

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hør på meg, det er mitt liv!

Det kreftsyke barnets opplevelser og mestring av sykdommen



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.2021]

Jeg/vi tillater at denne bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn:

Barn og unge som rammes av kreft skal gjennom en krevende behandling som vil påvirke dem fysisk og psykisk. Kreftbehandlingen krever oppfølging fra helsepersonell og forandrer barnets liv utviklingsmessig og sosialt. Sykepleieren utfordres i samhandling med barnet og har stor betydning for dets opplevelse og mestring.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å beskrive kreftsyke barns opplevelser knyttet til innleggelse ved sykehus. Videre undersøkes det hvilken betydning sykepleieren kan ha for å fremme barnets mestring.

Metode:

Oppgaven anvender en integrativ litteraturstudie. Vi har søkt opp forskningsartikler og analysert dem etter Febe Fribergs analysemodell. Resultatene fra artiklene, aktuell teori og egne tolkninger utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultat:

Fra resultatene belyses barns opplevelser med kreft og erfaringer ved å være innlagt på sykehus. Det fremkommer negative opplevelser som barna likevel klarer å mestre ved hjelp av problemfokuserte og emosjonsfokuserede mestringsstrategier. Opplevelsene dreier seg om ensomhet, tillit og informasjon. Resultatene beskriver også hvordan barn verdsetter sykepleiere som er vennlige, morsomme, kompetente og som utvikler en personlig relasjon med dem.

Nøkkelord:

Barn, ungdom, kreft, opplevelser, mestring, kommunikasjon, relasjon, sykepleier, litteraturstudie

Forord

“Dobbelthake”

Jeg er så trist

Må være på sykehus

Jeg får medisin, men blir bare sykere

Mamma og pappa gråter

Når de tror at jeg sover

De sier til meg, at de vet at det går over

Men jeg klarer ingenting, og jeg blir ikke bra

Jeg har ingen krefter og jeg klar'ke å være glad

Jeg er så trist

Og det er midt på natta

Jeg er våken, men ingen trøster meg

Hvorfor må jeg være her, når jeg vil hjem

Hvorfor får jeg medisin, i en fremmed seng

Jeg lover å bli snill, for jeg har nok vært for slem

Sykepleier, vær så snill og send meg hjem igjen!

Jeg er så glad

Og det er midt på natta

Jeg er så spent, fordi vi skal ha fest

Jeg slipper ut i dag, fra rommet mitt

Jeg skal løpe i gangen, og ha det fritt

Vi skal marsjere og spise kake

Og jeg skal spise til jeg får:

Dobbelthake!

Randi Sæter/Hanne Bringager

(Bringager et al, 2014, s. 180)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemformulering	6
1.3 Hensikten med oppgaven.....	7
1.4 Begrepsavklaringer	7
1.5 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Teoretisk perspektiv	8
2.1 Barns utvikling.....	8
2.2 Kommunikasjon med barn og ungdom.....	8
2.3 Barn og mestring	9
2.4 Barn og etikk.....	10
2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori: Menneske-til-menneske-forhold	10
3.0 Metode	12
3.1 Litteratursøk.....	13
3.2 Analyse	14
4.0 Resultater	15
4.1 Barns opplevelser av kreftsykdom	15
4.2 Barns mestringsstrategier	17
4.3 Hvordan barn ønsker å bli møtt av sykepleieren	20
5.0 Diskusjonskapittel	23
5.1 Metodediskusjon.....	23
5.2 Resultatdiskusjon	25
6.0 Anvendelse i praksis	32

Litteratur	33
Vedlegg 1: Litteratursøk	35
Vedlegg 2: Oversikt over analyserte artikler.....	36

1.0 Innledning

Kreft er den hyppigste årsaken til dødsfall blant barn, selv med en overlevelsesrate på 86%. I 2019 ble det oppdaget 191 nye tilfeller av kreft hos barn, der flertallet er under 14 år (Silva, 2019). Kreftbehandling hos barn og unge kan vare i flere år og foregår når de fremdeles er i utvikling. For å mestre egen sykdomssituasjon trenger barn blant annet lek, skolegang, kontakt med venner og voksne som støtte. Sykepleierens oppgave er blant annet å fremme mestring for barnet i en situasjon som på flere måter kan virke sterkt begrensede (Bringager et al., 2014, s. 121).

De yrkesetiske retningslinjene er etisk veiledende for sykepleieren i henhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Det fremgår av yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal *“understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten”* (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Barn som rammes av kreftsykdom er en sårbar pasientgruppe. Både sykdommen og innleggelsen kan oppleves traumatisk for barnet. Sykepleieren utgjør derfor en viktig rolle for å sørge for gode opplevelser for barnet i møtet med sykdom og behandling (Tveiten et al., 2012, s. 35).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleierutdanningen vår har vi begge hatt en interesse for kreftsykdommer og for barn og unge. Kreft er en diagnose man stadig møter på i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Å kunne fordype seg i selve sykepleien til barn som rammes av kreftsykdom vekket en nysgjerrighet i oss begge. Vi ble derfor enige om at vi ønsket å lære mer om sykepleien til denne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemformulering

Barn og unge som rammes av kreft opplever å få et sammensatt behov for sykepleie. De skal gjennom en utfordrende behandling. Sykdommen og behandlingen medfører bivirkninger som vil påvirke både kropp og psyke. Dette krever hyppig oppfølging fra helsepersonell. Dessuten har ikke barnet utviklet seg eller tilegnet seg livserfaringer før hele livet brått sirkulerer rundt en kreftdiagnose (Bringager et al., 2014, s. 42).

I denne oppgaven har vi valgt å belyse barns opplevelser av egen kreftsykdom og hvordan sykepleieren kan være av betydning for barnets mestring. Vi opplever temaet som aktuelt i

utøvelsen av dagens sykepleie, ettersom det forekommer krefttilfeller hos barn hvert år. Vi undrer oss over hvordan ulike opplevelser påvirker barnets liv og utvikling. De negative opplevelsene kan utfordre den videre samhandlingen med barnet, noe som vi mener er viktig å kaste lys over. Med ny kunnskap kan sykepleieren bli bevisst på barnets meninger og behov, noe som kan bidra til gode opplevelser for barnet og ha betydning for barnets mestring.

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å beskrive opplevelser kreftsyke barn har knyttet til innleggelse ved sykehus. Videre undersøkes det hvilken betydning sykepleieren kan ha for å fremme barnets mestring.

1.4 Begrepsavklaringer

Kreft: Kreft er en sykdom som starter i en celle og bruker celledeling for å utvikle seg. Det starter som regel i et organ og kan vokse til et organsystem, eller til hele organismen. Kreftceller utnytter blodstrømmen eller lymfesystemet for å spre seg. Det finnes ingen konkret forklaring på hvorfor kreft oppstår, man vet kun at det kan påvirkes av indre faktorer, ytre faktorer eller atferdsfaktorer (Bringager et al., 2014, s. 19-20, 24).

Mestring: Begrepet mestring dreier seg om å takle ulike hendelser og utfordringer. Det kan omhandle konkrete oppgaver eller dypere utfordringer, for eksempel alvorlig sykdom. Man kan dele mestring i to strategier: problemfokuset mestring og emosjonsfokuset mestring. Problemfokuset mestring vil si at man aktivt arbeider mot et problem, mens emosjonsfokuset mestring handler om at man jobber med følelsene rundt problemet (Svartdal, 2018).

1.5 Oppgavens oppbygning

Første kapittel er en introduksjon til denne oppgaven. Videre tar oppgavens andre kapittel for seg aktuell teori. Kapittel tre omhandler metode og beskriver hvordan vi har gått frem for å finne forskningsartikler samt hvordan analysearbeidet har foregått. Kapittel fire presenterer resultatene av denne analysen. Deretter kommer kapittel fem der vi diskuterer anvendt metode og knytter resultatene og teorien sammen med egne tolkninger. Avslutningsvis ender oppgaven med å oppsummere hvordan funnene kan anvendes i praksis.

2.0 Teoretisk perspektiv

I oppgavens teoretiske del beskriver vi innledningsvis barns utvikling. Deretter har vi valgt å vektlegge teori om kommunikasjon, mestring og etikk knyttet til barn. Avslutningsvis presenteres et sykepleieteoretisk perspektiv på menneske-til-menneske-forholdet.

2.1 Barns utvikling

For å beskrive barns utvikling tar vi utgangspunkt i Erik Erikson sin teori presentert i boken til Håkonsen (2014). Det første leveåret erfarer barnet enten tillit eller mistillit til omgivelsene sine. Når foreldre sørger for nærhet, omsorg, mat, stell og stimulering til barnet, lærer barnet at det kan stole på å forutsi hvordan omgivelsene oppfører seg. En grunnleggende tillit til omgivelsene er viktig for den senere utviklingen. Dersom barnet opplever mistillit til omgivelsene, vil det kunne ha vanskelig for å utvikle relasjoner senere i livet på grunn av en grunnleggende mistro til de rundt seg. I det andre og tredje leveåret utvikler barnet en større uavhengighet ved at det nå kan bevege seg rundt på egenhånd. Barnet kan nå ta egne valg om hvem det vil samhandle med, men har ikke kunnskap eller erfaring om hva som er trygt og hva som er farlig (Håkonsen, 2014, s. 56).

Når barnet er i alderen tre til fem år vil det kunne danne seg forestillinger om den voksne verden, fordi barnet nå beveger seg både fysisk og psykisk innenfor større områder. Barnet lærer seg i denne fasen hva som er rett og galt samt erfarer skyld og skam for handlinger som ikke aksepteres av de rundt seg. I tillegg vil barnets eget initiativ til handlinger skape beherskelse og mestringsfølelse. Fra ca. seks til fjorten år vil barnet sammenligne seg selv med andre for å bruke det som en målestokk. Da vil de kunne kjenne på mestringsfølelse eller underlegenhet (Håkonsen, 2014, s. 57).

De første barneårene er preget av fysisk, psykisk og sosial utvikling og vekst. Ungdomsårene handler om å finne sin egen identitet uavhengig av foreldrene sine. Identitet kan forstås på forskjellige måter. Personlig identitet er knyttet til beskrivelser av seg selv, mens sosial identitet er knyttet til den gruppen man føler en tilhørighet til. Den sosiale identiteten utvikles mest i ungdomsårene da man gjerne ønsker å løsrive seg fra foreldrene sine og finne tilhørighet i en annen gruppe (Håkonsen, 2014, s. 59).

2.2 Kommunikasjon med barn og ungdom

God kommunikasjon er vesentlig for å bli kjent med og skape tillitsforhold til barn. Dette danner grunnlaget for å kunne gi informasjon, forberede barnet til undersøkelser og hjelpe barnet med å bearbeide opplevelser. Barn opplever sykepleiere ulikt og er observante med tanke på opptreden, toneleie og blikk. Barn liker sykepleiere som er vennlige, rolige, lyttende, holder blikkontakt og som bruker tid med dem. Kontaktskapende tiltak kan være å bøye seg ned til barnets høyde, lytte, spørre og se på ting som barnet har med seg hjemmefra (Grønseth & Markestad, 2017, s. 97-98). Kommunikasjon til barn og ungdom bør være preget av forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og lytting. Det er viktig å kommunisere direkte til eldre, trygge barn og ungdommer. Dersom voksne bortforklarer eller bagatelliserer følelser vil det gi inntrykk av at måten barnet opplever situasjonen på ikke blir anerkjent og det vil kunne føre til at barnet avviser videre kommunikasjon. Derfor er det viktig å møte barnet i den situasjonen det befinner seg i og prioritere å møte barnet følelsesmessig før man utfører planlagte sykepleiehandlinger. Sykepleieren må være bevisst på at barn har en begrenset evne til å forstå andres perspektiver, i tillegg til at andre kan ha vanskeligheter med å forstå dem (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99-100).

2.3 Barn og mestring

Mestring handler om individuelle ressurser, kunnskap, holdninger og tilgang på hjelpemidler, men også hvordan man evner å bruke ressursene sine. Mestringsevnen er i stor grad knyttet til de relasjonene man har utviklet og tilliten til dem (Tveiten et al., 2012, s. 59).

Som tidligere nevnt er det vanlig å skille mellom problemfokustert mestring og emosjonsfokustert mestring (Tveiten et al., 2012, s. 60). Problemfokustert mestring innebærer at man fokuserer på å endre eller å løse problemet man opplever. Den følelsesmessig fokuserte mestringen dreier seg mer om hvordan man forsøker å redusere eller eliminere de vonde følelsene og ubehaget. Begge formene er nødvendige for å kunne håndtere de påkjenningene og stressopplevelsene man møter på i livet. I noen tilfeller vil man ikke alltid kunne endre situasjonen eller løse problemet, for eksempel ved alvorlige sykdommer. I slike tilfeller vil de emosjonsfokusterte mestringsstrategiene bidra til å redusere ubehaget slik at man klarer å forholde seg til situasjonen. De følelsesmessige mestringsstrategiene brukes ofte ubevisst og bidrar til at man kan akseptere og bearbeide situasjonen. Eksempler på slike mestringsstrategier kan være å søke sosial støtte eller akseptere situasjonen (Håkonsen, 2014,

s. 259-261). For barn og ungdom er familien den viktigste emosjonelle støtten samt en positiv holdning til livet, tro på egne ressurser og tro i egen religion (Tveiten et al., 2012, s. 63-64).

2.4 Barn og etikk

Sykepleieprofesjonen baserer seg på fire etiske prinsipper: velgjørenhetsprinsippet, ikke-skade prinsippet, rettferdighetsprinsippet og autonomiprinsippet (Nortvedt, 2016, s. 96). Når det gjelder barn som pasient kan det oppstå utfordringer tilknyttet autonomi (Tveiten et al., 2012, s. 205). Ordet autonomi betyr selvstyre. Det omhandler at en person bestemmer over egne handlinger og grunnlaget for dem (Sagdahl, 2019). Autonomiprinsippet innebærer dermed at pasienten har rett til informasjon og rett til å medvirke i beslutninger omhandlende seg selv (Tveiten et al., 2012, s. 207).

Barn er en pasientgruppe som kan utfordre sykepleieren med tanke på etiske dilemmaer som muligens ikke oppstår i samhandling med andre pasientgrupper. Som hovedregel er barn helsemyndig når de fyller 16 år og har dermed rett til medbestemmelse i egen behandling. Unntak gjelder eksempelvis kreftbehandling, der det er foreldrene som bestemmer (Helsenorge, 2019). Frem til barnet er fylt 18 år er det underlagt foreldrenes ansvar og derfor må sykepleieren forholde seg til begge parter når barnet er innlagt (Tveiten et al., 2012, s. 205). Et etisk dilemma for sykepleieren kan være å vurdere i hvor stor grad barnets ønsker skal vektlegges.

2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori: Menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbees sykepleieteori bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, der man vektlegger det mellommenneskelige aspektet i sykepleien (Kristoffersen et al., 2011, s. 216). Hennes definisjon på sykepleie lyder følgende:

«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, 2001, s. 29).

I følge Travelbee er sykepleiens overordnede hensikt å hjelpe individer, familier eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. I tillegg skal sykepleieren bistå i å

finne mening i slike erfaringer. Travelbee fremhever etablering av et menneske-til-menneske-forhold som fremgangsmåten for å kunne oppfylle sykepleierens hensikt. Selve prosessen i utviklingen av dette forholdet ses på som metoden til å utføre sykepleiens hensikt (Travelbee, 2001, s. 41). For å være en profesjonell sykepleier vektlegger Travelbee en evne til å bruke seg selv terapeutisk. Altså at man som sykepleier må integrere egen personlighet og kunnskap for å kunne hjelpe pasienten med forebygging, mestring og lidelse (Travelbee, 2001, s. 44-45). Travelbee definerer menneske-til-menneske forhold som følgende:

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2001, s. 177).

Dette krever at man legger bort titlene «sykepleier» og «pasient» og heller skaper en relasjon der man begge er mennesker. Å utvikle et menneske-til-menneske-forhold er en prosess der man samhandler med hverandre hele tiden. Samtidig kjennetegnes forholdet av gjensidig forståelse og kontakt, der begge parter har et behov som skal dekkes (Travelbee, 2001, s. 171-172). Forholdet karakteriseres av en spesiell atferd der begge parter kan oppfatte og respondere likeverdig samt se forbi rollene de har. Slik ser man den andre som et unikt menneske (Travelbee, 2001, s. 177-178). Travelbee fokuserer på viktigheten av å kjenne pasientens perspektiv og opplevelse av situasjonen, i stedet for og kun fokusere på diagnosen (Kristoffersen et al., 2011, s. 217).

3.0 Metode

Metode er en vitenskapelig og systematisert måte å innhente kunnskap på. Det er en god måte å finne informasjon til å utforske og belyse ulike problemstillinger. «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*» (Dalland, 2017, s. 50-51). Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder, der valget avhenger av hvilke data man er på utkikk etter. Kvantitativ metode omhandler data der innholdet kan forklares i målbare enheter, som kan kjennetegnes av presisjon, bredde og systematikk. Kvalitativ metode derimot, omhandler i større grad dybdeforståelse og tar for seg meninger som ikke kan beskrives med tall. Stikkord som kan beskrive dette er følsomhet, dybde, helhet og forståelse (Dalland, 2017, s. 52-53). Vi har valgt å anvende studier som bruker kvalitativ metode ettersom vi mener denne metoden belyser vår hensikt på en fullstendig måte og utdyper kreftsyke barns opplevelser.

Litteraturoversikt handler om å skape en oversikt over kunnskap og forskning innenfor et bestemt tema eller problem (Friberg, 2017, s. 141). Det er en metode med formål om å øke forståelsen for et tema og sammenstille forskning til en ny helhet. Det er også viktig for å hjelpe sykepleieren til å anvende nyere forskning i praksis (Friberg, 2017, s. 144). En generell litteraturoversikt innebærer at tidligere forskning beskrives og analyseres uten spesiell struktur eller rom for egen tolkning (Friberg, 2017, s. 143). En integrativ litteraturoversikt derimot åpner for at tidligere forskning beskrives og analyseres, men også tolkes og syntetiseres (Friberg, 2017, s. 150).

Denne bacheloroppgaven bygger på en integrativ litteraturoversikt, der vi har søkt frem vitenskapelige forskningsartikler som vi skal analysere for å svare på vår hensikt. Vi anvender Friberg sin analysemodell når vi skal analysere artiklene vi har funnet (Friberg, 2017, s. 148-150). Når vi foretar analyse av kvalitative studier kalles det en metasyntese (Friberg, 2017, s. 130). Neste delkapittel vil beskrive hvilke litteratursøk vi anvendte for å finne relevante forskningsartikler og hvordan vi gikk frem for å velge de mest relevante artiklene for vår oppgave.

3.1 Litteratursøk

I forkant av oppgaven var vi hovedsakelig ute etter å belyse sykepleierens perspektiv, men opplevde det vanskelig å finne artikler som kunne svare på vår hensikt. Derfor endret vi fra sykepleierens perspektiv til pasientens perspektiv.

For å finne data som svarer på oppgaven vår har vi søkt oss frem til relevante artikler. Vi startet arbeidet med systematisk litteratursøk i databaser for helse-og sosialfag. Disse hadde vi tilgang til via universitetsbiblioteket i Stavanger. Vi søkte med databasene Cinahl, Swemed+, Pubmed, Oria, PsycINFO, Medline og British Nursing Index.

For at utvalget av artikler skulle være mest mulig relevant for hensikten vår, satte vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse var veiledende for å vurdere artiklene kritisk og kvalitetssikre dem. Inklusjonskriteriene vi satte oss var følgende:

- Artiklene må omhandle det kreftsyke barnets perspektiv
- Deltakerne må ha erfaringer fra innleggelse på sykehus
- Deltakerne må være i alderen 0-18 år
- Artiklene kan omhandle alle kreftdiagnoser
- Artiklene er fagfelleverdert
- Artiklene har anvendt kvalitativ forskningsmetode

Eksklusjonskriterier vi satte oss var følgende:

- Artiklene skal ikke ta utgangspunkt i pårørende eller sykepleierens perspektiv
- Artiklene skal ikke være av kvantitativ forskningsmetode
- Artiklene skal ikke være eldre enn ti år gamle

Vi anvendte ulike søkeord på både norsk og engelsk. Vi startet bredt ved å søke på “*child*”, “*pediatric*” og “*cancer*” som enkeltøk og kombinasjonssøk. For å spisse søket enda mer søkte vi kun på artikler publisert mellom 2011-2021 og huket av for “peer reviewed”, altså fagfelleverderte artikler. Resultatene av dette gav oss mange treff på artikler om barn som pårørende, barn og palliasjon og trygging av foreldre til barn med kreft. Disse temaene var ikke aktuelle for vår hensikt og vi innså derfor at vi måtte konkretisere søket ytterligere. Litteratursøket presenteres i vedlegg 1.

Studien til Gibson et al. (2010) er skrevet i 2010. Vi valgte likevel å anvende den da den var svært aktuell for vår hensikt og kun ett år eldre enn eksklusjonskriteriet. Sett bort fra det dette tilfellet, oppfylte de resterende artiklene alle inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vedlegg 2 presenterer vår analyse av de valgte artiklene.

3.2 Analyse

Analysearbeidet handler om å dele opp de vitenskapelige artiklene og sette dem sammen til en ny helhet. Den nye helheten skal besvare vår hensikt. Som tidligere nevnt er det analysemodellen til Friberg som ligger til grunn for vårt arbeid. Friberg deler analysearbeidet opp i fire punkter (Friberg, 2017, s, 148-150).

1. Lese artiklene og forstå innholdet.
2. Foreta en datareduksjon og presentere artiklene i en oversiktstabell.
3. Sammenligne resultatene.
4. Sortere materialet i nye kategorier.

Vi startet analysearbeidet ved å lese artiklene grundig flere ganger slik at vi fikk en god forståelse for innholdet. Vi fokuserte på resultatene i artiklene da det er resultatene vi skulle bruke videre i analysen vår. Deretter skulle vi foreta en datareduksjon for å trekke ut hovedpunkter og nøkkelfunn. For å få en oversikt satte vi artiklene inn i en oversiktstabell. Da kunne vi se hva hver artikkel handlet om og få en kort oversikt over de relevante resultatene. Videre sammenlignet vi resultatene med hverandre og trakk ut relevante likheter og ulikheter. Til slutt sorterte vi resultatene og lagde en systematisk oversikt over hoved- og underkategorier. Vi trakk ut de viktigste funnene som vi mener svarer på vår hensikt og som da vil være vår nye helhet. Resultatene fra analysen er presentert i kapittel 4.0

4.0 Resultater

Funnene fra artiklene har vi gjennom Friberg sin analysemodell delt inn i hoved-og underkategorier. Resultatene fra de utvalgte artiklene beskriver kreftsyke barns opplevelser fra sykehusinnleggelse og mestringsstrategiene de benytter for å håndtere opplevelsene. Resultatene trekker også frem hvordan relasjonen til sykepleieren er av betydning for barnets mestring. Kategoriene er presentert i Tabell 1.

Tabell 1: Hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Barns opplevelser av kreftsykdom	-Ensomhet -Kommunikasjon og informasjon -Trygghet og kontroll
Barns mestringsstrategier	-Mestring av bivirkninger -Problemfokuserte og emosjonsfokuserte mestringsstrategier
Hvordan barn ønsker å bli møtt av sykepleieren	-Barns opplevelse av en imøtekommende sykepleier

4.1 Barns opplevelser av kreftsykdom

4.1.1 Ensomhet

Omsorg og støtte fra sine nærmeste opplevdes vesentlig for flesteparten av barna i studien til Gibson et al. (2010, s. 1403). I deres situasjon opplevde flere av barna ulike bekymringer og satt alene med disse fordi de ville være modige samt unngå å bli dømt av andre (Gibson et al., 2010, s. 1402). Mange av de eldre barna uttrykket at det var viktig å holde kontakten med venner og at de savnet å ha dem rundt seg. For venner og søsken var det vanligvis vanskelig å komme på besøk og de fikk ikke alltid kommunisert via telefon (Gibson et al., 2010, s. 1403).

I studien til Darcy et al. (2019) ble samme resultat presentert, der barna uttrykket et sterkt savn til barnehagen og skolen. *“I wonder what they are doing at preschool - do you think they are thinking about me?”* (Darcy et al., 2019, s. 5). Da barna likevel hadde mulighet til å leke med vennene sine endte det ofte med at barnet følte seg utenfor. De hadde ikke den samme energien til å løpe rundt eller klatre (Darcy et al., 2019, s. 5). Barna uttrykket at de følte seg mindre normale da de manglet energi til å gjøre det de selv ville, noe som de opplevde var forårsaket av sykdommen (Gibson et al., 2010, s. 1401). Å delta i aktiviteter med andre barn ga mange av barna en følelse av og ikke passe inn. Da de var med klassekameratene sine merket de hvor annerledes de var og alt de har gått glipp av. Noen av foreldrene til barna tilføyde at de og andre barn merket at det kreftsyke barnet hadde gått glipp av viktige sosiale normer og dermed ikke forsto samhandlingen med andre barn (Darcy et al., 2019, s. 6). Resultatene fra de ovenfor nevnte studiene kom frem til at barna følte seg alene og utenfor. For det første fordi de ikke kunne være med venner. For det andre påvirket sykdommen kroppen, utviklingen og begrenset livene deres, noe som forsterket disse følelsene (Gibson et al., 2010; Darcy et al., 2019).

4.1.2 Kommunikasjon og informasjon

I studien til Gibson et al. (2010) og Darcy et al. (2019) kom det frem at de fleste barna, uansett alder, har et behov for informasjon om sykdommen og behandlingen. Informasjonsmengden som ble gitt og måten det ble formidlet på påvirket hvordan barna opplevde situasjonen sin. Barna uttrykket at tilstrekkelig informasjon kunne lette bekymringer å gi en økt følelse av kontroll. De ønsket å komme med innspill over hvor mye de selv skulle bli involvert og i hvilket tempo. Dette gjorde at barna satt igjen med en følelse av å bli sett, hørt og ha kontroll over situasjonen (Darcy et al., 2019, s. 5). Studiene viste at barna ønsket å motta informasjonen på ulike måter. De yngste barna fortalte at de kun ba om informasjon fra foreldrene sine, mens de eldre barna ønsket informasjon fra helsepersonellet. *“They speak to mum first, they should talk to me first”* (Gibson et al., 2010, s. 1402). De eldre barna uttrykket et ønske om å bli tatt på alvor og snakket til som voksne mennesker uten bruk av barnslige ord. Flere av dem opplevde også utilstrekkelig informasjon, økt bekymring og skepsis rundt behandlingen. Samtidig opplevde flere av barna, både yngre og eldre, at de hadde utfordringer med å stille spørsmål. De ønsket en sykepleier som forsto når barnet hadde noe å spørre om (Gibson et al., 2010, s. 1402). Noen av barna rapporterte også en usikkerhet med å snakke for seg og turte ikke å uttrykke tanker og bekymringer de satt med. Barna opplevde det enklere å ta opp dette med familien, da de ikke ville bli sett ned på av

helsepersonellet. *“If i talk to so many people they'll think i'm silly”* (Gibson et al., 2010, s. 1402).

4.1.3 Trygghet og kontroll

Flere av barna fortalte om en følelse relatert til manglende kontroll og en opplevelse av å miste seg selv. Dette omhandlet blant annet et behov for kunnskap og forståelse som nevnt i 4.1.2 kommunikasjon og informasjon. Faktorer som økte dette behovet var de uvante omgivelsene, uvante matretter, kroppslige endringer og fysiske plager. Den største faktoren var en plutselig endring og et plutselig hjelpebehov (Darcy et al., 2019, s. 4).

“The suddenness of diagnosis and start of treatment led to feelings of being abused by the treatment and feelings powerless: “She was bright red and sweating and you could see panic in her eyes and she didn't have any control over her own body and couldn't fight back” (Darcy et al., 2019, s. 4).

Ingen av barna var fornøyd med sykehusmiljøet og opplevde at sykehuset ikke føltes ut som hjemme. Noen av barna hadde problemer med sykehussengene fordi de var harde og ukomfortable. Andre barn mislikte de triste og monotone fargene og hadde et behov for andre farger på for eksempel putene. Noen av barna følte et behov for å ha med leker hjemmefra, da lekene på sykehuset ikke hadde den samme tryggheten (Gibson et al., 2010, s. 1401). Barna rapporterte også at de mislikte maten på sykehuset, noe som økte følelsen av utrygghet (Gibson et al., 2010, s. 1401). De ble mer oppmerksomme på symptomer og bivirkninger og hvordan det påvirket kroppen, noe som reduserte følelsen av kontroll. Barna uttrykket at manglende kontroll over behandlingen, bivirkningene og smertene påvirket dem negativt. *“It made me feel so awful and sick and just God-like kind of ill that I just didn't even think anyone could feel... I never felt so disgusting in my whole life”* (Gibson et al., 2010, s. 1401). Tap av egne krefter og et stort hjelpebehov påvirket flere av barna. De var enige om å føle seg som en fremmed i sitt eget liv. *“Now i get help from my mummy to do pretty much everything, (before) i did it all myself”* (Darcy et al., 2019, s. 4).

4.2 Barns mestringsstrategier

4.2.1 Mestring av bivirkninger

De ulike opplevelsene av sykdommen førte til at barna utviklet mestringsstrategier for å håndtere de ulike utfordringene. Undersøkelsen til Sposito et al. (2015) tar utgangspunkt i barns mestringsstrategier ved fysiske plager forårsaket av cellegiftbehandling på sykehus. Studien kom blant annet frem til at barn har et behov for å forstå nødvendigheten av cellegiftbehandlingen. Barna fortalte at kunnskap hjalp dem med å mestre motgang og bivirkninger av behandlingen. Barna beskrev cellegift som en behandling av sykdommen og behandling for å redusere tumorens størrelse. To av barna i studien forklarte at det å forstå hvorfor cellegiftbehandling er nødvendig også hjalp dem med og ikke klage over smertene, samtidig hadde de en større frykt for å utvikle verre sykdom. *“Chemotherapy is needed to reduce the tumor. Despite the treatment being so bad, I keep taking chemo because I’m afraid of getting something worse”* (Sposito et al., 2015, s. 146).

Videre benyttet deltakerne i studien seg av lindrende tiltak da de opplevde bivirkninger og smerter under behandlingen. Noen foretrakk å ta smertestillende, mens andre fant lindring i massasje, bønn og avledende tanker. Barna uttrykket at kvalme og brekninger var den vanskeligste bivirkningen å håndtere fordi de ikke kunne styre dette selv. *“My stomach starts to get upset, then my mouth waters, and then I know when I’m gonna throw up”* (Sposito et al., 2015, s. 146). Da de ikke hadde matlyst eller mislikte maten på avdelingen fant de mestringsstrategier i og heller kjøpe mat fra sykehuskantinen eller ta med mat hjemmefra. Barna tilføyde at maten måtte være behandlet med god hygiene for å unngå infeksjoner. *“My fruit is all separated. They’re all sterilized”* (Sposito et al., 2015, s. 147). Hårtap var en fremmed og utfordrende bivirkning da de opplevde at andre kunne være dømmende (Sposito et al., 2015, s. 143-146).

“Before when I used to go with a cap to school it was kind of difficult because people are very prejudiced. Now that I’ve put on the wig it’s nice! They say that it’s pretty, that it matches my skin tone” (Sposito et al., 2015, s. 146).

Ved smerter og mye venting brukte barna aktiviteter og lek som mestringsstrategi for å søke distraksjon, underholdning og moro. Barna fortalte at lekene var det eneste positive med cellegiftbehandlingen. Flere barn uttrykket glede over å kunne bruke datamaskin, for da kunne de holde kontakten med venner. Til slutt fortalte barna at de fant mestringsstrategier i å opprettholde håp for en kur. Dette var viktig for å kunne møte motgang underveis. Flere av barna hadde et så stort håp at de til tider følte seg kurert. Mange av barna fant også støtte i

religion, uten at de yngste barna helt kunne forklare hvorfor troen deres hjalp (Sposito et al., 2015, s. 147). Et tolv år gammelt barn rapporterte følgende:

“I believe when I go to church it seems that God speaks to me. Then I have more faith, because I know God is with me. To finish this treatment, I went to church, prayed and thank God everything is right!” (Sposito et al., 2015, s. 147).

4.2.2 Problemfokusede og emosjonsfokusede mestringsstrategier

Forskningen til Han et al. (2017) omhandler i større grad mestringsstrategier for psykiske plager. Mestringsstrategiene i studien er delt inn i to kategorier: problemfokusede mestringsstrategier og emosjonsfokusede mestringsstrategier. Studien presenterer to problemfokusede mestringsstrategier. Den første innebar at barna aktivt søkte informasjon for å forstå diagnose, prognose og behandling. Barna fortalte at da de søkte denne informasjonen reduserte de frykt for den fremtidige behandlingen. Ved å søke informasjon fikk de positiv oppmuntring, trøst og støtte fra legene, sykepleierne og foreldrene. Dette reduserte stress, hjalp med å tolerere lidelse og skapte håp for gode prognoser.

“I was confused about long-term treatment at first, and mum told me the reason for it. You have to be treated when you get ill, and my illness needs longer treatment; it would be worse if i could not accept it. This treatment is meant to recover my health; I should bear it even though it's hard.” (Han et al., 2017, s. 45).

Den andre problemfokusede mestringsstrategien handler om problemløsning. Noen av de kreftsyke barna endret på omgivelsene på sykehusrommet, noe som gjorde at omgivelsene følte mer normale. Ettersom det var flere barn innlagt på samme avdeling fikk de venner som førte til at de følte seg mindre ensomme og opplevde situasjonen deres mer normal (Han et al., 2017, s. 43-45). *“When I feel bored I play and make friends with other children in the hospital. I enjoy playing with friends and forget my disease and depression.”* (Han et al., 2017, s. 45).

De emosjonsfokusede mestringsstrategiene handlet om at barna søkte trøst blant mennesker de stolte på, for eksempel foreldre eller søsken. Dette førte til redusert stress og forbedring av mot og selvtillit. *“My parents and nurses give me a lot of courage: they help me face treatment without worry, and eventually I feel peace.”* (Han et al., 2017, s. 45). Mange av

barna benyttet selvkontroll som mestringsstrategi. Da prøvde de aktivt å snu tankene over på noe positivt frem til det gikk av seg selv, for eksempel ved å se på tv-program eller lese en bok. *“I usually write unhappy things in my diary, and my mood becomes better during the writing.”* (Han et al., 2017, s. 45). Noen av barna valgte å skyve vekk tankene og la seg til å sove, altså en passiv regulering av egne følelser. De begrunnet dette med at når man sover har man ingen følelser og da vil man glemme de vonde følelsene samt våkne med et bedre humør (Han et al., 2017, s. 45).

En tredje mestringsstrategi som ble tatt i bruk var å uttrykke følelsene sine. Dette gjorde barna ved å gråte, spille spill eller skrive og tegne. *“When I am irritable, I do not want to say anything, just want to cry and get it out.”* (Han et al., 2017, s. 45). Dette førte til at de ikke bar på de vonde følelsene over lengre tid og dermed reduserte stress. Noen deltakere valgte å konfrontere utfordringene og bivirkningene ved sykdommen. De unge tenåringene fant for eksempel mestringsstrategier i å akseptere situasjonen slik den var. Da de visste at det ikke var noe å gjøre med problemet, aksepterte de det og lot det gå. Dermed opplevde de at tiden på sykehuset ble enklere. Den siste mestringsstrategien i undersøkelsen til Han et al. (2017) dreier seg om å søke belønninger. De litt eldre barna forstod at det lønte seg å være samarbeidsvillige ved undersøkelser fordi de visste at det alltid kom en belønning til slutt (Han et al., 2017, s. 45). *“When I first came here I missed home, my dad told me that he would discuss with the nurse to let me go home if I did well on the treatment. And then he took me home”* (Han et al., 2017, s. 45).

4.3 Hvordan barn ønsker å bli møtt av sykepleieren

4.3.1 Barns opplevelse av en imøtekommende sykepleier

I studien til Petronio-Coia & Schwartz-Barcott. (2020) trakk flere barn frem de samme egenskapene da de ble bedt om å beskrive en imøtekommende sykepleier. De viktigste egenskapene som ble nevnt var smilende, glad, leken, pratsom, lyttende, kreativ og kompetent (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 20). Alle deltakerne var enige om at det var enkelt å ta kontakt med en smilende og glad sykepleier. *“They would always smile. Always! They were never sad. They never frowned. They were just always happy... that made me feel welcomed and happy to be here”* (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 20). Et av barna sa at han følte seg mindre ansent og mindre redd av å se en smilende sykepleier. Et

annet barn uttrykket viktigheten av at de selv smilte tilbake til sykepleieren, slik at det var gjensidig mellom begge parter. Samtidig påpekte et par av barna at smilet måtte være ekte etter et møte med en sykepleierstudent: *“would try to be too happy and perky and it kinda got a little annoying after a while. They should just be themselves...and not smile all the time because that's annoying.”* (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 20).

Alle barna var enige i at sykepleiere som var morsomme var enklere å ta kontakt med. Dersom de fortalte vitser, var tøysete eller bare hadde det gøy sammen med barnet, opplevdes de tryggere. *“He makes me feel the most comfortable because he's funny. He makes me feel good inside”* (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 20). Barna fortalte at da sykepleieren opptrådte slik følte de seg velkomne og mindre anspente. Det skapte en trygghet og tillit hos barna, noe som åpnet for kontakt og samtale (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 20).

Andre viktige egenskaper var at sykepleieren snakket og informerte, men også lyttet. Det var viktig å informere barnet om den kommende undersøkelsen og behandlingen for å forberede barnet på det som skulle skje. Ved å gjøre dette viste sykepleieren respekt. *“Tell me ... ask ME if it's OK to lift up my shirt”* (Darcy et al., 2019, s. 4). Barna rapporterte at de likte å snakke med sykepleiere med lignende interesser som dem selv, for da følte de seg mindre ensomme. *“Made her: feel good inside because I am not just their patient, I can talk to them. I am not just a kid in the hospital. I am someone. I can talk to them and they can talk to me”* (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 21). I undersøkelsen til Gibson et al. (2010) fremheves dette. Barna satte pris på sykepleiere som ønsket å bli kjent med dem som enkeltindivid og som tok seg tid til å prate. At sykepleieren viste interesse økte tilliten, tryggheten og sjansen for at barnet turte å ta kontakt. En annen vesentlig egenskap var at sykepleieren var til å stole på. *“Sometimes they say they will play a game and then they don't come back...promised to come back but I knew when it was 8 o'clock she was not coming back”* (Gibson et al., 2010, s. 1403). Barna kunne også skille dem som kun var der for å gjøre jobben sin og dem som faktisk brydde seg (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 21). *“I certainly don't need any nurses coming in that don't really feel like coming in”* (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 21).

Det siste barna trakk frem som viktige egenskaper var kreativitet og kompetanse. For eksempel da sykepleieren fant kreative løsninger for å gi omsorg. Barna uttrykket også at de

kunne føle seg avslappet og trygge da de så at sykepleieren var kompetent og selvsikker. En av jentene i undersøkelsen til Petronio-Coia & Schwartz-Barcott (2020) hadde en positiv opplevelse da sykepleieren observerte at hun hadde smerter og fant smertestillende raskt uten at hun trengte å be om det. *“A very good nurse ... doing everything perfect for her patients”* (Petronio-Coia & Schwartz-Barcott, 2020, s. 21).

5.0 Diskusjonskapittel

I følgende kapittel vil vi diskutere valg av metode og ulike metodiske aspekter ved oppgaven. Dette vil blant annet handle om integrativ litteraturoversikt, kvalitetssikring av artiklene og geografiske forhold. Avslutningsvis i kapittelet vil vi diskutere resultatene fra forskningsartiklene i sammenheng med teorien og trekke inn egne tolkninger.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Perspektiv

I forkant av denne oppgaven hadde vi i utgangspunktet tenkt til å belyse sykepleierens perspektiv. Etter å ha søkt etter forskningsartikler fant vi få artikler som kunne svare på hensikten vår. Vi så oss derfor nødt til å bytte til pasientens perspektiv. Det kan tenkes at vi kunne besvart sykepleierens utfordringer bedre dersom vi hadde utforsket sykepleierens perspektiv. På den ene siden kunne vi belyst begge perspektiver noe som ville vært en styrke for oppgaven, men med bakgrunn i oppgavens omfang ville det blitt for omfattende å utforske begge perspektivene. På den andre siden tenker vi at å belyse pasientens perspektiv skaper en dypere forståelse og belyser flere opplevelser som det innlagte barnet har. I tillegg får vi bevisstgjort barnas egne preferanser for sykepleieren.

5.1.2 Integrativ litteraturoversikt og kvalitativ metode

Vi brukte integrativ litteraturoversikt som metode der vi søkte frem empiriske forskningsartikler. Vi opplever det som en oversiktlig måte å arbeide på som gir tilstrekkelig svar på vår hensikt. Imidlertid har det vært utfordrende å luke ut relevant forskning som svarer godt på hensikten. Vi innser i ettertid at litteraturoversikt kan være en begrensende arbeidsmetode da man ikke får belyst fagområdets bredde. Dermed kan det tenkes at man overser relevante artikler som kunne besvart hensikten på en bedre måte.

Alle artiklene vi anvendte har hatt en kvalitativ tilnærming ettersom vi anså kvalitativ metode som mest hensiktsmessig for å utforske dybden i temaet. Formålet med oppgaven var å beskrive barns opplevelser og utforske mestringsstrategier. Dette er temaer vi mener ikke kan måles med målbare enheter. Dersom vi hadde vært ute etter statistikk, sammenhenger og breddeforståelse kunne kvantitativ tilnærming vært mer hensiktsmessig for oppgaven.

5.1.3 Oversettelse

Forskningsartiklene vi brukte er opprinnelig skrevet på engelsk. Vi har oversatt artiklene selv etter beste evne. Vi har avsatt god tid på oversettingsarbeidet og mener vi har et tilfredsstillende resultat basert på våre språklige kunnskaper. Likevel kan innhold oppfattes annerledes eller feiltolkes. Vi kan ha oversatt eller gått glipp av viktige poeng.

5.1.4 Forskernes bakgrunn og informantene i studiene

For å kvalitetssikre artiklene har vi foretatt et sekundærsøk på forfatterne. At personene bak forskningen har faglig grunnlag og kompetanse innenfor temaet er nødvendig for å sikre god forskning. Alle forfatterne har en utdanning innenfor medisin, sykepleie eller psykologi. I tillegg hadde alle erfaring med forskning innen master- eller doktorgrad. Informantene i artiklene er barn i alderen 1-18 år. En ulempe når informantene er barn er at de ikke nødvendigvis forstår spørsmålene eller vet hva de svarer på. De kan påvirkes av foreldre og svarene kan avhenge av om de er trygge i situasjonen. Dette påvirker hvorvidt svarene er pålitelige. En fordel derimot er at informasjonen kommer direkte fra barnet som dermed kan oppfattes som pålitelige svar, i stedet for at foreldrene har tolket og sitert barnets opplevelse.

5.1.5 Geografiske forhold og arena for forskning

Artiklene vi brukte er fra Sverige, Kina, Brasil, USA og England. Dette er land med ulike kulturer, politiske styringsformer, økonomi, medisinsk perspektiv og behandling. I utgangspunktet søkte vi etter artikler fra Norden eller Europa, men fant lite forskning derfra. Dersom vi hadde funnet dette ville det i større grad kunne sammenlignes med den norske kulturen og dermed vært mer aktuell med tanke på anvendelse i praksis. Fordelen ved å anvende forskning fra ulike kulturer er at det kan belyse universelle opplevelser blant barna. Norge er et flerkulturelt samfunn. Å utforske et tema fra flere kulturers perspektiv kan øke evnen til ivaretagelse av pasienter på tross av etnisk bakgrunn. Som forbedrende potensial kunne vi likevel brukt mer tid på litteratursøk for å finne artikler fra Norden, da det gir et sterkere sammenligningsgrunnlag for anvendelse til norsk praksis.

Vår oppgave baserer seg på barns opplevelser og mestring knyttet til innleggelse ved sykehus. På den ene siden hadde det vært spennende å utforske hvordan barn opplever at kreftsykdommen påvirker hverdagen og hjemmet. På den andre siden møter barnet som regel sykepleieren på sykehus. Det er derfor mest relevant for vår yrkesutøvelse og enklere å beskrive hvordan det kan integreres i praksis.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å beskrive kreftsyke barns opplevelser knyttet til innleggelse ved sykehus. I tillegg undersøkte vi hvilken betydning sykepleieren kan ha for å fremme barnets mestring. Resultatene fra artiklene trekker frem flere hovedpunkter. Med utgangspunkt i et begrenset antall ord har vi valgt å diskutere ensomhet, informasjonsformidling og tillitsforhold.

5.2.1 *Hvordan barnet mestrer opplevelsen av å være ensom*

Vi ser ut fra studiene til Gibson et al. (2010) og Darcy et al. (2019) tre sentrale utfordringer som kan føre til at kreftsyke barn opplever ensomhet. Den første handler om at barna ikke får ha den samme kontakten med vennene sine som de pleide, fordi de ikke kan være i barnehagen eller på skolen. Sosial identitet er ifølge Håkonsen (2014) knyttet til den gruppen man føler en tilhørighet til. Man kan undres over om opplevelsene av ensomhet kommer av at barna tidligere har hatt en tilhørighet til vennegjengen, men at de nå har mistet kontakt med gruppen sin og derav deler av sin sosiale identitet. Den andre utfordringen dreier seg om hvordan kreftsykdommen påvirker livene deres og fører til at de føler seg mindre normale. Deltakerne var for eksempel ofte slitne, tilkoblet medisinsk utstyr og bundet til sykehuset. Den tredje utfordringen handler om hvordan barna følte seg isolert og som en fremmed i sitt eget liv. Boken til Håkonsen (2014) forklarer begrepet personlig identitet som beskrivelser av seg selv. Vi kan spekulere over om den overveldende overgangen fra livet før sykdommen til livet med sykdommen har endret barnets identitet, der barnet ikke lenger vet hvem det selv er. Barnet har trolig gjennomgått kroppslige og personlige endringer som gjør at det muligens ikke kjenner sin personlige identitet.

Ensomheten kan også forstås i sammenheng med barns utvikling, der barn føler på mestring eller skam ved at de lærer seg hva som er rett og galt. Barnet vil i tillegg sammenligne seg med andre som en slags målestokk for seg selv (Håkonsen, 2014, s. 57). Det kan tenkes at ettersom barna har en kreftsykdom vil de naturligvis føle seg annerledes og dermed underlegne. De kan skamme seg over å være annerledes enn de andre barna, for eksempel ved at de ikke kan være i barnehagen eller på skolen. På den ene siden kan det være naturlig for alle barn i dette utviklingsstadiet å kjenne på underlegenhet. På den andre siden kan det tenkes at kreftsyke barn kan ha en større følelse av underlegenhet enn friske barn, noe som kan ligge til grunn for ensomhetsfølelsen.

Forskningen til Sposito et al. (2015) presenterer mestringsstrategier som etter vår tolkning fører til at barna mestrer ensomheten. For eksempel at barna anvendte ulike metoder for å underholde seg selv. På sykehuset er det som regel mye venting og flere av barna ville derfor drive med aktiviteter som fikk tiden til å gå. Dette kan ses på som emosjonsfokuserte mestringsstrategier etter boken til Håkonsen (2014). Boken beskriver den emosjonsfokuserte mestringsstrategien som et forsøk på å redusere vonde følelser og ubehag. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig ettersom man ikke kan endre situasjonen eller løse problemet, for eksempel ved alvorlige sykdommer. Dette belyses også i studien til Han et al. (2017) der et av barna forklarer at å leke med andre barn på sykehuset gjorde at man glemte sykdommen og depresjonen. Vår tolkning er at barna bruker lek og distraksjon for å håndtere ensomhetsfølelsen samt holde fokus på andre enn ting enn sykdommen. Det kan forstås at de emosjonsfokuserte mestringsstrategiene er mest hensiktsmessige ettersom barna ikke kan endre sykdomssituasjonen sin. Det kan derimot tenkes at dersom barnet kun distraherer seg selv, kan det føre til en undertrykkelse av følelsene som igjen utsetter bearbeidelsen av opplevelsene. Dette kan utfordre sykepleieren til å hjelpe barnet med å uttrykke følelsene sine, slik at de ikke undertrykkes og gir fremtidige utfordringer.

Noen av de emosjonsfokuserte mestringsstrategiene som ble anvendt av deltakerne i Han et al. (2017) sin studie innebærer å uttrykke følelsene sine og søke trøst fra foreldre, søsken eller andre. Barna som beskrev følelsene sine rapporterte at det i ettertid reduserte stress og forbedret selvtilliten. I Sposito et al. (2015) sin undersøkelse uttrykket et av de eldre barna behovet for å søke trøst i religion. Barnet forklarte at det skapte håp da Gud viste sin støtte. Tveiten et al. (2012) beskriver også hvordan barn og unge anvender egen religion for å kunne mestre egen sykdom. Dette kan forklare hvordan ulike tilknytninger kan bidra til utløp for følelser. Vi kan tolke dette som at barna blant annet søker trøst fordi de føler seg annerledes sammenlignet med andre barn. Vi tenker at dette videre kan føre til at barnet aksepterer situasjonen som den er. Dette kan ses i funnene i studien til Han et al. (2017) der noen barn fant mestringsstrategier i å akseptere situasjonen slik den var og dermed klarte å ha et mer positivt syn på situasjonen. Det kan tenkes at dersom sykepleieren sørger for tid og rom til for eksempel bønn eller samtaler med prest, kan det gi barnet utløp for bearbeidelse av følelser. Som Håkonsen (2014) beskriver kan dette bidra til å mestre de påkjenningene og stressopplevelsene barnet kjenner på. Imidlertid kan det hende at sykepleieren ikke får gjennomført dette i praksis da det kan hende at det ikke er tid eller et egnet rom på sykehuset.

Ensomheten til barna oppstod som tidligere nevnt av og ikke ha kontakt med venner. Da barna tilbrakte tid på sykehuset måtte de imidlertid samhandle med sykepleierne på avdelingen. Funnene i undersøkelsen til Petronio-Coia & Schwartz-Barcott (2020) presenterer at barna likte å snakke med sykepleiere som hadde like interesser som dem selv. Det resulterte i at de følte seg mindre ensomme. Studien til Gibson et al. (2010) peker på de samme resultatene der de eldre barna satte pris på sykepleiere som ønsket å bli kjent med dem og bruke tid med dem. Barna opplevde å bli sett, noe som gjorde at de følte seg spesielle og mindre ensomme. I lys av Travelbee (2001) sin relasjonsteori er sykepleiers hensikt å hjelpe pasienten med å mestre sykdom og lidelse. Vi tenker at ensomheten som kommer som følge av alvorlig sykdom er en lidelse hos barnet. Travelbee vektlegger at sykepleieren ikke kan lindre lidelsen eller bidra til å mestre sykdommen uten etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Når resultatene ses i sammenheng med Travelbees teori kan man anse at relasjonen mellom partene etableres gjennom et personlig forhold. Relasjonen er sentral både for å hjelpe barnet med ensomheten, men også i møte med sykepleiere gjennom hele sykdomsforløpet.

5.2.2 Hvordan sykepleierens informasjonsformidling påvirker barnas mestringsopplevelser

Det fremkommer av studien til Gibson et al. (2010) og Darcy et al. (2019) at barn har et behov for informasjon om egen sykdom og behandling. Resultatene i studiene belyser hvordan informasjonen påvirket barnas forståelse av sykdommen. I tillegg opplevde flere mangelfull informasjon samt bekymringer og skepsis tilknyttet behandlingen. Mange av barna i studien til Darcy et al. (2019) beskrev at ved å bli involvert i samhandlingen med helsepersonell følte de seg inkludert, respektert og i kontroll over egen situasjon. Som følge av dette kan det tolkes at utilstrekkelig informasjon vil øke barnets følelse av maktesløshet, verdiløshet og uvitenhet. Vi tenker at slike opplevelser og følelser kan prege barnets utvikling og fremtid ved at det føler seg lite og ubetydelig. Det kan også tenkes at dette kan påvirke barnets syn på sykepleiere og fremtidige sykehusbehandlinger. Vi antar at en årsak til utilstrekkelig informasjon kan være at sykepleierne ikke har nok kompetanse om barns utvikling. Likevel kan vi forstå at det kan være utfordrende for sykepleieren å vurdere hvor mye av informasjonen barnet forstår. Sykepleieren kan ta utgangspunkt i barns utvikling, men den kognitive utviklingen avhenger av mer enn bare barnets alder. Sykepleieren kan forsøke å kartlegge hva barnet har forstått, men sett ut fra barns kommunikasjonsevner kan det bli vanskelig å få utfyllende svar fra barnet.

Forskningen til Gibson et al. (2010) viste at flere av de eldre barna opplevde å bli oversett av helsepersonell under informering, ettersom helsepersonellet henvendte seg til foreldrene. Noen av deltakerne i undersøkelsen til Darcy et al. (2019) følte at de fikk tilstrekkelig informasjon og dermed en følelse av kontroll, men ønsket å bli mer involvert i prosedyrer og tempoet det skulle foregå i. I studien til Gibson et al. (2010) var informantene mellom fire og atten år, mens i studien til Darcy et al. (2019) var informantene fra to til ni år. Dersom man ser resultatene nevnt ovenfor i sammenheng med barnas alder og kobler dem til Eriksons utviklingsteori kan man se at utviklingsstadiene har ulike behov. Eriksons teori beskriver at ungdomsårene handler om å finne egen identitet og uavhengighet fra foreldrene sine (Håkonsen, 2014, s. 59). Ved sammenligning av resultatene og teorien antyder vi det som en naturlig del av utviklingen å ønske selvstendighet og større forståelse av egen sykdom i ungdomsårene. Dette kan vi anse i henhold til autonomiprinsippet, der sykepleieren plikter å sørge for at barnet kan medvirke i beslutninger som handler om seg selv (Tveiten et al., 2012, s. 206-207). Med hensyn til barnets autonomi kan det oppstå utfordringer for sykepleieren, ettersom barnet fremdeles underligger foreldrenes ansvar. Imidlertid kan det føre til at barnet føler seg sett og hørt som igjen kan øke barnets selvstendighet. Sykepleieren må altså balansere mellom barnets ønsker, foreldrenes ønsker og det yrkesetiske og juridiske ansvaret.

Vi kan videre forstå at deltakerne i studien til Gibson et al. (2010) ønsket direkte informasjon, mens deltakerne i studien til Darcy et al. (2019) ikke la like mye vekt på dette basert på deltakernes alder. Vi oppfatter det som at Tveiten et al. (2012) forklarer det naturlig at barn ønsker å bli respektert som et selvstendig menneske, men at resultatene fra studiene viser at sykepleierne ikke vektlegger barnets autonomi. På den ene siden kan det tenkes at dette skyldes at sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskap om barnets behov for medvirkning og informasjon. På den andre siden kan det tenkes at sykepleieren er i uvitenhet om at det enkelte barnet ønsker informasjonen direkte, dersom barnet ikke har gjort et forsøk på å ytre dette. Barnet bør derfor uttrykke sine behov og ønsker om formidling av informasjon, slik at sykepleieren kan gi det en mulighet til medvirkning. Imidlertid bør sykepleieren være bevisst på å gi informasjon direkte til barnet selv om de ikke har etterspurt dette, ettersom noen barn kan være redd for å be om informasjon.

I boken til Grønseth & Markestad (2017) fremkommer det at det er viktig å møte barnet følelsesmessig før man utfører den planlagte sykepleiehandlingen. De vektlegger at dersom man underkjenner følelsene til barnet kan det avvise sykepleieren og hindre videre

kommunikasjon. De beskriver at sykepleieren bør ha fokus på å møte barnet i dets situasjon samt kunne tilpasse kommunikasjonen etter barnets kommunikasjonsferdigheter og utviklingsnivå. Eksempelvis tolker vi at dersom et barn gråter og motsetter seg en undersøkelse vil det ikke være hensiktsmessig å gi informasjon før sykepleieren har fått trøstet barnet og anerkjent barnets følelser. Fra egne erfaringer i praksis er sykepleierens tid begrenset. For eksempel i akutte situasjoner. Det kan hende at sykepleieren har andre oppgaver å få unnagjort og dermed mindre tid til å kommunisere med barnet. Vi kan derfor forstå viktigheten av å møte barnet følelsesmessig før man utfører sykepleiehandlinger, men vi må også erkjenne at arbeidsforholdene og sykdomssituasjonen ikke alltid kan vike for dette.

Ut fra Han et al. (2017) sin studie oppfatter vi det som at når barn får informasjon bidrar det til mestring av sykdommen. Halvparten av antall deltakere i studien søkte aktivt informasjon for å forstå egen diagnose, prognose og behandling. Deltakerne i studien fortalte at da de fikk kunnskap og forståelse om egen sykdomssituasjon reduserte de frykt og stress for den fremtidige behandlingen samt skapte håp for gode prognoser. Behovet for informasjon fremkommer også i forskningen til Sposito et al. (2015). Noen av barna forklarte at det å forstå virkningen av cellegiftbehandlingen hjalp dem med å mestre bivirkningene.

Det kan forstås ut fra de ovenfor nevnte resultatene at barna anvendte problemfokuserte mestringsstrategier da deltakerne søkte kunnskap for å få en forståelse. Vi begriper ut fra Tveiten et al. (2012) at barna i disse studiene anvender en problemfokuseret mestringsstrategi for å håndtere situasjonen. Barna forsøkte å finne måter å løse problemene de hadde knyttet til frykt og ubehag vedrørende behandling og bivirkninger ved å søke informasjon. Studien til Darcy et al. (2019) understreker at kunnskap og forståelse om sykdom og behandling hjalp barna med å få kontroll over egen situasjon. Vi tolker ut fra resultatene og teori om mestring at barna opplever kontroll og færre bekymringer rundt sykdomssituasjonen ved og aktivt søke informasjon og forståelse. Det kan forestilles at dersom barna får hjelp av sykepleieren til å skape forståelse for egen sykdom og behandling, vil det også ha en positiv innvirkning på deres relasjon. Sett fra et annet perspektiv kan det forestilles at informasjonen barna søker etter kan virke skremmende og gi økt bekymring. Dette kan redusere følelsen av kontroll og dermed virke mot sin opprinnelige hensikt som var å løse problemet. I de tilfellene barnet søker direkte informasjon fra sykepleieren, bør sykepleieren vurdere hvilken informasjon som er hensiktsmessig å gi for og ikke skremme barnet.

5.2.3 Betydningen av tillit og relasjon for at sykepleieren kan bedre barnets opplevelser

Ut fra resultatene i undersøkelsen til Gibson et al. (2010) kjente mange av deltakerne på en frykt for å stille spørsmål direkte til helsepersonell. De rapporterte at de ønsket en sykepleier som forstod når de hadde noe å spørre om, ettersom de hadde vanskeligheter med å ytre bekymringer og tanker vedrørende sykdommen. Eriksons utviklingsteori beskriver at de første leveårene handler om å skape tillit til omgivelsene der foreldrene er de viktigste personene (Håkonsen, 2014, s. 56). Det kan tenkes at kreftsykdom og fremmede inntrykk tar fra barna det som allerede oppleves trygt. Vi lurer på om det da kan være sannsynlig at de kjenner på en mistillit og utrygghet til omgivelsene. På bakgrunn av dette tolker vi at barna ikke har det samme tillitsforholdet til helsepersonellet som til foreldrene sine. Vi kan forestille oss at barnet kan ha en lavere terskel for å ytre bekymringer og stille spørsmål, dersom det har en større tillit til sykepleieren. Vi undrer oss over årsakene til at barn reagerer ulikt på det første møtet med helsepersonell. Fra egen praksis med barn som pasienter har vi opplevd stor variasjon i hvor skeptisk barnet var til det første møtet med sykepleieren. Dette gjaldt barn i alle aldre, men vanligvis var de yngste mest mistenksomme til behandlingen. Vi er nysgjerrige på hvilke faktorer som kan ha en årsakssammenheng til at barn er skeptiske til helsepersonell.

Videre oppfatter vi i undersøkelsen til Gibson et al. (2010) at de eldre barna rapporterte det som positivt da sykepleieren tok seg tid til å prate og bli kjent med dem. De uttrykket at de følte seg sett som person og ikke bare som pasient. Lignende resultater fremkommer av studien til Petronio-Coia & Schwartz-Barcott (2020) der barna opplevde smilende og blide sykepleiere som åpne og vennlige. Barna opplevde dermed redusert anspenhet og frykt samt en større trygghet og tillit til sykepleieren. Ut fra vår tolkning kan resultatene i de ovenfor nevnte studiene bekreftes av boken til Grønseth & Markestad (2017) som fremstiller en sammenheng mellom en imøtekommende sykepleier og etablering av tillit til barnet. Dette tillitsforholdet mellom sykepleieren og barnet kan knyttes til Joyce Travelbees sykepleieteori, der hun hevder at et menneske-til-menneske-forhold er grunnleggende for at sykepleieren kan oppnå sin hensikt. I følge Travelbee kan ikke dette forholdet etableres uten at begge parter blir kjent på et personlig nivå samt ser det enkelte individ (Travelbee, 2001, s. 178).

På bakgrunn av resultatene og teorien kan det forstås at tillitsforholdet og relasjonen mellom barnet og sykepleieren er en grunnleggende forutsetning for sykepleien til barnet. Det kan

tenkes at det er mer tidkrevende å etablere tillit til barn enn til andre pasientgrupper, ettersom barn som regel ikke har informasjon og forståelse for behandlingen. Som tidligere nevnt vektlegger Travelbee at relasjonen må være personlig (Travelbee, 2001, s. 178). På den ene siden kan man forutse at personlig tillit er nødvendig for at barnet kan stole på og samarbeide med den enkelte sykepleieren. På den andre siden kan det tenkes at barnet bør utvikle tillit til sykepleiefaget som en profesjon. Som regel er det utfordrende å tilstrebe at de samme sykepleierne har ansvaret for de samme barna hver gang de er på jobb. Det kan være tidkrevende for hver enkelt sykepleier å skape tillit hos barnet. Det kan tenkes at dersom barnet har større fokus på sykepleierens kompetanse og omsorgsevne fremfor hvordan sykepleieren er som person, vil det kunne skape tillit til profesjonen i stedet for enkeltpersoner.

6.0 Anvendelse i praksis

I forkant av denne oppgaven ønsket vi å beskrive kreftsyke barns opplevelser knyttet til innleggelse ved sykehus. Videre undersøkte vi hvilken betydning sykepleieren kan ha for å fremme barnets mestring. Sykepleieren har en viktig funksjon i samhandling og behandling av barn med kreftsykdom. Oppgavene til sykepleieren innebærer blant annet medisinsk behandling, informering og helhetlig omsorg. Resultatene fra studiene beskriver hvordan barn opplever utfordringer tilknyttet formidling av informasjon, ensomhet, trygghet og tillit. For å mestre disse utfordringene uttrykket barna at de søkte informasjon for å skape forståelse og endret omgivelsene for å føle seg trygge og ha kontroll. Ensomheten de opplevde mestret de ved å avlede og distrahere seg selv samt uttrykke følelsene sine og søke trøst. Sykepleierens relasjon til barnet hadde stor betydning for tilliten mellom dem, noe som var vesentlig for barnets mestring. I flere av studiene pekte barna på erfaringer der sykepleieren opplevdes som en støttespiller, men også erfaringer der sykepleieren ikke møtte deres behov.

Funnene i studiene gir oss et inntrykk av at det er kompetansemessig forbedringspotensiale hos sykepleierne. Vi mener at grunnutdanningen for sykepleie bør øke fokuset på teori omhandlende barns utvikling og kommunikasjon til barn. I tillegg bør arbeidsplassen sørge for internundervisning for ansatte, for eksempel opplæring, kurs og simulering. En mulig virkning dersom man har økt kunnskap kan være at sykepleieren i større grad kan møte barnet på deres utviklingsnivå og dermed også følelsesmessig. Det kan føre til at sykepleieren forstår barnets behov bedre, noe som kan skape gode opplevelser og mestring for barnet. Avslutningsvis bør sykepleieren tilrettelegge for at barnet kan ha kontakt med venner og klassekamerater. Eksempelvis planlegge behandlingene slik at de ikke kolliderer med undervisning. Andre tiltak kan være å tilrettelegge for at venner kan komme på besøk samt lindre fysiske plager slik at barnet har overskudd til sosial kontakt.

Denne bacheloroppgaven har gitt oss en større forståelse for hva som ligger til grunn for både gode og dårlige opplevelser hos barnet. I tillegg til hvordan sykepleieren kan ha betydning for barnets mestring. Vårt arbeid med denne oppgaven har gitt oss økt kompetanse som sykepleiere i eventuelle møter med kreftsyke barn, vi håper dette kan følge oss inn i rollen som nyutdannede sykepleiere.

Litteratur

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

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

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

Friberg, F. (red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Studentlitteratur AB.

Gibson, F., Aldiss, S., Horstman, M., Kumpunen, S., & Richardson, A. (2010). Children and young people's experiences of cancer care: a qualitative research study using participatory methods. *International journal of nursing studies*, 47(11), 1397-1407. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.019>

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

Han, J., Liu, J. E., & Xiao, Q. (2017). Coping Strategies of children treated for leukemia in China. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 43-47. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.ejon.2017.08.002>

Helsenorge. (2019, 13. februar). *Helserettigheter for barn og unge*. Helsenorge.no. Hentet 29. April 2021 fra <https://www.helsenorge.no/rettigheter/helserettigheter-for-barn-og-unge/#rett-til-a-bestemme-selv>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf.no. Hentet 19. April 2021 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Petronio-Coia, B. J. & Schwartz-Barcott, D. (2020). A description of approachable nurses: An exploratory Study, The Voice of the Hospitalized Child. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.011>

Sagdahl, M. S., (2019, 25. juni). Autonomi: *filosofi*. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/.versionview/962663>

Silva, M. (2019). Barnekreft. I *Kreftregisteret.no*. Hentet 5. april 2021 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Barnekreft/>

Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. D. C., Pfeifer, L. I., Garcia de Lima, R. A., & Nascimento, L. C. (2015). Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 143-151. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jnu.12126>

Svartdal, F. (2018, 29 august). Mestring. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/.versionview/849624>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (9. utg.). Gyldendal Akademisk.

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

Vedlegg 1: Litteratursøk

Tittel	Forfatter	Database	Søkeord	Antall treff
<i>“Young children experiences of living av everyday life with cancer - a three year interview study” (2019)</i>	Laura Darcy, Karin Enskärb, Maria Björk	Cinahl	“Child cancer” AND “experiences” AND “quality of life”	Treff: 163
<i>“Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods” (2010)</i>	Faith Gibson, Susie Aldiss, Maire Horstman, Stephanie Kumpunen, Alison Richardson	Pubmed	(“child” OR “pediatric”) AND (“cancer” OR “oncology”) AND “experience”	Treff: 5519
<i>“Coping strategies used by hospitalized children” (2015)</i>	Sposito, Amanda Mota Pacciulio; Silva-Rodrigues, Fernanda Machado; Sparapani, Valéria de Cássia; Pfeifer, Luzia Iara; de Lima, Regina Aparecida Garcia; Nascimento, Lucila Castanheira	Cinahl	(“Childhood cancer” OR “pediatric cancer”) AND “hospital” AND “coping”	Treff: 23
<i>“Coping strategies of children treated for leukemia in china”(2017)</i>	Jing Han, Jun-E. Liu, Qian Xiao	Cinahl	“Coping strategies” AND “childhood cancer”	Treff: 52
<i>“A description of approachable nurses: an exploratory study, the voice of the hospitalized child” (2020)</i>	Bethany J. Petronio-Coia og Donna Schwartz-Barcott.	Cinahl	“child*” AND “nurs*” AND “cancer”	Treff: 1519

Vedlegg 2: Oversikt over analyserte artikler

Tittel/forfattere	Problem/hensikt	Metode	Resultat
<p><i>“Coping strategies of children treated for leukemia in china” (2017)</i></p> <p>Jing Han, Jun-E. Liu, Qian Xiao</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske mestringsstrategier for kinesiske barn med leukemi under sykehusinnleggelse.</p>	<p>Kvalitativ, dybdeintervju med barn</p>	<p>De yngste barna brukte for det meste problemfokustert mestring. De eldre barna brukte mer av de emosjonsfokusterte mestringsstrategiene ettersom de selv kunne tilegne seg informasjon.</p>
<p><i>“Young children experiences of living av everyday life with cancer - a three year interview study” (2019)</i></p> <p>Laura Darcy, Karin Enskärb, Maria Björk</p>	<p>Formålet med denne studien var å utforske barnas opplevelser av å leve et liv med kreft over en periode på tre år etter diagnosen.</p>	<p>Kvalitativ, intervju med barn og foreldre</p>	<p>Resultatene beskriver opplevelsen av:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Behov for å være som alle andre -Behov for sikkerhet og kontroll -En følelse av å være utelatt og ensom.
<p><i>“Coping strategies used by hospitalized children” (2015)</i></p> <p>Amanda Mota Pacciulio Sposito, Fernanda Machado Silva-Rodrigues, Valéria de Cássia Sparapani, Luzia Iara Pfeifer, Regina Aparecida Garcia de Lima, Lucila Castanheira Nascimento</p>	<p>Hensikten er å analysere mestringsstrategier brukt av barn med kreft som gjennomgår kjemoterapi under innleggelse i sykehus</p>	<p>Kvalitativ, semistrukturerte intervjuer med barn</p>	<p>Resultatene avdekker flere mestringsstrategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Å forstå behov for cellegift -Å finne lindring for cellegiftens bivirkninger -Å søke glede i næring -Å delta på lek og aktiviteter -Å opprettholde håpet om en kur, finne støtte i religion
<p><i>“Children and young people's experiences of cancer care: A qualitative research study using participatory methods” (2010)</i></p> <p>Faith Gibson, Susie Aldiss, Maire Horstman, Stephanie Kumpunen, Alison Richardson</p>	<p>Hensikten er å utforske barn og ungdoms synspunkt av kreftomsorg og presentere en modell om kommunikasjon og informasjonsdeling.</p>	<p>Kvalitativ, intervju sammen med aktiviteter som lek, tegning og skriving.</p>	<p>Funnene viser at barna i de ulike aldre har forskjellige preferanser om kommunikasjon med helsepersonell. Resultatene viser at barna har et behov for trygge omgivelser, kontroll over egen kropp, avledninger i form av lek, skolearbeid og aktiviteter.</p>
<p><i>“A description of approachable nurses: an exploratory study, the voice of the hospitalized child” (2020)</i></p>	<p>Hensikten til denne studien er å utforske konseptet imøtekommelse i en interaksjon mellom et barn som pasient og</p>	<p>Kvalitativ, semistrukturerte intervju med barn.</p>	<p>Barna mener at sykepleiere som skaper opplevelser med glede, lek og latter er gode sykepleiere. Imøtekommende sykepleiere har egenskaper som</p>

Kandidatnummer: 6188 & 6315

Bethany J. Petronio-Coia, Donna Schwartz-Barcott.	sykepleier på en onkologisk avdeling.		omsorgsfulle, kreative, kompetente, smilende og glade.
---	---------------------------------------	--	--