



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 331

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8350

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 33

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Å fremme mestringsopplevelser
hos barn med kreft på sykehus

Promoting experiences of coping
in hospitalized children with cancer

Kandidatnummer: 331

Bachelorutdanning i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Figur 1. Sykehusmusa Rasmus. Fra «Rasmus på Riksen er Årets navn», av J. H. Moen, 2018 (<https://www.dagbladet.no/nyheter/rasmus-pa-riksen-er-arets-navn/70551446>). Gjengitt med tillatelse fra rettighetshaver.

ABSTRACT

Title: Promoting experiences of coping in hospitalized children with cancer.

Aim: The aim of this thesis is to gain a deeper understanding of how nurses can use communication as a tool in helping young children cope with their cancer disease and the everyday life at the hospital.

Method: A literature study has been performed by gathering recognized theory on the subject and knowledge found in the nursing curriculum. Systematic searches were carried out in medical and nursing related databases such as PubMed, Cochrane Library and Cinahl, using both text words and MeSH-terms combined with different Boolean operators. Searches were limited to publications issued between the years of 2010-2020, and additional inclusion- and exclusion criteria were applied in the process of selecting relevant studies.

Results: Four research articles were selected as basis for the thesis and these were critically evaluated using checklists. Each article, and the corresponding study, was analyzed individually, and findings were thereafter extracted for a thematic synthesis. Four main themes concerning the process of coping emerged, and are described from the perspective of the child: 1) the need for safety and reliable relations; 2) the need for information, knowledge and understanding; 3) the need for involvement in decision making and a sense of control over the situation; and 4) the yearning for normal days and the inclusion of meaningful activities.

Conclusion: Preschool-aged children are more likely to cope with their illness and the treatment when they have established a close and reliable relation to a nurse. Nurses need to address the child's need for knowledge and should provide age-appropriate information to promote understanding. Furthermore, the child has the right to be heard and should be motivated to participate in decision making to achieve a sense of control. Play should be incorporated into the everyday at the hospital to increase the wellbeing, coping and a positive development.

Key words: children, cancer, coping, nursing, communication.

INNHOLDSFORTEGNELSE

ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 SYKEPLEIERS MANDAT.....	6
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN	7
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
2.0 TEORI	9
2.1 KREFT HOS BARN	9
2.2 PSYKISKE REAKSJONER PÅ SYKDOM OG SYKEHUSINNLEGGELSE	11
2.3 MESTRING	12
2.4 UTVIKLINGSTEORI.....	13
2.5 KOMMUNIKASJON	14
2.6 LOVVERK	16
2.7 TRAVELBEE SIN TEORI OM MELLOMMENNESKELIGE RELASJONER	16
3.0 METODE	18
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	18
3.2 LITTERATURSØK OG UTVALGSPROSESS	19
3.3 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	21
4.0 FUNN	22
4.1 RESULTATSYNTESE.....	22
5.0 DRØFTING	25
5.1 TRYGGE OG TILLITSFULLE RELASJONER.....	25
5.2 INFORMASJON SOM FREMMER FORSTÅELSE	27
5.3 AUTONOMI OG OPPLEVELSE AV KONTROLL.....	29
5.4 EN MENINGSFULL HVERDAG	30
5.5 METODEDISKUSJON OG KILDEKRITIKK	30
6.0 KONKLUSJON	32
LITTERATURLISTE	33
VEDLEGG	
VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA	
VEDLEGG 2: DOKUMENTASJON AV SØK	
VEDLEGG 3: RESULTATMATRISE	

1.0 INNLEDNING

En artikkel publisert av Barnekreftforeningen forteller historien om Henriette som kun var to år gammel da hun ble diagnostisert med en sjelden og aggressiv krefttype. Det var etter en kontroll på helsestasjonen at familien fikk den brutale beskjeden: Henriette har to svulster på hjernen. I et kaos av følelser bar det av sted til Rikshospitalet, hvor hun i løpet av få uker gjennomgikk en rekke undersøkelser og hele fem operasjoner. Disse var så inngripende at hun på nytt måtte lære seg å gå. En av svulstene lot seg imidlertid ikke operere, og dermed ble familien nødt til å forberede seg på et uvisst antall måneder med cellegiftbehandling. Etter ni tøffe kurer, etterfulgt av protonstrålebehandling gjennomført i utlandet, ble hun mot alle odds erklært kreftfri (Barnekreftforeningen, 2019).

Hvert år blir i underkant av 200 barn i Norge diagnostisert med en kreftsykdom, og en stor andel av disse rammes før de har fylt 6 år (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft, 2019, s. 11 & 15). De rammes i en kritisk periode av livet, der det gjennomgås en omfattende utvikling både på det fysiske-, motoriske-, kognitive-, sosiale- og følelsesmessige plan (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 121). Opplevelser i de første leveårene, legger i stor grad grunnlaget for utviklingen videre. Forskning viser at erfaringer gjort i barndommen setter spor på både fysisk og psykisk helse også i voksen alder (Gustin, 2016, s. 143).

For Henriette i artikkelen referert til ovenfor, tok det 15 måneder å bli frisk fra kreftsykdommen (Barnekreftforeningen, 2019). For andre kan behandlingsforløpet vare enda lenger, opptil flere år. I løpet av denne perioden tilbringer ofte det kreftsyke barnet mye tid på sykehuset, hvor hverdagen er preget av smertefulle prosedyrer, plagsomme bivirkninger og nye mennesker og rutiner å forholde seg til. Forutsigbarheten som er så viktig for små barn blir plutselig borte. Med tapet av det de forbinder med sin normale hverdag, forsvinner også mye av tryggheten, og tilværelsen kan oppleves som meningsløs og uforståelig (Bringager et al., 2014, s. 15 & 120).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven ønsker jeg å rette søkelyset mot de psykiske aspektene ved det å være kreftsyk i førskolealderen. Bringager et al. (2014, s. 123-124) beskriver så fint sykehuset som et drivhus, der sykepleieren har stor mulighet for å legge til rette for vekst, utfoldelse og trivsel. Sykepleieren har også et ansvar for å dyrke barnets friske sider i en situasjon som kan virke sterkt begrensende. Jeg anser det som en viktig del av behandlingen å hjelpe barnet til å oppleve mestring av kreftsykdommen og livet på sykehuset, for «hvis hele målet, håpet og innsatsen er knyttet til det å *overleve*, hva skjer med livet da, *mens* barnet behandles for kreft?» (Bringager et al., 2014, s. 122).

Jeg har ingen personlig erfaring med denne pasientgruppen, men har stor interesse for barnesykepleie og helsefremmende arbeid. Jeg ønsker å øke min kunnskap og forståelse innen dette fagfeltet slik at jeg som ferdig utdannet sykepleier vil være både tryggere og bedre rustet i møte med alvorlig syke barn i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Sykepleiers mandat

Sykepleieryrket omfatter flere definerte funksjons- og ansvarsområder. I direkte arbeid med pasienter, inkluderer dette først og fremst oppgaver knyttet til helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og undervisning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 17-19). Funksjons- og ansvarsområdene er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. I segmentet som omhandler sykepleieren og pasienten, heter det at «sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». Pasientens rett til medbestemmelse innebærer at sykepleieren gir tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og sørger for at pasientens stemme blir hørt. Videre har sykepleieren ansvar for å understøtte håp, mestring og livsmot, lindre lidelse og ivareta den enkeltes behov for helhetlig pleie og omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven tar for seg barn i førskolealder, mellom 2–6 år, som er diagnostisert med kreft. Alle former for kreftsykdom inkluderes, og i oppgaven vil de ses under ett. Det tas dermed ikke høyde for ulikheter ved behandlingen av spesifikke diagnoser. Videre går det ut ifra at barnet er innlagt på en barneavdeling på et sykehus. Barn som nylig er diagnostisert og skal i gang med behandling, og barn som er i en palliativ fase av sykdomsforløpet, ekskluderes fra oppgaven. Disse gruppene utelates fordi barnet på disse tidspunktene i behandlingsforløpet kan forventes å ha andre behov som sykepleieren må bestrebe seg på å imøtekomme. Jeg retter med det fokuset mot barn som er under aktiv behandling, enten med et kurativt eller livsforlengende mål.

Utøvelse av sykepleie til barn med psykiske eller fysiske funksjonshemninger krever særskilt kompetanse. Oppgaven tar følgelig utgangspunkt i barn med kreft som følger en tilnærmet forventet utvikling i forhold til sitt alderstrinn, og som ikke har ytterligere helseproblemer eller tilleggdiagnoser av betydning for behandlingen og pleien de mottar.

Etter Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 6 første ledd) har barn ved alvorlig og/eller livstruende sykdom rett til å ha foreldrene, eller andre som opptre i foreldres sted, hos seg på sykehuset. Sykepleie til kreftsyke barn innebærer ivaretagelse av en hel familie i krise. Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan en kan veilede og samhandle med både foreldre og søsken på en god måte. De representerer en trygghet for det syke barnet, og er en viktig ressurs for barnet gjennom hele behandlingsløpet. Sykepleierens arbeid rettet mot de pårørende, og mot familien som helhet, er særlig viktig når en jobber med små barn (Haugland, 2000, s. 481-487). Likevel vil dette temaet holdes utenfor min oppgave. Hovedfokuset vil ligge på relasjonen mellom barnet og sykepleieren, og den delen av kommunikasjonen som rettes direkte mot barnet.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen jeg ønsker å belyse og fordype meg i har jeg definert som følger:

Hvordan kan sykepleiers bruk av kommunikasjon bidra til at små barn med kreft opplever mestring av sin sykdom og oppholdet på sykehuset ?

2.0 TEORI

2.1 Kreft hos barn

Patologi

Utviklingen av menneskekroppen starter med befruktningen og dannelsen av en zygote; det vil si sammensmeltningen av en eggcelle og en sædcelle. På vei fra egglederen til livmoren deler zygoten seg spontant til to datterceller, som igjen deler seg til fire. Med dette innledes begynnelsen på en intens celledelingsaktivitet. Produksjonen av nye celler, og den påfølgende differensieringsprosessen der cellene tildeles spesifikke egenskaper og funksjoner, danner grunnlaget for kroppens vekst og utvikling. Celler av samme type grupperer seg og gir opphav til forskjellige vev, som former kroppens organer når de settes sammen i ulike kombinasjoner. Apoptose, altså programmert celledød, er en viktig del av dette samspillet. Den sørger for å fjerne skadde eller ubrukelige celler, og bidrar til fornyelse av organene. Resultatet av disse omfattende prosessene blir et levedyktig foster, og senere en fullvoksen menneskekropp (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006, s. 89 & 505-509).

Det oppstår stadig små skader på cellene, såkalte mutasjoner, som fører til endringer i cellenes genetiske materiale. Mutasjoner inntreffer spontant eller som følge av ytre påvirkninger, og kan være både nyttige, nøytrale eller skadelige (Martinsen & Brøgger, 2020). Kreftutvikling oppstår i én enkelt celle, og skyldes hovedsakelig mutasjoner i gener som styrer celledelingen, apoptosen eller cellenes innebygde reparasjonsmekanismer (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 131). Bringager et al. (2014, s. 20) forklarer at «mutasjonen har gitt cellen en overlevelseshfordel i forhold til friske celler, enten ved at celledelingen ikke skruser av, eller ved at cellen ikke gjennomgår apoptose slik den normalt skulle». Ubalansen i vekstreguleringen fører til ukontrollert cellevekst og patologisk nydannelse av vev, som i medisinsk terminologi omtales som neoplasie eller cancer. En kreftsykdom har oppstått (Bertelsen et al., 2016, s. 129).

To egenskaper gjør kreft til en malign, altså ondartet, og potensielt dødelig sykdom: evnen til å vokse inn i nærliggende vev og evnen til å metastasere. Metastasering betyr å spre kreftceller til fjerntliggende vev via blodkar, lymfekar eller kroppshuler. En kreftsykdom kan utvikle seg gradvis over flere år, og pasientens opplevelse av symptomer avhenger i stor grad av kreftens lokalisasjon. Det finnes derfor ikke noe typisk og entydig sykdomsbilde som er felles for alle kreftsykdommer (Bertelsen et al., 2016, s. 135-136).

Forekomst

I 2018 ble 187 barn under 18 år diagnostisert med en kreftsykdom, noe som utgjør omtrent en halv prosent av det årlige totale antallet nye krefttilfeller i Norge. Insidensen har de siste tiårene vært svært stabil. Mens det for voksne er vanligst med bryst-, prostata-, lunge- og tarmkreft, rammes barn oftest av helt andre kreftformer. Litt over en tredjedel av alle barnekrefttilfeller er blodkreft, der typen akutt lymfatisk leukemi har klart høyest forekomst. Nest hyppigst er svulster i hjerne og ryggmarg, og denne gruppen utgjør også nærmere en tredjedel. Øvrige krefttyper danner samlet den siste tredjedelen, der lymfomer står for flest tilfeller (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft, 2019, s. 10-15).

I en kropp som ikke er ferdig utvokst er mange av cellene fortsatt umodne. Slike celler har et høyt vekstpotensial og deler seg hurtig. Kreftsykdommer hos barn er derfor i mange tilfeller mer aggressive enn hos voksne. Arvelige faktorer har en viss betydning i noen få tilfeller, men som oftest er årsaken til kreft hos barn ukjent, og er av den grunn vanskelig å forbygge. (Bringager et al., 2014, s. 18 & 24).

Behandling

For en stor andel av krefttilfellene hos barn, har kreftcellene allerede metastasert når diagnosen stilles, og systemisk behandling med cellegift er derfor ofte indisert (Storm-Mathisen, 2000, s. 469). Da det er de hurtigvoksende cellene og kreftformene som er mest følsomme for cellegift, har mange barn god effekt av dette. Ved leukemier er cellegift hovedbehandlingen. For svulster i sentralnervesystemet, og for andre solide svulster, er derimot kirurgi viktigst og i noen tilfeller kurativt. Ofte er det imidlertid nødvendig med en kombinasjon av flere behandlingsformer. I tillegg kreves omfattende støttebehandling for å lindre de mange bivirkningene kreftbehandlingen kan bringe med seg (Bringager et al., 2014, s. 27 & 42).

Strålebehandling foretrekkes i liten grad hos små barn, da risikoen for alvorlige seneffekter i en kropp som er under utvikling, er for stor. Ved behov sendes barnet i stedet til utlandet, hvor protonstrålebehandling tilbys. Med denne teknikken utsettes mindre friskt vev for stråling (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekraft, 2019, 31 & 34).

Prognosen ved kreft hos barn er generelt sett bedre enn hos voksne. Takket være store fremskritt innen behandlingsmetoder har prognosen også økt drastisk i løpet av de siste tiårene. På 60-tallet ble kreft hos barn og unge nærmest oppfattet som en dødsdom; samlet sett var langtidsoverlevelsen på rundt 20% for alle krefttyper, og nær 0% for leukemier. Per 2018 er femårs-overlevelsen steget til mer enn 85%. Det vil si at en i dag regner med at minst fire av fem barn vil overleve kreftsykdommen (Nasjonalt kvalitetsregister for barnekraft, 2019, s. 19-21). Likevel er kreft fortsatt den hyppigste årsaken til dødsfall blant barn over ett år, dersom en ser bort ifra ulykker og selvmord (Folkehelseinstituttet, 2019).

2.2 Psykiske reaksjoner på sykdom og sykehusinnleggelse

Når et barn rammes av kreft og innlegges på sykehus, oppstår det endringer i kroppen og i omgivelsene som truer den grunnleggende tryggheten og identiteten (Gustin, 2016, s. 216 & 219). Av og til vil barnet med stor sannsynlighet oppleve intense og ubehagelige bivirkninger av behandlingen, som for eksempel kvalme, fordøyelsesproblemer, hårtap, såre slimhinner, tretthet, parestesier eller smerter. På sykehuset må barnet kanskje forholde seg til forstyrrelser døgnet rundt, og stadige undersøkelser og prosedyrer kan frata dem kontrollen over egen kropp. Mulighetene for fysisk utfoldelse og samvær med søsken, barnehagekamerater og kjæledyr begrenses også (Haugland, 2000, s. 483-486)

Forandringene som sykdommen forårsaker i barnets hverdag, kan oppleves som tap eller trusler. Dette kan utløse en krise- eller sorgreaksjon, som jo er helt normale reaksjoner når mennesker opplever situasjoner de ikke forstår eller kan kontrollere (Gustin, 2016, s. 213-214). Traumatiske kriser og sorg hos barn kan gi reaksjoner som sinne, protest, fortvilelse, apati, angst og skyldfølelse (Bringager et al., 2014, 178-179). Reaksjonene kan også komme til uttrykk på mindre åpenbare måter, for eksempel gjennom problemer med konsentrasjon, søvn eller ernæring (Gustin, 2016, s. 221).

Barns bakgrunnskunnskap er preget av at de har færre erfaringer og mindre kunnskap enn voksne, og dermed andre forutsetninger for å kunne håndtere de psykologiske utfordringene sykdommen fører med seg (Bringager et al., 2014, s. 121). Av den grunn er små barn avhengige av støtte fra voksne til å sette ord på tanker og bearbeide følelsene sine, og de har behov for hjelp til å oppnå en forståelse for situasjonen slik at den kan tillegges en mening (Eide & Eide, 2007, s. 170-171 & 358).

2.3 Mestring

Lazarus (2006, s. 139) betegner mestring en prosess, der en person forsøker å håndtere indre eller ytre krav som vurderes som stressende. Videre hevder han at mestring enten er problemfokuset eller følelsesfokuset. Den problemfokusede funksjonen handler om å tilegne seg informasjon, og aktivt utføre en handling for å forandre situasjonen. Den følelsesfokusede funksjonen retter seg i stedet mot regulering av følelsene som knytter seg til den stressende situasjonen. Når stressorene oppfattes som noe personen kan kontrollere, vil oftest problemfokusede strategier tas i bruk. Dersom de derimot vurderes som uforanderlige, vil følelsesfokusede strategier være mer dominerende. Valg av mestringsstrategi avhenger altså av selve situasjonen, men påvirkes også av personens erfaringer, bakgrunnskunnskap, personlighet og relasjoner (Lazarus, 2006, s. 145 & 150-152).

I forbindelse med barns sykehusopphold, nevner Grønseth & Markestad (2010, s. 63-64) flere kilder til stress, deriblant det å være i et fremmed og ukjent miljø, atskillelse fra foreldre og begrenset mulighet til å delta i meningsfulle fritidsaktiviteter. En grunnleggende følelse av utrygghet vil forsterke det hele. I barneårene forsterkes også stress knyttet til sykdom ved at følelser, tanker og opplevelse av mestring er sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse. Immobilitet, undersøkelser og prosedyrer kan derfor øke barnets stressnivå vesentlig. Dersom stresset overstiger mestringsevnen og blir langvarig, kan det påvirke barnets helse og videre utvikling negativt. Helsedirektoratet (2017, s. 107) slår fast at et av målene ved behandlingen av barn med kreft er å redusere risikoen for utvikling av psykiske lidelser, blant annet ved å ha fokus på å fremme mestring.

Kristoffersen (2011a, s. 50-53) trekker frem Aron Antonovsky sin modell, som knytter god helse til mestring av de belastningene og påkjenningene hverdagen inneholder. Antonovsky mener at en sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen øker mestringspotensialet. For å styrke denne opplevelsen, mener han på at personen må ha en kognitiv forståelse av situasjonen, oppleve at tilværelsen har en mening og føle at en selv har en mulighet til å påvirke sin situasjon.

Når et barn er alvorlig sykt, kommer ofte diagnosen og lidelsen i forgrunnen. Bringager et al. (2014, s. 129) mener at det syke kan minskes ved å øke vektleggingen av det friske hos barnet. Sykepleiere må rette fokuset mot barnets sterke sider, støtte opp om deres ressurser og gi dem gode redskaper til å mestre sin situasjon. Det pekes på flere faktorer som fremmer mestringsevnen for barn som opplever traumer og tap: emosjonell støtte og trygge forhold til voksenpersoner, opplevelse av egenverd og kompetanse, forståelse av- og kontroll over situasjonen, opplevelse av tilhørighet, opplevelse av å bli sett og forstått av andre og evne til kreativitet (s. 128-139).

2.4 Utviklingsteori

Begrepet kognisjon brukes om evnen til å tenke og tilegne seg kunnskap, og består av en rekke mentale prosesser som foregår når hjernen mottar, bearbeider og uttrykker signaler fra sansene. Kognisjon omfatter blant annet oppmerksomhet og hukommelse, og evnen til å resonnerer, uttrykke seg og løse problemstillinger (Grønseth & Markestad, 2010, s. 31). I løpet av oppveksten eksponeres barnet stadig for ulike typer sanseintrykk. Disse legger grunnlaget for utviklingen av kognitive evner og funksjoner. I samspill med omgivelsene, vil barnet over tid endre sin måte å tenke, føle og forstå virkeligheten på; det lærer å mestre tilværelsen på stadig mer komplekse nivåer (Gustin, 2016, s. 142).

Spedbarnets tenkning er preget av det sensomotoriske, og verden forstås gjennom sansene og kroppens spontane bevegelser (Gustin, 2016, s. 152). Fram mot førskolealder utvikles evnen til å skille seg selv fra omgivelsene, og selvbildet og selvstendigheten bygges opp. Barnet blir etter hvert mer nysgjerrig og får økt trang til aktivitet og utfoldelse, samtidig som frykten for det ukjente og for å miste kontrollen fortsatt er stor. Angst for separasjon fra foreldrene, og behov for rutiner og forutsigbarhet, er dominerende (Grønseth & Markestad, 2010, s. 65-69).

Fra og med treårsalderen behersker barnet å uttrykke seg med stadig flere sammensatte ord, men det forstår begrepene kun i begrenset grad. For eksempel kan et barn snakke om døden, uten å egentlig forstå hva døden innebærer. Barnet har i førskolealderen en konkret tankegang og begrenset evne til å se sammenhenger. Å forstå hva en sykdom er, og konsekvensene av den, er dermed en utfordring. Fantasien er i tillegg livlig og vanskelig å skille fra virkeligheten, og ting som sies tas bokstavelig. Videre har barnet et lite utviklet tidsbegrep, og forholder seg stort sett til det som skjer her og nå (Grønseth & Markestad, 2010, s. 31 & 65).

Et annet kjennetegn ved barnets tankegang i denne perioden er det egosentriske perspektivet. Det vil si at barnet oppfatter seg selv som sentrum i hendelser, og benytter hovedsakelig sine subjektive erfaringer som utgangspunkt når det skal danne seg et bilde av virkeligheten. Evnen til å sette seg inn i andres perspektiv og å forstå at det kan finnes flere aspekter av én og samme ting, utvikles ikke før barnet nærmer seg skolealder (Gustin, 2016, s. 153). Til tross for dette blir barnets interesse for andre personer enn seg selv og sine foreldre stadig større. Leken endres fra å foregå på egenhånd, til å bli interaktiv med jevnaldrende. Oppmerksomhetstiden er imidlertid kort, og evnen til å skille mellom konkurrerende stimuli er liten (Grønseth & Markestad, 2010, s. 31).

2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjonsprosessen bygger på en gjensidighet ved at informasjon gis og mottas, ofte både verbalt og nonverbalt, mellom to eller flere parter. For å legge til rette for effektiv kommunikasjon, bør sykepleieren sørge for å etablere en trygg og tillitsfull relasjon til pasienten, siden dette gjør det lettere for pasienten å åpne seg, dele sine tanker og få frem sitt perspektiv (Heyn, 2018, s. 14-19). Eide & Eide (2007, s. 12) skriver at «kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre». Dette gjøres blant annet ved å bruke åpne spørsmål, lytte aktivt og vise forståelse og aksept for det pasienten uttrykker. Sykepleieren skal både utforske den faktiske situasjonen, i tillegg til de følelsene situasjonen vekker hos pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 14).

Barn har, som voksne, et behov for å vite hva som skal skje, og kunnskap er en forutsetning for å kunne formidle egne synspunkter og delta i avgjørelser. I kommunikasjonssituasjoner må sykepleieren ta hensyn til den enkeltes alder og utviklingsmessige behov. Informasjon til barn i alderen 2-6 år bør som hovedregel være enkel og kortfattet, og sykepleieren må unngå bruk av medisinsk sjargong og ord som lett kan misforstås. Det bør heller ikke informeres om flere ting av gangen. Barnet trenger tid til å fordøye budskapet, og kan ha behov for repetisjoner (Nilsson, 2018, s. 56-58).

For å ikke svekke barnets tiltro til helsepersonellet er det viktig å alltid være ærlig, og verken overdrive eller bagatellisere ting. Siden små barn ofte vurderer situasjoner ved å tolke de voksne sine reaksjoner, er det viktig å fremstå rolig og trygg i møte med barna. I denne alderen opplever de også trygghet av å ha foreldrene sine ved sin side. Sykepleieren bør uansett henvende seg direkte til barnet, slik at det føler seg sett og inkludert (Nilsson, 2018, s. 58-59).

Lek og hjelpemidler

For barn er ikke den naturlige settingen å sitte ovenfor motparten og fortelle om hvordan de har det; barnets arena er leken. Den er gjennom hele oppveksten en viktig del av utviklingen, og en naturlig del av hverdagen. Barn som fortsatt har tilgang på fantasi, lek og kreativitet i vanskelige livssituasjoner, vil oppleve økt trivsel, egenverd og kontroll over situasjonen, og har dermed en større mulighet til å mestre situasjonen (Ruud, 2011, s. 61 & 89).

Grønseth & Markestad (2010, s. 75) fremhever at informasjon som stimulerer flere sanser, blir best forstått og husket. Å bli vist, framfor å bare bli fortalt, kan altså gjøre det enklere for barnet å forstå. I samhandlingssituasjoner kan dermed bruk av elementer fra lek, og hjelpemidler som dukker, tegninger, bøker, musikk og videoer, være hensiktsmessig. Slike hjelpemidler reduserer også barnets stress, og bidrar til at samhandlingen kan oppleves som mindre truende da de gir barnet en avstand til situasjonen (Ruud, 2011, s. 89). Eide & Eide (2007, s. 159) skriver at «barnets lek er et eget språk som kan uttrykke og formidle fortellinger». Ved å delta i denne, på barnets premisser, kan sykepleieren fange barnets perspektiv og bli presentert for dets indre tanker og følelser (Nilsson, 2018, s. 62).

2.6 Lovverk

I henhold til Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 7), har barn rett på samvær med foreldre under hele sykehusoppholdet. Når barnet er under 16 år, kan foreldrene etter Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, § 4-4) samtykke til helsehjelp på vegne av barnet. Dersom barnet er i stand til å danne egne synspunkter skal dets meninger imidlertid vektlegges, i samsvar med alderen og modenheten. Barn har rett på informasjon, og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) krever at dette gis på en hensynsfull måte. Videre fremgår det at informasjonen må tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, herunder alder, modenhet, erfaringer og kultur- og språkbakgrunn. Så langt det lar seg gjøre skal helsepersonellet sikre seg at mottakeren har forstått innholdets betydning.

Barns rett på aktivisering, undervisning og stimuli er også nedfelt i lovverket. De skal under sykehusoppholdet ha mulighet til å delta på aktiviteter som er tilpasset sin alder og utvikling, forutsatt at det er forsvarlig ut ifra deres helsetilstand (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 12). Fortrinnsvis skal alle barn innlegges på egne barneavdelinger, som for øvrig bør være utformet og utstyrt på en slik måte at de er tilpasset behovene til barn i ulike aldersgrupper (§ 4).

2.7 Travelbee sin teori om mellommenneskelige relasjoner

Den anerkjente sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee definerer sykepleie og dens hensikt som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene» (Kristoffersen, 2011b, s. 216). Travelbee mener at en forutsetning for å oppnå dette, er etableringen av såkalte menneske-til-menneske-forhold. Dette begrepet refererer til relasjoner der pasientens behov imøtekommes ved hjelp av kunnskapsbaserte tilnærminger og sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk kjennetegnes ved å bevisst bruke personligheten sin til å fremme en forandring hos pasienten, som dermed lindrer vedkommendes lidelse. For å beherske dette er det vesentlig å ha kunnskap om hvordan egen atferd påvirker andre (Travelbee, 1971, s. 19).

Travelbee påpeker at menneske-til-menneske-forhold utvikles gjennom gjentatte interaksjoner, der sykepleierens viktigste redskap er kommunikasjon. Over tid trer begge parters identitet stadig mer frem, og sykepleierens forståelse for pasientens opplevelse av situasjonen øker. (Kristoffersen, 2011b, s. 219-221). Deretter utvikles empati, og sykepleieren evner da å sette seg inn i pasientens psykiske tilstand. Dette oppstår ikke tilfeldig, men avhenger av likheter i partenes erfaringsbakgrunn. Empatien legger grunnlaget for utvikling av sympati, noe Travelbee beskriver som et genuint ønske om å hjelpe pasienten, ikke fordi det forventes av andre, men på grunn av individet selv (Travelbee, 1971, s. 142).

I sluttfasen av etableringsprosessen oppnås en gjensidig forståelse og nær kontakt mellom pasienten og sykepleieren. Dersom sykepleieren ikke tar seg tid til å etablere slike forhold, og ikke evner å se det unike mennesket i pasienten, mener Travelbee at omsorgen vil bli overflatisk og mekanisk. I sine teorier understreker hun også betydningen av å fremme pasientens håp – en sjelelig tilstand som knyttes til begreper som tillit, utholdenhet og mot. Håpet retter oppmerksomheten mot en fremtidig bedring, og gjør nuet utholdelig (Kristoffersen, 2011b, s. 217-220).

3.0 METODE

Ordet *metode* har sitt opphav i det greske språk, der det betyr å følge en bestemt vei mot et mål (“Metode”, u.å.). Mer konkret kan det innen vitenskapen defineres som en hvilken som helst systematisk fremgangsmåte som brukes til å innhente, organisere og tolke informasjon. Hensikten er å tilegne seg ny kunnskap for å belyse en problemstilling (Larsen, 2007, s. 17). Dalland (2017, s. 52) skriver at «metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke». Den forteller noe om hvordan man bør gå fram for å samle inn relevant datamateriale, og kan benyttes til å etterprøve i hvilken grad framsatte påstander er holdbare. Enhver metode rommer visse allmenngyldige krav som vil ha sin innvirkning på arbeidet. Valg av metode må derfor gjøres med omhu, og bør avhenge av hvilke sider ved et fenomen en ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 51-52).

Metoder inndeles gjerne i to overordnede typer; kvantitative og kvalitative. Ved kvantitativt orientert tilnærming oppnås resultater i form av målbare, objektive og eksakte data som lar seg tallfeste, og som kan benyttes til nøyaktige regneoperasjoner. Kvantitativ metode er hensiktsmessig når en ønsker å få fram representative fordelinger, årsaks-virknings-forhold og korrelasjoner. Dersom en derimot er mer interessert i subjektive meninger og opplevelser, og ønsker å synliggjøre nyanser, er kvalitativ metode best egnet. Her har en mulighet til å innhente dybdekunnskap, som vil si flere opplysninger fra færre deltakere. Ved å kombinere både kvalitative og kvantitative metodetilnærminger kan svakheter som er forbundet med én enkelt metode reduseres (Thidemann, 2019, s. 75-77).

3.1 Litteraturstudie som metode

I bacheloroppgaven utfører jeg en allmenn litteraturstudie. Det innebærer å innhente, beskrive og analysere et utvalg av allerede eksisterende kunnskap og forskning innenfor et bestemt fagfelt. En tar altså i bruk sekundærdata, det vil si informasjon som er samlet inn av andre og som kan letes opp i bøker, tidsskrifter, databaser og liknende. Alle trinnene i utarbeidelsen av en litteraturstudie krever en systematisk tilnærming og et kritisk blikk. Målet med en slik type studie er å oppnå en bredere forståelse for det området problemstillingen omfatter, både for seg selv og for leseren (Thidemann, 2019, s. 75-80).

3.2 Litteratursøk og utvalgsprosess

Søk etter faglitteratur

Etter å ha definert temaet for oppgaven, startet prosessen med å orientere seg i relevant litteratur. Ved hjelp av bibliotekets søketjeneste Oria fant jeg frem til pensumlitteratur først og fremst fra sykepleiestudiet, samt noe pensum innen kreft- og barnesykepleie. Oria ble også benyttet til å finne supplerende faglitteratur og teori som jeg mener er vesentlig å inkludere i oppgaven for å kunne svare på problemstillingen. Videre ble det utført søk i Sykepleien.no og Google med bruk av begreper som «barn med kreft» og «mestring» for å finne aktuelle nettsider med nyttig informasjon om temaet. På denne måten fant jeg blant annet frem til offentlige rapporter og forskrifter, som jeg har brukt i oppgaven.

Søk etter forskningslitteratur

Forskningslitteraturen som jeg har benyttet i oppgaven, er innhentet ved hjelp av systematiske søk i flere elektroniske databaser innen medisin, sykepleie og helsefag. Via Helsebiblioteket.no fikk jeg oversikt over de ulike referansedatabasene som anbefales, og som det tilbys gratis tilgang til. PubMed, Cochrane Library og Cinahl ble valgt på bakgrunn av deres store utvalg av sykepleiefaglig, engelskspråklig forskningslitteratur. Mens PubMed anses for å være en av verdens største databaser innen flere helsefag, er Cochrane Library kjent for sin samling av høykvalitetsstudier. Cinahl inneholder en stor andel kvalitativ forskning, noe jeg betrakter som relevant for problemstillingen jeg har definert i oppgaven min: «Hvordan kan sykepleiers bruk av kommunikasjon bidra til at små barn med kreft opplever mestring av sin sykdom og oppholdet på sykehuset?», siden kommunikasjon og mestring kan knyttes til barnas subjektive opplevelser.

I forkant av søkene ble problemstillingen systematisert i et PICO-skjema, som anvist i vedlegg 1. PICO er et svært nyttig verktøy som hjelper til med å konkretisere informasjonsbehovet og identifisere anvendelige søkeord. Med dette utvikles en strategi for søkeprosessen, som øker sjansen for å få færre, men mer relevante treff (Thidemann, 2019, s. 82-86). Siden databasene jeg valgte ut er internasjonale, formulerte jeg søkebegreper på engelsk. Jeg førte opp synonymer og ulike varianter av begrepene for å ha flere alternativer å velge mellom. I den forbindelse dro jeg nytte av databasenes egne «MeSH-terminologier», det vil si systemer med standardiserte emneord som kategoriserer søket slik at det blir mer treffsikkert (Thidemann, 2019, s. 86).

I søkene ble det variert mellom bruk av MeSH-termer og fritekst, og søkeordene ble satt sammen i forskjellige kombinasjoner. De boolske operatorene «AND» og «OR» ble hyppig anvendt, for å presisere at jeg henholdsvis ønsket treff på flere av ordene, eller kun på minst ett av dem. Trunkering ble benyttet i et fåtall av søkene, som for eksempel i «nurs*», i forsøk på å la være å utelukke treff på artikler som benytter ulike bøyninger av- og endinger på ordet «nurse». Underveis i søkeprosessen oppstod det utfordringer knyttet til å finne artikler som hadde hovedfokus på den ønskede målgruppen. Jeg oppdaget at svært mange artikler først og fremst omhandlet kreftsyke barns foreldre og søsken. Et par ganger, i søk der slike resultater var særlig fremtredende, ble den boolske operatoren «NOT» tatt i bruk for å luke ut noen av disse artiklene. Artiklene jeg valgte å inkludere i oppgaven, ble innhentet via søk i PubMed og Cinahl. Oppbygningen og resultatene av disse søkene fremkommer av vedlegg 2.

Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Siden jeg ønsker å benytte ny og oppdatert forskning som grunnlag for oppgaven, ble søkene avgrenset etter publiseringsdato, hvorav artikler publisert før 2010 ble ekskludert. Jeg satte også krav til at artiklene skulle ha en gjennomgående tydelig struktur, helst etter IMRaD-formatet, og det var viktig at de var fagfellevurdert. Dette ble satt som kriterier for å ha en viss indikasjon på kvalitet. Videre ønsket jeg først og fremst kvalitativ forskning, hvor deltakerne/informantene var barna selv. Artikler som la mer vekt på synspunktene til foreldre, sykepleiere eller andre personer, ble derfor ekskludert.

I begynnelsen ble søkene avgrenset etter alder, men dette medførte vanskeligheter i forhold til å oppnå nok relevante treff. Svært mange artikler tok for seg en for bred aldersgruppe i forhold til min problemstilling, og jeg fant at størstedelen av nyere forskning på mestring hos barn med kreft tok utgangspunkt i barn over førskolealder. Jeg så meg derfor nødt til å utføre noen justeringer av inklusjonskriteriene, og bestemte meg for at artikler som fokuserte på en større aldersgruppe kunne inkluderes dersom forskjeller mellom yngre og eldre barn ble beskrevet. Artikler om barn med andre diagnoser enn kreft ble ekskludert. I situasjonsfokuserede studier der diagnose ikke ble oppgitt, ble det lagt vekt på at deltakerne var i situasjoner som en kan tenke seg at barn med kreft vil oppleve i løpet av behandlingsforløpet sitt.

3.3 Forskningsetiske overveielser

Ved bruk av sekundærdata, slik som i en litteraturstudie, påpeker Dalland (2017, s. 58-59) viktigheten av korrekt kildehenvisning og gjennomsiktighet i teksten. Det skal komme tydelig fram hvilke kilder ulike deler av oppgaven er basert på. Resultater skal presenteres slik at leseren selv kan kontrollere de, og gjøre seg opp sin egen vurdering av det studien konkluderer med. Forskeren må også opprettholde verdinøytralitet og objektivitet. Dette innebærer å være ærlig, og påpasselig med å synliggjøre når egen subjektivitet bringes inn i arbeidet. I bacheloroppgaven har jeg gjort mitt beste for å forsøke å oppfylle disse kravene, og jeg har forholdt meg til Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for forskningsetikk og oppgaveskriving.

4.0 FUNN

Etter å ha benyttet framgangsmåten som beskrevet i metodekapitlet, stod jeg til slutt igjen med fire forskningsartikler som jeg har valgt å inkludere i oppgaven. I vedlegg 3 fremstilles en litteraturmatrikse som gir en oversikt over hovedelementene i hver av artiklene, beskrevet ved bruk av forfatterens egne sammendrag. Forskningsartiklene er nøye gjennomlest og analysert, og i det følgende vil jeg presentere en syntese over resultater og funn som fremkommer av forskningen.

4.1 Resultatsyntese

Behov for trygge, tillitsfulle relasjoner

Samtlige artikler belyser viktigheten av å ha trygge voksenpersoner å støtte seg til under hele behandlingsforløpet. I undersøkelsen til Salmela, Salanterä, Ruotsalainen & Aronen (2010), ble foreldrenes og andre familiemedlemmers tilstedeværelse identifisert som en av de viktigste mestringsstrategiene for barna. Foreldre representerte trygghet og beskyttelse, og barna var sikre på at de alltid kunne gå til dem for å få trøst og kjærlighet (Darcy, Enskär & Björk, 2019).

Relasjonen til sykepleiere var også helt essensiell for barnets mestringssevne og opplevelse av sykehusoppholdet. Barna i studien til Loureiro, Figueiredo & Charepe (2019) mente at sykepleierens personlighet var den viktigste faktoren for trivsel, herunder det å være vennlig, hjelpsom, ærlig og forsiktig. Barna likte best sykepleiere med gode kommunikasjonssevner og humoristisk sans, samt de som aktivt lyttet og tok rollen som barnets «advokat». Videre var det viktig for dem å bli sett på som en unik person, og ikke bare som én av mange pasienter. Kontinuitet i pleiepersonalet ble høyt verdsatt da barna ønsket å bli godt kjent med sykepleierne sine. Nære relasjoner til sykepleiere som de opplevde at behandlet dem med empati og respekt, bidro både til økt trygghet og at barnet i større grad klarte å uttrykke egne behov og meninger (Lin et al., 2020; Loureiro et al., 2019).

Behov for informasjon og forståelse

Resultater fra alle de fire studiene viste at tilstrekkelig informasjon var svært viktig for barna, uavhengig av alder. Enkelte opplevde at helsepersonellet for det meste kommuniserte med foreldrene deres, og de følte seg av den grunn oversett og maktesløse. Informasjon som ikke ble forstått av barna førte til grubling og engstelse (Lin et al., 2020). I Darcy et al. (2019) sin studie ble det uttrykt et behov for mer kunnskap om kreftsykdommen, og barna trengte eksempler på hvordan de skulle takle de fysiske konsekvensene av behandlingen. Økt forståelse for sykdommen og hvorfor de var nødt til å gjennomgå behandlingen, påvirket positivt deres evne til å tilpasse seg situasjonen. Det gjengis flere pasientutsagn for å underbygge dette, deriblant følgende utsagn fra en treåring som snakker om sitt sentralvenøse kateter: «I get good medicine in here ... to fight the bad guys in my blood» (Darcy et al., 2019, s. 5).

Ærlighet økte tilliten til helsepersonellet. Mange av barna ønsket å få nyheter og beskjeder ufiltrert, med en gang de dukket opp. Det var riktignok individuelle forskjeller ved mengden informasjon som var ønsket, og balansen mellom kunnskap som fremmet mestring og motivasjon, eller som i stedet opplevdes belastende og fratok barna håp, var hårfin (Lin et al., 2020).

I studien til Loureiro et al. (2019) vises det til at medisinske prosedyrer var barnas største frykt i forbindelse med sykehusopphold. Barna forstod ikke hva helsepersonellens utstyr skulle brukes til, og klarte ikke å se for seg hva som skulle skje. Informasjon og veiledning i forkant av prosedyrer ga barnet mulighet til å forberede seg mentalt, og økte tryggheten selv i tilfeller der det også førte til at barnet begynte å grue seg. Samsvarende resultater kom fram i studien til Lin et al. (2020, s. 705), hvor en pasient beskrev sin erfaring slik: «I like for them to tell me what they're going to do... If I don't know what they're going to do, they'll hurt me worse». En annen pasient uttrykte at ventetiden og usikkerheten i forkant av en prosedyre, opplevdes som mer stressende enn prosedyren i seg selv.

Behov for medbestemmelse og kontroll over situasjonen

Salmela et al. (2010) intervjuet barn angående hvilke mestringsstrategier de bruker, eller ville ha brukt, for å håndtere stressende og skumle situasjoner. I over 70% av metodene barna uttrykte, spilte de selv en aktiv rolle. Forfatterne konkluderte med at slike metoder ga dem kontroll over situasjonen, og muligheten til å delta i egen behandling. Andre studier viste også at det å oppleve å ha kontroll, både over situasjonen og egen kropp, bidro til økt opplevelse av mestring. Kontroll ble oppnådd ved hjelp av god informasjon, og at sykepleierne inkluderte barna mest mulig i pleiesituasjonene og lot de ta sine egne avgjørelser (Darcy et al., 2019; Lin et al., 2020; Loureiro et al., 2019). En liten gutt presiserte viktigheten av dette: «ask ME if it's OK to lift up my t-shirt» (Darcy et al., 2019, s. 4).

Funn gjort av Lin et al. (2020) viste at selv ved større avgjørelser der barnas ønsker ikke kunne oppfylles, kunne barna likevel oppleve en følelse av kontroll og medbestemmelse dersom de ble hørt når det gjaldt mindre detaljer: «I decide which finger to stick and what number to count to» (Darcy et al., 2019, s. 5).

Lengsel etter en normal hverdag og meningsfulle aktiviteter

Darcy et al. (2019) konstaterer at barn med kreft aktivt streber etter å leve et vanlig hverdagsliv. Barna i undersøkelsen følte seg fremmed i sin egen kropp og i rollen som syk. De uttrykte et sterkt ønske om å bare få være som alle andre barn og å føle seg «normal». Utover i sykdomsforløpet kjente barna på en økende sosial isolasjon, hvor savnet etter barnehagen og vennene derfra var spesielt stort. Barna ønsket mer kontakt med jevnaldrende, og flere muligheter for å leke.

Da barna i studien til Loureiro et al. (2019) ble spurt om å gjengi sine beste sykehusopplevelser, var underholdning et av elementene som gikk igjen oftest. Nær 60% av de sykehusinnlagte barna i undersøkelsen til Salmela et al. (2010) oppga lek som en av sine mestringsstrategier. Funn i Darcy et al. (2019) sin studie viste at opprettholdelse av meningsfulle kontekster og aktiviteter var viktig for livskvaliteten og mestringen av tilværelsen som syk. Dette samsvarer med Loureiro et al. (2019) sine resultater, som belyste at regelmessige intervensjoner basert på lek reduserte angst og negative følelser hos barna.

5.0 DRØFTING

I det følgende vil teorien drøftes opp mot funnene fra forskningsartiklene, for å svare på problemstillingen: Hvordan kan sykepleiers bruk av kommunikasjon bidra til at små barn med kreft opplever mestring av sin sykdom og oppholdet på sykehuset?

5.1 Trygge og tillitsfulle relasjoner

For å kunne hjelpe en pasient til å mestre sine erfaringer ved sykdom og lidelse, mener Travelbee (Kristoffersen, 2011b, s. 216) at sykepleieren er nødt til å legge ned tid og innsats for å etablere det hun kaller et menneske-til-menneske-forhold. En slik relasjon, som bygger på tillit, empati og en gjensidig forståelse, er et resultat av en omfattende bli-kjent-prosess. (Kristoffersen, 2011, s. 217-221; Travelbee, 1971, s. 19 & 142). Forskningen viser at kreftsyke barn ønsker å utvikle nære relasjoner til sykepleierne sine, og at sykepleierens kommunikasjonsevner er en viktig faktor i denne relasjonsutviklingen. Barna knytter seg til sykepleiere som har en vennlig og forsiktig tilnærming, men som de også oppfatter at er ærlige med dem og tar dem på alvor. Videre ønsker de å bli sett på som et unikt individ, og foretrekker sykepleiere som viser interesse for dem som person framfor å bare være opptatt av sykdommen, behandlingen og prosedyrene som skal utføres (Lin et al., 2020; Loureiro et al., 2019). Dette belyser viktigheten av at sykepleieren forsøker å ha fokus på barnets friske sider (Bringager et al., 2014, s. 129).

Fra egen praksis som sykepleierstudent og pleieassistent, har jeg erfart at gjentatte interaksjoner med en pasient, forenkler og effektiviserer kommunikasjonen. Selv om mine erfaringer er gjort med andre typer pasientgrupper, tror jeg likevel at dette er overførbart til arbeid med kreftsyke barn. Som Travelbee (Kristoffersen, 2011b, s. 220) påpeker, øker sykepleierens forståelse for pasientens subjektive opplevelse av sykdommen i takt med utviklingen av relasjonen. Etablering av mellommenneskelige forhold, tror jeg derfor kan bidra til at sykepleieren i større grad forstår barnets behov, og dermed kan legge til rette for at disse imøtekommes. Med tanke på at hvert barn kjenner til- og benytter seg av ulike mestringsstrategier (Salmela et al., 2010), vil god kjennskap til barnet også gi sykepleieren muligheten til å stimulere til bruk av de strategiene barnet selv foretrekker.

Denne kunnskapen understreker betydningen av å anvende primærsykepleie og å ha kontinuitet i pleiepersonalet. Kreftsykdommen og sykehusoppholdet bringer med seg mange nye forandringer i livet, som barnet må akseptere og venne seg til (Darcy et al., 2019; Grønseth & Markestad, 2010, s. 63; Haugland, 2000, s. 483-486). Dersom det også må forholde seg til nye mennesker hver dag, som i tillegg kanskje har helt ulike måter å gjennomføre ting på, kan dette bli et ekstra stressmoment for barnet. Den positive effekten av kontinuitet understøttes både i teorien og forskningen; Heyn (2018, s. 19) skriver at barnet lettere åpner seg for sykepleieren dersom de har etablert et tillitsfullt forhold, og to av forskningsartiklene viser at barn i større grad uttrykker egne meninger og behov til sykepleiere de har et veletablert forhold til, og som de opplever at behandler dem med respekt og empati (Lin et al. 2020; Loureiro et al., 2019).

Barn med kreft har etter Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 7) rett på å ha foreldrene sine hos seg under sykehusoppholdet. I førskolealderen er tilknytningen til foreldrene spesielt sterk, og deres tilstedeværelse er viktig for barnas opplevelse av trygghet og beskyttelse. Støtten fra foreldrene bidrar i seg selv til at mestringsevnen styrkes (Darcy et al., 2019; Grønseth & Markestad, 2010, s. 63; Salmela et al., 2010). Når sykepleieren skal samhandle med barnet, kan det å inkludere foreldrene være til stor hjelp både for barnet og for sykepleieren. Teori viser at også små barn leser kroppsspråk og plukker opp stemningsendringer raskt. Foreldrenes reaksjoner har stor påvirkning på barnets opplevelse av situasjonen; utrygge foreldre kan gi utrygge barn (Nilsson, 2018, s. 58). Det kan dermed tenkes at de i enkelte tilfeller kan hemme barnets mestringssprosess, dersom de selv er svært foruroligede eller har utviklet en mistillit til helsepersonellet. Dette understreker viktigheten av pårørendearbeid, og at sykepleieren også legger fokuset på ivaretagelse av- og samhandling med barnets foreldre. Jeg tenker at god kommunikasjon med foreldrene gjennom hele behandlingsforløpet, kan sikre at barnet i større grad opplever økt trygghet og mestring når foreldrene involveres i pasientsituasjonene.

5.2 Informasjon som fremmer forståelse

Både teorien og forskningen viser at kunnskap og forståelse fremmer barns mestringsevne. Eide & Eide (2007, s. 170) skriver at barn som opplever kriser og sorg trenger hjelp av voksne til å forstå hva som foregår, slik at situasjonen kan tillegges en mening. Å oppleve situasjonen som forståelig og meningsfull, er viktig for den helhetlige opplevelsen av sammenheng i tilværelsen (Kristoffersen, 2011a, s. 53). I flere av studiene uttrykker barna at de anser informasjon fra sykepleiere som svært viktig for deres mestring og opplevelse av sykehusoppholdet. De ønsker å lære mer om sykdommen og behandlingen, og har et stort behov for å være godt forberedt før prosedyrer og undersøkelser. Når behovene for kunnskap og informasjon tilfredsstilles, klarer barn i større grad å tilpasse seg sykehushverdagen og rollen som syk (Darcy et al., 2019; Lin et al., 2020; Loureiro et al., 2019).

Å formidle informasjon og dele av sin kunnskap, er slettes ikke ensbetydende med at mottakeren har forstått budskapet og fått noe ut av det som har blitt formidlet. I lovverket presiseres det at barns rett på informasjon også innebærer at helsepersonellet, så langt det lar seg gjøre, må sørge for at budskapet faktisk blir forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5), noe som kan være en utfordring ved kommunikasjon med små barn. For å oppnå dette er det nødvendig å være kreativ, og som Travelbee (1971, s. 19) sier må sykepleieren ta i bruk hele seg og sin personlighet i møte med barnet.

For å møte barn på deres egen arena, kan sykepleieren først og fremst utforske det enkeltes barns interesser. Dersom et barn er glad i å tegne, kan dette brukes som et hjelpemiddel i kommunikasjonssituasjonene. Tegning kan for eksempel benyttes til å lære barnet hvordan kroppen ser ut innvendig, eller til å demonstrere hva en nasogastrisk sonde er. Samtidig kan en ved bruk av forskjellige symboler og farger, hjelpe barnet til å uttrykke og sette ord på sine egne følelser. På den måten kan sykepleieren oppnå en økt forståelse for barnets subjektive opplevelse av sykehustilværelsen, og enklere hjelpe barnet med å bearbeide følelsene.

Ved å benytte metoder som stimulerer flere sanser, vil det både fange barnets oppmerksomhet og det vil ofte gjøre budskapet lettere å forstå. I førskolealderen har barn et lite ordforråd, og forstår ikke alltid den fulle betydningen av alle ord og begreper (Grønseth & Markestad, 2010, s. 31 & 75). Å supplere muntlig informasjon med en demonstrasjon kan derfor hjelpe barnet til økt forståelse, samt redusere risikoen for misforståelser som kan føre til at barnet føler seg usikker og utrygg.

Fotografiet på bacheloroppgavens forside illustrerer dette godt: i sykehussengen ligger det plassert en stor og myk kosebamsemus, med blodtrykksmansjett på armen, EKG-elektroder på brystet, bandasje på magen og en oksygenmaske over den spisse snuten. I den ene poten er det festet et venekateter, som en liten gutt får prøve å gi «medisin» i med en sprøyte (Moen, 2018). I øyeblikket fotografen har fanget, får gutten leve seg inn i rollen som sykepleier, og på denne måten får han mulighet til å gjøre seg kjent med både utseendet og bruksområdet til forskjellig medisinsk utstyr. På denne måten kan barn forberede seg mentalt til ulike prosedyrer, som forskningen viser at oppleves som en stor frykt for mange barn. Og når barnet inkluderes i det som skjer, og får muligheten til å delta selv, fremmes mestringfølelsen (Lin et al., 2020; Loureiro et al., 2019).

Videre er det i informasjons- og undervisningssituasjoner viktig at sykepleieren er kortfattet, slik at barnet får tid til å ta innover seg det som blir fortalt (Nilsson, 2018, s. 56-58). Sykepleieren må også aktivt lytte, og gi barnet tid og mulighet til å stille spørsmål fortløpende. Lin et al. (2020) fremhever at for mye informasjon, kan virke mot sin hensikt og frata barnet håp. Derfor er det viktig at sykepleieren kartlegger hvert barn sitt individuelle behov, slik at en kan opprettholde den skjøre balansen mellom mengden informasjon som henholdsvis bidrar til motivasjon eller fratar barnet motet. Ivaretagelse av håpet er viktig for at barnet skal ha tillit til omgivelsene, og troen på at her-og-nå-situasjonen kan mestres (Travelbee, 1971, s. 217).

5.3 Autonomi og opplevelse av kontroll

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-4) sier at barn, så lenge de er i en slik alder at de klarer å uttrykke seg, har rett på å bli hørt og tatt hensyn til når avgjørelser som omhandler dem selv skal tas. Når tillitsbaserte relasjoner mellom barnet og sykepleieren er etablert, og barnet har fått kunnskap og forståelse om det som foregår både i og utenfor kroppen, ligger mye til rette for at barnet skal kunne delta i avgjørelser om egen pleie og behandling. Funn fra studiene til Darcy et al. (2019) og Lin et al. (2020) viser at en høy grad av medbestemmelse har mye å si for deres opplevelse av kontroll over situasjonen. Denne opplevelsen er viktig for mestringsprosessen (Bringager et al., 2014, s. 137). Kontroll kan i stor grad knyttes til en opplevelse av trygghet og forutsigbarhet. Når barnets opplevelse av kontroll øker, øker samtidig tryggheten og vice versa (Eide & Eide, 2007, s. 358). Dette bidrar til en reduksjon i stressnivået (Grønseth & Markestad, 2010, s. 63).

70% av mestringsstrategiene barna selv uttrykte i Salmela et al. (2010) sin studie, var strategier der barnet spilte en aktiv rolle. Når de voksne kommuniserer over hodet på barnet, og barnet ikke inkluderes i samhandlingen, føler det seg oversett og maktesløs (Lin et al., 2020). Dette betyr at sykepleiere alltid er nødt til å være påpasselige med å involvere barnet, og motivere barnet til å delta der det er mulig. Det er viktig at barnet gis muligheten til å gi uttrykk for egne tanker og meninger. Selv om barnet ikke alltid kan bli hørt i de store avgjørelsene, viser funnene at sykepleieren likevel kan fremme barnets medbestemmelse og kontroll over situasjonen, ved å la barnet få ta små beslutninger (Darcy et al., 2019; Lin et al., 2020). Dersom barnet må ta en blodprøve, kan det for eksempel selv få muligheten til å bestemme hvilken finger som skal stikkes, om foreldrene skal få lov til å se på og om sykepleieren skal telle til tre eller ti. For barn i alderen 2-6 år er kontrollen over egen kropp spesielt viktig (Grønseth & Markestad, 2010, s. 64). Dette må sykepleiere være obs på. Ved undersøkelser og prosedyrer bør de vise respekt og gi barnet kontrollen, eksempelvis ved å spørre om barnet kan ta av seg t-skjorten framfor å løfte den opp på egenhånd (Lin et al., 2020).

5.4 En meningsfull hverdag

Når tilværelsen oppfattes som meningsfull, øker barnets opplevelse av mestring (Grønseth & Markestad, 2010, s. 63). Darcy et al. (2020) fant at kreftsyke barn streber etter å leve en normal hverdag, og savner å føle seg som et «vanlig» og friskt barn. Barn på sykehus har også et sterkt ønske om flere muligheter til å leke (Darcy et al., 2019). Dette har de etter lovverket også krav på (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, § 12). Lek og kreativitet skaper trivsel og et lyspunkt i hverdagen, samtidig som det reduserer stress og gir barnet kontroll. Disse fordelene gjør at lek gir kreftsyke barn en økt mulighet til å mestre den tøffe tilværelsen. (Loureiro et al., 2019; Ruud, 2011, s. 61; Salmela et al., 2010). Sykepleiere bør derfor stimulere barnets evne til lek og bruk av kreativitet i det daglige på sykehuset. Da fremmes både mestringen og grunnlaget for en positiv utvikling (Gustin, 2016, s. 142).

5.5 Metodediskusjon og kildekritikk

Jeg opplever at valget av litteraturstudie som metode passet godt til å belyse og besvare problemstillingen min. En svakhet ved metoden er at det benyttes et svært begrenset utvalg av litteratur. Valgene jeg har tatt i løpet av søke- og utvalgsprosessen påvirker resultatene i stor grad, og dersom noen andre hadde utført studien ser jeg at dette kunne ført til et helt annet utvalg og påfølgende andre resultater. Mitt valg av sykepleieteoretiker påvirker også drøftingsdelen, og det kan hende at bruk av andre teoretikere ville vært mer hensiktsmessig for å besvare problemstillingen. En svakhet ved oppgaven er at søkene kun ble utført i tre ulike databaser, og jeg kan derfor ha gått glipp av relevante og viktige studier.

Forskningsartiklene som ble valgt ut til litteraturstudien har blitt kritisk vurdert etter sjekklister fra Helsebiblioteket.no, og ble vurdert til å være av middels til høy kvalitet. Sett i lys av problemstillingen, ser jeg en del svakheter ved valg av forskningslitteratur. Som følge av problemene som oppstod knyttet til å finne relevante studier, endte jeg opp med å inkludere artikler som også tar for seg en større aldersgruppe og andre diagnoser enn hva problemstillingen etterspør. Kun to studier tar for seg barn med kreftsykdommer, og kun to tar for seg barn i førskolealder spesifikt. Dette gjør resultatene mine mindre holdbare.

To av forskningsartiklene er systematiske oversikter som inkluderer et stort utvalg av deltakere, og gir en svært god oversikt over forskningen som finnes på området. De to andre studiene har på sin side få informanter, men går dypere til verks i å beskrive opplevelsene til hver pasient. Dermed er resultatene herfra ikke nødvendigvis like representative.

Videre har jeg reflektert over forskningsartiklenes opprinnelse. Tre av de fire studiene er publisert etter 2019 og er dermed nye og oppdaterte, noe jeg oppfatter som en styrke. De to enkeltstudiene er utført i Sverige og i Finland. Dette tenker jeg at er en fordel, da kulturen og samfunnet i nordiske land har mye til felles. De systematiske oversiktene inneholder studier fra land over hele verden, og resultatene kan derfor være preget av kulturforskjeller og betydelige forskjeller i helsevesenet. Funn herfra kan være mindre overførbare for praksis i Norge.

6.0 KONKLUSJON

Små barn med kreft har behov for sykepleierens assistanse for å oppnå mestring av tilværelsen på sykehuset. Etablering av en nær relasjon mellom barnet og sykepleieren, basert på tillit, ærlighet og trygghet, er en forutsetning for dette og har stor betydning for at barnet opplever sykehusoppholdet på en positiv måte. For at barnet skal mestre behandlingen og bivirkningene best mulig, har det behov for å forstå sykdommen sin i tillegg til å oppleve en sammenheng og mening i det som foregår. Sykepleieren kan fremme barnets forståelse gjennom kunnskap og informasjon som appellerer til barnets kognitive utviklingsnivå og stimulerer flere sanser. Bruk av hjelpemidler og elementer av lek i kommunikasjonssituasjoner, øker barnets læring og forståelse.

Barnets opplevelse av kontroll er viktig for mestringsprosessen, og sykepleieren må sørge for at barnet føler seg sett og hørt i enhver situasjon. Barnet bør også inkluderes så mye som mulig i beslutninger, og må motiveres til å uttrykke egne meninger og foreta selvstendige valg. Videre bør sykepleieren først og fremst legge fokuset på barnets ressurser og friske sider, samt bidra til å gjøre hverdagen så meningsfull som mulig. Når lek inkorporeres i sykehushverdagen, fremmes både mestring, trivsel og grunnlaget for en sunn utvikling.

LITTERATURLISTE

Barnekreftforeningen. (2019, 06. mars). Henriette fikk hjernesvulst da hun var 2 år. Hentet fra <https://www.barnekreftforeningen.no/nyhetsrom/aktuelt/blank4/>

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 129 & 131 & 135-136). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Darcy, L., Enskär, K. & Björk, M. (2019). Young children's experiences of living an everyday life with cancer – A three year interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.007>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2019, 04. desember). D9: Dødsfall blant barn 1-17 år etter kjønn, alder og dødsårsak. Hentet 08. april 2020 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2010). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Haugland, K. (2000). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (s. 481-487). Spydeberg: Akribe Forlag.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn* (3. utg.). Oslo: Helsedirektoratet
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter?. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 14-19). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011a). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 50-53). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 216-221). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 17-19). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lin, B., Gutman, T., Hanson, C., Ju, A., Manera, K., Butow, P., ... Tong, A. (2020). Communication During Childhood Cancer: Systematic Review of Patient Perspectives. *Cancer*, 126(4), 701-716. <https://doi.org/10.1002/cncr.32637>
- Loureiro, F., Figueiredo, M. & Charepe, Z. (2019). Nursing care satisfaction from school-aged children's perspective: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 25(6), n/a. <https://doi.org/10.1111/ijn.12764>

Martinsen, L. & Brøgger, A. (2020). Mutasjon. I *Store norske leksikon*. Hentet 13. april 2020 fra <https://snl.no/mutasjon>

Metode. (u.å.). I *Bokmålsordboka*. Hentet fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=metode&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

Moen, J. H. (2018). Rasmus på Riksen er Årets navn. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/rasmus-pa-riksen-er-arets-navn/70551446>

Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft. (2019). *Årsrapport 2018: Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft*. Hentet fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/nasjonalt-kvalitetsregister-barnekreft>

Nilsson, S. (2018). Kommunikasjon med barn. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon sykepleie* (s. 56-59 & 62). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T. & Aronen, E. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(3), 108-114. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x>

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Storm-Mathisen, I. (2000). Kreft hos barn. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.),
Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling (s. 469). Spydeberg: Akribe Forlag.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille
motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2. utg.). Philadelphia: F. A. Davis
Company.

VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA

P (population/ patient/problem)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
Children with cancer/neoplasms Hospitalized/ undergoing active treatment 2-6 years of age/ preschool-aged	Communication/ interaction Psychosocial support Education Play Nursing care/nursing interventions		Coping/resilience/ psychological adaptation Life quality/well- being Reduce anxiety/stress Safety/trust/ understanding

VEDLEGG 2: DOKUMENTASJON AV SØK

Dato	Database	Søkeord og avgrensninger	Antall treff	Leste abstract / artikler	Utvalg
08. februar 2020	PubMed	1. Preschool children (MeSH) 2. Hospitalized 3. Cope OR coping 4. Psychological adaptation (MeSH) 5. 1 AND 2 6. 3 OR 4 7. 5 AND 6 8. Parent* [title] 9. 7 NOT 8 Avgrensninger: - Publisert mellom 2010-2020 - Barn i førskolealder, 2-5 år	916 221 102 067 85 626 133 639 14 508 189 185 367 83 864 295 40	16 / 5	Salmela et al. (2010).
19. mars 2020	PubMed	1. Children with cancer 2. Communication 3. 1 AND 2 4. Trust (MeSH) 5. Understanding (MeSH) 6. 3 AND 4 AND 5 Avgrensninger: - Publisert mellom 2010-2020	4098 384 587 253 311 899 1 162 282 7 6	4 / 2	Lin et al. (2020).
19. mars 2020	PubMed	1. Neoplasms (MeSH) 2. Child (MeSH) 3. 1 AND 2 4. Quality of life (MeSH) 5. Child wellbeing (MeSH) 6. 4 OR 5 7. Nurs* 8. 3 AND 6 AND 7 Avgrensninger: - Publisert mellom 2010-2020 - Barn i førskolealder, 2-5 år	4 065 837 2 659 104 317 048 392 091 18 058 406 753 956 211 778 114	30 / 7	Darcy et al. (2019).
24. mars 2020	Cinahl	1. Child (MeSH) 2. Experiences 3. Quality of nursing care (MeSH) 4. 1 AND 2 AND 3 Avgrensninger: - Publisert mellom 2010-2020 - Fagfelleurdert	696 280 158 004 14 672 20 16	3 / 1	Loureiro et al. (2019).

VEDLEGG 3: RESULTATMATRISE

Forfattere, (årstall), land	Salmela et al., (2010), Finland
Tittel	“Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-aged children”
Hensikt	“The aim of this study was to describe the child-reported coping strategies for hospital-related fears in 4–6-year-old children.”
Metode	“The data were collected by semi-structured interviews of 4–6-year-old volunteering children (n = 82) in Finland. Thirty-four children were interviewed in hospital, and 48 in kindergarten. The children were chosen through a purposive sampling method, in which volunteers were asked to take part in the study. The data were analysed with quantitative and qualitative methods.”
Resultater	“The most frequent child-reported coping strategies were: the presence of parents and other family members (81/517,15.7%), the help of the hospital personnel (58/517,11.2%), positive images and humour (57/517, 11%), play (57/517, 11%) and the child’s own safety toy (45/517, 8.7%). The children interviewed in hospital mentioned significantly more often play (P=0.000) as their coping strategy than children interviewed in a kindergarten. Children interviewed in kindergarten expressed significantly more often the presence of parents (P=0.032) and the help of the doctor (P = 0.012) as their coping strategy than the children interviewed in the hospital.”
Konklusjon	“The results showed that children have many coping strategies, especially ones in which the children themselves play an active role. Besides, the traditional methods for alleviating fear, children need possibilities to use coping methods in which they have an active role giving them a feeling of some control over the hospital environment and medical procedures.”

Forfattere, (årstall), land	Lin et al., (2020), Australia
Tittel	“Communication During Childhood Cancer: Systematic Review of Patient Perspectives”
Hensikt	“Effective communication is challenging in childhood cancer, where decisions carry unpredictable and life-threatening implications. We aimed to describe patients’ experiences of communicating with clinicians during treatment of childhood cancer.”
Metode	“A systematic review of qualitative studies to April 2019 was performed. Eligible studies included patients diagnosed with cancer at age ≤ 18 years and reported their perspectives of communicating with clinicians during treatment of childhood cancer. Data were extracted from primary studies for thematic synthesis.”
Resultater	“From 101 articles across 25 countries involving 1870 participants who were diagnosed with cancer between ages 3 to 18 years, we identified 6 themes: 1) rendered invisible and powerless (displaced and undermined by adult authority; betrayed and distrustful; feeling neglected; helpless and intimidated; disempowered by lack of information); 2) fear and worry for the future (paralyzed by devastating news; uncertainty, anticipation, and dread; broaching intimate and private topics); 3) burdened with responsibility (pressured and unprepared; balancing external expectations; protecting hope); 4) therapeutic patient-provider relationships (emotional support and encouragement; validated personhood and companionship); 5) safety in trust (truthfulness and transparency; prepared by awareness and understanding; reassured by reliable expertise; depending on adults for protection and difficult decisions; security in expressing opinions and needs); and 6) empowerment and assertive agency (right to individual knowledge and choice; control over own life; partnership and respect; enhancing capacity for self-management).”
Konklusjon	“During treatment of childhood cancer, patients gain a sense of respect, safety, and control when they feel clinicians address their information and developmental needs. However, communication that is perceived to be parent-centered can be disempowering. Promoting child agency and partnership may improve care and outcomes for children with cancer.”

Forfattere, (årstall), land	Darcy et al., (2019), Sverige
Tittel	“Young children's experiences of living an everyday life with cancer – A three year interview study”
Hensikt	“The young child's experiences of living with cancer are crucial to providing evidence based care. This study explores and describes experiences of everyday life of young children with cancer, over a three year period from diagnosis.”
Metode	“This is a longitudinal, inductive interview study with young children with cancer, and their parents. Interviews from shortly after diagnosis, six and 12 months after diagnosis have been reanalysed. Interviews with the same children and their parents from 18 to 36 months after diagnosis have been analysed for the first time in the present paper. A longitudinal temporal analysis at category level for five synchronic data sets forms the basis for the results.”
Resultater	“The child living with cancer over a three year period is described as a child apart, striving to live an everyday life. This description is built on three categories: I want to be a child like any other, I need security and control and I feel lonely and left out. Young children with cancer actively strive to understand their illness, participate in care and live an ordinary everyday life – but with ongoing feelings of social isolation and loneliness.”
Konklusjon	“Young children with cancer need access to and ongoing contact with peers and preschool. A structured follow-up throughout the cancer trajectory and not just during active treatment, is necessary. A child-centered philosophy of care would guide the child towards attainment of health and wellbeing.”

Forfattere, (årstall), land	Loureiro et al., (2019), Portugal
Tittel	“Nursing care satisfaction from school-aged children’s perspective: An integrative review”
Hensikt	“Children identify aspects of nursing care that are not valued by their parents. This fact confirms the relevance of properly assessing children’s satisfaction. This integrative review synthesizes the current knowledge on school-aged children’s satisfaction with nursing care in acute settings.”
Metode	“An integrative review was performed. A search for empirical studies was carried out in databases using the following search terms: satisfaction AND views OR opinion OR perceptions AND child AND nurs*. The search was limited to full-text studies involving children from 6 to 12 years old, written in English or Portuguese, and published between 1 January 2000 and 31 August 2016. Twenty qualitative studies and three quantitative studies were included for revision and were analysed by two independent reviewers.”
Resultater	“Three themes emerged: expectations of nursing care, experiences with care, and suggested strategies. Expectations and experiences allowed us to identify work within three main domains: personal domain (nurses’ characteristics), professional domain (nurses’ activities), and environmental domain (interaction between nurses and the environment).”
Konklusjon	“It is important to recognize children’s rights to express their opinions about the nursing care they receive. Evaluation of both parents’ and children’s satisfaction should be systematically performed.”