet hadde kost seg. Dette er et eksempel på emosjonsfokustert mestring, hvor man flytter oppmerksomheten av de følelsesmessige reaksjonene som oppstår ved stress over på noe annet (Renolen, 2014, s. 145). Bruk av metoden distraksjon blir av mange sett på som en ikke-medikamentell smertelindring hos barn (Lee et al., 2012; Sposito et al., 2015). For å flytte fokuset vekk fra det som er vondt, kan varme, kulde, trykk, det å blåse eller stryke på vondt område, se bort, ta barnet med på en fantasireise, lese engasjerende historier brukes som avledningsteknikker (Grønseth et al., 2011, s. 67-68).

Gjennomgående i flere artikler fremkommer det at lek er et viktig terapeutisk virkemiddel for å redusere stress og fremme mestring. Ulike mestringsstrategier blir beskrevet for å mestre de ulike aspektene ved bivirkninger av kjemoterapi og situasjoner fylt av stress enten ved hjelp av indre motivasjon (egen vilje), eller ved hjelp av ytre motivasjon (sykepleier). Sykepleier må ha kunnskap om barnets emosjonelle og kognitive utviklingsnivå, ferdigheter og forstå deres situasjon for å hjelpe det enkelte barnet å finne en velegnet mestringsstrategi (Bringager et al., 2014, s. 124).

Grønseth et al. (2011, s. 63) hevder at pasienter som er godt forberedt, opplever mindre stress og mestrer prosedyrer og behandlinger bedre enn andre. I den forbindelse vil jeg trekke frem Lazarus og Folkman sine to strategier for å mestre vanskelige situasjoner (Renolen, 2014, s. 149-150).

Problemfokuserende mestring handler om å endre på forhold som skaper stress i hverdagen og emosjonsfokustert mestring handler om distrahering av egne følelser. I studien til Lima et al. (2015) uttrykte et av barna hvor viktig det var å etablere relasjon til andre på bakgrunn av at behandlingen medførte nedsatt immunitet, som gjorde at barna måtte isoleres på rommet og sjeldent var sosial med andre barn. Dette triggert følelser av ensomhet i et fremmed miljø, hvor det kun var voksne, som hadde tid til å leke eller snakke med disse barna (Lima et al, 2015). Dette fremhever kanskje at barnet i studien prøvde å ta i bruk problemfokustert mestring, ved å prøve å få kontakt med ansatte og omgivelsene, men behovene ble ikke møtt. Dette er noe jeg også ser kritisk på, da barna uttrykte at sykepleier ikke ønsket eller hadde tid til å være med barna. Er det barnets oppfatning, eller er det

reelt? Er sykepleierens hverdag så hektisk at det går ut over barnets evne til mestring hemmes? Det kan også skyldes kulturelle forskjeller da studien er fra Brasil.

I Lima et al. (2015) sitt forskningsarbeid framkom det at helsepersonell deltok lite i lek og samspill med barna. Rindstedt et al. (2013) viser på den andre siden at samspillet mellom sykepleier og pasient spiller en stor rolle for mestringsprosessen, og at sykepleierne alltid hilste og smilte til barna, og oppfordret og deltok aktivt i lek og samspill med dem. De lot barna være samarbeidspartnere, og lot barna få prøve prosedyrer på dukker gjennom bruk av rollespill. Disse to forskjellene belyser kanskje hvor personavhengig det er å gi omsorg og vise trygghet og møte barnet der det er? Det kan også skyldes kulturelle forskjeller, da studien er gjort i Brasil, og ikke nødvendigvis er overførbart til Norske forhold.

I et annet perspektiv, viste barna i studien til Han et al. (2011) tre ulike stadier barna befant seg på 3 måneder ut i behandlingen. Her kan søkelys settes mot at barns innstilling og indre motivasjon for å mestre og håndtere tilværelsen er av stor betydning for hvordan barna mestrer. I studien til Han et al. (2011) framkom det at måten barna tilpasset seg på var avhengig av barnets personlighet og alder. Barn i alderen 8-12 år hadde kunnskap og forståelse av sykdommen og klarte å tilpasse seg sykehusinnleggelsen og behandlingen, da de forstod hvilke konsekvenser fravær av behandling kunne medføre. Fravær av behandling kan ende fatalt (Kåresen et al., s. 398). De yngre hadde ikke like mye kunnskap, og klarte dermed ikke å tilpasse seg sykehuset, og satt med følelser som hvorfor meg, tristhet, redd og bekymret (Han et al., 2011).

Barn har et behov for å vite at foreldrene er der for dem. Foreldre er en stor ressurs for barnet, og deres tilstedeværelse har stor betydning for barnets trygghet i stressituasjoner. De spiller en viktig rolle for barnets mestringsmuligheter (Grønseth et al., s.65; Rindstedt, 2013). Dette blir ivaretatt av forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), som skal sikre barnets rett til å ha minst en av foreldres hos seg under sykehusinnleggelse. Det vil være krevende for sykepleier å få til et samarbeid med barnet dersom foreldrene ikke er til stede og barnet vil vanskelig la seg trøste fordi det føler seg utrygt (Bringager et al., 2014).

Eide & Eide (2010, s. 358) hevder at foreldrenes evne til å skape omsorgsfulle og trygge omgivelser speiler barnet. Ved sykehusinnleggelse kan foreldrerollen svekkes (Grønseth, s. 73). Foreldre skal forholde seg til at barnet er sykt. De blir selvsagt også preget av den nye situasjonen, hvor de blant annet mister litt av følelsen av å være en forelder, da de gir fra seg ansvaret for behandlingen til

helsepersonell og må forholde seg til nye rutiner, som kan få dem til å føle seg inkompetent (Grønseth et al., 2011, s. 73).

Barna sier at de føler seg annerledes etter at de ble syke og deres hverdag er forandret med følelser som å føle seg fremmed, maktesløs og ensom (Sposito et al, 2015). Det som for noen er en stressfaktor, trenger ikke oppleves på samme måte for andre (Renolen, 2014, s.134). Dette på bakgrunn av at alder, barnets tidligere erfaringer sammen med sykdommens omfang er av betydning for hvordan barnet reagerer (Grønseth et al., 2011, s. 56). Dette kan ses i sammenheng med Benner og Wrubel sitt syn på stress, der brudd i det personens anser som meningsfullt, bekymringer, tidligere opplevelser og ferdigheter blir sett som grunnlaget for hva som fremstår stressende for den enkelte (Benner og Wrubel, 1989, i Bringager, 2014).

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til stressreduksjon og mestringsfølelse hos barn med leukemi.

Å etablere en god relasjon, med en påfølgende følelse av trygghet, mellom det kreftsyke barnet og sykepleier, er av avgjørende betydning for hvordan den medisinske behandlingen blir tatt imot. Barn med kreft har spesielle behov som sykepleier må ta hensyn til i møtet med barnet. Det er nødvendig at sykepleier har kunnskap om barns utvikling og deres behov, og tilpasser kommunikasjon og tiltak deretter. Tiltak som å ha faste regler og en primærsykepleier med hovedansvar for barnet under innleggelsen, er med på å skape stressreduksjon hos barnet.

Forskning viser at barn benytter seg av ulike mestringsstrategier. Sykepleier må benytte seg av denne kunnskap om ulike mestringsstrategier hos barn for å redusere stress. Hvert barn er unikt, så tiltakene må tilpasses individuelt. Det kommer fram at tilrettelegging av informasjon, en følelse av nærhet og trygghet, sykepleiers formidlingsevne til å se barns behov, fast personale og ha tilgang på lek er måter sykepleier kan bidra til fremme mestringsfølelse hos barn. Som sykepleier skal vi hjelpe pasienten til å se sine muligheter, se sine ressurser. I artiklene fremkommer det hvor viktig de foresatte er. Deres støtte og nærværelse er med på å gi trygghet til barnet under sykehusoppholdet. Sykepleier må kunne samarbeide med pårørende og gi dem veiledning da det er de som kjenner barnet best.

Gjennom denne litteraturstudien, har det kom fram at sykepleiere må ha kunnskap om barnet utviklingsnivå, og ta seg tid til å bli kjent med det enkelte barnet for å kunne gi tilpasset informasjon og kommunikasjon. For videre forskning bør det settes mer fokus på hvor bevisste sykepleiere faktisk er på barns forståelse. Strekker tiden til? Har man nok ressurser for å oppnå gode resultater hos

barnet? En utfordring for sykepleiere er å ha nok tid til å gjennomføre tiltakene. En fordel er at behandlingen er langvarig, og relasjonsbygging kan foregå over tid. Misforståelser kan rettes på, og sykepleier får mulighet til å bli kjent med barnet på en annen måte.

## 7 Referanser

- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R., & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft - en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents` and nurses` perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 61-71. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner -samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2016). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-12-17> (Hentet: 28.mai 2018)
- Gramst, K. T. (2011). *Profesjonelle barnesamtaler - Å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Han, J., Liu, J., Xiao, Q., Zheng,X., Ma,Y.H., Ding, Y.M. (2011). The Experience and Feelings of Chinese Children Living With Leukemia. *Cancer Nursing*, 34(2), 134-141. doi: 10.1097/NCC.0b013181efea47
- Kåresen, R., & Wist, E. (2012). *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. I F. Wesenberg, & S. O. Lie, *Kreft hos barn - generelle forhold* (ss. 404-413). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåresen, R., & Wist, E. (2012). *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. I L. Brinch, & T. Gedde-Dahl, *Myelomatose og leukemier hos voksne* (ss. 391-402). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lima, K.Y.N., Santos, V.E.P. (2015). Play as a care strategy for children with cancer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 76-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51514>
- Markestad, T. (2009). *Klinisk pediatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Opplevelse. (2016). *Store norske leksikon*. Hentet 1. juni 2018 fra <https://snl.no/oplevelse>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 28.mai 2018)
- Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigsmstad & Bjørke AS.
- Rindstedt, C. (2013). Children`s strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child: care, health and development*, 40(4), 580-586. doi: 10.1111/cch.12064

- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sposito, A.M.P, Rodrigues, F.M.S, Sparapani, V.C., Pfeifer, L., Lima, R.A.G., Nascimento, L.C. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 143-151. doi: 10.1111/jnu.12126
- Teigen, K. H. (2016, desember 8). *Store Norske Leksikon*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/opplevelse>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vedeler, G.H. (1996). Å samtale med barn – Vet barn hva de snakker om? Hvordan får barn i tale, og hvordan vurdere hva de formidler? I M. Kjær (Red.), *Skjønner du? -Kommunikasjon med barn* (s. 169-184). Oslo: Kommuneforlaget.



## Vedlegg 1

Søkedato	Database		Søkeord	Ant. Treff	Resultat
18.04.2018	Academic Search Elite (inkl. Chinal)		1) Children	613153	
			2) Nursing	168902	
			3) Coping	29067	
			4) Communication	625,294	
			5) 1 And 2	22322	
			6) 1 AND 3	5277	
			7) 1 AND 2 AND 3	669	1 artikkel ble brukt Rindstedt et al (...)
			8) 6 AND leukemia	12	1 artikkel ble brukt
13.04.2018	PubMed		1) Children	2264137	
			2) Hozpitalized	819311	
			3) Cancer	3648716	
			4) Nursing	700853	
			5) 1 AND 2 AND 3 AND 4	142	4 artikler ble brukt
20.04.2018	Google Scholar		Barn kreft tilpasning	2290	1 artikkel ble brukt
17.05.2018	ACE + Chinal + MEDLINE		1) Children AND hospital AND nurse AND experience	349	The experience of hospitalized children with nursing professionals
			2) Experience + feelings + leukemia	71	The Experience and feelings of Chinese Children Living With Leukemia
			3) Consultation + children + hospital + nurse	408	Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives

