

Barns mestring av kreftbehandling

Kandidatnummer: 726 og 740
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8891
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høyskole Dato 02.01.2024
Tittel Barns mestring av kreftbehandling	
<u>Innledning</u> Tema for oppgaven er mestring hos barn under kreftbehandling. Kreftsyke barn som gjennomgår behandling opplever både psykiske og fysiske bivirkninger som kvalme, utmattelse, smerter og angst. Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske hvilke mestringsstrategier barna benytter for å mestre behandling, og hvilken rolle sykepleier har i prosessen. Sykepleier møter barnet under sykehusinnleggelsen og er en viktig støttespiller i mestringsprosessen. Problemstillingen i oppgaven er «Hvilke strategier benytter barn for å mestre egen kreftbehandling?».	
<u>Metode</u> Det ble utført en generell litteraturstudie med ett strukturert søk i den vitenskapelige databasen Cinahl. Søkeordene er basert på nøkkelbegreper fra problemstillingen som mestring, barn, kreft og sykepleie. Vi avgrenset søket til artikler publisert de siste 10 årene, med engelsk eller norsk språk. Det resulterte i 43 artikler, hvorav 4 ble inkludert i studien basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene ble kvalitetsvurdert.	
<u>Resultat</u> Resultatene viser at barna benytter både problemfokusede og følelsesfokusede strategier for å mestre stressfaktorer under behandling. Barna benytter seg av mestringsstrategier som innhenting av informasjon rundt egen sykdom og behandlingsforløp, emosjonell støtte, lek og distraksjon. Hvilke mestringsstrategier barna benytter, avhenger av barnets utviklingsstadium.	
<u>Diskusjon</u> Kreftsyke barn på sykehus benytter seg av ulike mestringsstrategier for å håndtere stressfaktorer som kan oppstå under behandlingsforløpet. Tilgangen på tilgjengelig og tilpasset informasjon er en viktig kognitiv mestringsstrategi som hjelper barnet med å forstå og minimere frykt for det ukjente. Barn i alderen 6-12 år har behov for støtte fra personer de stoler på. Emosjonell støtte gitt av helsepersonell kan motvirke nedstemthet, øke barnets selvtillit og evne til å håndtere sykdommen. Lek kan bidra til å flytte fokuset vekk fra ensomhet og lidelse, og gjøre hverdagen mer lik som hjemme. Kunnskap om hvilke mestringsstrategier kreftsyke barn benytter seg av er hensiktsmessig for fremtidig sykepleiepraksis og vil kunne gjøre det enklere for sykepleiere å igangsette konkrete tiltak.	

(Totalt antall ord: 299)

Forord:

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i et forberedende arbeid gjort i BSY-402 der vi leverte inn en prosjektbeskrivelse som en eksamensbesvarelse. Denne eksamensbesvarelsen har kandidatnummer 563 og 570. Deler av innledning, bakgrunn, metode og resultater bygger på denne prosjektbeskrivelsen. To av forskningsartiklene vi benyttet i prosjektbeskrivelsen (Sposito et al., 2015; Weinstein & Henrich, 2013) er inkludert i denne bacheloroppgaven. Derfor vil det også være likheter i presentasjonen av disse artiklene i matrisene benyttet i de to besvarelsene.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	1
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning.....	2
1.5	Begrepsavklaring	3
1.5.1	Kreftbehandling.....	3
1.5.2	Mestring.....	3
2	Bakgrunn.....	4
2.1	Stress og mestring	4
2.2	Barns utvikling.....	5
2.3	Kreft.....	5
2.3.1	Kreft hos barn	6
2.3.2	Å få en kreftdiagnose.....	6
2.3.3	Kreftbehandling.....	7
2.4	Sykepleierens funksjon og ansvar	8
3	Metode	10
3.1	Litteraturstudie som metode.....	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	10
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
3.2.2	Søkeprosessen med tabell for litteratursøk	10
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	12
4	Resultater	13
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise	13
4.2	Syntese av resultatene.....	17
5	Diskusjon.....	19
5.1	Resultatdiskusjon	19
5.1.1	Informasjon som mestringsstrategi.....	19
5.1.2	Emosjonell støtte som mestringsstrategi	22
5.1.3	Lek og distraksjon som mestringsstrategi.....	25
5.2	Metodediskusjon	27
5.2.1	Litteraturstudie som metode	27
5.2.2	Litteratursøket.....	28
5.2.3	Utvelgelse av artikler.....	29
5.2.4	Vurdering av de inkluderte forskningsartiklene	30
6	Konklusjon.....	31
	Referanseliste	32

