



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGÅVE

Mestringsfokus til kreftramma born

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Avdeling for helsefag / Institutt for sjukepleieutdanning

02-06-17

6533

Evy Alette Grane

Rettleiar: Solveig Sægrov

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet*, §

Samandrag:

”Mestringsfokus til kreftramma born”

Val av tema er gjort på det grunnlag av at eg alltid har hatt interesse for pediatriisk sjukepleie. Eg ser på det som ei utfordring å utføre god sjukepleie til denne pasientgruppa, som gjev interessa for vidare kunnskapsauke. Gjennom praksis har interessa for kreftsjukepleie oppstått etter møte med pasientar med kreft. I denne oppgåva er pediatriisk sjukepleie kombinert med kreft på det grunnlag av at born diverre kan bli ramma av denne sjukdommen. Eg har valt problemstillinga: ”Korleis kan sjukepleiaren bidra til at barnet meistra kreftbehandlinga?” med hensikt av at ein ikkje berre skal behandle sjukdommen, men heile mennesket. Oppgåva er basert på litteraturstudie som metode, ein systematisk søkeprosess. Gjennom forskingsartiklane kjem det fram at born nyttar ulike mestringsstrategiar og at foreldra spelar ei viktig rolle i borns bruk av dei ulike mestringsstrategiane. Det kjem òg jamt fram at det er eit behov for at sjukepleiaren tidleg involvere seg i bornas mestringsstrategiar, for å dermed best kunne tilpasse dei ulike teknikkane og gjere behandlingsforløpet mindre traumatisk. Vidare kjem det fram at born har eit behov for at sjukepleiaren henvenda seg til barnet sjølv under behandlinga, dei har eit behov for forståing ovanfor situasjonen. Eit behov som resultere i framheving av sjukepleiarens pedagogiske funksjon i samhandling med born. Litteraturen syner til utfordringa som sjukepleiaren møter i samhandling med born, at deira evne til å takle det ukjende utfordre sjukepleiaren i samhandlinga. Viktigheita for at ein god relasjon blir skapt er vesentleg for å kunne bidra til meistring.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEIING:	1
1.1	VAL AV TEMA:	1
1.2	PROBLEMSTILLING:	1
1.2.1	DEFINISJON AV BEGREP:	2
1.2.2	OPPGÅVA TIL DISPOSISJON:	2
2	METODE:	2
2.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE:	2
2.2	SØKEORD OG DATABASAR:	2
2.3	VAL AV LITTERATUR:	3
2.4	KJELDEKRITIKK:	3
2.4.1	FORSKINGSARTIKLAR:	3
2.4.2	ANNA LITTERATUR:	4
3	TEORI:	4
3.1	KREFT HOS BORN:	4
3.2	KOMMUNIKASJON SKAPAR RELASJON:	5
3.2.1	SÆRTREKK HOS BORN:	6
3.3	MEISTRING; EIN SJUKEPLEIAR FUNKSJON:	7
3.3.1	MESTRINGSSTRATEGIAR:	8
3.4	KRISE:	8
3.4.1	PSYKOLOGISK FØRSTEHJELP, PF:	8
4	PRESENTASJON AV FORSKINGSARTIKLAR:	9
5	DRØFTING:	11
5.1	BETYDING AV RELASJON:	11
5.2	BEHOVET FOR Å VERE DELTAKANDE:	12
5.3	MESTRINGSHJELP:	13
5.3.1	INFORMASJON SOM MESTRINGSSTRATEGI:	13
5.3.2	MESTRINGSSTRATEGIAR:	14
5.3.3	FORELDREBEHOVET:	15
6	KONKLUSJON:	16

7 BIBLIOGRAFI	17
VEDLEGG 1:	19
VEDLEGG 2:	20

1 Innleiing:

Det er eit faktum at born kan få kreft, ca. 140-150 born i Noreg under femten år blir ramma av kreft i året. Den mest utbreidde kreftsjukdommen hos born er leukemi. Av leukemi er akutt lymfatisk leukemi (ALL) den som fremtrer hyppigast. Uansett kva kreftform, så vara behandlinga frå nokre veker, opp til to og eit halvt år. Det vil sei at desse borna pregar sjukehusavdelinga langt meir enn det beskjedne antal av born som får kreft skulle tilsei (Bringager Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, ss.15 - 27). Førekomsten av barnekreft i Noreg og Norden er på det jamne låg, og at nesten alle kreftdiagnosane har ein overleving på 80% 5 år etter at diagnosen er stilt (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft, 2015, ss. 6 og 24).

Noreg har som mål å fortsatt vere eit av dei landa som har dei beste resultatane innan barnekreftbehandling. Det vil sei at Noreg satsar for å nå eit slikt mål med at dei ser behovet for kvalitet og kompetanse hos helsepersonell, med å utbrede behovet for spesialutdanning hos sjukepleiarar og anna personell involvert i diagnostikk, behandling og oppfølging i kreftomsorga (Hafstad & Tveit, 2015, s.6).

I sjukepleie til born er eit særtrekk å fokusere på utvikling og modning. Livsløpet er prega av umodenheit, rask vekst og utviklingsmoglegheter. Det betyr at born er sårbare for belastningar som følgje med sjukdom eller skade. Stress hos born overskrider ofte deira mestringssevne, noko som kan kome av sjukehusinnleggingar, undersøkingar, pleie og behandling. Behovet for at sjukepleiaren kan skape tillitsforhold hos borna og kommunisere med dei på deira premissar er dermed tilstade. Samstundes blir det stilt krav til sjukepleiaren samarbeidsevner sidan familiefokusert pleie inneber i pediatrik sjukepleie (Grønseth & Markestad, 2011,s. 9).

1.1 Val av tema:

I mi hovudoppgåve vel eg å skrive om born med kreft. Temaet er valt på det grunnlag av at eg alltid har hatt interesse for pediatrik sjukepleie. Eg ser på det som ei utfordring å utføre god sjukepleie til små menneske som har andre måtar å uttrykke seg på enn vaksne. Eg vel å kombinere kreft saman pediatrik sjukepleie fordi eg har fått interesse for denne type sjukepleie etter erfaring med kreft i praksis, og på det grunnlag av at born også kan få kreft. Eg har òg erfart i praksis behovet menneske har for å få hjelp til å orientere seg når livet blir for belastande gjennom mesitringsstrategiar.

1.2 Problemstilling:

Korleis kan sjukepleiaren bidra til at born meistra kreftbehandlinga?

Eg har begrensa meg til så skrive om born på sjukehus under behandling. Vidare tek eg føre meg sjukepleiarens funksjon høve mestring og kva mestringsstrategiar som passar til born. I oppgåva vil det blir skrive generelt om kreft hos born og pediatrik sjukepleie.

