



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

Barns psykososiale behov ved kreftbehandling

Children's psychosocial needs in cancer treatment

Kandidatnumre: 10015 og 10113

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Total antall ord: 8681

Hovedveileder: Eva Walderhaug Sæther

Innlevert Ålesund, 23. Mai 2017

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Eva Walderhaug Sæther

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato:

Barn med kreft



(Bilde er hentet fra: Barnsbesteblogg, 2017)

*«Å være sterk er ikke
Å løpe raskest
Å hoppe lengst eller
Løfte tyngst
Å være sterk er å
Se lyset når det er som mørkest
Slåss for noe man tror på
Selv om man ikke har
Flere krefter igjen
Se sannheten i øynene
Selv om den er hard»*

(Naja E. Jensen)

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudie var å øke kunnskapen om barn i aldersgruppen 6-12 år, med tanke på hvordan de mestrer psykososiale behov under en kreftbehandling på sykehus.

Metode: I denne studien har vi utført en systematisk litteratursøk. For å finne frem til relevant forskning har vi benyttet PubMed og Chinal Complete. Vi har inkludert tre kvalitative, tre kvantitative og to triangulære artikler der vi har inkludert en review og sju originale artikler. Vi benyttet Evans innholdsanalyse og Forsberg og Wengstrøm når vi analyserte artiklene.

Resultat: Det er like viktig, om ikke viktigere, å ta vare på barnas psykososiale behov, som de fysiske behov ved en kreftsykdom. Barn trenger trygge omgivelser og stabile rammer der de føler at de blir sett og forstått slik at barnet kan oppleve mestring. Sykepleierne må tilrettelegge omsorgen, der terapeutisk lek er en sentral rolle i hverdagen. Barnas erfaringer viser at terapeutisk lek er med på å redusere de psykososiale påkjenningene som angst og depresjon, samt at det ga trivsel og mestring av stress. Det viste seg også at barna har stor støtte av psykopedagogisk intervensjonsgrupper der de fikk snakket om sine erfaringer og problemer, men at de samtidig savnet å kunne utveksle seg med andre barn som var i samme situasjon.

Konklusjon: Det er avgjørende for kreftsyke barn og deres psykososiale utvikling, hvor god kunnskap sykepleieren har om deres psykososiale behov. Det er viktig at sykepleier tidlig tilrettelegger for terapeutisk lek og gir barnet mulighet til å fortelle om deres behov, følelser og tanker så barnet får oppleve det å mestre sykdommen.

Summary

Purpose: The purpose of this literature study was to increase the knowledge of how children in the age group 6-12 years old master their psychosocial needs during cancer treatment at a hospital.

Method: In this study we have conducted a systematic literature search study. To find relevant research we have used PubMed and Chinal Complete. We have included three qualitative, three quantitative and two triangular articles where we have included one reviews and seven original articles. We used Evans content analysis and Fosberg and Wengstrøm during the analysis of the articles.

Result: It is equally important, if not more important, to care for children's psychosocial needs during the hospital admission as it is to care for their physical needs. Children need safe boundaries where they feel that they are being seen and understood so that the child will feel a sense of achievement. The nurse must arrange the care where therapeutic play has a central role in everyday life. Children's experience show that therapeutic play is a part of reducing the psychosocial strains like anxiety and depression, at the same time it provides well-being and coping of stress. It has been shown that the children have great support of psycho-educational intervention groups where they talked about their experiences and problems, but at the same time they said they missed talking to other children who have gone through the same critical illness.

Conclusion: The knowledge the nurse has about psychosocial needs is crucial for the child and its psychosocial development. It is important that the nurse prepares and includes therapeutic play early on and gives the child the opportunity to talk about its needs, feelings and thoughts so that the child can experience a sense of mastery over the disease.

Innhold

1.0 Bakgrunn for valg av tema	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Begrepsavklaring.....	2
2.0 TEORIBAKGRUNN	3
2.1 Kreftsykt barn.....	3
2.2 Kommunikasjon med barn	4
2.3 Kari Martinsens omsorgsteori	4
2.4 Pårørende.....	5
2.5 Trygghet	6
2.6 Mestring	6
2.7 Eriksons utviklingsteori	7
3.0 Metode	8
3.1 Datainnsamling	9
3.1.1 Søkestrategi	9
3.1.2 Kvalitetsvurdering.....	11
3.1.3 Etisk vurdert	11
3.2 Analyse.....	12
4.0 Resultat	13
4.1 Terapeutisk lek	13
4.2 Mestring og trygghet av kreftsykdommen	14
4.2.1 Mestring	14
4.2.2 Trygghet	15
4.3 Psykososiale utfordringer.....	15
4.4 Foreldre som støttespiller.....	16
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Terapeutisk lek	20
5.2.2 Trygghet og mestring av kreftsykdommen	21
5.2.3 Psykososiale utfordringer.....	23
5.2.4 Foreldre som støttespiller.....	25
6.0 Konklusjon	26
Litteraturliste	27
Vedlegg – Litteraturmatriser	1
Vedlegg – Søket historie	9
Vedlegg PIO - skjema	11

1.0 Bakgrunn for valg av tema

I 2015 var det registrert omkring 140 barn i Norge som fikk tildelt en kreftdiagnose (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft, 2015) I følge Rindstedt (2013) er det å bli utsatt for kreft svært utfordrende, både emosjonelt og psykososialt, og barn opplever dette traumatisk. Det mange ikke vet er at dette kan påvirke barnet i årevis. Det er derfor ikke bare de fysiske symptomene som påvirker barnet selv om noen av de ser friske ut, det er også psykososiale symptomer eller påkjenninger som begrenser de i hverdagen (Eilertsen et.al 2011).

Vi har valgt temaet barn med kreft i vår litteraturstudie, noe vi ser på som aktuelt og interessant tema. Barn er en uforutsigbar gruppe med lite sykdomskunnskaper og livserfaringer, der de er utsatt med tanke på utvikling og forståelse. Barn ser på kritisk sykdom som en krise, og det påvirker barnets psykososiale utvikling (Eide og Eide, 2013). Vi som studenter opplever kreft hos barn som utfordrende både for barnet, foreldrene og for sykepleierne. I det Norske helsevesenet er behandling av sykdom en selvfølge, men barn vil ofte oppleve at det ikke alltid er tilstrekkelig med kunnskap og oppfølging. Dette er noe som kommer frem i St. melding 11 (2016-2019) der de skriver at informasjonen skal tilpasses pasientens situasjon, der en skal få praktiske råd om hvordan en kan leve med sykdommen, samt at informasjon skal legges til rette for pårørende.

Vi ønsker å finne ut mer om hvordan barn i aldersgruppen 6-12 år opplever sykehusoppholdet og psykososiale behov ved en kritisk sykdom. Barn opplever psykososiale vansker ved maligne sykdommer. Dette innebærer overdreven avhengighet av foreldre, atferdsforstyrrelser, emosjonelle problemer, konsentrasjonsvansker og kognitive vansker (Grønseth og Markesad, 2013). Ut i fra dette har vi valgt å få et overblikk over barnets egne opplevelser og utvide vår kunnskap angående psykososiale behov ved en kreftdiagnose.

1.1 Problemstilling

“Hvordan opplever barn med kreft at deres psykososiale behov blir ivaretatt på sykehus?”

1.2 Begrepsavklaring

Psykososial er ifølge Svartdal (2014) sosiale forhold som for eksempel barns oppvekst, hjemmeforhold og forhold på skole. Slike forhold kan av og til være uheldige der barns fysiske og/eller psykiske helse blir sårbar da barnet kommer i en krise.

Sykehus er ifølge det Iversen (2009) en institusjon som behandler syke mennesker og gir pasienten behandlingstilbud så lenge sykdommen varer enten ved innleggelse eller poliklinisk.

Kreft er ifølge Roald (2017) en betegnelse på en sykdom som har unormal celledeling eller nedsatt celledød.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Kreftsykt barn

Barn er mennesker under utvikling og vekst. Ved kreftdiagnoser har dette både en dårlig side og en god side. De gode sidene er at barn tåler sykdom betraktelig bedre enn voksne. Barnet er sterkere, tåler cellegift bedre og har en bedre reparasjonsevne enn voksne. Den dårlige siden er at barnets vekst og utvikling blir påvirket på lang sikt (Lie, 2009). Kirurgi, cytostatika og strålebehandling er de tre hoved-behandlingsformer som finnes ved kreftsykdommer. Lokaliserte enkelt svulster som ikke viser tegn til spredning, blir behandlet oftest kirurgisk, noe som er positivt for barnet da de kan bli helt friske fra kreftsykdommen av denne behandlingen. Imidlertid er det nødvendig med en kombinasjonsbehandling med cytostatika, der det noen ganger er nødvendig med strålebehandling (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2012).

De fleste cytostatika behandlinger fører til håravfall. Dette er for de fleste barn en stor påkjenning, der sykepleier må trygge barnet med at håret heldigvis kommer tilbake etter avsluttet behandling. Barn har krav på skreddersydde parykker, men godtar ofte hva som skjer og lever med sin blanke skalle i denne perioden. Cytostatika og strålebehandling gir også andre plagsomme bivirkninger som nedsatt matlyst, kvalme, brekninger, smerter og obstipasjon. Her er det viktig at barnet opplever at sykepleier har god kunnskap og gir tilstrekkelig med smerte- og kvalmestillende (Grønseth og Markestad, 2013). De fleste barn gruer seg til smertefulle prosedyrer, dette gjelder alt fra sprøyter, blodprøver og innleggelse av perifere venekanyler (PVK). Barn som blir diagnostisert med kreft får ofte innlagt sentrale venekateter, der valget står mellom veneport og tunnelert venekateter. Dette reduserer unødige stikk med tanke på blodprøver og intravenøse behandlinger (Bringer et.al., 2014).

Det å gå gjennom dagens moderne intensive behandlingsprotokoller krever god støttebehandling og barnet og familien trenger god psykososial oppfølging (Stubberud, Risvik og Almås, 2010, Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2012).

2.2 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon defineres som en meningsfull utveksling mellom to eller flere parter. Kommunikasjon kommer fra det latinske navnet “Communicare”, og betyr å gjøre noe felles, være delaktig med andre og ha forbindelse med andre. I det dagligdagse brukes kommunikasjon om en rekke fenomener, samtaler, chatting på internett og gjennom globale satellittnettverk. Kommunikasjon foregår gjennom verbale eller nonverbale tegn og signaler som skal fortolkes. Ord og handling er sjelden entydige, der ulike personer kan reagere forskjellig på de samme signalene. Derfor er det viktig med god og tilrettelagt kommunikasjon til barn (Eide og Eide, 2013).

