



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Foreldres erfaringer med å ha et barn med kreft/
Parents' experiences of having a child with cancer**

Kandidatnummer: 16 og 38

Totalt antall sider inkludert forsiden: 58

Molde, 27.05.2021



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

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

Dato: 27.05.2021

Antall ord: 7678

Forord

Et liv i magen vokste jeg
Hvem skulle tro at det var deg
Liten søt og med øyner blå
De sa du var syk
Men det trodde vi ikke på
Hvem skal du bli
Hvor skal du gå
Skal du et verdig liv få
Skal du få venner å leke med
Det finnes jo andre som deg et sted
Sykdom tross
Glad du er
Og glad er vi som får ha deg hos oss

Anonym

Sammendrag

Bakgrunn

I Norge rammes omtrent 200 barn under 18 år av kreft årlig. Når et barn rammes av kreft vil dette påvirke hele familien. Alvorlig sykdom hos barnet, vil være et av foreldres største mareritt. I møte med barnets foreldre vil det stilles krav til sykepleier om tilstrekkelig kunnskap og innsikt i ulike reaksjoner og følelser som foreldre måtte ha i krisen de gjennomgår.

Hensikt

Hensikten med studien var å belyse foreldres erfaringer knyttet til det å ha et kreftsykt barn.

Metode

En systematisk litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat

Foreldre hadde ulike følelser knyttet til det å ha et kreftsykt barn. I vår studie kom det fram at foreldre erfarte et økt behov for støtte. Foreldre benyttet ulike mestringsstrategier for å takle den nye hverdagen med et alvorlig sykt barn. Det viste seg at mange foreldre følte seg alene etter endt kreftbehandling til barnet og foreldre hadde mange ubesvarte spørsmål. Frykten for tilbakefall av kreft hos barnet var også stor blant foreldrene.

Konklusjon

Studien vår konkluderer med at foreldre har en rekke ulike erfaringer med å ha et kreftsykt barn. Det er viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap til disse erfaringene for å kunne yte god sykepleie til foreldre i krise.

Nøkkelord

Kreft, barn, foreldre, erfaring

Abstract

Background

In Norway, approximately 200 children under the age of 18 are affected by cancer each year. When a child is affected by cancer, the whole family will be affected. Having a child with severe illness is a parents' worst nightmare. When meeting the child's parents, a nurse will be required to have sufficient knowledge and insight about the various reactions and feelings parents may endure in the crisis they are going through.

Purpose

The purpose of the study was to shed light on parents' experiences related to having a child with cancer.

Method

A systematic literature study based on 10 qualitative research articles.

Results

Parents had different feelings about having a child with cancer. In our study, it was found that parents experienced an increased need for support. Parents used different coping strategies to cope with the new everyday life with a seriously ill child. It turned out that many parents felt alone after finishing the child's cancer treatment and parents had many unanswered questions. The fear of recurrence of cancer in the child was also great among the parents.

Conclusion

Our study concludes that parents have a number of different experiences with having a child with cancer. It is important that nurses have sufficient knowledge of these experiences to be able to provide good nursing care to parents in crisis.

Keywords

Cancer, child, parents, experience

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt.....	2
2.0	Metode	2
2.1	Datainnsamling.....	2
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	2
2.3	Bruk av PIO-skjema.....	3
2.4	Søkestrategi og databasesøk.....	4
2.4.1	Manuelle søk.....	5
2.5	Kritisk vurdering.....	5
2.6	Etiske hensyn.....	6
2.7	Analyse.....	6
3.0	Resultat	8
3.1	Negative følelser og reaksjoner.....	9
3.2	Økt behov for støtte.....	10
3.3	Mestringsstrategier.....	11
3.4	Frykt for tilbakefall av sykdom.....	12
3.5	Følelsen av å være alene.....	12
4.0	Diskusjon	14
4.1	Metodediskusjon.....	14
4.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
4.1.2	Søkestrategi.....	14
4.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	15
4.1.4	Analyseprosess.....	15
4.2	Resultatdiskusjon.....	16
4.2.1	Relasjonsbygging.....	16
4.2.2	Viktigheten av tilstrekkelig støtte fra helsepersonell.....	18
4.2.3	Å mestre den nye hverdagen.....	19
4.2.4	Viktigheten av informasjon fra helsepersonell.....	20
4.2.5	Forberedelse til hjemreise.....	20
5.0	Konklusjon	21
5.1	Konsekvenser for praksis.....	22
5.2	Anbefalinger til videre forskning.....	22

Vedlegg 1 – PIO-skjema

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Vedlegg 3 – Oversiktstabell for inkluderte artikler

Vedlegg 4 – Kvalitativ sjekklister

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2019 fikk 191 barn og unge under 18 år kreft i Norge. Dette utgjør 16 tilfeller kreft per 100 000 innbygger. De siste 35 år har forekomsten av kreft hos barn og unge i Norge vært stabil med relativ overlevelse på ca. 86% etter 5 år (Kreftregisteret 2019). På verdensbasis rammes 300 000 barn og unge av kreft hvert år (WHO 2018). Prognosen ved kreft hos barn er generelt bedre sammenlignet med voksne som har kreft, men likevel er kreft den hyppigste årsaken til død relatert til sykdom hos barn og unge som er over 1 år i Norge (Kreftregisteret 2019).

Kreft hos barn skiller seg fra kreft hos voksne på mange måter. Kreft hos barn har nesten alltid et aggressivt vekstmønster, mens kreft tumorer hos voksne har oftere lavere veksthastighet. Det er hovedsakelig ukjent hvorfor barn får kreft. Hos voksne har miljøfaktorer en sentral rolle, mens hos barn har dette mindre betydning da miljøfaktorene ikke har fått tid til å påvirke barnets helse (Zeller og Wesenberg 2016, 1464). Ifølge Helsenorge (2019) er de vanligste kreftformene hos barn leukemi og hjernesvulster. Kreft hos barn defineres etter form og type vev kreften oppstår i. Kreften kan oppstå i beinmarg, lymfatisk vev, sympatisk nervesystem, sentralnervesystemet, muskel og bein.

Når et barn får en kreftdiagnose vil det ha store ringvirkninger. Foreldre, søsken, besteforeldre og andre personer som står barnet nært vil til en viss grad bli berørt av situasjonen. Foreldre i krise har en familie de skal ivareta, samtidig som de skal ivareta forpliktelser i hverdagen og alt som følger med. Dette krever enda mer av foreldre og at de er til stede for barnet under enhver tid når en uventet krise oppstår (Barnekreftforeningen 2021). Barnekreft er en katastrofe når det rammer en familie, men overlevelsen hos barnet er heldigvis høy ved de fleste krefttyper (Zeller og Wesenberg 2016, 1464).

I vår litteraturstudie ønsker vi å nærmere undersøke foreldres erfaringer med å ha et alvorlig sykt barn med kreft. Å være pårørende til et barn som får en kreftdiagnose kan være svært krevende og det er derfor viktig at helsepersonell har nok kunnskap om ulike reaksjoner og følelser som foreldre måtte ha relatert til situasjonen. Ved å undersøke

temaet på et dypere nivå, vil man bedre kunne forstå og håndtere situasjoner hvor man møter foreldre som pårørende. Selv har vi lite kunnskap om temaet og vi ønsker derfor å berike vår forståelse av foreldre med alvorlig syke barn. Da det er en god andel barn og unge som rammes av kreft i Norge og på verdensbasis, vil det være sannsynlig at vi som helsepersonell vil møte på foreldre som har barn med kreft. Dette inspirerte oss til valg av tema for vår bacheloroppgave. Vi bestemte oss derfor for følgende hensikt:

1.2 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse foreldres erfaringer knyttet til det å ha et kreftsykt barn.

2.0 Metode

I dette kapittelet skal vi beskrive metoden som er brukt i vår litteraturstudie.

Ifølge retningslinjer for bacheloroppgave ved Høgskolen i Molde skal metode beskrives på en tydelig måte slik at andre kan gjenta arbeidet (Eines 2020, 4).

2.1 Datainnsamling

Da vi startet med å samle inn data, teori om tema og søke etter aktuelle forskningsartikler bestemte vi oss på forhånd hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som var aktuelle. På denne måten hadde vi klart for oss gjennom hele søkeprosessen hva vi så etter i de ulike forskningsartiklene og hva som var aktuelt å inkludere.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ifølge Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie skal det beskrives hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som er benyttet i søkeprosessen (Eines 2020, 5). Basert på vår hensikt fant vi følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier

- Pårørendeperspektiv - foreldre
- Kvalitative forskningsartikler
- Foreldre til barn mellom 0-18 år med en kreftdiagnose

Eksklusjonskriterier

- Artikler eldre enn år 2011

Vi ønsket i vår studie å undersøke hvilke erfaringer foreldre hadde ved å ha et alvorlig sykt barn med kreft. Pårørendeperspektiv ble benyttet i vår studie, da vi ønsket å videre undersøke og tilegne oss mer kunnskap om foreldres erfaringer. Andre perspektiv ble derfor ekskludert ved våre søk. Barn er avgrenset fra 0-18 år. Vi har valgt å ekskludere alle artikler som er eldre enn 10 år. Dette grunnet at vi vil inkludere nyere forskning for å sikre best mulig kvalitet. Kun kvalitative forskningsartikler ble inkludert da dette forskningsdesignet brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer som vil bidra til å svare på vår hensikt (Nortvedt et al. 2012, 72).

2.3 Bruk av PIO-skjema

Ut ifra hensikten med studien vår kom vi fram til søkeord på engelsk. Vi brukte kun engelske søkeord ved våre søk, da det var flest relevante forskningsartikler på engelsk. Vi har brukt PIO-skjema for å systematisere søkeordene. Ifølge Nortvedt et al. (2012, 33) representerer PICO-skjema en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte.

P står for patient/problem. Hvilken type pasienter leter man etter og hvilken pasientgruppe handler spørsmålet om. I vår studie ville vi undersøke foreldre. Derfor er vårt søkeord parents* (foreldre).

I representerer hvilket tiltak, intervensjon eller fenomen man ønsker å tilegne seg informasjon om og vurdere. Vi ønsket å tilegne oss informasjon om foreldre til barn med kreft, derfor er våre søkeord cancer (kreft) og child* (barn).

C står for comparison, som er sammenligning av tiltak. I vår studie sammenlignet vi ikke tiltak eller intervensjoner, og vi har derfor ikke med dette punktet.

O er outcome, utfall og/eller endepunktet vi søker. Utfallet vi undersøkte gjennom litteratursøket er erfaringer foreldre har knyttet til det å ha et kreftsykt barn, derfor er vårt søkeord experience* (erfaring) (Nortvedt et al. 2012, 33). For oversikt over utfyllt PIO-skjema se vedlegg 1.

2.4 Søkestrategi og databasesøk

Vi brukte databasene MEDLINE, CINAHL, PsycINFO og ORIA i våre søk. Vi startet søkene januar 2021 og fant alle våre artikler gjennom fem systematiske søk. Alle søkeord er gjennomført med ulike kombinasjoner av ordene fra PIO-skjema. De inkluderte forskningsartiklene har kvalitativ forskningsdesign. For fullstendig oversikt over søkehistorikk og artikler inkludert fra søkene, se vedlegg 2.

Etter veiledning fra bibliotekar fikk vi en bedre forståelse som bidro til systematiske søk på en hensiktsmessig måte. For å kombinere våre søkeord brukte vi den boolske operatoren AND. AND avgrensner søket ved å gi treff på artikler som har alle de søkeordene som er inkludert. Vi ville unngå å utelukke artikler som kunne være relevante ved å snevre inn søkene for mye. Trunkering ble derfor brukt for å få muligheten til å søke på stammen til et ord og få opp varianter av disse ordene i tillegg til det man søker etter (Nortvedt et al. 2012, 55, 56).

MEDLINE

Vi gjennomførte to søk i Ovid Medline. I det første søket brukte vi ordene parent*, cancer, child* og experience* under feltet som heter "Advanced Search". Vi kombinerte alle disse søkeordene ved å bruke AND. Deretter la vi på Limit 5 to yr="2011 -Current" for å luke vekk artikler eldre enn 2011. På det andre søket i Medline brukte vi akkurat samme søkemetode som beskrevet ovenfor. Vi la også til enda en limit, Limit 6 to english language for å få artiklene på engelsk, som er et språk vi forstår.

CINAHL

Søk nummer tre ble gjennomført i databasen CINAHL. Under feltet "Advanced Search" fylte vi inn et og et søkeord. Parent* AND child AND cancer* AND experience*. Vi tilførte også limits yr=2011-2021.

PsycINFO

Det fjerde søket ble gjennomført i PsycINFO. Under feltet "Advanced Search" brukte vi søkeordene parents* AND cancer AND child* AND experience*. Deretter la vi på limit 5 to (english language and yr="2011 - Current").

Oria

Vi brukte tilsvarende systematisk søkestrategi i alle våre søk, da vi følte dette fungerte godt for oss. I databasen Oria valgte vi kolonnen “Avansert Søk”, før vi begynte å fylle inn våre søkeord: parent* AND cancer AND child* AND experience*. For å begrense artikler valgte vi Språk= engelsk, basert på det grunnlaget at vi hadde funnet mest relevante artikler på engelsk. Deretter la vi til utgivelsesdato= siste 10 år for å få artikler fra 2011 og til dags dato. For å redusere antall treff valgte vi materialtypen artikler.

2.4.1 Manuelle søk

Artikkelen til Schweitzer, Griffiths og Yates (2012) er søkt opp via manuelt søk, da fulltekst versjonen ikke var tilgjengelig i databasen PsycINFO. For å finne fulltekst versjon søkte vi opp artikkelens tittel i Google Scholar.

2.5 Kritisk vurdering

Ifølge retningslinjene for skriving av bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde, skal hver artikkel vurderes ved bruk av sjekklister for kritisk vurdering av forskning (Eines 2020, 5).

Selv når en artikkel er publisert i en godt ansett tidsskrift og har gjennomgått fagfelleevaluering er det fortsatt viktig å kunne vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene i artikkelen og overførbarheten (Nortvedt et al. 2012, 68). Vi har brukt sjekklister for kvalitativ metode for å kvalitetssikre alle de ti forskningsartikler inkludert i denne litteraturstudien. Sjekklisten er hentet fra Helsebiblioteket (2020). Sjekklisten er beregnet for kvalitative studier og består av ti ulike spørsmål og består av tre deler: Innledende vurdering, hva forteller resultatene av studien og kan disse resultatene være nyttig for min praksis. For at artiklene skal være inkludert, må de svare “Ja” på alle spørsmålene med svaralternativ. Spørsmålene har svaralternativene Ja, Uklart eller Nei.

Alle artiklene er sjekket gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD-kanal) for å sikre at de er fagfellevurdert. Dette gjorde vi gjennom å sjekke tittel på tidsskriftet som hadde publisert artikkelen. Alle de ti forskningsartiklene er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2. Oversikt over utfylt kvalitativ sjekklister ligger vedlagt (vedlegg 4).

2.6 Etiske hensyn

I arbeidet med en litteraturstudie som omhandler mennesker må etiske hensyn tas. Kunnskap og informasjon om mennesker og deres livssituasjon er det kun menneskene selv som kan gi oss informasjon om. Denne informasjonen gis som regel gjennom tillit som en følge av at deltakerne føler seg ivaretatt (Dalland 2017, 235). Ifølge Christoffersen et al. (2015, 45) må forskeren ta hensyn til deltakeres rett til selvbestemmelse og autonomi. Deltakeren skal kunne bestemme over sin egen deltakelse, gi tydelig informert og frivillig samtykke til å delta og kan når som helst trekke seg uten å begrunne det. Dersom en deltaker ønsker å trekke seg skal det kunne skje uten ubehag eller konsekvenser. Informert samtykke vil si at den som forskes på skal ikke være uvitende om forskningsprosjektet og har rett på tilstrekkelig informasjon om den forskningen som skal gjennomføres for å kunne samtykke (Fossheim 2015). Christoffersen et al. (2015, 45) forteller også at det er forsker sitt ansvar å unngå skade og utsette deltaker for minst mulig belastning.

Alle artikler inkludert i vår litteraturstudie er etisk vurdert. Forskningsartiklene hadde alle beskrivelser av hvordan etiske hensyn var vurdert og ivaretatt under forskningsprosessen. 9 av 10 forskningsartikler er godkjent av etisk komité. Etiske hensyn var viktig og sentralt i prosessen hvor vi innsamlet datamateriale. Selv om studien Muskat et al. (2017) ikke beskrev om den var godkjent av en etisk komité, ønsket vi likevel å inkludere studien da forskeren hadde tatt etisk hensyn til deltakerne. Deltakere som uttrykke interesse for studien ble nærmere kontaktet av en forskningskoordinator som forklarte studien. Deltakere som ønsket å delta måtte skrive under samtykke og de var også anonyme og kunne ikke identifiseres.

2.7 Analyse

Vi har valgt Evans fire faser (2002) som grunnlag for analyse av det innsamlede datamaterialet. Analysemodellen består av fire ulike faser, hvor vi beskriver hva vi har gjort under hvert av punktene.

- 1. Innsamling av datamateriale (forskningsartikler).** Den første fasen tar sikte på å samle inn forskningsartikler som er relevant for studiet (Evans 2002, 25). Vi utarbeidet PIO-skjema og inklusjons- og eksklusjonskriterier ut ifra vår hensikt før vi startet på databasesøk. Underveis i databasesøkene leste vi gjennom

sammendrag og samlet artikler som kunne være aktuelle og oppfylte våre inklusjonskriterier. I fellesskap ble vi enig om hvilke ti artikler som skulle inkluderes i studiet vårt. Forskningsartiklene ble så satt opp i en oversiktstabell (vedlegg 3).

- 2. Identifisering av nøkkelfunn i hver enkelt studie.** Den andre fasen handler om å lese gjennom artiklene for å så identifisere nøkkelfunn. Deretter samles funn fra hver studie i en oversikt (Evans 2002, 25). I den andre fasen leste vi gjennom alle artiklene hver for oss. Vi brukte fargetusj og markerte med ulike farger til hvert funn som kunne svare på vår hensikt. På denne måten var det lettere å gå tilbake, samtidig som vi hadde oversikt over de ulike funnene ut ifra hvilken farge vi hadde markert med. Vi nummererte artiklene fra en til ti etter alfabetisk rekkefølge, likt som i oversiktstabell. Vi lagde deretter et ark med oversikt over nøkkelfunn fra hver studie.

- 3. Gjennomgående temaer i de inkluderte studiene.** Ifølge Evans (2002, 25) skal den tredje fasen ta sikte på å identifisere temaer fra artiklene og deretter gjenkjenne gjennomgående temaer fra alle studier. De viktigste funnene blir gruppert. I denne fasen brukte vi listen med oversikt over nøkkelfunn og lagde så hovedkategorier. Begge gikk systematisk gjennom artiklene og samlet inn likheter og ulikheter ved studiene. Dette var nå oversiktlig grunnet markering av funnene med ulike farger og nummer på artikkel.

Hovedfunn i artikler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Negative følelser og reaksjoner	x	x	x	x	x	x		x		
Økt behov for støtte	x	x	x	x		x	x	x	x	
Mestringsstrategier	x		x	x		x		x		x
Frykt for tilbakefall av sykdom	x	x		x	x	x				x
Følelsen av å være alene	x				x	x				x

Figur 1.0. Gjennomgående temaer på tvers av de ti forskningsartiklene.

4. Beskrivelse av fenomenet. Den fjerde fasen går ut på å beskrive hovedfunnene fra litteraturstudien (Evans 2002, 25). Her kom vi fram til fem hovedfunn på tvers av alle artiklene: negative følelser og reaksjoner, økt behov for støtte, mestringsstrategier, frykt for tilbakefall av sykdom og følelsen av å være alene. Vi har laget en figur (Figur 2) som viser de ulike hovedfunn som vi mener bidrar til å svare på vår hensikt. Vi vil presentere funn nærmere i neste kapittel, 3.0 Resultat.

3.0 Resultat

I dette kapittelet skal funn fra vår litteraturstudie presenteres. Resultatene tar utgangspunkt i å svare på litteraturstudiens hensikt som var å belyse foreldres erfaringer knyttet til det å ha et barn med kreft. Ut ifra analysen kom vi frem til fem hovedfunn.



Figur 2.0 Oversikt over hovedfunn i vår studie.