1 Innledning

Kreftsykdom hos barn er en stor påkjenning. Barnet må gjennom tøff behandling som medfører både fysiske og psykiske bivirkninger (Grønseth & Markestad, 2022, s. 335). En person som blir diagnostisert med kreft befinner seg i en sårbar og stressende situasjon (Grov & Lorentsen, 2022, s. 476). Sammenhengen mellom en persons sårbarhet og den totale belastningen av stressfaktorer vil være avgjørende for den psykiske reaksjonen når en kritisk situasjon inntreffer (Dahl, 2016, s. 58). Ærlige og tillitsbaserte relasjoner mellom helsepersonell og pasient er nødvendig for å tilrettelegge og fremme opplevelsen av mestring hos den enkelte (Grov & Lorentsen, 2022, s. 476).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreftsykdom rammer mennesker i alle aldersgrupper, men hyppigheten øker med alderen (Bringager et al., 2014, s. 15). I 2022 ble det i Norge registrert 38 265 nye tilfeller med kreft fordelt på alle aldersgrupper (Cancer Registry of Norway, 2023). Selv om det i hovedsak er voksne som rammes, blir om lag 200 barn og unge i Norge diagnostisert med kreft hvert år (Cancer Registry of Norway, 2023). Leukemi utgjør den største gruppen, etterfulgt av svulster i sentralnervesystemet og lymfomer (Markestad, 2023, s. 377). Kreftbehandling kan innebære cytostatika, kirurgisk behandling, stråleterapi, immunterapi og stamcelletransplantasjon (Markestad, 2023, s. 378). Slik vi redegjorde for i prosjektbeskrivelsen er type kreft, etiologi, valg av behandling og prognose ulikt fra det som blir sett hos kreftrammede voksne (Zeller & Bechensteen, 2018, s. 409). Behandlingsforløpet er ofte langvarig, smertefull og preget av uvisshet (Reinfjell et al., 2007). Behandling og sykehusinnleggelse kan forårsake stress hos barnet. Kilder til stress kan skyldes et fremmed miljø, atskillelse fra foreldre, undersøkelser og prosedyrer (Grønseth & Markestad, 2021, s. 63). Hvis stresset forekommer over lenger tid eller overstiger mestringsevnen kan det ha en negativ innvirkning på barnets helse, velvære og utvikling (Grønseth & Markestad, 2021, s. 63).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleieren møter barn med kreftsykdom under behandling på sykehus. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.1 (Norsk sykepleierforbund, 2023) har sykepleiere ansvar for å: «yte omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse. Sykepleieren ivaretar den enkelte

pasients behov for helhetlig omsorg og understøtter menneskets ressurser, mestring, håp og livsmot». Det kommer her fram at sykepleier er ansvarlig for å fremme mestring hos pasienten. Det er viktig å belyse denne problemstillingen da det med bakgrunn i overnevnte studier ses at barn innlagt på sykehus kan oppleve stress og psykiske belastninger. Ved å få mer kunnskap om hvordan barna forsøker å mestre behandlingen, kan en få viktig informasjon om sykepleierens rolle i mestringen, og hvordan sykepleier kan tilrettelegge og fremme ulike mestringsstrategier.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å belyse barnets egne mestringsstrategier når de gjennomgår kreftbehandling, for å i større grad anvende dette som en ressurs i sykepleien. Den valgte problemstillingen er: *«Hvilke strategier benytter barn for å mestre egen kreftbehandling?»*.

1.4 Avgrensning

Problemstillingen er avgrenset til å omhandle barn med en kreftdiagnose som er under behandling på sykehus, i et kurativt forløp. Dette er behandling som har til hensikt å kurere, som vil si at pasienten skal bli frisk av sin kreftsykdom (Bertelsen et al., 2022, s. 127).

Vi har valgt generell kreftdiagnose da studiene og teoriene vi har anvendt i oppgaven ikke gjør et skille. Barnealder blir definert med et aldersspenn fra 0-18 år (Tveiten, 2012, s. 17).

Ut ifra et utviklingsteoretisk perspektiv, som beskrevet i prosjektbeskrivelsen, kan en alvorlig sykdomsdiagnose ha ulik påvirkning med bakgrunn i alder og modenhet (Reinfjell et al. 2007). Dette fører til store variasjoner i opplevelser og vurderinger av egen sykdom og behandling. Vi har derfor valgt å avgrense oppgaven til å gjelde barn i alderen 6-12 år ettersom dette er et av utviklingsstadiene som nevnes i Erik Eriksons teori om psykosial utvikling (Orenstein & Lewis, 2022). I denne alderen utvikler barna evner til å vurdere viktigheten av informasjon og se situasjoner fra ulike synsvinkler (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67).

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 Kreftbehandling

Det finnes tre hovedbehandlingsformer ved kreftsykdom: kirurgi, cytostatika og strålebehandling (Bringager et al., 2014, s. 27). Kreftbehandlingen kan være på få måneder eller strekke seg over flere år (Topperzer et al., 2020, s. 398).

1.5.2 Mestring

Videre i oppgaven vil vi ta utgangspunkt i Lazarus og Folkman sin definisjon på mestring. Den lyder følgende: «et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere spesifikke eksterne og/eller interne krav som er med på å belaste eller overskride personens egne ressurser» (1984, s.141).

2 Bakgrunn

2.1 Stress og mestring

Stress er et uunngåelig aspekt ved livet, og valg av mestringsstrategier utgjør en forskjell i menneskelig funksjon (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Lazarus & Folkman definerer stress som et forhold mellom personene og omgivelsene rundt, som tar hensyn til individets egenskaper på den ene siden og de naturlige miljømessige faktorene på den andre siden. Denne definisjonen gjenspeiler et holistisk syn på sykdom hvor ytre påvirkning kombinert med personens mottakelighet vil være avgjørende for utfallet (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21).

Forholdet mellom personen og omgivelsene avhenger av individets kognitive vurdering (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Stressfaktorer kan medføre indre konflikt som oppfattes som truende for personens velvære, sikkerhet og selvforståelse (Larsen, 1996, s. 13).

Gjennom kognitive vurderinger vil personen evaluere betydningen av situasjonen i henhold til eget velvære (Lazarus & Folkman, 1984, s. 52-52). Hvis stresset vedvarer over en lengre periode eller overgår individets mestringsevne, kan det gi negative konsekvenser for helse, livskvalitet og utvikling (Grønseth & Markstad, 2017, s. 63). Stressfaktorer kan ikke overvinnes, men effektive mestringsstrategier bidrar til at personen tolererer, minimerer, aksepterer eller ignorerer faktorene (Lazarus & Folkman, 1984, s. 140).

Å se på forandring som en mulighet og ikke som en trussel vil føre til mindre grad av stress (Larsen, 1996, s. 46). Lazarus og Folkman ser på mestring som en prosess istedenfor kun individets personlige egenskaper (1984, s. 141).

Et overordnet skille kan ses mellom problemfokustert mestring som er rettet mot å håndtere problemet som forårsaket stresset, og følelsesfokustert mestring som er rettet mot å regulere den følelsesmessige responsen på problemet (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Begge disse formene for mestring kan påvirke hverandre gjennom å hindre eller tilrettelegge for ulike reaksjoner (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179). Ved å tilrettelegge for fremmende faktorer eller utarbeide stressmestringsteknikker kan det bidra til å kontrollere personens respons (Larsen, 1996, s. 48).

Hvordan en person mestrer bestemmes av personens ressurser, som inkluderer helse og handlingsevne, eksistensiell tro, motivasjon, løsningsorienterte- og sosiale egenskaper, sosial støtte og materielle ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 179).

2.2 Barns utvikling

Grunnleggende for sykepleien til barn og unge er at alder og utvikling alltid må tas i betraktning (Topperzer et al., 2020, s. 398). Med utvikling menes en rekke fysiske, mentale, emosjonelle og atferdsmessige endringer som skjer etter hvert som menneske blir eldre (Mercer, 2018, s. 26). Som gjort rede for i prosjektbeskrivelsen tar utviklingen hos barn utgangspunkt i et samspill mellom genetiske forutsetninger og miljøet barnet vokser opp i (Grønseth & Markestad, 2022, s. 25). Erik Erikson sin teori om psykososial utvikling beskriver utviklingen delt i åtte stadier. Stadiene er påvirket av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer gjennom levetiden (Orenstein & Lewis, 2022). Som beskrevet i prosjektbeskrivelsen beskriver den fjerde fasen barna i alderen 6-12 år. I denne fasen starter barna på skolen og utvikler vennskap. De begynner å sammenlikne seg med andre og blir mer kritiske til egne evner og handlinger. De har behov for positive tilbakemeldinger og anerkjennelse for å forsterke arbeidsevnen og troen på egne ferdigheter (Brønstad & Håberg, 2022). Grønseth og Markestad (2017, s. 67) trekker frem ulike særtrekk ved barn i alderen 6-12 år: barna skiller nå mellom viktige og uviktige opplysninger, de utvikler evnen til å se ting fra andres perspektiv, de har større evne til abstrakt og reversibel tenkning.