1.2.1 Definisjon av begrep:

- Akutt lymfatisk leukemi: Ved ALL er det ei umoda celle i beinmergen som er blitt ondarta og delar seg ukontrollert. ALL er eit forstadium til lymfocytter som er den maligne cella (Bringager et al., 2014, ss. 64-65).
- Cytostatika: Kjemoterapi eller cellegift er brukte namn på denne type behandling av kreft. Ei behandling med mål om å bryte ned eller øydelegge kreftcellene utan å skade friskt vev (Bringager et al., 2014, s.27).
- Meistring: I følge Romsland kan ordet meistring nyttast om skulepresentasjonar, måloppnåing i idrett, om evne til å følge helse råd og om å vere tilfreds med tilværelsen (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, ss.54-52).

1.2.2 Oppgåva til disposisjon:

I oppgåva kjem det fram kva metode eg har nytta og presentasjon av søkeprosessen. Vidare kjem teoridelen og presentasjon av forskingsartiklar som er nytta. Avslutningsvis vil teoridelen bli drøfta og oppsummert knytt til problemstillinga.

2 Metode:

2.1 Litteraturstudie som metode:

Denne oppgåva er basert på litteraturstudie som metode. I følge Magnus & Bakketeig er litteraturstudie ein systematisk metode, der ein samla inn litteratur, har kritisk gjennomgang på kollekten, og til slutt samanfatar samla litteratur (Thidemann, 2017, s.79-80). Når ein samlar data, er relevansen kjelda har høve problemstillinga eit grunnleggande krav, og måten kjelda kan belyse spørsmåla i oppgåva. For å unngå andre sine feiltolkingar, som kan oppstå ved bruk av sekundærkjelde, skal det i hovudsak nyttast primærkjelda så langt det let seg gjere. Då sikrar ein seg best mot unøyaktigheter i eiga oppgåve (Dalland, 2017, ss. 74,87).

2.2 Søkeord og databasar:

For å få best treff på mine søkeord, nytta eg SveMed+ for å skaffe gode engelske ord som eg mest nytta i mine søk. Eg brukte ulike databasar som skulen har anbefala i søkeprosessen. Mest nytta eg Academic Search Elite, som eg også inkluderte databasane Cinalh og Medline med. Alle søka er

avgrensa i perioden 2007-2017, barn, cancer, engelsk språkleg, forskingsartiklar. Dette for å rette søka mot mitt tema og for å unngå artiklar som er eldre enn 10 år. Søkeprosessen har blitt utført i perioden 05.04.17 – 02.05.17.

I databasen Academic search elite, inkludert Cinalh og Medline, kombinerte eg orda Pediatric cancer + pediatric oncology + pediatric leukemia + Child cancer + OR, gav meg 27,740 treff. Vidare søka eg Children cancer care + Children in hospital + Pediatric nursing + Pediatric care + OR og fekk 142,656 treff. Deretter kombinerte eg desse treffa med AND og fekk 8,918 treff. Eg la til søkeord Family centered care til det siste treffet og kombinerte med AND og fekk 77 treff, der fann eg fram til artikkel nr. 1 i oppgåva. Artikkel nummer to fann eg ved å kombinere cancer + treatment + nursing + hospital + communication + AND og fekk 129 treff der eg brukte den eine artikkelen i treffet.

Dei tredje og fjerde artiklane som eg har nytta fann eg ved å berre nytte database Cinalh og kombinasjon av søkeorda children + cancer + hospital + coping + AND og fekk 36 treff. Her nytta eg to av artiklane i treffet. Vidare søka eg i berre Academic search elite med kombinasjon av orda hospital + children + nursing + coping + cancer + AND og fekk 46 treff, der eg nytta ein artikkel som i oppgåva er den femte artikkel.

2.3 Val av litteratur:

Etter at eg hadde valt tema, starta eg først å søke manuelt etter relevant litteratur i studie sine pensumliste. Der fann eg to bøker som er aktuelle for mi problemstilling; *"Barn med kreft"* av Bringager et al. (2014), ei fagbok som har fokus på kreftsjukepleie til born og *"Pediatri og pediatrik sjukepleie"* av Grønseth og Markestad (2013) som vektlegg pediatrik sjukepleie og alt det inneber. Eg har også søka etter artiklar med relevans for mi problemstilling, og i størst mogleg grad prøvd å nytte primærkjelde. Eg har også teke i mot tips frå andre, og nytta boka *"Psykologisk førstehjelp"* av Raknes og Haugland (2016) for å utvide litteratur knytt til kommunikasjonsverky til born. Ei bok som basere seg på dei grunnleggande elementa i kognitiv åtferdsterapi.

2.4 Kjeldekritikk:

For å fastslå sanninga i ei kjelde, er kjeldekritikk ein metode for å avdekke dette. Dei kjeldene som blir nytta blir vurdert og karakterisert i denne metoden (Dalland, 2017, s.67).

2.4.1 Forskingsartiklar:

Eg stolar på mitt val av databasar, sidan alle eg har nytta er anbefala av høgskulen. Vidare har eg sett på strukturen til forskingsartiklane eg har funne. IMRAD-strukturen er ei oppbygging som vitskaplege artiklar følgjer innan medisin og helsefag (Thidemann, 2017, s.69), noko eg har prøvd å forhalde med

til i funna. Kunnskapssenteret har ulike sjekklister til kritisk vurdering av forskingsartiklar som kan nyttast ved vurdering av ulike forskingsartiklar (Folkehelseinstituttet, 2014), som eg har hatt som vurderingsverktøy i funna mine.

Sidan dei forskingsartiklane eg har funne er engelskspråklege, kan feiltolkingar og avgrensing av forståing av innhald førekome. Eg har nytta norsk/engelsk-ordbok for å prøve å unngå misforståingar. Artiklane eg har funne er kvalitative studie som basere seg mykje på borns eigne mestringsstrategiar, og kva type meistring som dei har best erfaring med under kreftbehandling. I søket etter forskingsartiklar var det mest berre kvalitativ å oppdage, og dei fleste konkludere med at det må forskast meir på dette området. Det tolkar eg dit hen at det er uvisst over kor stort dette sjukepleieproblemet er, når ein ikkje har noko kvantitativ å vege det opp mot.

2.4.2 Anna litteratur:

Fordelen med anna litteratur eg har nytta, er at dei står i pensumlista til høgskulen sitt studieprogram; *"Barn med kreft"* (Bringager et al., 2014) og *"Pediatri og pediatrik sjukepleie"* (Grønseth & Markestad, 2011). *"Psykologisk førstehjelp"* (Rakenes & Haugland, 2016), er ei bok som eg vart tipsa av ein ven som nyttar denne i skulesamanheng. Denne boka kan vere ei ulempe sidan den henvenda seg mest til personell i oppvekssktoren, vel likevel å nytte den fordi den er så forklarande i korleis ein skal hjelpe born i å forklare og setje ord på gitt situasjon.

3 Teori:

3.1 Kreft hos born:

Leukemi er den mest utbreda kreftforma hos born (Grønseth og Markestad, 2011, s.345). Symptombilette her er mellom anna prega av nedsett fysisk kapasitet, blåmerke, skjelettsmerter og hovne ledd. Andre hyppige kreftformer hos born er svulstar sentralnervesystemet, ei kreftform som gjev større risiko for seinskadar sidan mange hjernesvulstar er dårleg avgrensa mot normalt hjernevev, tross godarta histologi. Lymfom er ei anna vanleg kreftform, med hyppig utspring frå lymfeknutar (Bringager et al., 2014, ss.63, 68, 79, 83).

På grunn det lange behandlingsforløpet, vil kreftramma born gå gjennom mange prosedyrar som verkar skremmande, og borns måte å meistre det på vil bli utfordra. Kreft blir som regel behandla av hovudbehandlingsformene *kirurgi, cytostatika og strålebehandling*. Desse behandlingsformene saman med kontrollar, inneber innlegging av sentralt venekateter, sonde, sprøytstikk, spinalpunksjon og beinmergsprøve som er nokon av fleire prosedyrar barnet må gjennom. For at sjukepleiaren skal kunne gjennomføre ordinerte prosedyre utan at barnet kjenner på det som eit

overgrep, må sjukepleiaren heile tida førebu barnet og fortelje kva som skal skje og kvifor. (Bringanger et al., ss. 27, 207, 209-216).

Kreftbehandlinga til born er ein intensiv og tøff prosess, og krev ein omfattande støttebehandling. Støttebehandlinga inneber væske-, kvalme- og smertebehandling, ernæring, transfusjonar, behandling med hematopoetiske vekstfaktorar og infeksjonsbehandling. Det er også naudsynt med støttebehandling som dreiar seg om psykososial oppfølging av pasienten og heile familien (Bringanger et al., 2014, s.42).

Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidde i 2012 ein ny nasjonal kreftstrategi. Denne strategien tek føre seg nasjonale målsetjingar og delmål på fleire områder, som skal arbeidast for å oppnå. Eit sentralt mål i strategien er *"Ein meir brukarorientert kreftomsorg"*, der det blir lagt på vekt på at pasienten skal bli ivareteke, sett og høyr. Pasientens medverknad og tryggleikskjensle ved hjelp av faste personale er òg ein del av brukarorientert kreftomsorg. *"Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende"* er eit anna mål. Her inkluderast pårørende ved at det skal sikrast god oppfølging og vegleiing til denne gruppa i kreftbehandlinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, ss.5-40).

3.2 Kommunikasjon skapar relasjon:

Kommunikasjon tyder å gjere noko felles. Gjennom kommunikasjon skapar, utvekslar og avdekkje vi meining, vi får ta del i den andre si forståing. For at eit menneske skal kjenne på tilhøyrelegheit, meining og oppleve tilfredsstilling, bør individets handlingar bli møtt på ein god måte for å få ei god samhandling. Sjukepleiaren skal møte det heile mennesket og ivareta forklaring og forståing i arbeidet med menneske (Røkenes & Hanssen, 2012, ss.13-14, 42, 215).

Borns utgangspunkt for skepsis til framande gjer det utfordrande og tidkrevjande for sjukepleiaren å kommunisere og skape tillit. Hos born skal kommunikasjonen skje etter deira premiss, den må vere prega av forståing, akseptering, toleranse, stadfestning og lytting. Barnet må få oppleve at dei er ekspertar på å vite *"korleis det er å vere meg"*. Born som blir innlagt på sjukehus har nedsett toleranse for stress, noko som relaterast til sjukdomsforståinga deira som basere seg på kognitiv utvikling og tidlegare erfaringar (Grønseth & Markestad, 2011 ss. 9, 82-83).

For å få tillit hos born må sjukepleiaren syne interesse og bruke tid på barnet for å bli kjend med dei som person og ikkje berre som pasient. Sjukepleiaren bør gi av seg sjølv som menneske, være ærleg og forklare situasjonar barnet kjem opp i under sjukehusopphaldet. Det er viktig at sjukepleiaren tek utgangspunkt i verkelegheitsforståinga til barnet og bidreg til at det kjenner seg kompetent i samtala. Sjukepleiaren skal forklare og hjelpe barnet til å finne meining i budskapen. Hjelpemiddel

som teikningar, leikar, bilete, eventyr kan vere til nytte i samtale med born (Grønseth & Markestad, 2011, ss. 82-84).

Travelbee seier at i eit menneske-til-menneske forhold skal sjukepleiaren målrett byggje opp og oppretthalde dette forholdet, eit forhold som finn stad mellom to menneske, mellom sjukepleiaren som gjev omsorg til personen (med familie) med behov for omsorga. Vidare seier Travelbee at eit forhold startar med det fyrste møtet. Det inneber at det blir utført gjensidig observasjon, oppbygging av antagelsa, og eigne meiningar, noko som føra til at slutningane som vert gjort utgjer kjenslene som fyrsteintrykket eller fornærminga gav (Travelbee, 2001, ss. 177,186).

3.2.1 Særtrekk hos born:

Born som må innleggast på sjukehus har redusert toleranse for stress. Born lagar seg eigne vurderingar om kor truande eit sjukehusopphaldet er, noko som avgjer korleis det reagera. Forståelsen av sjukdomsbiletet er avhengig av den kognitive utviklinga og tidlegare erfaringar hos barnet. For at born skal få sjukdomsforståing må sjukepleiaren kartelegge kva born og foreldre allereie veit om korleis kroppen fungerer og konsekvens sjukdommen har for kroppen. Med kartlegging av sjukdomsforståinga vil sjukepleiaren vite kva som må og bør informerast om for å redusere besymringar og stress (Grønseth & Markestad, 2011, s. 60).

I følge lov om pasient- og brukerrettigheter §3-2 har pasientar rett på informasjon knytt til sin helsetilstand og innhald i helsehjelpa og vidare om moglege risikoar og biverknadar. §3-4 legg til rette for at pasientar under 16 år skal ha med foreldreansvarlege under informasjonsdeling, forutan om pasientar mellom 12-16 år som kan ha grunnar som må respekterast for at pårørande ikkje skal informerast. Informasjon om mindreårige skal gjevast til foreldreansvarlege dersom det er naudsynt for å oppfylle foreldreansvaret til pasientar under 18 år (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I tabell 1 har eg framstilt ulike særtrekk som Grønseth og Markestad (2012, ss. 57-58) meina sjukepleiaren bør tilpasse samhandlinga si etter i sjukepleie til born.

Tabell 1.

Alder:	Særtrekk på ulike alders- og utviklingstrinn:
Førskulealder	<ul style="list-style-type: none">▪ Separasjonsangst▪ Kort merksemdstid, lita evne til å skilje mellom konkurrerande stimuli▪ Konkret tankegang▪ Begrensa forståing mellom samanheng av årsak og verknad

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Egosentrisk tenking ▪ Animisme ▪ Dårlig utvikla tidsperspektiv ▪ Magisk tenking ▪ Skiljar dårlig mellom fantasi og verkelegheit
Skulealder	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klara å skilje mellom viktige og uviktige opplysingar ▪ Har større evne til abstrakt tenking ▪ Får evne til reversibel tenking
Ungdom	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auka evne til abstrak tankegang, velutvikla sjukdomsbilete ▪ Sårbare og sjølvopptatte
Felles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrensa autonomi ▪ Behov for foreldretryggleik

3.3 Meistring; ein sjukepleiar funksjon:

Sjukepleiarens spesielle funksjon, definert av Virginia Henderson (Tveiten, 2013, s.23):

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig med krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort så mulig.

Mestringshjelp er ein del av sjukepleiarens spesielle funksjon, det er ein pedagogisk verksemd. Sjukepleiarens pedagogiske funksjon kan innebere informasjon, instruksjon, råd, vegleiing og undervising, som er gitt til pasientar, klientar og pårørande. Å fokusere på meistring er hensiktsmessig når målet er at individet skal utvikle seg og auke sin livskvalitet (Tveiten, 2013, ss. 27-29, 32).

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiaren seier at profesjonen skal understøtte håp, meistring og livsmot hos pasienten. Vidare skal sjukepleiaren ivareta den enkelte pasients behov for heilskapleg omsorg, samt fremje pasientens moglegheit til å ta egne avgjerdsler gjennom å gjeve naudsynt og forståeleg informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2016).

3.3.1 Mestringsstrategiar:

Avleiingsteknikk er ein metode som basere seg på borns nysgjerrighet, interesser og merksemd. Her nyttast konkurrerande stimuli for å flytte fokuset vekk frå gitt prosedyre eller undersøking som kan verke skremmande. Teknikken er effektiv og fungere best dersom den konkurrerande stimulien er overraskande og spanande. Narresmokk, berøring, trylleri, eventyr, filmar er dømer på konkurrerande stimuli (Grønseth & Markestad, 2011, s. 67).

Kognitive mestringsstrategiar passar frå fem årsalderen og oppover. Her nytta eigen eller andres fantasi til å avlede tankane frå ubehagelege opplevingar. Metoden fungers best dersom ein basere avleiinga på noko som engasjere og interessere barnet. (Grønseth & Markestad, 2011, s.68).

I tillegg til å støtte borns mestringsstrategiar, seier Grønseth og Markestad at det er viktig at sjukepleiaren og foreldre er empatiske og støttande under og etter prosedyra. Trøyst, ros og kos er viktig for å meistre. Sjukepleiaren bør legge til rette for eit trygt miljø med å hjelpe barnet til å bli kjend i miljøet slik at det ikkje er ukjent og skremmande. Det ukjende er ein stressfaktor som går utover mestringsstrategien (Grønseth & Markestad, 2011, s. 69).

3.4 Krise:

Ei krise kan oppstå når eit menneske opplev ei livshending som er så belastande at den overstig individets evne til å møte utfordringa eller trusselen på ein passande måte. I ei krise vil individet gå gjennom ulike fasar. *Sjokkfasen* kjenneteiknar oppleving av auka spenning hos individet relatert til stress. *Reaksjonsfasen* kjem med smerta og fortvilninga situasjonen har gitt, medan *bearbeidingsfasen* er ein fase der individet forsonar seg med det som har skjedd. *Nyorienteringsfasa* er den siste krisefasen, her vil individet gå igjennom ein nyorientering og tilpassing av den nye situasjonen. Dei ulike fasane har ulik varighet (Hummelvoll, 2012, ss. 503, 509).

Det opplevast som ei katastrofe for heile familien når eit born får kreft. Ofte kjenner bornet og familien på at det er meiningslaust og urettferdig (Bringager et al., 2014, s. 15). Hummelvoll seier at krisehjelp er naudsynt å få fram kva syn den kriseramma har på den utløysande årsaka. Ein må få satt ord på dei kjensler som dukkar opp rundt gitt situasjon. Vidare skal den som yter krisehjelp fokusere på kva ressurar den kriseramma har og korleis har personen opplevd liknande situasjonar før (Hummelvoll, 2012, s. 514).

3.4.1 Psykologisk førstehjelp, PF:

Psykologisk førstehjelp (PF) går ut på å konkretisere og visualisere dei grunnleggande elementa i kognitiv åtferdsterapi for born og unge. Denne framstillinga blir utført med at ein nyttar ei hand til å definere og identifisere situasjonen, ei hjelpehand (vedlegg 1). Situasjon, kjensler og kva ein sjølv og

andre kan gjere festar ein til dei fem fingrane som ein har. Saman med raude og grønne figurar som visualisere negative og positive tankar, skal PF hjelpe denne gruppa til å hjelpe seg sjølv i vanskelege situasjonar. Om ein klare å kjenne att og setje ord på eigne kjensler, er ein eit steg nærare å oppnå meistring (Rakenes & Haugland, 2016, ss. 5, 7, 14 & 29).

Ved alvorleg sjukdom er det normalt å reagere kjenslemessig. For å unngå at born tek på seg ansvar og skuld, er samtalar om kva som har skjedd og borns reaksjonar rundt gitt situasjon naudsynt. Born har behov for at vaksne tole å sjå dei reagere. Hjelpemanda (vedlegg 1) kan difor vere til nytte for foreldre, slik at dei saman med barnet kan få hjelp til å handle konstruktivt og finne ut kven som kan vere til hjelp (Rakenes & Haugland, 2016, s. 66).

4 Presentasjon av forskingsartiklar:

1. "Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods": (Gibson, Aldiss, Horstman, Kumpunen, & Richardson, 2010)

Dette er ein kvalitativ forskingsartikkel der dei nytta deltakande teknikkar av deltakarane i form av å bruke leikar og dokker, skrive og teikne, og intervju av borna for å få ein kvalitativ studie. Denne studien gjekk over 6 månader med 38 deltakara i alderen 4-19 år i ulike stadier av forlaupet med kreft. Målet med studien var å finne ut om behova borna hadde under behandling av kreft og etterbehandling blir møtt. Resultat syna at born, spesielt dei eldre borna, ønska at helsepersonell refererte til dei i staden for foreldra når det vart gitt informasjon om deira sjukdom. Det kjem òg fram at borna var urolege ovanfor moglege permanente symptom etter behandlinga, og at dei vil vere "tøffe" og dermed ikkje alltid fortel om sine plager. Studien relatere til viktigheita av måten helsepersonell kommunisere med denne pasientgruppa på, og variablane av kommunikasjonen melom aldersgruppene.

2. "Symptoms, Coping, and Quality of Life in Pediatric Brain Tumor Survivors: A Qualitative Study": (Macartney, Stacey, Harrison, & VanDenKerkhof, 2014)

Denne kvalitative studien har nytta semistrukturert intervju som metode på 12 born som var friskmelde frå hjernetumor. Målet var å finne ut kva erfaringar av symptom desse hadde etter behandlinga og korleis dei meistra kvardagen med symptoma, og korleis det påverka livskvaliteten deira. Det kjem fram i studien at der er variasjonar av symptombiletet, men dei mest generelle symptoma er fatigue som går mest ut over livskvaliteten då dei ikkje har energi til å orke like mykje som før. Artikkelen oppfordre helsepersonell til å følgje opp borns mestringsstrategiar for å oppdage kva strategiar som har best effekt og få erfaring til å best tilpasse ulike strategiar til andre born og familiar med lik situasjon slik at ein kan forhindre negative følgjer av livskvaliteten.

3. "Coping With Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment": (Hildenbrand, Clawson, Alderfer, & Marsac, 2011)

Ein kvalitativ studie som har nytta semistrukturerte intervju som metode på 15 born med foreldre. Målet i studien er å søke etter kva stressfaktorar born har under behandling av kreft, korleis dei meistra desse stressfaktorane og kva rolle foreldra har i mestringsstrategien. Kjensla av å vere redd og nervøs, frykta for døden, sjukdomsfortrenging og ønske om å vere "normal", var stressfaktorar som kom fram i studien. Det kjem fram at pårørande har ei viktig rolle i mestringsstrategien. I studien var pårørande dyktige på å oppmode til ulike mestringsstrategiar, dei assisterte borna til å meistre med å motivere, forklare meininga med behandlinga, lage rutine rundt den nye kvardagen og få barnet til å slappe av. Studien syne likevel at det er eit behov for at sjukepleiaren tidleg involvere seg i familiens føretrakkne mestringsstrategiar for å forsterke effekten av dei. Med å vidare kome med råd og vegleiing, vil mestringsstrategiane bli best mogleg tilpassa barnet og den familien det gjeld.

4. "Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy": (Sposito, Silvia-Rodrigues, Sparapani, Pfeifer, Gareia de Lima, & Nascimento, 2014)

Ein kvalitativ forskingsstudie som har gjennomført semistrukturerte intervju med rekvisita av 10 born mellom 7-12 år som er på sjukehus under behandling av cytostatika. Målet med studien var å undersøke dei ulike mestringsstrategiane born har for å takle cellegiftsbehandlinga. Det kjem fram i artikkelen at born var oppfinnsame med å finne ulike mestringsstrategiar, som det å distansere seg gjennom leik. Studien vektlegg viktigheita av at born får informasjon som er tilpassa slik at dei forstår sjukdoms- og behandlingsforløpet slik dei best meistra behandlinga, vidare ønska dei fleste deltakarane at helsepersonell henvenda seg til borna sjølv under informasjonsgiving knytt deira helsetilstand. Det viste seg at det var variasjon i den kognitive utviklinga blant jamn aldrande, noko som òg måtte kartleggast i staden for å berre sjå på alderssærtrekka. Vidare seier Sposito et al. at sjukepleiaren må bidra til at barn nyttar ulike mestringsstrategiar slik at behandlinga blir mindre traumatisk.

5. "Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study": (William Li, Chung, Ho, Chiu, & Lopez, 2011)

Målet med denne kvalitative studien var utforske mestringsstrategiar born i Hong-Kong nytta under kreftbehandlinga på sjukehus. Det var 88 deltakara mellom 9-16 som deltok på strukturerte intervju som vart gjennomført ein-til-ein. Emosjonelle mestringsstrategiar var den kategorien av mestringsstrategiar som var mest nytta. Det kom fram at aldersgruppa på borna hadde noko å sei på kva kategori innfor mestringsstrategiar dei nytta. Som nemnt nytta born i hovudsak emosjonelle mestringsstrategiar, som det å distansere seg frå biverknadane med å sove, "rømme frå"

behandlinga med å sjå på fjernsyn eller høyre på musikk. Under behandling var fantasireiser brukt til å meistre prosedyra. Ei mindre gruppe nytta problemløysande mestringsstrategiar, som det å oppsøke støtte hos vener, familie eller sjukepleiar, nokon nytta konfrontering og syna sinne for å meistre påkjenninga kreftsjukdommen gav. Studien legg fram at ved å vite kva mestringsstrategiar born nyttar for å meistre sjukdommen, vil sjukepleiaren auke sitt reporterar til å kunne føreslå og vegleie til ulike strategiar tilpassa den enkeltes alder. Dermed kan ein unngå unødvendig belastning under behandling. Vidare er det lagt vekt på at behovet for å få hjelp til å meistre ikkje kan bekreftast som eit stort problem, då det er lite kvantitativ forskning på dette området.

5 Drøfting:

William Li et al. (2011) legg fram at behovet for å meistre ikkje kan bekrefast som eit omfatta problem i den forstand at det er lite kvantitative studie rundt dette tema, som kan bidra til å belyse storleiken av problemet. Jamvel syna 4/5 av artikkane som er framlagt at sjukepleiaren på eit eller fleire vis må bidra i mestringsstrategiar blir nytta skal kreftbehandlinga til born bli best tilrettelagt (William Li et al., 2011, Sposito et al., 2014, Hildenbrand et al., 2011, McCartney et al.).

5.1 Betyding av relasjon:

At born ber preg av framandfrykt utfordre sjukepleiaren i samhandlinga med dei (Grønseth & Markestad, 2011). Som sjukepleiar ynskje vi å sikre at pasientane kjenner seg trygge saman med oss, erfaringar eg gjer meg i praksis er at relasjonsbygging mellom pasienten og eg som sjukepleiar er avgjerande for korleis vidare samhandling blir. Travelbee (2001) seier at det første møtet er starten på eit forhold, og slutningane som blir tekne gjennom den gjensidige observasjonen utgjer kjenslane fyrsteintrykket eller fornemninga gav. Vidare poengter Travelbee at sjukepleiaren skal unngå at det første møtet blir dårleg, med å målrett byggje opp ein relasjon og sikre at den blir oppretthaldt.

Det er behov for at sjukepleiaren førebur seg og tilrettelegge for eit godt møte med barnet. For at vi skal kunne få skape ein god relasjon med barn bør særtrekka som Grønseth og Markestad (2011) syner til takast hensyn til. Eit særtrekk er at barn har behov for foreldretryggleik, dei har behov for at foreldre er tilstade skal samhandlinga opplevast som trygg. Vidare seier Grønseth og Markestad at sjukepleiaren bør gi av seg sjølv som menneske for å skape tillit til relasjonen. Sjukepleiaren kan skape tillit med å akseptere, syne forståing og lytte (Grønseth & Markestad, 2011). Når barnet syner at det er redd, kan sjukepleiaren dermed akseptere det med å sei at det er lov å vere redd.

Relasjon blir skapa gjennom kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012). Det finnast utallege måtar å kommunisere og samspele på, i kommunikasjon med born bør ein vere kreativ og oppfinnsam.

Grønseth & Markestad (2011) syner til leik, teikning og rollespel som hjelpemidlar i samtale. Ein anna måte å kommunisere på kan vere å nytte hjelpehanda (vedlegg 1) som Raknes & Haugland (2016) har utvikla, som skal gjere det lettare å få kontroll på situasjonen og setje ord på tankar og kjensler.

Denne hjelpehanda kan sjukepleiaren saman med barnet fylle ut, noko som kan invitere til vidare kommunikasjon og forståing hos begge partar. Med ei slik hjelpehand kan sjukepleiaren hjelpe barnet å leite fram dei ressursane han har, noko Hummelvoll (2012) meiner er naudsynt i prosessen for å takle ei krise. I vedlegg 2 har eg eksempelvis fylt ut ei slik hjelpehand, knytt til gitt situasjon.

Denne relasjonsbygginga får ein funksjon ved at sjukepleiaren lettare klare å kartlegge sjukdomsforståinga til barnet. Grønseth og Markestad (2011) ser på kartlegginga av sjukdomsforståinga som naudsynt for å kunne gjeve tilstrekkeleg med informasjon. Som pasientar har krav på i følge pasient- og brukarrettighetslova (1999) som seier at dei skal få naudsynt informasjon omfatta sin helsetilstand og innhald i helsehjelp tilpassa mottakar sine føresetnadar som alder og utvikling. Relasjonen som blir skapt får dermed også den funksjonen at sjukepleiaren skal få bli kjend med for å kartlagge barnet best mogeleg for å kunne tilpasse informasjon og tiltak.

5.2 Behovet for å vere deltakande:

Ein anna funksjon relasjonsbygginga får er å lettare la pasienten vere deltakande. Gibson et al. (2010) får fram i artikkelen sin at born ynskje å vere meir deltakande i samtala som omfattar dei sjølv, eit funn Sposito et al. (2014) òg har i sin artikkel. Born ynskje altså å vite kva den situasjonen dei er i, handlar om. Eit behov som eg fleire gonger har erfart i praksis, at pasientar ynskje å få kontroll over situasjonen gjennom opplysing av den. Gjennom relasjon vil det kunne vere lettare å oppnå forståing, avdekke noko som er uklart og utveksle erfaringar (Røkenes & Hanssen, 2012).

Grønseth & Markestad (2011) seier at born har behov for å vere ekspertar på seg sjølv. Sjukepleiaren må dermed legge til rette for at barnet, som er den som opplev sjukdommen og behandlinga på kroppen får moglegheit for å nettopp bli det. Tiltak sjukepleiaren kan ta føre seg er å unngå vanskelege ord i samtale og legge til rette for deltaking med å henvende seg til barnet i samtale og prosedyrer omfatta dei (Grønseth & Markestad, 2011). Med å la barnet vite at grunnen for at det gjer vondt å gå er fordi det er ein del av symptombiletet på leukemi, og at ein kan bli kvalm av medisinen som skal gjere ein frisk og at blodprøver som må takast skal syne om det er framdrift i behandlinga (Bringager et al., 2014).

Born må få reell informasjon knytt til deira erfaring av sjukdommen som eit tiltak for å gjeve kontroll og oppretthalde tillit (Grønseth & Markestad, 2011). Bringager et al. (2014) legg fram at born opplev kreftdiagnosen som katastrofal, som kan knytast opp mot den reduserte evna born har til å takle stress (Grønseth & Markestad, 2011). Sposito et al. (2014) legg fram i studien sin at born meistra

behandlinga best når dei hadde fått informasjon tilpassa deira forståelse. Sjukepleiaren skal opptre ærleg for å redusere beskyrmingar og stress (Grønseth & Markestad, 2011).

For at born best kan kjenne seg deltakande, bør sjukepleiaren ta seg tid for å hjelpe barnet til å forstå. Grønseth & Markestad (2011) legg vekt på at samhandlinga skal vere tilpassa borns utviklingsnivå. Gjennom relasjonen kan sjukepleiaren bli kjend med pasienten for å best klare å observere barnets kognitive utvikling og dei ressursane som barnet har. Ein faktor som Røkenes og Hanssen vektlegg for å samhandle og sikre evna for mottaking slik at ein oppnår forståing (Røkenes & Hanssen, 2012). Sposito et al. (2014) kjem fram med at utviklingsnivået ikkje alltid samsvara med aldersærtrekka. Dermed kan vi tenke oss at behovet for at sjukepleiaren skapar ein relasjon god nok til å kartlegge individet godt nok er tilstade.

5.3 Mestringshjelp:

5.3.1 Informasjon som mestringsstrategi:

Sjukepleiaren som profesjon skal blant anna understøtte meistring (Norsk sykepleierforbund, 2016). Når relasjonen er skapt, ein klara å halde eit godt samspel med det kreftsjuke barnet og familien, og kartlegging av fysiske behov knytt til sjukdommen og behandling er under kontinuitet, bør sjukepleiaren søke etter ressursar born har til å kunne meistre behandlinga.

Informasjon er ikkje noko som berre skal gjevast fordi det står i lovverket, det har også ein funksjon. Hummelvoll (2012) seier at ei krise opptre når ein ikkje klara å møte utfordringa ein står ovanfor på ein passende måte. Gjennom informasjon og vegleiing vil ein få råd til å kunne møte utfordringane som ein står ovanfor, ein pedagogisk funksjon sjukepleiaren har for å sikre at krisa ikkje blir for stor hos barnet og familien (Tveiten, 2013).

God informasjon kan dermed fungere som ein mestringsstrategi med at det hjelper barnet og familien til å forstå og gjev dei kjensla av kontroll. Behovet for å kartlegge sjukdomsforståinga er dermed vesentleg for å sikre best oppfølging av forståing for å redusere stress (Grønseth & Markestad, 2011). Artikkel 4 har funn på at born er flinke til å nytte ulike mestringsstrategiar under behandling etter at dei hadde akseptert den nye situasjonen med at dei måtte gjennom behandling skulle dei bli friske. (Sposito et al., 2014). Dette funnet kan tenkast at meistringsevna som blir redusert med stressfaktorar som det å ikkje vite/det ukjende blir eliminert når barnet får tilstrekkeleg informasjon slik at bornet klara å orientere seg i det som skjer (Grønseth & Markestad, 2011).

Vidare seier Grønseth & Markestad (2011) at det må takast hensyn til barnets konkrete tankegang, som kan bli skremt over å høyre at ho "skal få ein slange med medisin inn i handa om litt". Ein slange

for eit born kan vere ein ekte slange, og stunda frå det er sagt, til ho skal få sjå kva slange det dreiar seg om kan by på mange besymringar. Sjukepleiaren bør difor vere konkret tilbake i måten ein informere, han kan dra nytte av å ta med seg ein bamse og eit veneflonsett som hjelpemiddel i samtale med born og demonstrere til bornet kva som vil blir gjort (Grønseth & Markestad, 2011).

McCartney et al. (2014) legg fram i artikkelen sin at for å sikre god livskvalitet etter behandlinga er mestringsstrategiar naudsynt å følgje opp for at det ikkje skal gå ut over livskvaliteten. Informasjon kan såleis ha ein førebyggjande funksjon, med at tilstrekkeleg informasjon og undervisning om behandlingsforlaupet kan førebu pasienten på eventuelle symptom og plager i etterkant av behandling. Eit behov som kan relaterast til funna Gibson et al. (2010) har gjort seg hos borna at besymringar for permanente symptom som kunne kome etter behandlinga er tilstades sjølv under behandlinga.

5.3.2 Mestringsstrategiar:

I samanheng med problemstillinga er ein mestringsstrategi ein metode som nyttast for å oppnå noko. Som å vere mest mogleg tilfreds med tilværelsen, i denne kontekst behandlingsforlaupet (Romsland et al., 2015). Sposito et al. (2014) får fram i artikkelen sin behovet for at sjukepleiaren må oppfordre til bruk av mestringsstrategiar, for at behandlinga skal vere mindre traumatisk for born er tilstade. Som kan tilsvare det Tveiten (2013) legg som hovudvekt i mestringshjelpa, at det må vere eit hensiktmessig tiltak for at livskvaliteten skal fremjast.

Born med kreft vil gå igjennom mange prosedyrar som verkar skremmande, som det å få i sett ein veneflon (Bringager et al., 2014). William Li et al. (2011) legg fram i artikkelen at kognitiv mestringsstrategi vart nytta under prosedyrer for at born skulle meistre dei. Gjennom kognitiv mestringsstrategi flyttar ein fokuset ved hjelp av t.d. ei fantasireise, som skal bidra til at gitt prosedyre skal vere mindre traumatisk for bornet. Metoden passe frå 5-års alderen og oppover, og som fungerer best dersom det bornet er engasjert i fantasireisa (Grønseth & Markestad, 2011). Eit moment som vektlegg behovet for relasjon mellom sjukepleiaren og bornet, for å best kunne tilpasse mestringsstrategien ved å bli kjend med barnet.

Erfaringar eg har gjort meg i praksis er at pasientar nyttar mange og ulike strategiar for å gjere sjukehusopphaldet mest mogleg tilfredstillande for seg sjølv. All ventetida mellom behandlingar og prosedyrar var ofte det verste fekk eg fortalt av ein pasient, noko eg ikkje trur er annleis for born som er nyfikne og undrande på livet. Ein anna pasient eg har møtt i praksis fortalde at ventetida er ein del av behandlinga, noko eg meina må takast i betraktning i bruk av mestringsstrategiar. Ved å bruke avleiingsteknikkar, som det å sjå film, for å avlede fokuset vekk frå besymringar knytt gitte

prosedyrer som skal gjennomførast kan vere ein måte å bruke mestringsstrategi på (Grønseth & Markestad).

5.3.3 Foreldrebehovet:

Ein anna ressurs som er viktig at sjukepleiaren tek omsyn til er dei pårørande. Grønseth og Markestad (2011) syner gjennom særtrekka til born at behovet for foreldretryggleik er tilstade og at kartlegging av foreldra si sjukdomsforståing er nødvendig. Hildenbrand et al. (2011) får fram i artikkelen sin at foreldra er ein viktig ressurs i behandlinga med at dei lage rutiner tilpassa den nye kvardagen, bidreg til bruk av ulike mestringsstrategiar og hjelper borna å forstå situasjonen gjennom forklaring.

Det sistnemnte tiltaket foreldra bidreg med er noko sjukepleiaren kan understøtte gjennom den naudsynte kartlegginga av foreldras sjukdomsforståing (Grønseth & Markestad, 2011). Sjukepleiaren kan gjennom kartlegginga finne ut kva forståelse foreldra har høve sjukdommen, kva som er uklårt for foreldra og kva dei treng å vite meir om. Eit tiltak som kan byggje opp deira kunnskap til å kunne vidareformidle til borna sine det dei lura på og som sjukepleiaren ikkje klarte å formidle (Grønseth & Markestad, 2011). Dette tiltaket har foreldre rett på i følgje pasient- og brukarrettighetslova (1999), som seier at all informasjon som skal gjevast til mindreårige, også gjevast saman med dei som har foreldreansvaret, om ikkje anna er nemnt.

Denne kunnskapsauken til foreldra kan vere eit tiltak for at borna lettare klare å mestre behandlinga. Gibson et al. (2010) får fram i artikkelen sin at borna prøva å skjule plagene sine med å skjule dei ovanfor vaksne. Rakenes og Haugland (2016) meiner at foreldre bør tole å sjå borna reagere, og dermed syner til at hjelpehanda kan vere eit hjelpemiddel mellom foreldra og borna slik at begge partane kan setje ord på kjenslene sine og få forståing ovanfor kvarandre. Tiltaket fungerer òg som å dekke behovet pårørande har for å bli ivareteke med god oppfølging og vegleiing (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I tillegg til å støtte borns mestringsstrategiar, seier Grønseth og Markestad (2011) at det er viktig at foreldre er empatiske og støttande under og etter prosedyrene. Trøyst, ros og kos er viktig for å mestre og for å få anerkjensle på det dei meistrar. Sjukepleiaren spelar også ei viktig rolle i denne anerkjensla (Grønseth & Markestad, 2011), ei erfaring eg har gjort meg i praksis under samhandling med born er at premieutdeling og skryt fekk borna til å kjenne på meistring over å gått igjennom ei prosedyre som dei kjende på som skremmande.

6 Konklusjon:

I problemstillinga spør eg etter korleis sjukepleiaren kan bidra til at barnet meistra behandlinga av kreftsjukdommen. Gjennom prosessen til ferdig resultat har eg tileigna meg kunnskap om korleis eg som sjukepleiar kan stå sterkare i møte med denne gruppe pasientar som har behov for å mestre situasjonen dei er komen opp i. Hensikta var å finne ut kva strategiar som best kunne nyttast i meistringen av kreftbehandlinga.

Det eg har best tileigna meg i denne prosessen er at dersom eg som sjukepleiar skal kunne vere ein bidragsytar til at born meistra kreftbehandlinga, er relasjonsbygginga essensiell. Mestringsstrategiar bygger på at eg som sjukepleiar saman med borna nyttar dei, anten som vegleiar eller som utførar. I oppgåva kjem det fram at relasjonen dannar grunnlag for vidare samhandling med born. For at eg som sjukepleiar skal bidra til at borna er deltakande i behandlinga omfatta dei sjølve, bør eg klare å skape tillit gjennom å bli kjend med borna som person. Denne tilliten kan eg tileigne meg i relasjonen der kommunikasjonen er viktig for at informasjon, meiningar, beskyrningar og interesser bli delt. Eg som sjukepleiar er avhengig for at borna blir høyrte av meg skal eg kunne best dekke deira behov.

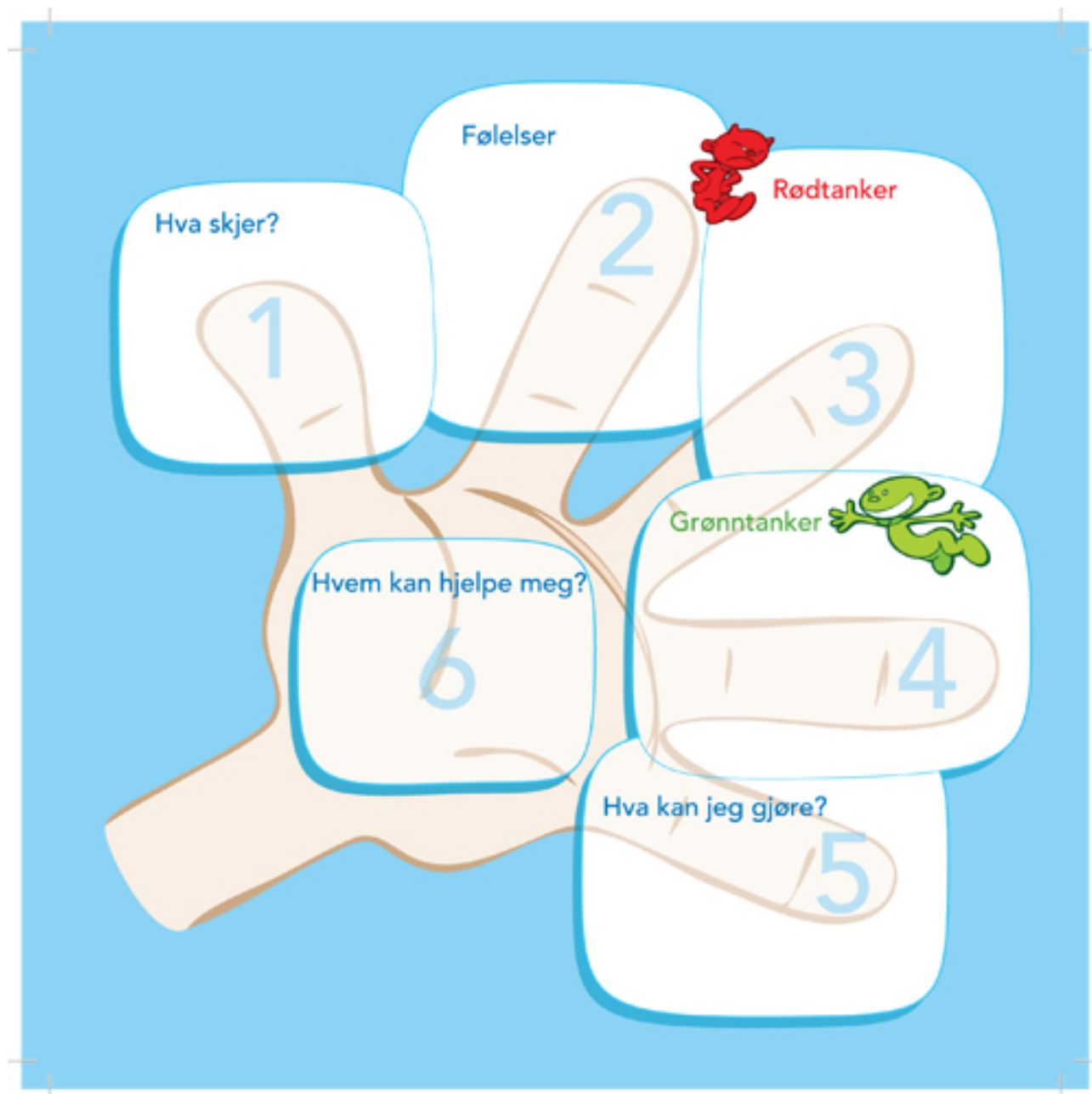
Vidare så har litteraturen eg har nytta i oppgåva belyst behovet for at sjukepleiaren står i frontlinja for å bidra til at born og familien skal kunne takle støyten kreftdiagnosen gjev gjennom å setje ord på kjenslane for å vidare kunne orientere seg i behandlingsforlaupet. Sjukepleiaren kan bidra til at born meistra behandlinga av kreft gjennom sin pedagogiske funksjon etter at relasjonen er skapt. Ein funksjon vi kan framheve i arbeid med born som er under utvikling. Gjennom informasjon, råd, og vegleing til pasient og pårørande kan sjukepleiaren gjeve eit godt grunnlag for at born skal meistre behandlinga best mogleg dersom vi har danna ein god relasjon.

7 Bibliografi

- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R., & Mørk, A. (2014). *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgavskrivning* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Oktober 04). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet Mai 03, 2017 frå Folkehelseinstituttet.no: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S., & Richardson, A. (2010). Children and young people's experiences og cancer care: A qualitative research study using participatory methods. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010) 1397-1407. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.019
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hafstad, A. (red.) & Tveit, K. (red.). (2015, Februar). *Nasjonal Handlingsplan for Kreft 2015-2017*. Helsedirektoratet. Henta April 27, 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/975/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20kreft%202015-2017.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen - mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Henta April 27, 2017 frå https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf
- Hildenbrand, A., Clawson, K., Alderfer, M., & Marsac, M. (2011). Coping With Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(6) 344-354. doi: 10.1177/1043454211430823
- Hummellvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Macartney, G., Stacey, D., Harrison, M. B., & VanDenKerkhof, E. (2014). Symptoms, Coping, and Quality of Life in Pediatric Brain Tumor Survivors: A Qualitative Study. Canada: *Oncology Nursing Society, ONF*, 41(4), 390-398. doi: 10.1188/14.ONF.390-398

- Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft. (2015). *Årsrapport 2015*. Kreft registeret. Henta April 29, 2017 frå https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/12_arsrapport_2015_barnekreft_0.pdf
- Norsk sykepleierforbund. (2016, Mai 23). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet April 27, 2017 fra NSF.no: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet April 27, 2017 fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rakenes, S., & Haugland, B. S. (2016). *Psykologisk førstehjelp (1.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering (1.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sposito, A. P., Silvia-Rodrigues, F., Sparapani, V., Pfeifer, L., Gareia de Lima, R. A., & Nascimento, L. C. (2014). *Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy*. *Journal of Nursing Scholarship*.
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vedlegg 1 + 2: *Hjelpehånd* (Illustratør Per Finne) Henta med tillating frå http://www.vfb.no/Last+ned+hjelpehanden.b7C_wlzY2n.ips
- William Li, H., Chung, O. J., Ho, K. E., Chiu, S. Y., & Lopez, V. (2011). Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology*. 20: 969-976 (2011) doi: 10.1111/jan.12328

Vedlegg 1:



Vedlegg 2:

