



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	255
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7768
Engelsk tittel *:	Children in hospital; parents experiences from the intensive care unit

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: 1
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

BACHELOROPPGAVE

Barn på sykehus; foreldres opplevelser fra
intensivavdelingen

Children in hospital; parents experiences from the
intensive care unit

Kandidatnummer: 255

HVL- Institutt for helse- og omsorgsvitenskap.

Bachelorutdanning i sykepleie, campus Haugesund.

Innlevert: 19.04.2021

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.*

Barn på sykehus; foreldres opplevelser fra intensivavdelingen

Sammendrag

Tittel: Barn på sykehus; foreldres opplevelser fra intensivavdelingen

Bakgrunn: Det å oppleve at sitt eget barn blir alvorlig sykt og må legges inn på en intensivavdeling er en stor påkjenning for alle foreldre. Hvordan opplever egentlig foreldrene dette oppholdet på sykehuset? Det å ha et barn innlagt på sykehus kan skape stressende reaksjoner hos foreldre. Foreldre må på likhet med barnet, oppholde seg på et ukjent sted med ukjente mennesker, samtidig som situasjonen skaper mye spenning, frustrasjon og hjelpeløshet hos foreldrene. Unødvendig engstelse og uro hos foreldrene kan oppdages av barnet og kan bidra til å forsterke barnets uro. Det er av den grunn viktig å se på foreldres opplevelser når deres barn er innlagt på intensivavdelingen.

Problemformulering: Hvordan opplever foreldre det å ha barn innlagt på en intensivavdeling?

Metode: Artikkelen er skrevet som en litteraturstudie. Ved hjelp av syv kvalitative forskningsstudier og analysearbeid har jeg kommet frem til tre tema som svarer på problemformuleringen min: (1) kommunikasjon og informasjon, (2) samarbeid og inkludering og (3) miljøet på intensivavdelingen.

Resultat: I alle studiene er foreldre enige om at ærlig informasjon og inkludering i pleien er viktig for opplevelsen på intensivavdelingen. Helsepersonellet påvirker også foreldres opplevelse både positivt og negativt der holdninger og kommunikasjonsflyt trekkes frem som viktige faktorer. Miljøet og utformingen av intensivavdelingen påvirker i noen grad opplevelsen, spesielt tidlig etter innleggelsen. Opplevelsen er også svært individuell, det er derfor vesentlig å tilpasse både informasjon og involvering etter ønsker og behov fra foreldrene.

Nøkkelord: Foreldre, pårørende, familie, intensivavdeling for barn, opplevelser og erfaringer

Abstract

Title: Children in hospital; parents' experiences from the intensive care unit

Background: Experiencing the fact that one's own child becomes seriously ill and has to be admitted to an intensive care unit (ICU) is a great strain for all parents. Having a child hospitalized can be stressful. How do parents actually experience the stay in the ICU? Parents and child are both admitted to an unknown place with unknown people. The situation creates a lot of tension, frustration and helplessness (Sjøbjerg, 2019, p. 202-203). Unnecessary anxiety and restlessness within parents can be detected by the child and influence the child in a negative way (Sjøbjerg, 2019, p. 203). For this reason, it is important to be familiar with the parents' experiences when their child is admitted to the ICU.

Objective: How do parents experience having a child admitted to an intensive care unit?

Method: This article is written as a literature study. After analyzing the result of seven qualitative research studies, I have found three topics that gives answers to the research question. These topics are: (1) communication and information, (2) collaboration and involvement and (3) the environment at the ICU.

Result: The studies found that all the parents agree that honest information and to be included in the child's care is the most important factors that affects the experience at the ICU. The staff also influence the parents' experience both positively and negatively. Attitudes and communication flow at the ward are highlighted as important factors. The environment at the ICU affects the experience to some extent, especially early after admission. The experience is also very individual, so it is important to adapt both information and involvement to the wishes and needs of the parents.

Keywords: Parents, next of kin, family, intensive care unit, pediatric, and experiences

Innholdsfortegnelse:

1 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2 Hensikt og formål.....	8
1.3 Teoretisk grunnlag	9
1.3.1 Foreldreperspektivet.....	9
1.3.2 Nurse-Parent Support Model	10
1.3.2.1 Fortløpende kommunikasjon og informasjon	10
1.3.2.2 Følelsesmessig støtte.....	11
1.3.2.3 Støtte i foreldrerollen.....	12
1.3.2.4 Sykepleie av god kvalitet	13
1.3.3 Mestringsteori.....	14
2 Presentasjon av sykepleiefaglig problemstilling	15
2.1 Presisering og avgrensing	15
2.2 Problemstilling	16
3 Metode	16
3.1 Litteraturstudie	16
3.2 Systematisk søk.....	16
3.2.1 Søkestrategi.....	17
3.2.2 Utvalgsstrategi.....	18
3.2.3 Vurdering av kvalitet	19
4 Resultat / Funns.....	20
4.1 Dahav & Sjöström, (2018).....	20
4.2 Sjuls & Johannessen (2015).....	21
4.3 Alzawad et al. (2020)	21
4.4 Rennick et al. (2019).....	22
4.5 Latour et al. (2011).....	22
4.6 Majdalani et al. (2014).....	23
4.7 Engström et al. (2015).....	23
4.8 Hovedfunn.....	24
5 Drøfting	24
5.1 Kontinuerlig og ærlig informasjonsflyt.....	24
5.2 Å bli erkjent som en viktig ressurs.....	26

5.3 Miljø og holdninger påvirker opplevelsen til foreldrene.....	28
6 Oppsummering og implikasjoner for praksis	29
Kildeliste.....	31
Vedlegg	35
Vedlegg 1 – Mine søk	35
Vedlegg 2 – utvalgsstrategi.....	36
Vedlegg 3 – Sjekkliste	38

Figurer og tabeller

Tabell 1. Nurse-Parent Support Model

Tabell 2. PICO – tydelig og presis problemstilling

Tabell 3. Inklusjons –og eksklusjonskriterier

Tabell 4. Vurdering av relevans og faglig kvalitet

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det å oppleve at sitt eget barn blir alvorlig sykt og må legges inn på en intensivavdeling er en stor påkjenning for alle foreldre (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Hvordan opplever egentlig foreldre dette oppholdet på sykehuset? I de fleste tilfeller har de ikke rukket å forberede seg på dette, og pårønderollen er ikke noe man velger, det er heller noe man blir kastet inn i (Sjøbjerg, 2019, s. 202). Foreldre som pårørende er et viktig tema som det bør gjennomføres mer grundige studier på. Oslo Universitetsykehus startet dette arbeidet ettersom de så behov for å utvikle en prosedyre rettet mot årsak og behandling av de psykiske belastningene som foreldre til syke barn opplever. Grunnet manglende forskning på området ble ikke denne prosedyren ferdigstilt (Oslo universitetsykehus, 2019). Dette tydeliggjør for meg at dette temaet er viktig, og at det her må gjennomføres flere studier. Bakgrunn for valg av tema er basert på egne interesser for det å jobbe med barn. Ut ifra hva jeg har hørt og lest er det blandede opplevelser fra foreldre som har hatt kritisk syke barn i sykehus. Som mor til tre barn vet jeg veldig godt hvordan det er når man blir engstelig eller mister kontrollen over sitt eget barn.

1.2 Hensikt og formål

Når barn blir innlagt er det ikke bare barnet som skal ivaretas, foreldrene må også tas hånd om av helsepersonellet. Foreldre er en viktig ressurs og støttespiller for barnet, og det er de som kjenner barnet best (Tveiten, 2012, s. 72-73; Sjøbjerg, 2019, s. 207). Unødvendig engstelse og uro hos foreldrene kan oppdages av barnet og kan bidra til å forsterke barnets uro (Sjøbjerg, 2019, s. 203), samtidig som høyt stressnivå hos foreldrene kan reduserer deres evne til å ta seg av barnet (Tveiten, 2012, s. 71). Det er av den grunn viktig å se på foreldres opplevelser når deres barn er innlagt på intensivavdelingen. Ved å få en klarhet i foreldres opplevelser, vil man som helsepersonell bedre kunne møte foreldrenes behov. Foreldrene vil da bedre kunne mestre situasjonen, og vil dermed være en ressurs for både barnet og for helseteamet.

1.3 Teoretisk grunnlag

I denne oppgaven har jeg valgt å trekke inn Antonovsky sin mestringsteori. Dette fordi han retter fokus mot det å finne frem ressurser i seg selv og andre for å klare å mestre situasjonen. Foreldre på intensivavdelingen er i en sårbar og hjelpeløs situasjon og uten erfaring vil de være avhengig av menneskene rundt seg som ressurser til å håndtere de vanskelige utfordringene de møter (Antonovsky, 2000). For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe foreldrene å mestre situasjonen kan man også bruke Nurse-Parent Support Model, utviklet av Miles et al., 1999. Modellen trekker frem fire tema som jeg mener er essensielle i møte med foreldrene på intensivavdelingen.

1.3.1 Foreldreperspektivet

Å ha et barn innlagt på sykehus kan skape stressende reaksjoner hos foreldre. Foreldre må på likhet med barnet, oppholde seg på et ukjent sted med ukjente mennesker, samtidig som situasjonen skaper mye spenning, frustrasjon og hjelpeløshet hos foreldrene (Søbjerg, 2019, s. 202-203). I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 er pårørende til barn definert som foreldre eller andre omsorgspersoner som har foreldreansvar (1999). Foreldrene er normalt barnets viktigste støttespiller, og det er sterke følelsesmessige bånd dem imellom. Foreldre er også viktige samarbeidspartnere til helsepersonell (Søbjerg, 2019, s. 207).

Når et barn blir innlagt på en intensivavdeling vil foreldrene overlate deler av sitt foreldreansvar til helsepersonell, det er da viktig at helsepersonell er bevisst på at hele familien blir berørt, og at foreldres engstelse kan forsterke barnets utrygghet (Søbjerg, 2019, s. 203). Helsedirektoratet har utarbeidet en pårørendeveileder i tråd med sine nasjonale faglige retningslinjer. Formålet med denne veilederen er blant annet å gi individuell støtte og avlastning til pårørende med omsorgsoppgaver og/eller belastninger (Helsedirektoratet, 2017). Det er et eget avsnitt for pårørende i akutte situasjoner og kriser, her er det nevnt flere hovedprinsipper som helsepersonell skal jobbe etter i møte med disse pårørende: Å skape trygghet og dempe uro, å bidra til mestring, samhörighet og håp og aktiv bruk av sosiale nettverk (Helsedirektoratet, 2017).

En intensivavdeling kan omfatte både medisinske og kirurgiske pasienter. Her behandles de mest kritiske pasientene som andre avdelinger ikke kan ta seg av. Omgivelsene kan oppleves

svært fremmed for pasient og pårørende ettersom det ofte er svært hektisk og mye støy fra apparater, alarmer, personalet og medpasienter (Stubberud, 2019, s. 21-25).

1.3.2 Nurse-Parent Support Model

For at foreldre skal kunne kjenne på trygghet må de oppleve en viss grad av kontroll over situasjonen. Grønseth & Markestad trekker frem Nurse-parent Support Modell. Dette er en guide som kan benyttes av helsepersonell, i møte med foreldrene på intensivavdeling (2017, 87-88). Denne modellen er utviklet av Miles, Carlson og Brunssen, med utgangspunkt i definisjonene om sosial støtte skrevet av James House for instituttet for sosiologi og epidemiologi i Universitet i Michigan, Ann Arbor, USA (Miles et al. 1999, s.46). I henhold til denne modellen er det spesielt fire overlappende tema som trekkes frem, vist i tabell 1. Disse er viktige for at foreldre skal oppleve kontroll og mestring av situasjonen, samtidig som de er relevant for å få til et godt samarbeid med foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88; Miles et al., 1999). Grønseth & Markestad har oversatt disse temaene til norsk, (1) Fortløpende kommunikasjon og informasjon, (2) Følelsesmessig støtte, (3) Støtte i foreldrerollen, og (4) Sykepleie av god kvalitet (2017, s. 88-93; Miles et al, 1999, s. 46). Disse temaene forklares i de neste delkapitlene.

Fortløpende kommunikasjon og informasjon	Følelsesmessig støtte
Støtte i foreldrerollen	Sykepleie av god kvalitet

Tabell 1. Nurse-parent Support Model

1.3.2.1 Fortløpende kommunikasjon og informasjon

Informasjonsbehovet til foreldrene er ofte stort når barnet er kritisk sykt og innlagt på intensivavdeling, men det kan være svært ulikt hvordan de mottar og bearbeider informasjonen de får (Sørbjerg, 2019, s. 208). Ofte mottar foreldre mye informasjon fra flere ulike yrkesgrupper. Både leger og sykepleiere gir gjerne informasjon om barnets helse og behandling. Det er derfor vesentlig at det er god tverrfaglig kommunikasjon, slik at foreldre

opplever ett samkjørt personale (Søbjerg, 2019, s. 208). Det kan også være utfordrende for foreldre å motta informasjon når de opplever å være i en krise. Foreldrene har gjerne et stort informasjonsbehov, men kan slite med å lagre informasjonen (Cullberg, 2007, s. 130-131). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 skal den som yter helsehjelpen gi informasjon til den som har krav på det (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999). Dette samsvarer med helsepersonelloven § 10. Formålet med denne loven er at pasient og pårørende har behov for informasjon som er helhetlig og riktig. Informasjonen skal være koordinert mellom helsepersonell, og det skal dokumenteres hvilken informasjon som er gitt (Helsepersonelloven, 1999, § 39). I de yrkesetiske retningslinjene understrekes det også viktigheten av å sørge for at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt og at sykepleier samhandler med pårørende og behandler dem med fortrolighet (NSF, 2016). Det presiseres også at foreldre og barn skal få fortløpende informasjon om sykdommen i Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000).

Foreldres behov for å føle trygghet og formidle trygghet til barnet er vesentlig når barnet er innlagt på intensivavdelingen. Det er derfor viktig at helsepersonell bidrar med god og ærlig informasjon til foreldrene (Søbjerg, 2019, s.204). Både Søbjerg og Tveiten et al. skriver begge om dette og legger til at informasjon er viktig for at foreldre skal kunne medvirke i pleien og behandlingen (2019, s. 208; 2012, 2. 73).

For å sikre at informasjonen blir forståelig for foreldrene er det også viktig å kartlegge foreldres kunnskap om helse, sykdom og behandling. På denne måten kan informasjonen tilpasses foreldrene helsekompetanse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88-89).

Helsekompetanse kan forklares som grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør et menneske i stand til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon (Helsedirektoratet, 2021). Videre skriver Grønseth & Markestad at forståelig informasjon er viktig for at foreldrene skal mestre situasjonen, da er det også viktig at informasjonen både er ærlig og realistisk, og at den blir gitt skriftlig (2017, s. 88-89). Helsedirektoratet sin pårørendeveileder understreker også viktigheten av skriftlig informasjon, da pårørende kan oppleve det vanskelig å få med seg all informasjon som gis (2017).

1.3.2.2 Følelsesmessig støtte

Når barn innlegges på sykehus anvendes i stor grad familiefokusert omsorg. Dette innebærer at pleien rettes mot hele familien, ikke bare barnet. Utgangspunktet for dette fokuset er

antagelsen om at barnets utviklingsmessige og følelsesmessige behov blir bedre ivaretatt når tjenesten støtter familiens evne til å dekke barnets behov (Sjøbjerg, 2019, s. 206-207). Når et barn blir akutt innlagt på sykehuset får som regel ikke foreldrene tid til å forberede seg. Som sykepleiere må vi da sørge for at vi har nok tid til å lytte og ta imot spørsmål fra foreldrene, og at vi jevnlig tar kontakt og snakker med dem. Det at foreldrene føler seg sett og får støtte i den utfordrende tiden, har en stor innvirkning på situasjonen. Foreldre opplever det positivt når noen viser medfølelse, lytter og oppmuntrer dem til å dele sine følelser (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). Foreldre kan også lett glemme sine egne grunnleggende behov, det er derfor viktig at helsepersonell også ivaretar foreldres behov for hvile, ernæring og drikke, i tillegg til behov for informasjon og samarbeid (Sjøbjerg, 2019, s. 213). Foreldrene er som regel barnets viktigste støttespiller og det er de som kjenner barnet best og blir derfor sykepleiers viktigste samarbeidspartner, spesielt når barnet ikke selv kan uttrykke seg. Det er også viktig at foreldrene føler seg anerkjent for sin innsats, og at de blir sett og behandlet som likeverdige samarbeidspartnere (Tveiten et al, 2012, s. 73).

1.3.2.3 Støtte i foreldrerollen

For å kunne gi god omsorg er det nødvendig at helsepersonell og foreldre samarbeider og er likeverdige partnere. Foreldres kjennskap til barnets sykdom og reaksjoner er verdifulle for helsepersonell, samtidig er det viktig at foreldrene føler seg trygge på kompetansen til helsepersonellet. De fleste foreldre ønsker at helsepersonell etterspør deres kunnskap og erfaringer (Sjøbjerg, 2019, s. 208). Videre skriver Sjøbjerg at foreldre har behov og krav på avlastning. Noe som også fremkommer i forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Foreldre som er hos barnet under oppholdet har rett til å få avlastning etter behov, og skal ha tilgang til et egnet oppholdsrom.

Når barnet blir innlagt på intensivavdelingen mister foreldre mer eller mindre mulighet til å fylle sin rolle som foreldre, og det oppleves vanskelig å ikke kunne beskytte barnet mot vonde opplevelser og prosedyrer (Grønseth og Markestad, 2017, s. 90-91). Videre skriver de om viktigheten av å avklare roller med foreldrene, dette støttes opp av Sjøbjerg (2019, s. 208). Det må etableres et godt samarbeid, samtidig som rollene foreldre og helsepersonell skal ha, er tydelig avklart. Uklare roller kan skape utrygghet hos foreldrene, det er derfor viktig å avdekke hva foreldrene ønsker å bidra med, hva de kan bidra med og hva de ønsker at helsepersonell skal ta ansvar for (Tveiten et al., 2012, s. 72). Det anbefales å spørre

direkte om hva de ønsker, og hvilke synspunkter de har, i stedet for å anta hva foreldrene synes (Sjøbjerg, 2019, s. 208). I forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000) defineres og konkretiseres barn og foreldres rettigheter når innlagt i en helseinstitusjon som yter spesialisthelsetjenester i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Kapittel 2 § 6 står det blant annet at personalet er pliktet til å avklare hvilke oppgaver foreldre ønsker å utføre selv når de er hos barnet. Den presiserer også viktigheten av at foreldre er til stedet mens personalet gir omsorg og pleie til barnet, dette for at barnet skal føle seg trygg med personalet når foreldre ikke kan være til stedet.

1.3.2.4 Sykepleie av god kvalitet

For at foreldres opplevelse på en intensivavdeling skal blir så god som mulig, er det viktig for foreldrene at sykepleiere imøtekommer barn og foreldre med respekt, verdighet og at de erkjenner rollen foreldrene har på sykehuset. Det er vesentlig at foreldrene kjenner seg trygge på at barnet mottar sykepleie av god kvalitet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 92-93). De skriver videre at foreldres tillit til helsepersonell øker, dersom leger og sykepleiere innrømmer at de ikke kan svare på alt, og søker råd hos andre (2017, s. 93). For at foreldre og sykepleiere skal kunne jobbe sammen mot et felles mål, så er det viktig at de forstår hverandre og har tillitt til hverandre (Travelbee, 2007, s. 171-172). Et slikt samarbeid vil kunne gjøre et sykehusopphold mindre traumatisk for både barn og foreldre, det er derfor jeg velger å trekke inn Travelbee sin sykepleieteori inn i min oppgave. Hennes definisjon på sykepleie er: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene" (Travelbee, 2007, s. 29). Travelbee mener at det er viktig at sykepleiere etablerer et menneske til menneske forhold til pasienten for å klare å hjelpe dem. Dette betyr at de vil forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer og at de ikke ser på hverandre som sykepleier og pasient. Travelbee bruker termen menneske til menneske forhold, fremfor sykepleier-pasient forhold, da hun mener at disse rollene hindrer god kontakt mellom mennesker. Travelbee legger til at menneske til menneske forholdet bygges litt og litt hver dag. Alt vi gjør, og hvert møte med pasient og pårørende er med på å skape dette forholdet. Ved å danne et slikt menneske til menneske forhold utvikles et viktig tillitsforhold som er vesentlig for å skape trygghet hos foreldrene (2007, s. 171-172).

Sykepleiers holdninger og væremåte spiller også en viktig rolle i etableringen av tillitsforholdet. Som sykepleiere har vi et ansvar for våre holdningsmessige reaksjoner, og om nødvendig må man tilpasse væremåten til den enkelte situasjon. Det å uttrykke sin forståelse og empati til individet vil bidra til at relasjonen og tillitten øker (Kristoffersen & Nordtvedt, 2017, s. 110-111). For å kunne yte god sykepleie og et godt samarbeid, er det nødvendig å etablere en god relasjon med både barn og foreldre. Det er viktig for foreldrene at sykepleier tar initiativ til å etablere et mellommenneskelig forhold. Det at sykepleiere tar seg tid, at de lytter og viser respekt for foreldrenes perspektiv og valg, vil bidra til at tilliten til helsepersonellet øker (Sjøbjerg, 2019, s. 207)

1.3.3 Mestringsteori

Som nevnt i innledningen i dette kapittelet så har helsepersonell en viktig oppgave i å hjelpe foreldrene finne ressurser til å mestre utfordringene de møter. I følge Antonovsky så vil man kunne oppleve mestring når man har tilstrekkelig ressurser til rådighet, som man klarer å bruke i møte med indre og ytre krav (2000, s. 35; Sjøbjerg, 2019, s. 203). Sosiologen Antonovsky forsket på menneskers helse i møte med store påkjenninger. Teorien hans handler om stress og mestring, hvor begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er tre sentrale begrep i forståelsen av hans teori om mestring. Ved å finne ressurser som bidrar til å møte disse tre begrepene, mente Antonovsky at en hadde større mulighet for å håndtere og mestre utfordringene i livet (Antonovsky, 2000, s. 34; Langeland, 2012, s. 161; Mittelmark, 2012, s. 40-41; Renolen, 2015, s. 173).

I den salutogene tilnærmingen som Antonovsky også skriver om, er det viktig at sykepleier har fokus på å utvide, tilføre og bevisstgjøre individet på sine ressurser (Langeland, 2012, s. 167). Fokuset til Antonovsky var å skreddersy behandlingen, hvor en vektlegger bruken av eksisterende og/eller potensielle motstandsressurser hos individet skriver Renolen (2015, s. 172-173). Teorien om salutogenese ble utviklet som en motvekt til patogenese (utvikling av sykdom). Salutogenese definerer helse som et kontinuum (grad av helse) hvor man aktivt leter etter faktorer som kan skape en høyere grad av helse (Antonovsky, 2000, s. 31; Langeland, 2012, s. 164-167). Teorien om salutogenese er mest kjent for sitt sentrale begrep "Opplevelse av sammenheng" (OAS) eller "Sense of Coherence" (SOC). Dersom en etter å ha blitt utsatt for utallige stressfaktorer, fortsatt opplever en meningsfull sammenheng, er man

ifølge Antonovsky utstyrt med en sterk OAS. Har du tilstrekkelige med motstandsressurser, klarer du å balansere spenningsnivået i stresset og vil da kunne mestre situasjonen (2000, s. 37-40). En motstandsressurs blir definert av Antonovsky som; "Enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenningen" (Langeland, 2012, s. 162).

Opplevelse av sammenheng er tredelt, og er satt sammen av kjernekomponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet henviser til hvordan vi oppfatter de stimuli vi blir konfrontert med, enten det er på et ytre eller indre plan. Dersom du har en sterk opplevelse av begripelighet forventes det at de stimuli som du blir utsatt for er forutsigbare eller at de kan settes inn i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2000, s. 34-35). Videre forklarer han begrepet håndterbarhet som oppfatningen av at utfordringene kan håndteres, at en har nok ressurser til rådighet til at en vil mestre situasjonen. Resurser til rådighet kan enten komme fra en selv eller være tilgjengelig via blant andre en ektefelle, venn, kollega, gud, lege, som man er fortrolig med og har tillit til. Ved lav håndterbarhet, oppleves det som at det er ingen mening å prøve å mestre situasjonen, siden ressursene mangler (2000, s. 35-36; Renolen, 2015, s. 173).

2 Presentasjon av sykepleiefaglig problemstilling

2.1 Presisering og avgrensing

Målet med denne oppgaven er å få en innsikt i foreldres opplevelser når deres barn er innlagt på en intensivavdeling. Dette for å bedre kunne møte foreldres behov, og samtidig sikre et godt samarbeid med foreldrene. Jeg har valgt intensivavdelingen fordi jeg ønsker mer innsikt i opplevelsen hos foreldrene fra de mer akutte og kritiske situasjonene. Barnets alder ser jeg ikke som så relevant, da jeg mener at foreldres følelsesmessige reaksjon på at barnet deres blir innlagt, vil være tilnærmet lik uansett alder på barnet. Jeg ønsker å ekskludere studier med foreldre til innlagte barn som er i terminal fase eller som dør under oppholdet, da foreldre som nylig har mistet et barn vil oppleve en sterk og langvarig sorgreaksjon som vil påvirke innsamling av data (Grønseth og Markestad, 2019, s. 200-201).

2.2 Problemstilling

Problemstillingen min ble formulert slik:

“Hvordan opplever foreldre det å ha barn innlagt på en intensivavdeling?”

3 Metode

Metoden som blir brukt i en studie kan fortelle oss noe om hvilken type data som er samlet inn. Metoden som er valgt, er valgt på bakgrunn av at den best vil kunne svare på problemstillingen eller belyse spørsmålet. Metoden hjelper oss til å samle den informasjonen vi trenger til studien vår (Dalland 2019, s .51-52). Ut ifra hvilken type data vi trenger velger man enten kvalitativ eller kvantitativ metode. Dersom man er ute etter opplevelser, meninger, følelser og mer inngående tolkninger velger man kvalitativt design, mens kvantitativ metode samler inn data som kan settes inn i regneark og eller regnes om til prosent, her kan vi for eksempel være på jakt etter gjennomsnittlig inntekt i en befolkning (Dalland 2019, s .52-53).

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven skal skrives som en litteraturstudie. Dette er en metode hvor man samler inn kunnskap fra tidligere studier og annen litteratur. Når man bruker denne metoden må man jobbe systematisk med å søke relevant litteratur som vi vurderer og analyserer kritisk, og deretter sammenfattes det hele i drøftingen. Hensikten med denne tilnærmingen er å gi leseren ny og oppdatert kunnskap og forståelse som svarer på problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

3.2 Systematisk søk

I henhold til min problemstilling, hvor jeg er ute etter informasjon om foreldres opplevelser fra intensivavdelingen, er det naturlig at jeg søker etter kvalitative studier.

Etter å ha fått en oversikt over litteraturen i en runde med innledende søk både via databaser, søkemotorer og høgskolens bibliotek, fikk jeg lest meg opp på tema. Etter denne runden fikk jeg også justert problemstillingen min og spisset søkeordene. Jeg valgte å gjennomføre mine systematisk søk i databasene Cinahl og Medline ovid. Cinahl står for

Cumulative Index of Nursing and Allied Health, og er en database som dekker sykepleie og tilgrensende fag. Medline er den mest brukte databasen for helsepersonell, Medline/ovid består av artikler fra 276 sykepleietidskrifter som er indeksert i Medline. Her er det hovedvekt på sentrale områder innenfor sykepleie (Thidemann, 2015, s. 85).

3.2.1 Søkestrategi

Ettersom det er noe begrensede studier på dette området i Norge, passer jeg på å få med studier fra flere deler av verden. For å finne relevant litteratur innenfor tema har jeg valgt disse nøkkelordene: Barn innlagt på intensivavdeling, foreldre, familie, pårørende og erfaringer. Gjennom å sette opp en PICO tabell som er tilpasset kvalitative studier, samtidig som jeg sjekket for alternative synonymer i de to databasene jeg skulle bruke, kom jeg frem til disse søkeordene, som vist i tabell 2: Parents, family, next of kin, Children in hospital, intensive care units, pediatric, experiences (Folkehelseinstituttet, 2016).

	Egne ord	Engelsk	Synonymer (mesh)
P	Foreldre, pårørende på en intensivavdeling	Parents, next of kin	Parents, next of kin, family
I	Erfaringer og opplevelser	Experiences	Experiences
Co	Barn på intensivavdeling	Child in intensive care	Intensive care unit, pediatric

Tabell 2 – PICO – tydelig og presis problemstilling

For å begrense søket ytterligere la jeg inn limits i databasen. Artikkene skulle ikke være eldre enn 10 år, og skulle være på engelsk, norsk, svensk eller dansk. I første vurdering av søkeresultatet brukte jeg inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vist i tabell 3. Studien måtte være relevant i forhold til min problemstilling, og måtte ha fokus på opplevelser fra foreldre med barn på intensivavdeling. Studier som foregikk på andre avdelinger eller handlet om sykepleietiltak eller metoder ble derfor ekskludert som primærstudier. Det måtte være et kvalitativt studiedesign og perspektivet skulle være opplevelser fra foreldre og ikke helsepersonell.

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Problemstilling	Omhandler erfaringer og opplevelser til foreldre og pårørende til barn innlagt på en intensiv avdeling eller PICU.	Skal ikke handle om tiltak, metoder eller helsepersonell sine erfaringer. Heller ikke barn som er innlagt på en barneavdeling eller har poliklinisk oppfølging.
Studiedesign	Kvalitativt studiedesign	Kvantitative studier og artikler som ikke følger et strengt forskningsdesign
Perspektiv	Pårørende / foreldre til innlagte barn	Helsepersonells erfaringer.
Språk	Engelsk, norsk, dansk og svensk	Andre språk
Alder på studiene	Fra 2011-2021	Eldre enn 10 år

Tabell 3– Inklusjons -og eksklusjonskriterier

Søkene jeg gjennomførte i Cinahl og Medline ovid resulterte i syv gode og relevante kvalitative studier, disse ble utvalgt blant 115 treff sammenlagt. Hvordan jeg valgte ut de syv studiene er beskrevet i neste avsnitt. Se også vedlegg 1 for oversikt over mine søk.

3.2.2 Utvalgsstrategi

For å unngå tilfeldig utvelgelse av studieartikler fra søkene jeg gjorde i databasene, også kalt "Cherry picking" (Morse, 2010), hadde jeg en grundig gjennomgang av søke-resultatet. Utvalgsstrategien på søket i Cinahl og Medline Ovid kan sees i sin helhet i vedlegg 2. Søket i Medline gav 59 funn, da hadde jeg brukt søkeordene "parents" OR "family" OR "next of kin" AND "Experiences" AND "intensive care unit, pediatric", med begrensningene "2011-2021" og "English, swedish, danish & norwegian". Ut av de 59 funnene, var det 21 artikler som handlet om barn som enten var i terminal fase eller som døde under oppholdet, disse ble derfor valgt bort. 6 studier handlet om tiden etter innleggelsen, som da ikke var relevant. 21

studier hadde en problemstilling som ikke var relevant. Det var også noen studier som ikke gav tilgang til full-text, noen møtte ikke språk-kriteriet, andre hadde helsepersonell sitt perspektiv i stedet for pårørende. Jeg endte her opp med 5 primære studier som kan bidra til å svare på problemstillingen min. Jeg brukte samme søkeord og strategi i utvalget på søket mitt i Cinahl og her satt jeg igjen med seks funn, alle funnene var dog ikke nye, da fire av disse var de samme funnene som i Medline Ovid. Totalt sett har jeg da valgt ut syv studier som jeg ser som relevante til å kunne svare på min problemstilling. For flere detaljer fra utvelgelsen se hele utvalgsprosessen i vedlegg 2.

3.2.3 Vurdering av kvalitet

Før en begynner å jobbe med forskningslitteratur er det viktig å kvalitetssikre forskningslitteraturen. På folkehelseinstituttet sine sider fant jeg sjekklister for kvalitativ forskningslitteratur, og det er disse jeg har benyttet meg av i min kritiske vurdering av studiene. Sjekklister er fylt ut og kommentert og kan leses i helhet i vedlegg 3 (Folkehelseinstituttet, 2016). Før jeg benyttet meg av sjekklisten, vurderte jeg om forskningslitteraturen hadde en klart formulert problemstilling, og om designet var velegnet til å svare på problemstillingen. Deretter vurderte jeg resultatene i studien og om det kunne brukes i oppgaven min. Når man skal vurdere relevans og faglig kvalitet bør man også ifølge Thidemann gjøre en vurdering av punktene, som vist i første rad i tabell 4. Dersom man etter denne gjennomgangen fortsatt mener at artikkelen er av god faglig kvalitet kan man gå videre å vurdere selve innholdet (2015, s. 89).

	Dahav & Sjöström	Latour et al.	Alzawad et al.	Rennick et al.	Sjuls og Johannessen	Engström et al.	Majdalani et al.
Relevant problemstilling	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Intensive Care Medicine	Journal of Pediatric Nursing	BMC Pediatrics	Sykepleien Forskning	Nursing in Critical Care	International Journal of Nursing
Dato studie	Januar-juni, 2015	Oktober 2006 – april 2007	Januar-desember 2018	2015-2016	September-desember 2013	2013	Januar – august 2011

Utgivelsesår	2018	2011	2020	2019	2015	2015	2014
Forfatter tittel	Registered nurse, PhD	Clinical Nurse, Professor of Pediatrics,	Fra ulike helseinstitusjoner i America, universitet og forskningssentre	Childrens hospital & school of nursing	Intensivsykepleier og førsteamanuensis ved universitetet i Agder	Registered Nurse, Critical Care Nurse, PhD	Registered Nurse
Skrevet for	Helsepersonell	Helsepersonell	Helsepersonell	Helsepersonell	Helsepersonell	Helsepersonell	Helsepersonell
Etisk godkjennelse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	ja

Tabell 4. Vurdering av relevans og faglig kvalitet

4 Resultat / Funn

I dette kapittelet presenteres funn fra forskningslitteraturen jeg har valgt.

4.1 Dahav & Sjöström, (2018)

Studiens mål var å beskrive foreldres opplevelser og erfaringer fra å ha barnet sitt innlagt på en intensivavdeling. Dette er en kvalitativ studie hvor 12 foreldre er intervjuet. Denne studien identifiserte to kategorier fra foreldres opplevelser på intensivavdelingen. Den ene kategorien har de kalt "å være involvert" og handler om viktigheten av at foreldre får delta i pleien av barnet. Det kommer også frem at det var viktig for foreldrene at de følte seg verdsatt, at de fikk tildelt roller og at helsepersonell tok seg tid til å snakke med dem. Den andre kategorien var "å være informert". Det var viktig for foreldrene med åpen og ærlig kommunikasjon, og at personalet satt av nok tid til å lytte og ta imot spørsmål. God og ærlig informasjon trygget foreldrene slik at de klarte å ta pause fra avdelingen, men det kom også frem at det for noen kunne bli for mye informasjon. Miljøet på avdelingen, lydene, lyset og alle inntrykkene kunne bidra til stress hos foreldrene, men informasjon om det medisinske utstyret som ble brukt bidro til at situasjonen ble mindre skremmende. Det var viktig for foreldrene å bli godt kjent med personalet, og de opplevde det svært positivt å bli inkludert i pleien.

4.2 Sjuls & Johannessen (2015)

Studien til Sjuls & Johannessen gjennomførte fem kvalitative semistrukturerte dybdeintervju av foreldre av barn som var innlagt på intensivavdeling. Hensikten med studien var å få et innblikk i foreldres opplevelser og erfaringer når deres barn er innlagt på intensivavdelingen. Resultatet viste at foreldrenes opplevelser påvirkes av flere faktorer. Foreldrene følte seg trygge og stolte på personalet, og når personalet erkjente at de ikke kunne alt og konfererte med annet helsepersonell, gav dette ekstra trygghet. Det som opplevdes vanskelig var negative opplevelser med personalet, uforutsette endringer og det medisinske utstyret. Ærlig og oppriktig informasjon opplevdes som viktig, men tverrfaglige diskusjoner rundt sykesengen syntes de ikke noe om. Foreldre opplevde det vanskelig å forholde seg til mange ulike helsepersonell. Foreldrene hadde også ulike opplevelser av å være inkludert. Alle opplevde at de ble inkludert i vurderinger og behandlinger og de følte seg godt ivaretatt og satt pris på ekstra omsorg. Foreldre opplevde det positivt å bli inkludert i pleien, og svært negativt dersom de ble bedt om å forlate rommet. Studien til Sjuls og Johannesen avdekker også at foreldrene skilte mellom "kalde" og "varme" mennesker, personalets personlighet, vennlighet og grad av stress påvirket foreldres opplevelse på avdelingen.

4.3 Alzawad et al. (2020)

Målet med denne studien var å forsøke å beskrive foreldre sin opplevelse av å ha barn på intensiv avdeling, samtidig som studien prøvde å avdekke stressutløsende faktorer hos foreldrene. Dette er en kvalitativ studie hvor 15 foreldre ble intervjuet.

Opplevelsen til foreldrene i denne studien blir beskrevet som "en berg- og dalbane" av følelser, og at foreldres tidligere erfaringer påvirket hvor turbulent "turen" ble. Funn i denne studien tyder på at miljøet på en intensivavdeling har mye å si på foreldres opplevelse av å ha barn på en intensivavdeling. Foreldre beskrev blant annet miljøet som skremmende, fiendtlig og forvirrende. Det var også lite privatliv, mange lyder fra avdelingen, piping fra monitorene, noe som gjorde det vanskelig å få god søvn. Foreldrene fortalte at de opplevde det stressende å være på intensivavdelingen, men at det ikke bare handlet om miljøet, det var situasjonen med barnets helse som var mest stressende. Noen foreldre opplevde

pipingen fra monitorene som betryggende, mens andre ble urolige. Foreldrene følte seg også overveldet over alle menneskene som var involvert. Til tross for det stressende miljøet og situasjonen opplevde foreldre seg trygge og godt ivaretatt på avdelingen, og de opplevde at de var på det beste stedet og at personalet var enestående.

4.4 Rennick et al. (2019)

Dette er en kvalitativ studie og studiens mål var å prøve å få frem en inngående forståelse av foreldrenes erfaringer ved å ha et kritisk sykt barn på intensivavdelingen.

Resultatet etter denne studien viser at foreldres kjennskap til barnet er essensielt i samarbeidet med helsepersonellet, og at foreldre opplevde å bli anerkjent på dette området. Likevel opplevdes det utfordrende å integrere erfaringer og kompetanse fra helsepersonell. Selv om interaksjonene bidro til bedre pleie, oppstod det også kommunikasjonsutfordringer og konflikter. I situasjoner med utfordringer opplevde foreldre at de måtte overvåke situasjonen, "mennesker kan jo gjøre feil". De opplevde det strevsomt når avgjørelser ble tatt uten at de hadde blitt spurt, på den andre siden var de svært takknemlig når de ble inkludert og anerkjent. Det opplevdes veldig frustrerende når helseteamet rundt barnet ble byttet ut, og noen foreldre mente de burde bruke mer tid på å lese pasientjournalen. Alle foreldrene ønsket å føle seg som en del av teamet. Enkelte opplevde at det ble bedre kontinuitet i arbeidet når de var involvert, men opplevde at det positive samarbeidet ble endret når neste skift kom, og at de da måtte avklare roller på ny.

4.5 Latour et al. (2011)

Hensikten til studien var å utforske foreldrenes erfaringer fra deres barns opphold på en intensivavdeling for barn. Det er brukt en kvalitativ metode og det ble gjennomført dybdeintervjuer av 31 mødre og 25 fedre til 41 barn innlagt på intensivavdelinger for barn på syv av de åtte Universitetssykehusene i Nederland. Studien avdekket seks tema som er beskrevet slik i studieresultatet: Emosjonell intensitet, Informasjonshåndtering, Miljøfaktorer, Holdninger til helsepersonell, Foreldres deltagelse og Koordinering av tjenestene. Disse temaene kan knyttes til hverandre og er faktorer som kan bidra til stress hos foreldre til barn på intensivavdelingen. Dårlig eller lite informasjon fra helsepersonell bidro til stress hos foreldre, spesielt dersom helsepersonell ikke viste empati eller hadde

støttende holdninger. Det fremkommer av funnene at spesielt helsepersonellens holdninger, informasjonsflyt og overveldende følelser påvirket opplevelsen til foreldrene under hele oppholdet. De negative følelsene foreldrene opplevde var ofte knyttet til dårlig kommunikasjon og forberedelse fra helsepersonell.

4.6 Majdalani et al. (2014)

Etttersom det tidligere ikke har blitt gjennomført studier på foreldres opplevelser fra intensivavdeling for barn i Libanon og i midt-østen, var målet med denne studien å dekke dette tomrommet. Forskningsspørsmålet ble dermed; Hva er foreldres erfaringer og opplevelser fra intensivavdelingen for barn i Libanon?

Totalt 10 foreldre ble rekruttert som deltakere for denne studien, 5 mødre og 5 fedre. Fire hovedtemaer ble identifisert; (1) "Vi er mennesker med verdighet" (2) "Ser etter et sunnere miljø" (3) Avhengighet av en Gud, og (4) "Behovet for å være informert til enhver tid".

Deltagerne i denne studien uttrykte viktigheten av å motta kontinuerlig informasjon om barnets tilstand, og at informasjonen som ble gitt var på eget språk. I Libanon brukes det engelsk språk på sykehusene, noe som opplevdes svært utfordrende for de familiemedlemmene som ikke forsto engelsk. Utover å bli informert og inkludert forventet foreldre å motta psykologisk støtte og nærhet fra helsepersonell. Foreldre i studien uttrykte stor bekymring til miljøet på intensivavdelingen, i hovedsak gjaldt dette smitte, ettersom pasientene lå veldig tett. Det var heller ikke komfortable sitte/ligge møbler til foreldre, som klagde på lite søvn og utmattelse grunnet lite søvn. For Libanesiske foreldre er troen på en gud en stor støtte som gir grunnlag for håp.

4.7 Engström et al. (2015)

Målet med denne studien var å beskrive foreldrenes opplevelser når barnet deres var kritisk sykt og ble behandlet på en intensivavdeling. To av foreldrene var fedre og fem var mødre. Studien løftet frem foreldrenes ønske om å være involvert og til stede. Det var av stor betydning for foreldre å kontinuerlig bli informert om barnets tilstand og fremtidig pleie og behandling, noe som påvirket foreldrenes følelse av eierskap, kontroll og sikkerhet. I løpet av tiden barna ble tatt hånd om på intensivavdelingen var også emosjonell støtte fra personalet viktig for foreldrene. Det var også viktig å kunne være nær barnet sitt gjennom hele

oppholdet og kontinuerlig bli orientert og oppdatert om behandling eller medisiner som ble gitt til barnet og hvorfor. Helsemiljøet ble oppfattet som spesielt; for noen ga det en følelse av sikkerhet, mens andre opplevde det som skremmende. Foreldrene beskrev også et behov for å snakke om det som skjedde.

4.8 Hovedfunn

Etter en analyse av innholdet i alle studiene, identifiserte jeg tre kategorier som dekket mange av opplevelsene foreldre har på intensivavdelingen. I analysearbeidet satt jeg sammen opplevelser som hadde fellestrekk, som for eksempel de opplevelsene som handlet om; kommunikasjon og informasjon. Slik kom jeg frem til de tre ulike kategoriene. Kategoriene er; (1) Informasjon og kommunikasjon, (2) Samarbeid og involvering, og (3) Miljøet. Denne måten å jobbe på tydeliggjorde fellestrekkene i studiene og samlet funnene jeg skulle ta med videre i drøftingen (Thidemann, 2015, s. 92-93).

5 Drøfting

Etter å ha analysert innholdet i studiene, mens jeg stadig kikket på problemformuleringen min "Hvordan opplever foreldre det å ha barn innlagt på en intensivavdeling?" kom jeg frem til overnevnte kategorier. Disse vil jeg nå gjøre rede for i de neste avsnittene ved å trekke inn litteratur fra teorikapittelet.

5.1 Kontinuerlig og ærlig informasjonsflyt

Kommunikasjon og informasjon er utvilsomt viktige faktorer som påvirker foreldres opplevelse på intensivavdelingen. I studien til Sjuls & Johannessen (2015) kommer det tydelig frem at god kommunikasjon og ærlig informasjon er helt avgjørende i forhold til foreldres tillit til helsepersonell. Dersom helsepersonell tar seg tid til å informere samtidig som at de lytter til foreldrenes følelser og bekymringer, vil dette kunne redusere foreldrenes uro og stress. Mangelfull informasjon fra helsepersonell vil derimot oppleves belastende og føre til negative opplevelser. Dette støtter Engström et al. (2015) og Latour et al. (2011) opp om. Dersom helsepersonell holder tilbake informasjon gir dette grobunn for frykt, usikkerhet og økt stress hos foreldrene. Noen foreldre fra studien til Majadani et al. (2014) uttrykte

også en opplevelse av å være masete når de ikke fikk informasjonen de trengte. Disse funnene understreker viktigheten av første punkt i Nurse-parents Support Model (NPS-modellen); *fortløpende kommunikasjon og informasjon*. Resultat fra andre studier viser derimot at det å motta og forstå informasjon når innlagt på en intensivavdeling kan være utfordrende. Foreldre forteller om at de ble fortalt ting tusen ganger, men at det aldri festet seg. For mye informasjon kunne også føre til økt stressnivå hos foreldre (Dahav & Sjöström, 2018). Ifølge Cullberg kan det være vanskelig å motta ny informasjon når man opplever en krise. Foreldre vil oftest ha all informasjon de kan få, men informasjonen lagres ikke til senere. Dette er noe helsepersonell må være oppmerksomme på (2007, s. 130-131). Dette understreker også viktigheten av å gi skriftlig informasjon til pårørende (Helsedirektoratet, 2017; Grønseth & Markestad, 2017, s. 88-89), samtidig som man kartlegger mottakerens helsekompetanse for å kunne tilpasse informasjonen deretter, dette ifølge NPS-modellen (Grønseth og Markestad, 2017, s. 88-89). Det stilles altså store krav til helsepersonell angående kommunikasjon med foreldre i krise (Sjøbjerg, 2019, s. 208). I studien til Majdalani, (2014) var det språket som var den største barrieren, da leger og helsepersonell brukte mye engelsk i kommunikasjonen, og mange av pasientene kun snakket og forstod arabisk.

Helsepersonell er pålagt å gi både foreldre og barn fortløpende informasjon, og som sykepleier har vi ifølge pasient –og brukerrettighetsloven som oppgave å gi nødvendig informasjon til pasient og pårørende, og vi må sørge for at informasjonen er forstått. I studien til Dahav & Sjöström forteller foreldrene at god og ærlig informasjonsflyt gav de trygghet og tillitt til et helsepersonell som de også opplevde som svært kompetent (2018). En annen viktig faktor som påvirket tillitten til helsepersonell positivt, var når de erkjente at de ikke kunne svare, og måtte konferere med andre (Sjuls & Johannessen, 2015; Grønseth & Markestad, 2017, s. 93). For foreldrene er det viktig med informasjon for å få oversikt og bedre kontroll, og i følge Antonovsky sin mestringsteori så kan det å ha god oversikt og kontroll over situasjonen være en viktig ressurs som påvirker foreldrenes opplevelse av sammenheng (OAS). Det er nødvendig å finne de ressursene man har i og rundt seg, og klare å bruke disse på en slik måte at man mestrer situasjonen og kommer styrket ut av den (2000). Helsepersonell på en intensivavdeling vil da også være en viktig ressurs for foreldrene, men det avhenger av at det er opprettet et godt tillitsforhold. Antonovsky mener helsepersonell bør spørre seg selv om de fremmer eller hemmer utviklingen av OAS hos

pasienten, eller pårørende i denne sammenheng. Hvordan og når informasjon formidles til foreldrene, kan for eksempel bidra til å øke eller redusere OAS. Innsiktsfull kommunikasjon i rolige omgivelser kan derfor bidra til en følelse av mestring (Renolen, 2015, s. 174).

5.2 Å bli erkjent som en viktig ressurs

Foreldre opplever det viktig å bli involvert og inkludert i barnets pleie og behandling på intensivavdelingen (Dahav & Sjöström, 2018; Latour et al., 2011; Alzawad et al., 2020; Rennick et al., 2019; Sjuls & Johannessen, 2015; Engström et al., 2015; Majdalani et al., 2014). God informasjon viser seg også å være viktig i det å øke foreldrenes deltagelse og samarbeid (Sjuls & Johannessen, 2015; Majdalani et al., 2014; Engström et al., 2014). Alle foreldrene i studien til Sjuls & Johannessen (2015) opplevde det positivt å bli inkludert i daglige rutiner, vurderinger og behandlinger, men i studien til Rennick et al., (2019) kom det frem at flere foreldre opplevde en følelse av at helsepersonell ble irritert dersom foreldrene blandet seg for mye. Foreldrene opplevde det også strevsomt når helsepersonell tok avgjørelser uten at de ble involvert. På en annen side opplevdes det svært positivt når helsepersonell tok initiativ til å involvere foreldrene i pleien (Dahav & Sjöström, 2018). Foreldrene i denne studien opplevde også et helsepersonell som tok seg god tid til å snakke med dem, også om hverdagslige ting utenfor sykehuset, opplevdes svært positivt og fikk foreldrene til å slappe av. Det at sykepleier tar seg tid til å lytte og oppmuntre er en viktig følelsesmessig støtte til foreldrene i en vanskelig tid ifølge NPS-modellen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 89). Det at sykepleiere tar seg god tid til å ivareta foreldrene bidrar også til at tillitten til helsepersonellet øker (Sjøbjerg, 2019). For å kunne yte god sykepleie og etablere et godt samarbeid skriver både Travelbee (2007) og Sjøbjerg (2019) om viktigheten av å etablere et tillitsforhold med foreldrene og pasienten. Ved å vise foreldrene at de både blir sett og hørt, samt anerkjenne den vanskelige situasjonen de er i, gir følelsesmessig støtte, samtidig som tillitten til helsepersonell øker (Grønseth og Markestad, 2017, s. 91-92). Foreldre beskrev viktigheten av det å få følelsesmessig støtte for å i det hele tatt klare å sitte ved barnets side når det var kritisk sykt (Engström et al., 2015). Det å sitte ved barnets side i akutte situasjoner bidrar til at foreldrene opplever mindre redsel og angst (Sjuls & Johannessen, 2015). Studien påpeker også på viktigheten av at en i teamet må ha ansvaret for å ivareta foreldrenes behov for informasjon og omsorg i en akutt situasjon. Det å måtte

være borte fra barnet sitt i akutte situasjoner opplevdes svært stressende (Dahav & Sjöström, 2018; Sjuls & Johannessen, 2015). Når det er sagt så mente foreldrene i studien til Alzawad et al. (2020) at den stressende opplevelsen ikke nødvendigvis kommer fra rutinene på intensivavdelingen, men heller fra det faktum at barnets helse var forverret.

Helsepersonell har en viktig oppgave i å hjelpe foreldre å mestre det å være foreldre til et kritisk sykt barn (Søbjerg, 2019. S. 203). Antonovsky sier at jo flere motstandsressurser man har, jo høyere grad av vil man ha av OAS og helse. Antonovsky rettet fokuset mot individets styrker og motstandsressurser som fremmer mestring. Det at en selv aktivt deltar i pleien og anstrenger seg for å takle en situasjon vil påvirke meningsfullheten og bidrar til mestring.

Det at helsepersonell informerer om hva som skjer, gjør situasjonen begripelig, og situasjonen blir håndterbar basert på ressursene en har rundt seg, som i denne sammenheng kan være både helsepersonell, partner og monitorene (Mittelmark et al. 2012, s. 40-41).

Forskningen påpeker også viktigheten av at foreldre og helsepersonell avklarer sine rolleforventninger tidlig i oppholdet. I studien til Rennick et al. (2019) forteller foreldrene hvor viktig det er at det avklares hvilken rolle foreldrene skal ha. Noen foreldre ønsker å delta i all pleie og behandling, mens andre ønsker at helsepersonell skal ta seg av det. Det var for øvrig ofte i vaktskifte at det kunne bli forvirring og en del frustrasjon hos foreldre.

Foreldrene kunne ha et positivt og avklart samarbeid med enkelte av helsepersonellet, men at de følte det måtte forhandle seg frem til deltagelse og samarbeid med andre. Det

bekrefter også studien til Rennick et al. (2019) da de skriver at en av de største hindrene for et godt samarbeid er helsepersonellens holdninger og andre måter å jobbe på. Grønseth og

Markestad beskriver viktigheten av å gi støtte til foreldrerollen, og at det må legges til rette

for at foreldrene skal kunne delta der de ønsker. De må ses på som en ressurs og en viktig samarbeidspartner, og for å unngå misforståelser bør en avklare roller mellom

helsepersonell og foreldre (2017, s. 91-92). Som en av foreldrene i studien til Rennick et al.

sa: "de er medisinske eksperter, og vi er eksperter på barnet". Dersom disse unike

kompetansene og ferdighetene integreres, kan det bidra til bedre pleie, men en skal også

være klar over at et slikt tett samarbeid også vil kunne by på kommunikasjonsutfordringer og konflikter (2019).

5.3 Miljø og holdninger påvirker opplevelsen til foreldrene

Opplevelsen av det å ha et barn innlagt på intensivavdelingen påvirkes i stor grad av det fysiske miljøet og kulturen på avdelingen. Funn i studien til Alzawad et al. (2020) har virkelig løftet frem miljøets betydning for foreldres opplevelse. Foreldrene beskrev miljøet på intensivavdelingen som skremmende, fiendtlig og forvirrende. Det var også lite privatliv og mange lyder, noe som gjorde det vanskelig å få nødvendig søvn. De beskrev avdelingen som det mest stressende og ukomfortable stedet de kunne være. Foreldrene understreket for øvrig, at mye av det opplevde stresset var grunnet barnets dårlige helse (Alzawad et al., 2020). Til tross for stressfullt miljø og de emosjonelle utfordringene, opplevde foreldrene i studien til Alzawad et al. seg godt ivaretatt og trygge på avdelingen, noen uttalte også at “det var det beste stedet de kunne være” og at personalet var enestående.

I studien til Dahav & Sjöström (2018) opplevde foreldrene det stressende med pipingen og blinkingen fra monitorene, men at ved å få grundig informasjon om hvordan det medisinske utstyret virket ble det mindre skremmende. Noen foreldre kunne føle det betryggende at monitorene passet på, mens andre ble stresset for hvert pip, som også hindret muligheten for søvn (Alzawad et al., 2020). I studien til Majdalani et al. (2014) i Libanon var det litt andre opplevelser og bekymringer rundt det fysiske miljøet på avdelingen. Her uttrykte foreldrene en uro for smitte mellom pasientene. Det var alt for mange på pasientrommene, dette utgjorde ikke bare en smitterisiko, men det var også lite rom for komfortable sitte/liggeplasser for foreldre som trengte å hvile seg, samtidig som de hadde lite privatliv og var lite skjermet fra andre.

Det fremkommer i studiene at helsepersonellens profesjonalitet og personlighet også påvirker foreldrenes opplevelse på intensivavdelingen. Studien til Sjuls & Johannessen (2015) og Latour et al., (2011) påpeker helsepersonellens personlighet som en avgjørende faktor for om de stolte på dem eller ikke. I studieresultatet beskrives de som “varme” og “kalde” sykepleiere, hvor de “varme” ble beskrevet som empatiske, tålmodige og snille. Foreldrene i denne studien beskrev også hvordan helsepersonell som stresset og var høylytte kunne skape en krise hos foreldrene som det ikke var grunnlag for (Sjuls & Johannessen, 2015). Det at det stadig dukket opp nye personer opplevde foreldrene også negativt (Sjuls & Johannessen, 2015; Rennick et al., 2019). Foreldrene i studien til Majdalani et al., (2014) opplevde at leger og sykepleiere var flinke til å ta seg av barnet medisinsk, men at de savnet en mer menneskelig og omsorgsfull pleie av barnet, samtidig savnet foreldrene å motta

medfølelse fra helsepersonell under akutte hendelser. Det er viktig at helsepersonell har evne til å sette seg inn i hvordan det er å være pårørende på sykehuset skriver Kristoffersen og Nordtvedt (2017, s. 110). Vi har alle en fellesmenneskelig bakgrunn av erfaringer, og disse må vi bruke når vi skal sette oss inn i andres situasjoner. Videre skriver de at sykepleiers holdninger og væremåte spiller en viktig rolle i etableringen av en tillitsfull relasjon til individet. Holdninger er også vanskelige å skjule da de kan vise seg gjennom blikk, stemme og kroppsspråk (Kristoffersen og Nordtvedt, 2017, s. 111).

Dersom miljøet på intensivavdelingen bidrar til at foreldrene opplever uro og mister kontroll, mister søvn og mister tillitt til helsepersonell, kan dette påvirke deres evne til å mestre det å være forelder til et kritisk sykt barn, dette i henhold til Antonovsky sin mestringsteori (2000). Selv om studier påpeker at det gjerne er situasjonen, mer enn miljøet som skaper frykt og uro, så vil likevel miljøfaktorer kunne bidra til enten forverring eller forbedring av opplevelsen. Studiene beskriver også at det gjerne er i starten på oppholdet på en intensivavdeling at miljøet påvirker dem mest. Etter hvert som de blir kjent og får mer erfaring vil mange foreldre oppleve at miljøet er mer overkommelig (Alzawad et al., 2020). Erfaring, oversikt og kontroll er ifølge Antonovsky viktige motstandsressurser som kan bidra til mestring (Renolen, 2015, s. 173).

6 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Det er utvilsomt både stressende og emosjonelt krevende å ha barnet sitt innlagt på intensivavdelingen. Til tross for dette forteller foreldre fra studiene at de føler seg godt ivaretatt og inkludert i pleien av barnet. Resultatet viser at helsepersonellet også påvirker foreldres opplevelse både positivt og negativt, der holdninger og trekkes frem som viktige faktorer. Miljøet og utformingen av intensivavdelingen påvirker også opplevelsen i noen grad, spesielt tidlig etter innleggelse.

Midtveis i bacheloroppgaven min fikk jeg jobbtilbud fra barneavdelingen på det lokale sykehuset, jeg kan dermed nå se frem til å møte både pasient og foreldrene på sengepost. Etter denne litteraturstudien kjenner jeg meg mer forberedt til å møte foreldrene og jeg tar med meg er kunnskapen om at foreldre har individuelle behov for informasjon og involvering, og at det er viktig å ta seg tid til å bli kjent med dem og avdekke disse behovene. Resultatet av denne litteraturstudien kan også bli brukt til å få tilpasset rutiner på

intensivavdelinger, slik at helsepersonell bedre skal klare å hjelpe foreldrene å mestre det å ha et kritisk sykt barn. Det kan også være behov for ytterligere forskning for å få mer kunnskap om og dypere innsikt i dette fagområdet.

Kildeliste

- Alzawad, Z., Lewis, F. M., Kantrowitz-Gordon, I., Howells, A. J. (2020). A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: riding a roller coaster. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 8-14. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015>
- Andersen, J. & Taule, T. (2020). Fortolkende beskrivelse er en egnet metode for sykepleiere og forskere. *Sykepleien* 108 (80364) (e-80364) DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80364
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utg.) Universitetsforlaget
- Dahav, P., & Sjöström, S. A (2018). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 363–370. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12470>
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.) Gyldendal
- Engström, Å., Dicksson, E., & Contreras, P. (2015). The desire of parents to be involved and present. *Nursing in Critical Care*, 20(6), 322–330. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/nicc.12103>
- Folkehelseinstituttet (2009, 16.oktober). *Hva er kvalitetsutbedring?* Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hva-er-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseinstituttet (2016, 3.juni). *Pico*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Folkehelseinstituttet (2016, 3. juni). *Sjekklist*er. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29) Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. (FOR 2000-12-01-1217) Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Gravdal, H., Sandnes, H.L. & Gundersen, E.M. (2020). Å ivareta barn på generell intensivavdeling – intensivsykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning* 2020;15(80265):(e-80265) Doi: 10.4220/Sykepleienf.2020.80265

Grønseth, R. & Markestad T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg.) Fagbokforlaget

Helsedirektoratet (2017) *Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. I Nasjonale faglige retningslinjer.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/paorendeveileder>

Helsedirektoratet (2021, 20. januar). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (2019–2023) <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-20192023>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV 1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Kristoffersen, N.J. & Nordtveit, P. (2017). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. |

N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal akademisk

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. | Å. Gammersvik & T.

B. Larsen (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg.) Fagbokforlaget

Latour, J.M., van Goudoever, J.B., Schuurman, B.E., Albers, M.J., van Dam, N.A., Dullaart, E., van Heerde, M., Verlaat, C.W., van Vught, E.M., & Hazelzet, J.A. (2011). A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric

intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 37(2), 319–325. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s00134-010-2074-3>

Majdalani, M. N., Doumit, M. A. A., & Rahi, A. C. (2014). The lived experience of parents of children admitted to the pediatric intensive care unit in Lebanon. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 217–225. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.001>

Miles, M. S., Carlson, J. & Brunssen, S. (1999). The Nurse Parents Support Tool. *Journal of Pediatric Nursing* (14, p. 44-50). [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(99\)80059](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80059)

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – idelologi og begreper | Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2.utg.) Fagbokforlaget.

Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4.utg.) Gyldendal juridisk

Morse, J. M. (2010). "Cherry picking": Writing From Thin Data. *Sage*. DOI: 10.1177/1049732309354285

Norsk sykepleierforbund (NSF) (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus (2019, 1.juni). *Psykisk helse hos foreldre/pårørende til barn innlagt på sykehus*. Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/pabegynte/psykisk-helse-hos-foreldre-parorende-til-barn-innlagt-pa-sykehus>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Rennick, J. E., St-Sauveur, I., Knox, A. M., Ruddy, M (2019). Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric

intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study. *BMC Pediatrics*, 19, 272. <https://dx.doi.org/10.1186/s12887-019-1634-0>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. (2utg.) Fagbokforlaget.

Sjuls, M. & Johannessen, B. (2015). Foreldres opplevelser i intensiv-avdelingen. *Sykepleien Forskning* 10(3):(248–255). Doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55027

Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. | D-G. Stubberud (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg) Gyldendal.

Sjøbjerg, I. L. (2019). Omsorg for foreldre til akutt og / eller kritisk syke barn på sykehus. | D-G. Stubberud (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg) Gyldendal.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Mine søk

Database	dato	søkeord	begrensninger	resultat	Antall vurdert	forskning som vurderes videre
Manuelt søk i google - innledende søk	des.	"å ha kritisk syke barn"			0	
Manuelt søk i kildeliste - innledende søk	des.		(Gravdal et al. 2020)		1	Sjuls & Johannesen, 2015
Academic search elite - innledende søk	des.	Parents of hospitalized children		350	0	
Medline Ovid - innledende søk	24.feb	Children in hospital AND family nursing OR nursing	2011-2021	1	0	
Cinahl - innledende søk	25.feb	Children in hospitals OR hospitalized children AND family nursing OR family health care nursing	2018-2021, engelsk språk	44221	0	
Medline Ovid -systematisk søk	26.feb	Parents OR family OR next of kin AND Experiences AND intensive care units, pediatric	2011-2021, Norsk, svensk, dansk og engelsk språk	59	4	Alzawad et al., 2020; Rennick et al., 2019; Dahav & Sjøstrøm, 2018; Latour et al., 2011
Cinahl - systematisk søk	26.feb	Parents OR family OR next of kin AND Experiences AND intensive care units, pediatric	2011-2021, Norsk, svensk, dansk og engelsk språk	56	6	Dahav & Sjøstrøm, 2018; Latour et al., 2011; Sjuls & Johannesen, 2015; Rennick et al., 2019; Engstrøm et al., 2015; Majdalani et al., 2014.

Vedlegg 2 – utvalgsstrategi

Utvalgsstrategi

Søk i Cinhal 26. februar

Søkeord: Parents OR family OR next of kin AND experiences AND intensive care units, pediatric

Limits: 2011-2021 og språk: Engelsk, norsk, svensk og dansk.

Resultat: 56

Studier som ikke ble vurdert videre.

17 studier som handler om barn i terminal fase eller som dør.

23 studier med irrelevant problemstilling

3 studier som har fokus på post intensiv

4 studier som har sykepleier perspektiv

1 studie møtte ikke språkkriteriet

1 studie som ikke gav tilgang til full-tekst

Studier som vurderes videre i bruk i oppgaven

6 studier er aktuelle primærstudier og tas med videre i oppgaven

- Dahav & Sjøstrøm (2018)
- Sjus & Johannesen (2015)
- Rennick et al. (2019)
- Latour et al. (2011)
- Majdalani et al. (2014)
- Engstrøm et al (2015)

Søk i Medline Ovid 26.februar

Søkeord: Parents OR family OR next of kin AND experiences AND intensive care units, pediatric

Limits: 2011-2021 og Engelsk språk

Resultat: 59

Studier som ikke ble vurdert videre.

21 studier som handler om barn i terminal fase eller som dør.

21 studier med irrelevant problemstilling

6 studier som har fokus på post intensiv

3 studier som har sykepleier perspektiv

2 studier møtte ikke språkkriteriet

2 studier gav ikke tilgang til full-tekst

Studier som vurderes videre i bruk i oppgaven

4 studier er aktuelle primærstudier og tas med videre i oppgaven

- Dahav & Sjøstrøm (2018)
- Rennick et al. (2019)
- Latour et al. (2011)
- Alzawad et al. (2020)

Mine funn samlet:

Ettersom mine to systematiske søk kom frem til noen av de samme artiklene, sitter jeg igjen med syv studier som skal kvalitetssjekkes og analyseres til oppgaven. Disse er:

- Alzawad et al. (2020)
- Rennick et al. (2019)
- Dahav & Sjøstrøm (2018)
- Engstrøm et al (2015)
- Sjus & Johannesen (2015)
- Majdalani et al. (2014)
- Latour et al. (2011)

Vedlegg 3 – Sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitative studier

Kritisk vurdering av:

Dahav, P., & Sjöström, S. A. (2018). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 363–370. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12470>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studiens mål er å beskrive foreldres opplevelser og erfaringer fra å ha barnet sitt innlagt på en intensivavdeling for barn.

Å identifisere og beskrive foreldrenes opplevelse av barnets opphold på intensivavdelingen kan hjelpe teamet på intensivavdelingen med å gi bedre støtte til foreldrene og dermed hjelpe dem med å håndtere situasjonen, også etter oppholdet på intensivavdelingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har som mål å få en inngående forståelse av foreldres opplevelser og erfaringer fra intensivavdelingen

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien brukte en utforskende design basert på innholdsanalyse for å beskrive foreldrenes erfaringer med å få et barn innlagt på en intensivavdeling. Den kvalitative metoden kan gi oss en dypere forståelse av folks opplevelser. Det er derfor den mest egnede metoden for å studere foreldrenes erfaringer og oppfatninger

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldrene ble valgt fra en intensivavdeling ved et universitetssykehus i Sør-Sverige. Kriteriene inkluderte alle foreldre hvis barn hadde vært innlagt i 3 dager eller mer. Foreldre som ikke snakket eller forsto svensk eller de som hadde barn som døde i PICU, ble ekskludert.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Intervjuene ble gjennomført mellom januar og juni 2015, og datoer og steder for intervjuene ble bestemt i samsvar med foreldrenes ønsker. Tre av intervjuene fant sted hjemme og syv på en pediatrik enhet, og to ble gjennomført via telefon.

Forfatterne laget en intervjuguide basert på eksisterende forskning og våre egne erfaringer som intensivsykepleiere. Intervjuene var basert på åpne spørsmål som lar foreldre fritt fortelle om sine egne unike opplevelser.

Intervjuet fant sted 1–4 uker etter at barnet ble utskrevet fra PICU, og det ga dem tid til å reflektere over PICU-oppholdet.

Intervjuene ble gjennomført på lydopptak, transkribert ordrett av den første forfatteren (P. Dahav) og analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Påliteligheten ble styrket av det faktum at alle intervjuene ble gjennomført og transkribert ordrett av den første forfatteren (P. Dahav) som har god kunnskap fra intensivavdelingen. Forforståelsen av konteksten kan sees både som en styrke og som en begrensning. Det er viktig at resultatet av analysen skal gjenspeile foreldrenes informasjon og ikke forfatterens perspektiv. Det er en risiko for å tolke opplevelsen før foreldrene har beskrevet den tydelig. For å oppnå troverdighet leste de to forfatterne alle intervjuene flere ganger for å få en oversikt over innholdet. De diskuterte intervjuene og ble enige om kategoriene og underkategoriene.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Verbal og skriftlig informasjon om studien ble gitt til hver potensielle deltaker. Deltakelse var frivillig, og deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien og at alle data ville være konfidensielle. En sykepleier ved barneenheten ga skriftlig informasjon om studien dagen etter at familien ankom. Før intervjuet signerte foreldrene et samtykkeskjema og la igjen telefonnummeret sitt slik at forfatteren kunne kontakte dem. Studien ble godkjent av lederen for de deltakende avdelingene. Tillatelse til studien ble innhentet fra den etiske komiteen ved Lunds universitet, Sverige (nr. 2013/739).

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Intervjuene ble lydopptatt, transkribert ordrett av den første forfatteren (PD) og analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Analysen ble utført i samsvar med den induktive tilnærmingen til innholdsanalysemodellen. Analyseprosessen begynte med at de to forfatterne ble kjent med intervjumaterialet ved å lese transkripsjonene gjentatte ganger. Hovedinnholdet ble hentet ut og delt inn i enheter. Disse enhetene ble deretter kondensert, abstrakt og kodet. De forskjellige kodene ble sammenlignet med hensyn til forskjeller og likheter og sortert i syv underkategorier og to hovedkategorier. Det er tilstrekkelig data til å svare på problemstillingen og motstridene data er tatt med i analysen under begge hovedtema.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Funnene er fint presentert i to hovedtema og syv underkategorier.

I diskusjonen kommer funnene enda bedre frem, da blir de forsterket av andre studier med samme problemstilling. Problemstillingene blir godt besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Resultatet av denne studien kan brukes som grunnlag for en oppfølgingstjeneste for barna og deres familier etter opphold på intensivavdelingen. Bare noen få studier er publisert angående oppfølgingstjenester etter intensivbehandling over hele verden. Sverige tilbyr ingen oppfølging etter intensivopphold. Dahav og Sjostrom mener at det er behov for mer forskning på dette området, og at det er viktig å belyse om det er behov for oppfølgingstjenester for barna og deres familier.

Kritisk vurdering av:

Alzawad, Z., Lewis, F. M., Kantrowitz-Gordon, I., Howells, A. J. (2020).

A qualitative study of parents' experiences in the pediatric intensive care unit: riding a roller coaster. Journal of Pediatric Nursing, 51, 8-14. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Formålet med studien var todelt. (1) Å beskrive foreldrenes opplevelse på en moderne intensivavdeling for barn under akutte forhold. (2) Å utdype, med foreldres egne ord, de potensielle kildene til foreldres stress. Studiene hadde den hensikt å skaffe mer informasjon om foreldres opplevelse på intensivavdelingen, dette for å få en mer grundig forståelse av den potensielle årsaken til stress og frykt hos foreldre. Problemstillingen er relevant for min oppgave ettersom den har fokus på foreldres opplevelser fra intensivavdelingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har som mål å beskrive foreldres opplevelser og erfaringer

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kommer ikke tydelig frem hvorfor de har valgt kvalitativ metode, men det fremkommer at de er ute etter mer inngående informasjon om foreldres opplevelser, gjennom "single occasion interviews"

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldre ble kvalifisert dersom deres barn hadde vært innlagt i mer en 48 timer på intensivavdelingen. Foreldre ble definert som barnets primære verge, om det var biologiske foreldre, fosterforeldre eller besteforeldre. Det inkluderte ikke andre familiemedlemmer, eller venner som avlastet foreldre. Eksklusjons kriterier var barn som var re-innlagt innenfor en måned, barn som mottok terminal behandling, foreldre som snakket dårlig engelsk, og foreldre som intensivavdelingens helsepersonell mente ikke var i stand til å delta.

Deltagerne måtte bli godkjent av institutional review board (IRB) og de måtte signere et samtykke for å bli med i studien.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Semi-strukturerte ansikt til ansikt intervjuer ble gjennomført enten ved sengekanten, eller på et stille rom i nærheten. Data ble samlet med åpne spørsmål, hvor den som intervjuet oppmuntret til utdypende svar på alle spørsmål. Intervjuene ble gjort på opptak og overført til mp3 filer for gjennomgang og analyse. I analysen ble innholdet kategorisert etter ord som intervjuobjektene brukte, kategoriene ble igjen delt inn i hovedtema, og det ble utført sammenligningsanalyser på tvers av tema og kategorier. Etter at alle hovedtema var identifisert var det siste steget av analysen å identifisere kjernebudskapet gjennom foreldrenes beskrivelse av sine opplevelser på intensivavdelingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forskerne mener det mangler studier fra den akutte fasen på intensivavdelingen. Det står ikke noe spesielt om forskernes rolle i studien. Det står beskrevet viktigheten av at foreldrenes måte å ordlegge opplevelsene på ble brukt som tema, og kategorier i analysen. Dette for at forskerne ikke skulle tolke deres opplevelse og plassere den under et forhåndsvalgte tema.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldre ble rekruttert til studien etterhvert som deres barn ble innlagt og etter å ha vurdert om de møtte studiens kriterier. Det var primærsykepleier eller ansvarlig sykepleier på avdelingen som vurderte om foreldrene skulle få muligheten til å være med. Alle deltagere skrev under på et samtykke for å delta i studien.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har brukt metoder fra Grounded Theory i analysearbeidet. Studien går grundig gjennom steg for steg av analysearbeidet. Resultatet bærer preg av mange direktesitater fra foreldre, som igjen kan bety at forskerne ikke har jobbet nok med analysen av svarene. Det kan virke som om at dette er en bevisst handling, ettersom det understreker at de ønsker å bruke foreldrene ord på opplevelsene.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Funnene er fint presentert i tema og kategorier, men de er litt mer flytende enn i andre lignende studier, og det mangler litt tolkninger fra forskerne om hva de ulike opplevelsene og følelsene betyr, dette fordi det gjennom resultatene er presentert mange direktesitat fra deltagerne.

I diskusjonen kommer funnene bedre frem, da blir de forsterket av andre studier med samme problemstilling. Problemstillingene blir godt besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Denne studien er et viktig bidrag til å svare på min problemstilling. Funnene i denne og andre tilsvarende undersøkelser setter lys på pårørende opplevelse når barnet er innlagt på en intensivavdeling. Studien understreker viktigheten av å ivareta foreldre både under og etter et opphold på intensivavdelingen.

Sideskift

Kritisk vurdering av:

Latour JM, van Goudoever JB, Schuurman BE, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, van Heerde M, Verlaat CW, van Vught EM, & Hazelzet JA. (2011).

A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 37(2), 319–325. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s00134-010-2074-3>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Å utforske foreldrenes erfaringer fra deres barns opphold på en intensivavdeling for barn (PICU). Resultatene av denne studien har viktige kliniske følger knyttet til den dypere forståelsen av foreldres opplevelse og forbedring av familiesentrert omsorg.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien gjennomføres for å utvide den generelle forståelsen av foreldrenes opplevelser av barnets intensivinnleggelse. Slike data hentes best ved kvalitative metoder.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

En kvalitativ studie ble planlagt for å bedre forstå dagens foreldreopplevelser av en innleggelse på intensivavdelingen. Det ble gjennomført dybdeintervjuer for å lette beskrivelsen av tilbakevirkende foreldreopplevelser, og utvidet derved den generelle forståelsen av foreldrenes opplevelser av barnets innleggelse. Intervjuene ble gjennomført mellom oktober 2006 og april 2007.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldre til seks barn per intensivavdeling nasjonalt i Nederland ble rekruttert, og ga et målrettet utvalg per senter og nasjonalt. Foreldre ble kvalifisert dersom barnet hadde vært innlagt på PICU i minst 24 timer og som var i stand til å kommunisere på nederlandsk. Utelukket var foreldre til barn som døde under eller etter PICU-innleggelsen, dette for å unngå unødvendig følelsesmessig belastning og mulige forskjeller i foreldrenes opplevelser.

Foreldre ble rekruttert av de lokale forskningskoordinatorene. For å unngå utvalgsvinkling, fant rekrutteringen sted den første dagen i en forhåndsbestemt uke innen datainnsamlingsperioden.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det ble gjennomført dybdeintervjuer, disse ble gjennomført mellom oktober 2006 og april 2007. Etter at foreldrene hadde gitt informert samtykke, arrangerte forskeren intervjuet. Foreldre kunne selv velge tidspunkt og sted for intervjuet, enten hjemme eller i et stille rom på sykehuset.

Det ble utviklet en protokoll for å gjennomføre intervjuene.

Det endelige planlagte intervjuet ble kansellert fordi foreldrene trakk tilbake samtykke. Ingen nye deltakere ble rekruttert siden de to siste intervjuene hadde avslørt tilstrekkelig datametning, dvs. lignende opplevelser ble adressert med bare mindre nyanser. Dermed ble det gjennomført 41 intervjuer.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forfatterne har ingen økonomisk interesse eller noen annen interessekonflikt å erklære..

En vanlig kritikk av studier av foreldreopplevelser er mangelen på fedres syn; de er enten underrepresentert eller ikke representert i det hele tatt. Mens målet med denne studien var å få en generell forståelse av foreldrene, ble det ikke gjort noe forsøk på å ha like mange fedre og mødre. Om dette vil påvirke funnene er diskutabelt siden det ikke ble observert motstridende tekstfragmenter i intervjuene med foreldrepar.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien ble godkjent av det medisinske etiske vurderingsnemnda i Erasmus Medical Center i Rotterdam og deretter av de deltagende sentrene.

Det endelige planlagte intervjuet ble kansellert fordi foreldrene trakk tilbake samtykke. Ingen nye deltakere ble rekruttert siden de to siste intervjuene hadde avslørt tilstrekkelig datametning, dvs. lignende opplevelser ble adressert med bare mindre nyanser. Dermed ble det gjennomført 41 intervjuer.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Kort fortalt ble intervjuene holdt innen en måned etter PICU-utskrivelse. Det ble utviklet en protokoll for å gjennomføre intervjuene. Tematisk analyse ble utført ved hjelp av en kvalitativ dataanalyseprogramvare, ATLAS.ti, versjon 5.5, Berlin. Beskrivende statistikk tjente til å beregne frekvenser, median, gjennomsnitt og kvartil av karakterene til barn og foreldre ved bruk av SPSS. Tematisk analyse identifiserte 1514 relevante sitater kodet i 63 undertemaer. Disse var gruppert i seks temaer: holdning til fagfolk; koordinering av helsetjenester; følelsesmessig intensitet; informasjonshåndtering; miljøfaktorer; foreldres deltakelse. De presenterte sitatene er kommentert med studienummer og en 'M' for mor eller 'F' for far. Konfidensialitet ble beskyttet ved å endre navn til et alias. Det er gitt et online-supplement av de kvalitative funnene knyttet til validiteten til undertemaene og temaene.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Funnene er fint presentert i seks hovedtema med tre underkategorier på hvert tema.

I diskusjonen kommer funnene enda bedre frem, samtidig som det presenteres hvordan de ulike temaene påvirker hverandre. Funnene blir også forsterket av andre studier med samme problemstilling. Problemstillingene blir godt besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Tilgjengelige studier på foreldreopplevelser stammer hovedsakelig fra USA og Storbritannia.

Resultatene av denne studien bidrar til kunnskapen til klinikere som arbeider i nederlandske PICU-er. Spesielt identifiseringen av flere nye undertemaer kan gjenspeile de dynamiske endringene i sosiokulturelle sammenhenger.

Fremtidig forskning er nødvendig for å undersøke generaliserbarheten og overførbarheten av disse funnene til klinisk praksis i andre sosiokulturelle omgivelser.

Undertemaene kan gi grunnlag for utvikling av et instrument som måler foreldrenes opplevelser og tilfredshet med pleien. De kliniske implikasjonene av funnene kan overføres til andre PICUer for å få innsikt i forståelse og samarbeid mellom foreldre og helsepersonell. Deretter kan den viktige overgangsperioden for PICU være mindre stressende både for barnet og foreldrene.

Sideskift

Kritisk vurdering av:

Rennick, J. E., St-Sauveur, I., Knox, A. M., Ruddy, M.

(2019). Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical compl

exity during pediatric intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study.

BMC Pediatrics, 19, 272. <https://dx.doi.org/10.1186/s12887-019-1634-0>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

X Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Denne studiens mål var å prøve å få frem en inngående forståelse av foreldrenes erfaringer ved å ha et kritisk sykt barn på intensivavdelingen. Resultatet vil bli brukt til å få en større forståelse for hvordan foreldre og helsepersonell kan samarbeide bedre på avdelingen.

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

X Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har som mål å få en inngående forståelse av foreldres opplevelser og erfaringer fra intensivavdelingen

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

X Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldrenes oppfatning av intensivavdelingen er lite kjent. Forskerne brukte derfor en induktiv tilnærming for å fange den kontekstuelle og unike naturen til hver foreldres opplevelse, mens vi belyste den delte realiteten til foreldre til kritisk syke barn. De valgte spesifikt tolkningsbeskrivelse, en kvalitativ design som ble utviklet av en sykepleierforsker basert på tilpasning av tradisjonelle kvalitative metoder til konteksten av helseopplevelser. Tolkningsbeskrivende studier tar sikte på å konstruere mening innenfor subjektive erfaringer og generere kliniske praksisimplikasjoner i analysen av resultatene. Forskerne jobbet ut fra et klinisk fundert spørsmål, og brukte åpne intervju spørsmål for å få en grundig forståelse av foreldrenes erfaringer.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldre ble rekruttert i intensivavdelingen (PICU) til et kanadisk, universitetstilknyttet barnesykehus. Foreldre som ble innlagt sammen med barnet på PICU over en 12-måneders periode, og som oppfylte følgende inklusjonskriterier, var kvalifiserte til å delta.

1.) Barnet ble fulgt opp sykehusets Complex Care Service.2) Barnet hadde bodd hjemme i minst 3 måneder før innleggelse.3.) Forelderen var barnets primære omsorgsperson.4.)Barnet ble innlagt på PICU i minst 3 dager og ansett som medisinsk stabilt.5.) Forelderen leste, skrev og snakket engelsk eller fransk.6.) Forelderen sa ja til et lydopptatt intervju.

Det var viktig at utvalget vårt gjenspeiler mangfoldet av diagnoser knyttet til studiepopulasjonen. Siden årsakene til PICU-innleggelsen til disse barna ofte er sesongmessige (f.eks. Luftveissykdommer når høsten og vinteren), henvendte vi oss til alle foreldre til CMC som ble innlagt over en 12-måneders periode (2015–2016). Denne prøvetakingsstrategien tillot oss å fange informasjon om foreldrenes erfaringer fra et representativt utvalg av studiepopulasjonen

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Intervjuene fant sted i private rom nær intensivavdelingen.

Dataen ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte, åpne intervju spørsmål. Brede, åpne spørsmål ble brukt for å få frem foreldrenes unike opplevelser fra intensivavdelingen. Datainnsamling og analyse skjedde ble gjennomført flere ganger, med spørsmål i de senere intervjuene som gjenspeilte nye tolkninger av innhold fra tidligere intervju. Intervjuene varte mellom 1 og 2 timer, og ble lydinnspilt for å sikre eksakte data. Foreldre ble bedt om å oppgi demografisk informasjon om seg selv og familien. Feltstudier fra intervjuene ble også notert, som for eksempel foreldrenes non-verbale svar og eventuelle forstyrrelser eller distraksjoner.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studiemedlemmer brakte en rekke kliniske og forskningsperspektiver til analyseprosessen, noe som resulterte i en dypere forståelse av funnene. M. Ruddy var sykepleierleder for PICU på studietidspunktet og brakte et administrativt perspektiv. I.S. Sauveur brakte en grundig forståelse av studiepopulasjonen som en sykepleier for avansert praksis i Complex Care Service. Hun gjennomførte

intervjuer med alle deltakerne. J. Rennick nærmet seg analysen som seniorsykepleierforsker med klinisk og forskningsbakgrunn innen pediatrik kritisk omsorg, og A. Knox brakte inn perspektivet til en forskningsassistent og en sykepleier med klinisk erfaring innen voksenomsorg. Mens de ulike rollene til studiemedlemmer betydde at de brakte verdifulle perspektiver til dataene, ble det tatt høyde for å sikre at koder, kategorier og temaer gjenspeiler deltakernes svar. Forskerne opprettholdt en bevissthet om hvordan deres kliniske erfaringer og forskningserfaringer kunne påvirke deres tolkning av dataene.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien fikk etisk godkjenning fra sykehusets forskningsetiske råd. Potensielle deltakere ble informert om studiens formål, prosedyrer, risiko og fordeler, og de som valgte å delta ga skriftlig samtykke. Foreldre som oppfylte kriteriene for inkludering av studien, ble identifisert av sykepleierleder, og ba om foreldrenes tillatelse til å bli kontaktet av et medlem av forskerteamet som ikke jobbet i PICU til å forklare studien. Foreldre som ville datla ble kontaktet, og studien ble forklart. De som sa ja til å delta ble bedt om å signere et skriftlig samtykkeskjema, og det ble planlagt tidspunkt for intervju.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Intervjudata ble analysert ved hjelp av "the constant comparative method". Alle etterforskere leste notatene fra lydopptaket en og en, og gjennomførte koding linje for linje som beskriver sentrale aspekter av innholdet. Kodene ble diskutert, og lignende koder gruppert i bredere kategorier og sammenlignet i og på tvers av intervjuer for å bestemme fellestrekk og variasjoner. Etter hvert som intervjuene utviklet seg, ble koder og kategorier validert med deltakerne for å verifisere løpende tolkning av dataene, som også ledet spørsmål som ble stilt under påfølgende intervjuer.

Studiemedlemmer fortsatte å gjennomgå dataene til ingen nye kategorier ble generert. Gjennom kritisk refleksjon ble gjentatte erfaringer på tvers av kategorier hentet ut for å identifisere de endelige studietemaene. Teamet var enige om at datametning var oppnådd når ny informasjon produserte liten eller ingen endring i datakategoriene eller temaene.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Funnene er fint presentert i fire hovedtema med flere underkategorier.

I diskusjonen kommer funnene enda bedre frem, da blir de forsterket av andre studier med samme problemstilling. Problemstillingene blir godt besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Studieteamet fant at behovene som ble uttrykt av foreldre til kritisk syke barn på intensivavdelingen inkluderte bedre samarbeid med helsepersonell, bedre kommunikasjon med personalet og mer oppmerksomhet om kontinuitet i pleien på intensivavdelingen og på tvers av sykehustjenestene. Foreldre uttrykte et behov for mer systematisk innlemmelse av deres omsorgskompetanse i pleien.

Sideskift

Kritisk vurdering av:

Sjuls, M. & Johannessen, B. (2015). Foreldres opplevelser i intensivavdelingen. *Sykepleien Forskning* 10(3):(248–255).

Doi: [10.4220/Sykepleienf.2015.55027](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55027)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Hensikten med studien: Å få et innblikk i opplevelser og erfaringer til foreldre som har barn innlagt på intensivavdelingen.

Problemstilling: Hvilke opplevelser har foreldre når barnets deres er innlagt på intensivavdelingen?

Økt forståelse for foreldrenes rolle og opplevelser på intensivavdelingen kan gi bedre strategier for å støtte foreldrene i en ekstremt stressende tid.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har som mål å belyse/forstå foreldres opplevelser og erfaringer fra intensivavdelingen

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det kommer ikke tydelig frem hvorfor de har valgt kvalitativ metode, men det fremkommer at de er ute etter mer inngående informasjon om foreldres opplevelser, og at dette gjennom kvalitative semi-strukturerte dybdeintervju.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Inklusjonskriteriene var foreldre med barn mellom 0-18 år innlagt i over tolv timer i intensivavdelingen. Foreldrene måtte også snakke norsk. Diagnose på barnet var irrelevant, men dersom barnet døde under opphold ekskluderte det foreldrene fra studien.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldre fikk selv velge tid og sted for intervjuene. Det ble gjennomført fem kvalitative semi-strukturerte dybdeintervju av til sammen fem mødre og en far. I intervjuet med far, var også mor med. Det ble utført et pilot-intervju som ikke er med i studien, dette var for å prøve intervjuguiden og for å få en erfaring med intervjusituasjonen. Spørsmålene var åpne og skulle oppmuntre foreldrene til å fortelle mest mulig åpent og fritt om sine opplevelser. De endelige intervjuene ble umiddelbart transkribert, og 64 sider tekst ble analysert.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Forskerne mener det mangler studier fra foreldres opplevelser fra intensivavdelinger i Norge. Det står ikke noe spesielt om forskernes rolle i studien. Sjuls er selv intensivsykepleier med master i intensivsykepleie, og Johannessen er førsteamanuensis ved universitetet i Agder.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Foreldrene fikk informasjon og samtykke skriftlig og muntlig iht deltagelse i studien. De fikk også muligheten til å trekke seg når som helst. Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) vurderte studien som ikke fremleggingspliktig. Studien ble godkjent av etisk komitè ved Universitetssykehuset i Agder og av sykehuset undersøkelsen ble gjennomført på, og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Enkelte av foreldrene fikk konstatert at barnet deres var kronisk alvorlig syk, i disse tilfellene var intervjuer opptatt av at de ikke skulle ha noen terapeutisk rolle, men var bevisst på at foreldrene trengte noen å snakke med og fikk tilbud om å kontakte intensivavdelingen.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studiens analyse er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering. Intervjuene ble gjennomgått og først delt inn i 22 foreløbige tema. Videre analyser kortet dette ned til 17 tema, da

flere tema omhandlet det samme. Disse 17 kodene ble organisert under fem hovedkategorier. Veien fra kode til subkategorier ble ikke gjennomført etter Malteruds anbefalinger, men under samme prinsipp. Jeg mener at det er tilstrekkelig data til å svare på problemstillingen, og det er motstridende subtema under flere av kategoriene.

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

Ja – Nei – Uklart

Sideskift

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Funnene er fint presentert i tema og kategorier.

I diskusjonen kommer funnene enda bedre frem, da blir de forsterket av andre studier med samme problemstilling. Problemstillingene blir godt besvart.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar:

Denne studien er et viktig bidrag til å svare på min problemstilling. Funnene i denne og andre tilsvarende undersøkelser setter lys på pårørende opplevelse når barnet er innlagt på en intensivavdeling. Studien understreker helsepersonellet og miljøet sin betydning både på godt og vondt.

Sideskift

Kritisk vurdering av:

Engström, Å., Dicksson, E., & Contreras, P. (2015). The desire of parents to be involved and present. *Nursing in Critical Care*, 20(6), 322–330. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/nicc.12103>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Målet er å beskrive foreldres opplevelser av å ha et kritisk sykt barn innlagt på en intensivavdeling

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien har som mål å belyse/forstå foreldres opplevelser og erfaringer fra intensivavdelingen

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Det er beskrevet at kvalitativt studiedesign er valgt for å bedre kunne beskrive og forstå foreldres opplevelser.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? JA
- 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? JA
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide? JA
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor? NEI
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)? LYDOPPTAK
- Har forskerne diskutert metning av data? Usikkert

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Noen av barna lå på generell intensivavdeling sammen med voksne. Resultatene av disse intervjuene kan ha påvirket det totale funnet.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt? JA
- 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. JA
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité? JA

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

X Ja – Nei – Uklart

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

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

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

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

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

- 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? JA

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

Kommentar:

Denne studien er et viktig bidrag til å svare på min problemstilling. Funnene i denne og andre tilsvarende undersøkelser setter lys på pårørende opplevelse når barnet er innlagt på en intensivavdeling.

Sideskift

Kritisk vurdering av:

Majdalani, M. N., Doumit, M. A. A., & Rahi, A. C. (2014).

The lived experience of parents of children admitted to the pediatric intensive care unit in Lebanon. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 217–225. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.001>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Hvilke opplevelser har foreldre fra Libanon når deres barn er innlagt på PICU? (Pediatric Intensive Care Unit).

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien søker foreldres opplevelser

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Kvalitativt studiedesign og metode er godt begrunnet

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

X Ja – Nei – Uklart

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

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

X Ja – Nei – Uklart

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? JA
- 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? JA
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide? JA
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor? NEI
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)? LYDOPPTAK
- Har forskerne diskutert metning av data? Usikkert

Kommentar:

Settingen for intervju skulle være et stille og privat rom nær barnet på sykehuset. Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervju og feltstudier. Det var intervjuobjektet som ledet samtalen, og forskeren lyttet.

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

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Lydopptaket ble tatt opp på arabisk, deretter oversatt til engelsk og tilbake igjen til arabisk. Dette var noe utfordrende da engelsk er et mye rikere språk.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt? JA
- 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. JA
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité? JA

Kommentar:

Det er beskrevet at enkelte opplevde frykt for å svære ærlig, og valgte heller å svare sosialt akseptabelt på noen av spørsmålene. For å unngå dette prøvde forsker å opplyse intervjuobjekt om viktigheten av ærlige svar og hva svarene skulle brukes til. Det ble også minnet på taushetsplikten forsker hadde og anonymiteten av å delta.

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

Ja – Nei – Uklart

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

Kommentar:

7-steps hermeneutical process

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

X Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

X Ja – Nei – Uklart

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

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

Kommentar:

Ja. Det kan hjelpe helsepersonell å reflektere mer over sine rutiner og forbedre praksis der det er mulig.

(Folkehelseinstituttet, 2016)