Siden barn er svært forskjellige, er det ikke alltid en sammenheng mellom kronologisk alder og utviklingsalder (Mercer, 2018, s. 26). En kan ikke ta utgangspunkt i kronologisk alder for å vurdere barnas evner. Begrepet utviklingsalder antyder at det kan være hensiktsmessig å betrakte et individ som et barn i den aldersgruppen hun eller han ligner mest på. Det trenger nødvendigvis ikke å være i samme kategori som barnets kronologiske alder (Mercer, 2018, s. 26).

2.3 Kreft

Kreft oppstår i én enkelt celle med genskader. Ved videre celledeling føres genskadene videre. Når det oppstår en celle med tilstrekkelige skader på genene kan den få de egenskapene som kjennetegner en kreftcelle (Bertelsen et al, 2022, s. 119). Kreftceller

kjennetegnes av ukontrollert cellevekst, invasiv vekst og metastasering (Bertelsen et al, 2022, s. 119). Tumorer som invaderer omkringliggende vev og/eller sprer seg til andre steder i kroppen, betegnes som ondartede eller maligne. I daglig medisinsk terminologi er en ondartet svulst det samme som malign tumor og cancer/kreft (Bertelsen et al. 2022, s. 116).

2.3.1 Kreft hos barn

Årsakene for kreft hos barn er stort sett ukjente, men en mener at det ofte skyldes interaksjon mellom genetiske forandringer i cellene og miljømessige påvirkninger, som virusinfeksjoner og radioaktiv stråling (Grønseth & Markestad, 2017, s. 315). Ytre påvirkninger er vanligvis av mindre betydning, fordi slike faktorer ofte har lang latenstid og dermed ikke har hatt tid nok til å få betydning for kreftutvikling (Bringager et al., 2014, s. 24). Barn får særlig krefttyper der de ondartede cellene stammer fra umodne celler med opphav i fosterlivet, som vil si at de har embryonal opprinnelse. Dette skiller seg fra krefttyper hos voksne, der det oftest er høyt differensierte celler som gir opphav til kreft (Bringager et al., 2014, s. 18). At en tumor er høyt differensiert, betyr at tumorcellene har produkter og vekstmåte som likner mye på de normale cellene i opprinnelsesvevet (Bertelsen et al., 2022, s. 117). Kreft hos barn vokser ofte raskere enn hos voksne, siden umodne celler har stort vekstpotensial og deler seg svært raskt (Bringager et al., 2014, s. 18). Barn rammes hyppigst av leukemi og hjernetumorer (Bertelsen et al., 2022, s. 119). Cirka en tredel av barn med kreft har leukemi, en tredel hjernesvulster, og en tredel andre kreftformer, som for eksempel lymfomer (Grov & Lorentsen, 2022, s. 475). Behandlingen av barn og unge med kreft har endret seg mye de siste 30 årene og overlevelsen har økt vesentlig (Topperzer et al., 2020, s. 398). Langtidsoverlevelsen etter gjennomgått behandling for kreft hos barn og ungdom er på 88,9% med fem års samlet overlevelse (Kreftregisteret, 2023).

2.3.2 Å få en kreftdiagnose

Å leve med en kreftsykdom er en enorm psykisk belastning (Markestad, 2023, s. 379). Barn med kreftsykdom opplever i ulik grad tap av det livet de hadde før sykdommen. Det kan for eksempel være tap i form av å ikke kunne gå på skolen, tap av relasjoner, som søsken og venner som ikke kan være der like mye som tidligere, tap av hjemmet ved lengre sykehusopphold, og av ferdigheter som for eksempel gangfunksjon (Bringager et al., 2014, s. 136). Disse forandringene kan virke overveldende og kan oppleves som en stor sorg (Bringager et al., 2014, s. 134). Sykdom og langvarige opphold på sykehus kan føre til stress

gjennom økt grad av uforutsigbarhet, engstelse, frykt og smerter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Barn med kreft kan oppleve store eller små traumer under behandling. Det kan for eksempel skyldes undersøkelser som ikke er godt nok forberedt og bivirkninger av behandlingen (Bringager et al., 2014, s. 136). Barna kan oppleve å føle seg fremmed i en hverdag som er totalt forandret (Darcy et al., 2019). Den nye hverdagen kan innebære å være koblet til intravenøsbehandling store deler av døgnet, ha sonde og sentralt venekateter, og å miste håret. Barna opplever dette som symboler på sykdom, og de kan føle seg annerledes fra deres jevnaldrende (Darcy et al., 2019). Sykdommen og behandlingen kan ha en negativ effekt på barnets psykiske helse, og det ses lavere livskvalitet hos barn under kreftbehandling enn hos friske jevnaldrende (Fakhry et al., 2013). De fleste barn lykkes med å tilpasse seg kreftdiagnose og behandling, men omtrent en fjerdedel til en tredjedel viser betydelige utfordringer under prosessen. En betydelig gruppe opplever vedvarende kreftrelaterte plager under behandling, som økte symptomer på angst, irritabilitet, depresjon, posttraumatisk stress og svekket livskvalitet (Hildenbrand et al., 2014).

2.3.3 Kreftbehandling

Det finnes tre hovedbehandlingsformer ved kreftsykdom: cytostatika, kirurgi og strålebehandling (Bringager et al., 2014, s. 27). Stamcelletransplantasjon, som også kalles beinmargstransplantasjon, er aktuelt ved visse leukemiformer og ved andre kreftformer med spredning og svært dårlig prognose (Grønseth & Markestad, 2017, s. 316). Cytostatika, kirurgi og strålebehandling brukes ofte sammen som kombinasjonsbehandling (Grov & Lorentsen, 2022, s. 479).

Behandlingen bestemmes etter hvor kreften er lokalisert, og hvilken kreftform pasienten har (Grov & Lorentsen, 2022, s. 477). Kreftbehandlingen kan være på få måneder eller strekke seg over flere år (Topperzer et al., 2020, s. 398). For mange krefttyper er det viktig med rask behandling. Det er derfor innført et pakkeforløp for kreftpasienter som et tiltak for å sikre organiseringen av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende, og ansvars plassering og konkrete forløpstider (Grov & Lorentsen, 2022, s. 477). I

spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2-5 heter det at: «Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene». Både barn og voksne opplever bivirkninger av behandlingen, som eksempelvis

kvalme og oppkast, nedsatt appetitt, obstipasjon og smerter (Topperzer et al., 2020, s. 400). Kreftbehandling krever også en omfattende støttebehandling, bestående av eksempelvis væske-, kvalme- og smertebehandling, ernæring og transfusjoner (Bringager et al., 2014, s. 42). Som det kommer fram i både punkt 1.1 og 2.1 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleier ansvar for å forebygge og lindre lidelse (Norsk Sykepleier Forbund, 2023). Aggressiv symptomatisk behandling av smerter, kvalme og andre plager skal være en sentral oppgave under hele behandlings- og oppfølgingsprosessen. God psykisk støttebehandling er også viktig siden angst kan øke smerte, og smerte ved prosedyrer kan reduseres med omtanke (Markestad, 2023, s. 379).

2.4 Sykepleierens funksjon og ansvar

Joyce Travelbee definerer sykepleie som: «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» (1999, s. 29). Sykepleier skal hjelpe mennesker til å finne mening i sykdommen og i tiltakene som iverksettes for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Å hjelpe syke mennesker til å mestre sykdom og lidelse er en viktig sykepleieroppgave og gjøres ved å etablere en sykepleier-pasient-relasjon (Travelbee, 1999, s. 35).

Sykepleiers ansvars og funksjonsområde innebærer klinisk praksis hvor sykepleien er direkte rettet mot pasienten gjennom forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende arbeid. I tillegg til indirekte pasientarbeid som omhandler undervisning og veiledning, forskning, kvalitetsarbeid, administrasjon og ledelse (Stubberud, 2021, s. 14). Sykepleiere jobber personsentrert gjennom å utføre og tilrettelegge i situasjoner hvor pasienten opplever redusert egenomsorgskapasitet for å dekke individets grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2021, s. 18). Personsentrert sykepleie innebærer å ha fokus på pasientens helhetlige situasjon og inkludere personlige ønsker og behov (Holter & Grov, 2020, s. 32).

