



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie til barn med kreft

Nursing of children with cancer

Mein Kristine Kleiva og Ingvild Flemmen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 55

Molde, 18.11.11



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. <u>Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Hol

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 HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde 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: 21.10.11

Antall ord: 11914

Forord

Dette er en avsluttende oppgave for bacheloreksamen i sykepleie. Vi har fulgt de generelle retningslinjene til Høgskolen i Molde i vårt arbeid. Potensielle lesere av oppgaven er sykepleiere og sykepleiestudenter. Vi håper denne oppgaven kan være til nytte og gi ny kunnskap som kan ha betydning for sykepleieres utdanning og yrkesfunksjon.

Vi har gjennomført en systematisk litteraturstudie der 11 forskningsartikler er presentert i vårt resultat- og diskusjonskapittel. Alle leddene i en forskningsprosess har blitt identifisert, og vi har analysert og kritisk vurdert forskningsartiklene på en systematisk måte.

Som studenter har vi fått fordypet oss i et tema vi har vært interesserte i, og fått mer kunnskap om psykososiale behov til barn med kreft, og hvordan sykepleiere på best mulig måte kan tilfredsstill disse behovene.

Vi ønsker og takke veileder Hege Hol for gode tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen.

Molde, oktober 2011

Ingvild Flemmen og Mein Kristine Kleiva

HEI, JEG ER DIN VENN

”Hei, jeg er din venn
jeg skal være sykepleier`n din
og du kan være sola mi
så kan jeg synge og du danse
og den som ser på – det er bamse

Vil du være min venn
vi leker du er sykepleier`n min
og jeg kan være månen din
så kan du svømme og jeg vasse
og den som ser på – det er nasse

Hvis du en dag er lei
så kommer jeg løpende til deg
og du kan låne fang av meg
så kan du gråte og jeg trøste
og den som ser på – det er nøste

Hvis du en dag er glad
så kan du hoppe i fanget mitt
og jeg kan låne smilet ditt
så kan du synge og jeg spille
og den som ser på – er lille trille”

(Bringager, Hellebostad og Sæter 2010, s.112)

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år er det om lag 120 barn i Norge som får kreft. Det er vanlig at barn med kreft opplever psykososiale vansker når de er innlagt på en barneavdeling. Barn har særegne behov og det kreves spesialkunnskap for å ivareta sykepleiens funksjoner for denne pasientgruppen.

Hensikt: Hensikten med studiet var å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta barn med kreft sine psykososiale behov under sykehusinnleggelse.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på 11 forskningsartikler, der ti var kvalitative og en var både kvalitativ og kvantitativ. Databasene som ble benyttet, var Ovid Medline, Ovid Nursing Database, ProQuest og PubMed.

Resultat: Kreftsyke barn trenger å bli sett og de trenger hjelp til å sette ord på det som skjer. Barna har rett på primærsykepleiere når de er under behandling. Dette bidrar til at barna føler at de blir sett og tatt vare på. Sykepleiere skal gi individualisert omsorg, være flink til å lytte og tilbringe nok tid sammen med barna.

Konklusjon: Sykepleiere skal ha kunnskap om barns utviklingstrinn og behov. De skal inkludere både barna og familien i behandlingen. Når barna er innlagt må hele familien få tilbud om psykososial støtte fra sykepleiere. Bidraget fra sykepleiere kan være å gi råd, støtte og ha en god dialog.

Nøkkelord: Sykepleie, barn, kreft, psykososial, behov, sykehus

Abstract

Background: Each year about 120 children in Norway gets cancer. It is normal for children with cancer to experience psychosocial difficulties when admitted to children`s section. Children have special needs, and a nurse needs to have another set of knowledge, when working with this group of patient.

Purpose: The main purpose with this study was to enlighten how nurses maintain children suffering from cancers psychosocial needs during hospitalization.

Method: A systematic literature study based on 11 scientific articles, ten qualitative, and one both qualitative and quantitative. Databases included, were Ovid Medline, Ovid Nursing Database, ProQuest and PubMed.

Results: Children suffering of cancer needs to be seen and they need help to put words on what they are experiencing. Children have a right to get a primary nurse during their treatment. When doing so, children get the feeling of "being seen" as well as taken care of. Nurses are supposed to give individual care, be good listeners and spend time with all the children.

Conclusion: Nurses are supposed to have knowledge regarding children`s stage of development and needs. These comprehend both the children and their families during treatment. When the children get admitted the whole family needs to get an offer of psychosocial support from the nurses. The nurses contribution could be giving advice, support and to have a good dialog.

Keywords: Nurse, child, cancer, psychosocial, needs, hospital

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt	2
1.3 Problemstillinger	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2.0 TEORIBAKGRUNN	3
2.1 Det kreftsyke barnet	3
2.2 Det første møtet mellom barn og sykepleiere	4
2.3 Barns psykososiale utvikling i alderen 5-10 år	5
2.4 Trygghet- et viktig psykososialt behov	5
2.5 Foreldrerollen	6
2.6 Piagets utviklingsteori hos barn	7
2.7 Joyce Travelbees syn på sykepleie.....	8
3.0 METODE	9
3.1 Datainnsamling	9
3.1.1 Databaser for litteratursøk.....	9
3.1.2 Inklusjonskriterier	9
3.1.3 Eksklusjonskriterier.....	9
3.1.4 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	9
3.1.5 Fremgangsmåte for litteratursøk	10
3.2 Kvalitetsbedømming	11
3.3 Analyse.....	12
3.4 Ethiske vurderinger	13
4.0 RESULTAT	14
4.1 Barnas behov	14
4.1.1 Barns ønske om å bli sett	14
4.1.2 Foreldres tilstedeværelse	15
4.2 Sykepleieres rolle	16
4.2.1 Sykepleiers møte med barn	16
4.2.2 Individuell omsorg	17
5.0 DISKUSJON	19
5.1 Metodediskusjon	19
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Trygghet er å ha kontroll.....	21
5.2.2 Barns behov for primærsykepleier	23
5.2.3 Sykepleiers engasjement	24
5.2.4 Psykososial omsorg.....	27
6.0 KONKLUSJON	29
6.1 Forslag til videre forskning	30
7.0 LITTERATURLISTE	31

Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Vedlegg 2 : Oversiktstabell over inkluderte artikler i forhold til innhold og kvalitet

Vedlegg 3: Protokoll for kvalitetsbedømming av kvalitative artikler (Bilaga H)

Vedlegg 4: Protokoll for kvalitetsbedømming av kvantitative artikler (Bilaga G)

1.0 INNLEDNING

Hvert år er det om lag 120 barn i Norge som får kreft. Årsaken er ukjent, men kreft hos barn kan skyldes en interaksjon mellom genetiske forandringer i cellene og miljømessige påvirkninger. Dette kan være radioaktiv stråling og virusinfeksjoner (Grønseth og Markestad 2011).

Barn med kreft kan oppleve psykososiale vansker når de er innlagt på en barneavdeling. Dette kan være emosjonelle problemer, konsentrasjonsvansker, atferdsforstyrrelser, kognitive vansker, problemer i interpersonelle relasjoner og overdreven avhengighet av foreldre (Grønseth og Markestad 2011).

Barn er preget av umodenhet, rask vekst og utviklingsmuligheter. Barn har særegne behov og det kreves spesialkunnskap for å ivareta sykepleiens funksjoner for denne pasientgruppen. For å kunne opprettholde et tillitsforhold til barn og kommunisere med dem på deres premisser er det viktig at sykepleiere har kunnskap om normal vekst og utvikling (Grønseth og Markestad 2011).

Behandlingen av barn med kreft innebærer å ta vare på hele familien. Man må gjennom hele forløpet ta vare på de friske sidene hos barna og stimulere og styrke familienes evne til mestring av situasjonen (Bringager, Hellebostad og Sæter 2003). Barn under 16 år har rett på å ha pårørende tilstede under sykehusoppholdet (Jf. pasientrettighetsloven § 6-2).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt for vår litteraturstudie er sykepleie til barn med kreft. Vi ønsker å se nærmere på barn i alderen 5-10 år. Som studenter har vi hatt veldig lite med barn generelt å gjøre gjennom praksisperiodene våre, og vi har derfor lite kunnskap om sykepleie til barn. Dette ønsket vi å forandre på, og det tok derfor ikke lang tid før vi ble enige om at litteraturstudien vår skulle handle om barn.

Interessen for å skrive om barn med kreft kom da vi i slutten på andre året hadde ”Prosjekt Barn” og skrev om barn med leukemi. Vi var da blant annet på besøk i barneavdelinger på Åse Sykehus i Ålesund og St. Olavs Hospital i Trondheim. Her fikk vi et lite innblikk i hvordan det er å jobbe med barn som har kreft. De aller fleste har hørt om eller kjenner noen som har eller har hatt kreft. Det er derfor stor sjanse for at vi som sykepleiere vil møte pasienter med kreft og at noen av disse pasientene kan være barn. Sykepleiere som

arbeider med barn som har kreft, møter svært mange utfordringer, både i forhold til at hele familien er involvert, og at barn har andre behov enn hva voksne har.

Vi har valgt å ha fokus på både sykepleiere og barn i vår litteraturstudie. Dette fordi vi mener at skulle vi få svar på hvordan sykepleiere skal ivareta barns behov må vi ha kunnskap om hvilke behov barna hadde under sykehusopphold.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta de psykososiale behovene til barn med kreft under sykehusopphold, sett fra sykepleieres og barns perspektiv.

1.3 Problemstillinger

- Hvilke psykososiale behov har barn i en barneavdeling?
- På hvilken måte kan sykepleier ivareta disse psykososiale behovene?

1.4 Begrepsavklaring

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2011) inneholder begrepet psykososial en forståelse av barnets intime forhold mellom dets særtrekk og sosiale forhold. Spesielt barnets psykiske og fysiske helse er sårbar for ikke-optimale forhold i oppvekstmiljøet. Dette forstår vi som at psykososial er en sammenheng mellom barnets psykiske og sosiale forhold. Begrepet trygghet betyr en tilstand hvor barnet føler seg beskyttet og at det er i sikkerhet. Barnet får en følelse av tillit som kommer av at det ikke foreligger noe truende (Eide og Eide 2007). Ordet kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter, og betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med, delaktiggjøre en annen i (Eide og Eide 2007). Med sykehusopphold mener vi fra den dagen barna blir innlagt på sykehuset til den dagen de reiser hjem igjen.

2.0 TEORIBAKGRUNN

I dette kapitlet har vi brukt teori fra pensum og andre aktuelle fagbøker som er relevant for oppgaven.

2.1 *Det kreftsyke barnet*

Barn er individer i vekst og utvikling. Når det gjelder kreftsykdommer har dette både gode og dårlige sider. Det gode er at barn er sterkere enn voksne, fordi de tåler cellegift til dels betydelig bedre (Lie 2005). Barn er selvstendige og kompetente individer som kan tilpasse seg nye situasjoner og delta aktivt i bekjempelse av egen sykdom, hvis de får riktig hjelp og de riktige betingelsene. Samtidig er barn avhengige av deres sosiale nettverk som består av familie og venner. Barn er sårbare mennesker i utvikling med andre reaksjonsmønstre enn voksne. Det er derfor nødvendig at sykepleiere tar utgangspunkt i barna og deres nettverk for å imøtekomme barnas spesielle behov (Nielsen og Madsen 2002).

Det finnes tre hovedbehandlingsformer ved kreftsykdom: cytostatika (cellegift), kirurgi og strålebehandling. Ved enkelte lokaliserte svulster i og utenfor sentralnervesystemet kan det være mulig å fjerne svulster ved et kirurgisk inngrep, og barna kan bli helbredet av denne behandlingen alene. Det er imidlertid nødvendig med kombinasjonsbehandling med kirurgi og cytostatika. Av og til er det også nødvendig med strålebehandling.

