



**BACHELOROPPGAVE:**

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til  
mestringsfølelse hos barn med akutt lymfatisk leukemi?

**FORFATTERE:**

INGER RENATE FAGERNES  
HEGE VEISENE

Dato: 10.05.15

## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til mestringsfølelse hos barn med akutt lymfatisk leukemi?</u>	Dato : 10.05.15
Deltaker(e)/	<u>Inger Renate Fagernes</u> <u>Hege Veisene</u>	
Veileder(e):	<u>Kirsten Nordang</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Barn, kreft og mestring</u>	
Antall sider/ord: 46/12087	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet: Åpen
<p><b>Introduksjon:</b> Leukemi er den vanligste kreftformen blant barn. I dag er prognosen for barnekreft på 80-85% overlevelse.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med litteraturstudien er å få innsikt og nye kunnskaper om hvordan sykepleier kan bidra til mestringsfølelse hos barn med leukemi.</p> <p><b>Metode:</b> Metoden er et litteratursøk. Gjennom søkeperioden ble databaser som Cinahl, Sage Journals og Ovid Nursing Database benyttet. Søkeord som child, cancer, nursing, coping, impatient og communication ble anvendt.</p> <p><b>Resultat:</b> Studiene viser at barn utvikler mestringsstrategier ut i fra den situasjonen de er i. Sykepleiers rolle er å trygge og å bli kjent med barnet som en helhet og ikke som pasient.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Det er viktig som sykepleier å ha kunnskaper om barns utvikling, kommunikasjon og deretter sette dette i en sammenheng med hvordan en skal forholde seg til barnet. Samtidig er det viktig som sykepleier å skape et trygt miljø rundt barnet, der trygghet, tillit og gode relasjoner er sentrale elementer. Dette er viktig når sykepleier skal bidra til at barnet oppnår mestringsfølelse ved sykdom.</p>		

## ABSTRACT

Title:	How can nurses contribute to promote sense of empowerment for children with acute lymphoid leukemia?	Date : 10.05.15
Participants/	Inger Renate Fagernes Hege Veisene	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	Children, cancer and coping	
Number of pages/words: 46/12087	Number of appendix: 1	Availability: Open
<p><b>Introduction:</b> Leukemia is the most common cancer among children. Today`s childhood cancer statistics show a survival rate of 80-85%.</p> <p><b>Purpose:</b> The purpose of this study is to gain a better understanding and insight into how nurses can contribute to create a stronger feeling of empowerment among children with leukemia.</p> <p><b>Methods:</b> The method is a literature study. Search engines used throughout the research period was Cinahl, Sage Journals and Ovid Nursing Database. Keyword as child, cancer, nursing, coping, impatient and communication was applied.</p> <p><b>Result:</b> The studies show that children develop coping strategies based on the situation they are in. The nurse`s role is to comfort and get to know the child as a whole person and not just a patient.</p> <p><b>Conclusion:</b> The most important skill as a nurse is to have knowledge about children`s development, communication and then put this in coherence with how you should act towards a child. At the same time it is important as a nurse to create a safe environment around the child, where security, trust and good relation is the main elements. Conclusively these are all very important aspects in order for nurses to increase each child`s feeling of empowerment while sick.</p>		

## **Innhold**

Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Introduksjon.....	6
1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans .....	6
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområde.....	6
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>8</b>
2.1 Leukemi/akutt lymfatisk leukemi .....	8
2.1.1. Behandling til barn med leukemi.....	8
2.2 Barns utvikling .....	9
2.3 Mestring.....	10
2.4 Kommunikasjon.....	11
2.5 Joyce Travelbee .....	12
2.6 Kari Martinsen .....	13
2.7 Hensikt og formål med oppgaven.....	14
2.8 Avgrensing.....	15
2.9 Problemstilling.....	15
2.10 Tidligere forskning .....	15
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Valg av metode .....	17
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.3 Fremgangsmåte.....	17
3.4 Forskningsetikk .....	18
3.5 Analyse .....	19
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>21</b>
4.1 Matriser.....	21
4.2 Barns opplevelse av å være syk .....	26
4.3 Kommunikasjon og informasjon .....	26
4.4 Mestringsstrategier .....	27
4.5 Sykepleierens rolle .....	27
4.6 Familie og venner .....	27
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>29</b>
5.1 Barn innlagt på sykehus og deres oppfatninger av å være syk .....	29
5.2 Kommunikasjon og informasjon .....	31
5.3 Barns bruk av mestringsstrategier .....	32
5.4 Barns forventninger til sykepleier .....	34
5.5 Familie og venner som en ressurs.....	36

5.6	Behov for videre kunnskapsutvikling i sykepleie.....	37
5.7	Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser.....	38
5.8	Forskningsetiske overveielser.....	39
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>41</b>
<b>7.0</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>42</b>
<b>8.0</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>46</b>
8.1	Søkehistorikk.....	46

Antall ord: 12 087

## **1.0 Innledning**

### ***1.1 Introduksjon***

Hvert år blir barn rammet av kreft, hvor den vanligste kreftformen er leukemi (blodkreft) (Bringager mfl. 2014). I følge årsrapporten til Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft (2014) ble 152 barn rammet av akutt lymfatisk leukemi (ALL) i perioden 2008-2012. I Bringager mfl. (2014) blir det beskrevet at ALL er den vanligste kreftdiagnosen og utgjør cirka 85% av leukemifallene. Diagnosen er vanligst hos barn i alderen 2-5 år, men kan også oppstå i senere alder. Det er flere gutter som blir rammet av leukemi enn det er jenter (Barnekreftforeningen 2015). I løpet av de siste årene har prognosen for barnekreft økt fra cirka 10 % overlevelse (1970- årene) til cirka 80-85% i dag. Ut ifra behandlingsresultatene ligger de Nordiske landene på topp internasjonalt (Helsedirektoratet 2014). Det er ingen kjente årsaker til barnekreft.

### ***1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans***

Temaets relevans for sykepleiefunksjonen er at når et barn blir rammet av kreft, endrer livssituasjonen seg brått. En kan si at barnet og familien er i en krise og vil trenge god hjelp og støtte fra fagpersonell. Som sykepleier er det viktig å kjenne til hvem pasienten er og hvordan han/hun og familien opplever sin situasjon. Det er viktig at sykepleieren følger opp og observerer barnet godt og tilrettelegger for at barnet skal ha det best mulig i sin nye livssituasjon.

### ***1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområde***

Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie, har tre forskningsområder; utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Foss 2014). Med bakgrunn i forskningsområdene vil oppgaven kunne relateres til kvalitet i sykepleie. Pasienters behov og sikkerhet er et av fokusområdene innenfor området kvalitet, hvor tilrettelegging av informasjon og trygghet etter barnets og pårørendes behov har en betydning for denne oppgaven (ibid). I følge Kristoffersen (2005d) er det å bevare pasientens behov selve kjernen i god sykepleie. God sykepleie vil si at den er tilgjengelig, viser varhet og respekt overfor pasienten. God sykepleie berøres av faglighet, å hjelpe pasienten til å forstå og mestre sin situasjon ved å forebygge, behandle og rehabilitere. God sykepleie berører ansvarlighet overfor pasienten, punktelighet og gi pasient og pårørende informasjonen de har krav på. Pasienten skal også oppleve

sykepleien som helhetlig, omsorgsfull og til slutt skal god sykepleie handle om godt samarbeid med andre helsearbeidere (tverrfaglighet) (ibid).

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 *Leukemi/akutt lymfatisk leukemi*

Leukemi deles inn i 5 typer: akutt, kronisk, lymfatisk og non-lymfatisk eller myelogen. Storm-Mathisen (2008) skriver at ved leukemi er det ukontrollert cellevekst av forstadier til hvite blodceller i beinmargen. Disse cellene vil hemme veksten av de normale blodcellene og det vil oppstå mangel på erytrocytter, leukocytter og trombocytter i blodcellene. Dette fører til anemi og trombopeni og som oftest gjentatte tilbakefall av infeksjoner før diagnosen stilles. I de fleste tilfellene når diagnosen leukemi blir diagnostisert er det generelt i beinmargstrommet i alle knokler leukemicellene oppholder seg. Disse kreftcellene kan spres med blodbanen til alle kroppens vev og organer. Diagnosen stilles oftest ved undersøkelse av beinmargen, gjennom mikroskopi av farget beinmargsutstryk (ibid).

#### 2.1.1. **Behandling til barn med leukemi**

Å behandle barn med kreft, kan være en utfordring. Det skyldes at barnet som blir rammet stadig er i vekst og utvikling. Målet med behandlingen er at den skal gi best mulig resultat, med færrest mulig bivirkninger (Zeller og Storm-Mathisen 2010).

I Norge er kreftbehandlingen regionalisert. Med det menes at hvert regionsykehus har ansvar for kreftbeandlingen i sin egen region. Leukemibehandlingen blir organisert gjennom Norsk barneleukemigruppe (NBLG) og Nordisk forening for pediatrik hematologi og onkologi (NOPHO). Disse har utformet nordiske protokoller som er felles for Norden. Alle kreftsyke barn i Norge får i dag tilbud om samme behandling, samt tilbud om å være med i internasjonale forskningsprotokoller. All barnekreft blir meldt inn til Kreftregisteret (Helsedirektoratet 2014). Dette registeret heter i dag Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft (Kreftregisteret 2014).

Akutt lymfatisk leukemi behandles med cytostatika. Cytostatika gis som oftest intravenøst, men kan også gis som intramuskulær injeksjon og peroral behandling i form av tabletter. Det er karakteriske faser i behandlingen av akutt lymfatisk leukemi (Storm-Mathisen 2008). Den første fasen er induksjonsfasen og har en varighet på 5 uker (Zeller og Storm-Mathisen 2010). Her forsøker man å utrydde alle leukemicellene fra beinmargen og andre organer hos pasienten. Når dette er gjennomført kan vi si at pasienten er i remisjon. Deretter kommer konsolideringsfasen på 8 uker, hvor man ønsker å redusere de gjenværende leukemicellene



ytterligere og sikre remisjonen. Til slutt kommer det en vedlikeholdsfase. Dette er en mindre voldsom behandlingsfase, med jevnlig lavdoserte cytostatika kurer. Denne kuren blir forsterket med jevne mellom, dette avhengig av hvilken risikogruppe barnet tilhører. Risikogruppen sier noe om alvorlighetsgraden av sykdommen. Uansett hvilke risikogruppe man hører til, er det et krav om profylaktisk behandling (ibid). Den er rettet mot sentralnervesystemet (CNS) og skal forhindre tilbakefall i CNS. Alle leukemipasienter får derfor intratekale injeksjoner med metotreksat, fra diagnosetidspunktet. De får også en konsolideringsbehandling der det blir gitt høydosert metotreksat. Dette er for at residiv utvikling i sentralnervesystemet skal hindres (ibid).

Behandlingen kan variere mye fra menneske til menneske siden vi alle er forskjellige. Vi reagerer ulikt på behandling, der noen kun trenger en behandling, mens andre vil trenge fler. Det vil derfor variere mye i hvor lenge barnet må oppholde seg på sykehus. Tidlig i behandlingen vil det være vanskelig å forlate sykehuset, ettersom barnet er sykt og immunforsvaret er nedsatt. Når barnet nærmer seg vedlikeholdsfasen, er muligheten større for at barnet kan tilbringe mer tid hjemme og på skolen.

Behandlingen av ALL har en varighet på 2,5 år. Målet er å gjøre barnet kreftfri og den lange behandlingstiden er for å minske faren for tilbakefall av sykdommen (Bringager mfl. 2014). Det er i følge Zeller og Storm-Mathisen (2010) enkelte pasienter som ikke oppnår ønsket effekt av behandlingen. Disse får da tilbud om beinmargstransplantasjon.

## ***2.2 Barns utvikling***

Utvikling handler om å forandres over tid (Tveiten, Wennick og Steen 2012). Dette innebærer fysiske, psykiske, emosjonelle, kognitive og sosiale faktorer. Selve utviklingen skjer trinnvis, der arvelige faktorer og miljø vil forme personen, både når det gjelder utseendet, væremåte og atferd. Disse ulike faktorene påvirkes av hverandre og er viktig for utviklingen. Et eksempel kan være at emosjonelle og kognitive faktorer kan ha en betydning for hvordan barnet utvikler seg med tanke på det sosiale (ibid).

Kunnskapen om barns utvikling kan være til nytte ved å kunne se hvordan et barn kan ha relasjoner til andre barn i sin aldersgruppe. Samtidig kan en se hvilke behov et barn har når det gjelder støtte gjennom utviklingen (ibid). Når det gjelder den fysiologiske og motoriske utviklingen varierer den i intensitet. Den største forandringen skjer i de første leveårene, og

vil gradvis avta i barnealderen. Deretter vil utviklingen øke i puberteten (Tveiten, Wennick og Steen 2012).

Tveiten, Wennick og Steen (2012) beskriver at kognitiv utvikling handler mye om forståelse. Denne utviklingen handler om hvordan barn klarer å tilegne seg informasjon. Det innebærer blant annet hvordan de klarer å huske informasjon, samt måten de kan bruke den på. Sentrale begreper som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning, problemløsning er noen faktorer som tilhører begrepet kognitiv utvikling. Når barn er i 6-7 års alderen utvikles evnen til å tenke logisk, de får en større forståelse av sammenheng av sykdom og den logiske tankegangen utvikles. Fra 10-11 års alderen begynner barnet å forstå at smerte, sykdom og behandling har en sammenheng (Grønseth og Markestad 2011).

### **2.3 Mestring**

Målet med mestring er å finne mening og opplevelse av sammenheng. Målet kan bare bestemmes hos mennesket selv. Strategien for mestring velges med utgangspunkt av barnets bakgrunnsforståelse, relasjoner, ferdigheter og den situasjonen barnet er i (Bringager mfl. 2014). Oppgaven tar utgangspunkt i at barnet er innlagt på sykehus. Grønseth og Markestad (2011) uttaler at når et barn blir innlagt på sykehus møter de et ukjent miljø. Barnets trygge rutiner og rammer blir borte, barnet må nå forholde seg til nye mennesker og gå gjennom undersøkelser som kan være smertefulle. Dette er situasjoner som skaper høyt stressnivå hos barn og mulighetene for mestringsopplevelser vil bli begrenset. Aggresjon, separasjonsangst og tilbaketrekning er uttrykk som kan vises ved stress. Bringager mfl. (2014) gjengir Patricia Benner og Judith Wrubels (1989, s. 408) sin definisjon av stress:

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

Sykepleier må skape et utgangspunkt for å bygge tillit og motivasjon ved å gå inn i situasjonen med støtte, ressurser og krefter dersom vi ser at barnet ikke takler de nye omstendighetene rundt seg. Grønseth og Markestad (2011) skriver at dersom sykepleier får barnet til å forstå hva som er galt med en, og vet hva som skjer når man er syk, vil dette gi en oversikt og kontroll hos barnet. Dette minsker redselen og stresset, samt bedrer muligheten til

å gi samtykke til å hjelpe barnet med å mestre situasjonen. Tveiten (2006) skriver at når sykepleierens hensikt er at den syke skal kunne utvikle seg, lære og oppnå økt livskvalitet er fokus på mestring en vesentlig del. Sykepleier må da ha troen på at barnet har evne til mestring og møte barnet med tro og tillit. Gjennom lek kan barn oppleve mestring, de har da mulighet til å fortelle om hendelser eller gi uttrykk for følelser. Ved at barnet får bearbeidet eventuelle vonde hendelser i forbindelse med innleggelsen kan dette bidra til at barnets mestring styrkes (ibid).

#### **2.4 Kommunikasjon**

I følge Bringager mfl. (2014) er det kommunikasjon som er sykepleierens viktigste verktøy. Dette bekrefter også Grønseth og Markestad (2011) hvor de sier at god kommunikasjon er selve nøkkelen for å kunne bli kjent med og skape tillitsforhold til barn. Det er både tidkrevende og utfordrende å skape tillitsforhold. Sykepleieren må kunne ta seg tid og gjøre morsomme ting sammen med dem, bli kjent, gi av seg selv, utvikle relasjon til foreldrene, være ærlig og hjelpe barnet til å forstå hva som skjer. Å finne barnets favoritt leker, bøker og kosedyr kan være til hjelp i å bli kjent med barnet (Haugland 2008).

Å kommunisere med barn kan by på mange utfordringer. De kan være i ulike situasjoner, de kan befinne seg på forskjellige utviklingstrinn og de har andre former for kommunikasjon enn hva voksne har (Eide og Eide 2012). I følge Grønseth og Markestad (2011) uttrykker barn seg både via språk og adferd. Barn ses ofte å ha to forskjellige måter å kommunisere på; verbal og nonverbal. Verbal kommunikasjon er ord i tale eller skrift og nonverbal kommunikasjon har store deler av lek og kroppsspråk (Tveiten 2006). Gjennom kommunikasjon kan man skape gode relasjoner til barnet, men dette trenger ikke alltid være så lett. Barn er lekende vesner. Lek gir barnet følelse av glede, trivsel og mestring og kan under innleggelsen brukes som et hjelpemiddel for å hjelpe barnet til lettere å kunne uttrykke følelser, tanker og meninger. Gjennom lek har sykepleieren mulighet til å møte barnet på dets nivå og dermed skape grunnlag for trygghet og god kommunikasjon. Det finnes flere ulike hjelpemidler som kan brukes i samtale med barn, som tegning, bøker, bilder og sang for å nevne noen (ibid).

Sykepleier som møter barn med en kreftdiagnose kan komme opp i mange situasjoner som kan være utfordrende og vanskelige, særlig knyttet til behandlingen av kreften og møtet med barnet og dets behov (Haugland 2008). I alderen 7-11 er barnets utvikling kommet dit hen at de begynner å tenke logisk. De ønsker å forstå hva som skjer rundt seg. Det viser seg nå at

barnet har vanskelig for å skille mellom egne oppfatninger og hva som er virkeligheten. Som sykepleier er det viktig å ha god kunnskap innen kommunikasjon for å kunne ivareta barns psykiske behov (ibid).

### **2.5 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee fant interesse i det mellommenneskelige forhold i sykepleien hvor hun fremhever at det å danne en god relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende er viktig. Hun definerer sykepleie som “en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen 2005d, s. 27). I følge Joyce Travelbee er sykepleiens hovedmål og hensikt å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Hun mener også at å forebygge og fremme helse er sykepleie, samt at håp er et sentralt mål i sykepleien (Kristoffersen 2005d). Etablering av et menneske-til-menneske-forhold er sykepleierens viktigste mål, mener Travelbee. Hun definerer dette forholdet på denne måten: “Menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkarakteristegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt” (Travelbee 1999, s. 177).

Denne etableringen skjer gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser:

- Det innledende møtet. Pasient og sykepleier kjenner hverandre ikke. Førsteintrykk, observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk.
- Framveksten av identiteter. Man begynner å forstå hverandre.
- Empati. Er i følge Travelbee en nøytral forståelse, som ikke er knyttet til handling eller et ønske om å gjøre noe.
- Sympati. Et resultat av den empatiske prosessen. Sykepleierens ønske om å hjelpe pasienten.
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Et resultat av de tidligere fasene. I denne fasen skal pasient ha fått sterk tillit til en sykepleier som viser at hun er til å stole på. (Kristoffersen 2005d, s. 30).

Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som det viktigste verktøyet sykepleieren har for å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon

mener Travelbee at sykepleier kan bli kjent med pasienten som en person (Kristoffersen 2005d).

Kompetansen til å bruke seg selv terapeutisk, er et særtrekk hos en profesjonell sykepleier ifølge Travelbee. Det vil si at sykepleierne bevisst bruker sin egen personlighet i relasjon med pasientene. Selvinnsikt og selvforståelse, forståelse for menneskelig atferd og forespeile både egen og andres væremåte er stikkord som er viktige på dette punktet (ibid).

Travelbee bruker også målrettet intellektuell tilnærming i tilknytning til menneske-til-menneske-forhold. For å kunne hjelpe den syke til å mestre sin sykdom eller lidelse, må sykepleier bruke sine kunnskaper og forståelser til å finne frem til pasientens behov (ibid).

## **2.6 Kari Martinsen**

Kari Martinsen har igjennom en årrekke utviklet sine tanker og teorier innenfor sykepleierfaget. Denne tenkningen, samt forfatterskapet preger hennes syn på de grunnleggende verdiene i hennes sykepleiefilosofi (Kristoffersen 2005d). Primært tar Martinsens sykepleietenkning opp spørsmål som har en forbindelse til menneskets natur og livsvilkår. Dette grunnsynet blir også sett på i forhold til hvilke konsekvenser det har for sykepleie som yrkesvirksomhet (Kristoffersen 2005d).

Når man kommer til Martinsens menneskesyn kan man se at relasjoner er det elementære i menneskelivet. Martinsen sier: ”Det er en kjensgjerning at menneskets liv er forbundet med andre menneskers liv” (Kristoffersen 2005d, s. 61). Ut fra dette kan man si at mennesker er avhengige av hverandre. I tilfeller der en trenger hjelp, for eksempel ved sykdom, kan dette vises godt.

Når Martinsen skal presisere sitt syn på sykepleie som yrkesmessig omsorgsarbeid, tar hun grunnlag i et ikke-spesifikt omsorgsbegrep. Hun mener at omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige tilværelsen og i det menneskelige samarbeidet. Dette utgjør også grunnlaget for sykepleie. “Omsorg kjennetegnes som en etisk appell som utgår fra ett menneske til et annet gjennom de spontane livsyttringene, og på dette faktum hviler omsorgsetikken” (Kristoffersen 2005d, s. 62).

Kari Martinsen (Kristoffersen 2005d) fremstiller tre grunnleggende kvaliteter innenfor omsorg:

- Omsorg er en sosial kobling, hvor samhold med andre er viktig.
- Omsorg er en forståelse for empati, en forståelse som en får gjennom å hjelpe andre eller ved å gjøre ting sammen med andre. Felles opplevelser gjør det lettere å forstå hverandre.
- Dersom omsorgen skal være ekte må en forholde seg til den andres holdning ut ifra hvilken situasjon han er i. Gjensidighet, utviklet gjennom samarbeid i en praktisk arbeidssituasjon.

Omsorg er et forhold - en relasjon - mellom to mennesker. Kari Martinsen skiller mellom to forskjellige omsorgsrelasjoner. Balansert gjensidighet og uegenyttig gjensidighet.

Kjennetegnet av balansert gjensidighet er likeverdig relasjon, der partene både gir og mottar omsorg. Den uegenyttige gjensidigheten kjennetegnes av gavmildhet og hjelp, her blir den ene parten sørget for uten at den andre forventer noe tilbake (Kristoffersen 2005d).