Det er utfordrende og tidkrevende å skape et tillitsforhold til barn, da de ofte er skeptiske til nye mennesker, samt sykehus og sykdomssituasjonen ber preg av engstelse og usikkerhet. For barnet er sykepleierne både tillitsvekkende og grei, men samtidig utfører ubehagelige og skremmende ting som fører til svekket tillit (Eide og Eide, 2013). Her kan hjelpemidler som tegninger, leker, bilder, eventyr, sang, regler og metaforer være gode hjelpemidler da barn kommuniserer best der ord og handlinger kombineres. Ved samtaler er det barnet som skal være hovedpersonen. Samtalen skal bære preg av forståelse, toleranse, akseptering, bekreftelse og aktiv lytting. Videre må sykepleier anerkjenne væremåte, tankegang og følelser slik at barnet føler en blir møtt med respekt der integritet blir ivaretatt for å skape tillit (Grønseth og Markestad, 2013).

2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens (2003) beskrivelse av sykepleiefaget er bygd opp omkring begrepet omsorg. Omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorgens betydning er bundet i at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengig av hverandre. Mennesker kan ikke leve i isolasjon fra andre. Man er avhengig av andre og det trer tydelig frem i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemning er tilstede. Kari Martinsen beskriver omsorgsbegrepet ved tre dimensjoner; relasjonelt, praktisk og moralsk

Relasjonelt begrepet er basert på menneskesyn, der det grunnleggende er at vi er avhengig av hverandre, på ulike måter i alle menneskelig forhold. Vi kan alle komme i situasjoner der vi vil ha behov for hjelp fra andre. Derfor bør vi handle slik at alle kan få samme mulighet til å leve det beste liv de er i stand til.

Praktisk er der handlingene vokser ut av den konkrete situasjonen og tilstanden som pasienten befinner seg i og man bygger på en helhetlig forståelse av situasjonen. En pleiesituasjon bør være så enkel som mulig der man unngår bruk av unødvendig mange fremmede gjenstander og ord. Martinsen ser også noe med sansingen og forståelsen av den andre ved hjelp av blikk, håndlag, mimikk og gjennom tale (Kari Martinsen, 2003).

Omsorg som moralsk er innlevelse i situasjonen, og en faglig vurdering basert på kunnskap om lidelsens grunner, kombinert med tiltak som kan avhjelpe lidelsen. Omsorg er både måten omsorgsyteren møter pasienten på og hvordan hun handler. Her er kvaliteten i relasjonen vesentlig (Kari Martinsen, 2003)

Det er viktig at sykepleieren er åpen og medlidende for den andres lidelse og smerte samtidig som den vurderer tilstanden faglig. Medfølelse, barmhjertigheten, tilliten og ærligheten arbeider sammen med fagkunnskapen når man handler riktig og arbeider godt mot andre. Ved å forholde oss til felles erfaringer, gjennom å handle i felles opplevde situasjoner eller ved å ha tilsvarende erfaring, opparbeides det en felles forståelse som kan underbygge felleskap og solidaritet

2.4 Pårørende

Pårørende er den nærmeste personen til pasienten og utgjør en viktig og følelsesmessig hjelp for en syk person. Dette er en person som pasienten ønsker å inkludere i sykdomsperioden, og som ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) skal motta pasientinformasjon og være med på å bestemme og ta avgjørelser (Grov, 2011). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) står det at barn har rett til samvær med minst en foreldre under sykehusoppholdet, med mindre det er til hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt. Ved livstruende eller alvorlig sykdom skal begge foreldrene få tilbud om å være sammen med barnet. Her er det viktig at sykepleier avklarer hvilke

oppgaver foreldrene ønsker å ha, og deretter avlaster foreldrene ved behov. Under sykehusoppholdet er det viktig at foreldrene blir ivaretatt, der sykepleier må tilrettelegge for at foreldrene ikke mister muligheten til å være gode foreldre, da dette er en negativ opplevelse for foreldrene. (Grønseth og Markestad, 2013).

2.5 Trygghet

Trygghet er et begrep med mange betydninger. Det er et beskrivende og vurderende begrep og har med personens levevilkår og hvert enkelt individs å gjøre. Flere forskere og teoretikere ser trygghet som en grunnleggende overlevelsesdrift, mens Freud ser trygghet som psykoanalysens nytelse prinsipp (Segesten, 2011). Trygghet er også noe som er oppbygget av positive livserfaringer, noe som er med på å danne barnets framtidsperspektiver. Dette innebærer å skape trygghet gjennom gode relasjoner til omgivelser og andre mennesker (Lohne, 2011). Trygghet er en av de viktigste psykososiale behovene vi har. Her kan trygghet være forutsigbarhet i hverdagen, bekreftelse og tilhørighet. Forutsigbarhet kan være å opprettholde barnets hverdag så langt det lar seg strekke, der foreldrenes tilværelse ved prosedyrer, kjente rutiner, glede, humor og lek bidrar til velvære og trygghet hos barnet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). For å gi barnet denne tryggheten er det viktig med tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon, kunnskap, erfaring og bekreftelse. Dersom barnet observerer at sykepleier kan faget sitt, resulterer det i barnet opplever trygghet under sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad, 2013).

2.6 Mestring

Mestring er ikke noe en har, den utvikles kontinuerlig gjennom hele livet. Mestring dreier seg om individuelle ressurser, kunnskap, holdninger og tilgang til nødvendige hjelpemidler, men også evnen til å bruke ressursene. Dette ligger i stor grad i de relasjonene en har opparbeidet seg og som er viktig for å generere den tilliten som er nødvendig for å mestre. Begrepet mestring brukes i mange sammenhenger og kan for eksempel sees som et resultat av empowermentprosessen (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Empowerment er å overføre makten tilbake til personen slik at de føler kontroll og mestring over eget liv. Ordet Salutogenese betyr å styrke helsen, der en må forebygge og arbeide for å styrke helsen og motstandskraften på de negative faktorene. Fra dette

perspektivet blir helsen en ressurs som bygges opp mot eller brytes ned gjennom livsløpet (Mæland, 2010).

Aron Antonovsky (2012) bruker betegnelsen salutogenese i sin modell, der han bruker ordene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet er en kognitiv forståelse som er sammenhengende, strukturert og gir klar informasjon i stedet for tilfeldighet, uventet og uforståelig. Håndterbarhet er i hvilke grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle kravene man blir stilt overfor. Til rådighet kan ressurser som kollega, familie, venner man stoler på og har tillit til. Her er det viktig med innflytelse og mulighet til påvirkning av sin egen situasjon. Meningsfullhet er betydningen av å være involvert både som deltaker i prosessene som former ens egen skjebne, og i sine egne daglige erfaringer. At tilværelsen har en mening og vil gi motivasjon for innsats og for å kjempe, anstrenge seg og holde ut. Det vil da være verdt engasjementet og innsatsen som settes opp for å nå utfordringen.

2.7 Eriksons utviklingsteori

Barn opptrer svært forskjellig, og kan oppføre seg annerledes i ulike situasjoner. For at vi skal kunne gi best mulig omsorg til barn i alderen 6-12 år, er det viktig at vi har kunnskap om barnets utvikling i denne alderen. Her er det nødvendig at barnet blir møtt på det utviklingsnivået barnet befinner seg i, samt tilpasse kommunikasjon og forventningene til barnet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Eriksons teori om de ulike stadiene forteller, ettersom barnet vokser til, blir det stilt nye krav til omgivelsene som en må tilpasse. Eriksons beskriver aldersgruppen 6 - ca 14 år som kreativitet versus underlegenhet. I denne fasen øker behovet for kontroll, forståelsen av ord, noe som bidrar til at barnet forstår sammenhengen og videre kan bruke språket til å skaffe seg informasjon. Eriksons modell om psykososiale stadier sier også at barn i denne aldersgruppen er opptatt av å lære intellektuelle og fysiske aktiviteter, der barnet opplever konflikten mellom det å være underlegen og det å være skapende. Barnet vil starte å sammenligne seg selv med venner og andre på skolen og bruker dem som målestokk for sin egen utvikling. Dette er avgjørende elementer i personlighetsutviklingen til barnet, der det er gunstig at barnet lærer å utvikle ferdigheter og kompetanse for å fungere på ulike måter i livet (Håkonsen, 2013).

3.0 Metode

Metoden vi har benyttet for å finne svar på problemstillingen er systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) er en systematisk litteraturstudie der en benytter seg av systematisk søking, kritisk gransking og sammenligninger av litteratur innenfor et valgt tema. I vår oppgave har vi valgt å finne litteratur gjennom pensum, nyere forskning og annen litteratur om barn og kreft, og deres psykososiale behov. Videre mener Forsberg og Wengstrøm (2013) at hensikten med en litteraturstudie er å få god oversikt over et valgt tema. Den skal bygge på ulik litteratur med relevant data for valgt emne. Deretter bearbeides og drøftes eventuelle funn.

Vi har valgt å lete etter åtte forskningsartikler som tar for seg kvantitativ og kvalitativ metode der vi inkluderte både originale, triangulær og review artikler. Kvantitativ metode er forskning som gir data i målbar form. Tallene gir muligheten til å utføre regneoperasjoner der en kan måle gjennomsnittet. Her kan det være sentralt å benytte spørreskjema (Drageset og Ellingsen, 2009). Ved kvalitativ metode ønsker forskeren å fange opp meninger og opplevelser som ikke er målbare. Her ønsker de å skape forståelse i menneskets omverden. (Forsberg og Wengstrøm, 2013). En triangulær studie er når forskere studerer samme fenomenet bare fra ulike synsvinkler og metoder. Dette kan innebære at flere forskere som er involvert i samme datainnsamling og analyse i felles studie blir undersøkt ved flere perspektiv (Forsberg og Wengstrøm, 2013). Får å gjøre det enklere å finne relevante søkeord og avgrensninger valgte vi å sette opp en tabell med inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barns psykososiale behov	Eldre enn 10 år
Språk: Engelsk, Norsk, Svensk og Dansk	ikke vestlig kulturkrets
IMRAD struktur	Palliativ pleie
Etisk vurdert	Kommunen
Barns perspektiv og barn mellom 6-12 år	

3.1 Datainnsamling

Vår litteraturstudie startet høsten 2016 med å søke i databaser etter relevante artikler. Vi var først usikre på om barns psykososiale behov ved kreft var mye forsket på, men det viste seg etterhvert at det fantes mye forskning innenfor dette emnet og at det var et bredt tema. Det vi fant ut var at det var betraktelig mye mindre pensumlitteratur.

Pensumlitteraturen omhandlet mer generelt rundt barn og kreft, og lite rundt deres psykososiale behov.

Ved prøvesøk ble det benyttet litteratursøking ved hjelp av PIO-skjema. Dette var for å gjøre søket mest mulig strukturelt og rettet mot vår problemstilling (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

P- Står for patient/population. Her kommer det frem hvilken pasientgruppe spørsmålet gjelder (Nordtvedt et-al, 2008). I vårt tilfelle er pasientgruppen barn med kreft. Derfor benyttet vi søkeordene “Children cancer” eller “children AND cancer”

I- Står for intervensjon. Her skal en vurdere hvilke intervensjoner eller tiltak en ønsker å bruke og beskrive ulike typer eksponeringer i klinisk praksis (Nortvedt et.al., 2008). Vi ønsket å finne mer ut om sykepleiers rolle til barns psykososiale behov. Derfor benyttet vi søkeord som “nursing” og “emotional”.

O- Står for outcome. Her skal en beskrive hvilke endepunkt og utfall en er interessert i, og effekten vi ønsker å vurdere (Nortvedt et.al., 2008). Vi ønsket å vite hvilke faktorer som påvirker de psykososiale behovene til barn med kreft og benyttet søkeordene “psychosocial”, “psychosocial factors” og “psychosocial function”.

3.1.1 Søkestrategi

I søket vårt har vi benyttet databasene PubMed og Cinahl Complete, siden Forsberg og Wengstrøm (2013) omtaler databasene som gode og inneholder relevant sykepleieforskning. Vi har benyttet søkeord som: children, cancer, psychosocial, function, factors, nursing, emotion og psychological. Vi har valgt å legge ved en søketabell, for å bedre oversikten. Se søkehistorie og PIO-skjema i vedlegg.

Søkeord	Avgrensning	Dato	Database	Treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte Artikler
"children", "cancer", "psychosocial function", "problems"	Date: 2008-2017 Age: 6-12 Sub: cancer	8.1.17	Pubmed	16	14	7	<u>Enskär og Essen.</u> (2008)
"Children", "cancer", "psychosocial", "nursing", "Emotional»	"full text" Date: 2010 - 2017 Age: 6-12 år	8.1.17	Pubmed	10	7	6	Li, Chung og Chiu (2010)
"Children cancer" "Psychological"	PDF Full text, Publishing date:2010-2016, engelsk, Age: 6-12 år Subjekt: Cancer patients	17.03.17	Chinal Complete	11	11	6	1: Li, Chung og Ho (2011) 2: Wu et. al (2013) 3. Stewart et. al (2010)
"Children cancer", "Psychosocial factors"	"PDF Full text", Abstract available, Publishing date; 2011-2017,engelsk , Age: 6-12,	02.03.17	Chinal Complete	35	15	7	1. Lee et. al (2012) 2. Rindstedt (2013). 3. Eilertsen et. al (2011)

3.1.2 Kvalitetsvurdering

Forskningsartiklene ble lest etterhvert som artiklene ble funnet. Databasene som ble benyttet fant vi gjennom integrert bibliotek for sykepleierstudenter ved NTNU Ålesund. Gjennom dette får vi tilgang til ulike databaser og retningslinjer. Videre benyttet vi Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2017) for å kvalitetssikre om tidsskriftene er godkjente og om forskningsartiklene har tatt hensyn til personvern. Videre ønsket vi å finne en oversiktlig sjekkliste for kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Vi startet med Berg og Munthe (2013) sin studie som er en del av pensum, og som omhandler systematiske oversikter og kvalitativ forskning. Denne var ikke oversiktlig og inneholdt ikke kvantitative spørreskjema. Sjekklisten måtte være lett å bruke, så vi endte opp med å benytte Forsberg og Wengstom (2013) sine sjekklister. Her kommer spørsmålene tydelig frem og handler om innholdet i studien, metode og utvalg. Skjemaet gikk ut på å svare ja eller nei på de ulike spørsmålene, der vi diskuterte og begrunnet svarene med hverandre. Vi har bedømt artiklene opp imot sjekklisene og valgte de med flest ja.

3.1.3 Etisk vurdert

Forsberg og Wengström (2013) skriver at det er viktig med etikk i all forskning, da en skal sikre at studien følger vitenskapsrådet sine retningslinjer. Studiene vi har valgt å inkludere ble i forkant etisk vurdert. Her har studiene gått gjennom en etisk komite eller etisk hensyn som har gransket de etiske aspektene, der artikler som har fusket blir utelukket. Her forsikret vi oss om at de originale artiklene var godkjente av en regional etisk komite, og at det var tatt etisk hensyn i review artiklene, samt at de var lagret i 10 år (Forsberg og Wengström, 2013). Vi forsikret oss om at deltakerne var anonymisert og at personvern var tatt hensyn til. Dette mener vi forskerne har gjort, da barna og foreldrene fikk informasjon om undersøkelsen både skriftlig og muntlig og at undersøkelsen var frivillig. Deretter ga barna og foreldre samtykke (Forsberg & Wengstrom, 2013).

3.2 Analyse

Forsberg og Wengstrøm (2013) beskriver analyse der en deler opp funnene i artiklene i mindre deler for så å undersøke dem hver for seg. Deretter sette sammen mindre deler til en helhet, en såkalt syntese. Her er det greit å benytte seg av en systematisk analysemetode. Derfor havnet valget på Evans (2002) analysemetode, som også er en del av pensum. De fire fasene til Evans er:

1. Samle inn artikler
2. Finne nøkkelfunn i hver forskningsartikkel
3. Vurdere hvordan funnene er knyttet til de andre forskningsartiklene
4. Samle sammen felles funn for å beskrive fenomenet

Første fase arbeidet vi med å samle sammen artikler. På forhånd hadde vi bestemt hvilke typer artikler vi ville inkludere i oppgaven, der vi gikk ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tabellen over (Evans, 2002) Den andre fasen gikk ut på at begge leste artiklene grundig hver for oss, der vi benyttet fargekoding for å få en oversikt over funn. Deretter vurderte og diskuterte vi sammen om hver enkel artikkel gir fortsatt svar på problemstillingen vår. Videre prøvde vi å finne likheter med artiklene og delte de inn i grupper (Evans, 2002). I den tredje og fjerde fase arbeidet vi med å identifisere tema og fenomen. Her gikk vi ut fra felles tema vi fant i de ulike forskningsartiklene og samlet de i et dokument. Videre ble de ulike temaene oversatt til norsk, noe som medførte god oversikt over de samlede funn. Hvert tema tilsvarte fem til åtte av de valgte artiklene (Evans, 2002) Vi analyserte artiklene nøye og diskuterte frem til følgende hovedtema:

Hovedtema	Begrepsavklaring
Terapeutisk lek	Leker, sang, rollespill, eventyr, bilder og vitser.
Mestring og trygghet	Tillit, kommunikasjon og strategier.
Psykososiale utfordringer	Angst, depresjon, usikkerhet, frykt, stress og kroppslige forandringer.
Foreldre som støttespiller	Støtte, veilede, tilstedeværelse, gi råd og samhandle.

4.0 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere resultatene fra de åtte utvalgte forskningsartiklene, med bakgrunn av vår problemstilling. Resultatene kommer frem i de ulike kategoriene som ble valgt i slutten av metodedelen.

4.1 Terapeutisk lek

Ifølge Li, Chung og Chiu(2010) og Li, Chung og Ho(2011) hjelper terapeutisk lek, barn til å mestre stress under sykehusoppholdet, samt at det reduserer psykososiale påkjenninger og tanker som angst og depresjon. Det ble konkludert med at terapeutisk lek hjelper barnet å mestre sykdommen og behandlingen på sykehuset. Dette igjen fører til normal vekst hos barnet. Terapeutisk lek er vitser, rollespill, eventyr og historier som ofte er brukt ved sykehusrutiner/prosedyrer. I tillegg finnes sykehusklovner som går rundt i avdelingene og som fremfører triks og rampestreker foran barna. Også er spill som dataspill gode hjelpemidler. Terapeutisk lek støtter barnet med den psykososiale byrden kreften medfører og fremmer livskvaliteten hos barnet, samt at barnet glemmer sykdommen sin for en liten stund og får tankene et annet sted. Terapeutisk lek gir også barna muligheten til å være sammen med andre i samme situasjon. Dette gir barna muligheten å legge vekk tankene sine, der de glemte sykdommen for en liten stund (Li, Chung og Ho, 2011, Rindstedt, 2013).I studien til Lee et.al. (2012) og Enskär og Essen (2008) følte barna at de ikke kunne spille de spillene de ønsket med venner grunnet sykdom og at de ikke fikk mulighet til å leke med foreldrene. Dette førte til at de kjente på isolering under sykehusoppholdet.

“The staff members would at times playfully call the machines funny names. For instance, the infusion pump was called ‘gaphals’ (loudmouth) and it was said to be calling for the child.” (Rindstedt, 2013, s. 582).

Ifølge Rindstedt (2013) benyttet sykepleierne under prosedyrer og rutiner gøye og morsomme situasjoner der barnet ble inkludert og sett. I tillegg forklarte sykepleierne utstyr og prosedyrer på barnets nivå. De fortalte også historier og eventyr ved en eventuell prosedyre. I følge studien til Li, Chung og Ho (2011) og Rindstedt (2013) er lek en veldig viktig del av barnets liv og utvikling, selv om barnet er alvorlig syk. Barn bruker terapeutisk lek for å håndtere en alvorlig sykdom.

4.2 Mestring og trygghet av kreftsykdommen

4.2.1 Mestring

Det er viktig at sykepleieren forbereder barnet på behandling og psykososiale symptomer som kan oppstå (Li, Chung og Chiu,2010). Ifølge Enskär og Essen (2008) var barna i begynnelsen av sykehusoppholdet redd for injeksjoner og PVK, men at etterhvert ble barna vant med de smertefulle prosedyrene og mestret dette ved hjelp av tilrettelegging. I studien til Stewart et. al (2010) og Lee et.al. (2012) er kjente og normale rutiner veien mot trygghet og mestring ved et sykehusopphold. Dette fører til at barnet mestrer bedre hverdagen på sykehuset og lærer hvordan de skal håndtere frykt i fremtiden. Syke barn sammenligner seg selv med andre friske barn, noe som får barn til å se på seg selv som stygg og svak ut. I studien til Lee et.al. (2012) blir det konkludert at mestringsstrategier er viktig for å håndtere forandringer av kroppsbildet ved bruk av sosial støtte, parykk eller hatt for å gjemme hårtapet og bevare selvtillit. Den ene mestringsstrategien gikk ut på å ha kontroll over deres eget liv og fortelle seg selv at de så fortsatt normale ut og at andre mennesker bare har tolket ting feil. Flere barn hadde også uttrykt at de savnet å snakke med andre barn som hadde overlevd samme krefttype. De ønsket å møte dem for utveksle deres erfaring og opplevelser og hvordan de håndterte de ulike utfordringene ved forandret kroppsbilde.

I studien til Wu et.al. (2013) var barna positiv til intervensjonsgrupper der de kunne snakke om emosjonelle problemer og kunne få støtte for å mestre hverdagen. De følte de fikk bedre tid å snakke med sykepleierne og legene på avdelingen, samt at de hjalp barnet å finne alternative løsninger for å takle problemet for hver enkelt. For eksempel hvordan de skulle håndtere selvbildet og kreftbehandlingens sine bivirkninger. Barna følte seg komfortable med å fortelle om deres problemer til andre, og det var også viktig for dem å kunne dele deres erfaringer innen mestring ved alvorlig sykdom til voksne, da dette ga god effekt for mestring. Det er viktig at barn kan lære å omdirigere sin energi ved å sette tanker i en positiv retning. Mestring er fokusert på redusering i stedet for problemløsning. I følge Rindstedt (2013) er den beste mestringsstrategien lek, ritualer, fortellinger, humor, rollespill og bønn sammen med personalet og foreldre, samt barn i samme situasjon. Foreldre er en sentral rolle i barnets mestring da barnet støtter seg til sine foreldre.

4.2.2 Trygghet

Ifølge Enskär og Essen (2008) er støtte, omsorg og personlighetstrekk relatert til hvordan barn med kreft oppfatter hans eller hennes situasjon. Barn trenger sunne omgivelser og støtte fra både venner, familie, kamerater og helsepersonell for å håndtere situasjonen de er i. Barn viste trygghet ved å si:

*“People I like work in the hospital”, ‘The nurses can help me to not be afraid’,
‘I know what will happen in the hospital’, ‘The doctors can help me to get cured’
‘There are funny things to do in the hospital’.*

(Enskär og Essen, 2008, s. 39)

Det har blitt tidligere vist at følelser av fremmedgjøring og innesperring er noen av de aspektene som plager de fleste barn med kreft (Enskär og Essen, 2008). I studien til Lee et.al. (2012) ble det konkludert med at barna på sykehuset hadde mistet kontakt med venner og klassekamerater og ble utstøtt fra vennegjengen. De følte seg sosial isolert og utrygge når de mistet kontakt med deres nærmeste. Li, Chung og Ho (2011) sier at det er viktig at sykepleier støtter og forbereder barnet på de ulike behandlinger da dette trygger barnet. Kjente rutiner fører til trygghet. Barnet er påvirket av foreldrene og har stor tillit til dem. Det er derfor viktig at foreldrene blir inkludert i behandlingen og får god informasjon av helsepersonellet (Stewart et.al., 2010)

4.3 Psykososiale utfordringer

Ifølge Li, Chung og Chiu (2010), Wu et.al (2013) og Li, Chung og Ho (2011) er det å bli diagnostisert med kreft en stressende og negativ opplevelse for barnet. Dette fører ofte til at barn føler seg fremmedgjort og har tap av selvkontroll grunnet de aspektene som kommer med kreften. De blir sårbare og det kan føre til emosjonelle og psykososiale problemer da barna ofte begynner å tenke på døden og beskylder seg selv for sykdommen (Enskär og Essen, 2008, Li, Chung og Chiu, 2010, Li, Chung og Ho, 2011, Wu, et.al., 2013, Stewart et.al., 2010, Lee et.al., 2012, Eilertsen et.al., 2011, Rindstedt, 2013). Barn begynner ofte å isolere seg på grunn av angst, depresjon og usikkerhet grunnet deres livstruende sykdom. Barn med kreft ser på seg selv som unormal, svak, stygg og ikke like attraktiv som de barna som er friske. De tror friske barna ser på dem som duster, romvesen og tapere, noe som fører til at barna med kreft får nedsatt selvbilde og selvtillit. Andre

faktorer som fører til dårlig selvbilde var hårtap, vekttap, arr og følelsen av dårlig livskvalitet (Enskär og Essen, 2008, Li, Chung og Chiu, 2010, Li, Chung og Ho, 2011, Wu et.al., 2013, Stewart et.al., 2013, Eilertsen et.al., 2011, Lee et.al., 2012).

De valgte forskningsartiklene hadde ulike syn på det om barna ønsket å være delaktig i skole eller ikke. Ifølge studiene til Enskär og Essen (2008) og Li, Chung og Chiu (2010) ønsket barna å delta i undervisningen på skolen hvor de kunne være sammen med klassekamerater og ikke ligge for langt bak i de ulike fagene. I studien til Lee et.al. (2012) følte barna at klassekameratene så stygt på dem og derfor valgte barna hjemmeskole etter kreftbehandlingen var over. Noe som igjen resulterer i at barnet mister kontakt med skolekamerater. Videre viser barn med kreft stor bekymring over smertefulle prosedyrer og bivirkninger, samt de viser tydelige tegn til bekymring for medisinske prosedyrer (Enskär og Essen, 2008, Li, Chung og Chiu, 2010, Lee et.al., 2012). Ifølge studien til Stewart et.al (2010) var det de barna med usikre foreldre som viste mest usikkerhet. Det ble konkludert at de barna som blir råka av kreft opplever mer psykososiale problemer enn fysiske problemer. Her er det viktig med tilstrekkelig støtte og veiledning, samt oppfølging og rehabilitering til de barna som planlegger langtidsopphold på sykehus (Eilertsen et.al., 2011, Enskär og Essen, 2008, Li, Chung og Chiu, 2010).

4.4 Foreldre som støttespiller

Ifølge studiene til Enskär og Essen (2008), Stewart et.al. (2010) og Lee et.al. (2012) er barn som lider av kreft, fullt avhengig av foreldrenes bistand. Barna trenger støtte i forhold til kroppslige forandringer, psykososiale behov og ved prosedyrer. Her er det utrolig viktig at foreldrene ikke viser noen form for utrygghet. Dette er fordi at barna blir påvirket av foreldrenes usikkerhet, noe som igjen vil påvirke barnets psykososiale forhold, samt barnets emosjonelle og sosiale funksjon. For barnet er det også viktig at forholdet mellom barnet og foreldrene ikke blir forandret. Far må være like mye tilstede, selv om det ofte er mor som er den mest emosjonelle og har mest bekymringer (Stewart et.al., 2010, Lee et.al., 2012). Dette krever at foreldrene får tilstrekkelig med støtte og informasjon fra helsepersonell. Foreldrene trenger informasjon om hvordan de skal støtte barnet viktigheten med deltagelse i prosedyrer, lek og aktiviteter samt veilede de i strategier for å beskytte barna deres mot psykososiale smerter. Videre må foreldrene jobbe aktivt mot å redusere sensitiviteten for forandringer av barnets fysiske utseende. Samtidig er det nødvendig at foreldrene får informasjon om at de også kan oppleve negative bivirkninger

grunnet barnets kreftsykdom (Lee et.al., 2012, Li, Chung og Chiu, 2010, Wu et.al., 2013, Li, Chung og Ho, 2011).

I følge Stewart et.al. (2010), Lee et.al. (2012) og Rindstedt (2012) kan det være lurt å opprettholde familierutiner så godt som det lar seg gjøre. Dette vil gi barnet støtte og føre til mestring både for foreldre og barn. De føler en trygghet rundt kjente aktiviteter, samt det kan føre til at personer barnet kjente før sykdommen blir inkludert i hverdagen.

Li, Chung og Ho (2011) og Rindstedt (2013) mener å inkludere foreldrene i leken sammen med barna er en effektiv måte å gjøre foreldrene mer tilstede i lek i hverdagen. Her kan for eksempel foreldrene være delaktige i rollespill, der foreldrene bruker de samme ordene som sykepleieren og barnet benytter. Foreldrene blir ofte inkludert i ulike aktiviteter, fordi de kjenner godt sitt eget barn. De kan oppmuntre barnet til å samarbeide med helsepersonalet og motiverer barnet slik at det mestrer vanskelige situasjoner. I noen tilfeller må foreldrene holde barna deres fast ved ulike prosedyrer, selv om foreldrene har prøvd å snakke rolig og distrahere barnet på forskjellige måter. Det er viktig at foreldrene er strukturert for å forsøke å gi mening i deres sykdomserfaringer og usikkerhet ved å rose og støtte barnet (Eilertsen et.al., 2011, Stewart et.al., 2010, Rindstedt, 2012, Li, Chung og Ho, 2011).

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil problemstillingen bli drøftet ved hjelp av teoretisk bakgrunn og nyere forskning som presenteres i resultatkapittelet. Vi vil presentere metodediskusjon hvor vi skriver litt om analyse og metodeprosessen, samt diskuterer resultatet i forhold til hovedfunnene som er beskrevet i resultatkapittelet.

5.1 Metodediskusjon

I metodedelen har vi hatt god hjelp av Evans (2002), Forsberg og Wengstrøm (2013) og Nortvedt et.al. (2012). Vi har valgt å benytte ulike bøker til å besvare metodedelen, da vi følte vi fikk en bedre forståelse for hva et systematisk litteratursøk er, samt hvordan en gjennomfører det systematiske litteratursøket. Vi har blitt veiledet stegvis gjennom hva en systematisk litteraturstudie er, der Forsberg og Wengstrøm (2013) er klar på hvorfor studien gjennomføres på denne måten, samt hvordan en formulerer en problemstilling og hvordan man setter opp en plan for søkestrategi, søkeord og artikkelform. Deretter skal en vurdere artiklene kritisk i forhold til kvalitet, samt analysere og diskutere ulike funn. Med dette utgangspunktet føler vi det er flere faktorer vi ønsker å belyse, enten på grunn av at vi ser det på som en styrke eller svakhet får vår oppgave.

Noe som vi ser på en styrke for vår oppgave er at vi har møttes jevnlig gjennom arbeidsprosessen for å strukturere arbeidet. Her har vi diskutert, delt synspunkter og kommet frem til avgjørelser. Fremdriftsplanen som ble satt opp i begynnelsen av selve oppgaven har blitt fulgt, i tillegg har vi deltatt på opponentgruppe og veiledning, der oppgaven har blitt kritisk vurdert. Vi ser det også på en styrke at vi har benyttet flere databaser som PubMed og Chinal Complete da dette er gode databaser ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013). Videre ser vi det på som styrke i det å benytte PIO-skjema. Dette ble benyttet da vi i starten slet litt med å finne gode artikler med rett perspektiv og gjorde søket vårt strukturert (Forsberg og Wengstrøm, 2013). Vi har nøye lest og analysert artiklene flere ganger, dette med tanke på at vi er to som skriver oppgaven. Dette medførte flere synspunkter av artiklene, noe vi ser på som positivt.

En svakhet for vår oppgave er at inklusjons -og eksklusjonskriteriene har måttet blitt endret på. Dette på grunn av at problemstillingen måtte endres på siden temaet var bredt uten spesifikke avgrensninger. I starten valgte vi sykepleiers perspektiv, knyttet til deres funksjon. Vi endret dette til barns erfaringer knyttet til psykososiale behov, da det er vanskelig å skrive om barnets psykososiale behov uten deres synsvinkel. Her skulle vi på forkant hatt bedre oversikt over perspektivene, men de endringene som er gjort kan både være en styrke og en svakhet. En annen svakhet med vår oppgave er at vi ikke har benyttet ordet mestring i søket. Etterhvert som vi fant artiklene oppdaget vi at temaene i flere av artiklene var relatert til hvordan barn mestret de psykososiale behovene, og ønsket da å forandre problemstilling med ordet mestring. Vi prøvde å søke på nytt med ordet mestring, men fant ikke tilbake til de valgte artiklene, noe som vi ønsket å beholde. Uansett fant vi frem til et bredt resultat av ulike perspektiv hos barna i de åtte forskningsartiklene noe som vi ser på igjen som en styrke.

Barns psykososiale behov ved kreft er lite forsket på her i Norge, noe som er en svakhet. Forskningsartiklene vi har benyttet er fra Norge, Sverige, Kina, USA og Taiwan. Kina, USA og Taiwan er geografisk sett langt unna, men har ganske like levevilkår. Det eneste som er spesielt i Norge er retten til helsehjelp, noe man ikke finner i andre land og som vi har tatt hensyn til. Alle artiklene er fra 2008 eller nyere, noe vi ser på som en styrke og er svært relevant for nåtidens praksis.