Gjennomføringen av kreftbehandling etter dagens intensive behandlingsprotokoller krever en omfattende støttebehandling. Det vil være nødvendig med væskebehandling, kvalmebehandling, smertebehandling, ernæring, transfusjoner, behandling av hematopoietiske vekstfaktorer (cytokiner som stimulerer benmargens produksjon av røde og hvite blodlegemer og trombocytter) og infeksjonsbehandling. Og ikke minst handler det om psykososial oppfølging av barna og hele familien (Bringager, Hellebostad og Sæter 2003).

Kreftsyke barn innlegges som regel på barneavdelinger ved regionssykehus under behandling. Det er ikke alltid at all behandling skjer her. Hvis det er mulig legges barna inn på barneavdelinger i fylkene, men da må det imidlertid være en nær kontakt inn til regionsykehuset. De fleste barn får innlagt et sentralt venekateter. Dette føres under huden og inn i ei halsvene og ligger med spissen i høyre atrium eller en av de store hulvener. Dette brukes både til blodprøver og infusjoner og kan ligge i mange måneder. Med et velfungerende sentralt venekateter kan behandlingen gjennomføres uten at barnet behøver

ekstra stikk, noe som ofte er barnas største skrekk ved en langvarig sykdom. Smertefulle prosedyrer bør samles og gjøres i narkose. Kreftsyke barn kan oppleve å få akutte bivirkninger etter intensiv cytostatikabehandling. Alle celler som er i rask deling kan skades, og de viktigste organene er slimhinnene, benmarg og hårfollikler (Lie 2005).

Mange cytostatika kan gi håravfall. Dette kan være stor sorg for de fleste barna, både gutter og jenter. Etter en tilvenningsperiode ser det ut til at de fleste aksepterer håravfallet ganske godt, og i dag er det sjeldent at barn velger å bruke parykk i denne tiden. Det er viktig at sykepleiere informerer om at håret kommer tilbake, og at håret blir minst like fint som før (Egeland 2010). Cytostatika kan også føre til redusert matlyst, kvalme og smaksforstyrrelser. Sykepleiere må ha kunnskap om ernæring og gi informasjon. Det er viktig å følge med barnas vekt under behandling. En vektreduksjon på 10 % krever tiltak som for eksempel parenteral ernæring, sondeernæring eller ekstra næringsrik mat. Barn har rask væskeomsetning og stort behov for væske, noe som kan øke faren for væsketap ved feber, oppkast og diaré. Det er viktig at sykepleiere fører nøyaktig oversikt over væskebalansen til barna, og observerer tegn på dehydrering (Egeland 2010).

2.2 Det første møtet mellom barn og sykepleiere

Når et barn er sykt kan det oppleve å være i en krise, der barnet opplever usikkerhet og engstelse, som følge av at rutiner blir brutt. Foreldre kan oppføre seg annerledes, kontaktforhold kan endres, og nye personer deriblant sykepleiere kommer inn i bildet. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på hvilken rolle man selv inntar, og hvilken rolle og hvilket ansvar pårørende bør ha, når barnet er innlagt på sykehus (Eide og Eide 2007)

Det første møtet mellom barnet og sykepleieren er betydningsfullt og skaper et utgangspunkt for å bygge motivasjon og tillit. Barna har en evne til å nøyaktig huske sykepleierens blikk, ord og bevegelser (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010).

Det er ikke alltid like enkelt å få et barns tillit. Ofte kreves det at man prøver seg fram med ulike metoder. Barn kan ofte føle usikkerhet og vil ikke åpne seg for fremmede. Å oppnå kontakt forutsetter tillit, og kontakt forutsetter et berøringspunkt, noe barnet er opptatt av og som sykepleieren kan delta i. Det kan være lurt å lytte etter hvor barnet har sin oppmerksomhet, hva det er opptatt av og hvor barnets oppmerksomhetsfokus er. Mange

barn kan holde sine tanker og følelser for seg selv og ofte kan deres tanker og følelser være uklare (Eide og Eide 2007).

2.3 Barns psykososiale utvikling i alderen 5-10 år

Skal vi kunne gi god omsorg til barn i alderen 5-10 år, er det viktig at vi kan noe om utviklingen barn har i denne alderen. Både Sigmund Freud og Erik H. Erikson har beskrevet barns psykososiale utvikling. Eriksons modell om den psykososiale utviklingen sier at barn i femårsalderen har en økende forståelse av innholdet i ord, og dette bidrar til at barnet forstår bedre sammenhenger fordi det kan begynne å bruke språket til å skaffe seg informasjon. I følge Freud er barn i alderen 6-10 år i latensfasen, som er en form for hvile som kollisjonene mellom lyst og krav vekker i de andre fasene. Barnet retter fokuset mot det å mestre forskjellige ferdigheter i formell læring og andre aktiviteter (Bunkholdt 2002). Dette stemmer overens med Erikson som skriver at barn på dette stadiet er kommet i ferdighetsfasen, også kalt stadiet for plikt og arbeid. Barnet viser initiativ til å innta nye oppgaver, og det er viktig at det blir lagt til rette for at barn får prøve seg i vanskeligere oppgaver enn før, slik at opplevelsen av mestring øker. Dersom barnet får slike erfaringer utvikler det opplevelsen av å være kompetent på flere områder, både sosial, fysisk og intellektuelt. I motsatt fall vil det utvikle seg følelser og holdninger som er preget av mindreverd og unyttighet (Bunkholdt 2000).

2.4 Trygghet- et viktig psykososialt behov

Å føle trygghet er et viktig psykososialt behov. Barnas behov for trygghet gjelder både sikkerhet mot konkrete, ytre trusler og deres behov for å oppleve tilværelsen som strukturert, stabil og meningsfull. Å være trygg har betydning både for barnas forhold til andre mennesker og evnen til å være alene (Blix og Breivik 2006).

Trygghetsbegrepet har to dimensjoner:

Det første begrepet er *indre trygghet*, som er en form for grunntrygghet. Den innebærer at barnet har en opplevelse av fellesskap, tilhørighet, frihet og ansvar. Det andre begrepet er den *ytre tryggheten* som relateres til livet barna lever, og deres samhandling med omgivelsene. Dette er en form for situasjonstrygghet. Barna opplever ulike situasjoner og tolker disse som trygge eller utrygge. Dette har stor betydning når barna er syke. Den ytre

tryggheten består av ulike dimensjoner: Kunnskaps- og kontrolltrygghet, stole på andre-trygghet og relasjonstrygghet (Blix og Breivik 2006).

Kunnskaps- og kontrolltrygghet innebærer at barna har kunnskap og vet hvordan ting er og hva som gjelder. Det dreier seg om at barna kjenner sin egen og andres roller i situasjonen, for eksempel hva som forventes av dem når de er pasienter. Informasjon, kunnskap, erfaring og bekreftelse er elementer som kan gi barna slik kunnskaps- og kontrolltrygghet. Stole på andre-trygghet er knyttet til forventninger om å få hjelp når barna er i vanskelige situasjoner. Dersom barna opplever at sykepleieren kan faget sitt, og at hjelpen som gis gir effekt, kan det resultere i at barnet opplever trygghet under sykehusoppholdet. Det er ofte små ting som er avgjørende for om barna opplever slik trygghet.

Relasjonstryggheten er knyttet til sosialt nettverk, varme og nære relasjoner, og bygger på at venner og familie er tilgjengelige når det trengs. Det er viktig at barna opplever at det er kontinuitet i sykepleier-pasientforholdet for at de skal oppnå relasjonstrygghet (Blix og Breivik 2006). Trygghet er altså et brubyggende element i relasjonen mellom sykepleiere og barn, og en forutsetning for samhandling. Som mennesker er vi avhengige av hverandre. Trygghet er ikke noe vi kan skape, men noe sykepleier må gi rom for hos barna ved å åpne opp for barnas muligheter (Blix og Breivik 2006).

2.5 Foreldrerollen

I barnesykepleiesammenheng er ikke pasienten en person, selv om det bare er barnet som i de aller fleste tilfellene er formelt innlagt. I virkeligheten får kreftdiagnosen alvorlige konsekvenser for en hel familie, noe som igjen får konsekvenser for hva sykepleieren er og bør være, nemlig rettet mot en hel familie (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010).

Når kreftsyke barn er innlagt på sykehus under behandling, mister foreldrene mulighet til å utfylle sin rolle som foreldre. Det kan være svært vondt for foreldrene og ikke få holde barnet sitt, og ikke ha mulighet til å beskytte barnet mot vonde prosedyrer og opplevelser. Dette kan forårsake betydelig stress hos foreldrene, og foreldrene kan føle seg inkompetente (Grønseth og Markestad 2011). Når barna er innlagt overlater foreldrene helt eller delvis ansvaret for barna til helsepersonell. Det er derfor viktig for foreldrene å oppleve at sykepleiere er til å stole på. Foreldre oppfatter sykepleiere som flinke og ansvarlige når de handler aktivt og målrettet, behersker ulike oppgaver og når de fremstår som kunnskapsrike og trygge i jobben sin (Grønseth og Markestad 2011).

I pasientrettighetsloven § 6-2 står det:

Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven.

2.6 Piagets utviklingsteori hos barn

Jean Piagets teori om stadier i barns kognitive utvikling er trolig den utviklingsteorien som har hatt og som fortsatt har størst pedagogisk innflytelse på ettertiden. Piaget deler barnets utvikling inn i fire stadier:

- Det senmotoriske stadiet (0-2 år)
- Det preoperasjonelle stadiet (2-7 år)
- Det konkret operasjonelle stadiet (7-11 år)
- Det formelt operasjonelle stadiet (ca.11 år og oppover)

Piagets teori er nyttig i vår sammenheng fordi den får klart frem at barn tenker annerledes enn voksne. For eksempel tenker barn konkret på en helt annen måte enn hvordan voksne tenker, og barn har normalt liten evne til å tenke abstrakt før det er på vei inn i tenårene. Dette gir store konsekvenser for kommunikativt samspill, fordi ord og begreper har ulik betydning for personer med og uten evne til abstrakt tenkning. Barns forståelse avhenger av hvilken aldersfase de er i. Vi som sykepleiere må ta hensyn til aldersfasene når vi skal bruke ord, begreper og nonverbal kommunikasjon i kontakt med barn (Eide og Eide 2007). Barn i alderen 5-8 år begynner å utvikle en logisk forståelse, men er fortsatt selvsentrert og ser det meste ut ifra seg selv. Det er viktig å huske på at når man skal kommunisere med barn i den alderen, trenger de hjelp til å lage sammenhengende historier. Da kan man med fordel bruke hjelpemidler som tegninger, kosedyr, lek og sang. Når barna er kommet i alderen 8-10 år, begynner de å se forskjell på virkelighet og fantasi, og er derfor i stand til å se hendelser og sammenhenger uavhengig av seg selv. De kan vise forståelse for andre sine reaksjoner og ha en klar forestilling om seg selv, noe som gjør at barna kan ha glede av å delta i ulike grupper hvor de kan gi uttrykk for sine tanker rundt sykdom og behandling (Eide og Eide 2007).

2.7 Joyce Travelbees syn på sykepleie

Grunnen til at vi valgte sykepleieteoretiker Joyce Travelbee var hennes syn på familien som helhet, noe vi mener er viktig også i denne sammenheng. Barn under 16 år som er innlagt på sykehus har rett på, og har som oftest med seg foreldrene. Travelbee sier i sin definisjon av sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999, 29).

Travelbee mener at en sykepleier oppnår sine mål og hensikter gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er i følge Travelbee:

..en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Det vesentlige kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. (Travelbee 1999,41).

For å oppnå dette forholdet, må sykepleieren og pasienten gjennom fem faser; det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati. Til sammen danner disse fire fasene den femte fasen som er gjensidig forståelse og kontakt. Menneske-til-menneske-forholdet er noe som må bygges opp dag for dag, men sykepleieren samhandler med barnet og familien. Med det menes det at sykepleieren må vite hva hun tenker, gjør, erfarer og føler (Travelbee, 1999).

Dette er noe vi mener er viktig med tanke på å kunne skape god kontakt med barnet og dets familie, samt det at sykepleieren skal få oppfylt sitt mål og hensikt som her er at barnet får dekt sine psykososiale behov.

3.0 METODE

En systematisk litteraturstudie blir av Mulrow og Oxman i Forsberg og Wengström (2008) definert som en studie der man går ut i fra en tydelig formulert problemstilling som man finner svar på ved å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning. De inkluderte artiklene ble vurdert kritisk, før vi kategoriserte dem og diskuterte funnene.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Databaser for litteratursøk

Databasene som ble brukt var OVID Medline, ProQuest, British Nursing database via Ovid, Norart og SveMed+, Science Direct og PubMed. Grunnen til at disse ble brukt var at vi hadde erfaring med disse.

3.1.2 Inklusjonskriterier

Vi valgte å inkludere artikler som omhandlet barn med kreft i alderen 5-10 år. Barna skulle være innlagt i barneavdeling på sykehus og behandlingen skulle være oppstartet.

Årstallene for publisering av artiklene satte vi fra 2005-2011. Vi søkte etter artikler på norsk, engelsk, dansk og svensk. Artiklene skulle ha sykepleier- og/eller pasientperspektiv.

3.1.3 Eksklusjonskriterier

Artikler som ikke hadde sammenheng med studiets hensikt ble utelukket. Vi valgte å ikke fokusere på en spesiell kreftdiagnose, men på kreft generelt. Artikler som omhandlet palliativ behandling ble ekskludert.

3.1.4 Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Årsaken til at vi inkluderte barn på sykehus og som er under behandling er at det er på sykehuset sykepleierne som oftest er i kontakt med barnet, og barn med kreft ofte er hjemme mellom behandlingene. Grunnen til eksklusjonskriteriet ”ikke under palliativ behandling” er at barn som er kommet i palliativ fase mest sannsynlig har andre behov enn barn som er under behandling, og som fortsatt har mulighet til å bli frisk.

3.1.5 Fremgangsmåte for litteratursøk

Litteratursøket startet i desember 2010. Søkeordene vi brukte, bestemte vi ut i fra temaet, hensikten og problemstillingen. Til å begynne med skrev vi opp de ulike søkeordene og i samarbeid med bibliotekar, satte vi søkeordene inn i et PICO-skjema. Dette for å gjøre det enklere for oss under søkingen. Vi fikk så en gjennomgang med bibliotekar om det å søke i de ulike databasene, samt det å bestille artikler som ikke var tilgjengelige på internett.

Søkeordene vi søkte med først var ”child”, ”nurse”, ”hospital”, ”challenge”, ”coping”, ”survey”, ”quality of life” og ”leukemia”. Etter noen prøvesøk, viste det seg at det var vanskelig å finne gode artikler. Det ble også gjort endringer på hensikten og problemstillingene, noe som førte til at søkeordene vi bestemte oss for å bruke var ”child”, ”nurse”, ”hospital”, ”cancer”, ”psychosocial”, ”need”, ”support”, ”ensure”, og ”experience”. Søk med ulike kombinasjoner av disse ordene gav oss treff på artikler vi var ute etter.

Databasene som ble brukt var Ovid Medline, Ovid Nursing Database, Norart, SveMed+, Science Direct, ProQuest og Pubmed. Databasene i Ovid ble mest brukt da vi følte vi håndterte best å søke i disse, samt at vi fant flest relevante artikler her. Dette gjenspeiler seg i at åtte av artiklene som ble inkludert ble funnet i databasene vi brukte gjennom Ovid. To artikler ble funnet ved manuelt søk i PubMed og en artikkel ved manuelt søk i ProQuest. I Norart, SveMed+ og Science Direct fant vi ingen artikler av interesse. Dette gjorde at vi etter hvert sluttet å søke i disse databasene, og heller konsentrerte oss om de andre.

Til å begynne med ble søkene begrenset til barn i alderen 10-12 år, språk på dansk, engelsk, norsk og svensk, og årstall 2005-2011. Dette gav oss noen artikler, men ikke så mange som vi hadde håpet på, og alderen på barna ble derfor utvidet fra 0-16 år, noe som førte til flere relevante treff. Da det er stor forskjell på hvilke psykososiale behov et barn på 0 år har i forhold til et barn på 16 år, måtte vi ta utgangspunkt i en mindre aldersgruppe. Etter å ha gjennomgått alle artiklene og sett på hvilke aldersgrupper som gikk igjen, kom vi fram til at fokuset skulle være på barn i alderen 5-10 år. Selv om vi valgte å skrive om barn i denne aldersgruppen måtte vi i Ovid velge barn i alderne 0-18 år, dette fordi 5-10 år ikke var noe alternativ. Det gjorde at vi fikk en del artikler som også omhandlet ungdom og unge voksne, men disse ble ekskludert. Ved noen tilfeller ble årstallet vi søkte på utvidet til 2000-2011, dette for å se om det kunne føre til enda flere treff. Det ble da funnet en artikkel fra 2000 som vi valgte å inkludere, da den var relevant for vår problemstilling. Når

vi søkte brukte vi også trunkeringstegn bak søkeordene, dette for å utvide søket.

Trunkering vil si å ta bort endingene i ord, slik at en står igjen med stammen av ordet og så tilføre * eller \$ bak stammen. Når man for eksempel søker på ordet nurs*, kan man få opp resultater som kan inneholder nurse, nursing, nurses osv. Dette gjorde at vi fikk flere treff, enn om vi bare hadde søkt på ordet nurse.

I august 2011, ble søkingen utvidet med ordene ”pediatric” og ”oncology”. Grunnen til det var at vi hadde søkt en periode og ikke funnet artikler som var interessante. At vi tok i bruk disse ordene førte til at vi fant de siste artiklene vi hadde bruk for.

De artiklene vi søkte etter manuelt, ble gjort ved at vi så igjennom litteraturlister til de artiklene vi hadde funnet som var relevante, samt at vi søkte opp forfatteren i artikler vi allerede hadde for å se om han/hun hadde skrevet flere artikler om samme tema. Her fant vi også en eldre artikkel, men da denne var svært relevant for vår oppgave, valgte vi allikevel å ta den med. I et tilfelle fant vi den ene artikkelen i en annen litteraturstudie. (Se søkehistorikk vedlegg 1).

3.2 Kvalitetsbedømming

Forskningsartiklene ble lest etter hvert som de ble bestilt og mottatt. Vi brukte internettsiden til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2010) for å se om artiklene var blitt refereevurdert. Artiklene ble inkludert på bakgrunn av dette. For å kvalitetssikre artiklene ble det brukt sjekklister fra Willman, Stoltz og Bahtsvani. Bilaga G ble brukt til de kvantitative artiklene (vedlegg 4), mens Bilaga H ble brukt til de kvalitative artiklene (vedlegg 3). Først kvalitetssikret vi artiklene hver for oss, før vi møttes og gikk gjennom artiklene sammen. De artiklene vi satt igjen med ble fylt inn i en oversiktstabell (vedlegg 2)

Graderingsprinsippet til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2011) ble brukt for at vi systematisk skulle kunne kritisk tolke og vurdere de ulike forskningsartiklene. For å klassifisere de ulike forskningsartiklene ga vi 1 poeng for hvert positive svar, og 0 poeng for hvert negative svar vi fikk. Vi summerte opp antallet og gjorde tallene om til prosent:

Grad I: 80 - 100 % (Høy kvalitet)

Grad II: 70 - 79 % (Middels kvalitet)

Grad III: 60 - 69 % (Lav kvalitet)

Da kvalitetssikringen var ferdig, satt vi igjen med elleve artikler. Ti artikler nådde opp til grad I, en artikkel fikk grad II. En forskningsartikkel var fra år 2000, og en var fra 2002, altså for gamle, men vi valgte likevel å inkludere de da de svarte på våre problemstillinger. Ti av forskningsartiklene var kvalitative og en var både kvantitativ og kvalitativ. Tre av de inkluderte artiklene kommer fra Sverige. Vi valgte å inkludere en forskningsartikkel fra Kina da den var aktuell for begge problemstillingene våre, og vi mener kulturforskjellene har lite å si da funnene i artikkelen samsvarer med funnene i de andre inkluderte artiklene.

3.3 Analyse

Analyse er en prosess som går ut på at man skal organisere, tolke og sammenfatte datamateriale. Ved å jobbe på denne måten får man en systemisk oversikt over resultatet (Malterud 2003). Malterud (2003) tar i bruk en analysemetode som kalles systemisk tekstkondensering, og som er beregnet for analyse av kvalitative metoder. Vi har valgt å ta den i bruk selv om det er både kvalitative og kvantitative forskningsartikler inkludert i vår litteraturstudie. Malterud (2003) anbefaler at analysen skal gjennomføres i fire ulike trinn: I første trinn skal vi få et helhetsinntrykk av materialet som har blitt samlet inn. Det er viktig at vi ikke har et for omfattende arbeid i denne delen, men at vi er på utkikk etter temaer som kan passe til de to problemstillingene våre (Malterud 2003). De inkluderte forskningsartiklene ble lest gjennom og vi måtte med kritisk blick ekskludere tre artikler før vi fortsatte videre med trinn to da de ikke svarte tilstrekkelig på våre problemstillinger. Vi ble da sittende igjen med elleve forskningsartikler.

I andre trinn skal vi finne aktuelle tema fra artiklene som er med på å svare på og belyse våre to problemstillinger. Vi går systematisk gjennom materialet, setning for setning, for på den måten å kunne identifisere meningsbærende tekster (Malterud 2003)

Forskningsartiklene ble gjennomgått hver for oss før vi kom sammen og sammenlignet inntrykk og funn vi hadde fått fra artiklene. På denne måten fikk vi frem ulike synspunkter, og vi fikk flere funn da den ene av oss hadde funn den andre ikke hadde. Viktige setninger i artiklene ble markert med farget markeringstusj, og systematisert i kodegrupper. Vi måtte hele tiden tenke på relevans i forhold til problemstillingene, og hadde disse liggende foran oss for at vi ikke skulle komme feil ut. Etter hvert kom det frem ulike kodegrupper knyttet opp til de to problemstillingene våre: ”tid”, ”trygghet”, ”foreldre”, ”omsorg for hele familien”, ”kommunikasjon” og ”individualisert omsorg”.

Meningsbærende enheter skal systematisk hentes ut i det tredje trinnet. Det betyr at vi sorterer meningsbærende enheter i grupper etter koder (Malterud 2003). Her fant vi ut at de to kodegruppene ”tid” og ”trygghet” hadde for få meningsbærende enheter, og kunne derfor ikke være selvstendige kodegrupper. De måtte derfor komme inn under andre overskrifter.

I analysens fjerde trinn skal alle tekstbitene settes sammen igjen og det skal dannes et ferdig resultat (Malterud 2003). Vi arbeidet videre med de ulike temaene vi hadde kommet fram til, og sammenlignet funnene fra alle forskningsartiklene. Deretter ble disse på dokumenter knyttet opp mot de to problemstillingene våre. Vi kom fram til følgende kodegrupper: ”foreldrenes tilstedeværelse”, ”individualisert omsorg” og ”kommunikasjon mellom sykepleier og barn”. Vi laget nye utfyllende overskrifter som beskriver de ulike kodegruppene, og som gir grunnlag for funnene vi fant i neste kapittel.

3.4 Ethiske vurderinger

I en systematisk litteraturstudie, bør tre etiske vurderinger inngås: 1) Velge forskningsartikler som har fått godkjenning av en etisk komitè, 2) Dokumentere alle inkluderte forskningsartikler, og arkivere disse på et trygt sted i ti år, 3) Presentere resultat fra forskningsartiklene som både støtte og taler imot våre problemstillinger (Forsberg og Wengström 2008). Vi har sørget for at disse tre etiske vurderingene har blitt ivaretatt. Ved punkt 1 har vi kvalitetssikret alle artiklene og ved punkt 2 har vi laget en oversiktstabell over alle inkluderte artikler (vedlegg 2). Punkt 3 vises i vårt resultat og i vår resultatdiskusjon. Høgskolen i Molde sørger for at vår litteratustudie blir lagret i minst ti år.