3.1 Negative følelser og reaksjoner

I flere artikler ble det beskrevet at foreldre erfarte det å ha et barn med kreft som stressende og kaotisk. Foreldre reagerte på kreftdiagnosen på ulike måter, som varierte fra sjokk og dyp tristhet til fornektelse. Å få bekreftet kreftdiagnosen var også kaotisk og det ble beskrevet ukontrollerbart emosjonelt stress i ettertid. Flere kunne ikke tro at dette kunne ramme deres barn og lurte på om legene kunne ha tatt feil. Foreldre hadde vanskeligheter med å forstå virkeligheten, og benektet at barnet deres kunne ha kreft. Mange av foreldrene fortalte også at kreftbehandlingen ble erfart som psykisk stressende og tappende. Når foreldre tenkte på død og frykten for å miste barnet sitt, oppstod stresset da de konfronterte disse tankene (Liu et al. 2021, 96; Džombić og Ogresta 2020, 87; Schweitzer, Griffiths og Yates 2012, 709; Carlsson et al. 2019, 6,7).

Hos mange av foreldrene var skyldfølelse beskrevet som en negativ følelse som dukket opp under erfaringene med å ha et barn med kreft. Skyldfølelsen gjaldt ofte at foreldre hadde andre barn i familien og all oppmerksomheten ble trukket mot det alvorlige syke barnet. Dette resulterte i mindre tid til de andre barna i familien. Foreldre følte seg splittet og det var vanskelig å fordele tiden på en god måte, slik at alle barna fikk den oppmerksomheten de trengte. Å måtte tilbringe mye tid på sykehuset, og samtidig ivareta søskens behov førte til skyldfølelse hos foreldrene for å ikke kunne ta vare på alle barna samtidig. Skyldfølelse kunne også relateres til at foreldre tok seg tid til daglige aktiviteter, tid til seg selv, og ikke brukte alle timer av dagen til det kreftsyke barnet. Anger kan også vurderes i forbindelse med skyld. Noen foreldre så på seg selv som ansvarlige for ikke å ha

lagt merke til symptomene tidligere, ikke tatt barnet sitt til de rette legene, eller å ha mistet dyrebar tid før diagnosen ble satt (Demirtepe-Saygili og Bozo 2018, 2215; Mckenzie og Curle 2011, 649; Carlsson et al. 2019, 9; Peikert et al. 2020, 4).

3.2 Økt behov for støtte

I fem av artiklene fortalte foreldrene om støtte fra familie og venner, som sto foreldre nære i den krevende situasjonen (Peikert et al. 2020; Carlsson et al. 2019; Mckenzie og Curle 2011; Džombić og Ogresta 2020; Schweitzer, Griffiths og Yates 2012).

Flere av foreldrene fortalte at besteforeldre til barna var et stort støttende element. Da foreldrene var opptatt og brukte mye av tiden hos det syke barnet, stilte besteforeldre opp og tok vare på de andre barna i familien. Med støtte fra besteforeldrene fikk foreldrene mulighet til å ha fullt fokus på det syke barnet, med en mindre grad av bekymring for søsken om at de ikke ble godt nok tatt vare på. Besteforeldre laget også mat og kunne tilby økonomisk støtte (Džombić og Ogresta 2020, 90; Schweitzer og Griffiths og Yates 2012, 711; Peikert et al. 2020, 4).

Sosial støtte fra familie og venner ble også sett på som gunstig. Den sosiale støtten bidro til at foreldrene klarte komme seg gjennom kreftbehandlingen og taklet situasjonen bedre etter at kreftbehandlingen var avsluttet. Venner kontaktet foreldrene ofte for å vise deres omtanke, og bidro med støtte i form av fysiske tjenester eller å gi noe som kunne bidra til å hjelpe. Enkelte foreldre beskrev å ha venner der gjennom en tøff tid som absolutt nødvendig (Carlsson et al. 2019, 7,8,11; Schweitzer og Griffiths og Yates 2012, 650; Peikert et al. 2020, 4).

Ikke alle foreldre hadde positive opplevelser av støtte fra familie og venner. Enkelte foreldre følte at de ikke fikk den støtten de trengte og kjente på en mangel av forståelse overfor deres situasjon. Noen foreldre fortalte at det ble stilt høyere krav til dem. Med venner og familie involvert førte det i noen tilfeller til at foreldre hadde en ekstra bekymring av å ha noen andre i nærheten som ønsket å hjelpe. Oppførsel fra familie og venner var også erfart som en kilde til ekstra belastning, fordi de involverte seg i en for stor grad under barnets behandling (Schweitzer, Griffiths og Yates 2012, 650; Džombić og Ogresta 2020, 89; Mckenzie og Curle 2011, 651).

Et annet funn i studien vår som var relatert til økt behov for støtte til foreldrene var at de fant mye støtte i andre foreldre som hadde opplevd den samme situasjonen (Carlsson et al. 2019; Džombić og Ogresta 2020; Peikert et al. 2020; Liu et al. 2021; Taleghani, Fathizadeh og Naseri 2012). Mange foreldre forsøkte å akseptere de nye forholdene ved å dele erfaringer med andre foreldre i samme situasjon. Foreldrene fikk god støtte ved å snakke, dele tanker, erfaringer og følelser med andre foreldre som hadde et kreftsykt barn. Dette ble høyt verdsatt hos foreldrene, da de forstår hverandres situasjon og en umiddelbar forståelse var til stede. Foreldre seg imellom oppmuntret hverandre og kunne hjelpe hverandre med å takle den krevende situasjonen (Taleghani, Fathizadeh og Naseri 2012, 345; Liu et al. 2021, 98; Peikert et al. 2020, 6; Carlsson et al. 2019, 8; Džombić og Ogresta 2020, 90).

3.3 Mestringsstrategier

Mange foreldre erfarte at de utviklet sine egne mestringsstrategier for å takle den nye hverdagen. I seks av artiklene i vår studie beskriver foreldre forskjellige mestringsstrategier som aktivt ble brukt under tiden barnet deres hadde kreft. En veldig vanlig mestringsstrategi blant mange foreldre var å fokusere på å leve en dag av gangen. Foreldre så verdien og mestring i å leve i nåtiden og ikke tenke på det ukjente i en allerede usikker tid. Denne strategien gjorde det lettere for foreldre å takle avgjørelser og ulike situasjoner når de måtte oppstå. En annen strategi som flere foreldre brukte var å aktivt delta i behandlingen, være mest mulig involvert og forsøkte å holde seg nærmest mulig barnet slik at de hadde en viss følelse av kontroll (Schweitzer, Griffiths og Yates 2012, 711; Džombić og Ogresta 2020, 88; Carlsson et al. 2020, 8; Liu et al. 2021, 98; Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 239, 240; Mckenzie and Curle 2011, 651).

Flere foreldre erfarte også å bruke optimistiske mestringsstrategier. Noen foreldre brukte sammenligning av situasjoner som en strategi, om at de var heldige og at det kunne vært mye verre. Andre foreldre prøvde også å skjule sine følelser slik som angst, stress og tristhet for å holde seg positiv overfor barnet. Flere brukte også sin religion som en mestringsstrategi. Noen foreldre brukte mestringsstrategien håp, opprettholde en stabil, positiv psykisk holdning og se positivt på ting, selv under for eksempel kreftbehandlingen (Džombić og Ogresta 2020, 88; Liu et al. 2021, 98, 99; Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 240; Mckenzie og Curle 2011, 651; Schweitzer, Griffiths og Yates 2012, 710, 711).

3.4 Frykt for tilbakefall av sykdom

I seks av artiklene ble det beskrevet at foreldre erfarte frykt for tilbakefall av sykdommen og at dette var en del av det å ha et barn med kreft. Foreldre rapporterte at dette var en av hovedbekymringene etter endt kreftbehandling (Carlsson et al. 2019; Muskat et al. 2017; Mckenzie og Curle 2011; Walker, Lewis og Rosenberg 2020; Liu et al. 2021; Demirtepe-Saygili og Bozo 2018).

Foreldre var redd for å tro at barnet deres endelig var friskt, og at verden plutselig skulle rase sammen igjen akkurat slik som første gang kreftdiagnosen ble presentert. Flere foreldre erfarte at frykt for tilbakefall av kreften var knyttet til dersom barnet fikk milde symptomer på sykdom, spesielt etter endt behandling. Frykten for tilbakefall kunne for noen knyttes til at de observerte tilbakefall av sykdom hos andre familier, og fryktet dermed at det samme skulle skje deres barn. Uavhengig av barnets krefttype og prognose, fryktet foreldre fortsatt tilbakefall og en økt sjanse for død (Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 236, 238; Muskat et al. 2017, 360; Liu et al. 2021, 98; Demirtepe-Saygili og Bozo 2018, 2214).

Det å tenke på faren for et tilbakefall av kreften var knyttet til det å ha ukontrollerbar frykt og bekymring. Frykt oppsto når den minste ting om barnets kreft relaterte-opplevelser ble nevnt. Det kunne være de minste ting som å se et tv-program om kreft. Dette igjen ville ha en negativ effekt på foreldrene fordi de opplevde at all bekymringene tærte på energinivået deres. Mange foreldre måtte håndtere tankene om tilbakefall og disse tankene førte til en viss grad av årvåkenhet hos foreldrene. Da dette var en stor bekymring for mange av foreldrene, ble det også forventet at frykten for tilbakefall ikke ville forsvinne med det første og være i deres tanker selv lenge etter endt behandling (Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 238; Carlsson et al. 2019, 11; Mckenzie og Curle 2011, 651).

3.5 Følelsen av å være alene

I fire av artiklene beskriver foreldre følelsen av å være helt alene etter endt behandling (Walker, Lewis og Rosenberg 2020, Muskat et al. 2017, Mckenzie og Curle 2011 og Carlsson et al. 2019).

Det ble for mange foreldre erfart som en stor overgang å ha helsepersonell til å passe på barna under behandlingen, til å komme hjem og ta vare på sitt eget barn alene. Følelsen av å være forlatt til seg selv, med ansvaret for et barn som nettopp hadde vært alvorlig syk var skremmende og overveldende. Å avslutte behandling ga foreldrene glede, men samtidig representerte det en tid med usikkerhet og frykt for det ukjente. Det var erfart av mange foreldre at den aktive behandlingsfasen versus etter endt behandling var veldig forskjellig. Foreldre var skuffet, uforberedt, og de følte en tydelig mangel på støtte fra helsepersonell. Dette kunne relateres til følelsen av å være uforberedt, da helsepersonell tok over mye av ansvaret for barnet under behandlingsfasen på sykehuset. Foreldre erfarte derfor at det var vanskelig å plutselig ha alt ansvaret for barnet igjen. Noen foreldre erfarte at det var vanskelig å kommunisere med helsepersonell og de hadde vist lite forståelse mot foreldrene og lite interesse i deres beste. Etter behandlingen var avsluttet følte også noen foreldre at forholdet til helsepersonellet brått endret seg. Noen følte at støtten fortsatt var der, mens de fleste erfarte at de var alene (Carlsson et al. 2019,7, 9; Muskat et al. 2017, 361, 362; Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 237; Mckenzie og Curle 2011, 650, 651). En av foreldrene forklarte det på denne måten:

.. And as soon as she got the scan that she didn't have cancer any more, everybody celebrated: it's okay now we're going on to our life. So it's almost like when somebody dies at you, you surround that person who's left for the funeral and for the preparations and as soon as the funeral's over, and the person's buried, everybody goes back to their normal lives and the person who lost that person is all alone. And it's kinda like that. All of a sudden, you're all alone (Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 237).

Følelsen av å være alene førte til at mange foreldre hadde mange spørsmål rundt tiden etter endt behandling. Mer kunnskap blant foreldrene om barnets kreftbehandling gjorde at de hadde flere spørsmål om tiden videre, og nå var de alene uten svarene. Det å fortsatt ha kontakt med helsepersonell etter behandling var høyt ønsket. Tiden under den aktive behandlingsfasen var en sårbar og krevende tid for hele familien, og foreldrene stolte sterkt på helsepersonell for veiledning og støtte (Walker, Lewis og Rosenberg 2020, 238; Muskat et al. 2017, 361).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

I metodediskusjon skal vi diskutere litteraturstudiens metodiske styrker og svakheter (Eines 2020, 6). Vi har valgt å diskutere styrke og svakhet rundt inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyseprosess.

4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten i vår studie er å få en dypere forståelse av foreldres erfaringer. Kun kvalitative artikler ble inkludert da dette er det beste forskningsdesignet til å undersøke menneskers erfaringer og opplevelser (Nortvedt et al. 2012, 72). Vi mener derfor at det er en styrke å kun inkludere kvalitative forskningsartikler.

Vi har inkludert studier fra Sverige, Tyrkia, Kroatia, Kina, Canada, Tyskland, Australia, Iran og USA hvor alle var skrevet på engelsk. Vi mener det er en styrke at vi har inkludert forskning fra ti ulike land, som kan gi sykepleiere en forståelse av ulike religioner og kulturbakgrunner. Dette anser vi som viktig med det økende flerkulturelle samfunnet vi har i dag. Resultatet på tvers av studiene samsvarer, som vil bidra til å gi en dypere kulturell forståelse. En svakhet kan være at resultatene fra studiene kanskje ikke er direkte overførbare til praksis i Norge.

Et av studiens eksklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år gamle. Dette er en styrke i vår studie fordi vi ekskluderer gammel forskning. Vi avgrenset derfor søket fra 2011 til 2021, som gir et mer relevant resultat til nåtidens praksis.

Vi har valgt barn som tema for vår studie. Det kan være en svakhet da aldersgruppen er bred. Erfaringene fra foreldrene kan være forskjellige ut ifra hvilken alder barnet er i under kreftforløpet. Begrunnelsen for at vi ikke begrenset aldersgruppe i vår litteraturstudie var fordi det var mangel på tilgjengelig forskning ved en mer spesifikk aldersgruppe.

4.1.2 Søkestrategi

I forkant av våre litteratursøk fikk vi veiledning fra bibliotekar. Vi fikk hjelp til plassering av ulike søkeord i vårt PIO-skjema, en gjennomgang av hvordan vi bruker de ulike

databasene og tips til trunkering for å utvide søk. Vi anser veiledningen fra bibliotekar som en styrke, da vi fikk en systematisk søkestrategi som førte til flere relevante treff.

Under søkeprosessen brukte vi fire ulike databaser som vi anser å være en styrke i vår studie. Vi fikk også flere av samme treff på tvers av de ulike databasene, som kan tyde på at vi har brukt gode søkeord. I enkelte databaser fikk vi mange treff, dette anses å være en svakhet i vår studie da vi kan ha oversett mange gode og relevante artikler grunnet at det var uoverkommelig å lese gjennom alt. Alle artiklene i vår litteraturstudie er publisert i tidsskrifter som er fagfelleurdert til minimum nivå 1, som også er en styrke ved vår studie.

4.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Under prosessen i å kvalitetsvurdere artikler brukte vi sjekklister for kvalitative forskningsartikler (Helsebiblioteket 2020). Vi utførte grundige individuelle vurderinger av hver enkelt artikkel for å sikre best mulig kvalitet, slik at vi kunne sammenligne resultatene etterpå. Dette ga oss rom for diskusjon som kunne føre til mer reflekterte resultater og en grundig gjennomgang av hver enkelt artikkel. Vi mener dette er en styrke med vår studie.

Vi har vektlagt etiske hensyn gjennom alle inkluderte artikler. 9 av 10 artikler er godkjent av etiske komité, noe som er viktig da studien vår utforsker erfaringer til foreldre med et kreftsykt barn. En artikkel oppga ikke informasjon om at den var godkjent av en etisk komité, men likevel beskriver forsker at det er tatt hensyn til etiske vurderinger for deltakerne av studien. Vi anser ikke dette som en svakhet, men heller en styrke da vi har vektlagt etiske hensyn og vært bevisst på dette under hele prosessen.

4.1.4 Analyseprosess

Vi leste gjennom og analyserte artiklene hver for oss, for så å diskutere innholdet i hver enkelt artikkel. Deretter nummererte vi artiklene for å skape god oversikt og sikkerhet, med mindre sjanse for å blande sammen resultatene. Etter å ha nummerert artiklene, leste vi gjennom de på nytt for å lage tankekart med nøkkelfunn. Vi lagde deretter en tabell med hovedfunn. Dette var en systematisk og strukturert metode som vi mener er en styrke ved vår studie.

I vår litteraturstudie er alle artiklene skrevet på engelsk. Selv om vi har gode engelske språkferdigheter, må det tas høyde for at det kan ha oppstått misforståelser eller feiltolkninger av innholdet i oversettelsen. Dette kan være en svakhet i vår studie.

4.2 Resultatdiskusjon

Vår hensikt var å belyse foreldres erfaringer knyttet til det å ha et barn med kreft. Vi skal i dette kapittelet diskutere resultatet fra vår studie opp mot relevant teori, forskning og kliniske erfaringer, samt diskutere konsekvenser for klinisk praksis (Eines 2020, 6).

4.2.1 Relasjonsbygging

Et funn i vår studie var at foreldre erfarte stress etter å ha fått et barn diagnostisert med kreft. Når et barn blir alvorlig sykt og må innlegges på sykehus blir de fleste foreldre preget av stress, usikkerhet og engstelighet. Dette vil over en periode ha negative konsekvenser for foreldres helse (Grønseth og Markestad 2017, 87). Etter å ha gjennomført praksisstudier har vi oppfatningen av at foreldre og deres barn som regel er svært nært knyttet. Moesmand (2004, 151) forteller at jo tettere det følelsesmessige båndet er, jo mer sannsynlig er det at foreldrene påvirkes sterkt følelsesmessig av at barnet er akutt kritisk sykt.

Pårørendes psykologiske stress kan variere ut fra en rekke forhold, ofte kan det knyttes opp imot alvorlighetsgraden på sykdommen, prognose, eventuelle komplikasjoner og om de har tilgang til sosial støtte (Moesmand 2004, 151). I en stress- og krisesituasjon er det vesentlig at foreldre opplever at sykepleier tar seg tid til dem (Stubberud 2005, 60). Grønseth og Markestad (2017, 87) sier at stress kan reduseres gjennom god kommunikasjon og oppbygging av tillit. Sykepleier skal kunne sikre at familien blir mottatt og ivaretatt på en tilstrekkelig måte. Det er også vesentlig å styrke foreldres egne ressurser under den tiden hvor barnet er sykt.

Ifølge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (§6, 2000) plikter personellet å avklare med foreldrene hvilke oppgaver foreldre ønsker og kan utføre mens de er hos barnet. Foreldre skal ha muligheten til å være til stede under barnets behandling dersom det er ønsket av barnet, og det ikke skaper vanskeligheter rundt gjennomførelsen av behandlingen. Loven beskriver også at begge foreldre har rett på å være hos barnet ved

alvorlig eller livstruende sykdom (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, §6, 2000). Sykepleier kan inkludere foreldre ved å la de bidra under praktiske oppgaver som aktiviteter, stell eller matning. Foreldre vil da ha behov for veiledning fra sykepleier i hvordan dette skal gjøres (Stubberud 2005, 58). Å inkludere foreldre gir motivasjon, og følelsen av å være til nytte gir mening og personlig styrke (Grov 2015, 65). Involvering av foreldre kan også føre til at de opplever en form for kontroll over situasjonen, som igjen kan bidra til å redusere stress (Grønseth og Markestad 2017, 87). Vår oppfatning etter å ha gjennomført praksisstudiene er at inkludering av pårørende under behandling av sykdom eller skade fører til mindre bekymringer og stress.

Et funn i vår studie var at mange av foreldrene opplevde skyldfølelse som en del av at deres barn hadde kreft. Foreldre erfarte at de ikke strakk til hos de andre barna i familien, fordi de var opptatt med å pleie deres alvorlige syke barn. Enkelte foreldre følte også at det var deres feil at de ikke hadde oppdaget symptomene tidligere. For å kunne hjelpe foreldre med deres skyldfølelse er det vesentlig å være åpen for kommunikasjon og snakke om det foreldrene føler (Dyregrov, Raundalen og Grung 1996, 33). For at foreldre skal kunne snakke om et slikt sårbart tema er det viktig med tillit og et godt forhold mellom sykepleieren og foreldrene. Når man opplever tillit, er det større sannsynlighet for at man åpner seg. Tillit er grunnsteinen i all kommunikasjon, og det er spesielt viktig med personer som er sårbare eller i krise. Vi som sykepleiere kan bygge tillit gjennom åpen og ærlig informasjon. Kunnskapen fra sykepleier er viktig, særlig for foreldre til akutt kritisk syke (Heyn 2018, 39,40). I samtale med foreldre er det viktig for en sykepleier å vite at man aldri kan ta bort sorg eller skyld, men at sykepleieren kan hjelpe foreldrene til å leve bedre med reaksjonene. Det viktigste er å ikke legge lokk på slike situasjoner sånn at foreldrene blir sittende alene med tanker (Dyregrov, Raundalen og Grung 1996, 33).

I klinisk praksis kommer det frem hvor viktig kommunikasjon, tillit og relasjon til sykepleieren er. Ingen ønsker å være åpen eller ha tillit til en sykepleier som ikke tar seg tid til å lytte, vise empati eller møter behovet til pårørende. Foreldrene er barnets viktigste støttespillere gjennom sykdommen og det er derfor viktig at vi som sykepleiere også tar vare på dem. Tillit og relasjonsbygging krever tid og siden foreldrene er i en krise, trenger de en sykepleier som kan gjøre sitt ytterste for å møte deres behov, svare på spørsmål og viser at de er der for dem.

4.2.2 Viktigheten av tilstrekkelig støtte fra helsepersonell

I våre funn kom det fram at foreldre følte et økt behov for støtte av personer rundt seg. De opplevde spesielt støtte fra venner og familie, samt andre foreldre til barn med kreft. Under et kreftforløp vil det tilbringes mye tid på institusjon rundt helsepersonell, derunder sykepleiere. Støtte bør dermed også være tilgjengelig fra sykepleiere til foreldre. Ifølge Grønseth og Markestad (2017, 89) trenger foreldre å bli sett og få støtte fra sykepleiere om at de står overfor en tøff situasjon.

Ifølge Helsedirektoratet (2015) er det viktig at helsetjenesten sørger for at pårørende får nødvendig informasjon, støtte og avlastning. Sosial støtte kan gis gjennom sosiale relasjoner, fra sykepleier til foreldre. Støtten kan være både praktisk og emosjonell og bidra til at en bedre mestrer stress (Eriksen 2016, 894). Å gi emosjonell støtte eller bekreftelse handler om å møte behovet for forståelse, oppmuntring og akseptere følelser (Kjøllesdal og Moesmand 2004, 24). Stubberud og Gulbrandsen (2020,129) forteller at ved å gi sosial støtte skaper man trygghet, demper uro, og bidrar til mestring, samhørighet og håp. Vi fant ut at noen foreldre ikke opplevde støtte på en positiv måte fra familie og venner. Det er derfor ekstra viktig at sykepleier kan støtte opp foreldre, da noen foreldre ikke har støtten de trenger fra andre personer. Vår jobb som sykepleier vil da være å lytte når pårørende beskriver en situasjon og bekrefte deres følelser rundt denne situasjonen.

Når foreldre har et kritisk sykt barn, kan de komme på å sette sine grunnleggende behov til side for å prioritere barnet. Sykepleiere må derfor kunne oppfordre foreldre til å ivareta sine egne behov. For å unngå dårlig samvittighet hvis foreldre må forlate barnet, er det viktig at man kan gi støtte på at dette kan gjøres med god samvittighet. Vi erfarer at støtte og påminnelse til pårørende om å ta vare på egne behov i en situasjon hvor deres nærmeste er syk, har bidratt til at de får ta seg en pause for å ivareta sine grunnleggende behov. Eksempler på dette er at pårørende har dratt hjem for å sove eller forlater pasienten for å kjøpe seg mat. Sykepleier kan forsikre om at deres nærmeste blir ivaretatt på best mulig måte, selv om de ikke er til stede hver time i døgnet. Sykepleier kan også opplyse om at foreldrene blir kontaktet hvis det skulle oppstå endringer i pasientens tilstand (Stubberud og Gulbrandsen 2020, 129). Å støtte pårørende som er i krise kan by på store sykepleiefaglige utfordringer. Det stilles krav til sykepleier om å kunne tilpasse seg hver enkelt sorgreaksjon og ut ifra dette utføre sykepleietiltak som bidrar til økt støtte. Vi har

erfart fra praksisstudier at pårørende har svært ulike reaksjoner når deres kjære er syk. Det vil derfor være viktig at sykepleiere er tilpasningsdyktig i utøvelse av praksis.

4.2.3 Å mestre den nye hverdagen

I våre funn kom det fram at foreldre erfarte å benytte ulike mestringsstrategier for å takle den nye livssituasjonen med et kreftsykt barn. Kristoffersen (2012, 157) sier at mestring er et dynamisk fenomen og vår evne til mestring er en kontinuerlig prosess gjennom hele livet. Evnen til å lære, ha tid til å bearbeide erfaringer og til å være i utvikling som menneske er sentrale prosesser i evnen til å kunne oppnå mestring. Mange av disse mestringsstrategiene som foreldre benyttet, fokuserte på barnet og gikk ofte på bekostning av foreldrenes egen helse. Ifølge Gulbrandsen og Stubberud (2005, 44) iverksettes mestringsstrategier som en forsvarsmekanisme når en opplever stress, hvor målet er å få kontroll på situasjonen.

En av mestringsstrategiene for foreldrene var å leve en dag av gangen for å slippe å tenke på det ukjente i framtiden. Lazarus og Folkman (1984, 1980) skiller mellom to hovedtyper av strategier for å mestre stressende situasjoner. Disse hovedtypene er problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring skal bidra til å løse eller håndtere stressfulle situasjoner og øke foreldrenes handlingsmuligheter. Emosjonelt orientert mestring bidrar til å redusere ubehagelige følelser i stressfulle situasjoner (Kristoffersen 2012, 145). Et funn var at foreldrene benyttet seg av disse to hovedtypene for mestringsstrategier. Foreldre tenkte på hva som kan ha forårsaket kreften hos barnet, vurderte situasjonen, ønsket informasjon, kunnskap, veiledning og støtte fra helsepersonell. Foreldrene tilpasset den nye livssituasjonen aktivt og foretok også en revurdering av situasjonen etter ny kunnskap og forståelse, dette er problemorienterte mestringsstrategier. Ved emosjonelt orientert mestring forsøkte enkelte foreldrene bevisst å beherske følelsene sine ved å tenke på noe annet for å ikke påvirke barnet negativt eller virke svak. Foreldre bagatelliserte alvoret i kreftdiagnosen og benyttet forsvarsmekanisme i form av fornektelse ved bekreftelse på diagnosen til barnet.

I studien til Vågan, Eika og Skirbekk (2016) fortelles det om hvor nyttig det er at fagpersoner, derunder sykepleiere kan praktisk formidle kunnskap om mestring og mestringsstrategier. Å gi pårørende kunnskap om mestring og mestringsstrategier er viktig

for å kunne gi et godt utbytte av lærings og mestringstilbud. Det er viktig at sykepleier har en god pedagogisk evne i utførelse av praksis, for å lære pårørende til å ta i bruk mestring.

4.2.4 Viktigheten av informasjon fra helsepersonell

Vi kom frem til at mange foreldre følte en stor overgang fra behandling hvor de hadde helsepersonell tilgjengelig, til å dra hjem hvor de skulle ta vare på barnet alene. Dette resulterte i at mange foreldre hadde følelsen av å være forlatt og at de hadde fått for lite informasjon. Ifølge Aarthun (2018) fikk foreldre som hadde samtaler med helsepersonell en større grad av forståelse av barnets helsetilstand. Samtalene ga dem større trygghet, noe som igjen kan bidra til at de fikk mulighet til å ta opp bekymringer og diskutere. Ifølge Helsedirektoratet (2018) må helsepersonell være proaktive og oppsøkende overfor pårørende i etterkant av akutte situasjoner og kriser. Sykepleier må oppmuntre foreldre til å spørre dersom det skulle være noe. Det å vise medfølelse, lytte aktivt og oppmuntre foreldrene til å uttrykke det de føler, kan være et større behov enn det sykepleier i utgangspunktet antar. I samtale med foreldre må sykepleiere gi ærlig og realistisk informasjon. Dette er med på å øke foreldrenes opplevelse av kontroll og bidrar også til at de mestrer situasjonen bedre fordi foreldrene er bedre forberedt (Grønseth og Markestad 2017, 88).

Vi fant ut at mange foreldre erfarte å sitte igjen med mange spørsmål etter endt kreftbehandling. Foreldre trenger ofte hjelp til å forstå informasjonen om barnets medisinske tilstand og behandling, eller til å finne mer informasjon. Selv når barnets prognose er dårlig vil god forståelse av sykdommen og behandlingen redusere usikkerhet og forbedre foreldrenes mestringsfølelse. Som sykepleier kan man hjelpe foreldre til en bedre forståelse ved å unngå teknisk og medisinsk språk. Dette vil minske risikoen for at foreldrene blir forvirret og at misforståelser eller feiltolkninger oppstår (Grønseth og Markestad 2017, 88, 89). Dette bekrefter også Nordby (2009) som opplyser at pårørende ofte har en relativt svak forståelse for medisinske uttrykk.

4.2.5 Forberedelse til hjemreise

Våre funn viser at mange foreldre fryktet tilbakefall av kreften hos sine barn. Foreldre i krise får kun med seg en brøkdel av informasjon som blir sagt. Når personer står i en utfordrende situasjon, har de en tendens til å huske informasjon som er skremmende eller negativ. For å hindre frykt og redusere følelsen av å sitte igjen med spørsmål uten å kunne

spørre, er det vesentlig at sykepleier informerer foreldre om at informasjonen kan gjentas, også uoppfordret i tilfelle foreldre ikke spør etter den (Heyn 2018, 43). Gjentakelse av informasjon er svært viktig for klinisk praksis. Vi har selv erfart at pårørende spør om informasjon de allerede har fått, fordi de ikke får med seg alt i den krevende situasjonen. Gjentakelse vil bidra til at flere får med seg viktig informasjon og bidra til økt trygghet.

Ut ifra våre funn viser det seg at følelsen av å være alene var sterk for noen av foreldre etter endt behandling. Helsepersonell må så langt det er mulig fange opp tegn på at pårørende kan ha behov for egen helsehjelp og bør få tilbud om bistand (Helsedirektoratet 2018). Det er svært viktig at foreldre får nødvendig informasjon og øvelse på sykehuset i forkant av utskrivelse. Ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (§3-8, 1999) er sykehuset pålagt å gi pasienter og pårørende opplæring. God opplæring skal bidra til å redusere komplikasjoner, samt forbedre livskvalitet (Helsedirektoratet 2015). God opplæring vil også føre til at foreldre føler seg forberedt på det ansvaret som følger med barnet etter utskrivelse og sikrere i egen foreldrerolle. Trygghet hos foreldre vil øke følelsen av en mykere overgang fra behandling på sykehuset til hjemmet. Øvelse kan øke følelsen av at foreldre har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å skulle ta vare på sitt eget barn uten assistanse fra helsepersonell. Dersom foreldre er usikre, skal terskelen være lav for å kontakte helsevesenet (Grønseth og Markestad 2017, 89).

Vi fant også ut at noen foreldre følte behovet for oppfølging etter utskrivelse. Ifølge Grønseth og Markestad (2017, 89) skal sykehuset ta kontakt med kommunale hjelpeapparat i samråd med foreldrene. Dette kan sykepleier gjøre for at foreldre skal føle seg trygge på å være kompetente nok til å vurdere barnets tilstand og ta beslutninger. Etter å ha fått nødvendig informasjon, øvelse og tilstrekkelige kunnskaper på sykehuset med veiledning fra sykepleier, vil følelsen av å være alene etter behandling, samt frykten for tilbakefall reduseres. Vi har gjennom praksisstudier selv erfart at informasjon kan bidra til trygghet hos pasienter og pårørende.

5.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse foreldres erfaringer knyttet til det å ha et kreftsykt barn. Ut ifra vår hensikt kan vi konkludere med at foreldre hadde mange ulike erfaringer.

Vi fikk en forståelse av at kreftbehandlingen opplevdes som en stressende tid for foreldre og at mange fikk skyldfølelse for å tilbringe for mye tid med det syke barnet når de hadde andre barn i familien som foreldrene skulle ta vare på. Vi fant ut at foreldre erfarte et økt behov for støtte og fant dette gjennom familie, venner og andre foreldre til barn med kreft. For mange av foreldrene var ulike mestringsstrategier et redskap for å takle den nye hverdagen. Å leve en dag av gangen eller å sammenligne med andre i lik situasjon er noen eksempler på mestringsstrategiene foreldrene brukte.

En felles erfaring for mange foreldre var at de hadde følelsen av å være alene når behandlingen til barnet var over. Selv om noen foreldre følte de hadde støtten fra helsepersonell, kom det tydelig frem at flertallet følte de manglet støtte og tilstrekkelig med informasjon rundt barnets kreft og livet videre etter utskrivelse. Mangel på tilstrekkelig informasjon førte til ubesvarte spørsmål. Foreldre erfarte også en brå overgang fra å ha helsepersonell tilgjengelig til å skulle ha alt ansvaret for barnet alene. Det kom tydelig frem at mange av foreldrene fryktet at deres barn skulle få tilbakefall av kreft i etterkant av behandlingen.

5.1 Konsekvenser for praksis

For at man skal kunne yte god sykepleie til foreldre med alvorlig syke barn er det viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om deres erfaringer. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere tar til oss kunnskapen om foreldres erfaringer videre til praksisutøvelse. Ved økt kunnskap om foreldres krise i tiden med et alvorlig sykt barn, vil sykepleiere få en mer helhetlig forståelse og deretter bedre kunne bidra med støtte til foreldre.

5.2 Anbefalinger til videre forskning

Ut ifra våre funn kom det fram at mange foreldre følte seg forlatt og at de manglet viktig informasjon om hvordan de skulle ta vare på barnet etter utskrivelse. Dette førte til at foreldre satt med ubesvarte spørsmål. Vi mener derfor at det burde forskes videre på hvordan sykepleiere kan ivareta foreldre til barn med alvorlig sykdom etter utskrivelse på sykehus. Økt kunnskap rundt temaet vil kunne bidra til at foreldre føler seg bedre ivaretatt etter behandling. Det vil også kunne gi en mykere overgang for foreldre fra å ha helsepersonell tilgjengelig til å skulle ta vare på barnet alene. Det burde spesielt

fokuseres på hvordan sykepleier kan øke mestring hos pårørende og sykepleiers pedagogiske rolle til pårørende.

Referanseliste

- Aarthun, Antje. 2018. "Helsepersonell må bry seg mer om barnas foreldre." Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2018/10/helsepersonell-ma-bry-seg-mer-om-barnas-foreldre>
- Barnekreftforeningen. 2021. "Familiesamspill." Lest 27.04.2021 <https://www.barnekreftforeningen.no/barnekreft/familiesamspill>
- Carlsson, Tommy, Laura Kukkola, Lisa Ljungman, Emma Hovén og Louise von Essen. 2019. "Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study." *Plos One* 14 (6): 1-18. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0218860>
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskrivning*. 6 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Demirtepe-Saygili, Dilek og Özlem Bozo. 2018. "Affective experiences of the parents of children with cancer: A qualitative study." *Current Psychology* 39 (2020): 2211-2220. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12144-018-9905-8>
- Dyregrov, Atle, Magne Raundalen og Berit Reppesgård Grung. 1996. *Barn på intensivavdelingen*. Bergen/Oslo: Sykepleien.
- Džombić, Anita og Jelena Ogresta. 2020. "Living "day-by-day": Parents' experiences during their child's active cancer treatment." *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 56 (1): 85-95. <https://hrcak.srce.hr/240188>
- Eines, Trude Fløystad. 2020. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.
- Eriksen, Siren. 2016. "Menneskets psykososiale behov." I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 887-904. Oslo: Cappelen Damm.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon av 1. desember 2000 nr 1217*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20barn%20i%20helse>

Fossheim, Hallvard J. 2015. "Samtykke." *Forskningsetikk*.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/samtykke/>

Grov, Ellen Karine. 2015. "Å være pårørende til en hjelpetrengende pasient." I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 56-69. Oslo: Cappelen Damm.

Grønseth, Randi og Trond Markestad. 2017. *Pediatric og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. 2020. "Sjekkliste, kvalitativt studie." Lest 15.04.2021.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsedirektoratet. 2015. "Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne." Oppdatert 12. oktober, 2015.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveiledere/parorende>

Helsedirektoratet. 2018. "Støtte til pårørende i akutte situasjoner og kriser." Oppdatert 18. januar 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-i-akutte-situasjoner-og-kriser#vurder-behovet-for-oppfolging-etter-krisen-begrunnelse>

Helsenorge. 2019. "Kreft hos barn". Oppdatert 30. Juli, 2019. Lest 27. 04.2021
<https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/barnekreft/kreft-hos-barn/>

Heyn, Lena Günterberg. 2018. *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kjøllesdal, Astrid og Anna Marie Moesmand. 2004. "Introduksjon om sykepleie til akutt kritisk syke." I *Å være akutt kritisk syk*, redigert av Anna Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal, 17-34. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kreftregisteret. 2019. "Barnekreft." Lest 27. April, 2021.

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Barnekreft/>

Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. "Stress og mestring." I *Grunnleggende sykepleie bind 3*, redigert av Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 133-196. Oslo: Gyldendal Akademisk

Liu, Qian, Marcia A. Petrini, Dan Luo, Bing Xiang Yang, Jiong Yang og Joan E. Haase. 2021. "Parents' Experiences of Having a Young Child With Acute Lymphoblastic Leukemia in China." *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 38 (2): 94-104.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1043454220975463>

Mckenzie, Sian E. og Christine Curle. 2011. "The end of treatment is not the end': parents' experiences of their child's transition from treatment for childhood cancer." *Psycho-Oncology* 21 (6): 647-654. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pon.1953>

Moesmand, Anna Marie. 2004. "Pårørende til akutt kritisk syke." I *Å være akutt kritisk syk*, redigert av Anna Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal, 144-206. Oslo: Gyldendal akademisk.

Muskat, Barbara, Heather Jones, Sonia Lucchetta, Wendy Shama, Sue Zupanec og Andrea Greenblatt. 2017. "The Experiences of Parents of Pediatric Patients With Acute Lymphoblastic Leukemia, 2 Months After Completion of Treatment." *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 34 (5): 358-366. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1043454217703594>

Nordby, Halvor. 2009. "Oppfatter pasienten det du sier?" Sykepleien.

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/oppfatter-pasienten-det-du-sier>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinar. 2012. *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Cappelen Damm.

Peikert, Mona L., Laura Inhestern, Konstantin A. Krauth, Gabriele Escherich, Stefan Rutkowski, Daniela Kandels og Corinna Bergelt. 2020. "Returning to daily life: a qualitative interview study on parents of childhood cancer survivors in Germany." *BMJ Open* 10 (3): 1-8.

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/3/e033730.full.pdf>

Schweitzer, Robert, Maya Griffiths og Patsy Yates. 2012. "Parental experience of childhood cancer using Interpretative Phenomenological Analysis." *Psychology and Health* 27 (6): 704-720.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2011.622379?journalCode=gpsh20>

Sidetmedord.no. u.å. "Et sykt barn." Lest 04.04.2021. <https://www.sidetmedord.no/Erfaringer-og-dikt/Dikt/Haap/Et-sykt-barn>

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 nr 61*.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#§3-8

Stubberud, Dag-Gunnar. 2005. "Pårørende." I *Intensivsykepleie*, redigert av Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud, 56-62. Oslo: Akribe.

Stubberud, Dag-Gunnar og Tove Gulbrandsen. 2020. *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm

Taleghani F., N. Fathizadeh og N. Naseri. 2012. "The lived experiences of parents of children diagnosed with cancer in Iran." *European Journal of Cancer Care* 21 (3): 340-348.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2354.2011.01307.x>

Vågan, André, Kari Eika og Helge Skirbekk. 2016. "Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring." *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2016/12/helsepedagogisk-kompetanse-laering-og-mestring>

Walker, Amy J., Frances M. Lewis og Abby R. Rosenberg. 2020. "Walking on Eggshells: Parents' First Year After Their Adolescent Completes Their Cancer Treatment." *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 37 (4): 233-243. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043454220909788>

World Health Organization. 2018. "Improving childhood cancer cure rate." Oppdatert 21. november 2018. Lest 27.04.2021. <https://www.who.int/activities/improving-childhood-cancer-cure-rate>

Zeller, Bernward og Finn Wesenberg. 2016. "Barnekraft er annerledes." *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening* 2016 (17): 1464-1466. <https://tidsskriftet.no/2016/09/kronikk/barnekraft-er-annerledes>

Vedlegg 1 – PIO-skjema

	P	I	O
Engelsk	Parents*	Cancer Child*	Experience*

Vedlegg 2 -Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
Parents* AND cancer AND child* AND experience* Limit 5 to yr="2011 - Current"	13.04.202 1	Medline	607	6	3	3 (Artikkel 10, Artikkel 1 og Artikkel 7)
Parents* AND cancer AND child* AND experience* Limit 5 to yr="2011- Current" Limit 6 to english language	15.04.202 1	Medline	592	8	3	1 (Artikkel 5)
Parent*, AND child* AND cancer*, AND experience* Limit yr= 2011-2021	13.04.202 1	CINAHL	721	6	2	1 (Artikkel 4)

Parents* AND cancer AND child* AND experience* limit 5 to (english language and yr="2011 - Current")	15.04.202 1	PsycINFO	451	9	6	4 (Artikkel 8, Artikkel 9, Artikkel 2 og Artikkel 3)
parent* AND cancer AND child* AND experience* Språk= engelsk, utgivelsesdat o= siste 10 år. Materialtype = Artikler	17.04.202 1	ORIA	103 527	6	4	1 (Artikkel 6)

Vedlegg 3 – Oversiktstabell for inkluderte artikler

Artikkel 1	
Forfattere (år) Land Tidsskrift	Carlsson, Tommy, Laura Kukkola, Lisa Ljungman, Emma Hovén og Louise von Essen. 2019. Sverige Plos One
Tittel	“Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study”
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke psykisk stress til foreldre etter barnet deres hadde gjennomgått behandling for kreft.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Det ble gjennomført to åpne intervjuer per deltaker for å identifisere deltakerens følelser og tanker knyttet til det å ha et barn med kreft. Data ble analysert ut ifra induktiv latent kvalitativ innholdsanalyse.
Deltakere/Frafall	Av 80 potensielle deltakere ble 15 foreldre til barn behandlet for kreft rekruttert via et pediatrik onkologisk senter. 48 ble ekskludert og 17 ville ikke delta. Foreldre måtte kunne snakke svensk og ha et barn som hadde gjennomgått behandling for kreft. De måtte også bekrefte at de hadde opplevd psykologisk stress av noe slag.

Hovedfunn	Foreldre opplevde kreftbehandlingen som skremmende og ukjent. Noen foreldre klarte å tilvenne seg den nye situasjonen, mens andre slet med dette. Sosial støtte fra venner og familie hadde en positiv innvirkning på foreldrene. Det var også god støtte og snakke med andre foreldre som også hadde barn med kreft. Foreldre fokuserte også på å støtte barnet sitt, samt beskytte det og følte en frykt for tilbakefall av sykdom. Foreldre ønsket at livet skulle gå tilbake til normalen. Noen foreldre opplevde at forholdet ble tettere, mens andre hadde opplevd det motsatte. Flere foreldre opplevde kreftbehandlingen som tøff og hadde mangel på energi til dagligdagse oppgaver. Foreldre fikk også et nytt perspektiv på livet etter barnets kreftbehandling.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av det regionale etiske kontrollorganet i Uppsala. Alle deltakere hadde gitt skriftlig informert samtykke.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 2	
Forfattere (år)	Demirtepe-Saygili, Dilek og Özlem Bozo. 2018.
Land	Tyrkia
Tidsskrift	Current Psychology
Tittel	“Affective experiences of the parents of children with cancer: A qualitative study”
Hensikt	Hensikten med studien var å kvalitativt undersøke de affektive opplevelsene til foreldre til barn med kreft.

Metode/Instrument	Den kvalitative metoden til studien er basert på IPA, fortolkende fenomenologisk analyse. IPA har som hensikt å undersøke personlige erfaringer i detalj. IPA bruker semistrukturerte intervju.
Deltakere/Frafall	20 foreldre til barn med kreft i alderen 10 måneder til 17 år ble med i studien. Alle foreldre var bosatt i Tyrkia.
Hovedfunn	Tre overordnede tema ble oppdaget hos foreldrene: negative affekter, følelsesundertrykkelse og positiv påvirkning. Tristhet var rapportert hos en god andel, spesielt rett etter diagnose og under behandling. Foreldrene erfarte at de følte seg hjelpeløse, redd og skuffet. De følte også angst da de hadde det hadde ansvaret for dagligdagse oppgaver, samt et barn som gjennomgikk behandling på sykehus og de ble engstelige for å ikke kunne oppfylle sitt ansvar og plikter. De følte også sinne og skyldfølelse, da de ikke hadde like god tid til søsken til det syke barnet. Foreldre følte de måtte undertrykke sine følelser for at barnet skulle føle seg bedre. Foreldrene fokuserte kun på de syke barnet og ikke seg selv, foreldrenes velvære var betinget av barnets velvære. Selv om behandling og diagnose var preget av negative følelser og usikkerhet, var det også noen som opplevde optimisme og viktighet av familien. Noen foreldre følte seg stolte fordi de klarte å håndtere en så tung prosess.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Ethical Review Board på universitetet og av Review Board of City Provincial Directorate of Health. Godkjenning fra ledere for pediatriiske onkologiske avdelinger på sykehuset ble innsamlet. Deltakerne ga skriftlig informert samtykke.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 3	
Forfattere (år)	Džombić, Anita og Jelena Ogresta. 2020
Land	Kroatia
Tidsskrift	Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja
Tittel	“Living “day-by-day”: Parents’ Experiences During Their Child’s Active Cancer Treatment”
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke erfaringer til foreldre til barn med kreft som er under behandling.
Metode/Instrument	IPA, fortolkende fenomenologisk analyse ble brukt i denne studien. Foreldre ble intervjuet med semistrukturerte intervju. Intervjuet ble delt inn i flere tematiske seksjoner.
Deltakere/Frafall	11 foreldre til barn som var under behandling for kreft ble med i studien. Foreldre ble rekruttert av to onkologer og sykepleiere på barnesykehuset Zagreb. Foreldre til barn som var i en palliativ setting ble ekskludert.
Hovedfunn	Foreldre brukte forskjellige mestringsstrategier under barnets kreftbehandling som å være aktiv i barnets behandling, fokusere på «her og nå» og akseptere den nye normalen. Foreldre erfarte at behandlingen krevde en forandring i familielivet og de måtte tilpasse seg den nye familiedynamikken. Noen foreldre opplevde oppførselen til familie og venner som en byrde, mens andre fikk en positiv innvirkning fra familie. Den viktigste støtten under behandling var barnets styrke, venner, partner og andre foreldre som også hadde barn med kreft.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av den etiske komitéen på sykehuset. Deltakerne ga skriftlig informert samtykke.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 4	
Forfattere (år)	Liu, Qian, Marcia A. Petrini, Dan Luo, Bing Xiang Yang, Jiong Yang og Joan E. Haase. 2021.
Land	Kina
Tidsskrift	Journal of Pediatric Oncology Nursing
Tittel	“Parents’ Experiences of Having a Young Child With Acute Lymphoblastic Leukemia in China”
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive foreldres erfaringer av å ha et barn med kreft, akutt lymfatisk leukemi, i Kina.
Metode/Instrument	Studien brukte ansikt til ansikt dybdeintervju. Haases tilpasning av Colaizzis empiriske fenomenologimetode ble brukt til å innhente og analysere foreldres opplevelser. Målet med empirisk fenomenologi er å beskrive fellestrekk for levde opplevelser blant personer som har opplevd lignende hendelser.
Deltakere/Frafall	10 foreldre ble rekruttert ved hjelp av målrettet prøvetakning fra et kvinne- og barnesykehus i Kina. Inklusjonskriteriene for studien var at foreldre måtte være over 18 år og ha primær omsorgen for barnet.
Hovedfunn	Foreldre anerkjente den nye normalen og ble fullt engasjerte i barnets kreftreise og påtok seg alt ansvar. Foreldre følte press for å forstå kreftsykdommen og kreftbehandlingen. Barnets bivirkning påvirket foreldrene i negativ retning. Foreldre opplevde stor nød gjennom kreft opplevelsen, derunder behandlingen. Dette påvirket familiedynamikken og foreldre klarte ikke å strekke til å møte andre familiemedlemmers behov. Foreldre følte seg også usikker og det var vondt å se barnet deres under behandling. Foreldre brukte ulike mestringsstrategier og

	mottok støtte fra familiemedlemmer, venner og andre foreldre til barn med kreft. Foreldre prøvde å holde seg positiv og skjule sine egne negative følelser for å skjerme barnet. Foreldre lengtet etter å gjenoppta et normalt liv som før kreftdiagnosen. Over tid begynte de å justere sine prioriteringer hvor barnets velvære er det viktigste.
Etisk vurdering	Godkjennelse av studie ble innhentet av universitetet og sykehusets etiske komité. Deltakerne ga skriftlig informert samtykke.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 5	
Forfattere (år)	Muskat, Barbara, Heather Jones, Sonia Lucchetta, Wendy Shama, Sue Zupanec og Andrea Greenblatt. 2017.
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of Pediatric Oncology Nursing
Tittel	“The Experiences of Parents of Pediatric Patients With Acute Lymphoblastic Leukemia, 2 Months After Completion of Treatment”
Hensikt	Hensikten med studien var å analysere erfaringer, opplevelser og følelser til foreldre til barn med leukemi etter kreftbehandling.
Metode/Instrument	Kvalitativ metodikk ble benyttet i denne studien. Spesielt ble fortolkningsbeskrivelse benyttet for å undersøke foreldre til barn som hadde gjennomgått kreftbehandling.
Deltakere/Frafall	17 foreldre ble rekruttert gjennom et kanadisk barnekreftsenter hvor barna hadde gjennomgått behandling. Foreldre som hadde

	barn fra alder 1-18 år med akutt lymfatisk leukemi og som snakket engelsk ble inkluderte. Barnet måtte ha blitt behandlet etter gjeldende protokoller.
Hovedfunn	Foreldre var redd for tilbakefall av sykdommen hos barnet. Foreldrene opplevde også blandede følelser etter endt behandling, både lettelse og redsel. Foreldrene ønsket også at livet skulle gå tilbake til normalen etter endt behandling og opplevde dette i variert grad. Noen foreldre opplevde en «ny normal» med nye perspektiv på livet som de hadde erfart etter barnets kreftbehandling. Foreldre opplevde en endring i forholdet med helsepersonellet etter endt behandling. Foreldre har også et behov for sosial støtte etter endt behandling.
Etisk vurdering	Deltakere som var interessert i å delta i studien ble nærmere kontaktet av en forskningskoordinator som ga informasjon om studien. De som ønsket å delta etter gitt informasjon måtte skrive under samtykke. Alle deltakerne var anonyme.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 6	
Forfattere (år)	Mckenzie, Sian E. og Christine Curle. 2011.
Land	England
Tidsskrift	Psycho-Oncology
Tittel	“‘The end of treatment is not the end’: parents' experiences of their child's transition from treatment for childhood cancer”
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske foreldrenes erfaringer ved slutten av kreftbehandlingen for deres barn.

Metode/Instrument	Studien brukte grounded theory design for å utvikle en teori fra 11 semistrukturerte intervjuer med foreldre til barn som hadde avsluttet kreftbehandlingen.
Deltakere/Frafall	11 foreldre deltok i studien. Foreldre ble rekruttert gjennom at barna hadde fått behandling for kreft i Sørvest-England. Foreldre som hadde psykiske lidelser, eller barn med psykiske lidelser, som ikke snakket engelsk og hadde barn som hadde blitt behandlet utenfor Sørvest-England ble ekskludert fra studien.
Hovedfunn	Forskningsresultatene viser at barnekreft kontinuerlig truer foreldrenes rolle og hvordan de definerer og ser seg selv. Disse rolle tilpasningene kan bli bedre forstått i sammenheng med en skiftende identitet for foreldre. Den aktive behandlingsfasen og etterbehandlingsfasen er sammenkoblet og uatskillelig for foreldrene. Hovedprosessen som ble identifisert under behandlingen var å "komme gjennom" til slutten av behandlingen, og dette ble styrt gjennom foreldrenes "tilpasning" og en "økning i støtte". Disse kjerneprosessene fortsatte å formidle prosessen med å håndtere det ukjente etter behandling, og foreldrene satt igjen med en følelse av å balansere følelsene sine mellom, livet er veldig normalt og det kommer ikke til å forsvinne.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av University of Exeter Ethics Committee, North Somerset & South Bristol NHS Research Ethics Committee og United Bristol Health Care NHS Trust Research and Development Committee.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 7	
Forfattere (år)	Peikert, Mona L., Laura Inhestern, Konstantin A Krauth, Gabriele Escherich, Stefan Rutowski, Daniela Kandels og Corinna Bergelt. 2020.
Land	Tyskland
Tidsskrift	BMJ Open
Tittel	“Returning to daily life: a qualitative interview study on parents of childhood cancer survivors in Germany”
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke erfaringene til foreldre til barn med kreft og hvilke kreftrelaterte endringer foreldre opplevde i det daglige liv under og etter kreftbehandlingen.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju via telefon. Foreldre i nærområdet fikk tilbud om intervju ansikt til ansikt.
Deltakere/Frafall	49 foreldre til 31 barn med kreft deltok i studien.
Hovedfunn	Foreldre opplevde vanskeligheter med å forene lønnet arbeid, husholdnings- og familie ansvar og omsorg for det syke barnet. Foreldrene brukte lite tid med hverandre og opplevde byrde. Mange foreldre hadde ikke energi til å drive med hobbyer mens barnet ble behandlet for kreft. På lang sikt førte møtet med barnets sykdom til et styrket forhold, nye prioriteringer, forbedret kommunikasjon og større forståelse for det daglige livet. Støttende sosiale nettverk (familie, venner, ansatte) og et sterkt parforhold hadde en positiv innvirkning. De fleste klarte å tilpasse seg den nye hverdagen, men for andre manglet noen foreldre den nødvendige energien for å fortsette livet slik det gjorde før barnets kreftdiagnose.

Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Ethics Committee of the Medical Chamber of Hamburg.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 8	
Forfattere (år)	Schweitzer, Robert, Maya Griffiths og Patsy Yates. 2012. Australia
Land	Psychology and Health
Tidsskrift	
Tittel	“Parental experience of childhood cancer using Interpretative Phenomenological Analysis”
Hensikt	Hensikten med studien var å utforske erfaringene til foreldre som har et barn med en livstruende sykdom (kreft).
Metode/Instrument	IPA, fortolkende fenomenologisk analyse ble brukt i denne studien. Åpne intervju konstruert gjennom en semistruert plan ble brukt for å intervju foreldrene. Tilnærmingen blir sett på som viktig for å få en unik innsikt i foreldres situasjon.
Deltakere/Frafall	11 foreldre ble rekruttert gjennom informasjonsbrev fra behandlende onkolog på den pediatrike hematologi avdelingen på sykehuset. Inklusjonskriteriene for studien var at foreldre måtte ha et barn diagnostisert med kreft og barnet måtte være mellom 8 til 17 år.
Hovedfunn	Fem overordnede temaer ble forklart fra de kvalitative dataene som ble samlet inn gjennom de semistruerte intervjuene: et sentralt øyeblikk i tid, opplevelsen av tilpasning i forhold til å ha et sykt barn, arten av støtten, omvurdering av verdier under en kritisk livserfaring og opplevelsen av optimisme og altruisme.

	<p>Opplevelsen av å ha et sykt barn kan best forstås fra et fenomenologisk synspunkt som å ha et sårbart barn og potensialet for å miste barnet. Til tross for dette første sjokket beskrev foreldrene hvordan de klarte å fortsette å være foreldre og ta en aktiv rolle i å støtte og overvåke barnets fremgang. Å få et barn diagnostisert med en potensielt livstruende sykdom, som kreft, førte uunngåelig til at foreldre revurderte prioriteringene og hvordan de ønsket å leve livet sitt individuelt og som familie. Foreldre revurderte også hva som var viktig eller viktig for dem og for fortsettelsen av deres liv som en velfungerende familie. Dette overordnede temaet består av fire undertemaer: en voksende bevissthet om nye perspektiver, som får mest mulig ut av hvert øyeblikk, en fornyet følelse av familie og en fornyet bevissthet om nytelse. Foreldre opplevde at det ikke var før deres eget barn ble diagnostisert med sykdommen at de ble klar over hvor utbredt kreft faktisk er i samfunnet.</p>
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Human Research Ethics Committee fra et stort sykehus i Australia.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 9	
Forfattere (år)	Taleghani F., N. Fathizadeh og N. Naseri. 2012.
Land	Iran
Tidsskrift	European Journal of Cancer Care
Tittel	“The lived experiences of parents of children diagnosed with cancer in Iran”

Hensikt	Hensikten med studien var å bedre forstå og beskrive erfaringene til foreldre til barn diagnostisert med kreft i Iran.
Metode/Instrument	Studien brukte en fortolkende fenomenologisk tilnærming for å nærmere undersøke foreldrenes liv. Intervjuene var individuelle, åpne og ansikt til ansikt. Data ble analysert ut ifra en syv-trinns hermeneutisk prosess.
Deltakere/Frafall	15 foreldre til barn med kreft som var under behandling ble med i studien. Foreldre som var villig til å uttrykke følelser og ikke hadde tidligere påvist psykiske lidelser ble rekruttert.
Hovedfunn	Foreldre følte seg fanget i sykdommen til barna sine. Foreldre prøvde å godta deres forutsetninger og takle de ved å tenke på foreldre til barn som hadde det verre, eller snakke med andre foreldre som også hadde barn med kreft. Foreldrene måtte beherske sine følelser mens barnet var under behandling for kreft, og noen av foreldrene opplevde å miste troen på behandlingen. Foreldre erfarte at sosial isolasjon fra andre var en konsekvens av å ha et barn med kreft. Foreldrene var så opptatt med å ta vare på barnet. Et annet problem som rammet foreldrene, var tap av normalitet og det dagligdagse livet. Foreldrenes behov for å stille opp for det syke barnet affekterte de andre barna i familien og førte til at de ikke strakk til på alle områder i familielivet. Langvarig behandling førte til at foreldrene til slutt måtte akseptere sykdommens virkelighet.
Etisk vurdering	Ethics Committee of Isfahan University of Medical Sciences i Iran godkjente studien.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Artikkel 10	
Forfattere (år)	Walker, Amy J., Frances M. Lewis og Abby R. Rosenberg. 2020.
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Pediatric Oncology Nursing
Tittel	“Walking on Eggshells: Parents’ First Year After Their Adolescent Completes Their Cancer Treatment”
Hensikt	Hensikten med studien var belyse utfordringer foreldre erfarte det første året etter kreftbehandling og ulike mestringsstrategier.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer i studien. Datamaterialet ble kodet ved hjelp av induktive innholdsanalysemetode tilpasset grounded theory.
Deltakere/Frafall	Av 67 kvalifiserte deltakere ble 30 foreldre til barn med kreft som var ferdig med behandling intervjuet. 20 foreldre meldte ikke interessere, 17 foreldre trakk seg.
Hovedfunn	Det første året etter at kreftbehandling var gjennomført opplevde foreldre det som å «å gå på eggskall». Foreldre følte lettelse for at behandlingen var over og at det følte overraskende vanskelig å håndtere de langvarige effektene av behandlingen til barnet. Foreldre hadde intense følelser og en frykt for tilbakefall av sykdom. Foreldre utviklet også egne mestringsstrategier for å takle de ulike utfordringene.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av Human Subjects Committee.
Kritisk vurdering	God kvalitet. Nivå 1.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Living "Day-By-Day": Parent's experiences during their child's active cancer treatment.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Undersøke erfaringer til foreldre til barn med kreft som er under behandling.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: 11 foreldre er inkludert i studien. Semistrukturert intervju ble utført.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: IPA (fortolkende fenomenologisk analyse).

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Forældrene ble rekruttert av to onkologer og sykepleiere.
Forældre til barn som var i paliativ fase ble ekskludert.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studien ble godkjent av den etiske komiteen på sykehuset.
Omtakene ga skriftlig informert samtykke.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomener.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Behov for mer forskning for å utdanne allmennheten og gjøre dem oppmerksomme på kreft typer og behandlingen av ondartede sykdommer. Da det er mange upassende reaksjoner og krav til foreldrene, tillegg til ~~foreldrene~~ fordømmer overfor de berørte foreldrene.