I følge Martinsen er det spesielt tre aspekter ved omsorg som hun mener er viktige. Omsorg er ”et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep” (Kristoffersen 2005d, s. 66). Ut fra omsorgens relasjonelle side, mener Martinsen at man må kunne se seg selv i pasienten, og forestille seg å være i pasientens rolle. I forhold til den praktiske siden blir sykepleieren beskrevet som forståelsesfull og kan identifisere situasjoner som oppstår, samt vite hva som må gjøres. Alle sykepleiersituasjoner er av moralsk karakter, mener Martinsen. Med dette innebærer det at sykepleieren skal handle godt og gjøre det beste for pasienten (ibid).

### ***2.7 Hensikt og formål med oppgaven***

Hensikten med denne litteraturstudien er å få innsikt og nye kunnskaper om hvordan sykepleier kan bidra til mestringsfølelse hos barn med leukemi. I sykepleiestudiet er det mye fokus på voksne og eldre personer som pasientgruppe. I løpet av arbeidslivet som sykepleier vil man oppleve barn enten som pasient eller pårørende, derfor vil det være viktig å ha kunnskap i forhold til barn. Kunnskapen som kommer frem i oppgaven kan relateres til andre situasjoner hvor det utøves sykepleie til barn.

## **2.8 Avgrensing**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i barn som er diagnostisert med leukemi og som er innlagt på sykehus. Akutt lymfatisk leukemi (ALL) er hovedfokuset. Oppgaven tar for seg barns opplevelse ved å være innlagt på sykehus under cellegiftbehandling. Dette knyttes opp mot hvordan sykepleier kan bidra til mestringsfølelse hos barn med ALL. Oppgaven er avgrenset til å ta for seg barn i alderen 6-12 år, da det er i denne aldersgruppen barn begynner å få en viss forståelse for sin egen situasjon (Haugland 2008). Utgangspunktet er at barnet ikke har tilleggsdiagnoser. Pårørende vil bli omtalt som en viktig ressurs. Det er foreldrene som kjenner barnet best, derfor er det viktig at vi som sykepleier kan spille på lag med dem under barnets tid på sykehuset.

## **2.9 Problemstilling**

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til mestringsfølelse hos barn med akutt lymfatisk leukemi?

## **2.10 Tidligere forskning**

Søket etter tidligere forskning om oppgavens tema, viste seg å gi få funn. I artikkelen skrevet av Reinfjell, Diseth og Vikan bekrefter de dette:

*Tidligere forskning har også i stor grad vært begrenset på grunn av mangel på relevante måleinstrumenter som tar hensyn til barnets utviklingsmessige status, og av bruken av foreldrene og ikke barna selv som informanter. Oppmerksomheten har oftest vært rettet mot den kognitive forståelsen, og i mindre grad mot de emosjonelle og sosiale konsekvensene av sykdommen (2007, s. 725-726).*

I artikkelen skrevet av Ishibashi (2001) kommer det frem at sykepleierene kan se betydningen av å benytte informasjon og sosial støtte for å hjelpe barna til å kunne håndtere sykdommen og ha et mest mulig normalt liv. Dette vil samtidig fremme barnets selvtillit, som kan ha innvirkning sosialt og på deres sårbarhet. Barn og foreldre ønsker ofte mer informasjon om sykdommen fordi de føler det er til god hjelp for å mestre sykdommen.

Reinfjell, Diseth og Vikan (2007) fastslår at med tiden er behandlingen av leukemi blitt mer intensiv og at dette har ført til økt overlevelse. De konkluderer med at tilrettelagt informasjon

og strategier for å mestre sykdommen er viktig. Ivaretagelse, normalisering og åpenhet er av stor betydning når det gjelder barns tilpasning og mestring i en vanskelig livssituasjon.



## 3.0 Metode

### 3.1 Valg av metode

For å svare på problemstillingen brukes litteraturstudie som metode, hvor det foretas systematiske søk etter relevant litteratur. En litteraturstudie handler om å søke systematisk og granske med kritisk blikk, for deretter å oppsummere litteraturen i forhold til satt problemstilling eller i sammenheng med et bestemt tema (Polit og Beck 2014). Det finnes to ulike forskningsmetoder; kvantitativ og kvalitativ forskning. I denne litteraturstudien blir det kun brukt kvalitative artikler. Grunnen er at det finnes begrenset med kvantitative studier med barn som deltakere. Kvalitativ forskning går ut på innsamling, bearbeiding og analyse av tekst som data. Ved denne type forskningsmetode blir det brukt observasjoner og intervjuer. Kvantitativ metode baserer seg på tall og analyseres ved hjelp av statistikk og er ofte vanskeligere å gjennomføre i forhold til hva kvalitative studier er. I denne metoden blir det ofte brukt spørreskjemaer (ibid). Ved å kombinere disse forskningsmetodene i et litteraturstudie, kan man få et bredere kunnskapsområde i stedet for om man bare skulle valgt kun en av metodene (Malterud 2011). For å utføre et slikt studie må det anskaffes et godt utvalg av litteratur med relevant innhold for å kunne danne et godt grunnlag, slik at man kan drøfte og konkludere i forhold til hva en spør om (Forsberg og Wengstrøm 2013).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn med kreft	Ikke tilleggsdiagnoser
6-12 år	Artikler som baseres på foreldrenes opplevelser
Innlagt på sykehus	
Under behandling	
Vitenskaplige artikler som er fagfellevurdert	
Artikler publisert etter år 2005	

### 3.3 Fremgangsmåte

Gjennom søkeprosessen ble databaser knyttet til Høgskolen i Gjøvik tatt i bruk. Dette er databaser som Cinahl, Sage Journals og Ovid Nursing Database som inneholder helsefaglige artikler. Det er også gjort søk gjennom Google Scholar for å få opp fulltekst av enkelte artikler. Under søkene brukte vi engelske ord som; child (barn), cancer (kreft), nursing

(sykepleie), coping (mestring), impatjent (innlagt på sykehus) og communication (kommunikasjon). Søkordene ble brukt i ulike kombinasjoner med AND som bindeord. For å avgrense søket og for å finne den nyeste forskningen ble det valgt artikler fra 2005-2015. For å kvalitetssikre tidsskriftet som publiserte artiklene ble Databasen for statistikk om høgere utdanning (NSD 2015) benyttet. Her ble ISSN-nummeret til tidsskriftet brukt og tidsskriftene ble vurdert til nivå 1 eller nivå 2. Forskjellen mellom disse, er at nivå 2 har en høyere internasjonal prestisje. Tidsskrifter som ikke gir noen resultater er ikke på et vitenskapelig nivå. Artikler som er fagfellevurdert i vitenskapelige tidsskrifter ble valgt ut til denne oppgaven. Vedlagt er det et søkehistorikkskjema, vedlegg 1.

I søket etter relevante forskningsartikler, ble artikler med IMRAD-struktur prioritert. I følge Nordtvedt mfl. (2012) er de fleste forskningsartikler oppbygd etter IMRAD struktur, som vil si at artiklene inneholder fire hoveddeler:

**Introduksjon** - Inneholder hensikt, en påstand eller en problemstilling, og en presentasjon av relevant litteratur.

**Metode** - Hvordan studien ble gjennomført og hvordan resultatene ble analysert.

**Resultat** - Funn

**AND**

**Diskusjon** - Tolkning av resultatene

(Polit og Beck 2014).

Etter en periode med søking ble flere artikler plukket ut, sammendragene ble lest og vurdert. Artiklene som syntes å være relevante til oppgaven ble lest i sin helhet. Til slutt ble en artikkel fra Cinahl, en fra Sage Journals og tre artikler fra Ovid Nursing Database plukket ut til å brukes videre i oppgaven. I tillegg til de vitenskapelige artiklene ble annen relevant litteratur innhentet. Dette i form av bøker som ble funnet i pensumliste, høgskolens bibliotek og bibliotek i hjemkommuner. I tillegg ble nettsider som Barnekreftforeningen og Helsedirektoratet benyttet.

### ***3.4 Forskningsetikk***

I all type forskning der mennesker eller dyr er inkludert, må man alltid legge vekt på etiske problemer. I sykepleieforskning er etiske hensyn spesielt fremstående. Dette kan skyldes at det som er forventet sykepleiepraksis og innsamlingen av forskningsdata av og til blir uklart (Polit og Beck 2014).

Med tanke på tidligere brudd på menneskerettighetene i forbindelse med forskning, ble ulike regler for etikk utviklet. Nürnbergkodeksen ble utviklet i 1949, og er et sett av etiske standarder. Det var også en av de første internasjonale retningslinjene som ble laget. I følge Ruyter, Førde og Solbakk (2014) ble Nürnbergkodeksen delt opp i tre hovedprinsipper. Det første og viktigste prinsippet er frivillig samtykke, som vil si at den aktuelle personen skal ha juridisk evne til å samtykke. Det andre prinsippet handler om at medisinsk forskning må gi nyttige resultater som kan være til hjelp for samfunnet uten å framskaffe dem på en annen måte. Det tredje prinsippet går ut på at forskning bør være basert på dyreforsøk, samt at det gjennomføres av personer som har vitenskaplige kvalifikasjoner (ibid). Etter hvert ble de tre hovedprinsippene utvidet til ti prinsipper, deriblant at forskningen skal utføres slik at all unødvendig fysisk, psykisk lidelse og skade skal unngås. Det er også et krav om at forsøkspersonen skal kunne trekke seg fra forsøket dersom han har kommet i en situasjon der forsøket virker umulig for han å fullføre (ibid). Det er viktig at deltakerne får tilstrekkelig med informasjon om studien som skal gjøres, slik at de forstår informasjon og at de har muligheten til å velge om de vil være med i forskningen eller ikke (Polit og Beck 2014). Som Polit og Beck (2014) beskriver, er det viktig at deltakerne forsikres om at informasjonen de gir ikke vil bli brukt imot dem.

I senere tid har flere andre internasjonale standarder kommet til, blant annet Helsinkideklarasjonen i 1964. Denne tar for seg de viktigste forskningsetiske normene som Nürnbergkodeksen inneholder, men også klinisk forskning mellom terapeutisk og ikke-terapeutisk forskning. Som Ruyter, Førde og Solbakk (2014) skriver, gir Helsinkideklarasjonen også tillatelse til å utføre forskning uten at pasienter samtykker, dersom dette er godt argumentert og vurdert. Sykepleiere har også utviklet egne etiske prinsipper (Polit og Beck 2014). De ble vedtatt av International Council of Nurses (ICN) for første gang i 1953 (Norsk Sykepleieforbund 2007). Disse etiske reglene har fire hovedfokus; sykepleierne og mennesket, sykepleierne og sykepleiepraksis, sykepleierne og profesjonen og sykepleierne og medarbeiderne. Disse utgjør normene for etisk forsvarlig handling og holdning (ibid).

### **3.5 Analyse**

Å analysere innebærer å finne likheter og ulikheter i litteraturen (Polit og Beck 2014). Artiklene som brukes i oppgaven fremstilles i matriser slik at det blir enklere å holde oversikt over innholdet, samt deres relevans. Dette gjør det enklere for å se likheter og ulikheter. Hver

artikkel blir analysert med formål, metode og deltaker, resultat og kildekritikk. Videre blir resultatene fra artiklene fremstilt i en tekst.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Matriser

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>Sposito, A. M. P., F. M. Silva-Rodrigues, V. Sparapani, L. Pfeifer, R. Garcia de Lima og L. Nascimento.</p> <p><b>Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy</b></p> <p>2014</p> <p>Brasil</p> <p>Journal of Nursing Scholarship</p>	<p>Analysere mestringsstrategier hos barn med kreft som er under cellegiftbehandling.</p>	<p>En forskningsstudie hvor det ble brukt kvalitativ metode. 10 barn mellom 7 og 12 år ble intervjuet i løpet av perioden april 2010 og mai 2011. Alle var innlagt på sykehus og hadde en kreftdiagnose, og et av kravene for å være med i studien var at barnet skulle ha vært under cellegiftbehandling i minst 3 måneder. Totalt 5 jenter og 5 gutter deltok i studien.</p>	<p>Barn som er innlagt på sykehus med kreft, utvikler mestringsstrategier for å minske innvirkningen av cellegiftbehandling. Mestringsstrategier som ble funnet i denne studien var: å forstå behovet for behandling, finne lindring av bivirkningene en får under behandlingen. Ved at barna var aktive gjorde det lettere for dem å kunne takle bivirkninger og smerter. Holde håpet og motet oppe, samt finne støtte i sin religion, var også en mestringsstrategi som ble sett under forskningen.</p>	<p>Studien følger IMRAD-struktur. Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Studien oppfyller våre krav til målgruppe, 7-12 år.</p> <p>En svakhet med studien kan være at det kun er 10 deltakere med i studien.</p> <p>Studien er gjort på et sykehus i Brasil, kulturforskjeller må tas i betraktning.</p> <p>En svakhet med studien kan være at det kun er to av de ti deltakerne som har diagnosen leukemi.</p> <p>5 av barna var innlagt på et annet sykehus før studien ble gjennomført. Dette kan være en ulempe, da barna må bli kjent med nytt helsepersonell, og dette kan gjøre at barna blir mer utrygge og trenger mer tid til å oppnå mestringsstrategier.</p>

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>Griffiths, M., R. Schweitzer og P. Yates.</p> <p><b>Childhood Experiences of Cancer: An Interpretative Phenomenological Analysis Approach</b></p> <p>2011</p> <p>Australia</p> <p>Journal of Pediatric Oncology Nursing</p>	<p>Finne ut av barns opplevelse av å være syk med en kreftdiagnose og hva som påvirker deres erfaring som bidrar til dagens teorier om mestring.</p>	<p>En kvalitativ studie, hvor intervju ble brukt.</p> <p>Potensielle deltagere i undersøkelsen var barn som var innlagt på kreftavdeling i alderen 8-17. For å være med i studien måtte barnet ha en kreftdiagnose eller annen alvorlig sykdom. Totalt 9 barn var med i studien. Blant diagnosene var leukemi, Hodgkin's lymfom, langerhans celle histiocytose, medulloblastoma, non-hodgkin's lymfom. De var i forskjellige stadier i behandlingen.</p>	<p>Funnene i studien er at barn ikke ser på å få kreft som en traumatisk opplevelse, men som en livsforvandling med nye erfaringer, som de aksepterte.</p>	<p>Artikkelen følger en klar IMRAD-struktur.</p> <p>Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Godkjent av Human forskningsetikk.</p> <p>En svakhet kan være at det kun er 9 barn som er med i studien, og bare to av dem har diagnosen leukemi. En annen ulempe er at studien tar for seg barn opp til 17 års alderen, som er noe over vår målgruppe.</p> <p>Barna ble intervjuet to ganger med 6 måneders mellomrom. Kan være positivt, ved å kunne se hvordan pasientene utvikler seg i løpet av perioden.</p> <p>Mens studien pågikk var det stor variasjon om hvor langt barna hadde kommet i behandlingen. Det var 5 som var under cellegiftbehandling, 3 under vedlikeholdsbehandling og et barn som ikke hadde påbegynt behandling, men var under observasjon. Dette kan være en svakhet i forskningen.</p>

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>Ångström-Brännström, C. og A. Norberg</p> <p><b>Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experiences of Comfort in Interviews and Drawings</b></p> <p>2014</p> <p>Sverige</p> <p>Journal of Pediatric Oncology Nursing</p>	<p>Undersøke hvordan barn i alderen 3-9 år beskriver deres opplevelse av velvære under cellegiftbehandling.</p>	<p>En kvalitativ studie, der intervju og tegning ble brukt.</p> <p>9 familier med et barn hver, i alderen 3-9 år deltok i intervjuet. Totalt 4 jenter og 5 gutter.</p> <p>Alle barna hadde diagnosen kreft og hadde gjennomgått sin innledende behandling for kreft.</p> <p>Foreldre, sykepleiere og barna deltok i intervjuet.</p> <p>Barna og foreldrene var i utgangspunktet innlagt på sykehuset, men kunne etter hvert tilbringe tid hjemme mellom behandlingene.</p>	<p>Gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon kommer studien frem til at barna føler velvære ved å tilbringe tid med familien. Helsepersonell er også med på å oppnå dette, ofte ved å tilbringe tid sammen med dem, bli kjent og ved å leke med dem og bruke humor. Dette får barna til å glemme bort det vonde de går igjennom under cellegiftbehandling.</p>	<p>Studien følger en IMRAD-struktur. Tidsskriftet er fagfellevurdert og har vitenskapelig nivå 1.</p> <p>En ulempe med denne studien kan være at de har tatt for seg barn i alderen 3 til 9 år, noe som er utenfor oppgavens målgruppe.</p> <p>Under studien var barnet og foreldrene for det meste innlag på sykehuset, men etter hvert kunne de være mer hjemme i tiden mellom behandlingen. Vi ser på denne studien som relevant, selv om oppgaven vår tar for seg barn som er innlagt på sykehus.</p> <p>Artikkelen tar for seg hvordan sykepleieren kan skape relasjon til barnet, ved hjelp av tegning, lek og kommunikasjon, noe vi mener er svært relevant for vår oppgave. Artikkelen tar også for seg humor, noe vi ser positivt i.</p>

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode	Resultat	Egne kommentarer/kildekritikk
<p>Gibson, F., S. Aldiss, M. Horstman, S. Kumpunen, S. og A. Richardson.</p> <p><b>Children and young people`s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods</b></p> <p>2010</p> <p>Storbritannia</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p>	<p>Det finnes lite kjennskap til om kreftbehandling faktisk møter barnas behov. Da tidligere forskning tar for seg foreldres meninger som referanser.</p> <p>Formålet med studien var å undersøke barn og ungdoms syn på tiden under behandlingen av kreften, for å presentere en modell for tilrettelagt kommunikasjon og informasjon.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, der det ble brukt intervju.</p> <p>38 deltagere i ulike faser i kreftbehandling. Disse ble gruppert ut i fra alder. 4-5 år, 6-12 år og 12-19 år.</p> <p>Det ble samlet data over en 6 måneders periode, og utførelsen ble alderstilpasset. Lek, kosedyr, tegning, intervjuer og aktivitetsdag er teknikker som ble brukt.</p>	<p>Resultatene viser at barns mangelfulle evne til å fortelle om sine ønsker og problemer skaper utilfredshet.</p> <p>Resultatene viser også viktigheten med familiære miljøer og foreldrestøtte for alle aldre, men også at noen var misfornøyde med at noen foreldre ledet kommunikasjonen.</p>	<p>Studien har en klar IMRAD-struktur.</p> <p>I studien er det 38 deltagere i ulike stadier av behandlingen. Dette kan utgjøre en forskjell i hvordan man mestrer sykdommen, da barn som er nydiagnostisert er mer uvitne enn de som har kommet lenger i forløpet.</p> <p>Studien bruker ulike hjelpemidler avhengig av alder for å kunne kommunisere lettere med deltakerne, noe vi synes passer til temaet i vår oppgave.</p>



<b>Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift</b>	<b>Formål</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat</b>	<b>Egne kommentarer/kildekritikk</b>
<p>Schmidt, C., L. Bernaix, A. Koski, J. Weese, M. Chappietta, og K. Sandrik.</p> <p><b>Hospitalized children`s perceptions of nurses and nurse behaviors</b></p> <p>2007</p> <p>USA</p> <p>American Journal of Maternal Child Nursing</p>	<p>Målet for studien var å finne ut hvilke oppfatninger barn hadde av sykepleiere. Skulle også identifisere eventuelle forskjeller i barns oppfatninger av sykepleiere ved målte demografiske variabler (alder, kjønn, liggetid).</p>	<p>En kvalitativ forskningsstudie, hvor det ble brukt intervju som metode.</p> <p>65 barn i alderen 5-18 år, totalt 34 gutter og 31 jenter. Som et kriterium for å delta i studien måtte barnet ha vært innlagt på sykehus i minst to dager.</p>	<p>Resultatet av forskningen viser 7 punkter som var viktig for barna, blant annet at sykepleieren var snill og smilte, og at hun tok bort smertene. Det var også viktig for dem å føle seg trygge og at de ble tatt vare på.</p>	<p>Artikkelen er vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Artikkelen er gjort i Amerika og på amerikanske barn, men vi ser på artikkelens innhold som reelt i Norge, da vi mener kulturforskjellene ikke er av stor betydning. Artikkelen går ut på relasjonen mellom helsepersonell og barnet.</p> <p>I studien er det ikke spesifikt beskrevet hva barna er innlagt for. Men vi mener at det ikke har noen stor betydning, da barn har de samme behovene for sykepleie uansett diagnose.</p> <p>Vi mener at denne artikkelen er relevant for denne oppgaven, fordi den tar opp tillit mellom sykepleier og pasient, som er en stor del av vår oppgave.</p>

## **4.2 Barns opplevelse av å være syk**

Studien utført av Ångström-Brännström og Norberg (2014) viser at barn ofte opplever det å bli syk som en fryktelig opplevelse. Dette vises blant annet ved smerter, frykt og engstelse. De fleste av barna fortalte om vonde prosedyrer som blodprøvetaking og spinalprøver. De trekker også frem at barna savner hjemmet, familien, venner og de trygge omgivelsene. De samme faktorene kommer også frem i studien som Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) har utført. I tillegg trekkes begrensningene i det å kunne være i aktivitet inn. Barna følte seg ofte isolert og at de ble tatt ifra venner og deres daglige aktiviteter. I studien gjort av Gibson mfl. (2010) snakket barna mye om behandlingen de fikk og hvor mye den påvirket dem. Flere av barna uttrykte at behandlingen fikk dem til å føle seg sykere og at den satte begrensninger i livet deres og følelsen av frihet. De fikk følelsen av å være mindre normale. Samtidig klarte noen av barna å trekke frem det å være syk som noe positivt. De opplevde glede i form av gaver og mer oppmerksomhet enn normalt (Griffiths, Schweitzer og Yates 2011).

## **4.3 Kommunikasjon og informasjon**

Ångström-Brännström og Norberg (2014) trekker frem hvor viktig det er å tilpasse kommunikasjonen etter alder. Sposito mfl. (2014) hevder også at informasjon må tilpasses etter den enkeltes alder og modenhet. Barn kommuniserer både verbalt og nonverbalt. Jo yngre barnet er jo vanskeligere er det for dem å kunne uttrykke seg verbalt. Det kommer også frem at barn brukte kreativiteten sin for å kommunisere (Ångström-Brännström og Norberg 2014). Gjennom tegning var det lettere å få en dypere forståelse av hva barnet ga uttrykk for. Ved å kunne uttrykke seg og dermed bli forstått, bidro til at barna ble mindre redde (Sposito mfl. 2014). Barn fortalte nødvendigvis ikke hele sannheten om hvordan de egentlig hadde det. Dette for å virke modige og at helsepersonellet ikke skulle bedømme dem (Gibson mfl. 2010).

I studien av Gibson mfl. (2010) ønsket de eldre barna at informasjonen skulle komme rett fra sykepleieren og ikke via foreldrene da de ofte følte at foreldrene tok over samtalen. Mange av barna som deltok i studien følte de ikke fikk nok informasjon om sykdommen deres og om behandlingen. De fikk ofte vite at behandlingen gjorde dem bedre, men ikke hvordan behandlingen virket på dem. Sposito mfl. (2014) beskriver at barna takler bivirkningene ved behandlingen mye bedre når de har forstått viktigheten av den.

#### ***4.4 Mestringsstrategier***

Barn som er innlagt på sykehus utvikler mestringsstrategier for å kunne minske innvirkningen av behandlingen (Sposito mfl. 2014). Når barnet forstod hvordan cellegiftbehandlingen foregikk og hva dette gjorde med kreften, hjalp dette til å mestre bivirkningene. Barna fant løsninger i form av å engasjere seg i lek og aktiviteter som ergoterapeuten hadde utviklet. Dette viser også Ångström-Brännström og Norberg (2014) i sin studie. I tillegg ble håp brukt som en mestringsstrategi for å kunne mestre de verste bivirkningene (Sposito mfl. 2014). I studien utført av Ångström-Brännström og Norberg (2014) kommer det frem at alle barna som deltok i studien syntes det å ha foreldrene i nærheten hjalp dem med å mestre hverdagen på sykehuset. Det å føle nærværet til foreldrene under prosedyrer, ved å kunne sitte på fanget eller holde i en hånd gjorde at barna følte seg trygge i situasjoner som de synes var skumle.

Når barna opplevde smerte, følte de seg bedre når de kunne uttrykke følelsene sine gjennom gråt og skrik. Det ble også nevnt at når hele familien var tilstede ble sykdommen glemt et øyeblikk, noe som gjorde godt for barnet og familien (Ångström-Brännström og Norberg 2014).

#### ***4.5 Sykepleierens rolle***

Studien utført av Schmidt mfl. (2007) kommer frem til hva barn syntes var viktig hos en sykepleier. Barna som deltok i studien la vekt på om sykepleieren var snill, positiv, hadde sans for humor og hjalp dem med å redusere smertene. Det var også viktig at barna følte seg trygge og at de ble ivaretatt, og at de alltid hadde en sykepleier i nærheten. Barna som deltok i studien til Gibson mfl. (2010), verdsatte når legen og sykepleieren lyttet til dem, og gjorde en innsats på å bli kjent med dem som personer og pratet med dem om livet deres hjemme. Dette fikk barna til å føle seg spesielle og som en person og ikke en pasient.

Ångström-Brännström og Norberg (2014) skriver i sin studie at tillit er en viktig faktor hos sykepleieren. Dette trekkes også frem i studiet til Gibson mfl. (2010). Barna mente det var viktig at sykepleierne var tilgjengelige og at de holdt avtaler.

#### ***4.6 Familie og venner***

Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) trekker frem at forholdet mellom pasient og familie er viktig. Barna følte seg mer verdsatt når familien var tilstede under sykehusoppholdet. Støtten de gav dem gjorde situasjonen til en god opplevelse. Det samme kom frem i studien utført av

Gibson mfl. (2010), hvor barna følte det betryggende at foreldrene var tilstede på sykehuset. Søskene og venner ble også omtalt som viktige personer. I studien utført av Ångström-Brännström og Norberg (2014) kom det frem at barna ønsket foreldre, søskene og andre slektninger i nærheten for å få trøst og omsorg. I samme studie ønsket barna at foreldrene var tilstede under prosedyrene slik at de kunne avlede dem gjennom smerten og frykten. Muligheten foreldrene hadde til å være tilstede hos barnet om natten, følte som en trygghet for barnet (Gibson mfl. 2010).

## 5.0 Drøfting

I denne delen vil funn fra forskning bli drøftet opp mot hverandre, i tillegg vil annen relevant litteratur bli benyttet. Deretter vil vi komme frem til en konklusjon som gir oss svar på problemstillingen.

### *5.1 Barn innlagt på sykehus og deres oppfatninger av å være syk*

Som Tveiten, Wennick og Steen (2012) skriver, kan barnets forhold til sin egen kropp, deres fysiske og psykiske utvikling og sosiale nettverk forandres ved sykdom. Derfor er det viktig at man som helsepersonell, pårørende og andre som har kontakt med barnet har et innblikk i hvordan barnet forstår og opplever sin egen sykdom. Ut fra dette kan de hjelpe barna med å leve med sykdommen, samt redusere negative tanker. Å finne ut hva barn tenker og føler om deres sykdom og om det å være innlagt på sykehus er viktig for å kunne gi den oppfølgingen barnet har behov for (ibid). Ved å snakke om barns opplevelser av å være syk med kreft gjør det lettere å forstå deres opplevelse ved sykdom (Griffiths, Schweitzer, Yates 2011).

Når barn legges inn på sykehus er det ofte en stor overgang fra hverdagen. Miljøet er ukjent, veggene er ofte helt hvite med mye medisinsk utstyr hengende rundt (Tveiten, Wennick og Steen 2012). Omgivelsene på sykehuset ble mislikt av flere deltagere i studien utført av Gibson mfl. (2010). Alt var annerledes fra hjemme. Rommene opplevdes som sterile, sengene var ikke det samme og flere av barna følte seg som fanger. Det var også noen av barna som ikke likte at det var så forskjellig aldersforskjell på barna i avdelingen. I samme studie kom det frem at de ønsket seg mer farger og at det var litt mer komfortabelt rundt dem. Når barn blir ukomfortable, kan dette påvirke stressnivået deres (Tveiten, Wennick og Steen 2012). Våre erfaringer er at sykehusavdelingene kan virke sterile og fargeløse. Vi tenker sykehus er hvite av en hygienisk årsak og forstår barnas meninger om at dette kan virke sterilt og kjedelig. Derfor mener vi det er viktig å ha farger på en avdeling hvor barn skal oppholde seg. Det kunne vært mer tegninger og malerier på veggene. Dette kan være til stor glede for barna som ellers har en vanskelig tid.

I studien gjort av Sposito mfl. (2014) kommer det frem at flere av barna ikke forsto hva leukemi var selv om de hadde kunnskap om prosedyrer og behandling de skulle gjennom. Vi mener årsaken til dette kan være at når et barn får en diagnose, blir det mye informasjon om sykdom, prosedyre og behandling på en gang. Dette kan gjøre at barn ikke klarer å ta innover

seg hva det informeres om. Videre i studien viste det seg at dersom barna forsto betydningen av de ulike ordene og hva disse innebar, taklet de behandlingen bedre (ibid).

Gibson mfl. (2010) beskriver at barna i alderen 6-12 og 13-19 år snakket mye om hvordan behandlingen påvirket dem. Noen fortalte om at de følte seg syke og forferdelige, mens andre fortalte om de begrensningene de fikk under behandlingstiden. De følte seg ofte trøtte og for dårlige til å kunne delta på aktiviteter og være sammen med venner. Samtidig ble friheten og aktiviteten begrenset når de var koblet opp til infusjonsstativer. Det kom frem at de fikk en følelse av å være mindre normal (ibid). I studien gjort av Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) var det flere barn som også trakk frem begrensningene de fikk i forhold til å være i aktivitet og enkelte av dem hadde vanskeligheter med å takle disse restriksjonene. Til vanlig deltok de fleste barna i sportslige- og andre fritidsaktiviteter, men på sykehuset ble dette begrenset. De følte seg rastløse og isolerte og opplevelsen av å miste identiteten ble nevnt. Når barn ikke har mulighet til å komme seg ut på noen måte, må sykepleier bidra til å lage en verden inne på sykehuset istede. Som sykepleier kan en bidra til å lage et eget samfunn inne på avdelingen hvor lek, kommunikasjon og felleskap står høyest. Et samfunn hvor barna blir bekreftet som hele og verdifulle mennesker (Bringager mfl. 2014). Grønseth og Markestad (2011) skriver at isolasjon og lite tid med familie og venner kan føre til stress. Eide og Eide (2012) trekker frem at når et barn blir syk og blir innlagt på sykehus for en periode, kan det bli utfordrende for dem å ikke kunne forholde seg til det gamle vante. Dette i forhold til familie, venner og fritidsaktiviteter. Vi mener at tverrfaglighet kan spille inn. Generelt kan et tverrfaglig team bestå av sykepleiere, barnepleiere, leger, fysioterapeuter og lærere, men i dette tilfellet tenker vi mer på leketerapeuter og aktivitører som holder til på barneavdelingene. Disse kan bidra til økt trivsel og glede hos barna. I tillegg mener vi at sykehusklovnene vil være til god oppmuntring for barna. Vi vet at det finnes sykehusklover på enkelte sykehus i Norge og at dette fungerer godt. Ingen av forskningsartiklene har nevnt noe om sykehusklover, dermed velger vi å gå ut ifra at de ikke har dette tilbudet.

Tveiten (2006) skriver at angst, smerte og frykt har klare sammenhenger. Griffiths, Schweitzer, Yates (2011) beskriver at barn har flere negative opplevelser ved sykdommen. Ulike prosedyrer som blodprøvetaking, innlegging av venekanyler og spinalprøver var et gjentakende tema i studiene til både Ångström-Brännström og Norberg (2014) og Griffiths, Schweitzer og Yates (2011). Barna syntes dette var prosedyrer som var svært smertefulle. Smerte og frykt er opplevelser som barna ofte er igjennom i forbindelse med sykdom og

innleggelse (Tveiten 2006). Barnet og dets familie skal erfare sykehusoppholdet som trygt og at de blir tatt vare på på en god måte i følge Grønseth og Markestad (2011). Når sykepleier viser seg som trygg og kompetent i sine oppgaver blir opplevelsen mer positiv.

## **5.2 Kommunikasjon og informasjon**

Sykepleierens kompetanse er i følge Tveiten, Wennick og Steen (2012) kjernen av pasientkompetanse gjennom helseinformasjon. Informasjon, undervisning og veiledning er viktige verdier i utviklingen av barns kunnskap. Grønseth og Markestad (2011) hevder at når man har en forståelse om hva som feiler en, gir dette en følelse av kontroll. Å få god og tilrettelagt informasjon er med på å hjelpe personer til å mestre situasjonen. Som Gibson mfl. (2010) skriver, er det et ønske fra barna at sykepleier brukte ord de kunne forstå, uten at det ble "baby språk".

I studien til Gibson mfl. (2010) og Sposito mfl. (2014) kommer det frem at foreldrenes tilstedeværelse under informasjon av sykdom og behandling var sterkt ønsket hos noen av barna. På denne måten kunne de spørre foreldrene hvis det var noe de lurte på, i stedet for å spørre sykepleier i etterkant. Samtidig var det andre som mente at de ønsket å få informasjonen direkte fra helsepersonellet uten foreldrene, dette kunne man gjerne se hos de eldre barna. Modenhet og alder ble tatt i betraktning når informasjon ble gitt (ibid). I studien utført av Gibson mfl. (2010) kommer det frem at foreldrene ofte fikk informasjon først, deretter at barnet fikk informasjonen videreført. Det viste seg at de yngste barna i studien ønsket foreldrene tilstede når informasjon ble gitt, mens de eldre barna ønsket å få informasjon direkte fra helsepersonell og ikke gjennom foreldrene da de følte at de tok over samtalen mellom pasient og personell. I følge Grønseth og Markestad (2011) bør informasjonen som gis tilpasses barnets utviklingsnivå, kunnskapsnivå og mestringsressurser. De mener også at informasjon bør gis når barn og foreldre er tilstede sammen. Eide og Eide (2012) skriver at mindre barn har behov for korte samtaler, forenklete forklaringer og mye fysisk kontakt.

I følge Grønseth og Markestad (2011) beskrives det at barn liker best sykepleiere som er snille, rolige og avslappet, de som lytter, støtter og er nærværende. Dette er faktorer som er med på å bygge tillit. Kommunikasjon er sykepleiers viktigste verktøy (Bringager mfl. 2014). Dette blir støttet under av Joyce Travelbee, som mener kommunikasjon er en anledning til å bli kjent med selve personen (Travelbee, 1999). I artikkelen skrevet av Ångström-Brännström

og Norberg (2014) blir det påpekt at barn bruker kreativitet når de kommuniserer. Tegning er et kommunikasjonsverktøy som gir barnet mulighet til å fortelle om følelser. Når barn føler seg sett, hørt og forstått får man et mer avslappet og beroliget barn (ibid). Gibson mfl. (2010) mener lek og aktivitet er viktig under innleggelsen. Dette kan Tveiten (2006) bekrefte. Gjennom lek kan de uttrykke følelser og opplevelser, dette kan gi god informasjon til sykepleier om hvordan barnet faktisk har det. Yngre barn har et begrenset nivå i forhold til forståelse og ordforråd (ibid). Tveiten (2006) hevder også at syke barn har et like stort behov for lek som friske barn. I studien til Gibson mfl. (2010) kom det frem at flere av barna fortalte historier om ulike aktiviteter de likte å gjøre sammen med helsepersonell. Det kom også frem gjennom lek at barna fortalte om sine frustrasjoner om å være sengeliggende gjennom behandlingen.

### ***5.3 Barns bruk av mestringsstrategier***

I studiene gjort av både Sposito mfl. (2014) og Ångström-Brännström og Norberg (2014) hevdes det at barn innlagt på sykehus utviklet ulike mestringsstrategier for å kunne minimalisere innvirkningen av sykdom og behandling. Barna hadde evne til å tilpasse og utvikle metoder som skulle hjelpe dem gjennom sykdomsperioden på best mulig måte (Griffiths, Schweitzer og Yates 2011). I følge Tveiten, Winnick og Steen (2012) er det viktig at sykepleier hjelper barnet til å få tro på at de kan mestre. Bringager mfl. (2014) skriver at som sykepleier skal vi veilede til muligheter, ikke finne svar. Vi kan støtte, men ikke ta over. Travelbee mener sykepleiers hjelp til å mestre, bære og finne mening i sykdom er et av hovedmålene i sykepleien. Håp er også et sentralt mål, sammen med forebygging og fremme helse (Kristoffersen 2005d). Sykepleier kan bidra til å styrke barnets mestringsstrategier på ulike måter. Det kan brukes avledningsteknikker som å blåse, stryke på det vonde stedet, blåse såpebobler, fortelle historier for å nevne noen. Kognitive strategier kan være avslapningsteknikker som får barnet til å slappe av gjennom eventyr eller andre fantasi historier som barnet kan leve seg inn i (ibid). Sykepleier kan styrke barnets mestringsfølelse gjennom å gi ros når det gjør noe bra, som å holde hånda rolig under en prosedyre (Grønseth og Markestad 2011).

Det at barna fikk en forståelse av hva kreft var og fikk beskrevet hvorfor de måtte ha behandling, var til god hjelp for å takle bivirkningene som fulgte med cellegiftbehandlingen. Det viste seg at barna godtar bivirkningene i håp om å bli frisk (Sposito mfl. 2014). Både Sposito mfl. (2014), Ångström-Brännström og Norberg (2014) og Gibson mfl. (2010)



beskriver lek, spill, troen på religion og annen underholdning som de mest vanlige mestringsstrategiene som ble brukt av barn på sykehus. Det viste seg at barna satte stor pris på å få spille og leke sammen med andre barn og personalet. I følge Grønseth og Markestad (2011) er lek til hjelp for at barnet skal kunne være seg selv. I ukjente omgivelser kan dette være vanskelig når det er sykdom og behandling som står i fokuset. Lek er med på å fremme livskvaliteten hos barnet. Lek gir både glede og mestringsfølelse. Gibson mfl. (2010) fant gjennom sin forskning at alderstilpassede aktiviteter og leker var svært viktige funksjoner i sykehuslivet. Dette gjorde at barna kom på andre tanker og forebygget kjedsomhet.

Når barna i studien utført av Sposito mfl. (2014) hadde en forståelse av behandlingen, ble det enklere for dem å takle motgang og bivirkninger som oppsto ved behandlingen.

Bildemateriell, bøker og dukker er leker som gjerne blir brukt i forhold til forberedning til undersøkelser og behandling hos barn som bidrar til økt mestringsfølelse. Ved at barna forsto hva som skulle skje med dem, gjorde det lettere for dem å takle situasjonen (Grønseth og Markestad 2011). I følge deltakerne i studien gjort av Sposito mfl. (2014), var det kvalme og oppkast som var det verste. Mens det viste seg at barna syntes det var smerte som var verst i forskningen til Griffiths, Schweitzer og Yates (2011). Ved siden av medikasjon mot kvalme og smerte, kom det frem at barna ofte brukte lek og annen underholdning for å kompensere de omtalte bivirkningene. Dette ses i forskningen til både Sposito mfl. (2014) og Griffiths, Schweitzer og Yates (2011).

I tillegg til kvalme og smerte, er det ikke til å unngå å miste håret under cellegiftbehandlingen. Ved at barnet blir godt informert og forberedt på dette i forkant av behandlingen, i tillegg til at familie, venner og skole blir informert, øker forståelsen og faren for mobbing blir redusert (Bringager mfl. 2014). Det å bruke caps, skjerf, hatt eller parykk hjalp barna med å akseptere hårtapet. Det var et av barna i studien til Griffiths, Schweitzer og Yates (2011, s. 86) som belyste hårtapet på denne måten:

*That [losing my hair] was fun... everybody at school signed my head. I was just sitting there one lunch time, and one guy was like, can I sign your head and then everybody did it, I even got a couple of teachers to sign it... it was pretty fun... I drew things on it whenever I was bored (Jake, 15).*

Både i Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) og Sposito mfl. (2014) sine forskningsstudier, påpekes det at flere av barna ikke likte sykehusmaten. Bringager mfl. (2014) skriver at barn bør tilbys egen meny, og at de også bør få muligheten til å kunne få tilbud om ønskekost. Familien bør også få mulighet til å spise sammen med dem. Det kommer frem i Sposito mfl. (2014) sin forskning at barna hadde forståelse for hvor viktig det var med mat når man var syk. De forsto viktigheten med å få i seg godt med næring og at de ikke måtte gå ned i vekt. Når barna ikke fikk i seg maten de fikk utlevert fra sykehuset, utviklet de en mestringsstrategi ved å kjøpe seg mat fra kiosken på sykehuset. Foreldrene tok også med mat hjemmefra. Dette var med tanke på at barna deres fikk i seg ordentlig med mat og at kvalme og oppkast ble redusert betraktelig (ibid). Foreldre trenger ofte kostholdsveiledning hvor sykepleier kan gi råd om hva som kan serveres dersom barnet er kvalm, sår i munnen eller har smaksforandringer (Bringager mfl. 2014). Det å ta med medbrakt mat utenfra, innebar en risiko med tanke på infeksjoner, men de fleste tok sjansen på dette. Ved at foreldrene tok med seg mat hjemmefra, førte til at barna ikke ville ha sykehusmat i det hele tatt (Sposito mfl. 2014).

Sposito mfl. (2014) konkluderer med at barn takler behandlingen lettere dersom de har funnet ut av tiltak som bidrar til å redusere bivirkningene av cellegiftbehandlingen.

#### ***5.4 Barns forventninger til sykepleier***

I følge Grønseth og Markestad (2011) er barns forhåpninger til sykepleier at de skal være snille og vennlige og få dem til å føle trygghet. Barn mener også sykepleier skal bidra til aktivitet og annen underholdning rundt dem. Barna som deltok i studien til Schmidt (2007), verdsatte at sykepleier var snill, forsiktig og hjelpsom. Tveiten, Wennick og Steen (2012) påpeker at forståelse for andre er basis i god sykepleie. Grønseth og Markestad (2011) skriver om helsepersonellens oppførsel og væremåte til barn og foreldre, og at dette er avgjørende for hvordan de møter og viser omsorg for dem. Dette mener Kari Martinsen er viktige kjennetegn til omsorg (Kristoffersen 2005d). For at trivsel skal oppstå, er respekt og at de blir fulgt opp etter deres behov et godt grunnlag (Grønseth og Markestad 2011).

Opplevelsen av å bli syk og innlagt på sykehus kan virke traumatisk for barn. Målet for sykepleien er å tilrettelegge slik at opplevelsen blir best mulig, både for barnet og familien. Dette målet er ikke alltid like klart for barnet og det kan oppstå angst og frykt når det ikke forstår hva som skal skje (Tveiten, Wennick og Steen 2012). Det første møtet mellom

sykepleier og barn med familie er betydningsfullt. Atmosfæren og måten sykepleier møter familien på, er et utgangspunkt for hvordan tilliten og motivasjonen bygges (Bringager mfl. 2014). Med ordet atmosfære menes alt vi kan se og høre. Atmosfæren kan uttrykke trygghet og den kan vise utrygghet. Den kan også virke støttende og ukjent. Som sykepleier er det derfor viktig at man er bevisst på sin egen rolle med tanke på å påvirke situasjonen. Som syk blir barnet automatisk hovedperson og det vil føle seg hjelpeløst og redd. Det å høre betryggende ord fra sykepleier vil i slike situasjoner berolige barnet (Tveiten, Winnick og Steen 2012). Ved at de fikk forholde seg til faste sykepleiere var også svært betryggende for barna. Dette styrket tillitsforholdet mellom barnet og sykepleier. Gjennom sykepleiers væremåte kan vi se at dette har en innvirkning på hvor stor grad det utvikles tillit (Ångström-Brännström og Norberg 2014). Det samme kom Schmidt mfl. (2007) frem til. Studien gjort av Schmidt mfl. (2007) satte barna pris på gode og rosende ord fra sykepleier når de hadde vært snille og flinke. At de fikk holde en hånd mens de ble stukket med en nål, ble også tatt godt imot. Barna likte sykepleiere som viste at de brydde seg og hadde en forståelse for dem.

Ångström-Brännström og Norberg (2014) fant ut i sin forskning at sykepleiere som informerte og forklarte godt om sykdom, behandling og prosedyre på en slik måte at det ble forstått, kombinert med humor ble sett på som snilt. Schmidt mfl. (2007) nevner også humor i sin studie, men det i sammenheng med aktiviteter. Nesten halvparten av barna som deltok i studien satte pris på sykepleiere som brukte humor og annen underholdning som var tilpasset etter deres alder. Disse sykepleierene ble sett på som god-hjerta (ibid).

Gibson mfl. (2010) nevner at barna satte pris på at leger og sykepleiere tok seg tid til å lytte og bli kjent med dem som person. Barna kunne fortelle at de gledet seg til å være sammen med dem. Dette gjorde at de ikke følte seg som en pasient, men som en helt vanlig person. Schmidt mfl. (2007) nevner også i sin studie at barna ønsket bli sett på som en vanlig person og ikke som den syke, dette ble sett på som viktig.

Når et barn blir syk og må legges inn på sykehus overlater foreldrene delvis eller helt ansvaret for barnet til helsepersonellet. Foreldrene er da nødt til å stole på dem som overtar ansvaret. Sykepleieren blir ofte oppfattet av foreldre som en som bryr seg om andre, kunnskapsrike og en som er trygg i jobben sin. Ved at sykepleier gir barnet pleien de trenger, behandler det med respekt og verdighet og akspeterer foreldrenes rolle oppe i det hele, blir det oppnådd tillit mellom foreldre og sykepleier (Grønseth og Markestad 2011).

### 5.5 Familie og venner som en ressurs

Flere av barna viste takknemlighet og forsto verdien i relasjonene de hadde rundt seg, samt hvordan disse påvirket deres liv til det bedre. De var svært takknemlige for støtten og tilgjengeligheten menneskene rundt dem hadde vist. Familie, venner, helsepersonell og kjæledyrene hadde en stor innvirkning på dem og de hjalp dem igjennom sykdomsperioden (Griffiths, Schweitzer og Yates 2011). Et av barna i studien til Griffiths, Schweitzer og Yates (2011, s. 87) fortalte om hvordan hun håndterte vanskelige perioder ved å tenkte på katten sin:

*Well, I've got one thing [that is really important to me] and I basically put that in my mind every time I've got something hard [to do] and I have to get over it... my cat... she`s just a good memory to me, and even though she is a cranky old thing, I still love her. (Erica, 8).*

Som Bringager mfl. (2014) skriver, familie betyr å trygge hverandre, tilbringe tid sammen og støtte opp etter best mulig evne. Martinsen (Kristoffersen 2005d) mener at mennesker er avhengige av hverandre. Dette kommer tydelig frem når en person trenger hjelp, enten det gjelder sykdom eller skade. I studien til Ångström-Brännström og Norberg (2014) kommer det frem at barna ønsket å ha foreldre, søsken og andre slektninger i nærheten for å få trøst og omsorg. Dette gjorde til at det ble en sikker base rundt dem. I samme studie kom det også frem at barna trøstet foreldrene og andre familiemedlemmer. Dette for å finne trøst til seg selv. De brukte metoder som å snakke, klemme, være nær og å leke (ibid). Søsken beskrives å være en stor ressurs. De utfordrer gjerne det friske opp mot det syke. De kan leke med sin kreftsyke bror eller søster og oppdage sammen, gi og få støtte uten å tenke på sykdom (Bringager mfl. 2014).

Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) fant ut i studien de utførte at flere av barna opplevde stor glede da de fikk gaver fra venner og familie. Det kom også frem at flere av barna visste at vennene brydde seg om dem og besøkte dem ofte, men samtidig mente barna det var godt å bli kjent med andre barn i samme situasjon og møte nye sykepleiere og leger. Tveiten, Winnick og Steen (2012) beskriver det å utvikle og opprettholde vennskap er av stor betydning for barn som er syke over lengre tid. Som Storm-Mathisen (2008) også skriver, at i de senere årene har sykehuspersonalet blitt mer bevisste på hvor viktig det er med å opprettholde det sosiale nettverket til barnet.

Bringager mfl. (2014) hevder barn ofte har behov for hjelp av foreldre og andre voksne til å forstå situasjonen de er i. Dette for å føle situasjonen som betydningsfull. I studien av Ångström-Brännström og Norberg (2014) kommer det frem at ved å ha familien tilstede under sykehusoppholdet, følte barna en lettelse og trøst. I forskningen til Gibson mfl. (2010) kom det spesielt frem at foreldrenes mulighet til å være hos barna igjennom natten, ble satt stor pris på av barna. Familien er av stor betydning, spesielt foreldre, skriver Tveiten, Winnick og Steen (2012). Foreldrene avledet dem under prosedyrer, der barna ofte følte smerte og frykt (Ångström-Brännström og Norberg 2014). Barna fant også mye trøst ved å kunne sitte på fanget eller gi foreldrene en klem. Samtidig viste det seg at foreldrene ofte tok en aktiv rolle med å distrahere barnet under prosedyrene. Dette for at barnet skulle komme igjennom prosedyrene på en enklere måte. Er foreldrene trygge i sin rolle, blir denne tryggheten overført til barnet (Bringager mfl. 2014). Foreldrene var også ivrige på å muntre opp barna. Ved å ta denne aktive rollen følte også foreldrene mestring. Dette hjalp både barna og foreldrene gjennom den vanskelige tiden. Deres selskap og beroligende teknikker, for eksempel massasje og varmt bad, trøstet barna når de hadde smerter (Ångström-Brännström og Norberg 2014).

### ***5.6 Behov for videre kunnskapsutvikling i sykepleie***

Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) anbefaler å forske videre på barns evne til å takle motgang. Med dette menes forskning som tar for seg forventingene til barn og om disse kan bidra til å håndtere uventede hendelser. Selv om studien til Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) tar for seg forståelsen av barns utvikling, ønsker de videre forskning på barns erfaringer og om disse erfaringene kan være til nytte med tanke på utviklingsteorier. Schmidt mfl. (2007) påpeker at det er nødvendig med forskning som kan gi informasjon om barns oppfatninger på sykepleierens atferd for å kunne veilede sykepleierne videre. Dette vil gjøre det lettere for sykepleier å tilrettelegge for effektiv og god omsorg.

Vi støtter Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) og Schmidt mfl. (2007) anbefalinger om videre forskning. I tillegg kunne vi ønske det var mer forskning på barn med kreft, da det var lite forskning på dette området. Vi synes dette er et viktig tema og mener derfor at det bør settes i fokus. Det kunne også være til stor hjelp for sykepleierne dersom det hadde vært mer forskning på generell sykepleie til barn. Dette kan være til hjelp for sykepleier til å gi god sykepleie til barn.

### *5.7 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser*

I arbeidet med bacheloroppgaven har vi benyttet oss av malen som er beskrevet i undervisningsplanen for 2014/2015. Vi har valgt å bruke hovedoverskriftene etter malen, men har laget egne underoverskrifter ut ifra innhold. Dette for å få mer flyt i oppgaven.

Mye av tiden har blitt brukt til å søke etter forskningsartikler som er relevante i forhold til problemstilling. De fem forskningsartiklene som anvendes i oppgaven er hovedsaklig kvalitative. Dette skyldes vanskeligheter med å finne kvantitative artikler med barn som deltagere, da det kan være lettere for barn å forholde seg til en person gjennom et intervju, i stedet for å få et ark med spørsmål der de må svare på egenhånd. Det ble også funnet noen forskningsartikler som var kvalitative og/eller kvantitative, men flere av disse gikk på foreldrene, deres meninger og opplevelser når barnet deres var kreftsyk. Det var også flere av artiklene som tok for seg barn som pårørende. Disse mener vi ikke var relevante i forhold til oppgavens problemstilling.

Det var en utfordring å finne artikler som passet til temaet for oppgaven. Flere av artiklene som ble benyttet i denne litteraturstudien inneholdt et fåtall av deltakere, noe som kan gjøre forskningen mindre pålitelig. Forskningsartiklene som ble benyttet menes å være relevant til oppgaven. Alle artiklene er fagfellevurdert nivå 1 og er hentet fra ulike tidsskrifter. Artiklene ble fremstilt i matriser, deretter ble resultatene fremstilt i en tekst. På denne måten ble det oversiktlig og enklere å se sammenhengen mellom de ulike funnene i artiklene. Det er brukt mye tid på oversetting og tolkning av artiklene etter best mulig evne, det kan ikke utelukkes feiltolkning av artiklene og feil i oversettelsen, da samtlige av artiklene er på engelsk.

Vi har valgt å trekke inn noen sitater i drøftingsdelen hvor barna gir en forklaring på hva de tenker. Dette har vi valgt å gjøre for å fargelegge oppgaven og fremheve hvordan barn kan tenke og føle. Et av sitatene vi har valgt er litt utenfor vår aldersgruppe, men vi mener dette gir en god forklaring på hvordan barn kan håndtere en situasjon som å miste håret, samtidig som han får frem hvordan andre tenker om han.

Det er også benyttet annen relevant litteratur i form av pensumlitteratur, fagbøker og nettsider for å kunne svare på problemstillingen. Det er bevisst benyttet nyere litteratur, med tanke på pensumlitteratur og fagbøker. Det vil si at vi ikke har brukt litteratur som er eldre enn år 2000.

Nettsider som Barnekreftforeningen, Helsedirektoratet og Kreftregisteret er anvendt for å få den siste oppdateringen, da denne informasjonskilden ofte blir redigert og fornyet.

I oppgaven har vi valgt å ta med to sykepleieteoretikere, Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Disse mener vi er relevante i oppgaven på bakgrunn av deres syn på sykepleien. Joyce Travelbee tar opp etableringen av mennesket-til-mennesket-forhold som vi mener er viktige. Kari Martinsen trekker frem omsorg som et viktig element i den menneskelige tilværelsen, samt i det menneskelige samarbeidet. Dette mener vi er spesielt viktig i sykepleie til barn da de kan være mer sårbare.

Gjennom arbeidet med oppgaven, har vi innsett at vi har gjort det noe vanskelig for oss selv. Ved å velge barn som hovedtema har det vært en utfordring å finne relevante artikler og fagbøker. Mye av det som har kommet frem i artiklene sier det samme, og dette har ført til at drøftingen ble en utfordring. Vi har lett etter artikler som har forskjellige resultater slik at vi kan drøfte dem opp mot hverandre, men dette har vi ikke funnet. Utvalget av annen litteratur var også begrenset i forhold til vårt valg av tema.

Vi er svært fornøyde med at vi kun har vært to igjennom denne prosessen. Fra starten av fant vi ut hvilke styrker hver av oss hadde, og på dette punktet har det vist seg at vi har utfyllt hverandre godt. På selve teorien og metodedelen har det vært godt å være to, men samtidig skulle vi gjerne hatt med en til når det gjelder drøftingen for flere eventuelle innspill.

### ***5.8 Forskningsetiske overveielser***

Studien utført av Sposito mfl. (2014) ble godkjent av Institutional Review Board før oppstart. Studien ble utført på en kreftavdeling for barn i Brasil. Barna som var kvalifisert til studien fikk en forespørsel om å delta som frivillig og alle sa seg villig til å delta i studien. Foreldrene skrev under en samtykkeerklæring før oppstart av studien. Intervjuren hadde erfaring med å gjøre forskning med barn og hadde ferdigheter som kreves for å utføre intervjuer med denne pasientgruppen. Dette økte troverdigheten av resultatene. Gjennom intervjuene ble barna ledsaget av mødre sine, dette på bakgrunn av de etiske prinsippene. I studien kommer det ikke frem hva de etiske prinsippene står for, men når man utfører studier med barn kan det by på flere utfordringer. Det kan være vanskelig å vite om barna har forstått informasjonen som er gitt, samt avgjøre om de er klar over hva de har samtykket til.

Arikkelen skrevet av Griffiths, Schweitzer og Yates (2011) viser til at studien ble godkjent av Human Research Ethics Committee ved et større sykehus i Australia. Potensielle deltakere fikk tilsendt et informasjonsskriv hvor de fikk forespørsel om å delta i studien. Det var totalt 30 informasjonsskriv som ble sendt ut og det var kun 9 familier som samtykket til å delta i studien. Både foreldrene og barna ble intervjuet, men i denne studien var det kun barnas intervju som ble inkludert.

Studien gjort av Ångström-Brännström og Norberg (2014) ble godkjent av Ethics Committee of the Medical Faculty. Foreldrene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien når barnet var innlagt på sykehus for behandling. Når foreldrene samtykket til studien, fikk de informasjon om frivillig deltakelse. Det innebar blant annet at barnet kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn. De ble også informert om at det kun var de som utførte studiet som fikk tilgang til informasjonen som ble gitt, samt at forskningsmaterialet ble anonymisert. Totalt ni barn og foreldre samtykket til å delta etter at de fikk informasjon om studiet. Syv av barna samtykket til at tegningene ble publisert.

Under intervjuene ble det tatt hensyn til når barna ønsket å bli intervjuet, hvor og når det skulle legges inn pauser. Språket ble også forenklet gjennom intervjuet. Dette med hensyn til barnets alder og sårbarhet. Foreldrene fikk tilbud om å være tilstede under intervjuet.

Studien gjort av Gibson mfl. (2010) ble godkjent av Local Research Ethics Committee. Det ble gitt informasjon til familiene. Deretter diskuterte foreldre og barn om de skulle delta i studien. Det understrekes at det var barna som tok beslutningen i å delta. Barna som var 16 år og eldre skrev selv under på en samtykkekontrakt, mens de under 16 år måtte få samtykke av foreldrene. Språket ble tilpasset hver enkelt deltaker.

Det kommer frem i studien til Schmidt mfl. (2007) at deltakerne ble informert om studien på forhånd, samt at de hadde muligheten til å stille spørsmål. Ble også påpekt at forskningsmaterialet som kom frem i studien ble holdt konfidensielt og anonymisert. Et krav fra Institutional Review Board var at foreldrene og barna måtte avgi en samtykkeerklæring for å kunne delta i studien.



## 6.0 Konklusjon

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

I løpet av oppgaven kommer det frem at god relasjon mellom det kreftsyke barnet og sykepleier er en stor og viktig del. Barn som blir innlagt på sykehus, kommer i en situasjon hvor mye er nytt og ukjent, derfor er det viktig at man skaper et trygt miljø rundt barnet. Barn har spesielle behov som sykepleier må ta hensyn til i møtet med barnet. Vi mener det er viktig at sykepleier har kunnskap om barns utvikling og deres behov. Tiltak som å ha faste sykepleiere eller primærsykepleier som har ansvar for barnet under innleggelsen er med på å skape relasjon.

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om kommunikasjon. Å ha en forståelse for barnet, tilpasse kommunikasjonen etter dets kognitive nivå og hjelpe det på best mulig måte, kan bidra til å fremme barnets tillit, og deretter bedre deres relasjon til hverandre. Gjennom forskning har vi fått et innblikk på hva barn mener er en god sykepleier. Dette var sykepleiere som var snille og blide, hjalp dem med det de trengte hjelp til, lindret smerte og var der når de trengte dem.

Det viser seg at barn benytter seg av ulike mestringsstrategier ut i fra den situasjonen de er i. Vi ser på det å ha kunnskap til ulike mestringsstrategier hos barn som viktig. Med denne kunnskapen kan sykepleier veilede og fremme mestring hos barnet. Tilrettelegging av informasjon, følelse av nærhet og trygghet, fast personale og ha tilgang på lek er måter sykepleier kan bidra til økt mestringsfølelse hos barn. Som sykepleiere skal vi hjelpe pasienten med å se mulighetene, se sine ressurser og hjelpe pasienten med å føle mestring. Gjennom studiet kommer det også frem hvor viktig pårørende er. Deres støtte og nærværelse er med på å gi trygghet til barnet under sykehusoppholdet. Sykepleier må kunne samarbeide med pårørende, da det er de som kjenner barnet best.

Vi kan se at kommunikasjon, tillit, tilrettelagt informasjon og trygghet fra sykepleier er viktige byggestener som skal hjelpe barnet med å oppnå mestring.

## 7.0 Litteraturliste

Barnekreftforeningen (2015) *Blodkreft (Leukemi)* [online]. Oslo: Barnekreftforeningen. URL: <http://www.barnekreftforeningen.no/kreft-hos-barn/kreftformer/> (15.04.15)

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

Eide, H. og T. Eide (2012) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.

Forsberg, C. og Y. Wengstrøm (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur

Foss, M (2014) *Forskningsområdet kliniske sykepleie* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (26.03.15)

Foss, M. (2014) *Kvalitet i sykepleie* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (26.03.15)

Gibson, F., mfl. (2010) Children and young people`s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods. I: *International Journal of Nursing Studies*, [online]. 2010 (47), s.1397-1407 URL: [http://ac.els-cdn.com/S0020748910001215/1-s2.0-S0020748910001215-main.pdf?\\_tid=46a43784-e9e8-11e4-93db-00000aab0f26&acdnat=1429814635\\_56a979e2a9b85a0e6bdf43d86db3b52f](http://ac.els-cdn.com/S0020748910001215/1-s2.0-S0020748910001215-main.pdf?_tid=46a43784-e9e8-11e4-93db-00000aab0f26&acdnat=1429814635_56a979e2a9b85a0e6bdf43d86db3b52f) (09.04.15)

Griffiths, M., R. Schweitzer og P. Yates (2011) Childhood Experiences of Cancer: An Interpretative Phenomenological Analysis Approach. I: *Journal of Pediatric Oncology Nursing* [online]. 28 (2), s. 83-91. URL: <http://jpo.sagepub.com/content/28/2/83.full.pdf+html> (09.04.15)

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

Haugland, K. (2008) Sykepleieutfordringer med kreft hos barn. I: Reitan, A. M., Schølberg, T. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, s. 489-497

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn* [online]. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/690/Nasjonalt-handlingsprogram-for-kreft-hos-barn-IS-1868.pdf> (08.04.15)

Ishibashi, A. (2001) The Needs of Children and Adolescents With Cancer for Information and Social Support. I: *Cancer nursing* [online]. 24 (1), s. 61-67. URL: [http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAAGPONHAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Complete%2bReference%3dS.sh.136%257c7%257c1%26FORMAT%3dcitationFormatPrint%26FIELDS%3dFORMATI%26S%3dKKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAAGPONHAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNAGNCDCNA00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00002820%2f00002820-200102000-00010.pdf&filename=The+Needs+of+Children+and+Adolescents+With+Cancer+for+Information+and+Social+Support.&navigation\\_links=NavLinks.S.sh.136.7&PDFIdLinkField=%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00002820%2f00002820-200102000-00010&link\\_from=S.sh.136/7&pdf\\_key=B&pdf\\_index=S.sh.136&D=ovrn](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAAGPONHAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Complete%2bReference%3dS.sh.136%257c7%257c1%26FORMAT%3dcitationFormatPrint%26FIELDS%3dFORMATI%26S%3dKKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAAGPONHAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNAGNCDCNA00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00002820%2f00002820-200102000-00010.pdf&filename=The+Needs+of+Children+and+Adolescents+With+Cancer+for+Information+and+Social+Support.&navigation_links=NavLinks.S.sh.136.7&PDFIdLinkField=%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00002820%2f00002820-200102000-00010&link_from=S.sh.136/7&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.136&D=ovrn) (11.02.15)

Kreftregisteret (2014) *Årsrapport 2014 Barnekreft* [online]. Oslo: Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Årsrapport-fra-kvalitetsregistre/Årsrapport-for-barnekreft/Årsrapport-for-barnekreft-2014/> (15.04.15)

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E. A. Skaug (2005d) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

NSD (2015) *Publiseringskanaler* [online]. Bergen: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (09.04.15)

Norsk Sykepleieforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online] Oslo. URL: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (13.04.15)

Nortvedt, M. W., G. Jamtvedt, B. Hraverholt, L. Nordheim og L. M. Reinar (2012) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS

Polit, D. F. og C. T. Beck (2014) *Essentials and nursing research - Apprasing avidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reinfjell, T., T. H. Diseth og A. Vikan (2007) Barn og kreft: Barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, [online]. 44 (6), s. 724-734.

URL: [http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=24471&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=24471&a=2) (03.03.15)

Ruyter, K. W., R. Førde og J. H. Solbakk (2014) *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Schmidt, C., mfl. (2007) Hospitalized Children`s Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. I: *American Journal of Maternal Child Nursing* [online]. 32(6), s. 336-342. URL:

[http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAGPONHAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3F%26Complete%2BReference%3DS.sh.101%257c5%257c1%26FORMAT%3DcitationFormatPrint%26FIELDS%3DFORMATI%26S%3DKKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAGPONHAA00&directlink=http%3A%2F%2Fgraphics.uk.ovid.com%2Fovftpdfs%2FPDHFNAGNCDCNA00%2Ffs046%2Fovft%2Flive%2Fgv023%2F00005721%2F00005721-200711000-00004.pdf&filename=Hospitalized+Children%27s+Perceptions+of+Nurses+and+Nurse+Behaviors.&navigation\\_links=NavLinks.S.sh.101.5&PDFIdLinkField=%2Ffs046%2Fovft%2Flive%2Fgv023%2F00005721%2F00005721-200711000-00004&link\\_from=S.sh.101](http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAGPONHAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3F%26Complete%2BReference%3DS.sh.101%257c5%257c1%26FORMAT%3DcitationFormatPrint%26FIELDS%3DFORMATI%26S%3DKKLNPDANNAHFGMDCFNKKNCAGPONHAA00&directlink=http%3A%2F%2Fgraphics.uk.ovid.com%2Fovftpdfs%2FPDHFNAGNCDCNA00%2Ffs046%2Fovft%2Flive%2Fgv023%2F00005721%2F00005721-200711000-00004.pdf&filename=Hospitalized+Children%27s+Perceptions+of+Nurses+and+Nurse+Behaviors.&navigation_links=NavLinks.S.sh.101.5&PDFIdLinkField=%2Ffs046%2Fovft%2Flive%2Fgv023%2F00005721%2F00005721-200711000-00004&link_from=S.sh.101) (09.04.15)

Sposito, A. M. P., mfl. (2014) Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. I: *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 47(2), s. 143-151.

URL: <http://search.proquest.com/docview/1662078961/fulltextPDF/7907381C038D4116PQ/1?accountid=43158> (08.04.15).

Storm-Mathisen, I. (2008) Kreft hos barn. I: Reitan, A. M, Schølberg, T (red.). *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe, s. 477-488

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Tveiten, S. (2006) *Barnesykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Zeller, B. og Storm-Mathisen, I. (2010) Kreft hos barn. I: Reitan, A. M, Schølberg, T (red.). *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe, s. 672-691

Ångström-Brännström, C. og A. Norberg (2014) Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experiences of Comfort in Interviews and Drawings. I: *Journal of Pediatric Oncology Nursing* [online]. 31(3), s. 135-146. URL:  
<http://jpo.sagepub.com/content/early/2014/03/20/1043454214521693.full> (09.04.15)

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Søkehistorikk

Database	Søkeord	Dato	Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel
Ovid Nursing	1. Cancer 2. Nursing 3. Treatment 4. Children 5. Experience of comfort	9/4-15	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	13 → nr. 2	Children Undergoing Cancer Treatment Describe Their Experience of Comfort in Interviews and Drawings.
Cinahl	1. Cancer 2. Children 3. Communication 4. Experiences	9/4-15	1 AND 2 AND 3 AND 4	41 → nr.4	Children and young people`s experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods.
Ovid Nursing	1. Coping 2. Hospitalized Child 3. Neoplasms	8/4-15	1 AND 2 AND 3	9 → nr.1	Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy.
Ovid Nursing	1. Perception 2. Nurse-Patient 3. Hospitalized Child	9/4-15	1 AND 2 AND 3	15 → nr.5	Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors.
Sage Journals	1. Impatient 2. Child 3. Cancer 4. Quality of life	6/3-15	1 AND 2 AND 3 AND 4	39→ nr. 6	Childhood Experiences of cancer: A interpretative Phenomenological Analysis Approach