4.0 RESULTAT

Hensikten med studiet var å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta de psykososiale behovene til barn med kreft under sykehusopphold, sett fra sykepleieres og barns perspektiv. I dette kapitlet vil vi presentere funnene fra forskningsartiklene, med bakgrunn av problemstillingene våre, som er hvilke psykososiale behov har barn i en barneavdeling og på hvilken måte kan sykepleier ivareta disse psykososiale behovene?

4.1 Barnas behov

4.1.1 Barns ønske om å bli sett

Kreftsyke barn innlagt på sykehus har et behov for å vite hva som skjer rundt dem og til å forberede seg på det som skal skje. Barna etterspør informasjon, eller de oppholder seg i rom der informasjon blir gitt og følger nøye med på det som blir sagt (Björk, Nordström og Hallström 2006). Informasjonen barna er ute etter er blant annet hva som skal gjøres, hvordan og hva som skjer under undersøkelser og hvordan behandlingen er, og eventuelle bivirkninger som kan oppstå (Enskär og von Essen 2000, Mitchell, Clarke og Sloper 2006).

Barn i alderen 5-10 år har et behov for å føle seg både sett og hørt. Blant annet det å få uttrykke seg, noe de gjør gjennom kroppsspråk, eller verbalt. For eksempel når foreldrene vil noe barna ikke vil, eller om det var noe barna ville gjøre selv. De viser også følelser gjennom å gråte eller bli sinte når ting ikke går slik de ønsker (Björk, Nordström og Hallström 2006). Barn trenger å føle at de betyr noe, at de er individuelle, og ikke kun er nok en ny pasient. De ønsker at sykepleierne skal kunne se det friske i barnet, at de bryr seg, og ikke kun ser sykdommen. I følge barna fremmer dette tilfredsstillende (Cantrell og Matulla, 2009). Barna bør få lov til å involvere seg i viktige beslutninger som skal tas (Björk, Nordström og Hallström 2006, Enskär og von Essen 2000 og von Essen et al.2002).

Viktigheten av lek blir beskrevet i studien til Brady (2009). Når barna er innlagt på avdeling, mister de noen av sine normale friheter de er vant til å ha hjemme. Lek kan hjelpe dem til å takle dette. Ei jente på 10 år uttalte at en god sykepleier gjerne kunne le litt sammen med barna, men at sykepleierne også måtte konsentrere seg og gjøre den jobben

de hadde plikt til. Lek er med på å få barn til å tenke på andre ting enn bare sykdom og behandling.

Man kan også anta at barn synes også det er viktig og få møte og snakke med jevngamle barn, som skolekamerater, eller andre barn på avdelingen. Barna uttrykker ønske om hjelp fra sykepleierne til å komme i kontakt med de andre barna på avdelingen. Dette er med på å hjelpe barna med å ha et tilnærmet ”normalt” liv og for at de skal føle seg husket (Enskär og von Essen 2000, Enskär og von Essen 2008, Mitchell, Clarke og Sloper 2006 og von Essen et al. 2002). I studien til McCaffrey (2006) kom det frem at kreftsyke barn har en generell følelse av å være isolert når de er under behandling. Det er viktig at barna får ha kontakt med jevnaldrende barn i avdelingen når de er under behandling. I studien til Mitchell, Clarke og Sloper (2006) ble imidlertid mulighetene for å møte og snakke med andre barn sett på som et udekket behov for barna.

Some (nonpediatric oncology nurses) just go in and they do their job, they get paid, they go in, they go out. Pediatric oncology nurses really cared. You could tell that they really cared. Like I was a part of their family. I just think they need to really want to be there. You can't pretend to care (Uttalt fra et barn i Cantrell og Matula 2009, s306).

Barn som pasienter er veldig oppmerksomme på sykepleieres holdninger og nonverbale atferd, og barna kan identifisere hvilke sykepleiere som ønsker å ta vare på pasientene sine og som er villige til å gjøre noe for at barna skal føle seg sett, kontra sykepleiere som bare vil gjøre jobben sin (Cantrell og Matula 2009). Dette bekreftes i studien til Brady (2009) hvor det kommer frem at barn er veldig følsomme for sykepleieres stemmenivå og kroppsspråk.

4.1.2 Foreldres tilstedeværelse

Kreftsyke barn trenger å ha foreldre tilstede under behandlingen (Björk, Nordström og Hallström 2006, Brady 2009, Cantrell og Matula 2009, von Essen et al.2002). Barnet er mer avslappet og viser mer glede når en eller begge foreldrene er til stede, enn om foreldrene ikke er tilgjengelig. Når barnet er trist og/eller lei seg, ønsker det trøst fra foreldrene. Foreldrene kjenner barna best, og er flinke til å se hvilke behov barna har. Når

barnet vil ut og utforske verden, fungerer foreldrene som en trygg base som kan lette barnets lek (Björk, Nordström og Hallström 2006).

I følge Björk, Nordström og Hallström (2006) er foreldrenes tilstedeværelse avgjørende for de innlagte barna. Dette fordi foreldrene kjenner de fleste behovene barna har fysisk og følelsesmessig, mens sykepleierne har ansvaret for det medisinske og de tekniske aspektene ved omsorg. Cantrell og Matula (2009) fant i sin studie at barna stolte også på mødrenes evner til å forstå den medisinske informasjonen og brukte deres meninger for å bestemme seg om de skulle gå med på behandlingen eller ikke.

4.2 Sykepleieres rolle

4.2.1 Sykepleiers møte med barn

Å ha en god start i begynnelsen av et forhold blir sett på som viktig, og inkluderer blant annet god øyekontakt og en optimistisk holdning. Å være nær, klemme, bry seg, holde ei hånd, snakke med barna når de gråter og å ta vare på dem her og nå kan være riktige ting å gjøre. Sykepleiere får på en måte en slags morsrolle i omsorgen for barna (Anderzèn-Carlsson et al. 2007). Det er viktig at sykepleiere tar seg god tid til å snakke med barna, at de setter seg ned og lytter til det barna har å fortelle. Dette kan for eksempel være når sykepleiere skal snakke med barna om hvilke ønsker de har, hva de føler og hva de går og tenker på (Brady 2009, Mitchell, Clarke og Sloper 2006 og von Essen et al. 2002) Dette bekreftes i studien til McCaffrey (2006) hvor det kommer frem at sykepleiere har plikt til å være imøtekommende og gi støtte til barna.

Sykepleiere bør være så ærlig som mulig, og fortelle barna sannheten (Anderzèn-Carlsson et al. 2007, Brady 2009, Enskär og von Essen 2000, von Essen et al. 2002). Det er viktig at sykepleiere snakker direkte til barna og respekterer barnas ønsker (Björk, Nordström og Hallström 2006, Enskär og von Essen 2000, von Essen et al. 2002).

I studien til Anderzèn-Carlsson et al. (2007) blir det hevdet at sykepleiere kan være følsomme og fleksible ved å vise interesse for barna når de kommer inn for behandling. Sykepleiere må da stille spørsmål om hvor forberedt barna er, og å finne ut hvilke ønsker barna har for så på best mulig måte prøve å oppfylle disse. Barna får på den måten lov til å være med å bestemme. I samme studie kommer det også fram at sykepleiere synes det er

viktig at de utvikler et godt forhold til barna, slik at de kan snakke om vanskelige temaer sammen.

I studien til Cantrell og Matula (2009) kom det frem at sykepleiere ofte opplevde kreftsyke barn som sårbare når de var redde og hadde smerter. Når sykepleierne var lydhør for barnas fysiske behov og tok disse på alvor, bidro dette til å minske barnas psykososiale forhold, og fikk barna til å føle seg verdsatt.

Sykepleiere som jobber i barneavdeling der kreftsyke barn er innlag, har ansvar for å observere mulige tegn og symptomer på depresjon hos denne pasientgruppen. Lang separasjon mellom kreftsyke barn og deres venner og kjære er en av hovedårsakene til depresjon, en situasjon som kan hindre barnas utvikling. Sykepleiere må nøye vurdere de psykososiale behovene til barn med kreft og vurdere egnede tiltak for å hjelpe barna (Li, Chung og Chiu 2010). Det er viktig at sykepleiere forsøker å minske barnas tristhet ved å være positiv (Anderzèn-Carlsson et.al.2007). Et tiltak når barna er lei seg kan være å bruke avledning. Da kan sykepleiere leke sammen med barna, og prøve å få barna til å tenke på andre ting. Sykepleiere oppmuntrer også barna til å bevege seg utenfor avdelingen, gå en liten tur og gjøre noe annet enn å bare tenke på kreftsykdommen og behandlingen.

4.2.2 Individuell omsorg

Ingen standardisert omsorg anbefales for alle barn. Omsorgen må vurderes og gjennomføres på individuell basis for hvert enkelt barn (Enskär og von Essen 2000, von Essen et al.2002). Sykepleiere må også basere sine handlinger og samspill på barnas kognitive nivå (von Essen et al. 2002), samt bekrefte sine oppfatninger med barna om hva som er god omsorg (Enskär og von Essen 2000). Dette er i samsvar med funn fra en studie av Cantrell og Matula (2009) som beskriver viktigheten av at sykepleiere ikke bare bør se på barna som pasienter med en kreftdiagnose, men som individ, med ulike interesser og talent. På den måten får sykepleiere barna til å føle seg knyttet til verden (adskilt fra kreft og behandling) noe som er veldig viktig for barna. Sykepleiere som bryr seg skal ikke bare ta kontakt med barnet når barna skal få medisinene sine, sykepleiere bør ha samtaler med barna også utenom disse omstendighetene. Eksempelvis kan sykepleiere og barna reflektere over andre tema, hvor samtaler som dreier seg om barnas interesser, og livet utenfor sykehuset. I studien til Anderzèn-Carlsson et al.(2007) kommer det fram at sykepleiere skal dele barnets bekymringer og interesser, og at forholdet mellom

sykepleiere og barna skal være nært, både på et fysisk og emosjonelt nivå. Det er viktig at sykepleiere har et godt forhold til barna. Primærsykepleie kan være gunstig fordi man blir godt kjent med barna. Det er viktig for sykepleiere å få barna til å føle at de virkelig blir sett og at de blir tatt vare på (Anderzèn-Carlsson et al. 2007).

En studie av Kiernan, Meyler og Guerin (2010) beskriver at sykepleierne ikke hadde noen formell trening i bruk av psykososial omsorg for barn. En vesentlig del av sykepleierne beskrev at de lærte hvordan de skulle takle psykososiale utfordringer da de var på jobb og ble utfordret på dette. Det kom fram at sykepleierne gir mye psykososial støtte, jo mer erfarne de blir. Psykososiale tiltak er vesentlig for omfattende pleie på en pediatrik onkologisk avdeling. I følge Cantrell og Matula (2009) bør sykepleiere ha kunnskap om kreftsykdom blant barn, behandling og spesifikke psykososiale tiltak rett mot denne pasientgruppen. Sykepleiere kan ha en betydelig effekt på barna og sykepleieres tilstedeværelse hos barna bør derfor fokusere på god omsorg og tilhørighet, noe som kan bli med på å redusere barnets frykt samtidig som det fører til en større trygghetsfølelse.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Vi har fulgt retningslinjene for bacheloreksamen fra Høgskolen i Molde for vår fremgangsmåte i dette litteraturstudiet og mener med dette å ha oppfylt de krav som stilles. Det at oppgaven skal skrives to og to sammen, mener vi har vært en styrke for oss da vi kunne diskutere oppgaven oss i mellom, og med dette løfte kvaliteten på oppgaven. Vi begynte oppgaveprosessen med å skrive ned søkeord ut i fra temaet, hensikten og problemstillingene våre. Til å begynne med var søkingen vår ustrukturert og vi fikk ikke så mange relevante treff. Etter og ha hatt veiledning med bibliotekar hvor vi fikk hjelp til å sette søkeordene inn i PICO-skjemaet, samt veiledning til hvordan vi skulle søke, gikk det lettere. Vi forandret på hensikten og problemstillingene våre flere ganger før vi kom fram til noe endelig. Siden PICO-skjemaet da ikke stemte lengre, bestemte vi oss for å prøve oss uten, og heller søke i fritekst. Dette førte til at vi fikk mer oversikt over søkene våre, vi fikk flere relevante treff, og bestemte oss derfor for å utelukke PICO-skjemaet helt.

Vi brukte databasene Ovid Medline, Ovid Nursing Database, Norart, SveMed+, Science Direct, ProQuest og PubMed når vi søkte. Etter hvert sluttet vi å bruke Norart, SveMed+ og Science Direct, da vi ikke fant noe relevant forskning i disse databasene. Det kan ha ført til at vi har gått glipp av relevant forskning som kan ha kommet i senere tid, men vi mener likevel at vi har funnet det vi har hatt bruk for, og at det ikke har så mye å si for kvaliteten på oppgaven vår. Et av inklusjonskriteriene våre var at artiklene skulle være publisert fra 2005 til 2011, likevel valgte vi å inkludere to artikler som er eldre, hvorav en er fra 2000 og en fra 2002. Dette fordi de var relevante for oppgaven vår. Funnene i disse artiklene er muligens gamle, men vi mener funnene er i samsvar med funnene i nyere forskningsartikler vi har brukt. Vi foretok oss også nye søk på forfatterne til de artiklene som var eldre, for å undersøke om de hadde skrevet forskningsartikler om samme tema, men med nyere forskning. Dette var ikke tilfelle. Vi valgte også å inkludere en artikkel fra Kina, noe som kan føre til at deler av funnene ikke kan relateres til den vestlige verden, men også her mener vi at funnene samsvarer med funn fra de andre artiklene.

Vi valgte å ta med Jean Piagets utviklingsteori da denne sier noe om barns utvikling og den får frem at barn tenker annerledes enn voksne. Dette mener vi er viktig å vite noe om

da vi som sykepleiere må ta hensyn til hvilken aldersfase barn er i når vi kommuniserer med barnet.

Da vi skulle kvalitetssikre forskningsartiklene gikk vi først inn på nettsidene til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2010) for å sjekke om forskningsartiklene var refereebødte. Videre brukte vi sjekklister fra Willman, Stoltz og Bahtsvani for å kvalitetssikre artiklene. En liten utfordring her var at sjekklister var på svensk og det var derfor ikke like enkelt å forstå alle ordene. Dette kan ha ført til at kvalitetssikringen ikke ble så pålitelig som forventet, men vi mener vi klarte å oversette fra svensk til norsk slik at artiklene ble kvalitetssikret på en tilfredsstillende måte. Vi kvalitetssikret artiklene hver for oss og sammen. De artiklene vi kvalitetssikret hver for oss, gikk vi igjennom sammen når vi møttes igjen, for å unngå at en satt med funn den andre ikke hadde. At begge deltok i kvalitetssikringen mener vi er en styrke for oppgaven, da den ene av oss kunne ha funn som den andre ikke hadde sett. Dette kunne vi så diskutere oss i mellom, og med kritisk blikk bestemme om funnene var relevante for oppgaven vår eller ikke.

I analysekapitlet er det i følge retningslinjene ikke krav om pensumlitteratur. Vi valgte likevel å bruke Malterud (2003) som veiledning da vi føler at analysen ble mer systematisk fremstilt og vi hadde noe fast å forholde oss til. Vi tok utgangspunkt i analyseteorien fra Malterud (2003) og beskrev deretter fremgangsmåten vår. 11 forskningsartikler ble til slutt inkludert, og vi mener at på bakgrunn av innholdet og kvaliteten på artiklene, har vi klart og oppnådd datametningen. Det at begge deltok i analysearbeidet mener vi er en styrke for oppgaven, da vi så forskjellige elementer i artiklene som var viktig å få med, og kunne diskutere dette oss i mellom. Dette hjalp oss til å få oversikt over innholdet i artiklene og finne ulike kategorier vi skulle bruke.

I følge retningslinjene er det anbefalt å ha kun et perspektiv. Til å begynne med fulgte vi denne anbefalingen, men etter hvert som vi søkte på forskningsartikler og hensikt og problemstillinger ble endret, fant vi ut at for å kunne svare på problemstillingene på en god måte ble det nødvendig med to perspektiver. Det kan være en svakhet at vi har kun 11 forskningsartikler i forhold til at det kan bli litt lite datametning på en av problemstillingene. Men flere av forskningsartiklene vi inkluderte svarte på begge problemstillingene, og vi mener derfor at datametningen er god på begge problemstillingene våre.

Noen av bøkene vi har valgt å ta med i litteraturen er for gamle i forhold til våre krav. Dette gjelder ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” av Joyce Travelbee(1999), ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning-en innføring” av Kirsti Malterud (2003) og et kapittel i boken ”Mennesker med kreft – sykepleie i et tværfaglig perspektiv” av Bente Appel Esbensen (2002). Grunnen til at vi valgte å ta med boken om Travelbee (1999) selv om den er for gammel er at dette er den siste boken hun har kommet med, og vi mener at det hun skriver er like aktuelt i dag, som den gang. Boken er ikke primærkilde, men en oversettelse av boken Travelbee kom ut med i 1971. Boken til Kristi Malterud kom ut i 2006. Dette er en svensk utgave av den norske fra 2003, og vi valgte derfor 2003-utgaven for å unngå misforståelser i språket. Kapittelet i boken til Esbensen (2002) er informativt og omhandler kreftsykdom hos barn.

Vi har som sagt søkt i ulike databaser, og kommet frem til at det dessverre er lite forskning på barn med kreft sine psykososiale behov. Vi synes det er underlig at dette temaet ikke er blitt mer belyst i forskning, til tross for at det er et viktig tema. Det ble funnet flere artikler som omhandlet barn med kreft, men da generelt, og ikke med fokus på de psykososiale behovene til barna.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Trygghet er å ha kontroll

Når barn opplever sykdom kan det oppstå situasjoner hvor viktige personer, som venner og personale i barnehage eller skole, blir borte midlertidig. Dette kan være vanskelig for enkelte. Også smerter og uklarhet om fremtiden spiller en rolle. Barn har mindre livserfaring og kunnskap enn voksne og derfor er det viktig å skape trygghet i sykdomssituasjonen. Å oppleve trygghet handler i stor grad om å ha kontroll. Barn opplever kontroll i trygge omgivelser, hvor det er kjente personer, og at de vet hva som skal skje. Der det ikke er kjente personer, kan andre varme og omsorgsfulle personer være til god hjelp (Eide og Eide 2007). Barna og familien skal oppleve at det er trygt å være på barneavdelingen. Det forutsetter at sykepleiere har kunnskap om barns utviklingstrinn og behov (Grønseth og Markestad 2011a). Barn i alderen 5-8 år begynner å utvikle en logisk forståelse. Selv om barna tenker mer logisk, er de fortsatt selvsentrert, og ser det meste ut i fra seg selv. Dette kan innebære at barna selv kan tro de har skyld i at de har fått en kreftdiagnose. Barn i alderen 8-10 år ser forskjell på virkelighet og fantasi og er i stand til

å se hendelser og sosiale sammenhenger uavhengig av seg selv. I denne alderen forstår de nå at de ikke kan ta ansvar for det de ikke mente å gjøre galt (Eide og Eide 2007).

Det er tydelige likheter i både forskning og teori om at informasjon er vesentlig i sykepleie til barn. Kreftsyke barn som er innlagt på sykehus har behov for å vite hva som skjer rundt dem og det er viktig at de kan få forberede seg på hva som skal skje (Björk, Nordström og Hallström 2006, Enskär og Essen 2000). Dette støttes av teorien som sier at det er viktig at barna får informasjon og forklaringer slik at de kan skjønne hva som foregår og hva som skal skje. Dette kan bidra til å øke følelsen av kontroll. Piagets teori om barn i alderen 5-8 år støtter dette, den sier at dersom det har skjedd noe alvorlig, er det viktig å snakke med barna om det tidlig. Dette er for å hjelpe barna til å bearbeide det som har skjedd, for selv om barna tenker mer logisk i denne alderen er de fortsatt selvsentrerte og ser det mest ut i fra seg selv. I tillegg til dette trenger barn å bli sett og de trenger hjelp til å sette ord på det som skjer. Det viser seg fra de inkluderte studiene at barn bør få lov til å involvere seg i viktige beslutninger som skal tas (Björk, Nordström og Hallström 2006, Enskär og von Essen 2000 og von Essen et al. 2002). Dette kommer også frem i teorien som sier at for at barna skal oppleve kontroll må de få lov til å være med å bestemme (Grønseth og Markestad 2011).

I følge Cantrell og Matula (2009) trenger barna å føle at de betyr noe, at de er individuelle, og ikke kun er en ny pasient. De ønsker at sykepleierne skal kunne se det friske i barnet, at de bryr seg, og ikke kun ser sykdommen. I følge barna fremmer dette tilfredsstillende. Dette stemmer overens med hva Travelbee (1999) mener. Travelbee hevder at det er *mennesker* sykepleiere skal bli kjent med, ikke pasienter. Hvert barn er forskjellig, og reagerer på sin egen individuelle måte under påkjenninger. Små barn kan trenge mye fysisk nærhet, korte samtaler og enkle forklaringer. Deres tidsopplevelse er ulik voksnes (Eide og Eide 2007). I en svensk studie av Enskär og Essen (2008) kom det frem at de fleste barna, som gikk gjennom behandling for kreft, opplevde psykososiale vanskeligheter i forhold til ikke å ha mulighet til å leke like mye som før, og til ikke å delta på aktiviteter som de likte. Barna uttrykte også at de følte seg isolerte når de måtte være inne på pasientrommet, og at de var lei seg på grunn av dette. Barna stilte spørsmål om hvorfor akkurat de ble syke. I studien ble det understreket viktigheten av at barna holdt kontakt med sine venner, søsken og skolekamerater når de var under behandling. Det viser seg fra de inkluderte studiene at støtte fra venner, familie og helsepersonell blir sett på som viktig for barn med kreft

(Enskär og Essen 2008, Mitchell, Clarke og Sloper 2006). Dette blir også bekreftet i teorien som sier at å være en del av en familie eller å ha et sosialt nettverk rundt seg, øker muligheten til å få dekket behovet for sosial støtte og kontakt. Støttende sosiale relasjoner har også betydning for trivsel, tilpasning og helse (Blix og Breivik 2006). Å snakke med jevnaldrende, venner/skolekamerater eller andre kreftsyke barn på avdelingen ble sett på som viktig i følge barna (Mitchell, Clarke og Sloper 2006). Barn i alderen 8-10 år har i følge Piagets teori en klar forestilling om seg selv i forhold til andre, noe som gjør at de kan ha godt av å delta i ulike grupper, som for eksempel støttegrupper. Barn i denne alderen klarer fint å fortelle litt om seg selv, hobbyer eller interesser de har og fortelle litt om venner og familie (Eide og Eide 2007). I både teori og forskning kommer det frem at mange barn føler seg ensomme under lange sykehusopphold (Grønseth og Markestad 2011b, Mitchell, Clarke og Sloper 2006). Venner sammen med familie bidrar da til den kvalitetsmessig beste kontakten. Venner er også med på at barna får følelsen av at de er verdt andres oppmerksomhet og omtanke (Grønseth og Markestad 2011). Men i praksis kan bivirkninger barn får av behandlingen føre til at de ikke klarer å være i kontakt med andre barn eller at de må være isolerte på grunn av dårlig immunforsvar.

Funn fra studien til Mitchell, Clarke og Sloper (2006) viser at viktige områder ved psykososial støtte ble av barna sett på som tilfredsstillende. Det kom også fram at psykososial støtte har blitt en etablert del av behandlingen barna fikk. Ulike temaer kom fram i forhold til barns psykososiale behov: fritid og lek, støtte fra sykepleiere, medisinsk informasjon og forberedelse til behandling, involvering samt og ha mulighet til å ta selvstendige valg, og støtte fra familie og venner.

5.2.2 Barns behov for primærsykepleier

Det er tydelige likheter i både teori og forskning om at hvert barn bør ha en primærsykepleier når de er under behandling (Anderzèn-Carlsson et al. 2007, Von Essen et al. 2002). Kreftsyke barn bør legges inn i egne barneavdelinger og de bør tas hånd om av de samme sykepleierne under hele institusjonsoppholdet (Reinfjell, Diseth og Vikan 2011). For å bidra til at pasienter opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet, bør det tilstrebes fast personell og primærsykepleie for sykepleietjenesten (Blix og Breivik 2006). Primærsykepleiere kan være gunstig fordi sykepleiere blir godt kjent med barna. Det er viktig for sykepleiere å få barna til å føle at de virkelig blir sett og at de blir tatt vare på

(Anderzèn-Carlsson et al. 2007). Som primærpsykepleiere kommer man ofte svært nær barna. Man følger barna gjennom vonde hendelser og nederlag, gode opplevelser og seire. I forståelsen av barnas ønsker kan sykepleiere peke på muligheter og dyrke det friske, slik at barna føler at de *lever* mens de er syke. Sykepleiere kan bekrefte barna som et helt menneske, med verdifulle ressurser og at de er betydningsfull for andre (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010).

Barns rettigheter på primærpsykepleiere er også nedfelt som rettigheter i Sosial- og helsedepartementets ”Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon” (2000):

Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under oppholdet.

Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet.

Det må det legges til rette for, selv om ikke alle barneavdelinger er bygd med det formål å huse både barn og foreldre. For kreftsyke barn er praksis ofte de fleste steder at begge foreldrene er tilstede den første tiden, og at de senere bytter på eller løser problemet etter ønsker og behov fra hver enkelt familie. Behandlingen av kreft innebærer å ta vare på en hel familie (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010).

At barn bør ha en primærpsykepleier erfarte vi også da vi jobbet med ”Prosjekt Barn”. På Åse Sykehus kunne de fortelle at alle barna som blir innlagt får hver sin kontaktsykepleier å forholde seg til, og ved eventuelle reinnleggelser prøver de så godt det lar seg gjøre å gi pasienten samme kontaktsykepleier som første gang. Ved St. Olavs Hospital får barna to kontaktsykepleiere, helst med ulik turnus, slik at de alltid har en de kan henvende seg til. Det å ha primærpsykepleiere hadde de gode erfaringer med fra begge sykehusene. Dette er også noe vi har sett i våre sykehuspraksiser, da som regel med voksne pasienter, men dette mener vi også kan relateres til barn.

5.2.3 Sykepleiers engasjement

Bringager, Hellebostad og Sæter (2010) mener at sykepleie bygger på holdninger, og at den grunnleggende holdning og forutsetning for sykepleie er kjærlighet. Å yte sykepleie med kjærlighet betyr at man skal føle et engasjement. Med engasjement tar sykepleiere ut det beste de har, de gir og bruker alt, lytter med alle krefter. Og som følgesvenn til de små

menneskene i det brutale møtet med en truende sykdom og en truende sykehusverden er vel heller ingenting annet godt nok?

Det finnes ulike måter sykepleier kan bidra til å skape trygghet på. Det kan være å bli kjent med og skape et tillitsforhold til barn, foreldre og søsken. Sykepleiere kan gjøre dette ved å vise interesse, bruke tid og gjøre hyggelige ting sammen med barna (Grønseth og Markestad 2011). Tillit vinnes gjennom hardt arbeid, utholdenhet og gjennom å beherske mange forskjellige virkemidler for kommunikasjon. Den vinnes gjennom sykepleieres evne til å skape en trygg atmosfære, forutsigbarhet og følelse av selvbestemmelse hos barna. Den bygges opp av at sykepleiere er bevisste sin egen rolle, at de utstråler engasjement, trygghet, ærlighet og naturlig autoritet, samt at de innehar brede kunnskaper om sykepleie, sykdom og behandling (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010). Det er tydelige likheter i teori og forskning om at sykepleiere bør gi aldersadekvat informasjon til barna. Tegninger, leker, bilder, eventyr, sang og regler kan være gode hjelpemidler i samtale med barn. Barna kommuniserer best og forstår lettest når ord og handlinger kombineres. Bruk av hjelpemidler i samtalsituasjoner kan gjøre det lettere å snakke om opplevelser og følelser (Brady 2009, Grønseth og Markestad 2011). Budskapet som skal gis bør være kort og konsist, og sykepleiere må bruke kjente ord og begreper. Informasjonen bør gjentas, slik at man kan sjekke at barna har forstått (Grønseth og Markestad 2011).

Barn og foreldre bør inkluderes i pleien (Grønseth og Markestad 2011). Dette erfarte vi ved besøk på barneavdelingen på St. Olav der foreldre får mulighet til å overnatte sammen med barna på enerom. Barna får spise sammen med sine foreldre, noe som gir trygghet. Hverdagen til barna må gjøres så normal som mulig, og man må på best mulig måte prøve å opprettholde faste rutiner (Grønseth og Markestad 2011). Dette kan for eksempel være at barna blir lagt til samme tider og at de får faste måltider på samme tidspunkt som de er vant til fra hjemme.

Barna må få anledning til å ta med kjente ting hjemmefra. Leker, kosedyr og klær skaper trygghet og bidrar til å etablere en felles grunn mellom hjemmet og sykehuset. I lekens verden mestrer barna hendelser og opplevelser. Den er et tilfluktssted hvor barna kan trekke seg unna for å gjenvinne kontroll og få "jag kan"- opplevelser. Lek skaper avstand til og ufarliggjør følelser og opplevelser som er skremmende å forholde seg til i virkeligheten. Sykepleiere bør tilrettelegge for lek. Gjennom rollelek får barna muligheten til å uttrykke følelser, prøve ut nye sider ved seg selv og se verden med et annet perspektiv.

Mange barn kan uttrykke seg gjennom bilder. Det kan være langt lettere å tegne enn å beskrive følelser med ord (Grønseth og Markestad 2011). Dette kommer også frem i studien til Brady (2009) der barna fikk i oppgave å tegne sine oppfatninger av gode og dårlige sykepleiere, da dette var lettere for barna enn å forklare forskjellen verbalt. Barna og familien skal oppleve at det er trygt å være på barneavdelingen. Det forutsetter at sykepleiere har kunnskaper om barns utviklingstrinn og behov (Reinfjell, Diseth og Vikan 2011). Sykepleiere må gjennom hele forløpet ta vare på de friske sidene hos barnet og stimulere og styrke familiens evne til å mestre situasjonen. Dette er også av stor betydning av hensyn til friske søsken, som nødvendigvis vil få skjøvet sine behov i bakgrunnen i en slik situasjon. Målet er at familien skal gjennomleve barnas kreftbehandling og ende opp som en velfungerende familie med friske barn når behandlingstiden er ute (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010).

Sykepleiere må basere sine handlinger og samspill på barnas kognitive nivå (von Essen et al. 2002). Engstelse hos barn og foreldre kan dempes ved at sykepleieren virker kompetent og trygg i rollen sin (Reinfjell, Diseth og Vikan 2011).

Det gir trygghet å bli tatt vare på av et personell med kunnskaper og ferdigheter, og som viser medmenneskelighet. Måten sykepleieren opptrer på har altså mye å si for om barnet opplever trygghet eller utrygghet (Blix og Breivik 2006). Sykepleieres tilstedeværelse hos barna bør fokusere på god omsorg og tilhørighet, noe som kan være med på å redusere barnas frykt og er med på å bidra til at barna føler trygghet (Cantrell og Matula 2009). Sykepleiere som arbeider med kreftsyke barn må basere sine handlinger og samspill på barnas kognitive nivå samt håndtere hvert barn individuelt (von Essen et al. 2002).

Travelbee (1999) mener at skal sykepleiere kunne hjelpe hvert enkelt barn til å mestre sykdom og lidelse, må sykepleiere oppleve og respondere på det unike ved hver enkelt. Sykepleiere som kjenner de kreftsyke barna som individer, vil mye lettere kunne oppdage forandringer i den enkeltes tilstand. Og det er trolig ved å kjenne det enkelte barn som individ at sykepleiere utvikler en følelse for ”timing” i sykepleiesituasjoner, det vil si at sykepleiere får en fornemmelse av når de bør snakke og når de bør tie, og når barna bør oppfordres til å snakke og når de bør få være i fred.

5.2.4 Psykososial omsorg

I studien til Anderzèn-Carlsson et al. (2007) blir det hevdet at sykepleiere kan være følsomme og fleksible ved å vise interesse for barnet når det kommer inn for behandling, og at sykepleiere må finne ut hvilke ønsker barna har og prøve å oppfylle disse. Det kan være lurt at sykepleiere lytter etter hvor barna har sin oppmerksomhet, hva barna er opptatte av og hvor deres oppmerksomhetsfokus er. I følge Travelbees første fase, det innledende møte, er observasjon det første og viktigste trinnet i sykepleieprosessen. Dette er viktig da det danner grunnlag for beslutninger som tas, og fordi det en oppfatter eller ”ser” om barnet, og de følelsene og tankene som blir utløst, vil bli bestemmende for hvordan en reagerer eller opptrer overfor barnet (Travelbee 1999). Mange barn vil ofte holde sine tanker og følelser for seg selv, og ofte kan deres tanker og følelser være uklare. Da kan det være fornuftig at sykepleiere prøver å rette fokus over på noe annet, for eksempel at sykepleiere kan leke sammen med barna, vise frem bilder som de kan diskutere rundt, lage tegninger eller lese fortellinger (Eide og Eide 2007).

Travelbee (1999) mener at sykepleiere må være i stand til å sette barna i fokus og være mottakelig for det de sanser. Sykepleiere skal da oppfatte hva som skjuler seg under merkelappen ”pasient”, og på den måten ha evnen til og ”se med friske øyne”. Ved å våge å gå inn i vanskelige samtaler som barna gir signaler til, og bidra med informasjon til nettverket rundt barnet og familien, kan sykepleiere minske psykososiale vansker som kan oppstå hos barn innlagt på barneavdeling. Sykepleiere bør også inkludere barna i informasjon og beslutninger (Reinfjell, Diseth og Vikan 2011). Dette kommer også frem i artiklene (Björk, Nordström og Hallström 2006, Enskär og von Essen 2000 og von Essen et al.2002).

Kommunikasjon, informasjon og formidling er en av de store utfordringer sykepleiere møter når det gjelder samarbeid med kreftsyke barn og foreldre (Eide og Eide 2007). Det kommer frem både i forskning og teori at behovet for informasjon og undervisning vil være tilstede under hele behandlingsperioden (Björk, Nordström og Hallström 2006, Eide og Eide 2007, Kiernan, Meyler og Guerin 2010). Hva har da barna behov for å vite? En forutsetning for at barna kan delta aktivt i eget sykdomsforløp, er at de får vite nok og at de får innsikt om både sykdom, pleie og behandling. I praksis betyr det at alle barn har behov for informasjon tilpasset deres alderstrinn og det utviklingsmessige nivået som de befinner seg på (Nielsen og Madsen 2002). Når man kommuniserer med barn i alderen 5-8 år, er det viktig å huske at barna trenger hjelp til å lage sammenhengende historier. Siden barna har

fått en kreftdiagnose er det viktig å snakke med barna om dette før det har gått for lang tid, for å kunne hjelpe de med å bearbeide inntrykk. Barn i alderen 8-10 år ser forskjell på virkelighet og fantasi og er i stand til å se hendelser og sosiale sammenhenger uavhengig av seg selv. I denne alderen forstår de nå at de ikke kan ta ansvar for det de ikke mente å gjøre galt (Eide og Eide 2007).

