



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKS390-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	25-11-2022 09:00	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	09-12-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	315
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8378
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	5
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

BACHELOROPPGÅVE

Undervisning gjev meistring

- For barn med astma

Instruction gives coping

- For children with asthma

Kandidatnummer: 315

Bachelor i sjukepleie, Stord.

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap.

Innleveringsdato: 09.12.22

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, § 12-1.



Undervisning gjev meistring

- For barn med astma

Bacheloroppgave i sjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

Innleveringsdato: 9 desember 2022

Antall sider: 29

Antall ord: 8378

Samandrag

Tittel: Undervisning gjev meistring -For barn med astma

Bakgrunn: 10-12% av skulebarn har astma, og er ein av dei hyppigaste grunnane til fråvær på skulen. Barn med astma kan oppleve å ikkje føle meistring.

Hensikt: Å finne ut kva ein som sjukepleiar kan gjere for å bidra til meistring til barn med astma mellom 6-12 år.

Problemstilling: Korleis kan ein sjukepleier bidra til meistring hos barn som har astma?

Metode: Dette er eit litteraturstudie som nyttar forskingsartiklar samt faglitteratur. Den innhenta informasjonen blir nytta til å kunne svare på problemstillinga. Personlege erfaringar blir også belyst i val av problemstilling samt ved drøfting.

Funn: Ved kommunikasjon mellom sjukepleiar, barn og deira foreldre kjem det fram deira behov for informasjon for å kunne meistre deira sjukdom. Sjukepleiaren bør ha god kunnskap om sjukdommen, samt korleis ein på ein godt måte kan fremje informasjonen i undervisning.

Konklusjon: Når sjukepleiaren held undervisning, og gir individualisert informasjon, vil eit barn med astma oppleve meistring, og med dette få mindre nivå av stress. Vidare, at ein som sjukepleiar oppdaterer sin eigen kunnskap, betrar dette behandlinga til barna med astma.

Nøkkelord: Meistring, sjukepleier*, undervisning, sosial støtte, barn som har astma.

Summary

Title: Instruction gives coping -For children with asthma

Background: 10-12% of children in school have asthma, and it is one of the most frequent reasons for absence in school. Children with asthma can experience not feeling coping.

Purpose: To find out what a nurse can do to contribute to coping for children between 6-12 years of age.

Problem: How can a nurse contribute to coping in children with asthma?

Method: This is a literature study that uses research articles and specialist literature. The information obtained will be used for discussion in the assignment. Personal experiences is also highlighted in the choice of problem and during discussion.

Results: Through communication between nurses, children and their parents, their need for information to be able to master their illness emerges. The nurse should have a good knowledge of the disease, as well as how to promote the information in teaching in a good way.

Conclusion: When the nurse teaches and provides individualized information, a child with asthma will experience coping, and this will have a lower level of stress. Furthermore, that a nurse updates their knowledge, this improves the treatment of children with asthma.

Keywords: Coping, Nurse*, education, social support, asthma in children

Innholdsliste

Innholdsliste	V
1.0 Innleiing	1
<i>1.1 Bakgrunn for val av tema</i>	1
<i>1.1 Problemstilling</i>	1
<i>1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling</i>	2
2.0 Teori	3
<i>2.1 Sjukepleie teoretikar</i>	3
2.2.1 Sjukepleie som ein definisjon	3
2.2.2 Travelbee sitt syn på hjelp, og helsefremmande undervisning	3
2.2 <i>Meistring</i>	4
2.3 <i>Barn og deira pårørande</i>	5
2.4 <i>Astma hos barn</i>	5
2.5 <i>Kommunikasjon mellom pleiar og pårørande</i>	6
2.6 <i>Undervisning til barnet og pårørande</i>	7
3.0 Metode	9
3.1 <i>Metode og litteraturstudie</i>	9
3.2 <i>Søkestrategi</i>	9
3.3 <i>Inklusjons og eksklusjons grunnlag</i>	10
3.4 <i>Søkeprosessen</i>	11
3.5 <i>Metodekritikk</i>	14
3.5.1 <i>Vurdering av forskning og litteratur</i>	14
3.5.2 <i>Etisk vurdering av forskning</i>	14
4.0 Resultat	16
4.1 <i>Samandrag</i>	16
4.1.1 <i>Artikkel 1</i>	16
4.1.2 <i>Artikkel 2</i>	17
4.1.3 <i>Artikkel 3</i>	17
4.1.4 <i>Artikkel 4</i>	18

4.1.5 Artikkel 5	19
4.2 <i>Analyse av resultat</i>	20
4.2.1 Meistring	20
4.2.2 Undervisning.....	20
4.2.3 Informasjon	21
4.2.4 Sosial støtte	22
4.3 <i>Oppsummering av funn</i>	22
5.0 Drøfting	23
5.1 <i>Auka kunnskap gjennom undervisning og sosial støtte, gjev større grad av meistring</i>	23
6.0 Avslutning	29
7.0 Kjelder	30
7.0 <i>Vedlegg</i>	33
7.1 Vedlegg 1.....	33
7.2 Oversiktstabell over forskning	33
7.3 Sjekkliste Helsebiblioteket kvalitativ studie.....	35
7.4 Sjekkliste helsebibloteket tverrsnitt studie	43

1.0 Innleiing

Dette er eit litteraturstudie som tar for seg korleis ein sjukepleiar kan bidra til meistring hos barn som har astma. Astma er den sjukdommen som er mest utbreidd i verda, og 10-12 prosent av skolebarn har den. Astma påverkar livskvaliteten og er ein av dei hyppigaste årsakene til fråvær på skulen, og i arbeid (Borge, 2021, s.91). Som sjukepleiar er det viktig å ha fokus på meistring gjennom fokus på ressursar hos barnet og deira familie (Grønseth & Markestad, 2017, s.180). Som kommande sjukepleiar er undervisning ei av hovudoppgåvene. Oppgåva vil omhandle korleis ein som sjukepleiar kan bidra til meistring hos barn som har astma. Litteraturstudien består av 5 forskingsartiklar, samt faglitteratur som omhandlar temaet som er valt.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet handlar om korleis ein som sjukepleiar kan å bidra til meistring hos barn som har astma. Dette er av min interesse, fordi eg har eit nærståande familiemedlem med astma. Som følgjer av deira sjukdom, har eg vitna deira kjensler rundt luftvegsobstruksjon. Dei beskriv andenaud, som ufatteleg ubehageleg når det oppstår. I min erfaring som pårørande til nokon med astma, ville eg hatt eit ynskje om meir informasjon om sjukdomen, slik at eg kunne bidratt meir i behandlingsforløpet av andenaud. Gjennom min erfaring frå både praksis og på heimebane, får barn hjelp til å administrere medisinen sin gjennom deira foreldre. Når foreldre blir undervist om astma sit dei ofte igjen med tanken om for lite informasjon, samt at helsepersonell held tilbake viktig informasjon om sjukdommen (Grønseth & Markestad, 2017, s.181). Dette er noko som er viktig å ta på alvor, då behandlinga i stor grad er foreldra sitt ansvar i heimen. Difor har eg valt å skrive om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til meistring hos barn som har astma.

1.1 Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleier bidra til meistring hos barn som har astma?

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

Denne oppgåva tar for seg kva ein som sjukepleiar kan gjere for å bidra til meistring hos barn med astma. Vidare blir kommunikasjon mellom pasient og pleiar eit viktig tema. Dette fordi det er viktig å ha god undervisning om astma til både barn og pårørande. Pårørande for barna med astma er dei som ofte administrerer medikamenta til barnet, og dei blir essensielle å ivareta med tanke på å dekke informasjonsbehovet. For å kunne underbygge kommunikasjonen til pårørande og barn, er det viktig å leggje til rette for barna sine meiningar i denne dialogen, så langt det lar seg gjere. Då astma er ein kronisk sjukdom vil ein med dette vektlegge at dette er ein tilstand som varer (Grønseth & Markestad, 2017, s.254) Vidare vil oppgåva ta for seg viktigheita av kunnskapen sjukepleiaren har om astma som fundamentet ved undervisning.

Oppgåva tar generelt for seg korleis ein som sjukepleiar kan bidra til meistring hos barn som har astma, gjennom rettleiing og informasjon. Alderen på barna som blir gjeldande i oppgåva vil vera frå 6-12 år, og desse barna vil gå på skule. I litteraturstudien er det ikkje avgrensa til lokalisasjonen der desse barna er, anten det er skule, sjukehus eller pediatrike/lunge-avdelingar. Vidare vil ein som sjukepleiar sjå barn med astma på mange somatiske avdelingar og ikkje bere avgrensa til dømes ei avdeling. I denne litteratur oppgåva er pronomenet hen nytta, samt pasient for å beskrive barn som oppgåva handlar om.

2.0 Teori

Dette kapittelet tar opp relevant teori rundt problemstillinga.

2.1 Sjukepleie teoretikar

Teoretikaren som er brukt i denne oppgåva er Joyce Travelbee, og hennar mellom-menneskelege-relasjon i sjukepleie.

2.2.1 Sjukepleie som ein definisjon

Sjukepleie er i følge Joyce Travelbee ein mellommenneskeleg prosess, der sjukepleiaren gir bistand til eit individ, familie, eller eit samfunn. Ein utøver sjukepleie slik at pasienten skal kunne førebyggje eller meistre den sjukdommen dei står ovanfor. Vidare skal ein som sjukepleiar hjelpe pasienten til å finne ei meining i tilvære, eller erfaring som følgjer av sjukdomen eller lidinga (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s.29). Ein skal vidare som sjukepleiar hjelpe pasienten til å finne ein meining i den sjukdommen dei har. Ikkje berre skal ein hjelpe den enkelte familien og individet, men også hjelpe dei å finne ein meining i sjukdommen dei har (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s.37).

2.2.2 Travelbee sitt syn på hjelp, og helsefremmande undervisning

I følge Travelbee skal ein hjelpa både individ, familie eller samfunnet. Dette er noko som er felles for alle som utøver helsehjelp, både sjukepleiarar og andre med same funksjon. Hjelpa som blir gitt er anten direkte, eller indirekte (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s.31). Direkte hjelp kan til dømes vera å undervise pasienten, medan indirekte hjelp kan vera å gi ein behandlingsplan, samt informasjon til å kunne gjennomføre denne.

Helsefremmande undervisning handlar om å hjelpe individet og familiar til å førebyggje sjukdom, eller å meistre erfaringar dei har som følgjer av sjukdommen eller lidinga. Å halde undervisning, i følge Travelbee, handlar om mykje meir enn å fortelja att informasjonen som

er blitt gitt av lege, og det å kunne forklare informasjonen som er blitt gitt til pasienten tidlegare (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s. 35). Sjølv om dette er viktige oppgåver, meiner Travelbee at kjernen i helsefremmande undervisning, er å hjelpe menneske som er sjuke, til å finna ei meining i sjukdommen dei har. Vidare skal ein som sjukepleiar setje i verk tiltak, for å halde symptoma til pasienten kontrollert (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s. 34).

2.2 Meistring

Meistring er definert som ein person si evne til å kunne handtera dei oppgåvene ein står ovanfor, samt deira utfordringar i livet. For sjukepleiarar er det eit mål at pasienten både skal leve med sjukdommen, og lære å meistre den. Når ein sjukepleiar lærar pasienten å meistre sjukdommen, sikrar dette ei betring av kvaliteten på pasientomløp, samt styrkjer pasienten si rolle i behandlingsomløpet. Meistring handlar vidare om barnet si evne til å nytte sine ressursar, derav kunnskap, for å kunne leve godt med astma. For å gjere dette må dei også ha gode haldningar, og kjenne til tilgjengelegheita til nødvendige hjelpemiddel (Borge, 2021, s.22). Det er viktig at ein som sjukepleiar rettleier og fremjar at barnet sjølv kan meistre sin sjukdom (Tveiten, 2012, s.59-61).

Lazarus et al., (2006, s. 139) sin definisjon på meistring er : *«Vi definerer meistring som kognitive og adferdsmæssige bestræbelser, som er under konstant forandring og søker at håndtere spesifikke ydre og/ eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressurser»*. Med andre ord kan forklaringa deira sjåast i lyset av at meistring konstant er i forandring. Dette slik at ein kontinuerleg skal tilpasse seg, for å kunne handtere dei ytre og indre problema som oppstår. Lazarus et al., sin meistringsmodell har to hovuddelar, ein problemfokusert del, og ein kjenslefokusert del. Den problemfokuserte delen fokuserer på kva informasjon personen får, kva som må gjerast i forhold til informasjonen, og endring av den problematiske delen mellom person og miljø (Lazarus, et.al, 2006, s.145). Eit problemfokusert fokus trer fyrst i kraft etter 5 års alderen hos barn (Tveiten, 2012, s.59-61). Den andre delen av Lazarus et al., sin oppbygning av meistringsmodell er den kjenslefokuserte funksjonen. Den er retta mot å regulera kjenslene som er knytt til den stressande situasjonen (Lazarus, et al., 2006, s.145). Her kan til dømes pasienten oppleve å distansere seg sjølv til sjukdommen, med å gøyme bort, eller prøve å gløyme sin sjukdom. For

at ein skal kunne sjå deira meistring i lyset av eit barn sitt synspunkt, kan ein sjå barnet og deira pårørande som ein heilheit, samt samle heile deira meistringskapasitet. Det er viktig å vektleggje at kronisk sjukdom kan føre til at både barnet, og deira familie sin meistringskapasitet kan vera redusert.

2.3 Barn og deira pårørande

Barnealderen blir definert som alderen frå 0-18 år (Grønseth & Markestad, 2017, s.31). For å kunne forstå korleis eit barn tenkjer kan ein trekkje inn utviklinga deira kognitivt. Frå rundt 7 års alderen, vidarefører utviklinga seg av å tenkje logisk, samt å gjere ein tanke om til handling. Dei har frå denne alderen evne til å sjå ting frå forskjellige perspektiv, forstå samanhengar, samt evne til å utvikla dei abstrakte tankane (Grønseth & Markestad, 2017, s.31). Ein kan dermed seie at utviklinga kognitivt fører til at det er stor forskjell mellom barn frå 6-12 år, som oppgåva handlar om. Det er viktig at sjukepleiaren har kunnskap om deira behov uavhengig av deira alder (Tveiten, 2012, s.15). Omgrepet pårørande omhandlar to omgrep: pårørande og nært pårørande. Dei har ikkje dei same rettane. Nært pårørande har i nokre tilfelle ein informasjonsrett. Nærmaste pårørande er ein som er peika ut til å ta dette ansvaret (Helsedirektoratet, 2018)

2.4 Astma hos barn

Astma er ein kronisk sjukdom som medfører at luftvegane i periodar kan vera obstruktive. Luftvegsobstruksjonen vil kunne opphøyra anten naturleg, eller ved hjelp av medikament. Tilstanden høyrer til i bronkiane og medfører inflammasjon, samt skader på vev grunna betennelses-celler. Det blir då ein auka produksjon av slim som medfører redusert moglegheit til rørsle av ciliane. Ciliane har som funksjon å mobilisere partiklar gjennom luftvegane. Med redusert cilie-rørsle medfører dette at den glatte muskulaturen trekk seg saman og dermed kan slimhinneødem oppstå i bronkialveggen. Som eit resultat av dette førekjem astmaobstruksjon (Borge, 2021, s.92). Når den glatte muskulaturen trekk seg saman fører dette til at det blir mindre plass til at lufta skal komme ned til lungene. Dette blir mest uttalt i ekspirasjonsfasen. Hos nokre barn som har astma er einaste symptomet på sjukdommen langvarig hoste, særst hoste om natta. Med dei spesifikke symptoma på plagene i luftvegane, blir barn som har astma raskare trøtte, og meir uopplagte enn barn utan astma

(Grønseth & Markestad, 2017, s.254).

Allmennsymptom på astma er at ein har tung pust og eller andenaud, tettheit i brystet, samt ein hoste- pipelyd når ein pustar. Desse symptoma kan opplevast som skremmande, i tillegg veit ein ikkje når ein får dei obstruktive periodane som følgjer av sin sjukdom. Då sjukdommen har normale stunder og andre gonger har ein uttalte allmennsymptom (Borge, 2021, s.61-62). Det er fleire faktorar som medverka til ei auka hyperaktivitet i bronkiane, dei kallast triggerfaktorer. Dei kan utløysa akutte inflammasjonar og forverring av astmaen. Døme på ulike trigger faktorar er allergi og stress (Borge, 2021, s.63).

På grunn av astma, kan ikkje barn som har sjukdommen delta på aktivitet på lik linje som andre barn (Borge, 2021, s.93). Dette kan medføre at barn neglisjerer sin sjukdom og deltar på aktiviteten uavhengig av luftvegsobstruksjonen aktiviteten medfører. Sidan barna med astma ikkje kan delta i same grad som friske barn, kan dette medføre frustrasjon og sinne. Barna ynskjer ikkje å vera annleis, noko som kan resultere i at ein testar grenser, og utsetje seg sjølv for stor fysisk belastning, eller for allergen (Borge, 2021, s.93).

2.5 Kommunikasjon mellom pleiar og pårørande

Kommunikasjon handlar om utveksling av eit budskap, mellom to eller fleire partar. Dette kan til dømes vera frå sjukepleiar til barn og deira foreldre. Prosessen for at budskapet skal komma frå avsendar til mottakar er gjensidig deltaking i kommunikasjonen. Budskapet kan bli formidla anten verbalt, altså ved bruk av ord, eller nonverbalt. Nonverbal kommunikasjon kan til dømes vera gestikulasjonar, eller ansiktsmimikk (Heyn, 2021, s.14).

Ein har som sjukepleiar ei anna tilnærming til kommunikasjon med barn, kontra kommunikasjon til vaksne. Når ein som sjukepleiar snakkar med vaksne, kjem ein ofte fram til ei felles forståing gjennom kommunikasjonen. Når det gjeld kommunikasjon med barn er foreldra som oftast saman med barnet, og pårørande har moglege innvendingar. Dette skal ein som sjukepleiar legge til rette for (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99). Ein skal vidare

kunne høyre på fleire sine perspektiv, men samstundes leggje til rette for barnet si stemme der det er mogeleg. Det blir viktig å vurdera kva som kan vera det beste for barnet. Det er essensielt at ein lyttar i kommunikasjon med barn, slik at barnet opplever å bli høyrte. Dette gir sjukepleiaren mogelegheit til å støtte barnet (Nilsson, 2021, s. 52). Ved kommunikasjon med barn er det viktig med kommunikasjon på deira premiss. Kommunikasjonen burde innehalde ei forståing, aksept, toleranse, stadfesting og lytting. Vidare skal ein anerkjenna barnet, både kjenslemessig, på deira veremåte, emosjonelt og kognitivt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99).

For å kunne kommunisera best mogeleg med barn frå seks til tolv år, kan det vera hensiktsmessig med kunnskap om deira utvikling kommunikativt. Barn i denne alderen startar med å utvikle ei logisk forståing. Ved kommunikasjon kan det vera hensiktsmessig å bruke både verbal kommunikasjon, samt å bruke skriftleg informasjon med bilete og film. Bilete og film kan gjere vanskelege ord meit lettfatteleg for barn. Vidare er det i denne aldersgruppa (6-12 år) også hensiktsmessig å spørje barnet kva dei ynskjer å vite om sjukdommen, og kva tankar dei har rundt denne (Nilsson, 2021, s.60-61).

2.6 Undervisning til barnet og pårørande

Som sjukepleiar har ein eit lovpålagt ansvar som omhandlar det å gi undervisning og opplæring i forhold til meistring av sjukdommen, uavhengig av kvar ein utøver helsehjelpa (Borge, 2021,s.22). Dette vil seie at ein som sjukepleiar skal fremje informasjon til barnet, og hen sin tilstand, samt vera støttande oppimot dette. Vidare har ein som sjukepleiar ulike funksjonar, deriblant å gi undervisning og rettleiing til pasienten. Dette for å kunna bidra til utvikling, betre kunnskap om sjukdommen, samt oppnå meistring hos pasienten (Kristoffersen, et al., 2016, s. 17-19).

Som sjukepleiar skal ein gi informasjon til foreldre. Det er viktig å leggja til rette for god dialog med foreldre for å finne ein gjensidig forståing, samt å avklare dei forventingane dei sit igjen med. Ein ser at fleire foreldre meiner dei har fått for lite informasjon, og at helsepersonellet ikkje oppgjer all den informasjonen dei har. Foreldre ynskjer å få

informasjon om diagnose, prognose, samt behandling frå helsepersonell dei har tillit til. Undervisinga må byggja på å oppnå ei forståing av kva konsekvensar sjukdommen har for barnet og familien, og kva utfordringar ein får i møte med den. For å kunne ha denne undervisinga må barnet sjølv involverast for å kunne kartleggje dei aspekta.

Då kan barnet fremje korleis hen vil at undervisinga skal planleggjast, utformast og gjennomførast. Ved aktiv lytting kan ein som sjukepleiar innhenta informasjon om kva spørsmål foreldra og barnet har til sjukdommen, samt informasjon om korleis behandlinga påverkar dagleglivet. Dette medfører at undervisinga blir individualisert, samt tilpassa den enkelte familien (Grønseth & Markestad, 2017, s.180-184). For å sikra kvaliteten til undervisinga som blir gitt, er evaluering av undervisinga viktig for å sikra kvalitet og vidareutvikling av kompetansen til sjukepleiaren pedagogisk (Tveiten, 2012, s.176).

Undervisinga har som formål å auka kunnskap om sjukdommen, og behandling av den. Når ein underviser er det ein fordel å gi både skriftleg, samt munnleg informasjon til foreldre, då informasjonen lett blir overveldande. Skriftlege oppfølgingsplanar, når det kjem til astma, betrar oppfølginga, førebyggjar anfall med forverring, samt reduserer mengda innleggingar. Det er viktig at planen har eit forståeleg språk som er tilpassa både dei kulturelle, og det utviklingsstadiumet barnet er i. Dette kan vera ein fordel å fremja med undervisning. Ei felles forståing for foreldra blir vesentleg i oppfølging av sjukdom, slik at ein kan unngå luftvegsobstruksjon i størst mogleg grad. Ei ulik forståing for viktigheita av oppfølginga rundt astma, kan medføre ein familiekonflikt. Dette kan til dømes vera at den eine forelderen følgjer opp behandlingsplanen, medan den andre ikkje gjer det. Oppfølginga er betre i velfungerande familiar (Grønseth & Markestad, 2017, s.181-184). Vidare kan effekten av helsevegleiing hjelpe pasienten å forstå sin astma, gi mindre akutte astmaanfall og betring av symptoma, og oppnå meistring av den (Borge, 2021, s.96).

3.0 Metode

I dette kapitlet blir metoden og litteraturstudiet, søkestrategien, inklusjon og eksklusjons grunnlaget og søkeprosessen presentert.

3.1 Metode og litteraturstudie

Metode er eit reiskap, noko ein nyttar for å komme fram til det me vil undersøka. Det finnes forskjellige metodar å nytta seg av ved val av forskning. Det er kvalitativ og kvantitativ metode. Dei har kvar sine positive sider. Kvalitativ forskning har til fordel å finne ut av dei meiningane og opplevingane som ikkje kan underbyggjast ved hjelp av tal. Metoden siktar seg inn på å finne ut av meiningar, samt opplevingar. Kvantitativ metode har som fordel at det gir målbare einingar (Dalland, 2019, s.52).

Denne litterære oppgåva tar for seg ei blanding av kvalitative og kvantitative forskingsartiklar. Ved å nytte dei begge får oppgåva ei betre forståing av enkeltmennesket, samfunnet og institusjonen, der ein kan oppgjev både målbare einingar, samt menneskelege kjensler (Dalland, 2019, s.52). Med bruk av begge kan ein trekkje parallellar der ein både nyttar seg av forskinga som baserer seg på sjukepleiaren si oppgåve, eit individ fokusert forskning og sjukepleiar sett oppimot eit system.

Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Litteraturstudie er ein studie som tar for seg å systematisera den kunnskapen ein finn frå kjelder. Systematisering betyr å samle inn litteratur, vurdere den kritisk, før ein avsluttar prosessen ved å samanfatte det heile (Thidemann, 2020, s.77).

3.2 Søkestrategi

For å kunne leggje til rette for søket, vart det utarbeida ei problemstilling. Denne vart nytta ved det systematiske søket, som vart gjennomført i både CINAHL, PsycINFO og MEDLINE. CINAHL er ein søke database som inneheld engelskspråkleg litteratur. Søkedatabasen består

av sjukepleiarfaglege, fysioterapifaglege, ergoterapifaglege og ernærings- artikkelar. PsycINFO er ein referansedatabase, som inneheld fagfelleverdert litteratur innan mental helse og åtferdsforskning. MEDLINE er ein referansedatabase innan medisin (Hvl, 2022).

Eit Pico-skjema vart tatt i bruk for å systematisere problemstillinga. Pico har til funksjon å fokusera på problemstillinga, gjere greie for det ein ynskjer å ekskludera og inkludera. Vidare har den til funksjon å fremje kva søkeord ein ynskjer å nytte ved det systematiske søket, samt omgrep som er nyttige å bruke og korleis søket skal vera organisert (Thidemann, 2020, s. 82). Pico vart nytta for å finne fram til forskning som er med på å svare på problemstillinga (vedlegg 1). For å nytte dei søkeorda som er funnen, blir det brukt ord som AND, OR and NOT, som er boolske operatorar. Databasen vil kombinere ord som er nytta med AND, då kjem det treff frå begge orda som er knytt saman. Ved å nytta OR vil søket innehalde eit av orda som er kombinert. Viss ein nyttar NOT vil ein eliminere søkeord. Dette skal ein nytte ved forsiktigheit, då dette kan ekskludera mange søk (Thidemann, 2020, s.87). Ved det systematiske søket i denne litteraturstudien vart ikkje NOT nytta, dette viste seg å ikkje vera hensiktsmessig, då søka allereie vart spissa. Vidare vart det nytta trunkering, som vart nytta ved søkeordet Nurse*. Ved å søke på stamma av eit ord, får ein fleirtals, samt eintalsformene av ordet. Dette medfører at når ein søkte blei det eit auka antal treff av forskingsartikkelar, framfor å berre nytte seg av ein av formene for nurse (Thidemann, 2020, s.87). Vidare vart søkeorda omgjort frå norsk til engelsk, då alle databasane var internasjonale.

3.3 Inklusjons og eksklusjons grunnlag

Her blir det lista opp kriterium for kva som kjem til å inngå i forkinga og ikkje. Det er viktig å tydeleggjere dette, slik at oppgåva har fått meir relevant forskning til bruk i litteraturstudiet og avgrensa mengde litteratur som kjem under resultata når ein søkte (Thidemann, 2019, s.83).

Inklusjon

- Engelsk.
- 2012-current.
- Barn
- Sjukepleiar

Eksklusjon

- Lagd etter 2012.
- Ikkje skriven på engelsk.
- Vaksne
- Medisinsk retta forskning

3.4 Søkeprosessen

Søkeprosessen var frå 6 oktober til 20 oktober. Sjå vedlegg for utdjuping av forskinga sitt innhald.

Når det vart søkt i CINAHL er artikkelen *Using health belief model to understand school nurse asthma management*(Quaranta & Spencer, 2015). Denne vart valt grunna sin relevans til å sjå forholdet mellom viktigheita av kunnskap knytt oppimot astma behandlinga som blir gjort til barn.

Ved fyrste søket med funn i PsycINFO vart det valt 3 artiklar. Den fyrste som vart funne som var nummer 2 heiter *Nurse-delivered outpatient asthma education for children and caregivers: a pilot study to promote shared asthma management* (Sean, et al., 2021). Denne artikkelen sin relevans til oppgåva, handlar om kva effekt barn med astma og deira pårørnde hadde av undervisning gitt av sjukepleiarar. Den andre artikkelen heiter *School Nurse Perspectives on Components of Asthma Programs to Address Pediatric Disparities* (Everhart, et al., 2020). Denne var nummer 8 og vart valt grunna sin relevans til korleis ein som

sjukepleiar forholde seg til barn som har astma. Ved søk 2 vart det funne *The relationship between helplessness and the child's asthma symptoms: the role of social support* (Conn, et al., 2015). Dette var artikkel nr 4 i dette søket. Grunnen til at denne vart valt er for å kunne sjå kva betydning meistring har knytt oppimot astma hos barn, samt kva sosial støtte har å seie for foreldra og barnet med deira astma.

Søket i MEDLINE vart det artikkel nummer 1 valt. Artikkelen heiter *Adaptation to Asthma in Children: A Matter of Coping and Stress Control* (Moreno & Heredia, 2022). Forskinga vart valt grunna sin relevans til å kunna sjå samanheng mellom meistring av sin eigen sjukdom sett i lyset av stress.

Søk i CINAHL database 06.10.2022.

Nummer	Søkeord/ term	Avgrensing	Resultat
S1	“Asthma in children”		1,124
S2	«Self-efficacy»		34,874
S3	S1 and S2	English, 2012-current	1
Inkludert			1

Søk 2: PsycINFO database 06.10.2022.

Nummer	Søkeord/ term	Avgrensing	Resultat
S1	Exp Asthma/		4487
S2	Pediatric.mp.		35985

S3	Nurse*.mp.		73617
S4	S1 and s2 and s3		38
S5	S4	English, 2012-current	28 (fann 2 artiklar her, søk 1)
S6	Exp Social Support/		28166
S7	S1 and s2 and s6	English, 2012-current	6 (fann 1 artikkel her, søk 2)
Inkludert			3

Søk i MEDLINE, 20.10.2022

Nummer	Søkeord/ term	Avgrensing	Resultat
S1	Asthma in children.mp.		3,645
S2	Coping.mp.		67,686
S3	Self efficacy.mp.		45,615
S4	S2 or S3		109,919
S5	S1 and S4	English Language and 2012- current	3
Inkludert			1
Inkludert totalt			5

3.5 Metodekritikk

3.5.1 Vurdering av forskning og litteratur

I litteraturstudiet er det blant anna nytta primærkjelder til innhenting av informasjon. Primærkjelda er den fyrste kjelda, eller ein nyare utgåve av den (Dalland, 2017, s.162). Primærkjeldene som er nytta er *mellommenneskelige forhold i sykepleien* (Travelbee, & Thorbjørnsen, 1999) og *Stress og følelser- en ny syntese* (Lazarus, et al., 2006). Dette er primærkjelder for å kunne beskrive kva teoretikarane sitt sin syn er. Det er valt ei primærkjelde, slik at beskriving av synet til teoretikarane ikkje vart skriven av nokon som tolkar verket til anten Travelbee eller Lazarus et al. Sekundærkjelder er ein oversett utgåve av den primære kjelda, altså ei forandra utgåve av den primære kjelda (Dalland, 2017, s.162). I oppgåva er det også nytta sekundærkjelder, bøkene er valt grunna sin relevans for å kunne svare på problemstillinga.

For å kvalitetssjekke forskinga, har forskingsartiklane blitt vurdert opp mot Helsebiblioteket si sjekkliste for kvalitativ studie og tverrsnitt studie (Helsebiblioteket, 2021) (vedlegg 7.3/7.4). Vidare har det blitt vektlagt, at det er IMRaD- struktur. Dei fleste forskingsartiklar er oppbygd av ein IMRaD-struktur (Dalland, 2017, s.163). Vidare er det sjekka at alle forskingsartiklane er utgitt i eit tidsskrift. Dette fordi dei fleste forskingsartiklar er publisert i tidsskrifter (Dalland, 2017, s.163). For å sjekke om det er kvalitativ eller kvantitativ forskning, der det ikkje er oppgitt, er *Metode og oppgaveskriving* (Dalland, 2017) nytta. Svakheita med artikkel “The relationship between helplessness and the child`s asthma symptoms: the role of social support” (Conn, et al., 2015), er at denne studien treng meir data for å underbygge funna ytterlegare.

3.5.2 Etisk vurdering av forskning

Denne oppgåva er skriven om barn og informasjon er innhenta om barn og/eller deira pårørende. Det er også innhenta data om helsesjuepleiarar. Det er viktig at forskinga som er valt har god forskningsetikk. Forskingsetikken er etikken knytt oppimot forskinga i forhold til samfunnets normer og verdiar. Forskingsetikken sine verdiar omfattar alle delane med ein

forskingsartikkel frå val av problemstilling, til resultatet (Dalland, 2019, s.236.). Forskinga er vurdert etisk. Dei har blitt godkjend av ulike etiske komitéar, eller det er fremja samtykke og informasjon til dei som deltar. Viktige etiske forskingsprinsipp, er informert samtykke, samt få eit innblikk i kva forskninga omhandlar (Dalland, 2020, s.168). Forskingsartiklane er sjekka opp i mot dette og bærer dei etiske krava som nemnt over.

4.0 Resultat

I dette kapitlet blir forskinga presentert. Det er 4 tema artiklane handlar om. Det er meistring, undervising, sosial støtte og informasjon.

4.1 Samandrag

4.1.1 Artikkel 1

«School nurses' perspectives on components of asthma programs to address pediatric disparities» (Everhart, et al., 2020).

Hensikt: Å nytte helsesjukepleiarar i ein studie, for å finne ut av korleis ein på best mogeleg måte kan tilnærma seg barn som har astma. Vidare tar forskingsartikkelen opp korleis ein kan gjere nokre intervensjonar, for å retta opp i forskjellar hos barn med denne sjukdommen.

Metode: Deltakarane i studien var 33 sjukepleiarar. Forskingsartikkelen er ein kvalitativ studie.

Funn: I denne studien kom det fram fire tema for betring av behandlinga til barn som har astma i skulen. Dette var koordinering av omsorg, astmaundervising, tilgang til omsorg, samt ei legemiddel oversikt. Som resultat av studien, merka sjukepleiarane seg fordelane av å gi undervising når det kom til bruk av utstyr, betre kommunikasjon og informasjon rundt astma.

Konklusjon: Sjukepleiarar på skulen gav både barna, og deira pårørande, den naudsynte informasjon om astma. Gjennom ei koordinering av skulen, foreldre og medisinske leverandørar vil dette kunne føre til ein god måte å utlevere informasjonen om sjukdommen. Det er også viktig å adressere at det er store skilnader på graden av oppfølging dei ulike får.

4.1.2 Artikkel 2

“Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management”
(Quaranta & Spencer, 2015).

Hensikt: Å undersøka tilhøvet mellom helsesjukepleiarane sin kunnskap, og kor vidt dei held seg fagleg oppdatert. Vidare tar studien opp haldninga deira rundt astma, vurderingane dei gjer knyta til behandling av astma, og viktigheita av denne.

Metode: Studien er basert på kvantitativ metode, der 246 helsesjukepleiarar deltok.

Funn: Sjukepleiarane si egen-effektivitet, altså deira kjensle av å vera trygg i arbeidet, var viktig for å betre behandling av astma hos barna. Vurderingane dei tok knytta til astma, og behandling var essensielle. Haldninga til sjukepleiaren var relevant på den måten at dei måtte halde seg fagleg oppdaterte, og vera trygg som sjukepleiar. Viktigheit mellom ei spesifikk behandling, og ytinga av den vart også konkludert. Ein kan summere med å vise til ei svak samanheng mellom haldning, kunnskap og egen-effektiviteten hos skule-sjukepleiaren.

Konklusjon: Med at sjukepleiarane betra sin eigen kunnskap, samt opparbeida seg tryggleik i sitt arbeid, medførte dette betring av helseresultatet for elvane med astma.

4.1.3 Artikkel 3

«Nurse-delivered outpatient asthma education for children and caregivers: a pilot study to promote shared asthma management» (Sean, et al., 2021).

Hensikt: Å vurdere om det er mogeleg at sjukepleiarane held astma utdanning for

omsorgspersonar i ein travel klinisk kvardag, samt å undersøke og vurdere kva hensikt dette har.

Metode: Kvalitativ metode, utført med 22 barn frå aldersgruppe 7-16 år. I undervisinga nytta sjukepleiarane biletbaserte material, læremetodar, samt fargerike etikettar på astma legemiddel. Dette vart kontrollert i tre månadar. Etter avslutta «aktiv» studie, vart det utført telefonundersøkingar etter to månadar, der omsorgspersonen var intervjuobjektet.

Funn: Blant funna, var tydeleg auke i barn si evne til å ta ansvar, eit viktig punkt. Vidare såg ein auke i omsorgspersonane si tryggleik rundt sjukdommen. Til slutt førte dette til auka livskvalitet hos barna og deira pårørande, samt mindre symptom på astma.

Konklusjon: Undervising til barn og omsorgspersonar er noko som kan gjennomførast i ein travel klinisk kvardag. Informasjonen kan gis som undervising frå ein trygg sjukepleiar som har tillit hos omsorgspersonane, og barna. Innsamla data visar til ein mogeleg fordel av å gjennomføre undervisinga for både barna, og deira pårørande.

4.1.4 Artikkel 4

“The relationship between helplessness and the child`s asthma symptoms: the role of social support” (Conn, et al., 2015).

Hensikt: Kartlegge foreldre og barn angående deira kjensler rundt astma. Studien har som hensikt å finne ut om foreldre si kjensle av hjelpeløyse, knyta til sjukdommen til barnet, gir utslag på symptombiletet til barnet.

Metode: Studien tar for seg kvantitativ metode, med datainnsamling frå barn i aldersgruppa 7- 12 år, og deira foreldre. Frå 2011-2012 vart data innhenta frå journalar frå generelle

pediatriske klinikkar, lunge klinikkar og akuttavdeling i New York. Vurderinga inkluderte demografi, symptoma, vurderingar av hjelpeløyse relatert til symptoma og sosialt støtte frå deira foreldre. Totalt 104 barn er inkludert i analysen.

Funn: Ein fann at kjensla av hjelpeløyse, var i nær samanheng mellom symptomfrie dagar. Dette tilseier, at jo meir hjelpeløyse ein kjenner seg, jo fleire dagar med symptom får barnet. For dei foreldra som hadde mindre sosial støtte, var barnet si grad av hjelpeløyse større, og dette medførte fleire dagar med symptom. Dette var omvendt blant foreldre som opplever større sosial støtte, der det ikkje vart funne noko samanheng mellom barnet si hjelpeløyse og deira symptomfrie dagar.

Konklusjon: Denne studien, fann at mindre kjensler av hjelpeløyse blant barn med astma, førte til at symptomfrie dagar auka. Dess meir ein har kontroll på sin eigen sjukdom, dess fleire symptomfrie dagar får ein.

4.1.5 Artikkel 5

“Adaptation to Asthma in Children: A Matter of Coping and Stress Control” (Moreno & Heredia, 2022).

Hensikt: Forskinga tar for seg, å kunne sjå ein samanheng mellom stress, meistring og kontroll av sjukdommen hos barn som har astma.

Metode: Denne studien er kvantitativ. Studien tar for seg barn frå 6-12 år, der 280 barn deltok.

Funn: Det vart funne ein negativ korrelasjon mellom stress og meistring, og mellom stress og astmakontroll. Noko som betyr at ved høg førekomst av den eine variabelen, fører til liten

førekost av den andre variabelen. Dette tilseier at høg meistring, gir lite stress, og lite stress, gir god astmakontroll, og omvendt.

Konklusjon: Barn som har mindre nivå av stress, har meir kontroll på sin sjukdom. Ein kan også konkludere med at dei har meir funksjonell meistring, knytt oppimot sin helsetilstand. Funna viser, at med å setje inn tiltak for å minske stressnivået til pasientane med astma, kan ein auke meistring og astmakontroll. Det er viktig å ta med familien, og skulen i dette arbeidet.

4.2 Analyse av resultat

Dette avsnittet, presenterer ein samla analyse av forskinga, knytt oppimot problemstillinga. Hovudtema i forskinga, slik ein ser det, er: meistring, undervisning, informasjon og sosial støtte.

4.2.1 Meistring

Desto meir barnet stressar, jo mindre meistring får barnet (Moreno & Heredia, 2022, Conn, et al., 2015). Studien til Moreno og Heredia (2022) og studien til Conn et al (2015), vart det funne ut at barn med eit høgt stressnivå, medførte eit lågare nivå av meistring av astma, samanlikna med barn som stressar mindre. I studien, er det difor eit klart forhold mellom stress, og meistring. Vidare innan meistring, står det i forskinga til Sean, et al., (2021), at barna som deltok, fekk ei auka kontroll over sin astma med hjelp av undervisning. Dei fekk med dette ei betring av sin astmabehandling, og omløp. Dette fremja, at barn auka sin eigen handtering av deira eigen sjukdom.

4.2.2 Undervisning

Undervisning, medfører at familien klarar å handtere den kroniske sjukdommen som barnet har (Grønseth & Markestad, 2017, s.181-184). Dette er berre effektivt om barnet også deltar i undervisninga, saman med pårørande. Undervisning til eksklusivt pårørande, har ingen effekt dersom barnet er i stadiet, der dei i større grad, får eit ansvar for sin eigen sjukdom. Dette

inneberer blant anna, at hen medisinarar seg sjølv, eller har/skal begynne på denne prosessen. Vidare visar forskinga til at barnet ofte blir ekskludert når informasjonen blir gitt (Sean, et al., 2021). Det er viktig at barnet også får denne informasjonen. Informasjonen er viktig, då barnet ofte begynner å delta i eiga behandling frå rundt 5-6 års alderen. Undervisninga som vart gitt, var med hjelp av bilete, og fargerike klistermerker. Med å nytte dei fargerike klistremerka på medisinarane, lærte foreldra og barna forskjellane på dei forskjellige medisinarane, samt deira funksjon (Sean, et al., 2021). Når det kjem til å nytte medikamenta, brukar barn ofte inhalasjonen sin feil. I forskinga til Everhart, et al., (2020) blir dette tatt opp. Det blir rapportert i forskinga, at sjukepleiarane visar til viktigheita av undervisning, slik at riktig bruk av medikamenta blir tatt opp.

4.2.3 Informasjon

Med å nytte sjukepleiarane til undervisning og sosial støtte, betrar dette barnet si evne til å tilpasse seg sin sjukdom (Grønseth & Markestad, 2017, s.181-184). Viktigheita av informasjonen som sjukepleier har, blir underbyggja i artikkelen til Quaranta & Spencer (2015). Denne underbyggjer viktigheita av oppdatert kunnskap, samt viktigheita av at sjukepleiaren kontinuerleg oppsøker og tileignar seg ny kunnskap. Quaranta & Spencer (2015) konkluderer med at dei sjukepleiarane som hadde tileigna seg viktig kunnskap, førte til ei betra sjukdomstilstand hos barna dei underviste.

Vidare treng barn å bli inkludert, med giving av informasjon (Sean, et al., 2021). Med hjelp av individualisert undervisning om astma, får barnet tileigna seg viktig informasjon. Dette blir vesentleg, før dei tar del i ansvaret om si eiga medisineringsplan, og sitt eget behandlingsomløp. Når informasjonen blir gitt, blir foreldre rådført til å følgje opp barnet som tar hand om eiga behandling (Sean, et al., 2021). Når det gjelder forskinga til Everhart et al., (2020) kjem det fram, at barn har ofte feil inhalasjonsteknikk, fordi inhalasjonen ofte går for fort. For å unngå luftvegsobstruksjon på skulen, treng barna at foreldre følgjer opp behandlingsomløpet deira i større grad. Dette er tiltak som helsesjukepleiarar i studien saknar at blir gjort i heimen, og som kan medføre luftvegsobstruksjon på skulen. Dette kan både forklarast med manglande oppfølginga av behandling i heimen, samt at ein ikkje følgjer legen sin behandlingsplan konsekvent nok. Vidare vart det i studien til Sean, et al., (2021), vist til store forskjellar

mellom kva hjelp pasientane fekk i heimen, for å kunne betre sin astma. Dette hadde då negativ konsekvens oppimot deira astma utfordringar.

4.2.4 Sosial støtte

I forskinga til Conn et al. (2015) kjem det fram, at det ikkje er ein samanheng mellom foreldre si kjensle av hjelpeløyse, og barnet sine symptomfrie dagar. Hjelpeløysa er også i nær samanheng til foreldre sin tilgang på sosial støtte, og barnet sine symptomfrie dagar, men ikkje omvendt. Barn og foreldre med eit godt sosialt nettverk, kan verke positivt inn på astma behandlinga til barnet (Moreno & Heredia, 2022). Sosial støtte reduserer stress. Mindre nivå av stress, medfører ei auke av meistringa som barnet opplev. Dette gjennom tiltaka som blir gjort av sjukepleiar, og den sosiale støtta barnet får. Dette medfører vidare at barnet lettare tilpassar seg sin sjukdom (Moreno & Heredia, 2022). Barn og foreldre får informasjon for å kunne betre astma behandlinga til barnet (Sean, et al., 2021). Everhart, et al., (2020) fremja viktigheita foreldra har i behandlingsforløpet til barna. Her blir det tatt opp at sjukepleiaren skulle ynskje at foreldra hadde betre oppfølging av barna i større grad.

4.3 Oppsummering av funn

For å konkludere, visar artikkane, at eit høgt stressnivå, vil ikkje barna meistre astmaen sin i like stor grad, som nokon som stressar mindre. Gjennom undervisning, får barn ei betre kontroll på astmaen sin. Med å både informere barnet og deira omsorgspersonar i undervisninga, medfører dette at familien har eit betre grunnlag for å kunne meistre den kroniske sjukdommen, samt dei vil ha betre føresetnadar for å kunne betre astma behandlinga til barnet.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet er det løfta fram teori, forskning og egne erfaringar, som kan bidra til å drøfte korleis ein som sjukepleiar kan bidra til meistring hos barn som har astma.

5.1 Auka kunnskap gjennom undervising og sosial støtte, gjev større grad av meistring

Meistring omhandlar barnet si evne til å nytte sine ressursar, derav kunnskap, for å kunne leve godt med astma. For å gjere dette må dei også ha gode haldningar, og kjenne til tilgjengelegheita dei har til livsnødige hjelpemiddel (Borge, 2021, s.22). Etter mi meining kan ein dermed seie at med hjelp av å styrkje barnet sine ressursar, gjennom informasjon om sin sjukdom, kan barnet oppnå meistring. For å underbyggje sjukepleiaren si rolle i givinga av informasjon, meiner Moreno og Heredia (2022) at med undervising gitt av ein sjukepleiar, styrkja dette barnet si evne til å kunne handtere sin astma. Ein har som sjukepleiar også eit ansvar for å gi undervising og opplæring i samband med sjukdommen, samt oppnå meistring av den (Borge, 2021, s.22). Vidare er undervising også ein av dei mange funksjonane ein har som ein sjukepleiar (Kristoffersen, et al., 2016, s. 17-19). Ser ein dette i lyset av Travelbee (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s.34-35) er kjernen i helsefremjande undervising, å hjelpe menneske som er sjuke, å finne ei meining i den sjukdommen dei har. Teoretikaren sin definisjon på sjukepleie, er at pasienten skal kunna førebyggja eller meistra den sjukdommen pasienten står ovanfor. Vidare gjennom Travelbee sin definisjon på sjukepleie, ser ein at ein ikkje berre skal hjelpe individa å meistre sjukdommen, men samstundes hjelpe dei til å finne ei meining i den sjukdommen dei har (Travelbee & Thorbjørnsen 1999, s.37). Ein kan sjå det slik at det å dekke informasjonsbehovet kan føre til å få ei betre kompetanse, som kan føre til eit betre grunnlag for pasienten til å oppleve meistring i sin sjukdom. Dermed vil dei også mogleg kunne finne ei meining i sjukdommen.

For at barn skal kunne oppleve meistring av sjukdommen, gjennom informasjon gitt i undervisinga, burde dei delta. Dette underbygger Sean, et al., (2021), som tar opp viktigheita med å inkludere barnet under utveksling av informasjon. Dette med hjelp av individualisert undervising om astma. Vidare ser ein i forskinga til Sean, et al., (2021), at det er viktig at barnet har innsikt i sitt legemiddelbruk, og medisinerer. Dette før dei begynner å ta del i

ansvaret om sin eigen astma. Slik ein ser det får ein denne basale kunnskapen, og dermed innsikta, gjennom den informative informasjonen gitt om astma. Nilson (2021, s.52) poengterer at gjennom kommunikasjon som fremjar astmakunnskap er det vesentleg at barna er med, samt at dei også har pårørande til stede. Sjukepleiaren si rolle er å leggje til rette for alle sine synspunkt når det kjem til dialogen, samt at ein som sjukepleiar skal vektleggje barnet sine innvendingar i den grad dette er mogeleg (Nilsson, 2021, s. 52). Med at sjukepleiaren har kunnskap om emnet, kan ein lettare trekkje inn det pårørande og barnet syns er viktig å ha med i undervisninga. I følgje Grønseth og Markestad (2017, s.180-184) ynskjer foreldra informasjon om diagnose, prognose, samt behandling frå helsepersonell som dei har tillit til. Vidare blir det tatt opp at undervisninga må byggje på å oppnå ei forståing over kva konsekvensar sjukdommen har, og kva utfordringar barnet og deira foreldre får i møte med denne. I forskinga til Sean, et al., (2021) kom det fram at barn ofte blir ekskludert i undervisninga, noko som medførte at barna som har eit større ansvar angående sine medisinarar, ikkje fekk noko utbytte av informasjonen. Ein kan med dette i større grad, sjå på viktigheita med å inkludere barnet med utveksling av informasjon for å sikre at barnet får god nok forståing til å kunne handtere eigne legemiddel evt. saman med pårørande. På den andre sida uttaler Tveiten (2012, s.15) at ein kognitivt vil sjå stor forskjell på barn mellom 6-12 år, samt at det er først med 7 års alderen at barna begynner å tenkje logisk. Ein kan dermed vurdere det slik at det å ta med foreldre i slike samtalar, vil føre til auka kunnskap. Noko som kan føra til eit mogleg betra behandlingsomløp dersom foreldre handterer legemidla, samt har kunnskap om blant anna triggerfaktorar. Sjukepleiaren må dermed både ha fokus på tilpassa informasjon til både barn, pårørande og foreldre/føresette.

For å sikre god undervising nemner Grønseth & Markestad (2017, s.180-184) at ein lar barnet og deira familie fremje korleis dei vil at undervisninga skal planleggjast, gjennomførast og utformast. Dette kan ein som sjukepleiar finne ut av ved å høyre på barnet og deira pårørande som skal delta på undervisninga. Vidare kan ein her trekkje inn bruken av skrifteleg informasjon. I følgje Grønseth og Markestad (2017, s.181-184), sit foreldre ofte igjen med at informasjonen blir for overveldande. Då har skrifteleg oppfølgingsplanar god effekt, då dei er med på å betre oppfølginga til barnet, førebyggje anfall med forverring, samt dei reduserer antal gonger barnet må innleggast på sjukehus. Sett i lyset av barnet sin alder kan det vera hensiktsmessig å fremje budskapet i form av bilete eller film, då det kan vera ord som kan vera vanskeleg for barnet å forstå, eller lese. Ved å nytte bilete eller film kan barnet forstå dei

vanskelege orda, slik at undervisingen blir forstått av barnet (Nilsson, 2021, s.60-61). Ein kan dermed gi undervising til barn som har astma, ved å til dømes nytte brosjyrar, film/bilete og fargerike klistermerker. I forskinga til Sean, et al., (2021), blir det nytta klistermerker med fargar på, for å lære barna, og dei vaksne, forskjellane på dei ulike medikamenta. Dette hadde positiv effekt, då både foreldre og barn lærte forskjellane på medisinane. Slik ein ser det vil ei individuallisering av informasjonen, kunne føre til eit betre pasientomløp for barnet, samt positive opplevingar for både foreldre og barn. På ei anna side har foreldra også ytra, at dei også ofte sit igjen med for lite informasjon, og ei kjensle av at helsepersonell held tilbake informasjon om sjukdommen (Grønseth & Markestad, 2017, s.180-184). Quaranta og Spencer (2015) sin forskning tar opp at dersom sjukepleiaren kontinuerleg tileignar seg oppdatert kunnskap om astma og barn, så kan dette føre til at barnet får ei betring av sin sjukdomstilstand. Dersom ein trekker parallellar mellom denne kunnskapen, og effekten av behandlingsplanar, kan dette tyde på fordelar med eit auka kunnskapsnivå om astma hos sjukepleiaren. Dermed kan sjukepleiaren gjennom sin oppdaterte kunnskap tileigna seg måtar å fremje denne informasjonen på, slik at den kjem fram, i sin heilheit, til barnet og deira foreldre. Viss ein ser dette frå ei anna side med hjelp av Borge (2021, s. 96), skriv han at med helserettleiing kan ein hjelpe pasienten til å forstå sin astma, og med dette få mindre akutte astmaanfall. Ein kan då samtidig kjenne på ei betring av sin astmakontroll, og med dette oppnå meistring. Slik ein ser det kan altså helserettleiing og god utveksling av informasjon mellom sjukepleiar, barn, og pårørande vera med på å betre pasientomløpet til barnet med astma. Samstundes vil ein ikkje nødvendigvis ha ein garanti for effekten av rettleiing, men ein større moglegheit for at pasienten har eit betre kunnskapsgrunnlag rundt astma med slik rettleiing. Når det gjeld undervising, så vil evaluering vera ein viktig nøkkel i å sikre kvaliteten, og dermed også ei betring av sjukepleiaren sin pedagogiske kompetanse (Tveiten, 2012, s.176). Evaluering av undervising kan til dømes dreie seg om å sikre forståing gjennom at informasjon blir utlevert på ein måte som den andre kan ha føresetnadar for å forstå (Grønseth og Markestad, 2017, s.99). Dei peikar på viktighetene av å ha ei felles forståing i kommunikasjon, slik at budskapet skal komme fram. Helsepersonell kan då ta i bruk evaluering i utveksling av informasjonen til barnet og deira pårørande. Ein kan då sjå kva som trengst av informasjon, korleis effekten av denne kan vera, og sørge for forståing.

I følge Sean, et al., (2021) sin studie, var det forskjellar mellom informasjonen som vart gitt til dei ulike familiane. Dermed førte dette til ulike kunnskapsnivå, der nokon fekk god

informasjon, og andre fekk mindre god. For dei som fekk mindre informasjon, så hadde dei eit dårlegare utgangspunkt for handtering av sjukdommen, og som dermed hadde ei negativ effekt oppimot astma symptoma og luftvegsobstruksjon. Her kan ein trekkje inn forskinga til Everhart et al., (2020) den visar til at barn ofte har feil inhalasjonsteknikk. Viss ein knyt dette oppimot teori, kan ein sjå dette i lyset av undervisninga sin hensikt. Hensikten til undervisning er å gi auka kunnskap om sjukdommen og behandling av den (Grønseth & Markestad, 2017, s.180-184). Når eit barn har feil inhalasjonsteknikk, kan ein som sjukepleiar auke barnet sin kunnskap om denne ved hjelp av undervisning. Når sjukepleiaren gir undervisning er det viktig at ein har eit forståeleg språk og har definert målgruppa ein skal gi informasjon til. Ein må samstundes vurdere deira kulturelle bakgrunn og vektleggje kva stadium barnet finn seg i (Grønseth & Markestad, 2017, s.180-184). Viss ein ser dette i lyset av forskinga til Everhart et al., (2020), så kan feil inhalasjonsteknikk relaterast til at barnet, eller foreldre, eller at begge partar har fått informasjon som ikkje har blitt forstått. Her kan ein som sjukepleiar etterprøve det som blir sagt, med undervisning og la barnet vise korleis det skal gjerast for å sørge for forståing. Her kan ein igjen underbyggje ved å nytte film eller bilete for å kunne gjere seg forstått av barnet. Med hjelp av aktiv lytting kan sjukepleiaren innhenta informasjon om kva tankar foreldre og barnet har om sjukdommen, samt korleis den påverkar dagleglivet. På den måten kan informasjonen som blir gitt i undervisning bli individualisert (Grønseth & Markestad, 2017, s.180-184). Undervisning sikrar pasientforløpet, det betrar kvaliteten på pasientforløpet, samt det styrkjar pasienten sin rolle i pasientforløpet (Borge, 2021, s.22). Viss ein gjennom undervisning styrkjar pasientforløpet, samt pasienten sin rolle, kan barnet ved giving av informasjon kunne handtere sin sjukdom. Ein kan med dette sjå sterke parallellar mellom forskning og teori. Då teori ikkje vektlegg rollar til foreldra i den grad forskinga gjer, når det kjem til å styrkje barnet i deira legemiddel handtering og informasjonsnivå (Grønseth & Markestad, 2017, s.180-184). Då ser ein viktigheita med å trekkje inn foreldra. Vidare i forskinga til Everhart et al., (2020) kjem det fram at sjukepleiarane ynskjer at foreldra følgjer opp barnet i større grad. Slik det kjem fram vil god undervisning og breiddekunnskap hos pårørande, samt forståing hos barnet rundt sjukdom og medikament, føre til eit betre omløp for barnet. Dermed blir det mogleg for foreldra å følge opp sjukdommen i større grad.

Stress og meistring heng tett saman om ein ser dette i lyset av Lazarus og Folkman, (2006, s.139) sin meistringsteori. Meistringsteorien er beskriven tidlegare, og den består av ein

følelse- og problemfokuseret del. Det sentrale med meistringsteorien til Lazarus og Folkman, er at meistring er noko menneske heile tida prøver å oppretthalde, men grunna spesifikke indre og ytre krav, er denne i kontinuerleg forandring (Lazarus, et al., 2006, s. 139). Etter mi meining kan barnet oppnå meistring ved at sjukepleiaren gir informasjon, om barnet sin sjukdom. Då kan barnet mogleg handtere sin sjukdom i stor grad (Borge, 2021, s.22) då ein som sjukepleiar skal gi undervisning, slik at pasientane skal kunne meistre sin sjukdom. På den fyrste sida understøtter forskinga til Moreno og Heredia (2022) at jo mindre barnet stressar, jo meir auking av meistring opplev barnet. Dei peiker på at gjennom sjukepleiaren sin intervensjon, som er informasjon, fører dette med seg at barnet kan tilpasse seg sjukdommen. På ei anna side vil dette vera forbeholdt at barnet deltar på den undervisninga som blir gitt. I forskingsartikkelen til Sean, et al., (2021), står det at i stadiet, der barnet sjølv er med på å administrere sine egne legemiddel, i større eller mindre grad vil informasjon til barnet direkte ha stor betydning. Dette poengterer at det blir viktig å inkludere barnet, og ikkje berre pårørande, i kunnskapsrik informasjon angående sjukdommen. For å trekkje ein samanheng, kan dette seie oss, at sjukepleiaren med å gi informasjon, kan medføre mindre nivå av stress. Då kan barnet meistre sin sjukdom gjennom å ha kunnskap, om til dømes triggerfaktorar, og bruk av legemiddel. På ei anna side, viss sjukepleiaren berre gir informasjon om astma til foreldra, og ikkje til dei større barna med ansvar for eigen sjukdom, så har ikkje informasjonen noko effekt oppimot stress hos barnet. Dermed hjelper ikkje dette for meistringa til barnet.

Det vil være særst viktig at barnet får riktig og god informasjon. Med bruk av undervisning, er det også viktig at pårørande og dei som har nære relasjonar til barnet, også deltar. Dette er med på å skape eit godt samspel. Det er viktig at ein familie har felles forståing av viktigheita av sjukdommen til barnet, då oppfølgingsplanen til barnet er viktig. Til dømes med at ein forelder ikkje følgjer opp, medan den andre gjer dette, kan dette medføra familie intrigar. Oppfylgninga av astma fungerer betre i velfungerande familiar (Grønseth & Markestad, 2017, s.181-184). I kontrast til det som står i forskinga til Sean, et al., (2021), kjem det fram at barn og foreldre får informasjon, for å betre astma behandlinga til barnet. Vidare blir dette underbyggja av Everhart et al., (2020), som fortel oss om viktigheita foreldra har i behandlingsforløpet til sine ungar. Studien har til resultat, at sjukepleiarane ynskjer at foreldra følgjer opp barna sin astma i større grad. Dette vil altså seie oss, ved undervisning gitt til både foreldre og barn, så betrar dette behandlinga til barnet. Vidare i forskinga til Everhart et al.,

(2020), meina helsesjukepleiarane, at det er eit behov for at foreldra får meir informasjon til å kunne følgje opp barnet med astma i større grad.

Ein kan som sjukepleiar støtte oppunder hjelpebehovet til familien. I forkinga til Conn et al., (2015) er det ein samanheng mellom barna sine mengder med symptom, knytt oppimot graden av hjelpeløyse foreldra følar. Det er og ein samanheng mellom foreldra sin sosiale støtte og mengda av symptomfrie dagar barnet har. Det sosiale nettverket bidrar til ei betring av astma behandlinga til barnet. Etter mi meining, sett i lyset av problemstillinga, kan ein som sjukepleiar støtte oppunder det sosiale nettverket til familien. For å støtte oppunder denne påstanden kan ein trekkje inn sjukepleier teoretikaren Travelbee (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s.31). Teoretikaren fremjar at det som er felles, for alle som utøver helsehjelp, at dei alltid hjelper andre. Til dømes, framfor å berre hjelpe barnet med den sin astma, hjelper sjukepleiaren både pasienten og dei rundt. Viss ein samstundes ser dette i lyset av Conn et al., (2015) er det viktig at ein som sjukepleiar støtter oppunder det sosiale nettverket til foreldra. Barnet kan då få færre symptom, med mindre grad av hjelpeløyse hos foreldra.

6.0 Avslutning

Litteraturstudien hadde til hensikt, å finne ut av korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å fremje meistring til barn som har astma. Oppgåva viser til viktigheita av informasjon, sosial støtte og undervisning knytt til meistring. Meistring handlar om barnet sine evne til å kunna handtera dei oppgåvene barnet står ovanfor og dei utfordringa dei møter på (Borge, 2021, s.21). Då astma hos barn er den hyppigaste grunnen til fråvær i skule, er det viktig å setje søkelyset på korleis ein som sjukepleiar kan bidra til meistring til barn med astma (Borge, 2021, s.91). Gjennom teori, forskning og egne erfaringar, har det blitt konkludert med at ein som sjukepleiar, kan styrkje meistringa til eit barn med astma. Dette ved å gi individualisert informasjon, gjennom undervisning til barn og deira pårørande. Ein kan konkludere med at informasjon gir eit kompetansegrunnlag, slik at barnet kan meistre sin sjukdom. Ved giving av informasjon, er det viktig at barnet blir inkludert. Det er naudsynt å sikre forståing, samt fremje informasjon som mottakar syns er nødvendig. Informasjon er ei plikt ein har som sjukepleiar, samt at det er essensielt å høyre på kva informasjon som trengst å bli gitt (Borge, 2021, s.22). Eit auka stressnivå kan medføra til ei mindre grad av meistring. For å minske stressnivået, er det viktig å støtte oppom den sosiale støtta til barnet og deira familie.

7.0 Kjelder

Borge, C, R. (2021) Teorier til støtte ved oppfølging av lungesykdom. Borge, & Oksholm, T (red.), *Lungesykepleie* (1. utg, s. 15-25). Fagbokforlaget.

Borge, C, R. (2021) Astma og kols. Borge, & Oksholm, T (red.), *Lungesykepleie* (1. utg, s. 91-109). Fagbokforlaget.

Conn, Kelly M, Swanson, Dena, McQuaid, Elizabeth, Douthit, Kathryn & Fisher, Susan G. (2015). The relationship between helplessness and the child's Asthma symptoms: The role of social support. *Journal of Asthma*, 52, 135-145.
<https://doi.org/10.3109/02770903.2014.952437>

Dalland. (2019). Metode og oppgaveskriving for studenter (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Everhart, Robin S, Corona, Rosalie, Mazzeo, Suzanne E, Dempster, Katherine W & Schechter, Michael S. (2020). School nurses' perspectives on components of asthma programs to address pediatric disparities. *Journal of Pediatric Psychology*, 45, 900-909. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa039>

Frey, Contento, N. C., & Halterman, J. S. (2021). Nurse-delivered outpatient asthma education for children and caregivers: a pilot study to promote shared asthma management. *The Journal of Asthma*, 58(3), 413–421.
<https://doi.org/10.1080/02770903.2019.1692028>

Grønseth & Markestad (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (4. utg.,). Fagbokforlaget.

Heggestad, A. K. T. (2018). Etikk i klinisk sjukepleie. Det norske samlaget

Helsebiblioteket (2021, 10 oktober). 4.1 Sjekklistor.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>

Helsedirektoratet (2018, 10 november). Bokstav b: pårørande og nærmeste pårørande.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjonar>

Hvl (2022, 28. Oktober) Søk etter fagressursar. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?query=cin>

Heyn, L, G. (2021) Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? Heyn, L, G. (red.). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.13-29). Gyldendal.

Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E, A. & Grimsbø, G, H. (2016) Hva er sykepleie?: Sykepleie- fag og funksjoner. Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E, A. & Grimsbø, G, H (red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie fag og funksjon*. (3. utg, s.15-27). Gyldendal akademisk.

Lazarus, R. S., Folkman, S. & Visby, M. (2006). Stress og følelser: En ny syntese. København: Akademisk Forlag.

Nilsson, S. (2021) Heyn, L, G. (red.) Kommunikasjon med barn. Heyn, L, G. (red.). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.51-67). Gyldendal.

Quaranta, & Spencer, G. A. (2015). Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management. *The Journal of School Nursing*, 31(6), 430–440.

<https://doi.org/10.1177/1059840515601885>

Thidemann, I. J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J & Thorbjørnsen, K. M. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2012) Barns helse og livskvalitet. Tveiten, Wennick, A., & Steen, H. F. *Sykepleie til barn : Familiesentrert sykepleie* (s.42-78). Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2012) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. Tveiten, Wennick, A., & Steen, H. F. *Sykepleie til barn : Familiesentrert sykepleie* (s.157-204). Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2012) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og Familiesentrert sykepleie? Tveiten, Wennick, A., & Steen, H. F. *Sykepleie til barn : Familiesentrert sykepleie* (s.11-40). Gyldendal akademisk.

7.0 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1

PICO skjema.

Patient/problem/population	intervention	Comparison	Outcome
Asthma in children	nurse		hope
Asthma	School nurse		Optimism
pediatric	Social support		Psychosocial outcome
Asthma in children			coping
			Adherence
			buffering effect
			Self-management
			Self- efficacy

7.2 Oversiktstabell over forskning

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat	Database
<p>«School nurses' perspectives on components of asthma programs to address pediatric disparities»</p> <p>Av</p> <p>Robin S. Everhart,1 PHD, Rosalie Corona,1 PHD, Suzanne E. Mazzeo,1 PHD, Katherine W. Dempster,1 BS, and Michael S.</p>	<p>Å nytte helsesjuepleiarar i ei studie for å finne utav korleis ein på best mogeleg måte kan tilnærma seg barn som har astma. Vidare ser ein korleis dei kan gjere nokre intervensjonar for å retta opp forskjellar hos dei.</p>	<p>Dette er ein kvalitativ forskning.</p>	<p>33 Helsesjuepleiarar var med på ein studie, alle jobba med barn med påvist astma.</p>	<p>Dei fann ut at helsesjuepleiarane gav nødvendig informasjon, utifrå deira kunnskap. Vidare fann dei ut at for best mogeleg oppfølging, var det viktig med ein koordinering av skulen, foreldre og medisinske leverandørar.</p>	<p>PsycINFO</p>

Schechter, MD.					
<p>“Using the Health Belief Model to Understand School Nurse Asthma Management”</p> <p>Av</p> <p>Judith E. Quaranta, PhD, RN, CPN, AE-C1, and Gale A. Spencer, PhD, RN1</p>	<p>Undersøkja forholdet mellom helsesjukepleiarane sin kunnskap, kva intervensjonar dei gjer, deira astma haldning, vurderinga av astmabehandlinga dei gir og ytinga av behandlinga.</p>	<p>Nyttar kvantitativ metode.</p>	<p>246 Helsesjukepleiarar som deltok i oppfølginga til barn med astma.</p>	<p>Gjennom at sjukepleiarane sjølv auka sin kunnskap om astma og arbeidet deira retta mot dette, medførte betring av astma symptoma for elevane.</p>	<p>CINAHL</p>
<p>«Nurse-delivered outpatient asthma education for children and caregivers: a pilot study to promote shared asthma management»</p> <p>Av</p> <p>Sean M. Frey, Nicholas C. Contento & Jill S. Halterman</p>	<p>Å vurderer om det er mogeleg, at sjukepleiar held astma utdanning for omsorgspersonar i ein travel klinikksetting, samt måle intervensjonen av utdanninga som blir gitt.</p>	<p>Kvalitativ metode</p>	<p>22 barn, frå 7-16 år, som har astma og deira forsørgjar.</p>	<p>Utdanning av barn og deira forsørgjarar, er noko som kan gjennomførast i ein travel klinikk kvardag, der dette har eit positivt utfall for dei som deltar på utdanninga.</p>	<p>PsycINFO</p>
<p>“The relationship between helplessness and the child’s asthma symptoms: the role of social support” (Conn, et al., 2015).</p> <p>Av</p> <p>Kelly M. Conn, Dena Swanson, Elizabeth McQuaid, Kathryn Douthit & Susan G. Fisher</p>	<p>Kartlegge foreldre og barn angående følelsar av hjelpelausheit, som er spesifikke for astma, samt å undersøke om det er noko samanheng mellom symptomfrie dagar hos barnet.</p>	<p>Kvantitativ metode</p>	<p>104 inkludert i analysen, barn frå 7- 12 år og deira foreldre. Resultata blei henta frå generelle pediatriiske klinikkar</p>	<p>Resultatet av studien, var jo meir kunnskap foreldra og barnet har om astma, desto færre dagar med symptom. Og omvendt.</p>	<p>PsycINFO</p>
<p>“Adaptation to Asthma in Children: A Matter of Coping and Stress Control” (Moreno & Heredia, 2022).</p>	<p>Forskinga tar for seg, å beskriva forholdet mellom stress, meistring og kva grad barnet har kontroll over sin astma.</p>	<p>Kvantitativ studie</p>	<p>Tar for seg barn frå 6-12 år. 280 barn deltok.</p>	<p>Barn som har mindre stress nivå, har meir kontroll på deira sjukdom. Ein antar med</p>	<p>MEDLINE</p>

Av Cindy Carolina Segura Moreno a and Luz Patricia Diaz Heredia				dette, dei har meir meistring knytt oppimot sin helsetilstand.	
--	--	--	--	--	--

7.3 Sjekkliste Helsebiblioteket kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

A: Innledende vurdering

B: Hva forteller resultatene?

C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisen

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

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

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

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Hvorfor ville de finne svar på det?

Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:

utforming av problemstilling

datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

analyse og hvilke funn som presenteres

På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill

og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.

Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?

Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?

Har studien avdekket behov for ny forskning?

Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

7.4 Sjekkliste helsebibloteket tverrsnitt studie

checklist for analytical cross sectional studies

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

Introduction

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk,

economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.

JBI Critical Appraisal Checklist for analytical cross sectional studies

Reviewer _____

Date _____

Author _____ Year _____ Record

Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Explanation of analytical cross sectional studies critical appraisal

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-

observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the

measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.