

BACHELOROPPGAVE

Kunnskap gir trygghet, gir friere deltakelse

Hvordan kan sykepleier bidra til at barn med anstrengelsesutløst astma (EIA) mestrer å være i fysisk aktivitet?

av

Kandidatnummer 99
Marte Waldussen Skogheim

6926 ord

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «Kunnskap gir trygghet, gir friere deltakelse» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 99, Marte Waldussen Skogheim

JA NEI

Sammendrag

«Kunnskap gir trygghet, gir friere deltakelse».

Jeg har jobbet ut fra problemstillingen «*hvordan kan sykepleier bidra til at barn med anstrengelsesutløst astma (EIA) mestrer å være i fysisk aktivitet?*». Etter gjennomført praksis på Geilomo barnesykehus, så jeg hvordan sykepleieren kunne hjelpe barna til friere deltakelse i hverdagsaktiviteter, som virker positivt på deres helse. Jeg har brukt litteraturstudie for å belyse problemstillingen og satt dette i sammenheng med egne erfaringer. Dersom sykepleieren klarer å opparbeide god relasjon og dermed får rom til å gi barna veiledning, vil det føre til at de opparbeider god kunnskap om egen diagnose og hvordan de kan tilpasse aktivitet i forhold til denne. Dette fører til større trygghet på at de kan mestre situasjonen, som vil gi friere deltakelse i lek og aktivitet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Metode	3
2.1	Søkeprosessen	3
2.2	Kildekritikk	3
3	Teori.....	5
3.1	Anstrengelsesutløst astma (EIA).....	5
3.2	Å leve med EIA.....	5
3.3	Helsefremmende sykepleie	7
3.4	Mestring	8
3.5	Barn mellom åtte og ti års forutsetninger for å mestre EIA.....	9
4	Drøfting.....	11
4.1	Hvorfor er mestring av EIA viktig?	11
4.2	Sykepleier som helsefremmer.....	12
5	Konklusjon	17

1 Innledning

Undersøkelser viser at mellom 5 og 10 % av norske tiåringer har astma (Løvik, Nafstad, Nystad & Hånes, 2015). Fysiske anstrengelser kan utløse symptomer og anfall, men problemene kan begrenses ved tilrettelegging før og under aktivitet. God utholdenhet kan redusere anfall og pustevansker, og barna bør derfor drive regelmessig fysisk aktivitet (Løvik et.al., 2015). Flere forteller derimot at de vegrer seg for å delta sammen med jevnaldrende fordi de er engstelige for å henge etter eller bli utstøtt fordi de ikke er flinke nok (Trollvik, Norbach, Silén & Ringsberg, 2011, s. 300).

Kunnskap og ferdigheter rundt den situasjonen man er i har betydning for opplevelse av stress og mestring. Manglende kunnskap vil føre til økt stress og en mer passiv mestringsstrategi, mens kunnskap gir kontroll, oversikt, og tillit til at man kan beherske situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 153). For sykepleier vil det være viktig å hjelpe barn med anstrengelsesutløst astma med nettopp å mestre den situasjonen de er i. De må hjelpe barna å forstå hva som skjer med kroppen deres og hvordan de kan løse det best mulig. Dersom barnet ikke mestrer EIA kan det føre til mindre deltakelse i aktivitet (Trollvik et.al., 2011, s. 300), noe som kan gi mindre sosial deltakelse.

Temaet interesserte meg etter gjennomført praksis ved Geilomo barnesykehus, og jeg vil skrive ut i fra mine opplevelser rundt dette. Som sykepleier på Geilomo får man en slags «mentorrolle» der man fungerer som en veileder for barn og pårørende. Sykepleieren kan gi barna kunnskap slik at de blir tryggere i sin egen situasjon, noe som kan føre til at barna opplever friere deltakelse i hverdagen. Gjennom et fire uker langt opphold vil barn og pårørende få opplæring og veiledning i hvordan barnet kan mestre fysisk aktivitet, der barna bor, går på skole og observeres gjennom alle deler av hverdagen. Sykepleieren i oppgaven møter et barn som er til førstegangsopphold sammen med sine pårørende.

Fokuset i min oppgave vil være hvordan sykepleieren kan fremme mestring med barna i sentrum. Ut i fra dette ble problemstillingen: *hvordan kan sykepleier bidra til at barn med anstrengelsesutløst astma (EIA) mestrer å være i fysisk aktivitet?*

Jeg har fokus på barn med anstrengelsesutløst astma fordi jeg gjennom praksis har sett at de er begrenset i aktivitet i forhold til jevnaldrende barn. Flere fortalte at de syns det var flaut å henge etter de andre i gymtimene på skolen, og enkelte fortalte at de ikke deltok på grunn av dette. Jeg vil derfor fokusere på hvordan de opplever at fysisk aktivitet påvirker deres livskvalitet, og hvordan sykepleier kan bidra til at barna mestrer å være i aktivitet. Jeg vil begrense oppgaven til å omhandle barn mellom åtte og ti år. Dette er en alder der lek og aktivitet kan være en viktig del av utviklingen, og begrensninger satt av EIA kan derfor ha stor betydning. En astmadiagnose vil også påvirke

pårørende. For å avgrense oppgaven velger jeg derimot å ikke fokusere på deres reaksjoner eller relasjonsbygging mellom disse og sykepleieren, men hvordan de kan være en ressurs for at barna skal mestre fysisk aktivitet.

Videre i oppgaven beskriver jeg først metoden jeg brukte for å løse oppgaven. Her vil jeg beskrive fremgangsmåten ved søk og utvelgelse av forskningsartikler og fagstoff. Deretter vil jeg presentere teori som omhandler astma hos barn, mestring og helsefremmende sykepleie. Til slutt skal jeg drøfte punktene jeg presenterer i teorien.

2 Metode

Litteraturstudie går ut på å studere eksisterende litteratur, og systematisere kunnskapen som presenteres gjennom å søke, samle, vurdere og sammenfatte den (Støren, 2010, s. 17 – 18). Ved innledende litteratursøk skal problemstillingen plasseres innenfor en ramme (Dalland, 2012, s. 68), og det er viktig å ha et klart bilde av hva man ønsker å fokusere på i søket. Jeg har brukt faglitteratur, og deretter supplert disse med forskningsartikler og annet relevant fagstoff.

2.1 Søkeprosessen

For å finne forskningsartikler rundt temaet, brukte jeg SveMed+ for å finne engelske søkeord. Deretter brukte jeg PubMed, Cinahl og Academic Search Premier som databaser for å mine søk. Jeg brukte søkeordene *asthma*, *children*, *quality of life*, *exercise*, *adaptation psychological*, *nursing*, *treatment*, *exercise-induced asthma* og *coping* i ulike kombinasjoner for å finne relevant forskning til problemstillingen (se vedlegg 1 for beskrivelse). Enkelte søk ga mange treff, og jeg begrenset da søket til artikler fra de fem siste årene. Deretter gikk jeg gjennom overskriftene og utvalgte sammendrag for å finne aktuelle artikler. Enkelte av artiklene har jeg funnet i litteraturlister i andre kilder. For å finne relevante fagbøker utenom pensumlista, har jeg brukt Oria som database og brukt søkeord som *astma*, *trening* og *mestring*. Enkelte bøker har jeg fått anbefalt. Jeg har valgt bøker rettet mot helsefremmende arbeid, astma og barn, som har vært relevante for problemstillingen og beskrevet ulike sider av den.

Jeg har brukt både kvantitative og kvalitative studier i min oppgave. Kvantitative studier gir data i målbare enheter, mens de kvalitative beskriver mening og opplevelse som ikke kan festes med tall. Begge metoder gir bedre forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan man handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112). Problemstillingen fokuserer på barnas opplevelse av å ha EIA, og jeg har derfor sett det som relevant å bruke kvalitativ forskning, samtidig som den kvantitative kan supplere ved å vise hvordan aktivitet påvirker et mangfold av barn. I oppgaven har jeg brukt forskningsartiklene kombinert med annen faglitteratur for å sette det i sammenheng med hverandre.

2.2 Kildekritikk

Det viste seg at det var gjort mye forskning på dette området, og jeg fant mange studier som beskrev problemstillingen godt. Jeg har ekskludert forskning fra andre verdensdeler, som blir veldig forskjellig fra norske barn med tanke på miljø og kultur. Det var derimot ikke gjort så mye forskning rundt barnas opplevelse av å ha astma, men jeg fant noen gode kvalitative studier gjort i Norden. Noen av

studiene og bøkene jeg har brukt er i eldste laget, som kan føre til at de beskriver behandlingsmåter som har forandret seg med tiden. Under prosessen har jeg vært obs på at dette er en felle jeg kan gå i, og vært kritisk på å bruke disse kun for å beskrive faktorer som ikke er forandret med tiden. Enkelte studier tar utgangspunkt i eldre barn enn hva jeg har fokusert på, og kan dermed beskrive andre reaksjoner enn aldersgruppen jeg har fokusert på opplever. Jeg har valgt å bruke denne litteraturen fordi funnene og fagstoffet stemmer med observasjonene og erfaringene jeg har gjort i praksis med barn i alderen åtte til ti år. Jeg har heller ikke brukt oversiktsartikler i oppgaven, og har dermed måttet vurdere artiklene selv.

Det har vært viktig for meg å fokusere på forskningsetikk ettersom forskningen er gjort på barn. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet (Dalland, 2012, s. 96), og er spesielt viktig ettersom barna selv ikke har samtykkekompetanse. Forskningens mål skal ikke gå på bekostning av barnets integritet (Dalland, 2012, s. 96), og jeg har derfor valgt forskning som er godkjent av en etisk komité og beskriver at pårørende har vært involvert i prosessen og gitt samtykke.

3 Teori

3.1 Anstrengelsesutløst astma (EIA)

Astmaanfall oppstår som anfallsvis innsnevring av luftveiene (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2011, s. 119), og kan blant annet forårsakes av fysisk aktivitet (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011, s. 212 – 213). EIA kan skyldes væsketap på grunn av økt ventilasjon under anstrengelse, eller fallende temperatur over slimhinnen på grunn av varmetap i luftveiene. Ved anstrengelse utvides luftveiene, før perifere luftveier trekkes sammen (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 33 – 34). EIA slår ofte til først i etterkant av aktivitet (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 96). Anfall gir respirasjonsproblemer, og spesielt ekspirasjonen er besværet. Man kan høre piping og hosting, og kroppsspråket kan vise oppheiste skuldre, strammede halsmuskler og bruk av respiratoriske hjelpemuskler, fordi hemmet ekspirasjon gjør at barnet må jobbe for å få ut oksygen før pusten trekkes på ny. En kan oppleve kvelningsfølelser, som gjør opplevelsen angstfylt (Almås et.al., 2011, s. 120 – 121).

Ved behandling av EIA brukes kortidsvirkende beta2-agonister tatt på forhånd av aktivitet. Medisinen kan ikke helbrede astma, men dempe symptomene og bidra til mestring og høyere livskvalitet (Aas, 2012). Målet med astmakontroll hos barn handler om å unngå astmaanfall, ingen begrensninger rundt aktivitet og ingen behov for akuttmedisin (Booker, 2014). At barna selv kjenner at de mestrer aktivitet, vil føre til at de kan delta i spontane aktiviteter senere (Wenngergren & Carlsen, 2012, s. 8). Flere studier har vist at fysisk aktivitet kan bidra til bedre fysisk selvfølelse, og det viser seg at fysisk aktivitet vil virke positivt og beskyttende mot stressende opplevelser (Martinsen, 2011, s. 59 – 60).

3.2 Å leve med EIA

Mange kronisk syke opplever kroppen som «konstant defekt». Kroppen skaper et bånd mellom oss og samfunnet, og kan styre for eksempel hvordan vi opptrer og oppfattes sosialt (Skrondal, 2001, s. 80). Barndommen er en fase for utvikling, både fysisk, personlighetsmessig og kognitivt. Dette er en tid der barnet finner sine personlige egenskaper og plass i samfunnet. Sosial interaksjon anses å være en forutsetning for utvikling, og barna påvirkes av miljøene de deltar i, for eksempel skolen eller fotballaget. Utvikling knyttes til deltakelse i hverdagen, der de utvikler ferdigheter og kompetanse i tillegg til å skape vennskap og identitet (Østensjø & Øien, 2012, s. 200 – 201). Barn mellom åtte og ti år er i «ferdighetsfasen» av utviklingen. De blir mindre og mindre avhengig av foreldrene, og å ha tilhørighet og ikke skille seg ut fra vennene blir viktig (Trollvik, 2011, s. 112).

Det viser seg at det å delta og leve et normalt liv er noe barn med EIA sliter med. De stressende opplevelsene barna har er ofte knyttet til fysisk aktivitet, fordi de føler at de ikke er flinke nok i idrett

(Rydström, Englund & Sandman, 1999, s. 590). Pustebesværet som eventuelt oppstår ved fysisk aktivitet kan oppleves som skremmende for barna (Trollvik, 2011, s. 108). De strever med å leve et normalt liv, og føler seg som outsiders om de ikke kan delta i hverdagsaktiviteter. Barna kan føle seg fratatt muligheten til å delta på samme nivå som andre barn, ensomhet fordi de ikke kan være med og engstelse for å ikke kunne takle vanskelige situasjoner om det oppstår (Rydström et.al., 1999, s. 593 – 594).

Blant norske barn mellom syv og ti år med astma kommer det fram at de påvirkes i størst grad når det gjelder å være i aktivitet, og det som bekymrer dem mest er forverring og å bli utstøtt fordi de ikke klarer å delta på samme nivå som andre. Å ikke ha kontroll oppleves som ubehagelig. Barna forteller at de er redde for å bli utstøtt fordi de ikke presterer like godt og kunne ikke delta likt med andre i lek og idrett, og at det er vanskelig for andre barn å ta hensyn til deres begrensninger (Trollvik et.al., 2011, s. 299 – 300).

Idrett og lek er viktige deler av hverdagen til barn, der de kan være sosiale med jevnaldrende, i tillegg til å øke fysisk kapasitet (Wennergren & Carlsen, 2012). Dyspné reduseres hos barn ved jevnlig aktivitet, og påvirker både lungefunksjon, kapasitet og livskvalitet positivt. Det fører også til at barna har mindre oppfattelse av anstrengelse under aktivitet (Latorre-Román, Navarro-Martínez & García-Pinillos, 2014, s. 549 – 550, Basaran, Guler-Uysal, Ergen, Seydaoglu, Bingol-Karakoc & Altintas, 2006, s. 38). Mange unngår å delta for å slippe ubehaget (Wennergren & Carlsen, 2012, s. 8), og barn med EIA kan ha dårlige erfaringer med å være i fysisk aktivitet ved at de blir slitne, tette og ikke henger med andre. Dermed kan lek og aktivitet fremkalle engstelse hos barnet, og flere kan reagere ved aggressive mestringsstrategier eller føle seg mislykket. Lek og aktivitet er også et uttrykk for barnas selvoppfatning, da dette stimulerer barnet fysisk, sosialt og intellektuelt (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 61 – 62).

For å kunne delta mest mulig som andre barn, er det sentralt å mestre EIA i forhold til fysisk aktivitet. Fra barnets perspektiv er det viktig å mestre dette for å sikre god fysisk og sosial utvikling (Massie, 2002, s. 267). Barnas opplevelse av stressende situasjoner, eller med andre ord forverring, har påvirker det sosiale, psykososiale, og livskvaliteten negativt (Lima, Gurra & de Lemos, 2010, s. 358). Dersom barna er mindre redde for å utløse symptomene under aktivitet, kan det føre til færre begrensninger for å delta. Aktivitet gir også forbedring av livskvalitet (Pacheco, Silva, Alexandrino & Torres, 2012, s. 487).

3.3 Helsefremmende sykepleie

Benner & Wrubel mener en sentral oppgave for sykepleieren er å fremme helse. De mener sykepleieren må ha fokus på pasientens opplevelse av å være syk, og hvilken mening og konsekvens det har for den enkelte. Helsefremming handler om å hjelpe pasienten til mestring, og man skal jobbe sammen med pasienten for å finne løsninger, gode erfaringer og ta inn det som er viktig for pasienten (Gammersvik, 2012, s. 104 – 105). «Den nye måten» å fremme helse på, bygger på at sykepleier og pasient er likeverdige. Pasientens kompetanse verdsettes, og flettes sammen med kompetansen til sykepleieren for å finne en god løsning, og hun må justere seg etter pasientens ressurser. Helsefremming kan ses som en utviklings- og læringsprosess. Sykepleieren må tenke muligheter, og hun må finne ut hva som hemmer pasienten. Det er derfor viktig å bli kjent med pasienten og ha en dialog (Gammersvik, 2012, s. 108 – 109).

En viktig grunnstein for arbeid med barn er å skape tillit og relasjon for å kunne fremme læring og mestring. Bærende relasjoner er viktig for å kunne gi partene større handlingsrom ovenfor hverandre. Dersom relasjonen er trygg vil man kunne opptre mer direkte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18 – 19, 28). For sykepleieren er det viktig å bli kjent og vise interesse for pasienten, i tillegg til å vise at hun har kunnskap (Gammersvik, 2012, s. 109). Barn reagerer på nonverbale signaler, og oppfatter både fysisk og psykisk tilstedeværelse, og det er viktig å møte barnet på deres nivå. Det kan derfor være nyttig å bøye seg ned for å lytte, spørre og skape kontakt. Sykepleieren bør bli kjent med barnet, involvere seg og gi av seg selv, være ærlig og hjelpe barnet for å oppnå tillit (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82 – 83). I tillegg er det sentralt for kontakten med barnet og sykepleierens muligheter for å hjelpe barnet, at hun utvikler en god relasjon til pårørende. Pårørende er viktige hjelpemidler i samtale med barn, de kjenner barnets reaksjoner og astmaen deres ut og inn. Foreldrene vil trenge råd rundt astmaen ettersom det også skaper engstelse hos dem (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86).

Sykepleierens funksjon i helsefremmende arbeid handler om samhandling og veiledning med pasienten. Her er begrepet *empowerment* sentralt, som handler om at pasienten skal ta mest mulig kontroll over sin egen helse, og sykepleieren vil være en viktig samarbeidspartner. Sykepleieren må samarbeide med pasienten for å finne mulighetene til å ta kontroll over det som påvirker helsen, og her vil relasjonen ha stor betydning. Hun vil få en annen rolle enn det som er tradisjonelt, nemlig en veilederrolle (Tveiten, 2012, s. 175 – 177). I helsepedagogikk er veiledning sentralt, og bevissthet rundt hvordan man formidler kunnskapen er viktig (Tveiten, 2012, s. 182). Veiledning på Geilomo skjer ved samtale, noe som er gunstig ettersom aktiv læring er positivt. Sykepleieren er veileder i prosessen, og gjennom samarbeid til å finne en løsning, vil pasienten kunne prøve ut nye tiltak som

kan gi gode mestringserfaringer (Gammersvik, 2012, s.109). Det er vist at dersom barna har kunnskap føler de seg tryggere, noe som gjør at de i større grad deltar i aktivitet. De føler seg tryggere dersom de hadde fått opplæring i pusteteknikker, og også dersom de var trygge på at andre kan hjelpe dem om det oppstår problemer. Også det å være trygge på medisinerne har betydning for barna (Rydström et.al.,1999, s. 593 – 594).

Benner & Wrubel mener det er viktig å ta utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten, og deres behov for forutsigbarhet. Det må gis tilpasset informasjon og trygg veiledning, for at helsen deretter kan påvirkes positivt i det lengre løp (Gammersvik, 2012, s. 110). Helsefremming handler om å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen og dens utfordringer gjennom samhandling ved veiledning, mening og forståelse, og praktisk handling (Gammersvik, 2012, s. 112).

3.4 Mestring

Lazarus og Folkman har utviklet en stressmestringsmodell som ser mestring som en prosess. De skriver at når man står ovenfor en stressende situasjon vurderer man faren, før man vurderer hva som kan gjøres og konsekvensene av det. Individets tidligere erfaringer virker inn på hvordan situasjonen vurderes, og man prøver deretter å mestre stresset. Mestring kan beskrives som problemfokuset eller emosjonsfokuset mestring. Ved problemfokuset mestring søker en hjelp utad, mens emosjonsfokuset mestring demper det følelsesmessige ubehaget (Renolen, 2010, s. 149 – 150). Problembasert mestring vil for eksempel være å søke informasjon før en velger handlingsalternativ. Det er derimot lite trolig at en person velger en så direkte strategi dersom han føler seg truet, og usikkerhet og hjelpeløshet kan forsterke følelsen av at situasjonen er uhandterbar (Kristoffersen, 2011, s. 146). Emosjonsbasert mestring tar sikte på å endre opplevelsen, og kan oppleves som at man prøver å unngå situasjonen. Dette kan skje for eksempel ved unngåelse eller å flykte fra ubehag. På sikt vil dette ikke være gunstig for å opprettholde normal funksjon, utvikling og helse (Kristoffersen, 2011, s. 147 – 148).

Ifølge Antonovsky kan stress virke helsefremmende, og hans begrep *salutogenese* handler om hva som gjør og holder oss friske. Et kjernebegrep hos Antonovsky er *opplevelse av sammenheng*. Mennesker som til tross for store påkjenninger har god helse, har stor opplevelse av sammenheng – og klarer å se sykdommen i forhold til begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Personen klarer å forstå det som skjer, føle at problemene det medfører kan håndteres, se mening med sykdommen, og er engasjert og deltakende i eget liv. Disse tre komponentene påvirker hverandre, og kan gi motivasjon for å søke mestringressurser (Renolen, 2010, s. 152 – 153).

Barnas mestringsstrategier og emosjonelle reaksjoner har betydning for tilpasning til sykdommen, og vil også påvirke livskvalitet. Barn som reagerer negativt, har større symptomer på følelsesmessige forstyrrelser, opplever egen livskvalitet som redusert og har større problemer med å fungere sosialt (Lima et.al., 2010, s. 359). Barnas fysiske helse har innvirkning på hvordan de oppfatter egen livskvalitet, der de med redusert fysisk helse oppfatter livskvaliteten som redusert. Dette kan bety at desto mer barna er tilbaketrukket, desto mer blir fysiske begrensninger og aktiviteter sett på som problematisk. «Utagerende» mestringsstrategier, fører til lavere livskvalitet og lavere sosiale ferdigheter. I tillegg har barnas selvfølelse innvirkning på livskvaliteten, der god selvfølelse betyr økt livskvalitet, både sosialt, fysisk og på skolen. Opplevelse av stressende situasjoner virker negativt på livskvaliteten, og barna opplever den som redusert dersom de blir utsatt for økning og forverring av symptomer (Lima et.al., 2010, s. 359 – 360).

Barn som opplever mestringsstrategiene som effektive, er også de som har størst sosiale ferdigheter. Dette betyr at dersom barnet klarer å velge effektive strategier, har det positiv innvirkning på tilpasning til nye situasjoner. Desto bedre selvfølelse et barn med astma har, jo større opplevelse har de av god livskvalitet, både emosjonelt og i forhold til fysiske begrensninger. Selvfølelse og livskvalitet henger til en viss grad sammen, og hvordan barnet oppfatter sin egen verdi har stor betydning for velvære (Lima et.al., 2010, s. 361).

3.5 Barn mellom åtte og ti års forutsetninger for å mestre EIA

Barnas kognitive utvikling har betydning for hvordan de klarer å mestre EIA. Dette omhandler blant annet oppmerksomhet, hukommelse, evne til å bedømme, uttrykke seg og løse problemer. Fra syv år utvikles evnen til å tenke logisk, utføre det de tenker, forstå hvordan ting henger sammen og evnen til abstrakt tenking (Grønseth & Markestad, 2011, s. 30). Abstrakte problemer som tungpusthet kan allikevel være vanskelig å forstå (Trollvik, 2011, s. 111). For at barna skal lære seg å mestre EIA, er det flere hensyn som må tas fra sykepleier sin side. Blant annet er det viktig å føre samtalen på barnets premisser, og se situasjonen fra deres perspektiv (Trollvik, 2011, s. 110). Kommunikasjonen bør vise forståelse og bekreftelse, og sykepleieren må vise at hun lytter til barnet. Det er viktig å sørge for at barnet føler seg kompetent i samtalen, da noe annet kan hemme lysten til å uttrykke seg. Sykepleieren bør ta utgangspunkt i den kunnskapen barnet selv har og forklare videre ut i fra dette. På denne måten kan hun hjelpe barnet å se mening i budskapet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83 – 84).

Ubehandlet EIA kan være et hinder for barnas utfoldelse i aktivitet. Fremfor alt vil medisinerings før aktivitet være viktig for at barna skal kunne delta (Wennergren & Carlsen, 2012, s. 8). Mange har nytte av forebyggende behandling med for eksempel Pulmicort eller Flutide i inhalasjonsform (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 181). For en del er det også gunstig å bruke «åpnermedisiner» som Ventoline eller Bricanyl 10-15 minutter før aktivitet (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 154). Ettersom barna er såpass små kan det være nyttig å bruke en såkalt «spacer» ved inntak av inhalasjonsmedisin (Aas, 2012), da dette vil sikre at barna behersker teknikken og får fullt utbytte av dosen som tas. En spacer er et forlengende rør til inhalatoren der astmamedisinen blander seg i luften, som gir ekstra tid til å inhalere medisinen (Helsebiblioteket, 2015).

Det er viktig at barna lærer seg å kjenne forskjell på å være sliten, og å være astmatett. Mestring forbedres dersom de lærer hvordan de skal kjenne igjen signalene kroppen gir i astmautløsende situasjoner (van Veldhoven, Vermeer, Bogaard, Hessels, Wijnroks, Colland & van Essen-Zandvliet., 2001, s. 368). Dette er noe som er vanskelig for foreldrene å vurdere, og flere legger begrensninger på barna sine for dette (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 162). Barna trenger god kunnskap om astmaen, og sykepleier bør derfor bidra til å gi opplæring både til barn og pårørende. Barna må da få informasjon ut i fra sine premisser, og være med å reflektere og finne svarene rundt egen tilstand (Vifladt & Hopen, 2004, s. 63). Barna bør blant annet læres opp i inhalasjonsteknikk (Booker, 2014). PEF kan også være et nyttig hjelpemiddel under aktivitet, og det vil derfor være viktig for barna å kjenne sin verdi (NAAF, 2015).

4 Drøfting

4.1 Hvorfor er mestring av EIA viktig?

Å ha EIA betyr å ha en kropp som ikke spiller på lag når man er i fysisk aktivitet, og det kan føles som kroppen nekter å delta på samme nivå som andre. På Geilomo ble jeg fortalt av flere barn at de følte det var «urettferdig» at de ikke kunne prestere like godt som jevnaldrende i gymtimene på skolen, noe som også gjenspeiles i teorien der barna forteller at de føler seg fratatt muligheten til å delta på samme nivå (Rydström et.al., 1999, s.593, Trollvik et.al., 2011, s. 299 – 300). Kroppen er et bånd mellom oss og samfunnet (Skrondal, 2001, s. 80), og gir mulighet til å uttrykke oss og vise identitet. Gjennom barndommen er deltakelse i lek og å være sosial en viktig del av utviklingen (Østensjø & Øien, 2012, s. 200 – 201). For mange blir det å være fysisk aktive en del av identiteten, og det kan oppleves vanskelig for barn i alderen åtte til ti år å ikke kunne delta. Barn med astma sliter med dette (Rydström et.al., 1999, s. 590). I denne alderen er det viktig for mange å ikke skille seg ut fra andre jevnaldrende (Trollvik, 2011, s. 112), noe som er vanskelig dersom man ikke kan være med.

Lek og aktivitet er viktig for selvoppfatningen til barnet (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 61 – 62), og det er derfor viktig å tilrettelegge for deltakelse. Om barna må sitte på sidelinjen mens andre leker, vil dette styrke følelsen av at noe er galt med dem. Fysisk aktivitet kan være noe barna har negative følelser rettet mot, og kan oppleves skremmende. Mange vegrer seg for å delta fordi de er engstelige for virkningene det har på kroppen, og de engster seg for forverring av symptomer (Trollvik et.al., 2011, s.299 – 300). Et astmaanfall kan oppleves som svært skremmende, og er noe man ønsker å unngå. Barna kan derfor være nervøse for å utløse anfall, og velger heller å ikke være i aktivitet.

På Geilomo virket det som det nemlig å ikke henge etter jevnaldrende var barnas største bekymring. Flere fortalte at de ikke hadde gym på hjemskolen fordi det var pinlig å henge etter. Frykten for å bli utstøtt er dokumentert i studier (Trollvik et.al., 2011, s. 299 – 300), og kan føre til at barna faller utenfor eller isolerer seg. Å delta i aktivitet er med i identitetsbyggingen, og det å ikke delta vil også bygge en identitet. Ettersom sosial deltakelse ofte innebærer aktivitet i denne alderen, kan det være vanskelig for barna å få venner og føle seg sosialt deltakende. Å ikke skille seg ut er viktig, og barna vil derfor stå ovenfor et dilemma – enten å skille seg ut ved å delta og risikere symptomer, eller ikke delta, men dermed også stå på utsiden av leken.

Barn og pårørende kan ha gjennomgått skremmende opplevelser med astmaen, og derfor sette begrensninger i forhold til barnas aktivitet (Cuffwright, 2008). Enkelte kan se aktivitet som en direkte link til astmaanfall, og derfor være engstelige. Pårørende og barn må sammen ta avgjørelser når helsepersonell ikke er tilstede, og det kan begrense barna dersom pårørende ikke har den

informasjonen de trenger (Cuffwright, 2008). Det er viktig at sykepleieren fokuserer på dette for at barna skal kunne delta. Stress virker negativt på kroppen, og blant annet mangel på kontroll virker stressende for barnet (Trollvik et.al., 2011, s. 299 – 300). Dersom barnet opplever anfall, vil det virke negativt både sosialt, psykososialt og i forhold til livskvalitet (Lima et.al., 2010, s. 358). Dersom barnet og pårørende får god informasjon, vil det føre til trygghet på egen kunnskap og ferdigheter, som kan føre til friere deltakelse for barna. Mestring av EIA vil bidra til færre begrensninger i hverdagen (Pacheco et.al., 2012, s. 487).

Det er viktig for sykepleieren å gi opplæring til både pårørende og barn, for å gi forståelse for hvilke situasjoner medisinene bør gis, og «hva som skal til» før det er nødvendig med åpnermedisiner dersom barnet blir tungpustet (NAAF, 2014). Barna føler seg tryggere dersom de har god kunnskap om medisinene, fordi de ser at det gjør det mulig å delta med andre barn (Rydström et.al., 1999, s. 594). På Geilomo møter sykepleieren barnet alene ved medisinutdeling, som vil gi en god anledning til veiledning. Ved bruk av astmamedisiner er riktig teknikk en hindring for optimal effekt. For sykepleieren vil det være viktig å lære opp barnet i forhold til hvilken administrasjonsmåte det bruker og teknikken på dette. Dersom barnet bruker feil teknikk bør det justeres, og eventuelt finne tiltak som vil gjøre administrasjonen enklere. For såpass små barn vil for eksempel bruk av «spacer» være gunstig (Aas, 2012) for å sikre at det gis tilstrekkelig dosering.

4.2 Sykepleier som helsefremmer

Sykepleier på Geilomo fungerer som en veileder for barna og deres pårørende. I helsefremmende arbeid vil hun få en utradisjonell rolle og heller fungere som en samarbeidspartner der både hun og pasienten sitter med kunnskap, og sammen finner fram til den beste løsningen (Gammersvik, 2012, s. 107 – 108). Sykepleieren møter barna oftest uten pårørende, og det vil derfor være viktig med et godt samarbeid med barnet. Benner & Wrubel beskriver at sykepleieren må ha fokus på pasientens opplevelse av å være syk og hvordan hun kan hjelpe å mestre dette (Gammersvik, 2012, s. 104 – 105). I sammenheng står Antonovskys begrep *opplevelse av sammenheng*, og *salutogenese*, som handler om å se mening og sammenheng i sykdommen, og hva som holder oss friske (Renolen, 2010, s. 152 – 153). Dersom barnet blir engasjert rundt egen situasjon, kan det være lettere å se mening. Med veiledning og opplæring fra sykepleier, vil barnet engasjeres i en problemfokuset mestringsstrategi, som har vist seg mest effektiv (Renolen, 2010, s. 149 – 150). Dersom dette fungerer vil det føre til at barnet bedre tilpasser seg nye situasjoner, og bruker kunnskap til å mestre astmaen. De vil være tryggere på egen kunnskap og kjenne kroppen på den måten at de kan «angripe» problemene dersom de oppstår. Dette gir en slags forutsigbarhet, og de er forberedt på

hvordan de skal takle det dersom de blir tungpustne. Dette kan sykepleieren bidra til ved å gi opplæring til barna og pårørende. Å lære opp pårørende er sentralt fordi de vil være avgjørende i astmaregulering i hverdagen, i samarbeid med barna.

Helsefremmende sykepleie kan skape utfordringer. Når sykepleieren fungerer som en samarbeidspartner for pasienten og pårørende vil løsningene bli utradisjonelle, og sykepleieren må justere sin kompetanse i forhold til dette. Dette kan være utfordrende rundt det vi har lært og ser på som viktig i behandlingen (Gammersvik, 2012, s. 114). I arbeid med barna kan det være vanskelig å hele tiden få de til å «spille på lag». Barna vil ikke alltid være interessert i å delta i opplæring, og sykepleieren kan få utfordringer med å «nå fram». Når barna er samlet på Geilomo, kan lek og sosial interaksjon virke mer spennende enn samtale om astmaen. I tillegg møter man som oftest barna uten pårørende tilstede. De er da sin egen sjef, og mange opptrer bestemt når det gjelder medisintaking og deltakelse i aktivitet. Barna kan ønske å «tøffe seg» for andre ved å motsette seg sykepleierens forslag. Utfordringen vil da være å bruke faglige kunnskap, og samtidig være kreativ og oppmerksom for å nå fram til barnet (Gammersvik, 2012, s. 114).

For å få et godt samarbeid er det viktig å opparbeide tillit. Barn kan være skeptiske til nye mennesker, og sykepleieren kan forbindes med ubehag (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Å samarbeide med sykepleieren kan forbindes med angstfylte opplevelser, noe som kan gjøre det vanskelig å opparbeide en relasjon. Sykepleieren bør være bevisst på hvordan hun møter barnet for å sikre god relasjon og samarbeid. Ettersom det er første opphold, må barnet få opparbeide tillit, noe som kan gjøres ved å være tilstede og vise interesse. Å møte barnet på en vennlig måte er viktig (Grønseth & Markestad, 2011, s.82). De føler større trygghet rundt astmamestring dersom de er trygge på at andre ønsker å hjelpe dem (Rydström et.al., 1999, s. 593). De vil søke veiledning og råd hos de som oppleves trygge, og fremmede voksne vil virke truende. Det er derfor viktig at sykepleieren blir kjent med barnet og gir av seg selv (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Det kan da være lettere å oppsøke sykepleieren for råd ved en senere anledning. På Geilomo vil sykepleieren ha en unik mulighet til å møte barnet uten pårørende, og dermed komme i direkte kommunikasjon og bli kjent med dem i alle deler av hverdagen. Arbeidet med å opparbeide relasjon og tillit vil derfor være godt tilrettelagt. For å sikre at tilliten er god, er det viktig å være tilstede for barna når de trenger det og vise at man ønsker å hjelpe.

Barn utvikler evnen til å tenke logisk og forstå hvordan ting henger sammen rundt syvårsalderen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 30), noe som betyr at barna sykepleieren møter forstår mye av sammenhengen rundt sin EIA. Derfor vil de fleste forstå at fysisk aktivitet har sammenheng med å bli tungpusten. Allikevel kan det å være tungpusten være vanskelig å forstå (Trollvik, 2011, s. 111), noe

jeg observerte i praksis. Ved aktivitet forsto barna at de ble tungpustne, men hadde vanskelig med å forstå årsaken. Om de løp til de ble utslitte under utholdenhetstrening, oppfattet flere det som et astmaanfall heller enn normal reaksjon på aktivitet. De oppfattet det derfor som skremmende å trene så hardt at de ble tungpustne. Om barna syns aktivitet er skremmende, vil det være vanskelig for sykepleieren å gi motivasjon. Å kjenne kroppen sin er en viktig faktor i astmamestring, og det er viktig at sykepleieren bidrar til dette.

På Geilomo foregår veiledning i samtaleform, og det er viktig å være bevisst på at en snakker til et barn og gjøre det ut fra deres forutsetninger. Ved veiledning er det viktig å lytte og vise bekræftelse på den opplevelsen barnet har (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83 – 84). Ved at de får bekræftelse på den kunnskapen de allerede har, vil det bli lettere å få kontakt og for dem å føle seg akseptert senere. For barna mellom åtte og ti kan det være vanskelig å fokusere på veiledning dersom det foregår lek med de andre barna rundt. Å få oppmerksomheten deres kan derfor være utfordrende for sykepleieren.

Barna på Geilomo satt med stor kunnskap til tross for sin unge alder, og hadde god kontroll på hvilke medisiner de skulle ha til hvilke tider og ga klar beskjed om de ikke trengte medisiner på noe tidspunkt. Dermed vil maktforholdet mellom de to partene forandres – sykepleieren vil ikke være en person som sitter med all kunnskap og må formidle denne til pasienten. Sykepleierrollen blir utradisjonell, og hun vil heller fungere som en veileder for barna (Gammersvik, 2012, s.107 – 108). En annen observasjon jeg gjorde, var at til tider satt barna med mer kunnskap rundt sin egen situasjon. Slik jeg opplevde det, så de på barna som «ekspertene på sin egen situasjon», og valgte å tilpasse seg dette. For meg følte det uvant å se at sykepleieren ikke tok mer «tak». Etter hvert forsto jeg at barna kjenner kroppen sin ekstremt godt og har levd i denne situasjonen lenge, og kjenner hva som blir riktig og galt. Jeg ser for meg at dette utradisjonelle maktforholdet mellom sykepleier og pasient *kan* bli utfordrende. Til tross for at barna hadde god kunnskap om sin egen situasjon, opplevde jeg at flere sto på sitt fordi de «ikke gadd å ta medisiner i dag». Dermed står man igjen med dilemmaet rundt hvor mye man skal ta over i situasjonen. Sykepleieren *kan* forsøke å veilede barna og forklare hvorfor det er viktig å ta medisiner, eller hun kan «la» barna kjenne på reaksjonene kroppen får uten medisiner. Sykepleieren vil derfor ha et etisk dilemma rundt hva hun skal gjøre, og om det vil være riktig å la barna være i aktivitet uten.

Til tross for veiledning og motivasjon fra sykepleieren, kan barna reagere negativt. Enkelte kan unngå å ta medisiner «fordi det ikke er kult» eller bruke ulike unnskyldninger for å slippe å være i aktivitet. Til tross for sykepleierens innsats for å opparbeide tillit, kan enkelte møte henne med avvisning, noe som vil gjøre arbeidet vanskelig. Om dette er tilfellet vil samarbeidet mellom sykepleieren og barnet

bli svekket, noe som kan gjøre veiledning til mestring vanskelig. Ved mestring av fysisk aktivitet er det viktig at barnet har trygge personer rundt seg for at situasjonen skal oppleves trygg. Dersom sykepleieren ikke har klart å opparbeide tilliten som behøves, kan barnet avvise forslagene hun kommer med og ikke ønske å delta. Dette vil hindre hennes mulighet til å bidra til mestring. Ved bruk av slike negative mestringsstrategier vil det være vanskelig å motivere barnet til deltakelse. Ettersom barna er såpass små kan enkelte se på de pårørende som «sjefene», og sykepleieren kan oppleves som en fremmed som forsøker å bestemme hva de skal gjøre. Derfor er det viktig å opparbeide en bærende relasjon fra begynnelsen av oppholdet, slik at sykepleieren vil få mer «spillerom» til å være direkte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 28).

For å sikre at barnet ikke bruker disse strategiene, er det viktig å opparbeide god tillit og gi god veiledning. Dersom barna får veiledning fra begynnelsen av, vil det gi større frihet senere i oppholdet. Ved god kunnskap vil barnet føle trygghet, som vil gi et friere liv både på Geilomo og senere. Barna trenger kunnskap om sykdommen, om medisinene og bør også læres opp i bruk av PEF (NAAF, 2014). Slik jeg erfarte det, var det ofte nyttig å bruke spørsmål i samtale med barna, og «la de lære deg noe» før man trådte inn i veilederrollen. På den måten følte barnet seg kompetent, og det ble lettere for dem å lytte til erfaringene og kunnskapen sykepleieren hadde. Dette kan gjøre det lettere for dem å uttrykke seg, i tillegg til at kunnskapen sykepleieren kommer med bygger på noe som allerede er relevant for dem. Da kan det være lettere å finne mening (Grønseth & Markestad, 2011, s. 83 – 84).

Dersom barna har kunnskap om hva som foregår i kroppen under anfall vil det kunne oppleves mindre skremmende. Om dette kombineres med å vite virkningen av medisinene vil det trygge dem på at anfall er noe som kan fikses, og dersom de har kunnskap om dette vil det kunne oppleves mindre angstfylt. I tillegg bør de ha kunnskap om PEF og bruken av denne for å kunne kontrollere graden av tetthet i brystet (NAAF, 2014). Sykepleierens rolle vil derfor være å veilede barna rundt dette. Ettersom hun vil følge dem i ulike deler av hverdagen på Geilomo, vil hun få en slags støttende funksjon for barna. Dersom hun klarer å opparbeide god tillit og oppleves som en trygg person, vil hun bli en barna kan stille spørsmål og søke veiledning hos henne underveis i oppholdet, og det vil være viktig å være tilgjengelig og tilstede (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82).

Enkelte av barna på Geilomo ga uttrykk for at de følte de brukte for mye medisiner, og flere brukte ikke medisiner hjemme fordi det var tidkrevende og «slitsomt». For sykepleieren vil det være viktig å lære barna om virkningen av medisinene og hvorfor de tar dem. Spesielt er det viktig å få fram at medisiner vil gi mulighet for deltakelse med andre barn, og på den måten forsøke å gi motivasjon til å bruke dem. Det er viktig å gi veiledning om forholdsregler rundt aktivitet. Blant annet bør

sykepleieren gi råd om oppvarming og å unngå utløsende faktorer (Carlsen & Endsjø, 1996, s. 155, 185). Det er flere utfordringer rundt at barna får fri deltakelse, men om barna får veiledning på dette vil det føre til at de bedre klarer å unngå utløsende faktorer under aktivitet, og på den måten oppleve færre begrensninger (Pacheco et.al., 2012, s. 487).

For at barna skal ha friere deltakelse i aktivitet, bør både de og pårørende læres opp i å kjenne igjen symptomene på astmaen. Mange har vanskelig for å skille tett og sliten (Trollvik, 2011, s. 111), og dersom barna sliter med dette, kan sykepleieren la de blåse spirometri om de opplever tetthet – og få et synlig bevis på om de er tette eller slitne etter aktivitet, som gir mulighet til å kjenne igjen symptomene senere. Et annet hjelpemiddel barn og pårørende kan få informasjon om er PEF, som kan gi dem en pekepinn på om barna er i ferd med å bli dårlige under aktivitet.

Dersom sykepleieren klarer å hjelpe barna til effektive mestringsstrategier, vil det gjøre dem mer tilpasningsdyktige til uforutsette situasjoner. Det viser seg at barn som reagerer utagerende og hadde flere fysiske begrensninger opplever lavere livskvalitet og har lavere sosiale ferdigheter. Det å oppleve stressende situasjoner påvirker livskvaliteten til barna negativt (Lima et.al., 2010, s. 359 – 360), og det er derfor viktig at barna mestrer disse situasjonene slik at de ikke oppleves stressende. God veiledning fra sykepleieren, vil gjøre barna tryggere på egen kunnskap og evne til å takle stressende situasjoner som oppstår. Dette kan gjøre dem mindre engstelige i forhold til deltakelse i aktivitet. Om mestringsstrategiene oppleves effektive for barna, påvirker det selvfølelsen i positiv retning, som igjen vil påvirke livskvaliteten og tankene rundt fysiske begrensninger positivt (Lima et.al., 2010, s. 361).

Barn i denne alderen fryktet å henge etter jevnaldrende i aktivitet og å bli utstøtt som følge av astmaen (Trollvik et.al., 2011, s. 299 – 300). Ved at sykepleier på Geilomo hjelper barnet til effektive mestringsstrategier, ser jeg for meg at denne følelsen kan reduseres. Veiledning og opplæring vil gjøre barn og pårørende tryggere på å tilpasse seg astmaen, noe som gjør at det ikke trenger å være en begrensende faktor. Til tross for at barna er små, opplever jeg at de har gode forutsetninger for å mestre astmaen dersom de har riktig kunnskap. Med riktig kunnskap vil de kunne bli tryggere på egen evne til å mestre situasjonene, og dermed oppleve mindre engstelse og færre begrensninger i forhold til fysisk aktivitet.

5 Konklusjon

For barn mellom åtte og ti år kan anstrengelsesutløst astma påvirke dem på flere måter, men mange trekker fram det å henge etter klassekameratene og ikke kunne prestere på samme nivå som problematisk. Flere er engstelige for å bli utstøtt eller bli sett på som annerledes, og med det senkes livskvaliteten dersom de ikke kan delta på lik linje med de andre barna. EIA er derimot noe som er mulig for barna å mestre, og det vil derfor være viktig for sykepleier på Geilomo å hjelpe med nettopp dette. Barna bør få opplæring og veiledning i sykdomslære og medisiner, og også få råd om hvordan de bør tilrettelegge treningen. Dette bør gjøres på en måte som er tilpasset barna og deres alder. Som helsefremmer kan sykepleieren ta utgangspunkt i barnets kunnskap og flette den sammen med sin egen. Den utradisjonelle rollen kan derimot skape utfordringer, og opparbeiding av en bærende relasjon og tillit vil derfor være avgjørende for å kunne gi god veiledning. På den måten vil hun virke tryggere for barnet og få større «spillerom» i veiledningen. Dersom barna får god veiledning fra sykepleieren, vil det føre til at de opparbeider seg kunnskap om astmaen. Denne kunnskapen vil føre til større trygghet rundt astmaen, noe som gir økt mestringsfølelse. Barna er da trygge på å kunne mestre vanskelige situasjoner om det oppstår, noe som vil føre til friere deltakelse i aktivitet og lek.

6 Litteraturliste

Aas, K. (2012) Medisiner mot astma. Åpnermedisiner. Hentet 21.04.15 fra

<http://www.allergiviten.no/index.asp?G=1519&ID=2640>

Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B.H. & Sorknæs, A.D. (2011) Sykepleie ved lungesykdommer. I

Almås, H., Stubberud, D.G. & Grønseth, R. (Red.) *Klinisk sykepleie 1 (4. utg)*, (s. 107 – 164).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Basaran, S., Guler-Uysal, F., Ergen, N., Seydaoglu, G., Bingol-Karakoc, G. & Altintas, D.U. (2006) Effects of Physical Exercise on Quality of Life, Exercise Capacity and Pulmonary Function in Children with Asthma. *J Rehabil Med*, 38, s. 130 – 135.

Booker, R. (2014) Asthma in Children: diagnostic and management dilemmas. *Practice Nurse*, 44 (11).

Hentet 17.04.15 fra

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=2f628045-807c-4820-8c2e-cc0a0b8ac666%40sessionmgr114&vid=4&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=99763425>

Carlsen, K.H. & Endsjø, T.Ø. (1996) *Astma og trening – norske OL-leger gir astmatikere råd om trening for bedre helse og livskvalitet (1.utg)*. Oslo: Norsk Kulturforlag as.

Cuffwright, M. (2008) Managing children with asthma. *Practice nurse*, 36 (5), s. 25 – 30. Hentet 17.4.15 fra

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=1&sid=f3cce229-d8f3-496f-b34d-1ff05084795b%40sessionmgr4004&hid=4101&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=34894817>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gammersvik, Å. (2012) Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.),

Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis (1. utg), (s. 99 – 119). Bergen: Fagbokforlaget.

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

Helsebiblioteket (2015). *Astma hos barn*. Hentet 12.05.15 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/astma-hos-barn#>

- Kristoffersen, N.J. (2011) Stress og mestring. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener og livsutfordringer (2. utg)*, (s. 133 – 196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Latorre-Román, P.A., Navarro-Martínez, A.V. & García-Pinillos, F. (2014) The Effectiveness of an Indoor Intermittent Training Program for Improving Lung Function, Physical Capacity, Body Composition and Quality of Life in Children with Asthma. *Journal of Asthma*, 51 (5), s. 544 – 551.
- Lahaye, M., Fantini-Hauwel, C., van Broeck, N., Bodart, E. & Luminet, O. (2011) Emotional Competence and Quality of Life in Children with Asthma: the Mediating Effect of Coping Strategies. *Psychology and Health*, 26 (12), s. 1678 – 1695.
- Lima, L., Guerra, M.P. & de Lemos, M.S. (2010) The Psychological Adjustment of Children with Asthma: Study of Associated Variables. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (1), s. 353 – 363.
- Løvik, M., Nafstad, P., Nystad, W. & Hånes, H. (2015) Fakta om astma. Hentet 21.04.15 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5753&MainContent_6263=6464:0:25,5754&List_6212=6218:0:25,5760:1:0:0:::0:0
- Martinsen, E.W. (2011) *Kropp og sinn; fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi (2.utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Massie, J. (2002) Exercise-Induced Asthma in Children. *Pediatric Drugs*, 4 (4), s. 267 – 278.
- Meyer, P. (2011) Sykdommer i respirasjonsorganene. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red.) *Sykdom og behandling (1. utg)*, (s. 209 – 242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norges Astma- og Allergiforbund – NAAF (2015). *Forholdsregler*. Hentet 24.04.15 fra <http://www.naaf.no/no/subsites/aktivmedastma/trening/forholdsregler/>
- Norges Astma- og Allergiforbund – NAAF (2014). *Astmakontroll – NAAFs informasjonsbrosjyre*. Hentet 12.05.15 fra <http://www.naaf.no/ar/astma/astmakontroll/>
- Pacheco, D.R.R., Silva, M.J.B., Alexandrino, A.M.S & Torres, R.M.T. (2012) Exercise-Related Quality of Life in Subjects with Asthma: a Systematic Review. *Journal of Asthma*, 49 (5), s. 487 – 495.

- Renolen, Å. (2010) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag (1. utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rydström, I., Englund, A.C.D. & Sandman, P.O. (1999) Being a Child with Asthma. *Pediatric Nursing*, 25 (6), s. 589 – 596.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2012) *Bære eller briste – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (3. utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skrondal, T. (2001) Endret selvoppfatning og lidelse. I Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (Red.) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring (1. utg)*, (s. 74 – 83). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støren, I. (2010). *Bare søk!: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap (1. utg)*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Trollvik, A. (2011) Barn som har astma. I Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (Red.) *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning (1. utg)*, (s. 105 – 130). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trollvik, A., Norbach, R., Silén, C. & Ringsberg, K.C. (2011) Children's Experiences of Living with Asthma: Fear of Exacerbations and Being Ostracized. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, s.295 – 303.
- Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis (1. utg)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- van Veldhoven, N.H.M.J., Vermeer, A., Bogaard, J.M., Hessels, M.G.P., Wijnroks, L., Colland, V.T. & van Essen-Zandvliet, E.E.M. (2001) Children with asthma and physical exercise: effects of an exercise programme. *Clinical Rehabilitation*, 15, s. 360 – 370.
- Vifladt, E.H. & Hopen, L. (2004) *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring (1. utg)*. Oslo: Norsk kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wennergren, G. & Carlsen, K.H. (2012) Ta kontroll över astman. *Svensk idrottsforskning*, (4), s. 8 – 11.
- Østensjo, S. & Øien, I. (2012) Habilitering av barn. Deltakelse og hverdagsliv. I Solvang, P.K. & Slettebø, Å. (Red.) *Rehabilitering – individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester (s. 197 – 210)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Søkedato	Database	Søkeord	Ant. treff	Hva jeg gjorde med treffene	Resultat
17.04.15	Academic Search Premier	1. Nursing	277 076		
		2. Asthma	50 345		
		3. Children	1 194 908		
		4. Exercise	182 384		
		5. Treatment	1 806 797		
		6. Exercise Induced Asthma	506		
		Komb. 1-2-3-4	32	Leste overskriftene og utvalgte abstract.	Valgte ut to artikler som er brukt i oppgaven. <i>Booker (2014)</i> og <i>Cuffwright (2008)</i> .
		Komb. 5-6-3	59	Leste overskriftene og utvalgte abstract.	Valgte ut en artikkel til oppgaven. <i>Massie (2002)</i> .
17.04.15	Cinahl	1. Coping	28 631		
		2. Children	134 795		
		3. Asthma	22 612		
		Komb. 1-2-3	81	Leste overskriftene og	Valgte ut en artikkel

			Siste fem år: 18	utvalgte abstract.	som er brukt i oppgaven. <i>Lahaye et.al. (2011).</i>
10.04.15	PubMed	1. Asthma	150 197		
		2. Children	1 993 759		
		3. Adaptation psychological	80 912		
		4. Quality of life	96 575		
		5. Exercise	82 533		
		Komb. 1-2-3	276 Siste fem år: 40	Leste overskrifter og utvalgte abstract.	Valgte to artikler til oppgaven. <i>Lima et.al. (2010)</i> og <i>Trollvik et.al. (2011).</i>
		Komb. 1-2-4-5	33	Leste overskrifter og utvalgte abstract.	Valgte ut tre artikler til oppgaven. <i>Basaran et.al. (2006)</i> og <i>Pacheco et.al. (2012).</i>
17.04.15	Oria	1. Trening	2548		
		2. Astma	923		
		3. Mestring	3306		
		4. Aktivitet	8961		
		Komb. 1-2	19		Valgte ut en bok brukt i oppgaven. <i>Carlsen &</i>

					<i>Endsjø (1996).</i>
		Komb. 3-4	459		Valgte ut en bok brukt i oppgaven. <i>Martinsen (2011).</i>