



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	29-04-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	203
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7853
----------------------	------

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 \*:

Jeg godkjenner autalen 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

Hva med foreldrene til barn med  
leukemi?

What about the parents of children with  
leukemia?

**Kandidatnummer: 203**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Innleveringsdato: 12.05.23

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.

## **Abstract**

**Background:** Leukemia is a prevalent cancer among children and its treatment can be extremely painful. The experience of pain in children and its transmission is of fundamental importance for their development. As a nurse, you should focus not only on the child, but also the parents in a crisis where the word “cancer” becomes a part of everyday life.

**Question/ problem:** How can nurses through communication with parents, contribute to effective pain management in children with ALL?

**Method:** A literature study was conducted, including four qualitative studies.

**Findings/ results:** The qualitative studies revealed that parents were fearful and attempted to conceal their fears from their child. Many considered family, friends, and support from healthcare professionals to be essential coping strategies. Healthcare professionals and doctors provided information in writing, orally, and through other parents in the department. However, the written information was unnecessary and was presented in a complex medical language. Parents underestimated the importance of early onset. Additionally, uncertainty was used as a positive coping strategy. Play as an intervention was found to be beneficial in conveying emotions, especially to the youngest children. Two of the studies focused on the educational level of the parents and how it influenced their reactions and emotions.

**Conclusion:** Communication between healthcare professionals, patients and relatives is essential, and nurses play a crucial role in ensuring that information is communicated and understood. To reduce pain experience in children with ALL, nurses must prioritise parental preparation and focus on parents during the treatment. Neglecting the needs of parents can negatively affect a child’s sense of safety, potentially increasing their pain experience. Therefore, it is vital to ensure that parents feel secure throughout their child’s treatment.

## Hold ut

Det er ikke lett å snakke om været  
når gater av glødende kobber  
svir hull i dine skosåler og  
sjelen er en tørr flaggermus-lyd  
inne i knoklenes mugne hulning. Men  
skriv med ditt bitre hjerteblod  
et brev til trassen i deg  
når alle håp går forbi din dør  
uten å banke på.

Hold ut, menneske!

Det har faktisk hendt at  
Den fortapte har låst seg inn i himmelen  
med nøkkelen til helvete.

Hans Børli

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
2.0 Bakgrunn med teoretiske perspektiv .....	3
2.1 Leukemi hos barn.....	3
2.2 Smerte.....	3
2.3 Travelbee - smerte og kommunikasjon .....	5
2.4 Piagets- Barns utvikling og kommunikasjon .....	6
2.5 Sykepleierrollen .....	6
2.6 Kommunikasjon .....	7
2.7 Foreldrenes krisereaksjoner .....	8
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Søkeshistorikk.....	10
3.2.1 PIO.....	10
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	11
3.3 Kritisk vurdering av artikler .....	12
3.4 Analyse og syntese.....	13

3.5 Etske vurderinger .....	13
4.0 Funn.....	14
4.1 Foreldrenes opplevelse og velvære .....	14
4.2 Sykepleierrollen .....	14
4.3 Foreldrenes usikkerhet og betydningen av å trygge .....	15
4.4 Kilder til informasjon.....	16
5.0 Diskusjon .....	17
5.1 Foreldrerollen .....	17
5.2 Sykepleierrollen .....	18
5.3 Smerteopplevelse .....	20
5.4 Videreformidling av informasjon .....	21
5.5 Metodediskusjon .....	23
6.0 Konklusjon .....	25
Referanseliste.....	26
Vedlegg.....	29
Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	29
Vedlegg 2: Litteraturmatrise.....	32
Vedlegg 3: Prisma Flow Diagram .....	35
Tabell 1 viser PIO.....	11
Tabell 2 viser inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år diagnostiseres rundt 150 barn under 15 år med kreft (Barnekreftportalen, u.å). Kreft er et omfattende begrep og forbindes med smerte, lidelse og død (Bringager et al., 2014, s. 15). Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn. De fleste tilfellene hos barn er akutt leukemi, og av de utgjør akutt lymfatisk leukemi (ALL) 85% av tilfellene. De resterende 10-15% er akutt myelogen leukemi (AML). Ved ALL er det en umoden celletype i beinmargen som har blitt ondartet og har ukontrollert vekst (Bringager et al., 2014, s. 63-65).

Kreftbehandling inkluderer medisinske prosedyrer som er smertefulle, og bivirkninger av behandlingen kan medføre ulike grader av smerte og ubehag både før, under og etter behandlingsperioden (Romestrand & Sævig, 2022). Opplevelse av smerte hos barn og videreformidlingen av denne har helt grunnleggende betydning for deres videre utvikling. Barneårene er en sårbar tid. Dersom barn opplever at en de har tillit til bryter denne tilliten, kan de få en brist i deres grunnleggende tillit til omverdenen (Kristoffersen et al., 2017, s. 113).

Når barnet får kreft, kan foreldrene bli utrygge og usikre i sin rolle, noe som vil påvirke barnet, slik at det vil føle på utrygghet (McGrath, Peek & Melnyk, i Bringager et al., 2014, s. 145). Mange foreldre vil kanskje trenge tid til å bearbeide sjokket de har fått rundt diagnosen. Av den grunn kan det bli vanskelig for foreldrene å forholde seg til krisereaksjoner som sinne, følelse av urettferdighet og skyld (Grønseth & Markestad, 2022, s. 197). Foreldrene er nødvendige samarbeidspartnere for helsepersonell, og god dialog mellom foreldre og helsepersonell vil være til det beste for barnet. God kommunikasjon er derfor vesentlig for å trygge foreldrene (Romestrand & Sævig, 2022).

Det er flere lover man må forholde seg til når barn under 15 år er alvorlig syke og innlegges på sykehus. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4-4), slår fast at barn under 7 år skal gis anledning til å si sin mening, og gi sitt samtykke til at det gis helsehjelp. Er barnet over 12 år skal det legges stor vekt på barnets mening (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

## 1.2 Problemstilling

Gjennom jobben min på onkologisk avdeling for barn- og ungdom har jeg vært med i flere situasjoner hvor jeg har hatt bruk for gode kommunikasjonsferdigheter, i dialog og i samarbeid med foreldrene, for å tilby god behandling. God kommunikasjon med foreldrene har vært essensiell i situasjoner der smerte er utfordringen i behandlingsforløpet til barnet. Jeg vil presentere relevant teori, foreta litteratursøk, og sette lys på kommunikasjon mellom sykepleier, foreldre og barn når barnet har ALL. Problemstillingen for oppgaven blir derfor:

*Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon med foreldre, bidra til god smertebehandling hos barn med ALL?*



## 2.0 Bakgrunn med teoretiske perspektiv

### 2.1 Leukemi hos barn

Kroppens celler reguleres av et samspill mellom celledeling, differensiering, og celledød. Normalt styrer kroppen produksjonen av nye celler, men noen ganger klarer ikke kroppens reparasjonsmekanismer å hindre videreføring av mutasjoner. Slike mutasjoner kan gi endringer i både positiv og negativ retning. Ved mutasjoner som fører til kreftutvikling, unnslipper den muterte cellen kroppens overvåkingmekanismer. En kreftcelle skiller seg fra en normal celle ved at veksten er ute av kontroll (Bringager et al., 2014, s. 19-20).

Ved leukemi skjer det en ukontrollert vekst av hvite blodceller, og/eller forstadier av disse i beinmargen. Resultatet er umodne celler, som fører til at leukemicellene fortrenger eller hemmer veksten av de andre cellene i beinmargen. Dette kan i visse tilfeller føre til bivirkninger som blåmerker, petekkier (hudblødninger), hodepine, slapphet, og smerter i armer og ben (Kreftforeningen, 2022).

ALL hos barn behandles med cytostatika. Til tross for god behandling mot kreft har cytostatika flere bivirkninger på friske celler. De fleste bivirkningene er reversible, altså de går tilbake etter avsluttet behandling (Bringager et al., 2014, s. 28). Slike bivirkninger kan være nedsatt immunforsvar, lave blodverdier, såre slimhinner, forstoppelse, spontan kvalme, hudforandringer, vekttap på grunn av redusert matlyst, håravfall, smerter, humørforandringer og trøtthet (Bringager et al., 2014, s. 220-238). Blodverdiene er vanligvis på det laveste syv til ti dager etter cytostatika kur. I denne perioden er ofte pasienten dårlig og spesielt utsatt for å få infeksjoner, i tillegg til at det kan være behov for transfusjon av blodprodukter (Bringager et al., 2014, s. 29).

### 2.2 Smerte

Ifølge Grønseth & Markestad (2022, s. 173) blir smerte definert slik: "Smerte er et subjektivt og komplekst fenomen som består av fysiske, psykologiske og sosiale komponenter, og defineres som 'det pasienten sier det er'." Smerte defineres også som «en subjektiv opplevelse av ubehag» (Kreftforeningen, 2023). De ulike smertetyperne kan ofte forsterke

hverandre, og det kan være vanskelig å skille de fra hverandre. Fysiske smerter kan føles på bestemte steder i kroppen, som i skjelettet eller huden. Disse smertene er vanligvis lett å kjenne intensiteten av, og kan kjennes som stikkende eller murrende. Smerter i indre organer kan være vanskeligere å lokalisere, og være mer diffuse. Psykiske smerter kan ofte oppstå som en reaksjon på alvorlig sykdom, og kan forsterkes av angst, depresjon og fortvilelse (Kreftforeningen, 2023).

Mange smertetilstander innenfor barnekreft er knyttet til bivirkninger av den medikamentelle behandlingen (Bringager et al., 2014, s. 46). Smerte er en gjentagende utfordring i behandlingen av kreft. Målet med behandlingen og sykepleietilnærmingen er at barnet skal oppleve å være så godt som smertefri. Med smerter følger også følelsen av mangel på kontroll, noe som kan forsterke smerteopplevelsen (Bringager et al., 2014, s. 192-194). Noe annet som også kan forsterke smerteopplevelsen er frykt og redsel (Grønseth & Markestad, 2022, s. 175).

Sykepleieren bør ha stor respekt for foreldrenes evne til å tolke angst og smerte hos sitt barn. Samtidig trenger foreldrene helsepersonells forståelse og kunnskap for å se sammenhenger og håp som de kan videreformidle til sine barn (Bringager et al., 2014, s. 192-194). Barns evne til å meddele smerteopplevelse er begrenset, dermed blir vurderingen og lindringen av smerte utfordrende (Grønseth & Markestad, 2022, s. 173). Barn har individuelle smerteuttrykk, noe som også vanskeliggjør smertevurderingen. Gråt er et tydelig signal for ubehag eller opplevelsen av smerte hos barn. Hos de minste barna kan gråt forekomme av mange andre årsaker, og av den grunn er foreldrenes bedømmelse av barnet en verdifull tilleggsopplysning i smertevurderingen. Småbarn uttrykker gjerne smerte gjennom vondt i magen, mens større barn ofte får vondt i hodet. Ungdom kan i visse tilfeller unngå å videreformidle deres smerteopplevelse, da de tror at den voksne enten vet hvordan de har det eller at de faktisk tenker at de bør tåle smerten (Grønseth & Markestad, 2022, s. 179-180).

En god vurdering av smertene og effekten av forordnet behandling er grunnlaget for god smertebehandling. Man kan se endringer i fysiologiske parametere som kan indikere smerte, som økning av puls, respirasjonsfrekvens og blodtrykk. Huden kan bli clam, og oksygenmetningen kan synke. I tillegg kan man se på ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, og

hvor godt man kan lykkes med å trøste barnet. Det finnes ulike smerte- skalaer, som for eksempel VAS (Visuell analog skala) og NRS (Numeric rating scale), der smerten rangeres fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelig smerte) (Grønseth & Markestad, 2022, s. 175-179). Barn over fem år klarer ofte å rapportere om smertenens intensitet selv ved bruken av visuelle smerteskalaer (Bringager et al., 2014 s. 194).

### **2.3 Travelbee - smerte og kommunikasjon**

I følge Travelbee er fysiske og psykiske smerter vanlige menneskelige opplevelser som alle vil føle eller kjenne på i løpet av livet. Smerte er et problem for den som opplever den, for legen som prøver å lindre, og for sykepleierne som jobber med den syke og lidende (Travelbee, 2010, s. 102).

Forholdet mellom sykepleier og pasient utvikler seg gjennom flere stadier. Kommunikasjon er her av stor betydning, der partene er likeverdige som mennesker. Travelbee har definert håp som en mental holdning som kan knyttes til en positiv forventning til fremtiden. En person med håp opplever muligheten til å velge, ønske og til å ha mot. Når en har håp, har en tillit til at det er greit å være avhengig av noen, og tillit til at det er verdt å holde ut det man strever med. Denne utholdenheten er en kvalitet som setter et individ i stand til å stå i vanskelige situasjoner over lengre tid (Travelbee, 2010, s. 110).

Et menneske- til- menneske forhold er primært en erfaring, eller en rekke erfaringer, mellom sykepleieren og personen sykepleieren har omsorg for. Målet er at den syke eller familien til den syke får behovene ivaretatt av sykepleieren (Travelbee, 2010, s. 160-161). I følge Travelbee (2010) kan sykepleierens mål og hensikt nås gjennom etablering av et virkelig menneske- til – menneske- forhold. Et slikt forhold har ulike faser, som det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2017, s. 32). Empati er ifølge Travelbee (2010, s. 175) evnen til å trenge gjennom eller til å delta og forstå den psykiske tilstanden en annen person er i der og da. Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men kan oppleves i spesifikke øyeblikk (Kristoffersen, 2017, s. 33).

## 2.4 Piagets- Barns utvikling og kommunikasjon

Jean Piagets teori om stadiene i barns kognitive utvikling deler barnets utvikling, i fire faser. Det starter med det sensomotoriske (null til to år), deretter det preoperasjonelle (to til syv år), til det konkrete operasjonelle (syv til elleve år), og ender med det formelt operasjonelle stadiet (fra elleve år og fremover). Piagets teori får fram hvordan barn tenker konkret på en helt annen måte sammenliknet med voksne, og hvordan barn har liten evne til å tenke abstrakt. Hos barn mellom fire og åtte år utvikles en logisk forståelse. Det er avgjørende som sykepleier å være klar over ordbruken, da den kan ha en annen betydning for en selv enn et barn. Barnets alder spiller altså en viktig rolle for hva og hvordan barn og ungdom forstår situasjonen. I tillegg er medfødte egenskaper, sosial trening, stress, og belastning i forbindelse med sykdomssituasjonen med på å påvirke barnets oppfattelse. Noen klarer å sette ord på ting, mens andre ikke (Eide & Eide, 2017, s. 293-295).

Samspill mellom foreldre og barn er et viktig grunnlag for all senere kommunikasjon i fremtidige relasjoner. Dette samspillet utvikler seg allerede i barneårene og bygger på tryggheten barnet føler gjennom forberedelse og forutsigbarhet. Trygge foreldre er en forutsetning for at barnet føler trygghet (Bringager et al., 2014, s.145). Foreldrene har en mye større påvirkning på barnet enn det sykepleiere har (Grønseth og Markestad, 2011, i Bringager et al., 2014 s. 124). De oppdager endringer i atferd og kan best tolke indirekte smerte hos barnet (Grønseth og Markestad, 2022, s. 180). Foreldrearbeid handler om bevisstgjøring og identifisering av ressurser foreldre kan bruke overfor deres syke barn. Faste sykepleiersamtaler med foreldrene om at de er på rett vei kan gi nye krefter og lette presset (Bringager et al., 2014, s. 146). Foreldrenes tilstedeværelse er av avgjørende betydning, særlig i stressende situasjoner, ettersom barn og unge ofte frykter å bli forlatt. Foreldrenes nærvær bidrar til å opprettholde barnets følelse av trygghet og tillit (Grønseth & Markestad, 2022, s. 77).

## 2.5 Sykepleierrollen

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi den alltid omhandler mennesker, enten direkte eller indirekte. Den profesjonelle kliniske sykepleieren hjelper en person, en familie

eller et samfunn med å forebygge eller håndtere opplevelsen av sykdom eller lidelse og finne meningen i disse opplevelsene (Travelbee, 2010, s. 27). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleiere ansvar for å ivareta foreldrenes rett til informasjon, tilpasse den og forsikre seg om at den blir forstått. Samtidig bør sykepleiere ha en profesjonell rolle der det skapes rom for etisk refleksjon (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Atmosfæren er alt det vi hører og ser rundt oss. Atmosfæren kan kommunisere både trygghet og utrygghet. Som sykepleier tilstreber man å være bevisst egen rolle når det gjelder å skape og til å påvirke til en god atmosfære (Bringager et al., 2014 s. 119). Barnets bakgrunnskunnskap, som er summen av erfaringer det har, påvirker situasjonen barnet opplever å være i. Den bygges gjennom oppdragelse, kultur, religion, relasjoner og ulike hendelser. Det er derfor nødvendig, som sykepleier, å kartlegge hvordan barnet opplever situasjonen og tilrettelegge ut fra barnets opplevelse (Bringager et al., 2014 s. 120-121).

## **2.6 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er et betydningsfullt verktøy som sykepleiere bør ta i bruk i møte med barn og foreldre (Grønseth og Markestad, 2022, s. 103). Med kommunikasjon mener vi hva som formidles og hva som ikke formidles. Personorientert kommunikasjon handler om å forholde seg til den andre med åpenhet og se personen som en unik person, som forutsetter at man er til stede og lytter. Motparten skal oppleve å bli sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 17). En stor del av kommunikasjon er nonverbal, altså et responderende språk. Det å lytte aktivt til den andres nonverbale språk er avgjørende for å oppfatte viktig informasjon som kommer nonverbalt til uttrykk. Kanaler for nonverbale uttrykk er ansikt, blikk, kropp, stemme, berøring, stillhet og tempo (Eide & Eide, 2017, s. 136 & 140).

Å ha innsikt om barnets sykdomsforståelse kan være til hjelp. Barn i 4-5 års alderen kan forstå at deres sykdom har en sammenheng med at de føler seg dårlige, men det kan være vanskelig for dem å forstå hva som forårsaker sykdommen. Det gjør det vanskelig for denne aldersgruppen å forstå hvorfor man må ta medisiner, både tabletter, miksturer og intravenøse væsker, for å bli frisk. Når barnet er 11-12 år begynner forståelsen for sykdom og behandling å øke. Her har helsepersonell en sentral rolle; nemlig å kartlegge både barnets

og foreldrenes sykdomsforståelse fordi den har betydning for sykepleierens tilnærming. Jo mer man øker barnets forståelse, desto mindre misforståelser, bekymring og stress skapes (Grønseth & Markestad, 2022, s. 70-71).

## 2.7 Foreldrenes krisereaksjoner

Foreldrearbeid handler om å lytte, bekrefte, trøste og støtte når situasjonen er preget av angst, fortvilelse og uvisshet (McGrath, Peek & Melnyk, i Bringager et al., 2014, s. 145). En fellesbetegnelse for alvorlige og vanskelige livshendelser er krise. Måter en håndterer kriser på kan være gjennom regresjon, undertrykkelse og projeksjon. Ved regresjon blir en mer passiv og krevende, og prøver å holde avstand til situasjonen. Undertrykkelse er å skyve følelser og tanker bevisst unna i et forsøk på å kontrollere seg selv og sine opplevelser. Projeksjon er en forsvarsmekanisme som innebærer å tillegge andre personer tanker og følelser som stammer fra en selv (Eide & Eide, 2017, s. 68-69).

Krisereaksjoner deles i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen, som kan vare alt i fra noen timer til dager, gjør det vanskelig for personen å bearbeide det som har skjedd. Personen kan i etterkant ha vansker med å huske ting som har blitt sagt. Det anbefales at en sykepleier har dette i bakhodet i de innledende samtalene med foreldrene (Cullberg & Hambro, 2007, s. 130). I reaksjonsfasen prøver personen å «finne en mening» i den kaotiske fasen. Her blir ofte spørsmålet «hvorfor» stilt (Cullberg & Hambro, 2007, s. 131). I akutfasen, altså sjokk- og reaksjonsfasen, forekommer det ubevisste psykiske reaksjoner for å redusere opplevelsen og bevisstheten om trussel. Fornektelse er en psykisk reaksjon der personen nekter for at det som virker truende har noe å si og ser bort ifra det som har skjedd. Ved undertrykkelse av følelser prøver personen ikke å vise uro eller sorg, men prøver å «ta seg sammen». Ved isolering kan den rammede være rolig og virke som at han eller hun «tar det så modent». Disse følelsene er en forvrenging av de virkelige følelsene og kan komme til uttrykk i form av andre symptomer som angstreaksjoner (Cullberg & Hambro, 2007, s. 133-134). Når bearbeidingsfasen begynner, er akutfasen over. Bearbeidingsfasen kan ta alt fra et halvt år til ett år, med fremtidsrettet holdning. Til slutt kommer nyorienteringsfasen, der en har klart å komme seg gjennom krisen. Selv om krisen er over, gjenopplever mange deler av

akuttfasen (Cullberg & Hambro, 2007, s. 140).

Foreldre kan bli redde når deres barn får påvist en alvorlig sykdom som leukemi. Mange føler de mestrer situasjonen ved å skaffe seg kunnskap om leukemi. Slik informasjon skaffes gjennom søk på internett, i bøker og artikler, samtaler med andre foreldre i samme situasjon og ved å spørre leger og sykepleiere på avdelingen (Kerr mfl., 2004, i Bringager et al., 2014 s. 125). Foreldre og barn kan få verdifull støtte fra familie og det sosiale nettverket i vanskelige situasjoner (Grønseth og Markestad, 2022, s. 139). Det er nødvendig å være klar over denne ressursen og at familie- og vennenettverk også trenger innsikt i situasjonen og forståelse av at de er betydningsfulle. De kan få oppgaver som for eksempel å avlaste foreldrene (Bringager et al., 2014, s. 164).

Et sitat og spørsmål helsepersonell bør ha med seg i møte med foreldre er slik Bringager et al. (2014, s. 125) nevner i boken «Barn med kreft»: «Med få unntak foregår alle samtalene når barnet hører på. Hvordan påvirker det barnets situasjon?». En bør vurdere om barnet og/ eller foreldrene kan bli redde og utrygge ved formidling av informasjon eller samtale rundt diagnosen.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I min bacheloroppgave har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode. Hensikten med litteraturstudie er at man søker etter data som er samlet inn av andre, altså sekundærdata (Thidemann, 2019, s. 75). En slik måte å jobbe på innebærer å samle inn litteratur, kritisk vurdere, og til slutt sammenfatte den. For at dette skal bli mest mulig oversiktlig, er det vesentlig med en presis og avgrenset problemstilling (Thidemann, 2019, s. 77-78).

### 3.2 Søkehistorikk

Jeg har i metoden tatt pyramidesøket i Helsebiblioteket som utgangspunkt, som viser fem nivåer av kunnskapskilder. Bruken av denne form for søk ga meg en nyttig rettesnor for valg av kilder. Det vil si kliniske oppslagsverk som øverste nivå, og kvalitetsvurderte studier som laveste nivå (Helsebiblioteket, 2017). Jeg utførte innledende søk i sykepleiefaglige tidsskrifter. Deretter søkte jeg etter oppsummert forskning for å få et overblikk. I tillegg sjekket jeg referanselistene til artikler funnet i innledende søk, dersom de ble vurdert som relevante til min problemstilling. Dette kalles manuelle søk, og referanselistene kan henvise meg videre til andre relevante artikler (Thidemann, 2019, s. 81).

Etter å ha utført oversiktssøk, ble det enklere å gå over til systematisk litteratursøk i utvalgte databaser som Medline og Cinahl for å finne enkeltstudier (Thidemann, 2019, s. 58 & s. 77; HVL, u.å). Et systematisk litteratursøk er direkte knyttet til problemstillingen da det er planlagt, begrunnet og dokumentert. Dette gjør det mulig å gjenskape søket (Thidemann, 2019, s. 82).

#### 3.2.1 PIO

I forbindelse med systematisk litteratursøk utarbeidet jeg en PIO. Jeg valgte å ikke inkludere C (comparison) da jeg ikke så på det som relevant til min problemstilling.



<b>P: Population</b>	<b>I: Intervention og exposure</b>	<b>O: Outcome</b>
<b>Problem/ pasient</b>	<b>Tiltak/ eksponering</b>	<b>Utfall</b>
Barn (opptil 15 år) med leukemi	Kommunikasjon mellom foreldre og sykepleiere (Foreldreperspektiv)	Barna skal føle på mindre smerte og økt velvære
Children with leukemia	Communication parent-nurse (parent perspective)	Children should feel less pain and increase well-being.

*Tabell 1 viser PIO*

Ved å søke på ordet «parent», fikk jeg kun artikler som omhandlet barn og deres foreldre. Jeg valgte å ekskludere ordet «child» i søkene, men heller benytte meg av aldersbegrensning. Deretter valgte jeg alle artikler som var fra 2012 eller nyere, for å begrense og spisse søket mitt. Etter søk i databasene Medline Ovid og Cinahl fikk jeg tilsvarende 75 og 52 treff. Disse overførte jeg i Zotero for å fjerne dupliserte elementer (HVL, 2023). Det var totalt 127 artikler. Etter fjerning av duplikater satt jeg igjen med 102 artikler. Deretter leste jeg sammendraget og konklusjonene til artiklene og vurderte om innholdet i artiklenes IMRaD-struktur var interessante og relevante for min oppgave (Thidemann, 2019, s. 90). Dette førte til ti mulige artikler. Etter litt grundigere gjennomlesing av artiklene, satt jeg igjen med fire artikler.

### *3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

For å kunne velge ut artikler til bacheloroppgaven, utformet jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier vist i tabell 2. Grunnen til at jeg unnlot å konsentrere meg om barn etter fylte 15 år, er fordi barnet da er helserettslig myndig, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-4).

Jeg har kun funnet kvalitative artikler, da jeg ønsker å ha fokus på følsomhet, gå i dybden, og få frem forståelsen av kommunikasjon mellom foreldre og sykepleiere. Kvalitative artikler

fanger opp opplevelse og mening som ikke kan måles (Dalland, 2020, s. 54-55).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fra 2012	Før 2012
Barn med ALL	Barn med andre krefttyper og voksne med kreft
Alder opptil 15 år	Eldre enn 15 år
Kvalitative studier	Andre studiedesign enn kvalitative
Fokus på kommunikasjon foreldre-barn-sykepleiere	Annet skriftspråk enn engelsk
Engelsk språk	

*Tabell 2 viser inklusjons- og eksklusjonskriterier*

### 3.3 Kritisk vurdering av artikler

Artiklene jeg valgte å kritisk vurdere var på engelsk. De ble vurdert ved bruk av sjekklister (Helsebiblioteket, 2018). Alle var kvalitative, ingen var eldre enn ti år, og omhandlet barn opptil 15 år. En artikkel som ikke hadde noen aldersbegrensning, fokuserte på primærsykepleiemodellen. Målet med den artikkelen var å fokusere på helsepersonellets og foreldrenes perspektiv, og om primærsykepleierolle som måte å jobbe på (Korhonen & Kangasniemi, 2013).

Artiklene ble nøye lest med søkelys på blant annet struktur, diskusjon og konklusjon. På den måten fikk jeg en helhetlig forståelse av artiklenes innhold og argumenter, og deretter vurderte om de kunne integreres i oppgaven og hvordan de kunne bidra til å belyse problemstilling (Thidemann, 2019, s. 33-34).

### **3.4 Analyse og syntese**

Jeg gjorde en tematisk analyse av de aktuelle artiklene og kom frem til fire temaer som går igjen i disse. Under den grundige analysen av artiklene hadde jeg problemstillingen min lett tilgjengelig for påminnelse og struktur, slik at jeg opprettholdt fokuset på vinklingen av oppgaven. De ulike temaene som hadde samme meningsinnhold ble identifisert og formulert til fire temaer. Deretter vurderte jeg om alt jeg samlet inn passet under hvert enkelt tema (Thidemann, 2019, s. 93). Basert på den analysen fremstilte jeg en syntese under «4.0 Funn» for å presisere problemstillingen.

### **3.5 Etske vurderinger**

En litteraturstudie innebærer systematisering av allerede eksisterende skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 77). Tre av fire artikler ble etisk vurdert. Den ene artikkelen nevner ikke vurdering av etisk komite i selve studiet. Deltakerne i alle studiene ga samtykke til å være med, og alle ble informert om studiets formål og hensikt.

Gjennomgående i oppgaven har det blitt overholdt akademiske normer for kildehenvisning (Thidemann, 2015, s. 12). Jeg har gjennom oppgaven referert ifølge APA 7th sin referansestil, som er i tråd med høyskolen på Vestlandet sine retningslinjer for helsefag (Søk & skriv, 2022).

## 4.0 Funn

Totalt ble fire studier inkludert i oppgaven. Dette er presentert i vedlegg 3. Jeg har fremstilt resultatene fra hver enkelt artikkel i en litteratormatrise presentert i vedlegg 2.

### 4.1 Foreldrenes opplevelse og velvære

Et felles funn i artiklene var endring i familiens liv etter at barnet fikk påvist leukemi (Witt, Escherich, Rutkowski, Kappelhoff, Foreigner- Holm, Russ & Quitmann, 2019; Aburn & Gott, 2014; He, You, Sheng & Bi, 2016; Korhonen & Kangasniemi, 2013). Foreldrene rapporterte en følelse av hjelpeløshet. De følte på redsel over barnets liv, som de prøvde å glemme og skjule for barnet. Til tross for det følte de at denne frykten ble en permanent del av deres liv (Witt et al., 2019). Mange foreldre syntes det var overveldende, da det var mye å ta innover seg om hvordan en skal ta vare på barnet etter påvist diagnose. De poengterte deres manglende kunnskap rundt leukemi og vanskeligheten med å prosessere beskjeder (Aburn & Gott, 2014).

Foreldrene kjente på en følelse av usikkerhet, og faktorer som påvirket usikkerheten var tiden (måneder) etter diagnosen, alder og utdanningsnivået til foreldrene. Usikkerheten var tydeligst under den første delen av behandlingen. Etter hvert, når det ble sett effekt av behandlingen, begynte usikkerhet å avta. I tillegg ble det funnet økt usikkerhet blant eldre foreldre og de med høyere utdanningsnivå (He et al., 2016).

Foreldrene understreket at tidlig oppstart av samarbeid med primærsykepleieren gjorde det mulig for tilrettelegging for deres del, og barnets tilpasning i avdelingen i kaotiske faser. Tidlig oppstart ga foreldrene en følelse av å bli ivaretatt. Ved forsinket eller fraværende samtale med primærsykepleier, spekulerte foreldrene på om egenskapene til barnet ville påvirke oppstarten (Korhonen & Kangasniemi, 2013).

### 4.2 Sykepleierrollen

Sykepleiere spilte en vesentlig rolle i undervisning av pasienter og deres familier (Witt et al.,

2019; Aburn & Gott, 2014; He et al., 2016; Korhonen & Kangasniemi, 2013). Dette inkluderer formidlingen av nyttig informasjon for å trygge og for å gi omsorg til barnet. Det ble lagt vekt på viktigheten av kontinuitet, og det ble begrunnet med at det gjorde situasjonen mer overkommelig (Aburn & Gott, 2014). Tilstedeværelsen av personalet og den sosiale støtten var begrenset, ifølge noen foreldre. Foreldrene forventet kontinuerlig og tilstrekkelig informasjon rundt barnets helsetilstand (He et al., 2016).

Primærsykepleierollen ble delt i tre hovedområder; primærsykepleierollen, starten av prosessen og slutten av prosessen. Primærsykepleierens rolle ble beskrevet som omsorgsadministrator, oppgaveorientert primærsykepleie og relasjonsorientert primærsykepleie. Omsorgsadministrator innebar tidlig og kontinuerlig veiledning og samarbeid med profesjoner innad og utad på sykehuset. Oppgaveorientert sykepleie innebar å fremme familiens uavhengighet og praktiske oppgaver. Slutten av prosessen var relasjonsorientert sykepleie, hvor kommunikasjon var et sentralt begrep. Starten av prosessen var plutselig og tilfeldig. Avslutningen av prosessen ble beskrevet som inkonsekvent (Korhonen & Kangasniemi, 2013).

Foreldre og fagfolk håndtere leukemi, behandling og bivirkninger på ulike måter. De viktigste håndteringsstrategiene som ble rapportert av foreldrene var distraksjon, tilbaketrekning, isolasjon, aggresjon og opprør hos barnet. Foreldrene beskrev barna sine som delvis apatiske, tomme og tilbaketrukne. I tillegg ble religion nevnt av noen av foreldrene som håndteringsstrategi, noe som ikke ble nevnt av noen av fagfolkene. Fagfolkene bekreftet noen av de samme håndteringsstrategiene barna brukte som foreldrene hadde rapportert; som distraksjon, tilbaketrekning og isolasjon. I motsetning til foreldrenes erfaringer, observerte fagfolk å se barnas søkende atferd etter sosial støtte og informasjon, og har beskrevet disse handlingene som viktige håndteringsstrategier (Witt et al., 2019).

#### **4.3 Foreldrenes usikkerhet og betydningen av å trygge**

Ifølge He et al. (2016), viste foreldrene en høyere grad av usikkerhet under barnets første fase av behandlingen. Dette var mest sannsynlig fordi foreldrene hadde utilstrekkelig informasjon om barnets sykdom og var bekymret for om barnet ville oppnå full remisjon.

Etter hvert, da effekten av tidlig behandling var tydeligere, følte foreldrene på en redusert usikkerhet. Disse resultatene viser oss virkningen av barnets helsetilstand basert på foreldrenes usikkerhet. Her er emosjonell forståelse og tilgjengelighet for familien viktig (He et al., 2016).

Smerte viste seg å være et begrensende aspekt for å kunne leke. En mor beskrev at sønnen brukte lek som en kreativ måte å håndtere diagnosen på. En planlagt intervensjon slik som «late som lek», skapte trygge rammer der barnet kunne vise følelser, spesielt for de minste barna som ikke ønsket eller hadde mulighet til å snakke om følelsene (Witt et al., 2019).

I studiet til Korhonen & Kangasniemi et al. (2013) kom det frem gjennom et intervju av en forelder at det ble lettere for barnet å komme tilbake til sykehuset etter å ha blitt bedre kjent med sykepleieren. I tillegg mente foreldrene at et nært forhold til primærsykepleieren førte til økt trygghet (Korhonen & Kangasniemi et al., 2013).

#### **4.4 Kilder til informasjon**

Alle foreldre i artikkelen til Aburn & Gott (2014) kunne huske å ha mottatt den «hvite mappen» med samlet informasjon. Noen mente den var nyttig, mens andre mente det ble mye unødvendig informasjon og samtidig at språket var for medisinsk. Foreldrene diskuterte med både helsepersonell og andre foreldre på avdelingen, og brukte det som kilde til informasjon (Aburn & Gott, 2014). Det ble rapportert mangel på informasjon av foreldrene (He et al., 2016). Korhonen & Kangasniemi et al. (2013) viser at en del av primærsykepleieren sine oppgaver er å gi informasjon og veilede foreldre med å være praktisk involvert i omsorgen. Foreldrene verdsatte orientering og skaffet informasjon fra andre foreldre med barn som hadde samme sykdom. I tillegg var helsepersonell og media kilder til informasjon (He et al., 2016).

Når lek ble brukt som intervensjon, ble foreldrenes involvering ansett som viktig fra foreldrenes synspunkt. De uttrykte behovet for å bli informert om innholdet og motta nok informasjon om intervensjonen (Witt et al., 2019). Formidling av informasjon gjennom medisinsk lek fungerte bra ifølge foreldrene (Aburn & Gott, 2014).

## 5.0 Diskusjon

For å besvare problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon med foreldre, bidra til god smertebehandling hos barn med ALL?», har jeg valgt å dele opp diskusjonen på følgende måte: 1) Foreldrerollen, 2) Sykepleierrollen, 3) Smerteopplevelse og 4) Videreformidling av informasjon.

### 5.1 Foreldrerollen

Når et barn blir alvorlig sykt, blir foreldrenes rolle endret fra å være foreldre til et friskt barn, til foreldre til et alvorlig sykt barn (Witt et al., 2019; Aburn & Gott, 2014; He et al., 2016; Korhonen & Kangasniemi, 2013). Foreldrearbeid handler om å stå i situasjoner preget av stress, redsel og usikkerhet (McGrath, Peek & Melnyk, i Bringager et al., 2014, s. 145). Slik Travelbee (2010) har sagt, er håp sentralt for at en skal kunne ha tillit til at det er verdt å holde ut. På den ene siden er kreft for mange foreldre forbundet med noe dødelig, skummelt og nesten uvirkelig (Bringager et al., 2014, s. 15). Det er mange foreldre som prøver å finne mening i den kaotiske situasjonen (Cullberg & Hambro, 2007, s. 131). Dermed kan noen foreldre prøve å finne andre diagnoser de tror deres barn kan ha istedenfor kreft, altså en form for fornektelse (Cullberg & Hambro, 2007, s. 133). I tillegg er det mange som ikke ønsker å akseptere situasjonen da den er for tung. På den andre siden kan denne usikkerheten brukes som noe positivt og noe foreldrene kan jobbe videre med gjennom GTU (Growth through uncertainty), slik det blir foreslått i studiet til He et al. (2016). Situasjonens realitet bør anerkjennes uten at den fortrenses.

Foreldre følte det var trygt å kunne ha mulighet til å snakke med en sykepleier og motta informasjon (He et al., 2016; Aburn & Gott, 2014; Witt et al., 2019; Korhonen & Kangasniemi, 2013). I akutfasen tilstreber sykepleier å være bevisst på at informasjon og råd som gis, ikke alltid blir mottatt av foreldrene (Cullberg & Hambro, 2007, s.1 30). Travelbee (2010) fokuserer på at sykepleieren skal være tilgjengelig. Parallelt med at foreldrene selv jobber med GTU (He et al., 2016), kan det gjerne formidles at det er greit å være avhengig av noen, som for eksempel en sykepleier eller helsepersonell (Travelbee, 2010, s. 110). En slik formidling kan bidra til at de ikke føler de står alene i situasjonen. Det å anerkjenne

foreldrenes frykt, men også bruke den til noe de kan jobbe videre med for å mestre slik He et al. (2016) skriver, kan tydeliggjøres. Selv om Witt et al. (2019) fant at foreldrene prøvde å skjule sin frykt for barnet, kan dette likevel påvirke barnet gjennom nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon kan variere, og er ofte ens spontane reaksjon som kan være ubevisst for en selv (Eide & Eide, 2017, s. 136 & 140). Dette samsvarer med funnene i Aburn & Gott (2014) som fant at foreldrene også ble usikre på hvordan de skulle gi omsorg til barnet. Usikkerheten rundt rollen foreldrene har i behandlingen kan føre til en utfordrende situasjon for foreldrene, der de prøver å kontrollere sin egen frykt og samtidig vise god omsorg til barnet.

Det var blandede følelser rundt oppstarten av behandlingen, da noen følte den var plutselig og brå, mens andre satte pris på den (Korhonen & Kangasniemi, 2013). Det er utarbeidet pakkeforløp for kreft hos barn med mål om rask oppstart av behandling og unngåelse av unødvendig ventetid (Kreftforeningen, 2022). Fokuset i begynnelsen ligger på å starte så tidlig som mulig med cellegift for barnets behandlingsforløp, men da er noen foreldre fortsatt i sjokkfasen. Foreldrenes lavere kapasitet til å motta den nye informasjonen, kan føre til at deler ikke blir mottatt, men muligens feiltolket. Foreldrene kan fremstå som rolige og mottagelige, til tross for at de kanskje er i en isoleringsfase (Cullberg & Hambro, 2007, s. 134). Noen undertrykker følelser, slik de sier i Witt et al. (2019), for å beskytte og skåne barnet (Cullberg & Hambro, 2007, s. 134). Samtidig var det foreldre som ønsket en tidlig oppstart med informasjon og tildeling av primærsykepleier og begrunnet dette med en enklere tilvenning for dem selv og barnet (Korhonen & Kangasniemi, 2013). Helt sentralt her er at sykepleiere bør ha nok kunnskap til å kunne tilpasse informasjonen i tidlig fase, slik at foreldrene får med seg det aller viktigste (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dersom foreldrene ønsker det, kan det avholdes en oppsummering eller gjennomgang på et senere tidspunkt. I tilfelle de har flere spørsmål senere eller glemmer hva som ble sagt, skal foreldrene være klar over at de står fritt til å få gjentatt informasjonen.

## **5.2 Sykepleierrollen**

Det at oppstarten for mange foreldre følte brå, slik det nevnes i Korhonen & Kangasniemi (2013), er ikke noe som kan endres i seg selv, altså utsette oppstarten, men



sykepleietilnærmingen kan tilpasses. En ting å vurdere som sykepleier, er å være bevisst på informasjonstilpasning gjennom forløpet, spesielt i startfasen, og bruke god kommunikasjon for å best ivareta foreldrene i krise. Dersom det blir brukt en personorientert kommunikasjon, kan sykepleieren få foreldrene til å føle seg sett, hørt og forstått (Eide & Eide, 2017, s. 17). Målet bør være å gi informasjon og hjelpe foreldrene til å være praktisk involvert i omsorgen (Korhonen & Kangasniemi, 2013). Sykepleiere har en helt sentral rolle ved å gjenkjenne de tidligere stadiene av sorg og tilpasning som familien opplever, og de vanskelighetene de sannsynligvis vil møte i håndteringen av skremmende situasjoner (Aburn & Gott, 2014). En relasjonsorientert rolle der det fokuseres på den emosjonelle belastningen av diagnose og kommunikasjon, er vesentlig. En annen ting å vurdere, er kroppsspråket og holdningene helsepersonell har i møte med familien. Nonverbal kommunikasjon er noe som sykepleiere har med seg gjennom hele hjelpeprosessen. Ved å møte den andre personen på en bekreftende og beskyttende måte skaper man trygghet og tillit, slik at en våger å åpne seg (Eide & Eide, 2017, s. 136- 137). Som sykepleier viser man empati ved å sette seg inn i personens psykiske tilstand der og da, i øyeblikket (Travelbee, 2010, s. 175).

Artikkelen til He et al. (2016) påpekte håndteringsstrategier som foreldrene benyttet som samarbeid, vedlikehold av den sosiale støtten, forståelse av den medisinske situasjonen gjennom kommunikasjon med andre foreldre, og rådgivning fra helsepersonell. Som nevnt tidligere, blir barnet ofte dårlig rundt en uke etter kuren (Bringager et al., 2014, s. 29). I denne fasen er mange foreldre redde (Witt et al., 2019). Blir det da tid for bearbeiding av disse følelsene, eller vil det forsterke følelsene av fornektelse og undertrykkelse? Faste sykepleiersamtaler med foreldrene er nødvendig (Bringager et al., 2014, s. 146). Det bør være tid og rom for følelser der barnet ikke er til stede. Lek som intervensjon, slik Witt et al. (2019) og Aburn & Gott (2014) nevner, der barnet er opptatt med en leke-terapeut, kan være en mulighet til en privat samtale med sykepleier. Som et resultat av lek som intervensjon kan barnets trivsel forbedres og mestringsevnen økes (Witt et al., 2019). Samtidig kan det hjelpe foreldrene å se at barnet leker, og dersom barnet føler seg bra, vil dette kunne resultere i at foreldrenes usikkerhet og redsel avtar (He et al., 2016). Foreldrenes utbytte av lek som intervensjon, er et resultat av at god informasjon om intervensjonens innhold ble godt formidlet på forhånd (Witt et al., 2019). En ulempe med denne intervensjonen er at smerte ofte er en begrensende faktor (Witt et al., 2019), og som

følge av dette vil ikke alltid lek være et passende alternativ. Å diskutere situasjonen med andre foreldre, slik Aburn & Gott (2014) skriver, kan også bidra til å normalisere bekymring og usikkerhet som følger med foreldrerollen (Kerr mfl., 2004, i Bringager et al., 2014 s. 124). Disse strategiene kan være nyttige, men vil ikke alltid være passende for alle familier og situasjoner, og det er nødvendig for sykepleieren å tilpasse tiltakene etter behov og omstendigheter.

Som beskrevet i artikkelen til Witt et al. (2019), var det ulike syn på hva barnet trengte da foreldre og fagfolk ble intervjuet. Sett fra foreldrenes perspektiv brukte barnet håndteringsstrategier som isolasjon, aggresjon og tilbaketrekning. Sett fra fagfolkens perspektiv ble det ikke observert håndteringsstrategier som aggresjon og opprør. Fagfolkene mente derimot at barnet søkte sosial støtte og informasjon (Witt et al., 2019). Dette styrker betydningen av god kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og foreldre. Om barnet har knyttet seg til en særskilt sykepleier, kan man se en endring i barnets oppførsel (Korhonen & Kangasniemi et al., 2013). Både sykepleiere og foreldre har ulik oppfatning av situasjonen, men også ulik erfaring med seg. Selv om forelderen har en bakgrunn innen helse, vil en fortsatt være en forelder i situasjonen. En del av både sykepleierrollen og foreldrearbeidet er at disse to partene spiller hverandre gode. Foreldre trenger sykepleierens kunnskap og erfaring rundt smerter, samtidig som sykepleieren trenger foreldres unike evne for å kunne forstå seg på barnet (Bringager et al., 2014, s. 194).

### **5.3 Smerteopplevelse**

Smertelindring er en sentral sykepleieoppgave i behandlingen av barn med kreft. Med smerte følger også angst og følelsen av mangel på kontroll, som forsterker smerten. Har angst og følelsen av manglende kontroll først gitt smerten overtaket, blir det vanskelig å få barnet smertefri med det vi har tilgjengelig for smertebehandling (Bringager et al., 2014, s. 193-194). Slik Travelbee (2010) vektlegger i hennes teori, er derfor smerte ikke bare en utfordring for den som opplever den, men også for leger og sykepleiere som skal prøve å lindre. Siden smerte er noe pasienten selv mener det er, kan smerte være en utfordring å vurdere (Markestad & Grønseth, 2022, s. 173). Det kan være vanskelig å skille mellom smerte forårsaket av uro, eller om det er smerte i forbindelse med angst og redsel. I tillegg

kan det være fysiske smerter, der de ulike smertetyperne kan være vanskelig å definere (Kreftforeningen, 2023). På den positive siden påpeker Witt et al. (2019) at bruken av «late som lek» som en intervensjonsmetode kan være med på å distrahere barnet og dermed redusere smerteopplevelsen. En slik intervensjonsmetode er en gunstig måte å formidle på, forbedre trivsel, øke mestringsevne, og tillate barnet å uttrykke følelser i trygge omgivelser. I tillegg kan dette føre til at smerter og sykehusopphold blir litt glemt. For yngre barn som ikke klarer å snakke om følelser, og for litt eldre barn som muligens ikke ønsker å snakke om følelser, kan lek være et godt alternativ. På den negative siden kom det frem at smerte var et begrensende aspekt i denne intervensjonen for mange barn (Witt et al., 2019). Dette forteller oss at dersom barnet har mye smerter, noe som er vanlig første tiden etter cellegift (Bringager et al., 2014, s. 29), vil ikke en slik intervensjon ha like stor innvirkning. God smertelindring og smertevurdering før prosedyrer og lek er derfor helt sentralt for at barnet skal få utbytte av en slik intervensjon (Bringager et al., 2014, s. 193-194).

De fysiske virkningene av kreftbehandlingen, som trøtthet, smerte, kvalme og oppkast førte til psykisk stress i form av angst for ytterligere smerter, frykt for et medisinsk inngrep eller generell følelse av sorg (Witt et al., 2019). En sykepleier bør benytte seg av smertevurderingsskalaer, som VAS eller NRS, som barnet selv kan være med på å vurdere (Grønseth & Markestad, 2019, s. 179). Dersom smertene på den ene siden skulle være forårsaket eller forsterket av angst og frykt, vil bruken av smertevurderingsskalaer kanskje rette oppmerksomhet mot samarbeid og mestring. Bruken av slike smertevurderingsskalaer avhenger selvsagt av barnets alder, tidligere erfaringer og kognitiv utvikling (Grønseth & Markestad, 2022, s. 70-71). Selv om barn er på samme alder, betyr ikke det at de krever samme tilnærming. På den andre siden er det ikke alle barn som vil eller er i stand til å samarbeide, slik at denne tilnærmingen til tider kan bli utfordrende. Witt et al. (2019) påpeker at noen av de eldre barna ønsket å få være i fred, mens andre barn ville forstå og lære mer om sin diagnose. En slik medbestemmelse kan være med på å gi følelsen av kontroll.

#### **5.4 Videreformidling av informasjon**

He et al. (2016) påpekte at foreldre med høyere utdanning var mer usikre enn foreldre med

lavere eller ingen utdanning. For at det skal være et bra samarbeid mellom sykepleier og foreldre, er det nødvendig å akseptere at situasjonen oppfattes ulikt, og måten en håndterer situasjonen på er individuell (Long og Marsland, 2010, i Bringager et al., 2014, s.145). Det sentrale i studiet til He et al. (2016) er at man i møte med foreldrene har kjennskap til deres utdanningsnivå, alder, religion og sivilstatus. På den ene siden skal man alltid tenke at foreldre skal få lov til å være foreldre uavhengig av erfaringer, religion, sivilstatus og jobb. Målet skal være å ivareta behovene til både pasient og foreldrene (Travelbee, 2010, s. 160-161), til tross for deres bakgrunn. På den andre siden bør man ha en viss oversikt over deres tidligere erfaringer, kunnskaper, individuelle behov og kulturelle forskjeller. Generell kunnskap om foreldrenes bakgrunn kan være til hjelp med tanke på hvordan de mottar den nye informasjonen. Foreldre som er leger og sykepleiere har ofte andre spørsmål enn foreldre uten helsebakgrunn. De har også ulik forståelse for informasjon som blir gitt. Foreldres delte meninger rundt informasjonstilpasning kommer tydelig frem i studiet til Aburn & Gott (2014), der noen foreldre mente at den «hvite mappen» med informasjon de mottok var veldig nyttig, mens andre syntes den var mindre verdifull og vanskelig å forstå. Det forventes at sykepleier viser oppmerksomhet i forhold til valg av ord og formuleringer, samtidig som de opprettholder sin profesjonelle rolle og muliggjør etisk refleksjon (Norsk sykepleieforbund, 2019).

I studiet til Aburn & Gott (2014) kommer det frem at mange foreldre følte seg overveldet i begynnelsen. Følelsen av usikkerhet og belastningen sykdommen medførte kan underbygges i studiet til He et al. (2016) og studiet til Witt et al. (2019). For at sykepleieren skal kunne tilpasse mengden informasjon og grad av detaljer, er det derfor vesentlig å ha kjennskap til foreldrenes følelser og tanker. Etter en tragisk beskjed, slik som at barnet deres har fått ALL, vil mange ofte være i en sjokkfase. Man skal ikke unngå å gi informasjon fordi man tror den ikke vil bli mottatt, men heller bruke gode kommunikasjonsferdigheter, som personorientert og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 17 & 136 & 140). Som tidligere nevnt, har foreldrene en betydelig større påvirkning på sine barn enn hva sykepleiere har (Grønseth og Markestad, 2011, i Bringager et al., 2014 s. 124). Dette understreker viktigheten av å opprettholde god kommunikasjon med foreldrene gjennom barnets behandlingsforløp.

Slik det kom frem i Aburn & Gott (2014), var foreldrene usikre på hvor mye informasjon barna skulle få på diagnosetidspunktet. Ifølge Piagets teori har barnet begrenset kognitiv

kapasitet i tidlige stadier, noen som utvikler seg i senere stadier der barnet har mer konkret forståelse og evner å tenke logisk (Eide & Eide, 2017, s. 293- 294). I tillegg til sykdomsforståelse er det flere rettslige aspekter som gjør tilpasningen av informasjon til en utfordring. Som nevnt i innledningen, er det ulik rett på informasjon, samtykke og inkludering av barnet i behandlingen gjennom oppveksten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

## 5.5 Metodediskusjon

De fire inkluderte studiene var skrevet på engelsk, noe som kan ha ført til feiltolkning ved oversettelse av ord. Inkluderingen av studier fra ulike land fører til at det kan være forskjeller i landenes helsevesen og kultur, variasjon i kvaliteten på helsetilbudet og rutiner blant helsepersonell. Artikkelen til He et al. (2016), som er fra Kina, skilte seg ut fra de resterende artiklene som var fra New Zealand, Finland og Tyskland, da He et al. (2016) inkluderte faktorer som religion, sivilstatus og ansettelsesstatus i sin artikkel. På tross av forskjeller i helsevesen, kultur, rutiner og kvalitet, var det fellesnevner i alle de inkluderte studiene at foreldre til barn med leukemi var redde og usikre (Witt et al., 2019; Aburn & Gott, 2014; He et al., 2016; Korhonen & Kangasniemi, 2013).

Artikler ble funnet gjennom to velkjente databaser, Medline Ovid og Cinahl. Det ble ikke søkt på smerte da det førte til få treff og økt fokus på barnet istedenfor foreldrene. Det resulterte i at det kun var en artikkel som fokuserte spesifikt på smerte, noe som kan sees på som en svakhet i min oppgave, sett i lys av problemstillingen. Til tross for få resultater fra forskningsartikler, har jeg inkluderte teori som understøtter at dersom foreldrene er usikre og redde, vil dette påvirke barnet som igjen kan være med på å øke smerteopplevelsen til barnet (McGrath, Peek & Melnyk, i Bringager et al., 2014, s. 145). Enkeltmomenter fra hver artikkel ble trukket ut og sammenfattet. Samtidig som dette kan ha ført til ekskludering av informasjon fra artiklene, da kun relevante momenter ble inkludert, føler jeg at momentene utfyller hverandre og styrker poengene i diskusjonen.

Det er verdt å nevne at smerteopplevelsen beskrevet av Witt et al. (2019) kommer fra foreldrene og ikke direkte fra barnet. Hos de yngste barna vil ikke formidlingen av smerte

være like tydelige som hos eldre barn (Grønseth & Markestad, 2022, s. 179-180), noe som kan føre til en tolkning av smerteopplevelsen fra foreldrene. Dette kan gjøre at konkluderingen på barnas vegne ikke ble helt reell, men sett fra et utenfraperspektiv. Jeg valgte å fokusere på foreldrene, og bruke bakgrunnsinformasjon som bekrefter foreldres påvirkningskraft på barnet (Grønseth og Markestad, 2011, i Bringager et al., 2014 s. 124).

Den ene artikkelen nevner ikke vurdering av etisk komite, noe jeg ser på som en svakhet, men jeg har valgt å inkludere den da jeg vurderte den som relevant (Aburn & Gott, 2014). Til tross for denne mangelen er resten av artikkelen vurdert ut ifra kvalitative sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2017).

Selv om barn i ulike aldersgrupper uttrykker smerte og ubehag på forskjellige måter, og har ulike behov (Eide & Eide, 2017, s. 293-295), ble et aldersspenn fra null til femten år valgt. Jeg valgte dette aldersspennet da det var vanskelig å finne flere artikler innenfor et mindre aldersspenn. Fokuset har vært på foreldrene og deres perspektiv sett i lys av at deres barn har kreft. Til tross for at det store aldersspennet kan bli sett på som en svakhet, mener jeg at det i min oppgave styrker viktigheten av å tilpasse informasjon og veiledning til foreldre i de ulike aldersgruppene. Det styrker også viktigheten av sykepleieren sin rolle i kommunikasjonen med foreldrene.

## 6.0 Konklusjon

Kommunikasjon er nøkkelen i samtaler med pasient og foreldre. Sykepleiere har mange roller, blant annet å kunne videreformidle, tilpasse, og sørge for at informasjon ikke bare blir gitt, men også mottatt og forstått.

For å svare på problemstillingen min, «Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon med foreldre, bidra til god smertebehandling hos barn med ALL?», bør viktigheten av opplæring og fokus på foreldre belyses. Foreldrene må ikke glemmes i barnets behandlingsforløp. En kreftdiagnose er alvorlig, livet blir snudd på hodet, og familien er i en krise.

Ved å trygge og sørge for at foreldrene ikke blir glemt i kaoset etter en alvorlig diagnose, reduseres angsten og frykten mange føler på, spesielt i akutfasen. Mangel på kontroll, frykt, og redsel forsterker smerter hos barn. Trygge foreldre er en forutsetning for at barnet føler på en trygghet. Foreldrene har større påvirkningskraft på barnet enn det sykepleiere har, noe som aktivt bør brukes gjennom samarbeid og kommunikasjon. Dette er noe som må belyses og anvendes i smertebehandlingen av barn med ALL.

Det finnes mange måter en kan kommunisere med barnet på, inkludert verbale og nonverbale uttrykksformer. Hver familie finner sin tilnærming til kommunikasjon gjennom veiledning og støtte fra helsepersonell. Felles mål er barnets velvære slik at smerteopplevelsen blir minst mulig.

Oppsummert viser faglitteraturen at god kommunikasjon mellom sykepleier, og foreldre til alvorlig syke barn bidrar til tillit og trygghet gjennom vanskelig og smertefull behandling. Trygghet har vist seg å være et viktig bidrag til en god og helhetlig smertebehandling.

## Referanseliste

- Aburn, G., & Gott, M. (2014). Education Given to Parents of Children Newly Diagnosed with Acute Lymphoblastic Leukemia: The Parent's Perspective. *Pediatric Nursing*, 40(5), 243-256.
- Barnekreftportalen. (u.å.). *Kreft hos barn i Norge*. Hentet 25.04.23  
<https://www.barnekreftportalen.no/info/om-barnekreft-i-norge/>
- Bringager, H., Hellebostad, M. Sæter, R., & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft: en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Børli, H. (u.å.). *Hold ut*. Hentet 12.03.23 fra <https://hansborli.no/dikt/hold-ut/>
- Cullberg, J., & Hambro, C. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (5. utgave.). Fagbokforlaget.
- He, S., You, L. M., Zheng, J., & Bi, Y. L. (2016). Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. *Cancer Nursing*, 39(3), 205-212.
- Helsebiblioteket. (2017, 28. august). *Kildevalg*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-31-om-helsebiblioteket>
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>



Helsebiblioteket. (2020, 31. august). *Søkeord*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-34-sokeord>

Helsebiblioteket. (2021, 7. september). *Sjekklist*er.

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

Helsedirektoratet. (2016, 30. august). *Om pakkeforløpet*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/kreft-hos-barn/om-pakkeforlopet>

HVL. (u.å). *Søk etter fagressurser*. Høgskulen på Vestlandet. Hentet 05.01.23

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

HVL. (2023, 16. februar). *Zotero*. Høgskulen på Vestlandet.

<https://www.hvl.no/bibliotek/skrive-og-referere/zotero-og-endnote/zotero/>

Ingebrigtsen, T., Bendiksen, R., Hansen, Å.M., Nyvoll, S. & Bergseth, H.P.

(2009). Pasienttilfredshet i en sykehusavdeling med primærsykepleie og pasientansvarlig lege. *Sykepleien*, 91(16), 44-47. [10.4220/sykepleiens.2003.0041](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0041)

Korhonen, A., & Kangasniemi, M. (2013). It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 732-738.

Kreftforeningen. (2022, 29. november). *Leukemi hos barn*. Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/leukemi-hos-barn/>

Kreftforeningen. (2023, 28. mars). *Smerte*. Kreftforeningen. [https://kreftforeningen.no/rad-](https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/#h-ulike-typer-smertes)

[og-rettigheter/smerte/#h-ulike-typer-smertes](https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/#h-ulike-typer-smertes)

Kristofersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg.). Gyldendal.

Norsk sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Norsk sykepleieforbund.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§4-4>

Romestrand, M., & Sævig, B. I. W. (2022). *Smerte hos barn og unge*.

<https://www.barnekreftforeningen.no/nyheter/smertelinding>

Søk og skriv. (2022, 5. April). Systematisk søking.

<https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#anvendelse-av-pico-pa-to-helsefaglige-sp%C3%B8rsmål>

Søk & skriv. (2023, 22. mai). APA 7th. Søk & Skriv.

<https://www.sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#henvisninger-i-teksten>

Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.).

Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje* (2. utg.). Munksgaard.

Witt, S., Escherich, G., Rutkowski, S., Kappelhoff, G., Frygner-Holm, S., Russ, S., Bullinger, M. & Quitmann, J. (2019). Exploring the potential of a pretend play intervention in young patients with leukemia. *Journal of pediatric nursing*, 44, e98-e106.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Søkehistorikk

Database	Søkedato	Søkeord/ kombinasjon	Antall treff	Valgt artikkel
MEDLINE OVID	10.02.23	1. leukemia mp	339880	
		2. Leukemia	59290	
		3. acute lymphocytic leukemia mp	4395	
		4. acute lymphoblastic leukemia mp	30645	
		5. Precursor Cell Lymphoblastic Leukemia- Lymphoma	28732	
		6. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	339880	
		7. communication*	455212	
		8. Communication	98255	
		9. relation* mp	3008656	
		10. Relationship mp	1839569	
		11. 7 OR 8 OR 9 OR 10	3362124	
		12. parent* mp	3008656	
		13. Parents	78780	
		14. 12 OR 13	549422	
		15. nurs* mp	801536	
		16. Nurses	44939	
		17. 15 OR 16	801536	

		18. 6 AND 11 AND 14 AND 17	75	<p>Exploring the potential of a pretend play intervention in young patients with leukemia (Witt et al, 2019)</p> <p>Education given to parents of children newly diagnosed with acute lymphoblastic leukemia: The parent's perspective.  (Aburn &amp; Gott, 2014)</p> <p>It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: Qualitative study highlighting the perspectives of nurses, physicians and parents. (Korhonen &amp; Kangasniemi, 2013)</p>
CINAHL	11.02.23	1. leukemia	33353	
		2. MH leukemia	5393	
		3. acute lymphoblastic leukemia	6577	
		4. acute lymphocytic leukemia	5881	
		5. MH Leukemia, Lymphocytic, Acute	5725	
		6. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5	33353	
		7. nurs	971109	
		8. MH Nurses	69637	
		9. 7 OR 8	971109	
		10. parent	211598	
		11. MH Parents	49659	
		12. MH Parental Attitudes	15801	
		13. MH Parental Behavior	2544	
		14. 10 OR 11 OR 12 OR 13	211598	

		15 cooperation	11122	
		16 MH Cooperative Behavior	8998	
		17 relation	824363	
		18 15 OR 16 OR 17	837014	
		19 6 AND 9 AND 14 AND 18	52	Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia (He et al, 2016)

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Metode/design	Utvalg	Resultat	Kommentarer
Aburn, G., & Gott, M. (2014)  New Zealand	Hvilke oppfatninger og erfaringer foreldre har som tar seg av nydiagnostiserte barn med ALL i forhold til undervisning før første utskrivelse fra sykehuset?	Kvalitativ metode	Av 12 deltakere: 9 mødre og 3 fedre.  5 fullført videregående og 5 fullført utdanning etter videregående. De resterende var ikke spesifiserte.  Alder barn: 2-14 år.	- <u>Foreldrenes opplevelse</u> Mange følte seg overveldet. Usikkerheten var stor rundt hvor mye informasjon deres barn skulle få på diagnosetidspunktet. Foreldre var fornøyde med lek som intervensjon. - <u>Rollen til helsepersonell</u> Mange foreldre rapporterte at de når som helst kunne snakke med legeteamet og sykepleierne. - <u>Tilnærming til opplæring</u> Andre måter enn den «hvite mappen» å gi informasjon på, var gjennom samtaler med helsepersonell og med andre foreldre på avdelingen. Barnebøker supplert fra barnekreftforeningen var også til god nytte. Noen hadde brukt internett og det ble nevnt at det var “skummelt” å bruke et vanlig “Google søk”.	Formålet med studiet var klart formulert  Få deltakere: 12 av 25 deltok  Ingen etisk komite
He, S., You, L. M., Zheng, J., & Bi, Y. L. (2016)  Kina	Dette studiet undersøkte nivåer av foreldrenes usikkerhet og GTU og hjelpsomhet av positive mestringsstrategier foreldre vedtok.	Kvalitativ metode	95 foreldre og 95 barn med AL  32 hadde fullført grunnskole eller ungdomsskolen 28 videregående 35 høyskole eller høyere utdanning  Alder barn: yngre enn 14 år	Resultatene av denne studiet ga innsikt i sammenhengen mellom usikkerhet, mestring og GTU. Resultatene viste at det var tre faktorer for foreldrenes usikkerhet; måneder etter diagnosen, deres alder og utdanningsnivå. Etter hvert som behandlingen fungerte og foreldre fikk mer informasjon om barnets sykdom begynte usikkerheten å avta. Viktig håndteringsstrategi for foreldre var informasjon og støtte fra helsepersonell og venner. Foreldre foretrakk å søke informasjon fra andre foreldre til barn med samme sykdom, framfor informasjon de fikk fra helsepersonell.	Formålet med studiet var tydelig  Få deltakere  Etisk komite

<p>Korhonen, A., &amp; Kangasniemi, M. (2013)</p> <p>Finnland</p>	<p>Hvordan oppfatter sykepleiere, leger og foreldre det å bruke primærsykepleie i pediatrik onkologisk omsorg?</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv metode</p>	<p>Det var totalt 30 deltakere i denne studien.</p> <p>Alder barn: ikke nevnt</p>	<p><b>Primærsykepleierens rolle</b></p> <p>-Omsorgskoordinator Primærsykepleieren ga tidlig og kontinuerlig veiledning til familien og tok seg av medisiner og prosedyrer.</p> <p>-Oppgaveorientert primærsykepleie Målet var å gi informasjon og veilede foreldrene til å være praktisk involvert i omsorgen.</p> <p>- Relasjonsorientert primærsykepleie Denne delen la vekt på den emosjonelle belastningen av diagnosen og den sosiale belastningen. Kommunikasjon var nøkkelen her.</p> <p>Starten av prosessen var for noen plutselig og tilfeldig. Andre mente at det ikke var ansvarlig sykepleier de første dagene. Foreldre understreket viktigheten av tidlig oppstart for å lette tilvenning for dem selv og barna under kaotiske faser.</p> <p>Foreldrene la merke til en forsinket eller fraværende debut og lurt på om barnets egenskaper påvirket debuten.</p> <p>Foreldrene uttrykte at det å kjenne sykepleieren ville lette deres mestring.</p>	<p>Formålet var klart formulert</p> <p>Få deltakere</p> <p>Etisk komite</p>
<p>Witt, S., Escherich, G., Rutkowski, S., Kappelhoff, G., Frygner-Holm, S., Russ, S., ... &amp; Quitmann, J. (2019)</p> <p>Tyskland</p>	<p>De undersøkte potensialet for en "late som lek"-intervensjon for unge pasienter med leukemi fra begge foreldres perspektiv og fagfolk for å gjenkjenne og tilstrekkelig vurdere muligheter og hindringer før initieringen av denne nye intervensjonen.</p>	<p>Kvalitativ metode</p>	<p>15 ansatte og 13 foreldre fra medisinske senter.</p> <p>Alder barn: 1-11 år</p>	<p><u>Evnen til å spille i sammenheng med leukemi</u></p> <p>Det er reduserte muligheter til lek hos barn med leukemi. Dette inkluderte restriksjoner og begrensninger grunnet fysiske aspekter ved livskvalitet som bivirkninger, fysisk svakhet og tap av konsentrasjon. Smerte så ut til å være en begrensende aspekt av kreft til å kunne leke.</p> <p><u>Måter å takle leukemi på.</u></p> <p>Foreldre og fagfolk fokuserte på ulike måter barn taklet leukemi på, dens behandling og dens konsekvenser. Resultatene var aggresjon, unngåelse, aksept, isolasjon, opprør, aggresjon og tilbaketrekning.</p> <p>Foreldrene beskrev barnet som delvis apatisk, sløvt og tilbaketrukket og la vekt på viktigheten av digitale medier som distraksjon. Noen barn, spesielt eldre, ønsket å bli latt være i fred, mens andre barn ønsket å lære om diagnosen.</p> <p><u>Foreldrenes livskvalitet og foreldrenes behov.</u></p> <p>Belastningen sykdommen medførte påvirket hele familien.</p> <p>Foreldrenes eller familienes liv endret seg brått. Foreldrene rapporterte følelsen av hjelpeløshet. Foreldre opplevde eksistensiell frykt for barnas liv. I tillegg ville de ikke vise frykt foran barna. Følelsen av frykt var der konstant.</p> <p><u>Oppfatninger av potensiell late som lek som intervensjon</u></p> <p>Både foreldre og fagfolk satte pris på tanken om å bruke lek som intervensjon for små barn med kreft.</p>	<p>Formålet var klart formulert</p> <p>Få deltakere</p> <p>Etisk komite</p>

				<p>Kreativ fantasilek (under profesjonell veiledning) kan forbedre trivsel og øke mestringsevne. En planlagt intervensjon skaper en trygg ramme der barnet kan uttrykke sine følelser, noe som vil være gunstig for barn som ikke ønsker å snakke med foreldrene. Fagfolk foreslo å teste denne intervensjonen under akuttbehandling fordi det er da barnet trenger mest støtte.</p>	
--	--	--	--	--	--



Vedlegg 3: Prisma Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram

