

BACHELOROPPGAVE:

”JEG ER STERKERE ENN DEG”
- Mestring hos kreftrammede barn

FORFATTERE:

MARTHE ALFREDSSEN
KRISTIN HUSTAD FLORHAUG
FANNY ANDREA SUKKEN BJØRNHOLT

Dato: 19.05.2017

SAMMENDRAG

Tittel:	"Jeg er sterkere enn deg"	Dato : 19/5-2017
	- Mestring hos kreftrammede barn	
Deltakere:	Marthe Alfredsen	
	Kristin Hustad Florhaug	
	Fanny Andrea Sukken Bjørnholt	
Veileder:	Inger Balke	
Evt. oppdragsgiver:	X	
Stikkord/nøkkelord	Kreft, behov, mestring, barns perspektiv	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
	42/10342	
<p>Introduksjon</p> <p>Hvert år rammes omtrent 140 barn under 15 år av kreft i Norge. Når et barn blir rammet av kreft blir den trygge hverdagen byttet ut med usikkerhet og redsel. Barnet kan føle seg hjelpeløst og oppleve at foreldrene er like redde som barnet selv. Det er derfor viktig at sykepleiere innehar tilstrekkelig kunnskap om barnets utvikling, behov og reaksjonsmønstre.</p> <p>Hensikt</p> <p>Belyse barnets perspektiv på en kreftdiagnose og på den måten finne ut hva vi som sykepleiere kan bidra med for å dekke barnets behov slik at det mestrer situasjonen.</p> <p>Metode</p> <p>I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som metode.</p> <p>Resultat</p> <p>Basert på de syv valgte studiene ble det identifisert tre hovedtemaer; barnets behov, kreftrelaterte stressfaktorer og barnets mestringsstrategier. Sammen belyser disse temaene barnets perspektiv på en kreftdiagnose.</p> <p>Konklusjon</p> <p>En kreftdiagnose oppleves stressende for barnet og fører med seg store endringer i barnets hverdag. Disse endringene skaper utrygghet for barnet og fører med seg flere stressfaktorer. Trygghet er barnets viktigste behov og spiller en viktig rolle i barnets mestring. Foreldrene er de som i størst grad gir barnet trygghet og har dermed en betydelig rolle i barnets mestring.</p>		

ABSTRACT

Title:	"I am stronger than you"	Date : 19/5-2017
	- Coping in children with cancer	
Participants:	Marthe Alfredsen	
	Kristin Hustad Florhaug	
	Fanny Andrea Sukken Bjørnholt	
Supervisor:	Inger Balke	
Employer:	X	
Keywords	Cancer, needs, coping, childrens perspective	
Number of pages/words: 42/10342	Number of appendix: 0	Availability: Open
<p>Introduction</p> <p>Each year approximately 140 Norwegian children under the age of 15 are diagnosed with cancer. When a child gets diagnosed with cancer, the safe everyday life becomes filled with uncertainty and fear. The child might feel helpless and experience that the parents are as scared as the child himself. Therefore, it is important that nurses possess sufficient knowledge about the child's development, needs and behaviour.</p> <p>Aim</p> <p>The aim is to explain the child's perspective on a cancer diagnosis and identify what nurses can do to meet the needs of the child so that the child can cope with the situation.</p> <p>Method</p> <p>In this study literature review is used as method.</p> <p>Result</p> <p>Based on the seven selected studies, three main topics were identified; the child's needs, cancer-related stressors and the child's coping strategies. Combined, these themes highlight the child's perspective on a cancer diagnosis.</p> <p>Conclusion</p> <p>Being diagnosed with cancer is stressful for the child and brings significant changes to the child's everyday life. These changes make the child feel insecure and create several stressors. The child's most important need is feeling safe and it plays an important part in the child's coping. The parents make the child feel safe and thus have a significant role in the child's coping.</p>		

DOBBELTHAKE

*Jeg er så trist
Må være på sykehus
Jeg får medisin, men blir bare sykere
Mamma og pappa gråter
Når de tror at jeg sover
De sier til meg, at de vet at det går over
Men jeg klarer ingenting, og jeg blir ikke bra igjen
Jeg har ingen krefter og jeg klar'ke å være glad*

*Jeg er så trist
Og det er midt på natta
Jeg er våken, men ingen trøster meg
Hvorfor må jeg være her, når jeg vil hjem
Hvorfor får jeg medisin, i en fremmed seng
Jeg lover å bli snill, for jeg har nok vært slem
Sykepleier, vær så snill og send meg hjem igjen!*

*Jeg er så glad
Og det er midt på natta
Jeg er så spent, fordi vi skal ha fest
Jeg slipper ut i dag, fra rommet mitt
Jeg skal løpe i gangen, og ha det fritt
Vi skal marsjere og spise kake
Og jeg skal spise til jeg får:
Dobbelthake!*

(Bringager et al., 2014, s. 180)

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	5
1.1 INTRODUKSJON TIL TEMA	6
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	6
1.3 HENSIKT	7
1.4 PROBLEMSTILLING.....	7
2.0 BAKGRUNN.....	8
2.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	8
2.2 BARN INNLAGT PÅ SYKEHUS	8
2.3 BARNETS MESTRINGSSTRATEGIER	10
2.4 TEORETISK PERSPEKTIV	11
2.4.1 Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori	11
2.4.2 Lazarus og Folkmans teori om mestring	11
3.0 METODE	12
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	12
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	12
3.3 SØKESTRATEGI	14
3.4 SØKEHISTORIKK	15
3.5 ANALYSE	17
4.0 RESULTAT.....	18
4.1 PRESENTASJON AV RESULTATARTIKLER.....	18
4.2 TEMATISK OPPSUMMERING AV RESULTATENE	25
4.2.1 Barnets behov	25
4.2.2 Kreftrelaterte stressfaktorer.....	26
4.2.3 Barnets mestringsstrategier.....	26
5.0 DRØFTING.....	28
5.1 BEHOVET FOR RESPEKT OG FORELDRENE TILSTEDEVÆRELSE	28
5.2 STRESS SOM TRUSSEL MOT BARNETS UTVIKLING	31
5.3 MESTRINGSHJELP, LEK OG DISTRAKSJON SOM MESTRINGSSTRATEGI.....	32
5.4 KRITISK VURDERING	34
5.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	36
6.0 KONKLUSJON	37
7.0 LITTERATURLISTE	38

Antall ord: 10342

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon til tema

Hvert år rammes omtrent 140 barn under 15 år av kreft i Norge (Kreftregisteret, 2016). Selv om kreft er den hyppigste årsaken til død og sykdom hos barn, anses forekomsten av barnekreft som lav og den har holdt seg stabil i Norge siden 1985 (Kreftregisteret, 2015). Prognosen hos et barn er generelt bedre enn hos en voksen, men dette varierer ut i fra krefttypen (Oslo Universitetssykehus, 2016). De vanligste kreftformene hos barn er leukemier, svulster i sentralnervesystemet og lymfomer, og i dag overlever 4 av 5 barn som får en kreftdiagnose (Kreftregisteret, 2015). Få pasienter og små tall gir utfordringer med tanke på forskning og behandlingseffekter, og resultatene som blir gjort må derfor tolkes på en forsiktig måte (Kreftregisteret, 2016).

Når et barn blir rammet av kreft blir den trygge hverdagen byttet ut med usikkerhet og redsel. I møtet med sykehuset kan barnet føle seg hjelpesløst og som hovedpersonen i et kaos. Sykdommen påvirker hele familien og barnet kan oppleve at foreldrene er like redde som det barnet selv er (Bringager et al., 2014).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2016, s. 7).

Å være sykepleier på en barneavdeling kan være krevende. Barnets avhengighet av å få dekket de grunnleggende behovene varierer stort ut i fra alder og utvikling. Et spedbarn er helt avhengig av en voksen som forstår når behovet for mat melder seg, og større barn kan si mer ifra om hva de trenger. Kunnskap om barns utvikling for å kunne møte barna der de er og tilfredsstille deres behov, står derfor svært sentralt hos en sykepleier som jobber med barn. Familien har på en barneavdeling en større rolle som barnets pårørende, enn hva pårørende til voksne har. Sykepleier må derfor være bevisst på sine egne verdier og evne å se den enkelte familie som en unik familie. For en sykepleier er det nødvendig å inneha

kunnskap om å ta seg av pårørende i krevende situasjoner i tillegg til å inneha gode samarbeidsevner. Dette kan ses på som familiesentrert sykepleie. Pårørende sitter ofte på verdifull informasjon rundt barnets symptomer og behov, men i en vanskelig situasjon kan pårørende bli slitne og ha mindre overskudd til å takle utfordringer. Deres egne behov og bekymringer er også tilstede på sykehuset, noe som kan føre til at de bidrar mindre ovenfor det syke barnet (Tveiten, 2012a). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) står det at foreldre kan få avlastning etter behov, og at det er personalet som har ansvar for behandling både når foreldrene er tilstede og når de ønsker avlastning. Derfor er det også viktig at sykepleier har kunnskap om kommunikasjon for å skape tillit og trygghet til barnet (Tveiten, 2012a).

God sykepleie forutses som individuell og tar hensyn til situasjonen barnet er i. Sykepleie til barn stiller store krav til kompetanse på flere plan og det er viktig å inneha kunnskap om barns ulike reaksjonsmønstre. Det kreves kunnskap rundt teoretiske, praktiske og etiske aspekter, kunnskap om pediatri samt hvordan ulike prosedyrer utføres for å sikre å behandlingen som gis. Relasjonsbygging, kommunikasjonsferdigheter og bruk av fantasi står også sentralt i sykepleie til barn. Sykepleien påstås å være god når barnets behov ivaretas på en faglig, etisk og juridisk god måte, samtidig som barnet og familien opplever trygghet, tillit og lindring. Kvaliteten på sykepleien som gis er betinget av holdninger og ferdigheter som sammen legger grunnlaget for sykepleierens kompetanse (Tveiten, 2012a).

1.3 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse barnets perspektiv på en kreftdiagnose og hvordan barnet selv opplever å få behandling på sykehus. Vi ønsker å få mer kunnskap om barnets tanker og følelser, og på den måten finne ut hva vi som sykepleiere kan bidra med for å dekke barnets behov slik at det mestrer situasjonen.

1.4 Problemstilling

Hva er kreftrammede barns behov når de er innlagt på sykehus og hva skal til for at barnet mestrer situasjonen?

2.0 BAKGRUNN

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om barn med kreft da dette er et tema som gjør oss engasjerte og nysgjerrige. Vi har hatt begrenset med undervisning i pediatri gjennom studiet, og vi har derfor et ønske om å tilegne oss mer kunnskap om denne pasientgruppen. Ifølge Enskär (2012) har feltet barnekreft et stadig økende behov for sykepleiere med spesialkunnskap. Familier stiller større krav til sykepleierens kunnskap, da de stadig finner mer informasjon om sykdom på internett. Økt kunnskap innenfor barnekreft gjør at sykepleier i større grad føler selvsikkerhet ved behandlingen de gir, ved at utøvelsen er godt forankret i kunnskap, ferdigheter og erfaring (Enskär, 2012).

En kreftdiagnose er en stor påkjenning for barnet, og vi ser behovet for å få en større forståelse for hvordan vi som kommende sykepleiere kan bidra til å støtte barnet gjennom sykdommen. Selv om antallet kreftrammede barn er beskjedent, er behandlingen ofte langvarig og barnet vil derfor ha kontakt med en sykehusavdeling over lengre tid (Bringager et al., 2014). På grunnlag av dette ser vi på kreft som et relevant og aktuelt tema, der det vil være interessant å få økt kunnskap om hvordan barnet på best mulig måte kan mestre en kreftdiagnose.

2.2 Barn innlagt på sykehus

I følge Grønseth og Markestad (2011) kreves det at sykepleier har spesiell kunnskap for å ivareta barn og unge på sykehus. Sykepleiere må i følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) ha kunnskap om barnets utvikling og behov. Sykehusopphold kan være med på å påvirke barnets utvikling i en negativ retning og barnet er avhengig av hjelp for å opprettholde de fysiske, miljømessige og sosiale behovene. Eksempler på disse behovene er trygghet, velvære, følelsen av å bli ivaretatt, støtte til kognitiv utvikling og forebygging av tilstander som sinne og angst. Ved at sykepleier har basiskunnskap om barnets umodenhet og raske utvikling skapes det tillitsforhold og grunnlag for god kommunikasjon med barnet på deres premisser (Grønseth og Markestad, 2011). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) sier at barn så langt det lar seg gjøre, skal bli tatt

hånd om av samme personalet under oppholdet på sykehuset. Sykepleier vil sammen med deres omsorgspersoner være barnets advokat i barneavdelingen. Sykepleiers væremåte og holdninger ovenfor barnet er med på å påvirke fagets grunnleggende verdier. Med væremåte og holdninger menes kommunikasjon og formidling, engasjement, samt nærhet og avstand (Grønseth og Markestad, 2011).

Utfordringene og stresset som følger med en sykehusinnleggelse er krevende for barnet og kan overstige deres mestringsevne. Derfor er det viktig at barnets normale hverdag så langt det lar seg gjøre opprettholdes ved en sykehusinnleggelse (Grønseth og Markestad, 2011). Barn er emosjonelt og kognitivt umodne, og umodenheten påvirker deres forståelse og reaksjon på sykdom og skade (Sjøbjerg, 2013). Barn har ulike rettigheter gjeldende på flere områder i følge FNs barnekonvensjon. Noen av barns rettigheter er å kunne å gi uttrykk for sin egen mening, oppnå høyest mulig grad av helsestandard ved behandling og ivaretagelse av deres ytringsfrihet (Barne- og familiedepartementet, 1989). Når barnet har fylt syv år har det rett til å få uttale seg i saker som angår deres personlige forhold (Barne- og likestillingsdepartementet, 2006).

Barn kan oppleve stress og angst ved en sykehusinnleggelse, da de kjente omgivelsene blir byttet ut med usikkerhet. Barn reagerer samtidig ulikt, og faktorer som alder, sykdommens omfang, tidligere erfaring fra lignende situasjoner og foreldrenes eventuelle uro og angst kan påvirke barnet. Mangel på personlig kontroll trekkes frem som det barnet er mest redd for ved en sykehusinnleggelse. De nye omgivelsene inneholder nye rutiner, lukter og fremmede mennesker som kan føre til utrygghet og at barnets angstfølelse blir forsterket. Dette kan føre til store utfordringer da barns evne til mestring er begrenset (Sjøbjerg, 2013). Ved å gi barnet muligheten til å ta egne valg og beslutninger kan det bidra til å redusere følelsen av mangel på kontroll. Barnet kan ikke velge å unngå en prosedyre, men det kan for eksempel velge hvilken hånd det skal stikkes i (Grønseth og Markestad, 2011).

2.3 Barnets mestringsstrategier

Det kreves bevisste kompetente sykepleiere med gode holdninger for å kunne styrke barnets mestringsstrategier. Mestringsstrategiene kan i følge Grønseth og Markestad (2011) deles inn i tre kategorier: avledningsteknikker, kognitive strategier og følelsesmessig støtte. Avledningsteknikker går ut på å avlede barnet fra det de kan oppleve som smertefullt og ubehagelig, ved å utnytte barnets nysgjerrighet, interesse for nye ting og utholdenhet ovenfor oppgaver det finner interessant. Kognitive strategier innebærer bruk av fantasi eller andres hjelp for å avlede tankene fra det som oppleves vanskelig eller ubehagelig. Følelsesmessig støtte går ut på at foreldre og sykepleier under prosedyren bør vise en støttende og empatisk holdning til barnet (Grønseth og Markestad, 2011).

Ved at barnet har kontakt med venner og familie, får muligheten til å sette ord på egne følelser, har rutiner i hverdagen og blir skjermet fra det som oppleves skremmende i omgivelsene kan det bidra til å fremme mestring hos barnet. Hvis barnet har en primær sykepleier på avdelingen vil det bidra til at barnet har færre personer å forholde seg til og dette vil være trygghetsskapende og mestringsfremmende (Tveiten, 2012b). Det er også viktig å styrke foreldrenes mestring, da barns og foreldres stressnivå påvirkes av hverandre (Grønseth og Markestad, 2011).

Lek er barnets første arena for å uttrykke seg. Leken er med på å gi følelsen av å ha kontroll og føle mestring, og derfor er det viktig at lek er et fokusområde på en barneavdeling (Öhman, 2012). Hvis barn av ulike årsaker ikke kan bevege seg fritt er det viktig at lek tilrettelegges, og for noen barn er det sengen som blir lekeplassen. Leken kan styrke barnets selvaktelse og selvtillit (Tveiten, 2012b). I situasjoner som er uoversiktlige og krevende kan lek bidra til å redusere stress og øke barnets mestringsopplevelse (Grønseth og Markestad, 2011).

2.4 Teoretisk perspektiv

På bakgrunn av valgt problemstilling ser vi det hensiktsmessig å inkludere teorier som omhandler stress og mestring.

2.4.1 Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori

Patricia Benner og Judith Wrubels teori er bygget på et kunnskapssyn som hevder at mennesket utvikler kunnskap gjennom erfaring og refleksjon (Kirkevold, 1992). Deres teori tar utgangspunkt i omsorgens betydning i sykepleien, herunder stress og mestring ved sykdom. Benner og Wrubel hevder at omsorg i betydningen "bry seg om noe" skaper mulighet for mestring og for å motta hjelp, samtidig som "det å bry seg" også kan være opphav til stress. Begrepet stress ses i sammenheng med begrepet mestring. Benner og Wrubel forklarer forholdet mellom stress og mestring ved at stress er bruddet i meningsfulle opplevelser og mestring noe man gjør med bruddet. Sammenhengen av faktorene stress, mestring og opplevelse av velvære kan ikke ses på som isolerte faktorer, da det er personens oppfattelse av sin egen situasjon som binder de ulike aspektene sammen (Benner og Wrubel, 1989). Benner og Wrubels teori er bygget på en psykologisk teori utviklet av Lazarus og Folkman (Kirkevold, 1992).

2.4.2 Lazarus og Folkmans teori om mestring

Lazarus og Folkman (1984) sier at mestring er bestemt av kognitiv vurdering. Med kognitiv vurdering menes et kontinuerlig evaluerende fokus på mening eller betydning. Det skilles mellom følelsesfokusert og problemfokusert mestring. Følelsesfokusert mestring handler om å regulere følelsene som knytter seg til den stressende situasjonen ved å unngå å tenke på trusselen, eller å revurdere den. Det vil si å endre *opplevelsen* av situasjonen heller enn selve situasjonen. Problemfokusert mestring handler om å håndtere eller forandre et problem som oppleves ubehagelig. Dette går ut på å tilegne seg informasjon om hva som må gjøres for å endre situasjonen eller problemet ved å søke kunnskap, veiledning og støtte (Lazarus og Folkman, 1984).

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie som metode

I følge Polit og Beck (2017) er metode en teknikk forskere bruker for å strukturere en studie, samle og analysere relevant informasjon. I denne oppgaven er litteraturstudie anvendt som metode. Aveyard (2014) beskriver en litteraturstudie som en metode hvor man gjør systematiske søk i valgt tema som bygger på allerede eksisterende forskning. En litteraturstudie kan bidra til å gi bedre innsikt i et tema, enn det en enkelt forskningsartikkel kan gi. Ved å systematisk evaluere forskningsartikler og sammenligne disse, kan det gi et mer komplett bilde av et tema og bidra til å gi mer overbevisende og nyttige resultater (Aveyard, 2014).

Det skilles mellom primærkilder og sekundærkilder. I en primærkilde vil studien bli beskrevet av forfatteren som utførte den, i motsetning til en sekundærkilde der informasjonen er gjengitt av noen andre enn den som gjennomførte studien (Polit og Beck, 2017).

Resultatartiklene vi drøfter i oppgaven vår er primærkilder. Det har blitt benyttet primærlitteratur i oppgaven vår så langt det har latt seg gjøre. Dette for å sikre at anvendt stoff ikke er feiltolket eller skrevet om på en slik måte at det har endret betydning. Vi har tatt i bruk sekundærkilder der det ikke har vært mulig å oppdrive primærkilden og hvor vi har ansett sekundærkilden som pålitelig. Ved å undersøke forfatterens bakgrunn og utgivelser har vi fått en indikasjon på om vi har funnet en pålitelig kilde.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I denne oppgaven har vi valgt å avgrense aldersgruppen til å kun gjelde kreftsyke barn under 12 år. Bakgrunn for avgrensningen er ønske om en gruppe barn som har like rettigheter når det kommer til deres myndighet i forbindelse med helsehjelp (Befring, 2004). Når barnet når milepælene 12-, 16- og 18 år, gjelder andre bestemmelser rundt informasjonsplikt og medbestemmelse, uten å beskrive dette ytterligere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En annen forklaring på aldersavgrensningen er at barna under 12 år behandles på barneavdeling, i forhold til eldre barn som kan behandles på andre avdelinger etter sykehusets organisering (Grønseth og Markestad, 2011).

Vi har tatt utgangspunkt i barn som behandles inneliggende på sykehus for en kreftbehandling. Vi har valgt å inkludere både barnets og sykepleiers perspektiv, med hovedvekt på barnets perspektiv. Bakgrunnen for at vi ikke ønsker å ekskludere sykepleiers perspektiv har forklaring i at sykepleiere kan inneha kunnskap om hvordan barn mestrer ulike situasjoner, som kan være med på å styrke oppgaven vår. Foreldre vil bli brukt som en ressurs i oppgaven, og er heller ikke ekskludert fra litteraturen vi har funnet. Dette på grunn av vårt utgangspunkt om at de kjenner barnet sitt best, noe som igjen vil bidra til å skape en helhetlig forståelse av barnet. Vi har ekskludert alle artikler som kun omhandler foreldrenes perspektiv.

Vi har vært interessert i å finne oppdatert forskning, samtidig tenker vi at med vårt valgte tema vil også eldre artikler være relevante. Dette er fordi vi anser temaet som noe som ikke nødvendigvis endrer seg over tid, da det baserer seg på barnets følelser og opplevelser. Som nevnt tidligere i oppgaven er det i følge Kreftregisteret (2016) små tall på forskning rundt barn med kreft, og vi valgte derfor å holde årstall rundt vitenskapelige artikler åpent. Ved å gjøre dette oppnår vi et bredere søkeområde og dermed et større antall artikler.

Vi ønsket å finne artikler fra land vi kan sammenlikne oss med og som har et helsevesen som er overførbart til Norge, og valgte derfor å hovedsakelig inkludere artikler fra Norden, Vest-Europa, USA og Oseania. Vi ville allikevel holde muligheten åpen for å inkludere artikler fra øvrige deler av verden.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Alle former for kreft	
Barn under 12 år	Øvrige aldersgrupper
Inneliggende på sykehus	
Barnets perspektiv	Kun foreldrenes perspektiv
Sykepleierens perspektiv	
Land vi kan sammenligne oss med	
Fagfellevurdert nivå 1 og 2	Fagfellevurdert nivå 0
Nordisk eller engelskspråklig	

3.3 Søkestrategi

Selve søkeprosessen har foregått over flere måneder, hvor vi har benyttet oss av flere ulike databaser og prøvd oss frem med mange ulike søkeord. I begynnelsen brukte vi ulike databaser for å se hvilken som hadde flest treff på relevante artikler. Vi så fort at Cinahl (EBSCO) hadde det beste utvalget, og dette har bidratt til at fem av sju studier som er blitt brukt i denne oppgaven er fra denne databasen. Dette kan forklares med at Cinahl (EBSCO) er en database som dekker nærmest alle engelskspråklige sykepleietidsskrifter og relaterte helseprofesjoner (Polit og Beck, 2017). Databasene som ble benyttet i artikkelsøket er MedLine Ovid, Cinahl (EBSCO), SweMed og PubMed. Søkeordene som har blitt brukt har bakgrunn i valgt problemstilling, og har utviklet seg i gjennom søkeprosessen da nye ord og begrep ble fanget opp. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt opp tidlig, slik at det gjennom hele søkeprosessen var en enighet om hva vi ønsket å finne. Ved å tydeliggjøre inklusjons- og eksklusjonskriterier i litteratursøket vårt, avgrensers vi mengden treff samtidig som vi unngår artikler som ikke er relevante (Aveyard, 2014). For å få en indikasjon på om en artikkel er relevant ble sammendraget lest for å danne en oversikt. Hvis artikkelen ble ansett som relevant etter at sammendraget var lest, ble studien lest i sin helhet og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi brukte Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å se om artiklene var fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrift.

Artikkelsøket har kun resultert i studier med kvalitativ forskningsmetode. I en kvalitativ studie samles opplysningene ofte inn gjennom intervjuer hvor deltakernes ord og beskrivelser blir gjengitt, og resultatene er beskrivende og fortolkende. Dette i motsetning til en kvantitativ studie som ofte baserer seg på statistikk og mange deltagere (Aveyard, 2014).

Selve søkeprosessen for hver artikkel vil bli fremstilt i tabell nedenfor.

3.4 Søkehistorikk

Database	Søkeord	Antall separate treff	Valgt artikkel
Cinahl (EBSCO)	1. <i>Children</i> 2. <i>Cancer</i> 3. <i>Coping strategies</i> 4. <i>Stressors</i> 5. <i>Hospital</i>	514 073 273 445 6 834 7 864 312 118	Hildenbrand, A. K., Clawson, K. J., Alderfer, M. A. og Marsac, M. L. (2011) Coping With Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment , <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i> 28(6), s. 344–354.
	Kombinasjoner 1+2 1+2+3 1+2+3+4 1+2+3+4+5	14 032 136 20 8	
Cinahl (EBSCO)	1. <i>Children with cancer</i> 2. <i>Experience</i> 3. <i>Health promotion</i>	4 955 206 630 52 352	Einberg, E-L., Nygren, M., Svedberg, P. og Enskär, K. (2016) ‘Through my eyes’: health- promoting factors described by photographs taken by children with experience of cancer treatment , <i>Child: Care, Health and Development</i> , 42(1), s. 76-86.
	Kombinasjoner 1+ 2 1+2+3	883 8	
Cinahl (EBSCO)	1. <i>Children with cancer</i> 2. <i>Play</i> 3. <i>Nurse</i> 4. <i>Coping</i>	4 955 65 541 390 656 39 480	Rindstedt, C. (2013) Children’s strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping , <i>Child: Care, Health and Development</i> , 40(4), s. 580-586.
	Kombinasjoner 1+2 1+2+3 1+2+3+4	152 34 6	

PubMed	<ul style="list-style-type: none"> 1. Cancer 2. Child 3. Perspective 4. Nursing 5. Hospital 6. Psychology 7. Pediatric 	<ul style="list-style-type: none"> 3 453 758 1 957 523 87 364 338 055 3 790 599 1 225 583 609 633 	Darcy, L., Knutsson, S., Huus, K. og Enskar, K. (2014) The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis, From Both Children's and Parent's Perspectives , <i>Cancer Nursing</i> , 37(6), s. 445-456.
	Kombinasjoner 1+2+3 1+2+3+4 1+2+3+4+5 1+2+3+4+5+6 1+2+3+4+5+6+7	<ul style="list-style-type: none"> 564 95 39 27 19 	
MedLine	<ul style="list-style-type: none"> 1. Children with cancer 2. Their experience 3. Treatment 	<ul style="list-style-type: none"> 3 437 12 275 4 097 090 	Ångström-Brännström, C. og Norberg, A. (2014) Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experiences of Comfort in Interviews and Drawings , <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i> , 31(3), s. 35-46.
	Kombinasjoner 1+2 1+2+3	<ul style="list-style-type: none"> 20 18 	
Cinahl (EBSCO)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Child 2. Neoplasms 3. Hospitalization 4. Needs 5. Observation 	<ul style="list-style-type: none"> 526 750 373 971 48 723 301 988 52 131 	Björk, M., Nordström, B. og Hallström, I. (2006) Needs of Young Children With Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study , <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i> , 23(4), s. 210-219.
	Kombinasjoner 1+2 1+2+3 1+2+3+4 1+2+3+4+5	<ul style="list-style-type: none"> 23 835 198 30 2 	
Cinahl (EBSCO)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Cancer 2. Child 3. Needs 4. Hospital 5. Coping 6. Pediatric 	<ul style="list-style-type: none"> 270 331 513 980 271 999 308 015 39 480 121 648 	Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. C., Pfeifer, L. I., Lima, R. A. G. og Nascimento, L. C. (2015) Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy , <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 47(2), s. 143-151
	Kombinasjoner 1+2 1+2+3 1+2+3+4 1+2+3+4+5 1+2+3+4+5+6	<ul style="list-style-type: none"> 14 030 1 825 294 24 8 	

3.5 Analyse

I følge Polit og Beck (2012) skal de relevante studiene leses, sammenfattes og gjennomgås kritisk. Det har blitt foretatt en grundig og kritisk gjennomgang av alle artiklene som benyttes i oppgaven. Artiklene er lest sammen og individuelt, for å forsikre oss om at artiklene er forstått riktig og at de samsvarer med oppgavens inklusjonskriterier og problemstilling. Artiklene ble deretter satt inn i matriser for å danne en oversikt over innhold og relevans for oppgaven. Ved en tematisk analyse oppdages mønstre og regelmessigheter, og på den måten kan ulike temaer identifiseres (Polit og Beck, 2012). I denne prosessen ble det identifisert ulike temaer fra artiklenes resultat. Da fikk vi en oversikt over hvilke temaer som gjentok seg og hvilke som kun gjaldt for noen av artiklene. Disse temaene ble deretter sammenlignet og det ble videre identifisert tre hovedtemaer fra artiklenes resultater som vi presenterer i resultatdelen. Vi har navngitt temaene på grunnlag av hva vi fant mest dekkende, samt at temaene kan relateres til vår problemstilling og drøftes deretter. I tematisk sammenfatning av resultater har vi inkludert alle resultater vi finner relevante for oppgaven vår.

4.0 RESULTAT

4.1 Presentasjon av resultatartikler

Coping With Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment	
	<p>Forfattere: Hildenbrand, A. K., Clawson, K. J., Alderfer, M. A. og Marsac, M. L. (2011).</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i>.</p> <p>Land: USA</p>
Nøkkelord	<i>Pediatric cancer, cancer-related stressors, coping, parent coping assistance</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke kreftrelaterte stressfaktorer hos barn, og hvordan barnet mestrer disse faktorene.
Metode	Studien har brukt en kvalitativ metode, hvor femten barn i alderen 6-12 år og femten foreldre ble intervjuet. Det ble foretatt semistrukturerte intervjuer hvor barnas og foreldrenes svar ble dokumentert hver for seg.
Resultat og diskusjon	<p>I studien kom det frem mange kreftrelaterte stressfaktorer, og disse ble delt inn i fire kategorier: kreftbehandling og bivirkninger, plagsomme følelsesmessige reaksjoner, forandringer i daglige rutiner og sosiale utfordringer. Barna benyttet mestringsstrategier som distraksjon, uttrykke følelser og avslapning.</p> <p>Foreldrene svarte i stor grad det samme som barna angående stressfaktorer. Mestringsstrategier foreldrene hadde assistert med, som skilte seg ut fra barnas svar, var å motivere barnet til å ta kontroll, etablere rutiner, spørre om assistanse fra det medisinske teamet og engasjere seg i støttende handlinger.</p>
Konklusjon	Kommunikasjon mellom foreldre og barn om stressfaktorer og mestringsstrategier kan bidra positivt i sykdomsprosessen. Familier har nytte av å lære om ulike mestringsstrategier tidlig i forløpet.
Relevans for oppgaven	Studien beskriver både hva barnet og foreldrene anser som stressfaktorer og hvilke mestringsstrategier barnet benytter.

‘Through my eyes’: health- promoting factors described by photographs taken by children with experience of cancer treatment	
	<p>Forfattere: Einberg, E-L., Nygren, M., Svedberg, P. og Enskär, K. (2016).</p> <p>Tidsskrift: <i>Child: Care, Health and Development.</i></p> <p>Land: Sverige</p>
Nøkkelord	<i>Cancer, children’s perspective, focus group, health promotion, photograhpy</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske hva som bidrar til å fremme helse ved kreftbehandling fra barnets perspektiv og erfaring.
Metode	Studien har brukt kvalitativ metode. Femten barn i alderen 8-12 år som har erfart cellegiftbehandling deltok i studien. Barna ble delt inn i fokusgrupper hvor de fikk i oppgave å fotografere motiver som de mente fremmet helse. Disse bildene ble gjennomgått i grupper.
Resultat og diskusjon	<p>Resultatene i studien ble inndelt i tre hovedpunkter som barnet mente var med på å fremme helse: Meningsfulle relasjoner, fritidsaktiviteter og et trygt miljø. Følelsen av trygghet er viktig for barnets trivsel og velvære.</p> <p>Helsefremmende faktorer for barn kan bli oppfattet som noe alle barn har til felles uavhengig av deres tidligere erfaringer. For barnets velvære var det også viktig at foreldre og sykepleiere samarbeidet.</p>
Konklusjon	Studien viser at barn med erfaring fra kreftbehandling har et helhetlig syn på hva som er med på å fremme helse. Det er viktig at helsepersonell støtter meningsfulle relasjoner som barnet har til familie, dyr og jevnaldrende i løpet av behandlingsperioden. Denne kunnskapen kan bidra til kvalitetsforbedringer hos de som jobber med barn i helsevesenet.
Relevans for oppgaven	Studien belyser barnets egne erfaringer ved kreftbehandling, og hvilke faktorer som er med på å fremme deres helse.

Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping	
	<p>Forfatter: Rindstedt, C. (2013).</p> <p>Tidsskrift: <i>Child: Care, Health and Development.</i></p> <p>Land: Sverige</p>
Nøkkelord	<i>Coping, imaginal coping, interaction, paediatric cancer, parent and staff assistance, video ethnography</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å se nærmere på hvordan barn håndterer stress og kronisk sykdom (leukemi). Studiens overordnede mål handlet om å undersøke hvordan helsepersonell og foreldre støttet barn i deres mestring.
Metode	Studien har brukt video etnografisk metode. Det er foretatt 93 timer videoinnspilling av samhandlingen mellom barn, foreldre og ansatte ved sykehuset. Fem barn deltok i studien, hvor fire av barna var under 12 år.
Resultat og diskusjon	Resultatene deles inn i fem hovedgrupper: historiefortellinger, humor i behandling, bønn, lek ved prosedyrer og rollebytte med kreative improvisasjoner fra ansatte. De nevnte hovedgruppene utdyper hvordan barn tar i bruk lek og fantasi for å håndtere leukemi. Fokuset har særlig vært på <i>imaginal coping</i> som betyr bruk av fantasi, samarbeid og lek som mestringsstrategi.
Konklusjon	Personalet spilte en stor rolle i mestringsprosessen sammen med foreldrene. Barnet var ikke passivt i mestringsprosessen, men aktivt deltagende.
Relevans for oppgaven	Studien belyser barnets, foreldrenes og personalets perspektiv på hvordan barnet mestrer sin situasjon.

Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy	
	<p>Forfattere: Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. C., Pfeifer, L. I., Lima, R. A. G. og Nascimento, L. C. (2015).</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Nursing Scholarship</i>.</p> <p>Land: Brasil</p>
Nøkkelord	<i>Chemotherapy, cancer, child, pediatric nursing</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å analysere mestringsstrategier hos barn som gjennomgår cellegiftbehandling på sykehus.
Metode	Studien har brukt kvalitativ metode hvor ti barn deltok i alderen 7-12 år. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer hvor det ble brukt en marionett, som barnet hadde laget før intervjuet. Marionetten ble brukt som en strategi for å skape et trygt miljø mellom barnet og den som intervjuet.
Resultat og diskusjon	<p>Resultatene deles inn i seks hovedgrupper: forstå behovet for behandling, finne lindring for smerter og bivirkninger, finne glede i mat, engasjere seg i aktiviteter og ha det gøy, håp om helbredelse og støtte i religion.</p> <p>Barna tok i bruk ulike mestringsstrategier for å takle cellegift-behandling på sykehus. Mestringsstrategiene var ulike i henhold til barnas erfaringer og alder. Det var enklere for barna å takle bivirkningene av behandlingen når de forstå viktigheten av den.</p>
Konklusjon	Utfordringene barna møtte under cellegiftbehandling ga motivasjon til å finne effektive mestringsstrategier. Med denne kunnskapen kan helsepersonell gjøre selve opplevelsen mindre traumatisk.
Relevans for oppgaven	Mestringsstrategiene som blir nevnt i studien er relevante for hvordan sykepleier kan møte barnet på sykehus og tilrettelegge for at barnet føler seg trygg og ivaretatt.

The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis, From Both Children's and Parent's Perspectives	
	<p>Forfattere: Darcy, L., Knutsson, S., Huus, K. og Enskär, K. (2014).</p> <p>Tidsskrift: <i>Cancer Nursing</i>.</p> <p>Land: Sverige</p>
Nøkkelord	<i>Cancer, content analysis, everyday life, Sweden, young child</i>
Hensikt	Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan en nyoppstått kreftdiagnose påvirker barnets hverdag, med både barnets og foreldrenes perspektiv.
Metode	Studien har brukt kvalitativ metode, hvor det har blitt foretatt semistrukturerte intervjuer av tretten barn i alderen 1-6 år og deres foreldre. Intervjuene ble gjort mellom tre til ni uker etter diagnosen ble stilt. Fem intervjuer foregikk i barnets hjem og åtte på sykehus.
Resultat og diskusjon	Studien viser at barnas hverdag var forandret følelsesmessig basert på tre følgende hovedkategorier: å føle seg fremmed, å føle seg maktesløs og å føle seg isolert. Barnet ønsket å bli sett som et helt menneske, få informasjon og mulighet for å delta i egen behandling. Foreldrene var en trygghet for barna sine og de skal ikke føle seg presset til å hjelpe sykepleiere med medisinske prosedyrer rundt sitt eget barn. Det kommer frem at kreftdiagnosen påvirker barnets syn på seg selv og andre.
Konklusjon	Barnet har behov for at helsepersonell anerkjenner barnets eksistens, kunnskap, og behov for deltakelse i behandlingen. Dette krever kompetente sykepleiere som er trygge i rollen sin. Sykepleier må kunne identifisere personlige og miljømessige forhold som både legger til rette og hindrer fremgang, for å kunne hjelpe barnet og familien gjennom de forandringer som følger med det å leve med en livstruende sykdom.
Relevans for oppgaven	Studien belyser både barnets- og foreldrenes perspektiv noe som gir en helhetlig forståelse av hvordan barnet opplever situasjonen.

Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experiences of Comfort in Interviews and Drawings	
	<p>Forfattere: Ångström-Brännström, C. og Norberg, A. (2014).</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i>.</p> <p>Land: Sverige</p>
Nøkkelord	<i>Cancer, children, comfort, endurance, family, hospital staff, interview</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan barn beskriver sin opplevelse av velvære under kreftbehandling.
Metode	Studien har brukt en kvalitativ metode, hvor ni barn i alderen 3-9 år med foreldre ble intervjuet og bedt om å tegne tegninger om temaene varig ubehag, uttrykke velvære, finne trøst og trøste andre.
Resultat og diskusjon	Studien viser at barn opplevde ubehag ved behandling, og at de i noen tilfeller kunne uttrykke følelser rundt dette. Noen av barna savnet hjemmet sitt og muligheten til å være med familie og venner. Barna ble ofte trøstet av foreldrene sine. Videre fortalte barna at de av og til måtte trøste foreldrene. Barna fant lettelse i å kunne uttrykke ubehag. Distraksjon fra både personer rundt og barnet selv bidro til mestring av ubehag hos barnet.
Konklusjon	Studien konkluderer med at trygghet og velvære er et grunnleggende fenomen for å bygge et likeverdig forhold mellom voksne og barn. Kommunikasjonen med barn på sykehus kan forbedres gjennom tegninger.
Relevans for oppgaven	Barna uttrykker følelser hva de mener rundt trygghet og ubehag, og hva de selv mener hjelper knyttet til disse følelsene.

Needs of Young Children With Cancer During Their Initial Hospitalization: An Observational Study	
	<p>Forfattere: Björk, M., Nordström, B. og Hallström, I. (2006).</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Pediatric Oncology Nursing</i>.</p> <p>Land: Sverige</p>
Nøkkelord	<i>Childhood cancer, hospitalization, needs, observation</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive unge barns behov uttrykt gjennom deres oppførsel, kroppsspråk og hva de gir uttrykk for verbalt.
Metode	Studien har brukt en kvalitativ metode og gjennomført ustrukturerte observasjoner av barnet i 26 timer. Barna var i alderen 0-7 år og nylig diagnostisert med kreft.
Resultat og diskusjon	<p>Barnets behov ble delt inn i 5 kategorier: å ha foreldrene i nærheten, å leke og føle glede, deltakelse i behandlingen, å ha et godt forhold til de ansatte og å ha fysisk og følelsesmessig tilfredshet.</p> <p>Det kom frem i studien av foreldrenes tilstedeværelse bidro til at barnet klarte å uttrykke sine behov. Sykepleier må støtte barnet og barnets foreldre slik at foreldrene videre kan støtte og berolige barnet under kreftbehandlingen.</p>
Konklusjon	Studien konkluderer med at observasjoner av barnet i det daglige og ved aktivitet gir verdifull kunnskap om barnets behov. Barnet har både særegne behov knyttet til kreftsykdommen og behov som også friske barn har. Det mest fremtredende behovet barnet hadde var å ha foreldrene i nærheten.
Relevans for oppgaven	Studien får frem barnets behov ved en nyoppdaget kreftdiagnose.

4.2 Tematisk oppsummering av resultatene

4.2.1 Barnets behov

For at barnet skal føle velvære og trivsel i en stressende hverdag, er det avhengig av et trygt miljø rundt seg og muligheten for å bli trøstet av foreldrene (Einberg et al., 2016; Darcy et al., 2014; Ångström-Brännström og Norberg, 2014). I følge Darcy et al. (2014) og Hildenbrand et al. (2011) har barn et behov for at foreldrene er til stede for å gi nærhet og omsorg. Det er derfor verdifullt for barnet å ha familie og venner rundt seg, da det gir gjensidig glede. Familien og venner gir barnet trøst og støtte, noe som får barnet til å føle seg bedre (Einberg et al., 2015). Foreldrenes tilstedeværelse gjør det lettere for barnet å uttrykke hva det føler (Björk, Nordström og Hallström, 2006; Darcy et al., 2014) og barnet opplever glede når det er deltagende i egen behandling (Darcy et al., 2014). Kontakt med jevnaldrende er et viktig behov og er med på å fremme barnets helse (Einberg et al., 2016; Sposito et al., 2015; Darcy et al., 2014). Det å i møtekomme skolegang for de barna det gjelder, er en viktig faktor for å dekke deres behov for kontakt med barn på samme alder. Dyr blir også nevnt som en god støtte for barnet, da de gir barna glede (Einberg et al., 2016). Lek blir uttrykt som et stort behov (Björk, Nordström og Hallström, 2006) og ved å ha med egne leker og kosedyr inn på avdelingen får barnet økt velvære (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Sposito et al., 2015).

Sykepleierens nærvær blir sett på som positivt da de setter av tid til å snakke med barna, noe som bidrar til å bygge et tillitsforhold mellom barnet og sykepleier (Darcy et al., 2014). Barn setter pris på at sykepleierne i avdelingen gir informasjon om behandlingen (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Darcy et al., 2014; Björk, Nordström og Hallström, 2006). I følge studien til Ångström-Brännström og Norberg (2014) setter barna pris på små samtaler og bruk av humor under prosedyrer, behandling og informasjon. God informasjon er med på å gi barnet forståelse på hvorfor behandlingen er viktig og hvorfor de får cellegift (Sposito et al., 2015). Barn ønsker å bli sett på som et kompetent individ og ønsker informasjon (Darcy et al., 2014). Barn som er i en alder hvor de kan uttrykke seg muntlig, ønsker å være involvert i beslutninger som skal tas (Björk, Nordström og Hallström, 2006). I følge Sposito et al. (2015) er barn avhengige av å forstå hensikten med å få cellegift for å kunne samarbeide

under behandlingen. Det er viktig at informasjonen som er tilpasset barnets alder og modenhet (Darcy et al., 2014). På den måten vil barnet se viktigheten av å blant annet få i seg næring når de får cellegiftbehandling, og viktigheten av gjennomføring av andre medisinske prosedyrer. Barn opplever noen bivirkninger som skremmende, som gjør det viktig å informere barnet om at det ikke er farlig, men at det derimot er en del av det negative rundt cellegiftbehandlingen (Sposito et al., 2015). Selv om barna er rammet av kreft fremkommer det i studien til Einberg et al. (2016) at de liker å være fysisk aktive.

4.2.2 Kreftrelaterte stressfaktorer

Stell av sentralt venekateter (SVK) blir beskrevet som en stressfaktor av både barn og foreldre og det vekker en følelse av panikk hos barnet å være tilkoblet et stativ med intravenøs væske (Darcy et al., 2014). Bivirkninger knyttet til cellegiftbehandlingen er beskrevet som betydlige stressfaktorer, og håravfall blir nevnt som en av de mest fremtredende (Hildenbrand et al., 2011; Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Sposito et al., 2015). I følge studien til Rindstedt (2013) fremkommer det at spinalpunksjon er mest stressende for barnet.

Redsel, nervøsitet, det å leve i usikkerhet, frykt for døden og tanker om å være syk er faktorer som barnet ser på som negative følelsesmessige reaksjoner ved kreftsykdommen (Hildenbrand et al., 2011). Videre fremkommer det i Hildenbrand et al. (2011) at foreldrene som deltok i studien ser de samme stressfaktorene hos barna og barna synes det er vanskelig å se foreldrenes reaksjoner og bekymring (Darcy et al., 2014; Ångström-Brännström og Norberg, 2014). I følge Darcy et al. (2014) beskriver foreldrene at barnet som før var aktivt og fornøyd, nå er blitt usikkert, smiler og ler mindre, og er i større grad avhengig av andre etter kreftdiagnosen. Barna sier også at de føler seg annerledes etter at de ble syke og at deres hverdag er forandret med følelser som å føle seg fremmed, maktesløs og ensom (Darcy et al., 2014).

4.2.3 Barnets mestringsstrategier

Distraksjon blir fremhevet som virkningsfullt når barna gjennomgår noe de opplever som ubehagelig (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Hildenbrand et al., 2011). Distraksjon

kan være at en forelder leser fra en bok, eller at barnet selv spiller spill eller har en leke som bidrar til å få barnets tanker vekk fra det som foregår (Ångström-Brännström og Norberg, 2014). Ved at barnet engasjerer seg i aktiviteter som det finner underholdende kan det bidra til at fokuset flyttes vekk fra smerte og bivirkninger som følge av kreftbehandlingen. Barna fant strategier for å ikke gå ned i vekt, ved å blant annet be om mat som fristet dem, eller ved å be familiemedlemmer om å ta med mat hjemmefra (Sposito et al., 2015). Opplever barnet smerte eller frykt kan også gråting eller skriking være barnets strategi for å håndtere den ubehagelige situasjonen (Rindstedt, 2013).

Fysisk nærhet til foreldrene bidrar til at barnet føler trygghet og velvære i situasjoner som oppleves skremmende (Ångström-Brännström og Norberg, 2014). Foreldre spiller en viktig rolle i barnets mestring, ved at deres støtte og nærvær kan fremme mestring hos barnet (Rindstedt, 2013; Ångström-Brännström og Norberg, 2014). Bruk av humor i behandlingen kan redusere angst og stress hos barnet. Ved at ansatte navngir ulike maskiner, kaller sterile hansker for heksehansker og lar barna komme med humoristiske navn på ulike instrumenter, kan dette bidra til at barnet mestrer vanskelige situasjoner på en bedre måte. Lek ved prosedyrer kan bidra til økt mestring hos barnet. Ved å la barnet telle til tre før det får et sprøytstikk eller la barnet gjennomføre samme prosedyre på en bamse først kan dette avlede oppmerksomheten fra det som skal skje (Rindstedt, 2013). I følge Sposito et al. (2015) kan lek også bidra til at bivirkninger oppleves mindre plagsomme. Å forstå nødvendigheten av cellegiftbehandling er en viktig mestringsfaktor hos barnet, ved at det lettere kan håndtere motgangen og bivirkninger cellegiften gir.

5.0 DRØFTING

5.1 Behovet for respekt og foreldrenes tilstedeværelse

Barn med en kreftsykdom har særegne behov knyttet til sykdommen, men også behov som friske barn har (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Barns avhengighet for å få dekket de grunnleggende behovene varierer stort ut i fra alder og utvikling. I noen tilfeller vil barn som er på sykehus havne i situasjoner hvor de er uenige i behandlingen de får, eller i prosedyrer de må gjennomgå. Både barnet og foreldrene vil kunne stille seg kritisk til om det er nødvendig at barnet må gå gjennom ulike, og kanskje smertefulle prosedyrer. I et slikt tilfelle vil foreldrene i større grad enn barnet kunne forstå indikasjonen og se sammenhenger (Tveiten, 2012a). I følge Grønseth og Markestad (2011) har barnet ulik forståelse av sykdom ut i fra alder. Barn i 1-3 års alderen kan raskt trekke paralleller med hendelser som skjer nært hverandre i tid og tenke at sykehusinnleggelsen skjedde på bakgrunn av at barnet var slemt. I 3-6 års alderen har barn vansker med å forstå hva sykdom og behandling er, og frykter for tap av kontroll ved ulike undersøkelser og prosedyrer. Barn mellom 6 og 12 år klarer i større grad klarer å se sammenheng mellom sykdom og behandling (Grønseth og Markestad, 2011). Det er derfor viktig å formidle forståelse og tilpasset informasjon til barnet (Bringager et al., 2014).

Det viser seg at barn har et informasjonsbehov når de blir innlagt på sykehus (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Darcy et al., 2014; Björk, Nordström og Hallström, 2006; Spósito et al., 2015). Når dette behovet tilfredsstilles har barna lettere for å inngå et samarbeid (Sposito et al., 2015). Informasjonen bør forklares individuelt og ut i fra barnets alder og modenhet (Sposito et al., 2015), da barn har et behov for å uttrykke sin egen vilje rundt behandling (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Barnets forståelse og reaksjon på sykdom påvirkes av barnets emosjonelle og kognitive umodenhet (Sjøbjerg, 2013), men barnet bør få muligheten til å ta egne valg og beslutninger da dette er med på å redusere følelsen av mangel på kontroll (Grønseth og Markestad, 2011; Einberg et al., 2016; Sposito et al., 2015; Darcy et al., 2014; Hildenbrand et al., 2011). Dette forutsetter at barnet er i en alder hvor det kan uttrykke seg muntlig (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Sett fra en annen vinkel er lek ifølge Öhman (2012) barnets første arena for å uttrykke seg, og gir en

følelse av kontroll. På bakgrunn av dette kan det være hensiktsmessig at sykepleier leker med barnet for å lære å kjenne barnets behov. Dette bekreftes av Bringager et al. (2014) som skriver at lek kan bringe frem barnets tanker og meninger. Barn har et behov for å bruke lek ved behandling (Rindstedt, 2013; Björk, Nordström og Hallström, 2006). Dette uavhengig av barnets alder og alvorlighetsgrad på sykdommen. Det ses at barn som ikke er synlig berørt av kreftsykdommen, har et større behov for fysisk aktivitet og at barnets valg av lek og aktivitet gjenspeiles av deres alder og utvikling (Björk, Nordström og Hallström, 2006).

Det er viktig at barnets normale hverdag så langt det lar seg gjøre opprettholdes ved en sykehusinnleggelse (Grønseth og Markestad, 2011). Det er derfor nødvendig at avdelingen og rommet barnet er på, utformes slik at det er tilpasset barnets behov (Barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Følelsen av trygghet er viktig for barnets velvære og trivsel på sykehuset (Einberg et al., 2016; Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Björk, Nordström og Hallström, 2006; Darcy et al., 2014). Dette mener også Bringager et al. (2014), som skriver at trivsel gir grunnlag for vekst og utvikling. Foreldrenes tilstedeværelse på sykehuset gir barnet trygghet og omsorg (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Darcy et al., 2014; Hildenbrand et al., 2011). Samtidig gjør deres tilstedeværelse det lettere for barnet å uttrykke hva de føler (Björk, Nordström og Hallström, 2006; Darcy et al., 2014). Alikevel kommer det fram i Ångström-Brännström og Norberg (2014) at foreldre ble overrasket over barnets tanker, da de trodde de visste hva barnet tenkte.

Selv om den nære bindingen til foreldrene avtar i 6-7 årsalderen, har barnet fortsatt et behov for å vite at de er i nærheten om det skulle ha behov for det (Sjøbjerg, 2013). Dette blir ivaretatt av forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), som skal sikre barnets rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under en sykehusinnleggelse. Foreldre skal ikke føle seg presset til å hjelpe sykepleiere med medisinske prosedyrer rundt sitt eget barn, da barnet allerede opplever situasjonen som traumatisk og tilliten barnet har til foreldrene kan bli satt på spill (Darcy et al., 2014). Samtidig er samarbeidet mellom foreldre og sykepleiere med på å øke barnets velvære (Einberg et al., 2016), da det er viktig for barn å ha et godt forhold til de ansatte på avdelingen (Björk, Nordström og Hallström, 2006). Kontinuiteten av å ha samme sykepleier er med på å styrke barnets tillit til sykepleiere (Ångström-Brännström

og Norberg, 2014; Tveiten, 2012b). Dette understrekes også i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000), hvor det står at barnet skal tas hånd om av primærsykepleier så langt det lar seg gjøre. Dersom barnet knytter tillit til sykepleieren, vil sykepleier kunne være en erstatter dersom foreldre ikke alltid har mulighet til å være i nærheten av barnet (Ångström-Brännström og Norberg, 2014). Sett fra en annen side vil det være krevende for sykepleier å få til et samarbeid med barnet dersom foreldrene ikke er til stede, da det kan være vanskelig å trøste barnet fordi det føler seg utrygt (Bringager et al., 2014; Tveiten, 2012b). Samtidig nevner Darcy et al. (2014) behovet for at barnet blir behandlet med respekt som en annen forutsetning for at både barnet og foreldrene skal få tillit til sykepleieren. Respekt blir i følge Tveiten (2012b) sett på en form for anerkjennelse.

Kontakt med jevnaldrende med på å fremme barnets helse, i den grad at de gir barnet glede, støtte, trøst og får barnet til å føle seg bedre (Einberg et al., 2016; Sposito et al., 2015; Darcy, et al., 2014; Hildenbrand et al., 2011). Dette kan ses i sammenheng med Grønseth og Markestad (2011) da barn i 6-12 års alderen er redd for å være annerledes og ligge etter på skolen. Derfor er det viktig å imøtekomme barnets behov for skolegang (Einberg et al., 2016; Hildenbrand et al., 2011), da barnet opplever en positiv atmosfære med kjente omgivelser og trygt miljø (Einberg et al., 2016). Alikevel opplevde noen barn tap av vennskap på grunn av langtidsfravær fra skolen og mobbing fordi de så annerledes ut (Hildenbrand et al., 2011).

I følge Darcy et al. (2014) forventes det god kvalitet på all sykepleie som gis til barnet. Det er sykepleierens oppgave å oppdage og se pasientens ressurser og verdier, og dyrke frem det friske i barnet (Bringager et al., 2014). Betydningen av å bli behandlet med respekt av personalet på sykehuset er et viktig behov for barn (Sposito et al., 2016; Darcy et al., 2014), men i følge Darcy et al. (2014) har ikke alle sykepleiere de nødvendige ferdighetene for å møte dette behovet hos barnet. Da kan en stille seg spørrende til om kvaliteten på sykepleien blir opprettholdt og om barnet får ivaretatt sine behov, da det i følge Bringager et al. (2014) er sykepleierens oppgave å legge til rette for at barnet føler seg som et verdifullt og helt menneske.

5.2 Stress som trussel mot barnets utvikling

Barn kan i følge Sjøbjerg (2013) oppleve stress ved en sykehusinnleggelse. Å bli innlagt på sykehus er en stressfaktor. Stressende situasjoner kan forklares som en forstyrrelse av egne meninger, sorg, smerte, tap eller andre utfordringer som er av betydning (Benner og Wrubel, 1989). Det som for noen barn kan være en stressfaktor trenger ikke oppleves på samme måte for andre. Dette på bakgrunn av at alder, barnets tidligere erfaringer sammen med sykdommens omfang er av betydning for hvordan barnet reagerer (Sjøbjerg, 2013). Dette kan ses i sammenheng med det fenomenologiske synet på stress, da det ses ut i fra personens bekymringer, tidligere opplevelser og ferdigheter som er grunnlaget på hva som fremstår som stressende for den enkelte (Benner og Wrubel, 1989).

For barnet er det knyttet flere stressfaktorer til selve kreftbehandlingen og dens bivirkninger (Hildenbrand et al., 2011). SVK er sett på som en stor stressfaktor for barnet fordi det ble implementert samme dag som kreftdiagnosen ble stilt (Darcy et al., 2014). Kanskje kan man tenke seg at det å både få beskjed om at man er kreftsyk, og måtte gjennomgå en prosedyre man frykter blir for mye å håndtere som barn? I følge Grønseth og Markestad (2011) kan det være en trussel mot barnets utvikling om stresset barnet blir utsatt for varer over tid eller overstiger barnets mestringsevne. Søvnløshet blir sett på som en annen bivirkning grunnet pågående intravenøs væske om natten (Hildenbrand et al., 2011). Spinalpunksjon er nevnt som en akutt stressfaktor, i tillegg til perifert venekateter (PVK), ta medisiner, kvalme og ikke kunne spise den maten de selv ønsker til enhver tid (Sposito et al., 2015; Hildenbrand et al., 2011). Til tross for at barna kjenner på bivirkninger ved behandling, blir behandlingen raskt implementert som en positiv ting for å bekjempe kreften (Darcy et al., 2014). Stativet med intravenøs væske som for noen ble sett på som en stor skrekk, ble for andre en trygghet og noe å holde fast i (Hildenbrand et al., 2011). Dette kan forstås som en trygghet ut ifra Sjøbjerg (2013) som skriver at barnet møter mye som er ukjent på sykehus.

Barnets redsel, tanker om døden og det å være syk blir i følge Hildenbrand et al. (2011) sett på som negative reaksjoner hos barnet ved en kreftdiagnose. For barnet er det vanskeligere å takle situasjonen de befinner seg i dersom de har en større tro på tilbakefall enn på bedring (Sposito et al., 2015). For å hjelpe barnet i situasjonen må sykepleier ha kunnskap

om ulike reaksjonsmønstre barn har på negative konsekvenser av sykdom (Tveiten, 2012b). Gjennom kunnskap om sykdommen og informasjon om hvordan det enkelte barnet opplever situasjonen, kan sykepleier hjelpe barnet med å forme sykdomsopplevelsen. Sykepleier kan på ingen måte kurere stress, men hjelpe ved å presentere ulike mestringsstrategier (Benner og Wrubel, 1989).

Bringager et al. (2014) skriver at foreldrene kan fremstå like redde som barna. Håravfall er beskrevet som en betydelig stressfaktor for barna (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Sposito et al., 2015), men i aller størst grad for foreldrene, fordi man tydeligere kunne se at barnet var sykt (Hildenbrand et al., 2011). Dette underbygges av Benner og Wrubels (1989) teori da de hevder opplevelsen av sykdom er en vesentlig kilde til stress og at mennesker opplever sykdom først når symptomene har meldt seg, til tross for at patologisk forandring ikke nødvendigvis fører med seg symptomer. Barna synes det å være vitne til foreldrenes bekymring er ubehagelig (Ångström-Brännström og Norberg, 2014), men adskillelse fra foreldre kan være en større påkjenning, da Einberg et al. (2016) skriver at tilstedeværelsen av foreldre gir barnet trygghet. Samtidig som barna blir påvirket av foreldrenes bekymring, er det forståelig at foreldre må få utspring for sine følelser med påfølgende reaksjoner på deres konstante bekymring ovenfor barnet (Darcy et al., 2014). Sett fra en annen side vil det for foreldrene være et sjeldent valg å trekke seg ut av situasjonen og overlate barnet til medisinsk personell for å selv mestre situasjonen (Kirkevold, 1992). For barn oppleves det som en trussel å bli forlatt av foreldrene og er en av de viktigste årsakene til stress (Grønseth og Markestad, 2011). På bakgrunn av dette kan vi forstå viktigheten og nytten familier har av støtte og veiledning fra medisinsk personell for å bedre kunne håndtere kreftrelaterte stressfaktorer (Hildenbrand et al., 2011).

5.3 Mestringshjelp, lek og distraksjon som mestringsstrategi

I følge Rindstedt (2013) spiller foreldre en stor rolle når det gjelder barnets tilpasning til kreftdiagnosen. Begrepet *coping assistance* (hjelp til mestring) blir brukt som en beskrivelse på hjelpen foreldrene gir for at barnet skal mestre stresset det blir utsatt for (Rindstedt, 2013; Hildenbrand et al., 2011). Foreldres tilstedeværelse på sykehus blir sett på som nødvendig da det er de som kjenner barnet best (Darcy et al., 2014). Samtidig kommer det

frem i studien til Rindstedt (2013) at de ansatte ved kreftavdelingen spiller en stor rolle i barnets mestringsprosess, ved at de hjelper foreldrene med å fremme barnets mestring. Dette kan forklares med at sykepleiere skal inneha fagkunnskap om barnets reaksjoner på sykdom, samt deres utviklingsstadier og behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Ved å ta utgangspunkt i at sykepleiere har mer erfaring og kunnskap om alvorlig syke barn enn det foreldre har, kan det tenkes at det er naturlig at sykepleier må hjelpe foreldre med å fremme mestring hos barnet. Det kan se ut til at et samarbeid mellom sykepleier og foreldre er hva som må til for å mest effektivt fremme mestring hos barnet (Rindstedt, 2013; Darcy et al., 2014; Hildenbrand et al., 2011). På en annen side skriver Darcy et al. (2014) at foreldrene ønsket å ta del i barnets behandling, men at de opplevde sin nye rolle som uklar. Kanskje kan grunnen til dette være at det ikke bare er foreldrene som dekker barnets behov ved en sykehusinnleggelse, men også helsepersonell på avdelingen (Grønseth og Markestad, 2011). Samarbeidsstrategier og rolleavklaring kan være det som må til for å gi barnet en funksjonell hverdag og dermed også fremme mestring hos barnet (Darcy et al., 2014). Mestring beskrives av Lazarus og Folkman (1984) som innsatsen som gis for å håndtere psykologisk stress. Er denne teorien aktuell i denne sammenheng da det er hjelp til mestring som fremkommer og ikke barnets egne strategier? I følge Tveiten (2012b) er teorien til Lazarus og Folkman utviklet med tanke på voksne. Det er derfor nødvendig å se på barnets og familiens samlede mestringskapasitet når denne teorien skal relateres til barn (Tveiten, 2012b).

I følge Öhman (2012) bidrar lek til at barnet opplever en følelse av mestring og kontroll. Dette støttes også av Rindstedt (2013) hvor det beskrives at lek ved prosedyrer bidrar til økt mestring hos barnet. Her blir humoristisk samarbeid mellom barn og helsepersonell og kreative improvisasjoner trukket frem som effektive faktorer for barnets mestring (Rindstedt, 2013). Viktigheten av lek blir beskrevet som en helsefremmende faktor som får barnet til å føle velvære (Einberg et al., 2016). Dette kan ses i sammenheng med at lek kan bidra til å mestre plagsomme bivirkninger (Sposito et al., 2015). Samtidig kan lek bli sett på som et savn, da de som oftest må leke alene eller med voksne på sykehuset og ikke med vennene sine (Darcy et al., 2014; Hildenbrand et al., 2011). Dette ble også trukket frem som en bekymring fra foreldrenes side, da barnet ikke får ivaretatt den intellektuelle stimulien

det får ved å leke med andre barn (Darcy et al., 2014). På en annen side påvirker barnets alder leken og hvilke behov barnet har i leken. Barn under 3 år leker som oftest hver for seg, og barn som nærmer seg 12 år kan være opptatt av telefon og sosiale medier og dermed også holde seg opptatt på egenhånd (Grønseth og Markestad, 2011). Dette støttes også av Sposito et al. (2015) som beskriver at barn i 11- 12 årsalderen bruker internett til å høre på musikk, spille spill og snakke med venner.

Distraksjon blir sett på som en effektiv ikke-medikamentell smertelindring hos barn (Sposito et al., 2015; Grønseth og Markestad, 2011) og har blitt trukket frem som en effektiv mestringsstrategi hos barnet (Ångström-Brännström og Norberg, 2014; Hildenbrand et al., 2011; Sposito et al., 2015). Dette støttes av Grønseth og Markestad (2011) som beskriver avledningsteknikker som en metode for å avlede barnets oppmerksomhet fra det ubehagelige som foregår. Distraksjon kan foregå ved at barnet selv velger aktiviteter som avleder oppmerksomheten, eller at foreldre eller helsepersonell avleder barnet (Ångström-Brännström og Norberg, 2014). I Hildenbrand et al. (2011) ble det å se på tv eller å sove brukt som en strategi av barnet for å distrahere seg fra kreftsykdommen. Dette kan relateres til teorien til Lazarus og Folkman (1984) om følelsesfokusert mestring, der det beskrives som en mestringsstrategi å endre selve opplevelsen av situasjonen. Vet å ta utgangspunkt i at kreftbehandlingen ikke kan forandres av barnet i seg selv, kan det tenkes at å endre selve opplevelsen av situasjonen er en aktuell strategi i denne sammenhengen. Barna forsto at å spise nok mat påvirket når de fikk reise hjem fra sykehuset (Sposito et al., 2015). Dette kan relateres til problemfokusert mestring, da det å sørge for å spise nok mat bidro til å forandre barnets problem som i denne sammenhengen var å være innlagt på sykehuset (Lazarus og Folkman, 1984).

5.4 Kritisk vurdering

Vi ser at det i deler av drøftingen har vært utfordrende å finne motargumenter, da mange av studiene har samsvarende resultater. Dette kan skyldes at studienes forfattere henviser til hverandre og har lik hensikt med studiene. Vi anser henvisningene som noe positivt, da dette kan gi en indikasjon på at forskningen er kjent og akseptert av andre forskere i samme felt. På en annen side kan det da stilles spørsmål ved om vi har søkt bredt nok. Vi velger å gå

ut i fra at vi gjennom grundige og systematiske søk har funnet frem til de mest relevante studiene for vår problemstilling. Det kan være en svakhet for oppgaven at vi tidlig valgte å avgrense søkene til å i størst mulig grad gjelde sammenlignbare land, noe som kunne gi en risiko for å gå glipp av relevant og anerkjent forskning. På en annen side har vi valgt å inkludere en studie fra Brasil da vi mener artikkelens relevans veier tyngre enn prinsippet om å kun inkludere studier fra vestlige land. Vi ser i etterkant at det hadde vært nyttig å fått et større innblikk i barnets tanker og behov fra flere kulturer, da vi gjennom egen erfaring fra barneavdeling har sett behovet for at sykepleier innehar kunnskap om ulike kulturer.

Vi kan få en indikasjon på om vi har funnet en pålitelig kilde ved å undersøke forfatterens bakgrunn og utgivelser. Vi undersøker også når bøkene er utgitt og om vi har den nyeste utgaven av boken. Er boken for eksempel over ti år gammel, vil det være aktuelt å undersøke om det finnes nyere bøker om temaet. På denne måten får vi den mest oppdaterte og aktuelle faglitteraturen. Et eksempel på en kilde av kildene vi har vurdert kritisk og valgt å anvende er boken *Pediatri og pediatrisk sykepleie* av Randi Grønseth og Trond Markestad. Vi anvender den siste utgaven som ble utgitt i 2011 for å sikre oss den mest oppdaterte informasjonen. Boken er skrevet av norske forfattere, noe vi anser som positivt da innholdet ikke er oversatt og dermed ikke fortolket.

Det at ingen i gruppen har engelsk som førstespråk kan være en svakhet, da alle våre valgte artikler er skrevet på engelsk. Dette kan gi en risiko for feiltolkning av studiene. Vi har derfor brukt mye tid på å oversette studienes innhold for å forsikre oss om at vi har forstått innholdet riktig. Det er ikke inkludert noen kvantitative artikler i oppgaven vår. Dette kan ses på som en svakhet da alle våre inkluderte studier er kvalitative og baserer seg på et lite antall deltakere og data som er fortolket. Dette fører til at oppgaven mangler det brede spekteret flere deltagere ville gi, og det kan da stilles spørsmål ved om resultatene er representative for alle barn med kreft. Samtidig ser vi at kvalitative studier var nødvendig å benytte for å kunne besvare problemstillingen vår, da vi er ute etter barnets subjektive opplevelse.

5.5 Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonen ble utformet i 1964 av Verdens legeforening, og er et eksempel på etiske retningslinjer som omhandler forskning på mennesker, og som blir brukt aktivt i store deler av verden. Deklarasjonen sier at forskningen skal gjøres gjennom aksepterte vitenskapelige prinsipper og utføres av kvalifiserte personer. Videre står

Helsinkideklarasjonen for å beskytte de sårbare gruppene, hvor barn blir nevnt, da de kan trenge ekstra beskyttelse (Førde, 2014). I følge Polit og Beck (2017) har ikke barn kompetanse til å gi samtykke, og er derfor avhengige av at foreldrene samtykker. Det bør derfor vurderes om nytten er større enn risikoen før studien påbegynnes (Polit og Beck, 2017). Det forutsettes også at forskningen skal komme gruppen til gode (Førde, 2014).

I tillegg til denne deklarasjonen har Norge egne etiske krav til forskning med hjemmel i forskningsetikkloven og helseforskningsloven (REK, 2017). De valgte artiklene i oppgaven er godkjent i etisk komite. Dette samsvarer med Helseforskningsloven (2008), hvor det står at forhåndsgodkjenning fra den regionale komiteen er nødvendig før medisinsk og helsefaglig forskning. I studiene vi har inkludert ble barn og foreldre informert om studien og ga skriftlig samtykke til å delta i studien. De hadde også til enhver tid mulighet til å trekke deltakelsen. Dersom foreldrene samtykker er det ifølge Backe-Hansen (2009) ingen nedre aldersgrense på å delta i forskning, selv om barn i prinsippet ikke er myndige. Hovedregelen for umyndige er at foresatte må samtykke, men at barn kan motsette seg deltakelse (Backe-Hansen, 2009).

6.0 KONKLUSJON

Hva er kreftrammede barns behov når de er innlagt på sykehus og hva skal til for at barnet mestrer situasjonen?

En kreftdiagnose oppleves som en stor stressfaktor hos barnet, da den fører med seg betydelige endringer i barnets hverdag. Disse endringene er sammen med smerte, redsel og utrygghet de faktorene som i størst grad påfører barnet stress. Det er derfor viktig å opprettholde barnets normale hverdag så langt det lar seg gjøre ved en sykehusinnleggelse. Trygghet har vært et gjennomgående behov i studiene, da det spiller en viktig rolle i barnets mestring og trivsel. Foreldre er de som i størst grad gir barnet trygghet, og har dermed en betydelig rolle i barnets mestring. Stressfaktorer relatert til sykdom og behandling har ført frem til flere identifiserte mestringsstrategier, hvor distraksjon er det mest fremtredende. Distraksjon kan foregå ved at barnet selv finner metoder for å distrahere seg, eller at sykepleier og foreldre bidrar. Lek fremkommer som en effektiv distraksjon fra det som er ubehagelig og som en metode for sykepleier å lære og kjenne barnet og dets behov. Behovet for å få informasjon og å ha god kontakt med sykepleieren er med på å øke barnets tillit og vilje til samarbeid under behandlingen. Et samarbeid mellom foreldre og sykepleier kan være det som mest effektivt fremmer mestring hos barnet. Barn med kreft har særegne behov, men også behov som alle andre barn har. Det er viktig at sykepleier tilrettelegger for ivaretagelse av barnets vekst og utvikling i samspill med foreldrene. Det er også viktig at sykepleier har innsikt i barns ulike reaksjonsmønstre på sykdom, da reaksjon på sykdom påvirkes av barnets emosjonelle og kognitive umodenhet.

7.0 LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Berkshire: Open University press.

Backe-Hansen, E. (2009) *Barn*. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/> (Hentet: 11. mai 2017).

Barne- og familiedepartementet (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf. (Hentet: 02. mai 2017).

Barne- og likestillingsdepartementet (2006) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/269516-bokmal.pdf>. (Hentet: 02. mai 2017).

Befring, A. K. (2004) *Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom*, Tilgjengelig fra:
<http://tidsskriftet.no/2004/03/rett-og-urett/informasjon-og-samtykke-ved-behandling-av-barn-og-ungdom> (Hentet: 10. april 2017).

Oslo Universitetssykehus (2016) *Kreft hos barn*. Tilgjengelig fra: <http://oncolex.no/Barn> (Hentet: 12. april 2017).

Benner, P. og Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.

Björk, M., Nordström, B. og Hallström, I. (2006) *Needs of Young Children With Cancer During*

Their Initial Hospitalization: An Observational Study, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), s. 210-219. doi: [10.1177/1043454206289737](https://doi.org/10.1177/1043454206289737)

Bringager, H., Hellebostad, M, Sæter, R. og Mørk, A.C. (2014) *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Darcy, L., Knutsson, S., Huus, K. og Enskär, K. (2014) The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis, From Both Children's and Parent's Perspectives, *Cancer Nursing*, 37(6) s. 445-456. doi: [10.1097/NCC.0000000000000114](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000114)

Einberg, E. L., Nygren, J. M., Svedberg, P. og Enskär, K. (2016) 'Through my eyes': health-promoting factors described by photographs taken by children with experience of cancer treatment, *Child: Care, Health and Development*, 42(1), s. 76-86. doi: [10.1111/cch.12285](https://doi.org/10.1111/cch.12285)

Enskär, K. (2012) Being an Expert Nurse in Pediatric Oncology Care: Nurse's Descriptions in Narratives, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(3), s. 151-160. doi: [10.1177/1043454212446344](https://doi.org/10.1177/1043454212446344)

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Fastsatt ved kgl. res 1. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (Hentet: 12. april 2017).

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 02. mai 2017).

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatric og pediatriisk sykepleie*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Hildenbrand, A. K., Clawson, K. J., Alderfer, M. A. og Marsac, M. L. (2011) *Coping With*

Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment, *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 28(6), s. 344–354. doi: 10.1177/1043454211430823

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Lovdata. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 02. mai 2017).

Kirkevold, M. (1992) *Sykepleieteorier, analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

Kreftregisteret (2015) *Årsrapport 1985-2014*. Tilgjengelig fra: https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2015/aarsrapport_2014_barnekreft.pdf (Hentet: 03. mars 2017).

Kreftregisteret (2016) *Årsrapport 2015*. Tilgjengelig fra: <http://www.barnekreftportalen.no/images/Marketing/info/%C3%85rsrapport-2015-barnekreft%20KRG%20final.pdf> (Hentet: 12. april 2017).

Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company

NSF (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilghengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 12. mai 2017).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 10. april 2017).

Polit, D. F. og Beck, C.T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing*

evidence for nursing practice. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F. og Beck, C.T. (2017) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

REK (2017) *Om REK*. Tilgjengelig fra: <https://helseforskning.etikkom.no/> (Hentet 03. Mai 2017).

Rindstedt, C. (2013) Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping, *Child: Care, Health and Development*, 40(4), s. 580-586. doi: 10.1111/cch.12064

Tveiten, S. (2012a) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?, i Tveiten, S., Wennick, A. og Friis Steen, H. *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. 1. utg. Gyldendal Akademisk, s. 11-40.

Tveiten, S. (2012b) Barns helse og livskvalitet, i Tveiten, S., Wennick, A. og Friis Steen, H. *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. 1. utg. Gyldendal Akademisk, s. 42-78.

Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. C., Pfeifer, L. I., Lima, R. A. G. Og Nascimento, L. C. (2015) Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy, *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), s. 143-151. doi: 10.1111/jnu.12126

Sjøbjerg, I. L. (2013) 'Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom', i Stubberud, D-G. (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 114-151.

Öhman, M. (2012) *Det viktigste er å få leke*. Oslo: Pedagogisk forum.

Ångström-Brännström, C. og Norberg, A. (2014) Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experiences of Comfort in Interviews and Drawings, *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 31(3), s. 135-146. doi: 10.1177/1043454214521693