Noe vi ser på som positivt er at blant de valgte artiklene er det tre som er kvalitativ, to som er triangulære og tre kvalitative. Ved kvalitative artikler kommer barnas erfaringer og synspunkter best frem, det kan derimot være negativt grunnet studiens bredde. Kvantitative artikler har som fordel at de når ut til flere samtidig, der spørreskjema ofte er benyttet. Her derimot, er det negativt at barnets følelser ikke blir beskrevet i likhet med dybdeintervju. En svakhet i noen av artiklene til tross for relevant sykdomsgruppe er at de har inkludert spesifikke krefttyper i selve forskningsartikkelen. Men tatt alt i betraktning, fant vi det vi lette etter.

Den siste styrken i vår systematiske litteraturstudie, er at vi har benyttet oppskriften for analyse til Evans (2002). Vi har systematisk jobbet gjennom de fire trinnene, der vi har lest alle relevante artikler, skrevet litteraturmatriser og grundig kartlagt innhold. Deretter diskutert frem de fire hovedfunnene som ble presentert i resultatdelen.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Terapeutisk lek

Barn i aldersgruppen 6-12 år viser positive erfaringer med å bli inkludert i terapeutisk lek gjennom sykehusoppholdet. Det reduserer stress og gir mestring, der kjente leker og kosedyr fra hjemmet skaper trygghet (Grønseth og Markestad, 2013). Dette bekrefter Li, Chung og Chiu (2010) og Li, Chung og Ho (2011) der terapeutisk lek er mye brukt for å hjelpe barnet å mestre stress og psykososial påkjenning som angst og depresjon. Med dette mener de at barn skal være mer delaktig i aktiviteter for å bedre de psykososiale tankene, noe som fører til normal vekst hos barnet. Ifølge litteraturen er lek og tegning et stress reduserende tiltak for å styrke mestring. Her bør sykepleier tilrettelegge for eksempel rollelek for å bearbeide vonde opplevelser i forbindelse med prosedyrer under sykehusoppholdet (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

Videre skriver Grønseth og Markestad (2013) og Eide og Eide (2013) at hjelpemidler som tegninger, leker, bilder, eventyr, sang, regler og metaforer kan være gode hjelpemidler da barn kommuniserer best der ord og handlinger kombineres. I studien til Rindstedt (2013) benyttet sykepleierne ved innsetting av PVK og sprøyter en medisinsk koffert med alt utstyr. Her tok sykepleieren opp hver ting og forklarte hva det var og kalte det for morsomme ting med lekende stemme. Videre fikk barnet velge om sykepleieren eller barnet skulle telle eller om sykepleieren skulle bare stikke. Ved øyendråper fikk barnet tildelt en bamse som barnet kunne dryppe dråper på, før barnet selv skulle få øyedråper.

Det bekreftes i studien til Enskär og Essen (2008) at barna som ikke kunne delta i lek grunnet sykdom ble isolert og stresset. Uansett hvor sykt barnet er bør det bli tilrettelagt terapeutisk lek da dette fremmer livskvalitet og reduserer den psykososiale byrden den kritiske sykdommen medfører. Det er nedfelt i Forskrift om barns oppholdt i helseinstitusjon (2000) at barn skal stimuleres og aktiviseres (Li, Chung og Ho, 2011, Tveiten, Wennick og Steen, 2012). De barna som ikke fikk muligheten å være ute å leke med venner og foreldre hadde dårligere selvbilde og slet med angst og depresjon (Lee et.al., 2012). Grønseth og Markestad (2013) skriver at barns kognitive, sosiale og følelsesmessige utvikling blir påvirket av barnets lek. Dette vil resultere for nedsatt utvikling hos de barna som ikke har mulighet til å leke og være seg selv da lek er en del av

barnets utvikling. Dette bekrefter også Kari Martinsen i sin omsorgsteori der hun skriver at mennesker kan ikke leve i isolasjon fra andre. Man er avhengig av andre, og det kommer tydelig frem i situasjoner der sykdom og lidelse er tilstede (Martinsen, 2003).

5.2.3 Trygghet og mestring av kreftsykdommen

God kommunikasjon er viktig for å skape trygghet og mestring mellom sykepleier og barnet. Det finns ingen fast oppskrift på hvordan sykepleier skal kommunisere med barn, men tilrettelagte og systematiske retningslinjer kan være til god hjelp (Eide og Eide, 2007). Eide og Eide (2007) skriver at en skal gjøre det barnet synes er naturlig og er interessert i, da dette kan bidra til å skape god kontakt med barnet. Videre skriver Eide og Eide (2007) med tanke på barn og kreft at hjelpemidler og metoder som terapeutisk lek og dagsplaner kan bidra til tillit og respekt hos barnet. Et slikt partnerskap kommer også frem i forskningsartikkelen til Rindstedt (2013), der hensikter med lek, ritualer og rollespill var en mestringsstrategi. Her lekte barnet sammen med personalet og foreldrene for å skape trygghet i sykehusoppholdet. Kari Martinsen (2003) skriver at moralsk omsorg er innlevelse i situasjoner som kombineres med tiltak som kan avhjelpe lidelsen og hvordan en handler på. Ifølge Li, Chung og Ho (2011) og Li, Chung og Chiu (2010) er lek en betydningsfull forberedelse ved behandling og prosedyrer, da dette fører til trygghet og mestring. Her er det viktig å tilrettelegge hvert enkelt barns behov da Kari Martinsen (2003) skriver at man må unngå bruk av unødvendig mange fremmede gjenstander og ord for å fremmer tilliten. Dette kommer også frem i litteraturen til Tveiten, Wennick og Steen (2012) og Grønseth og Markestad (2013) der de skriver viktigheten med tillitsfull lek.

Barn har positive erfaringer av å bli støttet fra foreldrene og pleierne i sykdomsforløpet. Støtte og omsorg kan være relatert til hvordan barnet oppfatter situasjonen, der støtte til underholdning og grunnleggende behov er en av de viktigste aspektene. Dette bekrefter også studien til Enskär og Essen (2008) og Lee et.al. (2012) der støtte fra venner og helsearbeidere er like viktig som støtte fra familien, for å mestre kreften. I studien til Li, Chung og Chiu (2010) blir det dokumentert at hovedgrunnen til at barnet opplever depresjon er grunnet isolering fra venner og familie over en lengre periode.

Kari Martinsens (2003) sier i sin omsorgsteori at omsorg er en grunnleggende forutsetning for menneskelig liv. Dette gjør mennesker avhengig av hverandre. Derfor er det viktig at sykepleieren tilrettelegger for at barnet opprettholder kontakt med både familie og venner

ved sykdomsforløpet. I Wu et.al. (2013) sin studie benyttet de psykopedagogisk intervensjonsgrupper der barnet fikk snakke om emosjonelle problemer og fikk støtte for å mestre hverdagen. Her følte barna at de hadde god tid til å snakke, ofte bedre tid enn de ansatte, og at barna fikk hjelp til å finne alternative løsninger for å takle de ulike problemene kreften medførte. Dette førte til at barna opplevde god effekt for mestring, trygghet og tillit. Studien skriver også at det er viktig at barn lærer seg å omdirigere energien ved å sette positive tanker i riktig retning. Grønseth og Markestad (2013) skriver at det er viktig at barn opplever mestring, da dette er nødvendig for å bli selvstendig og føle seg kompetent, noe som igjen er en del av Empowerment prosessen. Empowerment er maktoverføring tilbake til personen slik at de føler kontroll og mestring (Mæland, 2010). Ifølge litteraturen og forskning er Empowerment noe som blir brukt i forhold til å veilede barnet gjennom kreftperioden. Dette fordi barnet er ekspert på sin egen kropp og skal ha en medvirkning til beslutningene i forhold til Empowerment tenkningen som må følges (Tveiten, Wennick og Steen, 2012).

Flere studier gjort av Stewart et.al. (2010), Lee et.al. (2012) og Rindstedt (2012) viser at barn føler trygghet og mestring ved å opprettholde familierutiner. Dette er kjente rutiner som barnet er vant til, samt det medfører at personer barnet kjente før sykdommen blir inkludert i hverdagen. Dette gjenspeiler seg i litteraturen til Tveiten, Wennick og Steen (2012) der de skriver at familie og venner vil alltid være en sentral plass for barnet som er innlagt på sykehus, slik at barnet skal føle mestring og trygghet. Ifølge Lee et.al. (2012) er det viktig at barnet får all den støtten en kan få, gjennom kreftbehandlingen og kroppsbilde med tanke på hårtap og andre fysiske forandringer, samt barnets egne avgjørelser i dette. I studien til Li, Chung og Chiu (2010) er det viktig at sykepleierne nøye vurderer barnets psykososiale behov for å hjelpe barnet videre i behandlingen. Barn føler seg ikke alltid like komfortable med å fortelle om deres problemer med andre voksne (Wu et.al., 2013).

I følge Enskär og Essen (2008) er angst et stort hinder for at barn skal kunne oppleve mestring under kreftbehandlingen og tiden etter. Her er det viktig at sykepleier tilrettelegger og hjelper barnet i denne prosessen, der mestringsstrategier kan være gode hjelpemidler. Mestringsstrategier er ifølge Reitan (2011) strategier en benytter for å takle utfordringer. Det er et hjelpemiddel barnet kan bruke for å bevare selvbilde, finne mening og kontroll over problemene. I studien til Lee et.al. (2012) benyttet barna mestringsstrategier for hårtapet og kroppslige forandringer. Det ble brukt sosial støtte,

parykk eller hat. Den ene mestringsstrategien gikk ut på å ha kontroll over deres eget liv og fortelle seg selv at de så fortsatt normale ut og at andre mennesker hadde tolket ting feil. Dette bekrefter Aron Antonovsky (2012) da han skriver at pasienten selv må finne mening i livssituasjonen. Dette betyr at pasienten har en viss grad av innflytelse på mestring og mulighet til å påvirke sin egen situasjon.

5.2.3 Psykososiale utfordringer

Det å bli innlagt på sykehuset har stor innvirkning på dagliglivet og er i seg selv en stor stressfaktor da det medfører angst på mange områder. Barnet, uavhengig av alder og utvikling er sårbart (Tveiten, Wennick og Steen 2012). For at barn og unge skal mestre en stressende opplevelse som det å innlegges på sykehus, er de avhengig av forutsigbarhet, tilrettelegging, veiledning, nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsene. De tiltakene som iverksettes for å hjelpe barn med å mestre stress og angst virker også positivt på barnets utvikling og velvære. Barn fra 6 -8 årsalderen opplever situasjoner og perioder, der de blir engstelig og søker den nære kontakten til foreldrene (Sjøbjerg, 2013). Ifølge Stewart et.al. (2010) blir ofte barn påvirket av foreldrene. Hvis foreldre viser usikkerhet, vil barnet automatisk selv bli usikker og dette vil igjen påvirke sykehusoppholdet til barnet. Det er viktig at det blir gitt tilpasset informasjon til både barn og foreldre for å redusere angstnivået.

Ut ifra de åtte studiene ble det gjort funn av at de fleste barn opplever angst og depresjon ved en kreftdiagnose og at barna ofte hadde emosjonelle-, psykiske- og sosiale problemer (Enskär og Essen, 2008, Li, Chung og Chiu, 2010, Li, Chung og Ho, 2011, Wu et.al., 2013, Lee et.al., 2012, Rindstedt, 2013 og Eilertsen et.al., 2011). Ifølge Grønseth og Markestad (2011) er angst en av de vanligste symptomene hos barn og unge og det dreier seg hovedsakelig om forbier der frykt for spesielle ting eller situasjoner barnet skal gjennom, er nytt. Depresjon omfatter som manglende evne til motivasjon og oppleve glede. Barn har mindre evne til å uttrykke følelser og depresjon kan skjule seg bak symptomer som tap av appetitt, vekt, søvnvansker, smerter og sosial atferd.

Ifølge Enskär og Essen (2008), Li Chung og Chiu(2010), Wu et.al. (2013), Lee et.al. (2012) og Eilertsen et.al. (2011) viste barna mye følelser over endret utseende, kroppsbilde, hårtap, vekttap og søvn og spiseforstyrrelser. Barna syntes dette var trist og

sårbart. De ble sosial isolerte da de følte seg stygge og ikke lengre attraktive. De så på seg selv som tapere, unormale og svake. De følte andre så stygt på dem og at det var vanskelig å dele opplevelsene deres med andre. Det er viktig at sykepleierne støtter gjennom å gir god informasjon, lytter og forstår deres tanker og følelser. Hjelper de å se på de positive retninger og inspirere de til å ha mot for å møte det nye kroppsbildet (Lee et.al, 2012). Ifølge Bringager et.al. (2014) gir informasjon en trygghet og forståelse hos barnet og det er viktig å informere barnet i forkant om at håret vil falle av og at det finnes ulike muligheter for hodeplagg.

Nødvendige prosedyrer er en del av omsorgen på sykehuset. Dette kan føre til økt angst, stress, atferdsendringer og lavere selvfølelse og selvtillit (Sjøberg, 2013). Dette kommer også frem i studien til Enskär og Essen (2008), der barn er redde for smertefulle prosedyrer og bivirkninger og viser tydelig bekymring for medisinske prosedyrer. De ble sårbare og bekymret. De mistet selvkontroll og selvtillit. Det er viktig å ha innsikt i hvordan barn og unge forstår og opplever egen sykdom og helse, samt hjelper dem til å leve med sykdom, der i størst mulig grad reduserer negative konsekvenser av sykdom (Tviten, Wennick og Steen, 2012).

Når barnet får kreft, påvirker dette hele det offentlige nettverket til barnet. Både barnet og deres venner oppfatter kreft som farlig og skremmende, men samtidig så trives de i hverandres selskap og har lyst til å være sammen (Bringager et.al. (2014). I studiene til Enskär og Essen (2008) og Li, Chung og Chiu (2010) sa barna at de skulle ønske de kunne få være på skolen sammen med vennene sine og være med i timene, da de følte de lå langt bak i de ulike fagene, noe som igjen førte til at barna ble engstelige. Ifølge Pasient- og Brukerrettighetsloven (2015) har barn rett til undervisning under sykehusoppholdet, etter opplæringsloven. Dette kan medføre til redusert engstelse, da de får tilrettelagt undervisning etter deres læreplan. I studien til Lee et.al. (2012), følte barna at klassekameratene så stygt på dem. Dette medførte til at barna opplevde at de ikke var inkluderte og derfor ikke likte seg på skolen. Bringager et.al. (2014) skriver at i slike tilfeller kan det være lurt å tilrettelegge skolebesøk. Her får barnet ta med seg helsesøster, foreldre og søsken til klasserommet der de forteller hva barnet har vært igjennom og hvorfor. Dette er for å trygge barnet, da klassekameratene har større forståelse for hva barnet gjennomgår.

5.2.4 Foreldre som støttespiller

Barn mellom 6-12 år bør få konkret og ærlig informasjon fra foreldrene under sykehusoppholdet. Ifølge Stewart et.al. (2010) og Li, Chung og Chiu (2010) er det viktig med foreldrenes meninger og tilstedeværelse, da det er foreldrene som kjenner barnet best. Ifølge litteraturen er det viktig at foreldrene føler mestring og trygghet under sykehusoppholdet da det er vanskelig å viderefremme informasjon til barna om de føler seg usikre. Dette gir foreldrene et behov for informasjon fra personalet om det å føle at de har kontroll over situasjonen og at de føler seg kompetente og omsorgsfulle foreldre, selv om barnet er sykt (Grønseth og Markestad, 2013 og Tveiten, Wennick og Steen, 2012). Dette bekrefter Stewart et.al. (2010) der han skriver at de barna som hadde usikre foreldre viste mer usikkerhet enn de barna som ikke hadde usikre foreldre. Derfor er det viktig at foreldrene ikke viser tegn til engstelse og heller ta kontakt med personale for informasjon og veiledning. Ifølge Eriksons utviklingsteori har barn i aldersgruppen 6-12 år god ordforståelse noe som bidrar til god forståelse for sammenhengen og forståelsen for hva som skjer (Håkonsen, 2013).

Foreldre på lik linje med barn har rett på ærlig, realistisk informasjon og støtte, noe som fører til kontroll og mestring av situasjonen. Foreldrene trenger å bli sett, støttet i å være delaktig i barnets situasjon. Ifølge Enskär og Essen (2008), Li, Chung og Ho (2011) og Lee et.al. (2012) trenger foreldrene støtte og informasjon om barnets behandling. Videre skriver de at foreldrene må støtte og informere barnet i forhold til kroppslige forandringer, psykososiale behov, og hvilke prosedyrer som skal bli utført da barnet har størst tillit til foreldrene. Det er også viktig med foreldrenes deltagelse i terapeutisk lek. Dette er fordi leken hemmes i utrygge miljø (Grønseth og Markestad, 2013). Dette bekrefter også Rindstedt (2013) og Li, Chung og Ho (2011) i sine studier der de skriver at foreldrenes deltagelse i den terapeutiske lek er en viktig del av det å støtte barnet, samtidig at foreldrene spiller en viktig rolle for at barn skal samarbeide.

6.0 Konklusjon

Vi vil først og fremst konkludere i utgangspunkt i vår problemstilling at det er viktig at hver enkelt viser respekt til hvert enkelt individ, uavhengig av personlighet, utviklingsnivå og alder. Barn vil alltid ha ulike personligheter der de vil takle en kritisk sykdom på ulike måter. Det er viktig å være oppmerksom på hvordan en samarbeider og kommuniserer med barnet gjennom sykehusoppholdet, da dette er helt avgjørende for hvilke erfaringer barnet tar med seg videre i livet.

Ut i fra vår oppgave opplever barn at lek gir dem muligheten til å ha fokus på noe annet enn på selve behandlingen og at dette gir dem både trygghet og mestring, for å håndtere hverdagens utfordringer. Barn opplever at det å kunne åpne seg og snakke om følelser og tanker med voksne og kjente mennesker, ga dem lettelse og befrielse av det å ha psykososiale påkjenninger. Dette er viktig da det påvirker barnets utvikling og forståelse. Barn opplever også at foreldrene gir god støtte, noe som øker trivsel og helse på sykehuset.

Ut fra vår oppgave har vi opparbeidet erfaring med tanke på sykepleierens konsekvenser og ansvar. Sykepleieren må forholde seg til barnets behov, følelser og tanker, samt ønsker for å bidra til at barnet opplever positive sider ut fra deres kritiske sykdom. Vi kan konkludere med at dette er et tema som bør forskes mer på i Norge. Psykososiale problemer er og kommer alltid til å være en stor utfordring rundt det å være alvorlig syk. Vi stiller oss undrende til hvorfor barns psykososiale behov ikke kommer mer frem gjennom studiet, da kunnskapen er avgjørende for barnet.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barnasbesteblogg (2017)Tilgjengelig fra: <https://barnsbesteblogg.com/tag/belastninger-i-familien/> (Hentet: 18. Mai 2017)
- Berg, R. og Munthe-Kaas, H. (2013) Systematiske oversikter og kvalitativ forskning, *Norsk epidemiologi* 23(2): s. 131-139 [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1634> (Hentet 5. Mai 2017)
- Bertelsen, B., Hornslein, K. og Thoresen, L. (2012) *Svulster*. I Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.). Sykdom og Behandling. 1.utg. (s. 123-146) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. og Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Roald, B., Sauer, T. og Klepp, O. (2017) Aksjeselskap, Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/kreft> (Hentet: 15. Mai 2017)
- Drageset, S. og Ellingsen, S. (2009) `Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt`, *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), s. 100-113 [Onlin] Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/244> (Hentet 5. Mai 2017)
- Eide, H & Eide, T (2013) Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk. 2.Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eilertsen, M. E., Rannestad, T., Indredavik, M. S. og Vik, T. (2015) `Psychosocial health in children and adolescents surviving cancer`, *Scandinavian Journal of Caring*

- Sciences*, 25(4), s. 725-734 [Online] DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00883.x (Hentet: 2. Mars 2017).
- Enskär K og von Essen L. (2008) `Physical problems and psychosocial function in children with cancer`, *Journal of Pediatric Nurs*, 20(3), s. 37-41 [Online] DOI: 10.7748/paed2008.04.20.3.37.c6521 (Hentet: 8. Januar 2017).
- Evans, D (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 20 (2), s.22-26
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2016) *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217> (Hentet: 15. mai 2017)
- Grov, E. K. (2011) *Om å være pårørende*. I Knutstad, U. (red.) Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2. 3.Utg. (s. 267-281). Oslo: Akribe AS
- Grønseth, R og Markestad, T. (2013) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Håkonsen, K. M. (2013). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Iversen, O. H. og Braut, G. S. (2009) Aksjeselskap, Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sykehus> (Hentet 15. Mai 2017)
- Lee, M., Mu, P., Tsay, S., Chou, S., Chen, Y., Wong, T. (2012) `Body image of children with cancer and adolescents with cancer; A metasynthesis on qualitative research findings`, *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14, s. 381-390 [Online] DOI:10.1111/j.1442-2018.2012.00695.x (Hentet: 2. Mars 2017).

- Li, H., Chung, O. og Chiu, S. (2010) `The impact of cancer on Children's physical, emotional and psychosocial well-being`, *Journal of, Cancer Nursing* 33(1), s. 47-54 [Online] DOI:10.1097/NCC.0b013e3181aaf0fa (Hentet: 8. Januar 2017).
- Li, W., Chung, J., Ho, E. (2011) `The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer`, *Journal of Clinical Nursing*, 20, s. 2135-2143 [Online] DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x (Hentet: 2. Mars 2017).
- Lie, Sverre O. (2009) *Kreft hos barn - generelle forhold*. I Kåresen, R. og Wist, E. (red.) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (s.351-360). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as
- Lohne, V. (2011) *Håp og håpløshet*. I Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. 3.Utg. (s. 108-123). Oslo: Akribe AS
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2015) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#§4-7 (Hentet: 15. Mai 2017).
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 1. utg. Otta: Universitetsforlaget
- Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/> (hentet 15. Oktober 2017)
- Mæland, J.G. (2010) *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft. (2015) Årsrapport. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2016/arsrapport-2015-barnekreft.pdf> (Hentet: 12. januar 2017)

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., og Reinar, L. (2008) Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (2017) Database for statistikk om høyere utdanning. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 20.03.17).

Rindstedt, C. (2015) 'Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping', *Journal of Child: care, health and development*, 40(4), s. 580 - 586 [Online] DOI: 10.1111/cch.12064 (Hentet: 2. Mars 2017).

Reitan, A.M. (2011) 'Mestring'. I Knutstad, U. (red.) Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2. 3.Utg. (s.74-107) Oslo: Akribe AS

Segesten, A. K. (2011) *Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom*. I Knutstad, U. (red.) Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2. 3.Utg. (s.125-135) Oslo: Akribe AS

Stewart, J. L., Mishel, M. H., Lynn, M. R. og Terhorst, I. (2010) 'Test of a conceptual Model of Uncertainty in Children and Adolescents with Cancer', *Research in Nursing and Health*, 33, s. 179-191 [Online] DOI: 10.1002/nur.20374 (Hentet: 2. Mars 2017).

Stubberud, D. G., Risvik, W. og Almås, H. (2010) 'Sykepleie ved sykdommer i galleveier, bukspyttkjertel og lever.' i Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie* 1. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 453- 474.

Svartdal, F. (2014) Aksjeselskap, Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/psykososial> (Hentet: 15. Mai 2017)

Søbjerg, I. L. (2013) *Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom* i Stubberud D.G. (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, 1. utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 114-151

Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H.F. (2012). *Sykepleie til barn*. 1.Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Wu, L.M., Chiou, S.S., Sheen, J.M., Lin, P., Liao, Y.M., Chen, H.M. og Hsiao, C.C. (2014) `Evaluating the acceptability and efficacy of a psycho-educational intervention for coping and symptom management by children with cancer: a randomized controlled study`, *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), s.1653-1662 [Online] DOI: DOI:10.1111/jan.12328 (Hentet: 2. Mars 2017)

Vedlegg – Litteratormatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / Keywords	Metode	Resultat / funn	Relevans for vår oppgave?
<p>Enskär K og von Essen L.</p> <p>`` Physical problems and psychosocial function in children with cancer``</p> <p>Journal of Padiatric Nurse. 2008 20(3) S. 37-41</p> <p>Doi:10.7748/paed2008.04.20.3.37.c6521</p>	<p>Studiens hensikt er å beskrive den fysiske kreftsykdommen, behandlingsrelaterte problemer og psykososial funksjon hos barn med kreft.</p>	<p>Children: cancer, Healt</p>	<p><u>Utvalg</u></p> <p>48 barn var kvalifiserte til å delta i studien, der 9 barn valgte å ikke delta. Dette ga 39 barn i alderen 7-12 år. Både barn og foreldra ga samtykket.</p> <p><u>Datainnsamling</u></p> <p>Studien har benyttet seg av intervju ved hjelp av «the life situation scale for children» som handler om temaer som fysiske problem, psykososial funksjon, stress, støtte og deltagelse i livet og god pleie. Barna hadde svar alternativer: litt, veldig masse, helt enig og litt enig.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Kvalitativ studie</p>	<p>Flere kreftsyke barn opplever mer psykososiale problemer enn fysiske problemer av kreften. Funnene indikerer da at det er viktig at sykepleier som jobber med kreftsyke barn gir god pleie og støtte. Studien viser også at det er stor psykososial påkjenning i det å ikke få lov å dra på skole sammen med venner.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da man fort kan tenke at det å ha kreft har større påkjenning fysisk enn psykisk. Her må sykepleier sette seg inn i hver enkelt barns situasjon og tilrettelegge deres behov. Dette er også relevant til vår problemstilling da den belyser at psykososiale behov er noe en må prioritere for at barnet skal oppleve livskvalitet.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat / funn	Relevans for vår oppgave?
<p>Li, H., Chung, O. og Chiu, S.</p> <p>`` The impact of cancer on Children's physical, emotional and psychosocial well-being``</p> <p>Journal of Cancer Nursing, 2010, 33 (1), s. 47-54</p> <p>Doi:10.1097/NC C.0b013e3181aaf0fa</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke virkeligheten av kreft på fysiske, følelsesmessige og psykososial trivsel, samt diskutere sykepleiers rolle om hvordan de kan hjelpe barna gjennom den vanskelige perioden.</p>	<p>Children, cancer, nursing, psychosocial</p>	<p><u>Utvalg</u> 98 barn fra alderen 7 til 15 år fra Hong Kong. Barna måtte snakke Cantonese og lese Kinesisk, der barna var diagnostisert de siste seks månedene. Barna var innlagt for behandling av kreft på 2 forskjellige avdelinger og sykehus</p> <p><u>Datainnsamling.</u> Dette er en tversnittstudie. Først ble de sendt ut spørreskjema med 20 spørsmål. Deretter ble barna innkalt til et semistrukturerte intervju der barna kunne fortelle om sine følelser og hvordan de har det.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en triangulær metode der forskerne har benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode.</p>	<p>Det ble funnet at barna hadde betydelig forhøyet angstnivå og over halvparten hadde depressive symptomer under sykehusoppholdet. Der neste alle viste en eller annen form for bekymring.</p> <p>Studien konkluderer at det er viktig at sykepleier vurderer hensiktsmessig sykepleie som kan hjelpe barn å gjenopprette normal utvikling for å lette det emosjonelle og den psykososiale byrden av kreften.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den belyser hvor viktig det er at sykepleier kontinuerlig vurderer barnas psykososiale behov. Artikkelen understreker viktigheten med at sykepleier må ha tilstrekkelig med kunnskap for å hjelpe barnet gjennom en livstruende tilstand.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegr ep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for vår oppgave?
<p>Li, W., Chung, J., Ho, E.</p> <p>‘The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer’</p> <p>Journal of Clinical Nursing (2011) Vol nr 20 s: 2135-2143 Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03733</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke effekten av terapeutisk lek ved hjelp av virtuelle spill og om dette hadde noe innvirkning på angst og depresjon hos barn som var innelagt på sykehus</p>	<p>Cancer, children, nursing, psychological, therapeutic play, virtual reality</p>	<p><u>Utvalg:</u> Barn fra 8-16 år deltok fra en pediatrik onkologisk avdeling for behandling av kreft. Av de 122 barna dannet de 60 som mottok rutinemessig sykepleier og 52 barn som mottok terapeutisk lek</p> <p><u>Datainnsamling</u> Studien tok plass på Hong Kongs største akutt avdelinger for kreftsyke barn. Studien varte i 14 måneder der de ble brukt en statisikpakke for samfunnvitenskapelig programvare for dataanalyse. Gruppene ble vurdert ved bruk av inferensiell statistikk.</p> <p><u>Metode</u> Kvantitativ studie</p>	<p>Studien viser at barn som fikk tilrettelagt terapeutisk lek hadde betraktelig færre angst og depressive symptomer. Dette igjen påvirker barnets psykososiale tilstand.</p> <p>Studien beviser at terapeutisk lek ved hjelp av spill har stor påvirkning av barn psykologiske forberedelse og kan dermed fremme helhetlig og god pleie og gjøre kreft forløpet mindre vanskelig.</p>	<p>Denne studien er relevant i forhold til vår oppgave da terapeutisk lek viser seg å redusere psykososiale problemer hos et barn, noe som er et stort problem hos et kreftsykt barn på sykehus. Dette er et viktig tiltak for å støtte og hjelpe barnet med kreft og den byrden behandling gir og gjøre deres sykdomstid mindre vanskelig.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for vår oppgave?
<p>Wu, L.M., Chiou, S.S., Sheen, J.M., Lin, P., Liao, Y.M., Chen, H.M. og Hsiao, C.C.</p> <p>`` Evaluating the acceptability and efficacy of a psycho-educational intervention for coping and symptom management by children with cancer: a randomized controlled study``</p> <p>Journal of Advanced Nursing, 2014, Vol.70(7), s.1653-1662</p> <p>DOI: 10.1111/jan.12328</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere aksepten og effekten av pedagogisk intervensjons grupper som er laget for å forbedre mestring og symptomhåndtering. Dette da kreftbehandling øker overlevelse egenskaper og medfører psykiske og psykososiale problem.</p>	<p>Coping, intervensjon, nurse, nursing, pediatric cancer, symptom severity</p>	<p><u>Utvalg</u> 233 deltagere fra pediatrik onkologisk avdeling på medisinsk senter i Taiwan. Deltagerne ble randomisert delt på fire for å sikre jevn fordeling av alder, kjønn og antall deltagere i kontroll og eksperimentell gruppe.</p> <p><u>Datainnsamling:</u> Dette er en randomisert kontrollstudie. Fokuset i denne studien var å gi informasjon om behandling og hvordan barn best kunne håndtere symptomene. Studien består av 3 moduler. Modul 1 – identifisere stressfaktor med tanke på bivirkning. Modul 2 - finne selvhjelps metoder for mestring og Modul 3 – dele positiv mestring. Hver modul varte 60-90 minutter, og ble gjennomført i løpet av 1 uke. Modul 3 ble gjentatt etter 3 måneder.</p> <p><u>Metode</u> Triangulær studie</p>	<p>Psykiske og psykososiale problem reduseres ved hjelp av støtte grupper. Smerter og kroppsbilder viste god effekt i grupper over tid. Kvalitative resultater viser positive resultater mot støtte og mestring</p> <p>Studien konkluderer med god effekt på barn med kreft, da de fikk mer tid sammen, diskutere sammen i en positiv retning med tanke på emosjonelle støtte og diskusjon om sykdomsrelaterte problem.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da barna synes det var positivt med psykopedagogisk gruppe der barna kunne snakke om emosjonelle problemer. Det er viktig at barna får snakket ut om følelser og tanker og at de blir lyttet til.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegre p/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevant for vår oppgave?
<p>Stewart, J. L., Mishel, M. H., Lynn, M. R. og Terhorst, I.</p> <p>“Test of a conceptual Model of Uncertainty in Children and Adolescents with Cancer”</p> <p><i>Research in Nursing and Health</i>, 33, (2010) s. 179-191</p> <p>DOI: 10.1002/nur.20374</p>	<p>Studiens hensikt var å teste en konseptuell modell av usikkerhet hos 68 skolebarn og ungdom med kreft.</p> <p>Da usikkerhet var relatert til psykiske plager. Foreldrenes usikkerhet har også betydelig for barnets usikkerhet.</p>	<p>Uncertainty; parent-child relationship; cancer; growth and development; adolescence</p>	<p><u>Utvalg:</u> Barn fra 8-18 år under behandling for en form av kreft med foreldre som hadde mulighet å være delaktig 72 barn og deres foreldre deltok i en poliklinisk undersøkelse.</p> <p><u>Datainnsamling</u> Informert samtykke ble innhentet fra foreldre og samtykke fra barn og unge. Studien foregikk på stedet det var mest praktisk for familien. Spørreskjema ble lest for alle barn i alderen 10 og yngre. Etterforskerne møtte barna privat etterpå dette for å sikre barnets svar forble konfidensielle.</p> <p><u>Metode:</u> Kvantitativ studie</p>	<p>Studien viste at foreldrenes usikkerhet til barnets usikkerhet var betydelig. Når foreldrene viste usikkerhet økte også barnets usikkerhet. Barnets usikkerhet hadde stor betydning for veien mot både angst og depressive symptomer Det viste seg at ved mindre kunnskap om sykdom ved høyere alder var assosiert med høyere usikkerhet. Usikkerheten er stressende for barn som det er for voksne som igjen påvirker deres psykologiske justering. Samspillet mellom barnets usikkerhet og foreldrenes usikkerhet påvirker i tillegg deres egen psykiske utfall.</p>	<p>Denne studien er relevant til vår oppgave da foreldrene spiller en stor rolle hos barnet. Barna har stor tillit til foreldrene og det er viktig at foreldrene får god informasjon og støtte av helsepersonell til å redusere stress og usikkerhets nivået. Usikkerhet og stress er to faktorer for at barnet kan utvikle angst og depressive symptomer, spesielt når de blir innlagt på sykehuset og må gjennomgå en del prosedyrer og behandlinger.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevant for vår oppgave?
<p>Lee, M., Mu,P.Tsay, S., Chou, S.,Chen, Y., Wong,T.</p> <p>“Body image of children with cancer and adolescents with cancer; A metasynthesis on qualitative research findings”</p> <p>Nursing and Health Sciences (2012) Vol 14, s:381-390</p> <p>DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00695.x</p>	<p>Hensikten med denne studien var å bruke kvalitative metoder for å undersøke kroppsbilde opplevelser av barn og unge med kreft.</p> <p>Det ble gjennomført en systematisk litteratursøk i engelsk og kinesisk databaser</p>	<p>Adolescent, body image, cancer, children, meta-synthesis</p>	<p><u>Utvalg:</u> Barn mellom 6-20 år med kreft. Alle typer kreft var inkludert. Studien fokuserte på barnas opplevelse av kroppsforandring i forhold til kreft.</p> <p><u>Datasamling:</u> I denne studien ble det benyttet” Qualitative Assessment and Review instrument (QUARI) som er designa for å hjelpe forskerne. Dette omfatter å kritisk vurdere artiklene for å systematisere søket. 337 artikler kom opp på søket. 12 artikler ble kritisk vurdert , der 8 artikler ble inkludert. Videre ble 4 artikler tatt bort grunnet det ikke stod i strid med studiens hensikt.</p> <p><u>Metode</u> Kvalitativ systematisk review.</p>	<p>I tillegg til de fysiologiske plagene ved kreften får barn også psykososiale lidelser i form av kroppslige forandringer. Kurs og undervisning om behandlinger og utfordringer bedrer selvbildet. Det er også viktig med omsorg og støtte, alt i alt redusere psykologisk stress. Barn og unge med kreft opplever forskjellige problemer forbundet med endring av kroppsbilde. Forandring av kroppsbilde-Selv beskyttende strategier er også utviklet hos barnet. Barn og unge møter endret kroppsbilde, positivitet endres og man får en spesiell holdning i deres fremtidige liv. Barn og unge må også godkjenne virkning og påvirkning av endret kroppsbilde på det fysiske, mentale og det sosiale aspektet.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da kroppsförändring spiller en stor rolle i de psykososiale problemene. Barn opplever seg stygge, svak og lite attraktiv, dette kan igjen gi angst og depresjon.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ funn	Relevans for vår oppgave?
<p>Rindstedt, C.</p> <p>`` Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping``</p> <p>Journal of Child: care, health and development, (2013) 40(4) s.580–586</p> <p>DOI: 10.1111/cch.12064</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan barn bruker fantasi, lek og mestring til å håndtere konisk sykdom.</p>	<p>Coping, pediatric cancer, video</p>	<p><u>Utvalg</u> Video opptakene går over en periode på 1 år der 5 delaktige barn med kreft, sammen med foreldre og sykepleiere.</p> <p><u>Datasamling</u> Store deler av datasamlingen består av 93 timer med video mellom barn, foreldre og ansatte. Dette innebærer feltarbeid med etnografisk metode for å muliggjør å analysere og arbeide detaljert i ettertid</p> <p><u>Metode</u> Kvalitativ studie</p>	<p>Resultatene viser at foreldre og ansatte som benytter seg av historiefortelling, humoristisk behandlingspraksis, lekeritualer og rollespill blir benyttet i samarbeid med barn, noe som medfører økt tillit og mestrings følelse.</p> <p>Studien konkluderer med at terapeutisk lek, ansatte og foreldre er en stor betydning for mestring prosessen og sykehus opplevelsen til barnet.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgaven da den belyser viktigheten med terapeutisk lek og samarbeidet mellom barn, sykepleier og foreldre.</p> <p>På denne måten kan sykepleier tilegne seg kunnskap som er nødvendig for å møte barn meg kreft, samt at artikkelen understreker at terapeutisk lek må tilpasses ut fra barnets alder og utvikling.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat / funn	Relevans for vår oppgave?
<p>Eilertsen, M. E., Rannestad, T., Indredavik, M. S. og Vik, T.</p> <p>`` Psychosocial health in children and adolescents surviving cancer``</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2011, Vol.25(4), s.725-734</p> <p>Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00883.x</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske psykososial helse hos barn og unge overlevende av kreft, tre år etter diagnosen ble stilt.</p>	<p>Childrem, cancer, mental healt, psychosocial function</p>	<p><u>Utvalg</u> 50 barn og unge diagnostert med kreft på St. Olavs universitetssykehus valgte å delta i perioden 1993 til 2003. Samtykke fra både barnet og deres foreldre.</p> <p><u>Datasamling</u> I studien ble det benyttet styrke og problem spørreskjema der barnet selv, foreldre og lærere var hjelpelige å svare.</p> <p><u>Metode</u> En kvantitativ studie.</p>	<p>Resultatene viser at barn som overlever kreft har større risiko for å utvikle psykososiale problemer enn deres venner. Studien konkluderer at barn som er under et langtidsopphold og rehabilitering bør bli ekstra fulgt opp for psykiske problemer og psykososial fungering både under sykehusoppholdet og i ettertid da det har stor påkjenning for barnet.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da det er viktig for barnet, det med opplevelsen av sykehuset, og det å ikke ha redsel for sykehuset. Det er viktig at barn for en positiv opplevelse av sykehuset og at personalet rundt barnet er bevist på utviklingen.</p>

Vedlegg – Søket historie

Søket startet 8. januar i PubMed, der søkeordene children AND cancer AND psychosocial function AND problems ble benyttet, da dette er relevant og sentralt i henhold vår problemstilling. Dette ga 73 resultater før vi innskrenket søket ved å ta i bruk inklusjonskriteriene. Her ble publiseringsdato satt til 2008-2017 og barns alder 6-12 år. Vi leste gjennom flere abstrakter men de ble ikke inkludert da de omhandlet palliative pasienter og en spesiell krefttype. De ble derfor ikke relevante og ble da utelukket da vi ønsket å fokusere på barn som overlevde og barns psykososiale behov ved kreft, ikke en spesifikk krefttype. Vi satt da igjen med en artikkel som vi anså som svært relevant for vår studie, dette var artikkelen “Physical problems and psychosocial function in children with cancer”, publisert i 2008. Denne var svært relevant for vår problemstilling da den belyser at de kreftsyke barna opplever mer psykososiale problemer enn fysiske problemer, samt viktigheten med støtte fra sykepleier og den psykososiale påkjenningen barnet får av å ikke være sammen med venner på skolen.

Videre søkte vi i Pubmed, der vi benyttet søkeordene children AND cancer, da dette er pasientgruppen vi ønsket å skrive om. Dette ga 267922 treff, og måtte videre begrense søket for å gjøre den relevant for problemstilling. Dermed begrenset vi søket med psychosocial AND nursing, noe som ga 273 treff. Videre begrenset vi søket med emotional, antall artikler ble da redusert til 62. Videre ønsket vi artikler som var publisert i tidsrommet 2010-2017, barnets alder 6-12 og artikler i fulltekst og krysset derfor av på dette, da satt vi igjen med 10 resultater. Her ble alle abstraktene lest og 6 artikler lest før vi fant “The impact of cancer on Children’s physical, emotional and psychosocial well-being” publisert i 2010, som vi anså som relevant for vår oppgave da den tok for seg barn mellom 6-12 år, og tok for seg de psykososiale uttrykkene barnet får under kreftbehandling.

Deretter brukte vi Cinahl Complete som database. Vi brukte søkeordene children cancer AND psychological og fikk opp 613 treff. Videre begrenset vi med årstall fra 2010-2016, PDF full tekst, og språk engelsk og fikk opp 49 resultater. For å få opp artikler som var relevant for vår oppgave avgrenset vi med alder 6-12 år og cancer patients og fikk opp et resultat på 11. Her leste vi overskrifter og abstrakter på alle 11 og leste 6 artikler. Vi valgte 3 artikler til vår oppgave. “The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer”, publisert i 2011, “Evaluating the acceptability and efficacy of a psycho-educational intervention for coping and symptom management by children with cancer: a randomized controlled study”, publisert 2013 og “Test of a Conceptual Model of Uncertainty in Children and Adolescents with cancer”, publisert i 2010. Vi fant ut at disse artikkelene var relevant for vår oppgave da det handle om terapeutisk lek til barnet, mestringsstrategi ved psykopedagogisk intervensjonsgruppe og test av usikkerhet hos barn og foreldre

Vårt siste søk var også på Cinahl Complete. Vi brukte søkeordene children cancer AND psychosocial factors og fikk opp 1236 treff. Vi begrenset søket med årstall fra 2010-2017 og valgte PDF full tekst og fikk 99 treff. For å begrense videre valgte vi abstract available, alder fra 6-12 år og språk, engelsk og fikk 44 treff. Vi ønsket enda mer avgrensning og valgte år fra 2011-2017. Da fikk vi opp 35 resultater. Vi leste overskrifter og 15 abstrakter. Vi leste 7 artikler og valgte 3 artikler til vår oppgave: “Body image of children and adolescents with cancer: A metasynthesis on qualitative research findings”, publisert i 2012, “Children`s strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping”, publisert 2013 og “Psychosocial health in children and adolescents surviving cancer”, publisert i 2011. Vi så på disse som relevant for vår oppgave da det handlet om endret kroppsbilde ved en kreftsykdom, mestringsstrategier for hvordan barnet taklet kreft og barnets psykososiale påkjenninger

Vedlegg PIO - skjema

	P - Populasjon	I- Intervensjon	O-utfall
Keywords	Children Cancer	Nursing Emotional	Psychosocial function Psychosocial factors Psychosocial

Eventuelle begrensninger: 6-12 år, ikke eldre en 10 år, IMRaD, Engelsk, Norsk, Svensk og Dansk og barns perspektiv.