Får barna hjelp til å forstå deres egen situasjon, vil de i større grad kunne mestre de vanskeligheter og prøvelser som de vil møte under sykdomsforløpet. Det er avgjørende for barna å ha en sykepleier som er villig til å gi informasjon og forklaringer (Nielsen og Madsen 2002). Barna er ikke alltid like tilgjengelige for informasjon, og det skal sykepleiere respektere. Når barna sitter i dyp konsentrasjon, eller når det viser tydelige tegn på redsel, er sint eller gråter, er ikke tiden moden. Vi som sykepleiere har store muligheter for å nå barna med informasjon når barnas tilgjengelighet er størst, fordi vi gjennom vårt nærvær 24 timer i døgnet kan observere når barna er rede til å ta imot. Ved å bruke god tid og gjennom ulike virkemidler kommer vi som regel til målet med den informasjonen vi vil gi for å trygge barna. Gjennom lek og kommunikasjon kan vi få innblikk i hvordan barna opplever situasjonen, hva de lurer på, tenker på, er redd for eller glad for. Ofte er det å gi informasjon til barna noe som faktisk kommer av seg selv, mens vi leker (Bringager, Hellebostad og Sæter 2010).

I studien til Kiernan, Meyler og Guerin (2010) blir det beskrevet av sykepleierne at de ikke hadde noen form for trening i bruk av psykososial omsorg for barn. En vesentlig del av sykepleierne hadde måtte lært seg hvordan de skulle takle psykososiale utfordringer i arbeidstiden da de ble utfordret på dette området. I samme studie kom det fram at sykepleiere ble flinkere til å gi mer psykososial støtte, jo mer erfarne de var i yrket. Sykepleiere i barneavdelinger bør etter vårt syn ha kunnskap om hvordan man på best mulig måte kan ta vare på barns psykososiale behov, og at dette bør man under sykepleierutdanningen ha fokus på. Det er viktig at sykepleiere vet hvordan man skal håndtere ulike psykososiale utfordringer man kan få i kontakt med kreftsyke barn. I følge Blix og Breivik (2006) skal sykepleiere ivareta barnas psykososiale behov og for at det skal bli mulig, må sykepleiere samarbeide med barnas pårørende. Sykepleiere må nøye vurdere de psykososiale behovene til barn med kreft og vurdere egnede tiltak for å kunne hjelpe barna (Li, Chung og Chiu 2010). Når det gjelder kulturforskjeller om hvordan man tar vare på barn med psykososiale behov, kommer det ikke frem noen vesentlige forskjeller. Det er godt mulig at det kan være forskjeller, men i vår inkluderte artikkel fra Kina, kom det ikke frem noen ulikheter.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta barn med kreft sine psykososiale behov under sykehusinnleggelse, sett fra sykepleiers og barns perspektiv.

Barn trenger å bli sett og de trenger hjelp til å sette ord på det som skjer. De kan trenge mye fysisk nærhet, korte samtaler og enkle forklaringer. Det er viktig at sykepleiere viser at de ser og forstår, og informerer og forklarer slik at barna kan skjønne hva som foregår og hva som skal skje. Barna skal oppleve at det er trygt å være på barneavdelingen, noe som forutsetter at sykepleiere har kunnskaper om barns utviklingstrinn og behov.

Sykepleiere kan dempe engstelse hos kreftsyke barn ved at de fremstår som kompetente og trygge i rollene sine.

Barns forståelse av kreftsykdommen og behandlingen er avhengig av hvilken aldersfase de er i, og dette må vi som sykepleiere vite noe om og ta hensyn til i samspill med barna. Når barna er i 5-8 årsalderen begynner de å utvikle en logisk forståelse, men de trenger fortsatt hjelp til å lage sammenhengende historier når de vil fortelle noe. Da kan sykepleieren hjelpe barna med å ta i bruk ulike hjelpemidler som lek, bamser eller la barna tegne det de vil fortelle. Barn i alderen 8-10 år begynner å se forskjell på virkelighet og fantasi. De har en klar forestilling om seg selv, noe som gjør at de kan ha nytte av å delta i ulike grupper der de kan få uttrykke seg og fortelle andre barn om sin sykdom.

Å være en del av en familie eller å ha et sosialt nettverk rundt seg, øker muligheten for at barna får dekket sitt behov for sosial støtte og kontakt. Støttende sosiale relasjoner har også betydning for trivsel, tilpasning og helse. Sykepleiere kan minske psykososiale vansker hos kreftsyke barn ved å våge å gå inn i vanskelige samtaler med barna, og ved å bidra med informasjon til barna og familiene.

Kreftsyke barn har rett på primærsykepleier når de er under behandling, da dette kan bidra til at barna opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet. Primærsykepleie er også gunstig fordi sykepleierne blir godt kjent med barna. Det er viktig for barna at de føler at de blir tatt vare på, og i denne sammenheng skal sykepleier gi individuell omsorg til kreftsyke barn. Omsorgen må vurderes og gjennomføres individuelt hos hvert barn. Sykepleiere bør

se på barna som individ, med ulike interesser og talent og på den måten gi barna en følelse av å føle seg knyttet til verden, adskilt fra kreft og behandling. Sykepleiere skal være flink til å lytte og bør tilbringe nok tid sammen med de kreftsyke barna for så å kunne nøye vurdere barnas psykososiale behov og vurdere egnede tiltak for å hjelpe barna. De har også plikt til å være imøtekommende og til å gi støtte til barna.

Kreftsyke barn trenger å ha foreldre tilstede under behandlingen da foreldrene fungerer som en trygg base. Barna er mer avslappet og viser mer glede når en eller begge foreldrene er hos dem på avdelingen. Når barna er triste eller lei seg, ønsker de trøst fra foreldrene. Å gi omsorg til barn med kreft inkluderer også å gi omsorg for hele familien. Når barna er innlagt må hele familien få tilbud om psykososial støtte fra sykepleiere, da barnas sykdom påvirker hele livssituasjonen til familiene. Bidraget fra sykepleiere kan være å gi støtte, råd og å ha en god dialog.

6.1 Forslag til videre forskning

Vi mener det bør forskes mer på hvordan sykepleiere kan ivareta barns psykososiale behov når barna er innlagt. Det kom frem i artiklene at sykepleiere ikke har dette som tema under utdanning. De får det gjennom erfaring i avdeling. Det hadde derfor vært interessant å ha fått mer forskning på dette temaet, og da tenker vi ikke minst på erfaringsbasert forskning fra Norden. Det er skuffende at vi ikke har funnet norsk forskning i det hele tatt på dette området. Vi fant norske forskningsartikler i våre søk, men utifra vårt graderingsprinsipp ble de ekskludert med bakgrunn av at de ikke omhandlet det viktige temaet om psykososiale behov. Vi undres over hvorfor det ikke er blitt forsket på et så viktig tema i landet vårt.

7.0 LITTERATURLISTE

- Anderzèn-Carlsson , Kihlgren, Skeppner, Sørli. 2007. How Physicians and nurses handle fear in children with cancer. *Journal of pediatric nursing*. Tilgjengelig fra: Nursing database via Ovid.
- Björk, Maria, Berit Nordström og Inger Hallstrom. 2006. Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: An Observational Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 23 (4): 210-219.
- Blix, Ellen Støre og Solveig Breivik. 2006. *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brady, Mary. 2009. Hospitalized children`s views of the good nurse. *Nursing Ethics* 16 (5): 543-560. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- Bringager, Hanne, Marit Hellebostad og Randi Sæter. 2010. *Barn med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bunkholdt, Vigdis. 2000. *Utviklingspsykologi*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi-en innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cantrell, Mary Ann og Christine Matula. 2009. The Meaning of Comfort for Pediatric Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum* 36 (6): 303-309. Tilgjengelig fra: Helsebiblioteket via Ovid.
- Eide, Hilde og Tom Eide, 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Egeland, Steinunn Einarsdottir. 2010. Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjøllberg (red.), 697. Oslo: Akribe Forlag as.
- Enskär, Karin og Louise von Essen. 2000. Important aspects of care and assistance for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 17: 239-249. Tilgjengelig fra: Helsebiblioteket via Ovid.
- Enskär, Karin og Louise von Essen. 2008. Physical problems and psychosocial function in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 20 (3): 37-42. Tilgjengelig fra: Helsebiblioteket via Ovid.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utgave. Sverige: Författarna och Bokforlaget Natur och Kultur

- Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2011. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998/18/14/1.html?id=350264> (Lest 04.11.11)
- Kiernan, Gemma, Emma Meyler og Suzanne Guerin. 2010. Psychosocial Issues and Care in Pediatric Oncology. *Cancer Nursing* 33 (5). Tilgjengelig fra: PubMed
- Li, Ho Cheung William, Oi K. Joyce Chung og Sau Ying Chiu. 2010. The Impact of Cancer on Children`s Physical, Emotional and Psychosocial Well-being. *Cancer Nursing* 33 (1) 47-54. Tilgjengelig fra: Helsebiblioket via Ovid.
- Lie, Sverre O. 2005. Kreft hos barn - generelle forhold. I *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Kåresen, Rolf og Erik Wist (red.), 350-353. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- McCaffrey, C. Nadeane. 2006. Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Nursing* 21 (1): 59-66.
- Mitchell, Wendy, Susan Clarke og Patricia Sloper. 2006. Care and support needs of children and young people with cancer and their parents. *Psycho-Oncology* 15: 805-816.
- Nielsen, Marianne Benzon og Marianne Madsen. 2002. Børn og unge. I *Mennesker med kræft – sygepleie i et tværfagligt perspektiv*. Esbensen, Bente Appel (red.), 198. Danmark: Munksgaard København.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2010. *Database for statistikk om høyere utdanning*. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 10.10.11).
- Pasientrettighetsloven. 1999. *Lov av 7.februar 1999 nr 63: Lov om pasientrettigheter*. <http://www.lovdatabasen.no/> (Lest 10.10.11)
- Reinfjell, Trude, Trond H. Diseth og Arne Vikan. 2011. Maligne sykdommer. I *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Grønseth, Randi og Trond Markestad, 345-347. Bergen: Fagbok Forlaget.
- Sosial- og helsedepartementet. 2000. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. *Lov om spesialisthelsetjeneste 1.desember 2000.* <http://www.lovdatabasen.no/> (Lest 11.10.11).
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Oversatt av Kari O. Jensen.

- Von Essen, Louise, Karin Enskär, Kristina Haglund, Mariann Hedström og Inger Skolin. 2002. Important aspects of care and assistance for children 0-7 years of age being treated for cancer. Parent and nurse perceptions. *Support Care Cancer* 10: 601-612. Tilgjengelig fra: PubMed.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2011. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellom forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur

Vedlegg 1 Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Dato	Søkeord	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
25.01.2011	child AND cancer AND hospital OR hospitals AND experience	Ovid Medline	Alder: Child(6-12 år) Språk: Norsk, Dansk, Svensk, Engelsk	128	2	1	1
17.02.2011	nurs* AND child* AND cancer AND hospital	Ovid Nursing Database	År: 2005-2011 Alder: Child (6-12 år) Språk: Norsk, Dansk, Svensk, Engelsk	68	3	2	2
28.02.2011	Barn på sykehus	Bibsys-brage	Bacheloropp gaver	118		1	1
27.05.2011	support needs AND cancer AND child	Ovid Medline		13	1	1	1
18.08.2011	nurse* AND cancer AND child* AND hospital	Ovid Medline	År:2005-2011 Alder: Child (0-18 år) Språk: Norsk, Dansk, Svensk, Engelsk	161	4	4	1
14.09.2011	child* AND cancer AND hospital	Ovid Nursing Database	År: 2000-current Alder:Child(0-18 år)	186	4	2	1
22.09.2011	nursing to children with cancer, psychosocial	Manuelt søk i PubMed		149	5	1	1
24.09.2011	pediatr* AND nurs* AND cancer OR neoplasms AND psychosocial	Ovid Nursing Database	År: 2005-current Alder: Child (0-18 år) Språk: Dansk, Engelsk, Norsk, Svensk	49	6	3	1
05.10.2011	cancer OR neoplasms	Ovid Nursing	År:2005-current	240	10	1	1

	AND child* AND nurs* AND need*	Database	Språk: Dansk, Engelsk, Norsk, Svensk				
12.10. 2011	Important aspects for care and assistance for children with cancer	Manuelt søk i PubMed		6	1	1	1
Totalt						17	11

Vedlegg 2 : Oversiktstabell over inkluderte artikler i forhold til innhold og kvalitet

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/Instrument	Deltakere/frafall	Hovedfunn	Kvalitet	Etisk vurdering	Refereebe dømt
Anderzèn-Carlsson, Agneta, Mona Kihlgren, Gunnar Skeppner og Venke Sørli, 2007 Sverige Journal of Pediatric Nursing	“How Physicians and Nurses Handle Fear in Children With Cancer”	Å få erfaringsbase rt kunnskap om hvordan barn med kreft uttrykker sin frykt og hvordan sykepleiere og leger håndterer den	Kvalitativ Åpne intervju som ble tatt opp på bånd	Deltakere: 7 sykepleiere og 3 leger	Det er en utfordring for barn med kreft å håndtere frykt. Det blir sett på som en krevende oppgave som omfatter engasjement og nærhet, men også distansering. Sykepleiere prøver å være interesserte i barna, leke, bruke distrahering når barnet er redd. De understreker viktigheten av å gi informasjon på en ærlig og forsiktig måte.	Grad I (93 %)	Godkjent av ”The local Ethical Committee at the University Hospital, Örebro	Nivå 1
Björk, Maria, Berit Nordström og	”Needs of Young Children With Cancer During	Å beskrive barns behov, uttrykt ved	Kvalitativ Observasjonsstudie.	Deltakere: 12 barn med kreft.	Funnene viser at barna trengte deres foreldre, og	Grad I (93%).	Godkjent av ”The Research	Nivå 1

Inger Hallström 2006 Sverige Pediatric Oncology Nursing	Their Initial Hospitalization: An Observational Study	oppførsel, kroppsspråk og verbalt.		6 jenter og 6 gutter under 7 år.	foreldrenes tilstedeværelse hjalp barna til å uttrykke andre behov. Sykepleiere må støtte barnet og barnets foreldre, slik at foreldre kan støtte og lindre deres barns sykehusinnleggelse og kreftbehandling.		Ethics Committee at the Medical Faculty, Lund University”	
Brady, Mary 2009 Storbritannia Nursing Ethics	”Hospitalized children`s views of the good nurse”	Rette opp et gap i litteraturen, identifisere kjennetegn ved en god sykepleier utifra det innlagte barnet sitt perspektiv, og informere om barnesykepleie i praksis	Kvalitativ Intervju, der barna fikk skrive og tegne	Deltakere: 22 barn	Fem temaer knyttet til barns synspunkt av en god sykepleier kom fram i analysen: kommunikasjon, faglig kompetanse, sikkerhet, profesjonelt utseende og gode egenskaper	Grad I (100 %)	Godkjent av ”the hospital Research and Development Committee”	Nivå 2

Cantrell, Mary Ann og Christine Matula 2009 USA Oncology Nursing Forum	“The Meaning of Comfort for Pediatric Patients With Cancer”	Å beskrive betydningen av omsorg og trøst gitt av pediatrike kreftsykepleiere til kreftoverlevende barn.	Kvalitativ En hermeneutisk analyse ble gjennomført for å beskrive betydningen av fenomenet.	Deltakere: 11 barn, der 4 barn deltok i en fokusgruppe og 7 barn ble intervjuet på telefon.	Pediatrike pasienter med kreft var enige om at enkle omsorgshandlinger gitt av sykepleier var meningsfulle for dem. Det kom frem 5 temaer: 1) Sykepleier kan ikke late som hun gir omsorg 2) Prøv å ta sykehuserfaringer utenfor sykehuset 3) Barn med kreft er mennesker, ikke bare en lidelse 4) Omsorg for barnet inkluderer også omsorg for familien 5) Sykepleier gjør behandlingen mer utholdelig med små omsorgshandlinger	Grad I (93%)	Godkjent av “Villanova University Institutional Review Board (IRB)”.	Nivå 1
Enskär, Karin	“Important	Å undersøke	Kvalitativ	Deltakere: 32	- Det er viktig for	Grad I	Godkjent av	Nivå 1

<p>og Louise von Essen 2000 Sverige Journal of Pediatric Oncology Nursing</p>	<p>Aspects of Care and Assistance for Children With Cancer”</p>	<p>omsorgsaspekter som er viktige for at barn med kreft i alderen 8 - til 12-år føler seg ivaretatt.</p>	<p>Intervju av barn, foreldre og sykepleiere. Data analysert ved hjelp av en innholdsanalyse.</p>	<p>barn, 31 foreldre og 32 sykepleiere.</p>	<p>sykepleiere som arbeider med barn med kreft å skape et miljø som tilpasser behovene til barna. - Sykepleiere skal lære å identifisere hvilken hjelp disse barna trenger for å takle sykdom og behandling på best mulig måte. - Ingen standardisert omsorg anbefales for alle barn. Omsorgen må vurderes og gjennomføres på individuell basis for hvert barn. - Resultatene viser at barn ikke alltid har samme oppfatning som foreldre og sykepleiere om hva</p>	<p>(86%)</p>	<p>“The Faculty of Health Sciences, Linköping University and the Medical Faculty, Uppsala University”</p>	
---	---	--	---	---	--	--------------	---	--

					som er god omsorg. - Foreldre og sykepleiere må bekrefte sine oppfatninger med barna for å sikre at barna får den hjelpen de ønsker.			
Enskär, Karin og Louise von Essen 2008 Sverige Journal of Paediatric Oncology Nursing	”Physical problems and psychosocial function in children with cancer”	Å beskrive den fysiske kreftsykdommen, behandlingrelaterte problemer og psykososial funksjon hos barn med kreft	Kvalitativ. Intervju ved bruk av «The life situation scale for children», som omhandler temaene fysiske problemer, psykososial funksjon og stress, støtte, deltakelse i livet og god pleie.	48 barn var kvalifiserte til å delta. 9 barn ønsket ikke å delta. 39 barn i alderen 7-12 år deltok. Gjennomsnittsalderen var 9,6 år.	Flere kreftsyke barn opplever mer psykososiale problemer enn fysiske problemer. Funnene indikerer at det er viktig for sykepleiere som jobber med kreftsyke barn å gi god pleie og støtte.	Grad II (71 %)	Godkjent av “The Faculty of Health Sciences, Linköping University and the Medical Faculty, Uppsala University”	Nivå 1
Kiernan, Gemma, Emma Meyler og Suzanne Guerin	“Psychosocial issues and care in pediatric oncology”	Å undersøke sykepleiere og legers oppfatninger av psykososiale	Kvalitativ, fenomenologisk studie. Semistrukturerte intervju ble	Deltakere: 4 sykepleiere og 6 leger. Det var 6 kvinner og 4 menn. Antall	Sykepleiere hevdet at de hadde lite eller ingen trening i bruk av psykososial omsorg. Mange hevdet at	Grad I (93 %)	Godkjent av “The University College Dublin Human Research	Nivå 2

2010 Irland Cancer Nursing		problemer i pediatrisk onkologi, inkludert deres bevissthet om psykososial virkning av familier som har barn med kreft og deres kunnskaper om psykososiale intervensjone r.	gjennomført via telefon eller en-til-en intervju, og tatt opp på bånd.	år i praksis varierte fra 2 til 30 år. Ingen frafall.	psykososial støtte er det største behovet barna trenger å få dekt når de er innlagt.		Ethics Committee”	
Li, Ho Cheung William, Oi K. Joyce Chung og Sau Ying Chiu 2010 Kina Cancer Nursing	“The Impact of Cancer on Children`s Physical, Emotional, and Psychosocial Well-Being”	Å finne ut hvordan kreft virker inn på barns fysiske, psykiske og emosjonelle velvære.	Kvantitativ og kvalitativ. Tverrsnittundersøkel se. Semi-strukturerte intervju som ble tatt opp på bånd.	Deltakere ved oppstart: 98 barn i alderen 7-15 år. Frafall: Barn på 7 år ble ekskludert fra studiet, da barn på 7 år kanskje har begrenset verbal og kognitiv	Funnene antyder at det er rom for forbedringer, bl.a å forberede barna før sykehusinnleggelse og behandling av kreft. Det er viktig for sykepleierne å vurdere sykepleien som blir gitt til barna. De må tenke	Grad I (86 %)	Godkjent av ”the hospital ethics committees”	Nivå 2

				kapasitet til å uttrykke seg og ville blitt forvirret av åpne spørsmål. Bare barn i alderen 8-15 år fikk delta.	over normal vekst og utvikling, og særlig hjelpe barna fysisk, følelsesmessig og psykisk når de har en livstruende sykdom.			
McCaffrey, C. Nadeane 2006 Australia Journal of Pediatric Nursing	“Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer”	Å beskrive stressfaktorer som kan oppstå hos kreftsyke barn og effekten det kan gi på barnas fysiske og psykiske velvære.	Kvalitativ Det ble brukt fokusgruppe diskusjoner og individuelle intervju.	Deltakere: 6 barn i alderen 5-15 år, 6 foreldre og 23 sykepleiere.	Kreftsyke barn har en generell følelse av å være isolert når de er under behandling.	Grad I (93%)	Godkjent av “University of Western Australia Human Research and the Hospital Ethics Committee”	Nivå 1
Mitchell, Wendy, Susan Clarke og Patricia Sloper 2005 Storbritannia	“Care and support needs of children and young people with cancer and their parents”	Gi oversikt over den psykososiale støtten kreftsyke barn og familier får	Kvalitativ. Individuelle intervju og gruppeintervju.	Deltakere: 15 barn og 31 foreldre.	Barna ønsker god informasjon under innleggelse. Viktige områder ved psykososial støtte ble av barna sett på som	Grad I (86%)	Godkjent av “the Northern and Yorkshire Mult-Centre Research Ethics Committee”.	Nivå 2

Psycho-Oncology		under behandling			tilfredsstillende; bl.a støtte fra sykepleiere, familie og venner, informasjon og forberedelse ved behandling, mulighet til å ta selvstendige valg, lek.			
Von Essen, Louise, Karin Enskär, Kristina Haglund, Mariann Hedström og Inger Skolin 2002 Sverige Support Care Cancer	”Important aspects of care and assistance for children 0-7 years of age being treated for cancer. Parent and nurse perceptions”	Å beskrive foreldre og sykepleieres oppfatninger om viktige aspekter av omsorg og hjelp gitt til barn i alderen 0-7 år, og om foreldre og sykepleieres oppfatninger varierer med barnets alder.	Kvalitativ Semistrukturerte intervju tatt opp på bånd.	Deltakere: 57 foreldre og 26 sykepleiere.	God omsorg for barn med kreft (i alderen 0-7 år) gitt av sykepleier inkluderer hovedsakelig: Å møte samme sykepleiere som gir god individualisert omsorg, at sykepleiere og barn tilbringer tid sammen, barna får god informasjon, og at foreldre gis mulighet til å delta i omsorgen.	Grad I (100 %)	Godkjent av ”The local research ethics committee in the faculties of medicine in Linköping og Uppsala”	Nivå 1

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)

Vedlegg 4 Protokoll for kvalitetsbedømming av kvantitative artikler

Evidensbasert omvårdnad

Bilaga G

Exempel på protokoll for kvalitetsbedømming av studier med kvantitativ metode

Beskrivning av studien

Forskningsmetode RCT CCT (ej randomisert)
 multicenter, antal center

Patientkarakteristika Antal

Ålder

Man/Kvinne

Kriterier for ekskludering

Adekvante eksklusjoner Ja Nei

Intervensjon

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primære resp. sekundære effektmått

Urvalsførfarandet beskrevet? Ja Nei

Representativt urval? Ja Nei

Randomiseringsførfarande
beskrevet? Ja Nei Vet ej

Likverdige grupper ved start? Ja Nei Vet ej

Analyserte i den gruppe som de
randomiserades til? Ja Nei Vet ej

Blindning av pasienter? Ja Nei Vet ej

Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej

Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej

Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej

Adekvat statistisk metod? Ja Nej

Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja Nej

Är instrumenten reliabla? Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dålig

Kommentar

.....

Granskare sign: