

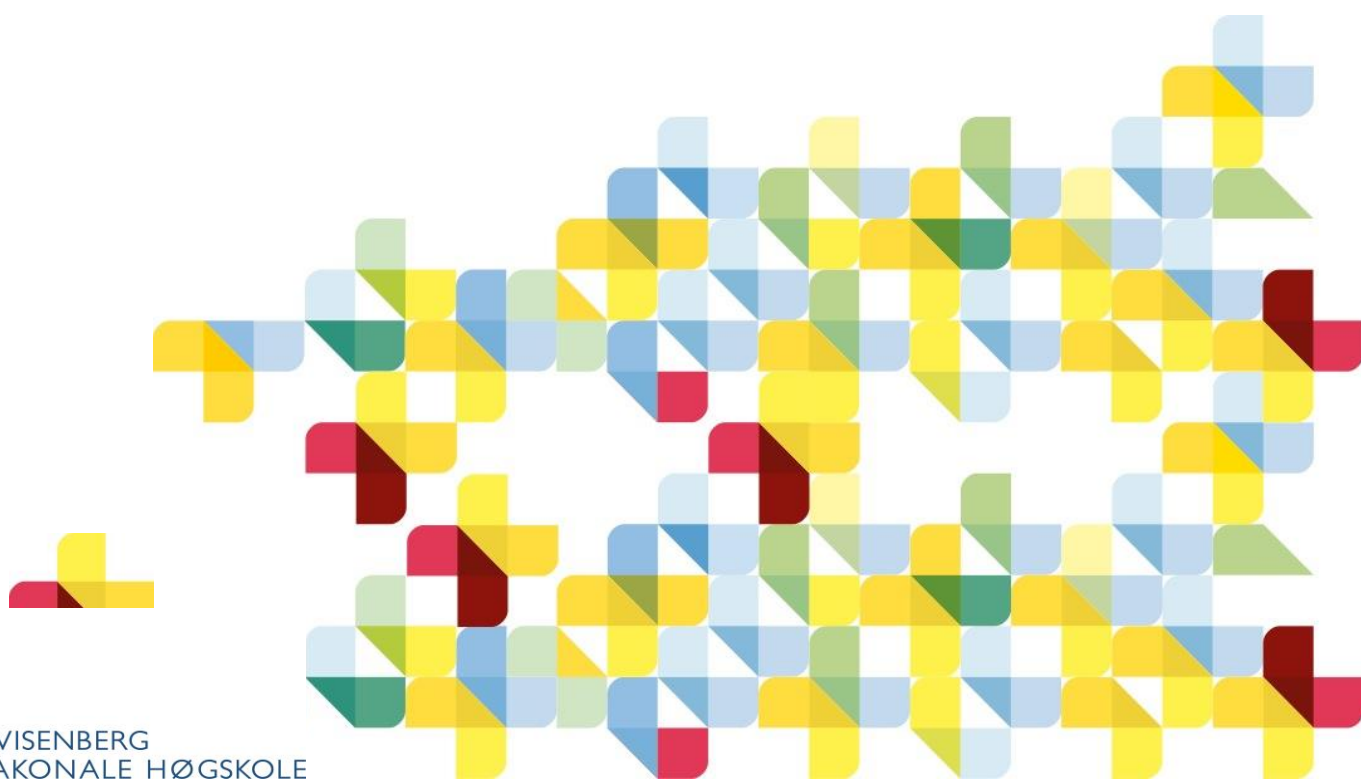


Hvordan kan sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi som gjennomgår cytostatikabehandling?

Kandidatnummer: 450
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10 795
Dato: 14/04-2016



Tittel: Hvordan kan sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi som gjennomgår cytostatikabehandling?

ABSTRAKT

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi som gjennomgår cytostatikabehandling?

Metode

Metoden er en litterær oppgave. Relevant pensum samt fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen er funnet via søkeverktøyet Oria og databasene Cinahl, Pubmed og Google Scholar. PICO-skjema er benyttet for å strukturere søkene.

Teoretisk perspektiv

Det er benyttet teori om akutt lymfatisk leukemi, kommunikasjon med barn, barn på sykehus og mestringsstrategier knyttet til det. Jus, etikk og sykepleiers ansvars- og funksjonsområder er trukket inn. Piaget og Erikson's utviklingsteorier gir en referanseramme for utviklingstrekk. Antonovsky's teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng benyttes for å fremme helse og bidra til mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi.

Drøfting

Problemstillingen drøftes opp mot forskning og valgt litteratur. Drøftingen er inndelt etter Antonovsky's komponenter som må være til stede for mestring. De ulike komponentene drøftes opp mot jus, etikk, sykepleiers ansvars- og funksjonsområder, samt ulike mestringsstrategier sykepleier kan benytte for å fremme barnets mestring. Relevant forskningslitteratur benyttes i drøftingen for å belyse og svare på problemstillingen.

Konklusjon

Sykepleier har både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak som kan brukes for å fremme mestring av kvalme og oppkast. Ved hjelp av den undervisende- og veiledende funksjonen kan sykepleier formidle kunnskap og informasjon om behandling og bivirkninger. Funksjonen kan også benyttes for å veilede til bruk av mestringsstrategier. Behandlende og lindrende funksjon vil minske bivirkningene. Ved å gi barnet forståelse for situasjonen, ulike tiltak og mestringsstrategier for å meste bivirkningene og bidra til å se mening, vil sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast.

Nøkkelord: Cytostatikabehandling, barn, kvalme og oppkast, mestringsstrategier, sykepleie.

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling	2
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Avgrensninger og presisering av problemstillingen	2
1.4 Oppgavens disposisjon	3
2. Metode	4
2.1 Litteratursøk	4
2.2 Kildekritikk	5
3. Sykepleiefaglige perspektiver	7
3.1 Juridiske rammeverk	7
3.2 Etikk	8
3.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder	8
3.4 Et salutogenetisk perspektiv	9
4. Teori	10
4.1 Barnet	10
4.1.1 Utviklingspsykologi.....	10
4.1.2 Barn innlagt på sykehus.....	11
4.1.3 Mestringsstrategier på sykehus	12
4.1.4 Kommunikasjon med barn.....	12
4.2 Akutt lymfatisk leukemi	13
4.2.1 Behandling.....	14
4.2.2 Kvalme og oppkast.....	15
5. Hvordan kan sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi som gjennomgår cytostatikabehandling?	17
5.1 Forståelighet	17
5.1.1 Informasjonsbehov	17
5.1.2 Skape tillit	19
5.1.3 Kommunikasjon	19
5.2 Overkommelighet	21
5.2.1 Primærsykepleie.....	21
5.2.2 Konkrete sykepleietiltak ved kvalme og oppkast	22
5.2.3 Avledningsteknikker.....	25
5.2.4 Kognitive mestringsstrategier	26
5.2.5 Rammefaktorer.....	27
5.3 Mening	28
5.3.1 Støtte fra familie og venner	28
5.3.2 Fremme det friske.....	28
5.3.3 Emosjonell støtte	29
6. Avslutning	31
Referanseliste	32

1. Innledning

I Norge blir det årlig oppdaget ca. 140 tilfeller av kreft blant barn og ungdom opp til 15 år, hvor leukemier utgjør en tredjedel av diagnosene (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 672). Dette tilsvarer omtrent 40 nye tilfeller av leukemier årlig, hvor akutt lymfatisk leukemi (ALL) utgjør 80 – 85 % (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 63). Forekomsten av barnekreft har vært nokså stabil over tid her i landet, men internasjonalt vises det til en lett økende tendens av barnekrefttilfeller. Å behandle barn med kreft er utfordrende ettersom barnet er i utvikling og vekst når det rammes av sykdommen. Det skal oppnås best mulig resultat, helst uten bivirkninger, på kort og lang sikt (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 672-673). Intensiteten avgjøres ut fra hvilken risikogruppe barnet tilhører, men hoveddelen av all leukemibehandling består av cytostatika (Kreftforeningen, 2015). De fleste cytostatika er emetogene i en viss grad og kan føre til kvalme, brekninger eller oppkast. Dette er bivirkninger som er med på å gjøre behandlingsforløpet vanskelig og utfordrende, men i dag finnes det flere effektive kvalmestillende medikamenter som kan bidra til å minske plagene (Varre, 2010, s. 162). Sykepleiere innehar viktig kunnskap om farmakologi og medikamenters virkning, og har på bakgrunn av dette et ansvar for å administrere, observere og rapportere virkning og bivirkning av medikamenter ordinert av lege (Holm & Notevarp, 2007, s. 17). Sykepleier har et ansvar for å ivareta hver enkelt pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011), og sykepleierens forebyggende, behandlende, lindrende, undervisende- og veiledende funksjon tilknyttet bivirkningene vil være viktig for å minske plagene, bedre forståelsen av disse, bedre livskvaliteten og sikre god helbredelsesprosess.

Sykehusoppholdene er mange, og kan oppleves både skremmende og kjedelig. Barn benytter ulike mestringsstrategier for å håndtere ubehagelige og stressende situasjoner. Samtidig som sykepleier har ansvar i forhold til medikamentell behandling, vil det være like viktig at hun har kunnskap om og kan benytte ikke-medikamentelle tiltak tilknyttet kvalme og oppkast. Ved bruk av for eksempel avledningsteknikker eller kognitive mestringsstrategier kan sykepleier bidra til en mer effektiv mestring hos barnet, forminske ubehaget som oppstår grunnet bivirkningene og dermed være med på å bedre situasjonen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 67).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Gjennom praksis og jobb som pleieassistent har jeg erfaring med kreftsyke pasienter som sliter med kvalme og oppkast, og har sett hvordan dette er med på å gjøre hverdagen trøblete. Helbredelsesprosessen kan utsettes grunnet dårlig ernæringsstatus som kan oppstå som følge av kvalme og oppkast (Knutstad, 2010, s. 207). På bakgrunn av at leukemi er en av de vanligste maligne sykdommene hos barn og at kvalme og oppkast er bivirkninger som gjør behandlingsforløpet utfordrende, er temaet kreft hos barn med fokus på kvalme og oppkast valgt. Valget er også begrunnet ut fra personlig interesse og ønsket om å lære mer om sykepleie til alvorlig syke barn.

Problemstillingen lyder:

Hvordan kan sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi som gjennomgår cytostatikabehandling?

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å tilegne meg kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn, som oppstår grunnet cytostatikabehandling. Videre vil jeg benytte meg av kunnskapen for å bidra til best mulig sykepleie til pasientgruppen i praksis.

1.3 Avgrensninger og presisering av problemstillingen

Opgaven omhandler leukemiformen ALL, ettersom dette er den vanligste formen for leukemi blant barn (Bringager et al., 2014, s. 63). Aldersgruppen er satt til 6-8 år, innlagt barneavdeling på sykehus. Valget er gjort grunnet ønske om å lære mer om pasientgruppen, og fordi barnets evne til å mestre ulike situasjoner påvirkes blant annet av alder og utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2011, s. 51).

Cytostatikabehandling med kurativt mål er valgt som behandlingsform, da dette er den vanligste behandlingsformen (Kreftforeningen, 2015). Å legge fokuset på kvalme og oppkast som bivirkninger er begrunnet ut fra en forskningsartikkel som viser at kvalme er blant de tre mest utbredte symptomene hos barn innlagt på sykehus grunnet ulike kreftsykdommer

(Miller, Jacob & Hockenberry, 2011). I litteraturen omtales cytostatika med flere ord, blant annet kjemoterapi og cellegift, men det vil gjennomgående bli brukt cytostatika og cytostatikabehandling i teksten. Oppgaven handler om barn i konsolideringsfasen (henv. 4.2.1). Sykepleiere har et stort ansvar rundt administrering, observering og evaluering av medikamenter. Likevel fokuseres det på ikke-medikamentelle tiltak, og medikamentelle tiltak nevnes i liten grad. Sykepleier omtales konsekvent som hun der sykepleier/sykepleiere ikke benyttes.

Foreldre er svært viktige for barn under hele behandlingsforløpet. Innlagt på sykehus har barn rett til å ha minst en omsorgsperson hos seg og sykepleien til barn omhandler familiesentrert sykepleie (Grønseth & Markestad, 2011, s. 53; Tveiten, Wennick & Steen, 2012, s. 21). Grunnet oppgavens omfang, vil ikke foreldrene inkluderes. Fokuset ligger på barnet og sykepleierens rolle, og foreldrene nevnes i drøftingen der det faller naturlig.

1.4 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis presenteres tema, problemstillingen, hensikten med oppgaven og avgrensninger. Kapittel 2 beskriver metode, litteratursøk og kildekritikk. Videre vil kapittel 3 presentere jus, etikk, sykepleiers ansvars- og funksjonsområder, samt Antonovsky's salutogene perspektiv. Kapittel 4 presenterer relevant teori, mens problemstillingen drøftes i kapittel 5 med utgangspunkt i anvendt teori, forskningsartikler og noe erfaringsbasert kunnskap.

2. Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for innhenting av informasjon og kunnskap som skal bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 76). Oppgaven er en litterær oppgave som vil si at den baseres på allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2013, s. 228). I metodekapitlet belyses det hvordan relevant litteratur er funnet og kildekritikk presenteres.

2.1 Litteratursøk

Relevant litteratur samt fag- og forskningsartikler er funnet ved hjelp av søkeverktøyet Oria, databasene Cinahl og Pubmed, og søk i Google Scholar. Det er benyttet PICO-skjema for å strukturere søkene og finne frem til relevante forskningsartikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Søkene ble avgrenset med fulltekst, abstrakt tilgjengelig, årstall 2006-2016, fagfelle vurdering og forskningsartikkel, for å gjøre søket mer presist. Fagfelle vurderte artikler styrker oppgaven, ettersom de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2013, s. 78). Søkeordene «child», «leukemia», «coping», «chemotherapy, cancer», «child, hospitalized», «CINV», «salutogenic model» og «nurse» er benyttet. Søkeordene ble satt sammen i ulike søkekombinasjoner og søkt med «and», hvor jeg fikk fra 4 til 70 treff. Artikkene inkludert i oppgaven anses som relevante fordi de innehar kunnskap og erfaringer som belyser problemstillingen. Under søkingen var det ønsket å finne litteratur med sykepleiefaglig perspektiv, og forskningsartikler som beskriver barnets erfaringer og opplevelser.

Tre av studiene har et kvalitativt design som vil si at de utforsker meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2013, s. 112). Disse artikkene gir en god innsikt i barns erfaringer og opplevelser angående mestringsstrategier og cytostatikabehandling da barna selv er informanter, i tillegg til foreldre og sykepleieres perspektiver. To studier er prospektive kohortstudier hvor hensikten har vært å identifisere og beskrive forventet, akutt og forsinket cytostatikainduisert kvalme og oppkast for å vise omfanget av bivirkningene. Det benyttes også en fagartikkel om salutogenese.

2.2 Kildekritikk

For å kunne stole på en kilde og vite at den er sann, må en kritisk vurdere og karakterisere kildene som brukes. Det finnes ulike metoder for å vurdere og karakterisere de ulike kildene, noe som kalles kildekritikk (Dalland & Trygstad, 2013, kap.4).

Det er ønskelig å benytte primærkilder fremfor sekundærkilder. Utfordringen ved å bruke sekundærkilder består av at oppgaven en skriver bygges på andrehåndsupplysninger og at perspektivet kan ha endret seg fra det opprinnelige materialet (Dalland og Trygstad, 2013, kap.4). Det er i hovedsak brukt primærlitteratur i oppgaven, med noen unntak.

Boken benyttet for å beskrive det salutogenetiske perspektivet til Antonovsky er oversatt til norsk fra hans opprinnelige bok kalt «Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well (1987)». Gjennom oversettelsen kan noe av innholdet bli fortolket (Dalland & Trygstad, 2013, kap.4), men boken er likevel valgt ettersom budskapet kommer godt frem og samsvarer med annen litteratur som omtaler salutogenese.

Kunnskapen blir fort udatert og gammel innenfor fagområder som stadig er i utvikling og endring (Dalland & Trygstad, 2013, kap.4). Det er en styrke for oppgaven at den bygger på nyest mulig forskning og litteratur, og kriteriet har vært litteratur innenfor de siste 10 år. Forskningsartiklene er fra senest år 2011 og annen litteratur holder seg innenfor avgrensningen, bortsett fra utviklingsteoriene til Piaget og Erikson samt Antonovsky's teori og Benner & Wrubel's definisjon av mestring. De anses som relevante da nyere litteratur også anvender disse. Utviklingsteoriene er kritisert av ulike grunner. Piaget kritiseres for å legge for lite vekt på kommunikasjon, språk og erfaring i forhold til barnets tenkning (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 122-123), og for å dele utviklingen inn i statiske faser (Jerlang, gjengitt etter Ruud, 2011, s. 67). Erikson kritiseres for å være vag da det gjelder teoretiske spørsmål og at teorien er noe uklar i forhold til utvikling av personlighet (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 391). Utviklingsteoriene kan likevel være relevante som en referanseramme i forhold til hva sykepleier kan forvente av barn i alderen 6-8 år når det gjelder kognitiv- og sosial utvikling. Antonovsky kritiseres for svakheter forbundet med den salutogene teorien og at det trengs mer forskning for å få en bedre forståelse for hva begrepet innebærer. Likevel konkluderes det med at den salutogene tilnærmingen er vesentlig og viktig i forhold til helse (Lindström &

Eriksson, 2015, s. 64 og 68). Antonovsky's teori med fokus på opplevelse av sammenheng for å mestre og fremme helse anses som relevant for oppgaven.

Litteraturen som er brukt er for det meste skrevet av sykepleiere med bidrag av blant annet leger, noe som er ønskelig for å opprettholde et sykepleiefaglig perspektiv. Alle artiklene er engelske, så min tolkning og oversettelse kan være mangelfull eller misforstått grunnet språkforståelsen. Alderen på barna i forskningsartiklene spenner fra 4 til 12 år. Artiklene anses som relevante da avgrensningen på 6-8 år faller innenfor. Forskningen finner sted på barneavdelinger i USA, Sverige og Brasil. Det kan være en svakhet at ingen av studiene er utført i Norge, da kultur og oppbygning av helsevesenet kan være annerledes. Artiklene har imidlertid overføringsverdi i forhold til barns opplevelser, meninger og erfaringer i forbindelse med cytostatikabehandling og mestringsstrategier, og er dermed inkludert.

3. Sykepleiefaglige perspektiver

Sykepleiere har spesifikke funksjoner og ansvar knyttet til faget de utøver, som skal være styrende for måten en tilnærmer seg pasienten og ivaretar denne på. Lover, regler og yrkesetiske retningslinjer samt handlingskompetanse og beredskapskompetanse styrer utøvelsen av sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 21). I det følgende beskrives juridiske rammeverk, etikk, ansvars- og funksjonsområder samt det salutogenetiske perspektivet.

3.1 Juridiske rammeverk

Ulike lovverk og forskrifter regulerer sykepleien som utøves til barn. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) omhandler rettighetene til barn og foreldre, og sier blant annet at barn kun skal legges inn på sykehus når det er påtrengende nødvendig. Barn skal være på egne barneavdelinger og bli tatt hånd om av det samme personalet så langt det lar seg gjøre. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon pålegger også personalet å ha kunnskap om barns behov og utvikling (2000).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sikre pasientene lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. I kapittel tre sies det at barn skal tas med på råd dersom situasjonen, barnets modning og utvikling tilsier det. Videre beskriver loven pasientens rett på informasjon om behandling, mulige risikoer og bivirkninger av behandling. Informasjonen skal være tilpasset pasientens alder, modenhet og forutsetninger for å forstå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I følge Barneombudet (udatert) har barn fra de er 7 år, rett på å uttale seg i saker som omhandler en selv.

Helsepersonelloven (1999) er en lov gjeldende for alt helsepersonell, og har som hensikt å bidra til sikkerhet for pasienter, samt å sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenestetilbud og tillit til helsepersonell. Loven stiller krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull utøvelse av sykepleie og gir helsepersonell dokumentasjonsplikt (Helsepersonelloven, 1999).

3.2 Etikk

«Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» er gjeldende for alle sykepleiere, og er med på å styre utøvelsen av faget. I følge NSF (2011) er respekten for hvert enkelt menneskes liv og iboende verdighet grunnlaget for all sykepleie som utøves. Barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene er grunnleggende og sentralt for sykepleie, samt at sykepleien skal bygge på kunnskap. Punkt 2.1 og 2.2 om sykepleiers ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, og ansvaret for å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienter har stor betydning i forhold til oppgaven (NSF, 2011).

Selv om oppgaven ikke tar for seg foreldrene, er det viktig å poengtere at i situasjoner hvor barn er syke, må sykepleieren forholde seg like mye til foreldrene som til barnet. Det blir automatisk to parter å forholde seg til, hvor foreldrene har stor myndighet ovenfor barnet (Tveiten et al., 2012, s. 205). Autonomiprinsippet er gjeldende i arbeid med barn, men autonomien er begrenset av juridiske forhold. Autonomi i samarbeid med barn vil si at barnet har rett på å uttale seg i saker som omhandler en selv, men annerledes fra voksne pasienter, har foreldrene rett til å ta avgjørelser (Tveiten et al., 2012, s. 207).

3.3 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder innebærer funksjoner som både er direkte og indirekte knyttet til pasientkontakt (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 21). I møte med barn med ALL vil den behandlende, lindrende og undervisende- og veiledende funksjonen ha størst betydning.

Den behandlende funksjonen omhandler å observere, planlegge, gjennomføre og dokumentere behandlingen, samt evaluere den. Dette vil dreie seg om å administrere cytostatika som forordnet av lege, observere virkning og bivirkning av behandlingen, iverksette tiltak hvis bivirkninger oppstår, samt dokumentasjon. Den lindrende funksjonen er i dette tilfellet å begrense bivirkningene kvalme og oppkast for å fremme mestring og bedre tilværelsen. Undervisende- og veiledende funksjon skal fremme forståelse og mestring av sykdom og behandling, og på den måten bidra til å skape trygghet hos pasienten. Funksjonen omhandler et sykepleieansvar om å informere, veilede og undervise pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 21). Den undervisende- og veiledende funksjonen vil ha hovedfokus for å fremme

mestring av kvalme og oppkast, men både den behandlende og lindrende funksjonen er av betydning i behandlingsforløpet og vil også omtales.

3.4 Et salutogenetisk perspektiv

Aaron Antonovsky presenterer begrepet «salutogenese» som fokuserer på det friske i mennesket og det som fremmer helse, i motsetning til patogenese, som dreier seg om sykdom og skade. Antonovsky ser ikke på mennesker som enten syke eller friske, men plasserer de på et kontinuum mellom helse og uhelse. Dette bidrar til å ta fokuset vekk fra sykdom og heller se hele mennesket og dets historie. Antonovsky's salutogene tankegang har tvunget frem en mestringsteori som fører med seg begrepet «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky, 2012, s. 36- 37). For å ha sterk opplevelse av sammenheng, er det tre komponenter personen må score høyt på; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet omhandler hvor vidt en opplever stimuli som forståelig og velordnet informasjon, framfor støy og kaos. Håndterbarhet dreier seg om i hvilken grad personen føler en har tilstrekkelige ressurser til å møte kravene som stilles av indre og ytre stimuli, og meningsfullhet handler om i hvilken grad personen kjenner livet har følelsesmessig betydning, at noen av kravene en utsettes for er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 39-41). Ruud (2011, s. 82) har tolket og oversatt Antonovsky's komponenter til forståelighet, overkommelighet og mening. Forståelighet dreier seg om at stimuli er kognitivt forståelige. Overkommelighet handler om barnet opplever å ha nok ressurser for å mestre kravene og belastningene det gjennomgår, mens mening dreier seg om det gir mening å investere i belastningene og kravene, om det er noe det er verdt å engasjere seg i. Ruud (2011) sin tolking av komponentene vil brukes i drøftingen, da hennes tolking inneholder enklere begreper å forholde seg til.

Hovedmålet i en salutogen tilnærming er å øke evnen pasienten har til å håndtere og mestre utfordringer innenfor helse i hverdagen. Å styrke mestringen kan gjøres gjennom samspill med familie, venner, samfunnet og personen selv. Øker en bevisstheten rundt hvilke indre og ytre ressurser pasienten har, kan det oppnås en god sirkel av ressurser og opplevelse av sammenheng, som vil bidra til å mestre situasjoner bedre (Langeland, 2012). Å føle en sterk opplevelse av sammenheng fører til trygghet og tillit rundt det å ha indre ressurser eller ressurser i omgivelsene til å mestre utfordringer, og tillit til at en klarer benytte seg av disse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 29).

4. Teori

Teori brukes for å beskrive et fenomen, og trekker frem de viktigste aspektene knyttet til den aktuelle sammenhengen (Kristoffersen, 2011, s. 169). I dette kapitlet vil teori som anses relevant for problemstillingen presenteres.

4.1 Barnet

Alle barn er unike, de oppfører seg forskjellig og kan reagere ulikt i enhver situasjon. Med kunnskap om utvikling og utviklingsprosesser blir det enklere for sykepleier å forstå hva som bidrar til barns ulike oppførsel og aldersbestemte forskjeller. Utviklingspsykologi i moderne tid baserer seg på en teori om at utviklingen skjer trinnvis, hvor egenskapene som er medfødt utvikles og modifiseres av miljøet og hendelsene rundt barnet (Tveiten et al., 2012, s. 83).

4.1.1 Utviklingspsykologi

For å belyse utviklingsstadiet barnet befinner seg i, er både Jean Piaget's kognitive utviklingsteori og Erik Erikson's psykososiale utviklingsteori som omhandler personlighet valgt. Begge teoriene inkluderes for å få et helhetlig innblikk, ettersom Piaget kritiseres for å være for individualistisk (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 109). Erikson er mer opptatt av at det sosiale miljøet rundt barnet har betydning for utviklingen (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 383).

Piaget deler utviklingen inn i fire stadier, og er bestemt på at alle barn gjennomgår stadiene i lik rekkefølge, uavhengig av miljøet rundt. Utviklingene som skjer i det første stadiet, legger grunnlag for det neste, og slik går det gjennom alle fire stadiene (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 111). Piagets tredje stadium, perioden for konkretoperasjonell tenkning, omhandler utviklingen som skjer fra 6-års alder og opp til 11-12 år. Han hevder at stadiet er et vendepunkt i barns kognitive utvikling, og at mot slutten av stadiet er tenkningen mer lik voksnes tenkning (Askland & Sataøen, 2013, s. 192). Nytt i denne alderen er blant annet starten på å tenke logisk, konkret og formålsbevisst. Barnet lærer å reversere tankegangen og tenker operasjonelt, men bare når det gjelder konkrete situasjoner og hendelser. Nytt for

aldersgruppen er også bedret evne til å se saklig på ting. Barnet kan ha problemer med å skille mellom egne oppfatninger og virkeligheten, og gjør gjerne om på virkeligheten for at den skal gå overens med sine egne meninger og synspunkter (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 118-119). Fra omtrent 7-års alder kan barnet se ting fra forskjellige sider og barnet har større forståelse for hvordan ting henger sammen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 31)

Erikson deler den psykososiale utviklingen inn i åtte stadier, hvor stadiet kalt «arbeidsevne vs. mindreverdsfølelse» er fasen som omhandler barneskolealder. I aldersgruppen er det lagt mye vekt på mestring og motivasjonen barnet har for å oppleve å mestre. Barnet er klar for nye oppgaver som krever mer enn i tidligere faser. Utfordringen for barnet i denne fasen kan komme av følelser som å ikke strekke til og ikke få til oppgaver, som kan resultere i følelse av mindreverd. Ved opplevelse av å ikke mestre oppgaver eller utfordringer, kan barnet føle oppgitthet over mangel på ferdigheter og se på seg selv som mindreverdig (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 387-388).

4.1.2 Barn innlagt på sykehus

Å være syk og å bli innlagt på sykehus er belastende for barnet. Ofte er det den nye situasjonen sykdommen fører til som er truende og skremmende, og ikke diagnosen i seg selv (Bringager et al., 2014, s. 119). Barnet går fra et trygt og kjent miljø i hjemmet, til en ukjent avdeling med et fremmed personale. Hverdagens kjente rutiner erstattes med utfordringer og usikkerhet rundt sykdommen, behandlingen og personalet. Hele den nye situasjonen er med på å skape stress, som kan føre til at barnets mestringsevne overstiges (Sjøbjerg, 2013, s. 115). Barn i 6-8-års alderen kan ha sykdoms- og dødsangst, og de fleste vil huske negative opplevelser ved sykdom og på sykehus i lengre tid (Sjøbjerg, 2013, s. 124-125).

Barn reagerer forskjellig på sykehusinnleggelse og stresset som følger med. Hvis stresset overskrider grensen for barnets toleranse, kan barnet forsvare seg ved regresjon, som vil si at han eller hun for en kortere eller lengre periode går tilbake til tidligere utviklingsnivå innenfor enkelte områder. Barnet bruker denne forsvarsmekanismen ubevisst, fordi det forventes mindre av et barn på lavere utviklingsnivå, og kravene tilknyttet mestring blir derfor lavere (Tveiten et al., 2012, s. 56).

4.1.3 Mestringsstrategier på sykehus

Mestring kan defineres som det en stiller opp med mot stress eller forstyrrelser for å takle situasjonen på best mulig måte (Benner & Wrubel, 1989, s. 86). Mestringens mål vil være å oppleve mening og sammenheng i situasjonen (Bringager et al., 2014, s. 124). Ved ubehagelige tilfeller, prosedyrer eller behandling kan barnet med samarbeid fra sykepleieren benytte mestringsstrategier for å takle situasjonen bedre. Mestringsstrategier handler om det en gjør for å mestre utfordringer en blir utsatt for (Reitan, 2010a, s. 79). Antonovsky (2012, s. 39) beskriver en mestringsteori hvor blant annet forståelse for situasjonen er sentralt for å mestre. Det er mange muligheter i forhold til mestringsstrategier og teknikker sykepleieren kan benytte for å bidra til mestring av kvalme og oppkast. Avledningsteknikker går ut på å bruke konkurrerende stimuli for å få barnet til å tenke på noe annet enn selve situasjonen. Kognitive strategier handler om å bevisst styre barnets tanker bort fra det vonde. En tredje mulighet er emosjonell støtte, som går ut på at barnet får trøst, ros og kos i forhold til behov (Grønseth & Markestad, 2011, s. 67).

Flere forhold og rammefaktorer er avgjørende for bruken av mestringsstrategier i barneavdelinger på sykehus. God tid, barnets samarbeidsevne, sykepleierens kompetansenivå, deltagelse fra foreldrene og aktiv bruk av ikke-medikamentelle metoder er faktorer som øker bruken av de ulike mestringsstrategiene (Pölkki, Laukkala, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä, gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 67).

4.1.4 Kommunikasjon med barn

Ved kommunikasjon med barn er det viktig å huske på at ethvert barn er unikt, og at det derfor ikke finnes en oppskrift på hvordan kommunikasjonen best foregår. Barnets alder er viktig i forhold til hvordan sykepleier kommuniserer, men også andre faktorer som erfaringer og stress eller belastning i forhold til sykdom er avgjørende. Noen barn er tidlig utviklet, mens andre har en langsom utvikling (Eide & Eide, 2012, s. 358 og 362).

Tillit er et nøkkelbegrep for kommunikasjon. Uten et tillitsforhold, blir det vanskelig å informere og kommunisere. En vesentlig oppgaven i kommunikasjon med barn er derfor å skape trygghet og tillit (Eide & Eide, 2012, s. 359). Ulike hjelpemidler som for eksempel bruk av lek, bøker eller kosedyr kan bidra til en enklere samtale (Eide & Eide, 2012, s. 365).

Sykepleieren må være bevisst sitt toneleie og hvilke nonverbale signaler hun sender ut, ettersom barn tydelig merker og reagerer på dette (Brady, gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Barns forståelse av ironi og spøk er ikke godt utviklet i denne alderen, så sykepleier bør unngå dobbelkommunikasjon som kan være vanskelig å forstå og som kan skape misforståelser (Tveiten et al., 2012, s. 165).

Samtaler med hensikt å informere barnet, bør legges til et tidspunkt på dagen hvor barnet er opplagt, grunnet deres korte oppmerksomhetstid og raske skifter i hvor oppmerksomheten holdes (Grønseth & Markestad, 2011, s. 87). Informasjonen som gis er ment for å øke barnets mestringsevne ved å tilegne det kunnskaper slik at det forstår hva som skjer. Informasjon og kunnskap kan gi barnet en ny ressurs for å mestre situasjonen han eller hun befinner seg i (Bringager et al., 2014, s. 168). Det er ingen tvil om at sykepleiere kledd i hvitt utstråler makt i forhold til det syke barnet som er i en uvant situasjon. Sykepleierens bevissthet på å velge ord barnet forstår og å ikke snakke som om barnet er yngre enn det er, vil være med på å unngå maktbruk ved kommunikasjon (Tveiten et al., 2012, s. 167). Ruud (2011, s. 19-20) beskriver tre prinsipper som kan være til god hjelp i kommunikasjon med barn; mening, verdighet og anerkjennelse. Prinsippet mening diskuteres i drøftingsdelen.

4.2 Akutt lymfatisk leukemi

Leukemi deles inn i akutt- og kronisk leukemi, og lymfatisk eller myelogen, men som tidligere nevnt handler oppgaven om ALL. Leukemi er en kreftform som angriper blodcellene i beinmargen, og skyldes en ukontrollert vekst av forstadier til leukocytter. En frisk og normal beinmarg produserer leukocytter, erytrocytter og trombocytter, men ved ALL er det overproduksjon av forstadiet til lymfocyttene, som vil hemme veksten av de andre blodcellene (Bringager et al., 2014, s. 65). Kreftcellen har en genetisk feil som gjør at de vanlige leukocyttegenskapene uteblir, differensieringen er stoppet opp og det skjer en opphopning av umodne leukocytter i beinmargen. Opphopningen av umodne leukocytter vil forstyrre produksjonen av erytrocytter og trombocytter, og ved undersøkelser av beinmargen vil det tydelig sees en overproduksjon av umodne celler (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 676).

Symptomene på ALL skyldes i all hovedsak beinmargens manglende produksjon av normale blodlegemer. Ved mangel på erytrocytter får barnet anemi som kan vises ved blekhet og nedsatt fysisk aktivitet, og mangel på trombocytter kan føre til petekkier i huden og økt blødningstendens. De umodne leukocytene mangler infeksjonsforsvaret, noe som kan sees ved hyppige infeksjoner og feber. Hovne ledd og smerter i ekstremitetene er også vanlige symptomer, som ofte fører til at barnet vegrer seg for å belaste ekstremitetene og er lite fysisk aktive (Bringager et al., 2014, s. 68).

4.2.1 Behandling

Norge samarbeider tett med andre nordiske land i forhold til behandling av ALL hos barn. Felles protokoller følges, som utdyper hvordan behandling som skal gis i forhold til hvilken type leukemi det gjelder (Kreftforeningen, 2015). Ved oppstart av behandling blir barnet foreløpig klassifisert i høyrisiko- eller non-høyrisikogruppe ut ifra ulike kriterier, som har betydning for hvilke medikamenter som gis i oppstartsfasen. Etter dag 29 i behandling blir den endelige risikogruppen satt på bakgrunn av egenskapene til cellene, som ikke var avklart på diagnosetidspunktet og på bakgrunn av responsen på den første behandlingen. Denne inndelingen i standard risiko, intermediær risiko eller høy risiko brukes videre til å vurdere hvilken protokoll som skal brukes til behandling, ut ifra hvilken gruppe og dermed hvilken alvorlighetsgrad av ALL barnet har (Bringager et al., 2014, s. 74).

Behandlingen varer i ca. 2,5 år og målet er best mulig antileukemisk effekt, i tillegg til å redusere bivirkningene så mye som mulig (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 676; Bringager et al., 2014, s. 72). Behandlingen deles inn i tre faser; induksjonsfasen, konsolideringsfasen og vedlikeholdsfasen. Induksjonsfasen er startfasen hvor målet er å oppnå remisjon, altså fjerne alle leukemiceller slik at det ikke kan påvises kreftceller hos barnet.

Konsolideringsfasen innebærer intens behandling hvor målet er å holde barnet i remisjon, mens vedlikeholdsfasen er lavere i intensitet med avbrekk av forsterkningskurer innimellom. Alle behandlingsfasene består av cytostatika, men intensiteten og kombinasjonen av medikamentene avhenger av risikogruppen. De to første fasene får barnet cytostatika intravenøst via sentralt venekateter, mens den siste fasen gis i tablettform og tas peroralt (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 677).

Cytostatika er den aller vanligste formen for behandling av ALL. Enkelte pasienter får også tilbud om allogen stamcelletransplantasjon grunnet dårlig respons på behandlingen. I tillegg til cytostatika intravenøst, får leukemipasienter intratekale injeksjoner med cytostatika for å unngå affeksjon av sentralnervesystemet, samt glukokortikoider (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 677).

4.2.2 Kvalme og oppkast

Behandling med cytostatika kan føre med seg en rekke bivirkninger som blant annet håravfall, beinmargsdepresjon, såre slimhinner og sårhet i munnen, mageproblemer som diare eller obstipasjon, fatigue, kvalme og oppkast (Varre, 2010, s. 162-167). Behandlingen av ALL er intensiv og kan være på grensen til hva som er tolererbart når det gjelder bivirkninger og plager underveis (Varre, 2010, s. 161). Behandlingens mål om å bryte ned og ødelegge kreftcellene uten å ramme friskt vev er urealistisk (Bringager et al., 2014, s. 27). Cytostatika påvirker mitosefasen eller DNA-syntesen i cellen og hemmer dermed celledelingen (Lorentsen & Grov, 2013, s. 402). Cytostatika har best virkning på vev hvor cellene deler seg raskt, men kan ikke skille mellom friskt og skadet vev og angriper dermed både friske celler og kreftceller, noe som fører til bivirkninger. Cytostatikabehandling inkluderer mange og plagsomme bivirkninger, men de fleste er reversible, som gjør behandlingen godt egnet til barn. Med tanke på at behandlingen har kurativt mål, tillates litt flere bivirkninger enn om behandlingen var palliativ (Bringager et al., 2014, s. 28).

Kvalme defineres som en ubehagelig følelse av å ville kaste opp, ledsaget av symptomer som blekhet og kaldsvette, men det er ingen selvfølge at kvalme fører til oppkast. Oppkast blir betegnet som rask tømming av innholdet i magen, gjennom spiserøret og munnen (Bjørø, 2010, s. 186). Ofte oppstår bivirkningene under selve administrasjonen av cytostatika eller bare noen timer etterpå. Denne type kvalme kalles akutt kvalme og oppstår de første 24 timer etter oppstart av infusjon. Kvalme kan også oppstå senere og kalles forsinket kvalme hvis den oppstår mellom 24 til 120 timer etter infusjonsstart (Varre, 2010, s. 162; Bjørø, 2010, s. 190). Utover i behandlingsforløpet kan barnet utvikle en form for kvalme kalt forventet kvalme. Forventningskvalme er en betinget refleks som kommer av tidligere erfaringer med kvalme under cytostatikainfusjoner. Barnet kan oppleve å bli kvalm bare av tanken på cytostatika, ved å se posen med medikamentet eller av lukter som forbindes med tidligere

kurer. Denne type kvalme er vanskelig å behandle når den først har oppstått, så forebygging av kvalme vil være svært viktig (Varre, 2010, s. 162). En forskningsartikkel som inkluderte 36 pediatriske kreftpasienter under cytostatikabehandling rapporterte at 30 % opplevde forventningskvalme, 55 % opplevde akutt kvalme og oppkast og 70 % opplevde forsinket kvalme og oppkast (Rodgers, Norville, Taylor, Poon, Hesselgrave, Gregurich & Hockenberry, 2012). Dette tyder på at bivirkningene er en utfordring, og at sykepleier må bidra til å fremme mestring av disse.

Kvalme er en subjektiv opplevelse som variere fra person til person, og som kan være vanskelig å sette ord på. Visuelle analoge skalaer kan bidra til å beskrive kvalmeopplevelsen til barnet under sykepleiers observasjonsarbeid (Knutstad, 2010, s. 210). Cytostatikainduisert kvalme oppleves annerledes enn kvalme forårsaket av andre årsaker, ved at den i de fleste tilfeller varer lengre og ved at kvalmen ikke går over etter barnet har kastet opp (Knutstad, 2010, s. 200-201). Kvalme og oppkast fungerer som en av flere av kroppens mekanismer for å beskytte seg mot skadelig eller giftig påvirkning. Forsvarsmekanismen vil ikke hjelpe mot cytostatika, ettersom det er gitt intravenøst og befinner seg rundt om i hele kroppen, og derfor ikke kan fjernes via mage-tarm kanalen. Kroppen har aktivert en forsvarsmekanisme som ikke har noen hensikt, men som vil gi barnet plager i form av kvalme og oppkast (Bjørge, 2010, s. 188-189). I tillegg til at bivirkningene er svært ubehagelige, kan de være med på å utvikle en dårlig ernæringsstatus hos barnet som er svært ugunstig da det vil hindre helbredelsesprosessen (Knutstad, 2010, s. 207). Det er derfor en viktig sykepleieroppgave å forebygge og behandle kvalme og oppkast, og fremme mestring av bivirkningene.

5. Hvordan kan sykepleier fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn med leukemi som gjennomgår cytostatikabehandling?

Forståelighet, overkommelighet og mening er vesentlige komponenter for å ha sterk opplevelse av sammenheng som bidrar til å mestre situasjonen (Ruud, 2011, s. 82).

Komponentene er underkapitler i drøftingen og sees sammen med annen teori tilknyttet barn med ALL samt forskningsartikler for å svare på problemstillingen. Det vil også bli benyttet noe erfaringsmessig kunnskap.

5.1 Forståelighet

I følge Ruud handler forståelighetskomponenten om den kognitive forståelsen av stimuli man utsettes for. Indre og ytre stimuli må være kognitivt forståelige for at barnet skal oppleve sammenheng i situasjonen, og på den måten mestre utfordringer (Ruud, 2011, s. 82).

Beskrivelse av en mestringsstrategi hvor blant annet forståelse for situasjonen er meget sentralt, samsvarer med forskning. Sposito, Rodrigues, Sparapani, Pfeifer, De Lima & Nascimento (2015) har utført en kvalitativ studie hvor de har analysert mestringsstrategier brukt av barn som gjennomgår cytostatikabehandling. I artikkelen ble ulike mestringsstrategier som blant annet avledningsteknikker og kunnskap identifisert og strukturert. Å forstå behovet for cellegift var en av mestringsstrategiene barna benyttet seg av. Forskningsartikkelen viser at barn mestrer situasjonen på en bedre måte når de innehar kunnskap. Ved å få informasjon og tilegne seg kunnskap om sykdommen, behandlingen og bivirkningene som kan forventes, samt forstå behovet for behandlingen og hvorfor den er så viktig, mestrer barna situasjonen bedre enn uten denne informasjonen (Sposito et al., 2015). Kunnskap ble en slags mestringsstrategi.

5.1.1 Informasjonsbehov

Det er vesentlig at sykepleier har kunnskap om barns informasjonsbehov jf. forskningsartikkelen over, for å forstå viktigheten av sykepleiers videreformidling av informasjon som bidrar til bedre mestring blant barn innlagt på sykehus. Det er rimelig å si at

sykepleiere er pliktige til å informere barnet. I følge lovverket har barn rett på informasjon om behandling og bivirkninger, samt mulige risikoer i forhold til behandlingen. Informasjon skal tilpasses etter alder, modenhet og individuelle forutsetninger for å forstå innholdet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Barns lovfestet rett på informasjon kan også knyttes opp mot sykepleierens undervisende og veiledende funksjon som gir sykepleieren et ansvar om å informere, veilede og undervise pasienten for å fremme forståelse og mestring (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 21). Undervisning vil styrke mestringskompetansen barnet innehar ved at sykepleier formidler sin kunnskap. Veiledning vil ta utgangspunkt i barnets behov for informasjon (Tveiten et al., 2012, s. 173 og 179). Denne funksjonen er svært viktig i arbeid med barn som gjennomgår cytostatikabehandling, for å forberede barnet på hva det kan møte av utfordringer gjennom behandlingsforløpet. Det vil være til hjelp for barnet å forstå hvorfor kroppen kan reagere med kvalme og oppkast (Ruud, 2011, s. 134).

På en annen side kan det virke skremmende for et barn å få informasjon om kvalme og oppkast, og muligheten for å selv oppleve bivirkningene. Dette kan være med på å gjøre barnet mer engstelig enn nødvendig. Barn er avhengig av å få nok informasjon til å forstå sin egen situasjon, men sykepleier må gjøre en vurdering av hvilken informasjon og hvor mye som skal gis i hvert enkelt tilfelle, utfra barnets utviklingsnivå og situasjon (Ruud, 2011, s. 104). Sykepleieren må planlegge dagen godt og vurdere når barnet er mest mottagelig for informasjon. Ved bruk av god tid og hjelpemidler får sykepleier som regel formidlet informasjonen som er nødvendig for barnet (Bringager et al., 2014, s. 169). Samtalen må foregå på barnets premisser med tanke på dets korte oppmerksomhetstid og barnets mulige følelse av utrygghet i situasjon. I forhold til barns premisser vil det være hensiktsmessig at sykepleier befinner seg på samme nivå som barnet og at barnet får valgmulighet med tanke på å holde øyekontakt. Oppfatter sykepleier at barnet er unnvikende og ikke ønsker informasjon, kan sykepleier informere foreldrene mens barnet er til stedet og barnet kan på den måten velge selv om det skal høre på eller ei (Grønseth & Markestad, 2011, s. 87). Å informere slik at barnet skjønner hva som skjer kan skape en følelse av kontroll, (Eide & Eide, 2012, s. 358 og 365) og vil bidra til økt trygghet og mestringsfølelse.

5.1.2 Skape tillit

Før sykepleier skal informere barnet og gi det den kunnskapen det trenger, er det en fordel at sykepleier har opparbeidet et tillitsforhold i forkant, da tillit er vesentlig i kommunikasjon med barn (Eide & Eide, 2012, s. 359). Å vinne tillit er ikke gjort på et blunk. Sykepleieren må være tålmodig og prøve seg frem. Barn kan ofte være sparsomme med å dele tanker og følelser med fremmede. For å skape et gjensidig tillitsforhold kan sykepleier begynne med å vise oppmerksomhet og interesse for barnet, finne ut hva barnet er opptatt av og bryr seg om. Tillit bygges ved å vise engasjement, trygghet og ærlighet (Bringager et al., 2014, s. 181). Ved å benytte lek som hjelpemiddel kan sykepleier skape kontakt og på den måten bygge opp tillit i omgivelser som er kjente og trygge. Sykepleier må respektere barnets korte oppmerksomhetstid og hurtig endring av fokus (Eide & Eide, 2012, s. 359 og 361). Kanskje må samtalen fortsette ved en senere anledning, når barnet er mer opplagt og fokusert. Like viktig som det er å forberede barnet på hva det kan vente seg, vil det være hensiktsmessig å informere om effektive og hjelpsomme tiltak sykepleierne benytter for å forebygge og behandle kvalme og oppkast. Barnet må føle seg trygg på at sykepleier kan hjelpe når bivirkningene oppstår (Knutstad, 2010, s. 208). De fleste cytostatika er emetogene i mer eller mindre grad og kan dermed føre til kvalme og/eller oppkast. Det er viktig at barnet er forberedt på dette for å forstå at det er normale reaksjoner på behandlingen, men det er derimot like viktig at barnet føler seg trygg på at det finnes kvalmestillende medikamenter og tiltak for å minske plagene (Varre, 2010, s. 162). Informasjon om forebygging og behandling av kvalme må derfor gis i etterkant av informasjon om at kvalme kan oppstå, som et trygghetsskapende tiltak.

5.1.3 Kommunikasjon

Piaget hevder at barn i denne alderen begynner å tenke logisk og konkret, og at barnet utvikler en bedre evne til å se saklig på ting (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 118). Dette kan gjøre samtaler om sykdom og behandling enklere enn i tidligere stadier. På en annen side utvikles barn individuelt, og den konkrete og logiske tankegangen er ikke nødvendigvis godt utviklet. Det kan dermed være nyttig å benytte seg av hjelpemidler under samtale hvor hensikten er å informere om behandlingen og kvalme og oppkast som mulige bivirkninger. Ut ifra individuell vurdering av modenhetsgrad, kan sykepleieren ta i bruk for eksempel lek, kosedyr, bøker eller tegning for å undervise og veilede, og for å få et innblikk i hva barnet tenker på og

er redd for (Eide & Eide, 2012, s. 365). Erfaringsmessig er boken om «Kjemomannen Kasper og jakten på de sure kreftcellene» et svært nyttig hjelpemiddel i formidling av hva kreft er og for å bidra til barns forståelse for hvorfor de må ha cytostatikabehandling. Boken inneholder beskrivende tegninger og er lettlest. Barnslig tekst gjør det enklere for barnet å forstå informasjonen det mottar. Denne erfaringen støttes av Ruud (2011, s. 99) som hevder at bøker kan være viktige hjelpemidler for barns mestring. Under kommunikasjonen med barnet er det vesentlig at sykepleier er bevisst sitt non-verbale språk. Barn er vare for sykepleiers holdninger, og legger merke til både hva sykepleier sier og gjør. Å stå med hendene i siden eller knyttet foran brystet vil sende ut negative signaler. Barn ønsker en sykepleier som setter seg ned på deres nivå, vier dem oppmerksomhet, snakker med rolig og vennlig stemme og er avslappet under samtalen (Brandy, gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Samtalen må struktureres etter barnets rytme, flyt og dets interesse, men sykepleier må ha formålet med samtalen klart for å få formidlet informasjonen som er nødvendig (Eide & Eide, 2012, s. 365).

Mening er et av prinsippene Ruud (2011, s. 19) er opptatt av i kommunikasjon med barn. Barn har livlig fantasi og lager ofte egne meninger og dikter opp historier om opplevelser. Piaget hevder at barn kan ha problem med å skille mellom egen oppfatning og virkeligheten, og kan gjøre om på virkeligheten for at den skal stemme overens med egen tolkning (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 118-119). Fantasihistorien som diktes opp kan være vanskeligere å takle enn sannheten rundt situasjonen (Ruud, 2011, s. 21). Med utgangspunkt i dette, vil det være viktig at sykepleier hjelper barnet til å se mening i situasjonen for å bidra til å fremme forståelse (Tveiten et al., 2012, s. 170). For å klare å oppfatte mening er barnet nødt til å få informasjon og det er viktig at sykepleier bruker ord barnet forstår, både for å skape mening og for å unngå maktbruk ved kommunikasjonen (Tveiten et al., 2012, s. 167 og 170). Informasjonen som gis må balanseres, barnet skal verken ha for mye eller for lite, men akkurat nok informasjon til å øke barnets mestringsevne ved å tilegne det kunnskap (Ruud, 2011, s. 21; Bringager et al., 2014, s. 168). I tillegg til at informasjon og kunnskap har en viktig rolle for å mestre behandlingen og bivirkninger, vil informasjonen som gis ha stor betydning for motivasjon og pågangsmot hos barnet og familien (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 673).

5.2 Overkommelighet

Overkommelighet omhandler barnets opplevelse av å ha nødvendige ressurser til å mestre belastningene og situasjonen det gjennomgår (Ruud, 2011, s. 82). Komponenten må være til stede for å ha en sterk opplevelse av sammenheng og mening, for å mestre og fremme helse (Antonovsky, 2012, s. 40). I denne sammenheng knyttes det til hvordan sykepleier kan bidra til at barnet takler kvalme og oppkast, sagt på en annen måte; hvordan sykepleier kan fremme mestring av kvalme og oppkast. Ressursene knyttes til sykepleietiltak og mestringsstrategier, mens belastningene som skal møtes er kvalme og oppkast grunnet cytostatikabehandling.

5.2.1 Primærsykepleie

Barn med ALL er under behandling i ca. 2,5 år (Zeller & Storm-Mathisen, 2010, s. 676). Behandlingsforløpet bringer med seg mange sykehusopphold som kan oppleves kjedelige og tøffe, og kvalme og oppkast er belastende bivirkninger som bidrar til et utfordrende opphold. Sykepleierens behandlende- og lindrende funksjon er vesentlig i arbeidet med å fremme mestring av kvalme og oppkast, som er viktig med tanke på ubehaget det fører med seg og den ugunstige helbredelsesprosessen det kan gi (Knutstad, 2010, s. 207). Denne funksjonen dreier seg om å administrere kvalmestillende medikamenter forordnet av lege, samt å iverksette ulike tiltak som vil minske bivirkningene og bidra til å fremme mestring av dem (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 21). Den behandlende- og lindrende funksjonen kan sees sammen med punkt 2.1 og 2.2 i «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», som indikerer at sykepleiere blant annet skal understøtte mestring og fremme helse (NSF, 2011). For at sykepleieren skal fremme mestring av bivirkningene og dermed fremme helse, må hun ha god kjennskap til barnet og dets sykehistorie for å kunne iverksette tiltak raskest mulig. I følge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) har barn rett på å bli tatt hånd om av det samme personalet under sykehusopphold. Primærsykepleie vil ha mange fordeler i behandlingen av barn og for å fremme mestring av kvalme og oppkast. For det første vil primærsykepleie bidra til at barnet har færre å forholde seg til som vil gjøre barnet godt kjent med sykepleierne. Dette vil være viktig i jobben med å skape et trygt og tillitsfullt miljø på sykehuset i en ellers utfordrende hverdag (Tveiten et al., 2012, s. 70). For det andre vil primærsykepleie bidra til at sykepleierne som behandler barnet, kjenner barnet og dets sykehistorie godt. Sykepleierne vil ha god kjennskap til hvordan barnet har reagert på cytostatika og kvalmestillende medikamenter tidligere, og vil kjenne til mestringsstrategier

som virker og som barnet har tro på. Dette gir mulighet for rask iverksettelse av tiltak og sykepleier vil dermed være med på å fremme mestring av bivirkningene (Bringager et al., 2014, s. 232). Dette gjenspeiles i studien «Nausea and vomiting perspectives among children receiving moderate to highly emetogenic chemotherapy treatment», som har til hensikt å beskrive forventet, akutt og forsinket cytostatikainduisert kvalme og oppkast fra perspektivene til 36 kreftsyke barn, omsorgspersonen deres og de behandlende sykepleierne.

Forskningsartikkelen viser til at sykepleiere kan bidra til å skape en forskjell i livskvaliteten hos kreftsyke barn som gjennomgår cytostatikabehandling. Ved at sykepleier har god kjennskap til barnet, har hun mulighet til å identifisere symptomer kjapt og iverksette tiltak raskere enn om sykepleieren ikke hadde denne kjennskapen. På den måten vil sykepleier bidra til å minske bivirkningene og dermed gjøre det enklere for barnet å mestre (Rodgers, Kollar, Taylor, Bryant, Crockett, Gregurich & Hockenberry, 2012).

Primærsykepleie er positivt for barnet og dets familie ved at de har færre sykepleiere å forholde seg til og ved at sykepleierne kjenner barnet godt. Derimot vil det alltid kunne komme mindre kjente sykepleiere på vakt som skal ha ansvar for barnet og behandlingen. Med grunnlag i hvor viktig primærsykepleie er, vil dokumentasjonsarbeidet være avgjørende for at ukjente også kan yte en god jobb. Sykepleiere har dokumentasjonsplikt jf. Helsepersonelloven (1999) §39. Dokumentasjonen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger, og dokumentasjonsplikten gjelder dem som yter helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999). Det vil være vesentlig for å tidlig kunne identifisere symptomer og behov for å iverksette tiltak, at det foreligger dokumentasjon fra tidligere situasjoner hvor barnet har opplevd kvalme og oppkast. Tiltak og mestringsstrategier med god effekt må dokumenteres, slik at sykepleieren vet hva som bør være førsteprioritet. Det er av stor betydning at sykepleier har tro på at hun kan lykkes med metoden hun bruker (Grønseth & Markestad, 2011, s. 68), og det vil dermed være gunstig med god dokumentasjon av metoder som har vist seg å fungere ved tidligere anledninger.

5.2.2 Konkrete sykepleietiltak ved kvalme og oppkast

Forsinket kvalme og oppkast blir underrapportert av sykepleiere (Rodgers et al., 2012a). Som sykepleier er det derfor av stor betydning at en i tillegg til å ha kunnskap om barn og sykdommen, og erfaring i forhold til observasjoner og tiltak, sitter med kunnskap om

bivirkninger og varigheten av disse. Kunnskap vil være av stor betydning for å identifisere bivirkningene. Barn i 6-8års alder kan som regel gi uttrykk for kvalme og oppkast, men selv om barnet har evne til dette, må sykepleier være klar over at barna ikke alltid sier ifra. Det vil derfor ha stor betydning at sykepleieren kjenner barnet og vet hvilke symptomer hun skal se etter (Bringager et al., 2014, s. 220-221). I observasjonen kan sykepleier benytte visuell analog skala hvor barnet ut fra en skala fra ingen kvalme, moderat kvalme til voldsom kvalme, kan beskrive sin egen opplevelse av kvalmeintensiteten (Knutstad, 2010, s. 210). Det kan tenkes at det vil være enklere for barnet å peke på skalaen, enn å beskrive med tall og ord hvordan det føles.

Medikamentelle tiltak

Medikamenter vil være en vesentlig del av sykepleierens bidrag til å fremme mestring av kvalme og oppkast. Ettersom barnet befinner seg i konsolideringsfasen må sykepleier være oppmerksom på forventningskvalme, som en betinget refleks. Siden forventningskvalme er vanskelig å håndtere, ønsker sykepleier heller å forebygge ved å gi nok kvalmestillende midler fra første kur (Varre, 2010, s. 162). Fra et sykepleiefaglig perspektiv vil det dreie seg om å administrere kvalmestillende medikamenter forordnet av lege, observere virkning og bivirkning, rapportere og dokumentere disse (Holm & Notevarp, 2007, s. 17).

Ikke-medikamentelle tiltak

I tillegg til å administrere medikamenter, har sykepleier flere tiltak å spille på for å bedre situasjonen, blant annet ved å engasjere barnet i andre aktiviteter som å spille eller lese bøker. Sykepleier må sørge for noen positive opplevelser ved innleggelse, ikke bare ubehagelige (Bringager et al., 2014, s. 232). Et tiltak vil være å vise at sykepleier er til stede for barnet og dets behov (Varre, 2010, s. 163). Opplevelsen av kvalme kan forsterkes av utrygghet, stress og angst (Grønseth & Markestad, 2011, s. 135), noe som viser til viktigheten av at sykepleier er tilgjengelig for barnet og har bygget opp tillit i forkant. Derimot må en tenke over at alle barn er forskjellige. Et barn kan ønske sykepleier til stede, mens et annet barn gjerne ønsker å være alene og slappe av kun med foreldrene i nærheten. Tiltakene må alltid tilpasses det enkelte barnet (Varre, 2010, s. 163).

Hvis akutt eller forsinket kvalme og oppkast først har oppstått, må sykepleier være bevisst barnets varhet for lukter og informere foreldrene om dette. Kaffe og parfyme er sterke lukter som kan bidra til økt følelse av kvalme, og må derfor holdes unna barnet (Bringager et al., 2014, s. 231). Sykepleier må være fleksibel med å tilby små, hyppige og appetittvekkende måltider når barnet er minst plaget av kvalme. Ønskekost kan være et tilbud, hvor barnet selv får være med å bestemme hva det skal spise ut fra hva som frister. Kald og klar væske er å foretrekke, eventuelt næringsdrikker (Varre, 2010, s. 163; Lorentsen & Grov, 2013, s. 417). Erfaringsbasert kan det være enklere å få i seg kald enn varm mat, og det kan være lurt å starte med små, salte kjeks for å se hvordan kvalmen utvikler seg idet barnet får i seg næring. Det er u hensiktsmessig å mase på et barn som er plaget av kvalme om å spise store mengder, men det er vesentlig at det spiser litt ettersom sultfølelse kan føre til kvalme (Bye, 2010, s. 226). Sykepleier kan med fordel informere om at det kan være lurt å unngå å spise favorittretten under aktiv cytostatikabehandling, grunnet endret smak og kvalmefølelse, når dette kan gjøre at barnet ikke ønsker favorittretten igjen (Sortland, 2011, s. 294). Hvis barnet er i form til det, kan sykepleier tilby en luftetur for å trekke frisk luft, som bruker å være behagelig for kvalme pasienter. Å tilby en kald klut på pannen kan også være med på å minske ubehaget barnet opplever (Varre, 2010, s. 163). Romdøren bør være stengt ved middagstider for å unngå matlukt, og sykepleier kan med fordel lufte gjennom rommet flere ganger per vakt (Bringager et al., 2014, s. 231).

Erfaringsmessig vil et godt munnstell bidra til å minske ubehaget ved kvalme, spesielt etter oppkast. Munnstell innebærer tannpuss med tannkrem uten såpe og fluortabletter morgen og kveld. Munnsvamp fuktet i natriumklorid og munnskyllevann kan med fordel benyttes flere ganger i løpet av dagen (Bringager et al., 2014, s. 226). Sykepleier kan fremme mestring av kvalme og oppkast ved å oppmuntre barnet til munnstell, eventuelt bidra til at dette blir gjort. Prosedyren kan være kjedelig og føles unødvendig for barn, så sykepleiers motiverende rolle er av betydning. Det å ha en munnstilleplakat hvor barnet får klistre på klistremerker etter endt munnstell og eventuelt få en premie da plakaten inneholder et visst antall klistremerker, bidrar til motivasjon for å utføre munnstellet (Bringager et al., 2014, s. 227). Munnstell kan også bidra til å fremme helse, ved å forhindre oppvekst av bakterier som kan skape infeksjon (Lorentsen & Grov, 2013, s. 418). I tillegg til munnstell, vil drops eller tyggegummi fjerne den ekle smaken i munnen kvalme og oppkast kan gi (Knutstad, 2010, s. 209). Med grunnlag i Varre (2010, s. 163), understøttet av egne erfaringer, er det individuelle forskjeller på hvilke

tiltak som fungerer. Sykepleier må være tålmodig og prøve seg frem, for på best mulig måte kunne fremme barnets mestring av bivirkningene gjennom behandlingsforløpet.

5.2.3 Avledningsteknikker

Under ubehagelige opplevelser som oppstår for eksempel på grunn av bivirkningene kvalme og oppkast, kan barnet ved hjelp av sykepleier benytte ulike mestringsstrategier for å takle situasjonen bedre. At sykepleieren fremmer bruken av og støtter opp under mestringsstrategier er av stor betydning for barnets tro på strategiene og et vellykket resultat (Rindstedt, 2014). I følge Grønseth og Markestad (2011, s. 67) er avledningsteknikker en metode sykepleier kan benytte for å fremme mestring av kvalme og oppkast. Teknikken fungerer i alle aldersgrupper, bare sykepleier gjør de individuelt tilpasset stadiet barnet befinner seg i. Denne metoden går ut på å hjelpe barnet til å fokusere på andre ting enn kvalmefølelsen, ved å bruke nysgjerrigheten deres og interessen for nye ting for å avlede (Grønseth & Markestad, 2011, s.67). Sposito et al. (2015) er støttende i at avledning fungerer som mestringsstrategi hos barn under cytostatikabehandling. Forskningen deres identifiserte som tidligere nevnt fem mestringsstrategier brukt av kreftsyke barn hvor deltagelse i underholdende aktiviteter og å ha det moro, altså avledning fra situasjonen, ble sett på som en nyttig mestringsstrategi. Sykepleier kan bruke lek, musikk, spill eller filmer som vekker interesse hos barnet og som får det over på andre tanker (Grønseth & Markestad, 2011, s. 67; Egeland, 2010, s. 697).

Enkelte sykehus har sykehusklovner tilgjengelig og klovnene kan virke som et godt avledningsmoment for barn. Studien av Mansson, Elfving, Petersson, Wahl og Tunell (2013) undersøkte hvordan barn innlagt på sykehus opplever sine møter med sykehusklovnene. Barna rapporterte at de ble glade for å se klovnene, og barn med tidligere erfaringer av klovnebesøk gledet seg veldig til å møte de igjen. Enkelte syns klovnene var skumle i starten, men dette gikk seg til. Samværet med klovnene førte til avledning fra den utfordrende situasjonen, og det ble mer fokus på lek og moro slik at sykdom ble glemt for et øyeblikk (Mansson et al., 2013). Ut ifra forskningslitteraturen kan det tyde på at sykehusklovner fungerer godt som mestringsstrategi knyttet til avledning, men besøket må alltid vurderes i forhold til barnet og situasjonen. For det første må sykepleier ha i bakhodet at alle barn er forskjellige og reagerer forskjellig i enhver situasjon (Tveiten et al., 2012, s. 83) For det andre må sykepleier vurdere intensiteten på kvalmefølelsen. Kvalme er en subjektiv følelse og kan oppleves

forskjellig fra barn til barn (Knutstad, 2010, s. 210). Det kan tenkes av sykehusklovner vil fungere godt som avledning ved mild til moderat kvalme, men at tiltaket kan oppleves mer stressende enn til nytte ved voldsom kvalme og dermed mister sin funksjon. For det tredje kan besøk av sykehusklovner føre til at barn assosierer klovner med sykdom og elendighet i senere tid. Praksiserfaring viser til en liten gutt som blir redd, usikker og engstelig i møte med klovner utenfor sykehuset, da det får han til å huske sykehusoppholdet og vonde følelser rundt dette. Erfaringen går overens med Sjøbjerg (2013, s. 124) som forteller at 6-8 åringer vil kunne huske negative inntrykk ved sykdom og på sykehus i lengre tid. Sykepleier bør derfor vurdere bruken av sykehusklovner ut fra hvert enkelt barns situasjon.

5.2.4 Kognitive mestringsstrategier

Kognitive mestringsstrategier er et annet verktøy sykepleier kan benytte for å fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn som gjennomgår cytostatikabehandling. Strategien går ut på å bevisst styre tankene bort fra det vonde ved hjelp av egen eller andres fantasi, for å fjerne fokus på det som er ubehagelig og gi en følelse av kontroll i utrygge situasjoner (Grønseth & Markestad, 2011, s. 68). Flere faktorer og forhold må være på plass for et vellykket utfall. For det første må sykepleier ha skapt tillit til barnet ved tidligere anledninger. For det andre må barnet være interessert i å delta og bidra for å lykkes, og for det tredje må barnet ha fått informasjon om hva som skal skje (Grønseth & Markestad, 2011, s. 68). Det kan være nyttig for sykepleier å bruke fantasireiser i arbeid med å fremme bivirkningene. Rindstedt (2014) underbygger dette ved å vise til at samarbeidende fantasifortellinger fungerer godt som mestringsstrategi. For å lykkes med teknikken må det tas utgangspunkt i barnets interesser. Ved å fange oppmerksomheten til barnet kan sykepleier alene, eller med bidrag fra barnet, skape en historie så livlig og ekte at de nærmest kan leve seg inn i historien og glemme det vonde for et øyeblikk (Grønseth & Markestad, 2011, s. 68). Fantasireise kan også fungere som en passiv strategi ved at barnet lytter og sykepleier tar ansvar. På en annen side kan sykepleier benytte aktive strategier hvor barnet må bidra, som for eksempel avslapningsteknikker. Hensikten er at sykepleier skal veilede barnet ved å gi instruksjoner og pusteøvelser barnet skal følge for å slappe helt av, for å minske ubehaget og finne roen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 68). Denne medvirkningen kan gi barnet en opplevelse av anerkjennelse og å bli hørt, jf. retten på å uttale seg om saker som omgår en selv (Barneombudet, udatert). Ved å selv bestemme hvilke mestringsstrategier barnet ønsker å

benytte får det en mulighet til å bestemme over seg selv under behandlingen, da andre avgjørelser ofte må tas av foreldre ettersom autonomiprinsippet er begrenset hos barn (Tveiten et al., 2012, s. 34 og 61).

5.2.5 Rammefaktorer

Forskning underbygger bruken av mestringsstrategier, men finner ingen forskjell i hvilke typer strategier som brukes i forhold til hvilken type kvalme barnet opplever (Rodger et al., 2012b). Med grunnlag i avsnittene over kan mestringsstrategier virke som en enkel og lettvin måte for å fremme mestring av bivirkningene, så lenge sykepleieren har kunnskap om og evne til å benytte seg av strategiene. I praksis er det flere rammefaktorer og forhold som vil være avgjørende for hvor vidt sykepleier vil få til å benytte mestringsstrategiene og hvor vidt det vil være med ønsket utfall. På den ene siden vil sykepleierens tid være avgjørende (Pölkki et al., gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 67). I dagens samfunn er det et økende krav til produktivitet og kostnadseffektive behandlinger (Nortvedt & Grønseth, 2013, s. 30). Hverdagen til sykepleiere er aldri lik. Erfaringsmessig kan enkelte dager være svært travle, mens ved en senere anledning har sykepleieren god tid på vakt. På de mest hektiske vaktene kan det tenkes at tiden sykepleier kunne benyttet på å fremme mestring- og mestringsstrategier sammen med barna, blir nedprioritert framfor andre oppgaver og plikter. På den andre siden kan det også være barnet og dets samarbeidsevne som skaper trøbbel. Mestringsstrategiene forutsetter samarbeid fra barnets side (Pölkki et al., gjengitt etter Grønseth & Markestad, 2011, s. 67). Hvis sykepleier ikke har bygget opp tillit hos barnet eller barnet er trøtt eller lei, kan det tenkes at mestringsstrategiene ikke vil ha samme effekt. Det er likevel viktig at sykepleier kjenner til strategier og har forståelse for å bruke dem (Sposito et al., 2015), da mestringsstrategier er gode verktøy å benytte i arbeidet med å støtte barn i å føle mestring, som barn i 6-8 års alder er opptatt av. Barna er klare for nye oppgaver og utfordringer, men ved å ikke mestre disse skapes en følelse av mindreverd og mislykkethet (Evenshaug & Hallen, 2000, s. 387). Barn kan forsvare seg ved regresjon hvis utfordringer og stress overskrider dets mestringsgrense, fordi det da forventes mindre (Tveiten et al., 2012, s. 56). Med bakgrunn i dette vil det være vesentlig for sykepleier å gi barnet tilpassede oppgaver, slik at hun kan bidra til å fremme mestring av bivirkningene og situasjonen barnet opplever.

5.3 Mening

Meningskomponenten omhandler utfordringer og belastninger barnet støter på. Er det utfordringer som det gir mening å investere i? (Ruud, 2011, s. 82). Antonovsky hevder at en må ha en opplevelse av sammenheng av det som skjer for å mestre utfordringene. For å se denne opplevelsen av sammenheng og mening må barnet først forstå situasjonen (forståelighet) og ha tro på at løsninger finnes (overkommelighet), for å se mening i situasjonen og innse at det er noe det er verdt å kjempe for (Reitan, 2010b, s. 86). Tidligere har vi sett at barnet kan få en viss forståelse for situasjonen av å inneha kunnskap om ALL, behandlingen og bivirkningene. Løsninger på problemet kvalme og oppkast finnes ved bruk av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, som for eksempel ulike mestringsstrategier. Den siste komponenten, mening, diskuteres videre.

5.3.1 Støtte fra familie og venner

Det kan tenkes at det å finne mening for et barn i en tid hvor barnet er syk og innlagt på sykehus, adskilt fra familie og venner, og attpåtil sliter med bivirkninger av cytostatika kan være vanskelig. Det er her sykepleier og familie vil ha stor betydning. Hovedmålet i Antonovsky's salutogene tilnærming er å øke evnen pasienten har til å mestre helseutfordringer, noe som blant annet kan gjøres gjennom samspill med familie og venner (Langeland, 2012). Jevnlig kontakt med søsken, familie og venner vil medvirke til at barnet føler tilhørighet til familien og vennekretsen (Grønseth & Markestad, 2011, s. 61), og klarer å se en mening i å komme tilbake til hverdagen og det normale livet. I perioder hvor barnet er så sykt at det ikke orker eller kan ha besøk, vil bilder av familie og venner eller brev være til nytte (Tveiten et al., 2012, s. 68). Erfaringsmessig er barn i dag gode på teknologi og sosiale medier, og en 6-8åring vil mestre å bruke mobil for å ringe nære og kjære eller Skype for å holde kontakten under sykehusopphold.

5.3.2 Fremme det friske

Som nevnt vil det være utfordrende for barnet å se mening i situasjonen hvor han eller hun er syk og opplever kvalme og/eller oppkast. Et sykepleietiltak som kan være med på å fremme mestring, kan være å fremme det friske ved barnet i en periode preget av sykdom, for å se mening i å bli frisk. Dette gjenspeiles i Antonovsky's tankegang om å ikke fokusere på

sykdom, men heller se hele mennesket for å fremme helse og mestring (Antonovsky, 2012, s. 36). Sykepleien må bygge på et holistisk menneskesyn hvor sykepleierne ser hele barnet, identifiserer det friske og ivaretar helheten (Bringager et al., 2014, s. 130). Sykepleiere har etiske føringer som underbygger Antonovsky's tankegang om å fremme helse og mestring. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» forteller at sykepleiere skal understøtte mestring og bidra til å fremme helse (NSF, 2011), noe sykepleier kan gjøre ved å se det friske i barnet og bidra til mestring av situasjonen.

Ved sykehusinnleggelse opplever barnet tap av den vante hverdagen. Å gå på skole, gjøre lekser, omgås venner og familie er vanlige aktiviteter som skaper trygghet og mening. Innlagt på sykehus er det sykepleiers ansvar, i samarbeid med for eksempel lekterapeuter og førskolelærere å bidra til lek, læring og mestring mest mulig likt en vanlig hverdag (Tveiten et al., 2012, s. 62). Erfaringsmessig kan det være hverdagens faste rutiner og ritualer som bidrar til mening hos mindre barn.

5.3.3 Emosjonell støtte

Knyttet til det å hjelpe barnet til å se mening i situasjonen, kan sykepleier benytte mestringsstrategien kalt emosjonell støtte. Som ordet tilsier handler strategien om å støtte barnet på det emosjonelle planet. Barn trenger støtte og ros fra foreldre og sykepleiere. Støtte er vesentlig for alle mennesker innlagt på sykehus, men spesielt for barn som er sårbare og veldig avhengige av foreldre og deres nærvær (Grønseth & Markestad, 2011, s. 69; Rindstedt, 2014). Emosjonell støtte bør gis fra foreldre og sykepleier gjennom hele den utfordrende situasjonen et sykehusopphold kan være. En hånd å holde i, et stryk over kinnet eller ros i sammenhenger hvor det er naturlig er viktige tiltak for at barnet skal føle emosjonell støtte og mestring. Erfaringsmessig vil premier fungere godt som ros og støtte etter god oppførsel eller tapperhet i forbindelse med for eksempel munnstell eller bruk av mestringsstrategier. Barnet må tillates å vise følelser og gråte ved ubehag og engstelse, og både sykepleier og foreldre må vise støtte og empati (Grønseth & Markestad, 2011, s. 69). En kan si at sykepleier har et lovfestet og etisk ansvar for å utøve emosjonell støtte og fremme mestring av kvalme og oppkast. For det første forteller Helsepersonelloven (1999) kapittel 2 § 4 at sykepleiere skal utøve omsorgsfull hjelp, som kan knyttes til det å gi emosjonell støtte ved å vise empati og omsorg. For det andre skal sykepleiere understøtte mestring og fremme helse (NSF, 2011),

noe som i dette tilfellet kan sees i sammenheng med sykepleiers ansvar for å behandle og lindre bivirkninger, og dermed fremme barnets mestring av disse. Det kan tenkes at ved å ha tro på barnet og tydelig vise det, kan sykepleiere fremme barnets tro på seg selv og sine mestringsevner. Rodgers et al. (2012b) underbygger at sosial og emosjonell støtte er en av de mest effektive mestringsstrategiene brukt blant barn i cytostatikabehandling.

Ved å ha oppnådd forståelighet og overkommelighet er det mulig at barnet føler en viss mening med situasjonen. Av å ha forståelse for hvorfor kvalme og oppkast har oppstått, ved å forstå cytostatikabehovet og ved å være trygg på at det finnes tiltak og muligheter for å mestre bivirkningene, kan det tenkes at en viss mening er skapt. Det er en mening med at barnet er kvalm, fordi det får behandling for å bli frisk. Barnet kan finne mening i situasjonen, ved å se mening i å komme tilbake til hverdagen før sykdommen oppstod.

6. Avslutning

Hensikten med denne litterære oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan fremme mestring av kvalme og oppkast hos barn som gjennomgår cytostatikabehandling grunnet ALL. Kvalme og oppkast oppleves som noen av de verste bivirkningene gjennom behandlingsforløpet og er med på å gjøre situasjonen utfordrende. Sykepleier har flere tiltak som kan benyttes for å fremme mestring av bivirkningene, både medikamentelle og ikke-medikamentelle.

Ved hjelp av den undervisende- og veiledende funksjonen, kan sykepleieren formidle kunnskap om sykdommen og behandlingen, som kan gi barnet en bedret forståelse for situasjonen det befinner seg i. Funksjonen kan også benyttes for å veilede barnet i bruk av ulike mestringsstrategier og på den måten fremme barnets mestring. For å fremme mestring av bivirkningene er sykepleier avhengig av å bygge opp et gjensidig tillitsforhold til barnet, både for å kunne formidle kunnskap gjennom kommunikasjon og for å lykkes med ulike mestringsstrategier. Sykepleieren må inneha kunnskap og forståelse for bruken av mestringsstrategier, for å kunne benytte disse for å fremme en effektiv mestring (Sposito et al., 2015).

Ved å skape en forståelighet for situasjonen, gjøre barnet trygg på at det har nok ressurser og muligheter til å takle situasjonen og ved å hjelpe barnet til å se mening, vil sykepleier være med på å fremme mestring av bivirkningene kvalme og oppkast. Sykepleieren må ha kunnskap om barnet og dets utvikling, og være klar over at tiltak og mestringsstrategier må vurderes i forhold til hvert enkelt barn, da alle er unike og opptrer forskjellig (Tveiten et al., 2012, s. 83).

Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askland, L., & Sataøen, S. O. (2013). *Utviklingspsykologiske perspektiver på barns oppvekst* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barneombudet. (Udatert). *Rettighetsplakaten 0-12 år*. Hentet fra http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/07/A3_0-12%C3%A5r_Rettighetsplakaten-2.pdf
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sygdom* (1. utg.). København: Munksgaard Danmark.
- Bjørger, S. (2010). Kvalme og kvalmebehandling. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (3. utg, s. 186-193). Oslo: Akribe AS.
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R., & Mørk, A.C. (2014). *Barn med kreft. En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bye, A. (2010). Ernæring. I A.M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (3. utg, s. 214-234). Oslo: Akribe AS.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Egeland, S. E. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (3. utg, s. 692-707). Oslo: Akribe AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evenshaug, O., & Hallen, D. (2000). *Barne- og ungdomspsykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal

Norsk Forlag AS.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barns%20opphold%20i>

Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatric og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Holm, S., & Notevarp, J.O. (2007). *Klinisk legemiddelhåndtering* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget AS.

Knutstad, U. (2010). Kvalme. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3. utg, s. 194-213). Oslo: Akribe AS.

Kreftforeningen (2015). *Leukemi hos barn*. Hentet 12.02.2016 fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-barn/>

Kristoffersen, N.J. (2011). Kunnskap og kompetanse. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg, s. 161-206). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Langeland, E. (2012). The significance of the salutogenic model in nursing. *Klinisk sykepleie*, 26(2), 38-48. Hentet fra

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=659ced8b-780b-4666-852a2ea8bdee8172%40sessionmgr4005&hid=4114&bdata=#AN=108123791&db=c8h>

Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg, s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mansson, M.E., Elfving, R.N., Petersson, C., Wahl, J., & Tunell, S. (2013). Use of clown to aid recovery in hospitalised children. *Nursing children and young people*, 25(10), 26-30. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7004ac6e-137b-421b-8a1d-d2b864c864d9%40sessionmgr4001&vid=4&hid=4104>
- Miller, E., Jacob, E., & Hockenberry, M.J. (2011). Nausea, Pain, Fatigue and Multiple Symptoms in Hospitalized Children With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), 382-393. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7f2b7ea0-7818-42d49807-225699375989%40sessionmgr113&vid=8&hid=118>
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg, s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10.01.2016 fra Norges Sykepleierforbund: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Reitan, A.M. (2010a). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3. utg, s. 74-107). Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A.M. (2010b). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.),

Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling (3. utg, s. 72-101). Oslo: Akribe AS.

Rindstedt, C. (2014). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child; Care, Health & Development*, 40(4), 580-586. Hentet fra

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012605289>

Rodgers, C., Kollar, D., Taylor, O., Bryant, R., Crockett, K., Gregurich, M.A., & Hockenberry, M. (2012a). Nausea and vomiting perspectives among children receiving moderate to highly emetogenic chemotherapy treatment. *Cancer nursing*, 35(3), 203-210. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21915041>

Rodgers, C., Norville, R., Taylor, O., Poon, C. Hesselgrave, J., Gregurich, M.A., & Hockenberry, M. (2012b). Children's coping strategies for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 202-209. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011469164>

Ruud, A.K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sortland, K. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Sposito, A.M.P, Machado, F., Rodrigues, S., Sparapani, V.C., Pfeifer, L.I., De 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. Hentet fra

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012919505>

Sørbjerg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg, s. 115-149). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Varre, P. (2010). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (3. utg, s. 161-173). Oslo: Akribe AS.

Zeller, B., & Mathisen, S. I. (2010). Kreft hos barn. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling* (3. utg, s. 672-691). Oslo: Akribe AS.