Sykepleiere har ansvar for at egen praksis forholder seg til retningslinjer og krav til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp basert på arbeidsoppgavenes omfang, helsepersonellens kompetanse og situasjonen man befinner seg i (Helsepersonelloven, 1999, §4.). Legens ansvarsområde innebærer å sette diagnosen og bestemme hvordan behandlingsforløpet skal foregå, men sykepleier spiller en sentral rolle under oppfølging og veiledning for hvordan pasienten klarer å håndtere sykdommen (Kristoffersen et al., 2021, s. 18). Kunnskap om

behandlingsforløpet og hvordan man kan leve med sykdommen er viktige temaer å ta opp når en pasient mottar en diagnose (Kristoffersen, 2021, s. 18).

Filosofen Tom Beauchamp og psykiateren og filosofen James Childress utviklet det som regnes som de fire viktigste etiske prinsippene i sykepleien. De fire prinsippene er velgjørhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet, rettferdighetsprinsippet og autonomiprinsippet (Nortvedt, 2021, s. 85). Å ivareta etiske prinsipper inngår i sykepleierens ansvars og funksjonsområde (Stubberud, 2021, s. 16). Vi velger å trekke fram autonomiprinsippet. Dette prinsippet bygger på sykepleierens evne til å ivareta og respektere pasientens egenbestemmelse, integritet og verdighet gjennom at pasientens samtykke, kunnskap og erfaringer tas med i beslutningene rundt egen helsehjelp (Stubberud, 2021, s. 16). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) understreker pasientens rett til medvirkning under behandling og undersøkelser. Pasienten har krav på nødvendig og tilpasset informasjon for å få innsikt i helsehjelpens innhold og egen helsetilstand (§3-2). Barn som er i stand til å tilegne seg egne synspunkter skal gis informasjon og høres (§3-1).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Dette arbeid er en generell litteraturstudie. En litteraturstudie er en syntese og analyse av publisert forskning om en relevant klinisk problemstilling. Forfatterens oppgave er å analysere resultatene fra forskningen som er funnet på temaet, for å så beskrive kunnskapen og trekke konklusjoner om hvordan dette kan påvirke klinisk praksis. Litteraturstudier er et vanlig format å bruke i akademiske oppgaver på bachelor- og masternivå innen sykepleie (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier tydeliggjør litteratursøket og avgrenser mengden litteratur. Det gjør søket mer hensiktsmessig ut ifra det vi ønsker kunnskap om (Thidemann, 2019, s. 83). Inklusjonskriteriene for denne oppgaven presenteres i tabell 1. Vi har valgt å inkludere studier som ser på barn i alderen 6-12 år under kreftbehandling, siden dette er i tråd med hva vi ønsker å undersøke gjennom vår problemstilling. For å sikre at resultatene var holdbare valgte vi å kun inkludere fagfelleverderte studier som ikke var eldre enn 10 år.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Utgitt mellom 2013 og 2023	Utgitt før 2013
Skrevet på engelsk eller norsk	Andre språk
Fagfelleverderte artikler	Oversiktsartikler og fagartikler
Barn under kreftbehandling på sykehus	Avsluttet behandlingsforløp
Barn i alderen 6-12 år	Småbarn, ungdom og voksne

3.2.2 Søkeprosessen med tabell for litteratursøk

Det har blitt gjort ett søk i databasen Cinahl. Dette er en vitenskapelig database som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Søkeordene vi har valgt å benytte i søket (tabell 2) belyser de ulike bestanddelene av problemstillingen. Vi kom frem til de aktuelle søkeordene ved å velge emneord fra problemstillingen som mestring, barn, kreft og sykepleie. Videre

oversatte vi disse til engelsk og fant flere synonymord for å dekke et bredere søkefelt. Noen av ordene fant vi ved å lese gjennom relevant litteratur og se på nøkkelord i artikler med samme tematikk. Det ble også gjennomført ustrukturerte søk under arbeid med prosjektbeskrivelsen som har dannet et grunnlag for videre søk. Gjennomgangen av søkets treff og utvelgelse av inkluderte artikler er beskrevet i tabell 2.

Tabell 2: litteratursøket

Database og dato for søk	Cinahl, 25/10-23.
Søkeord og kombinasjoner	((MH "Coping+") AND ((MH "Child, Hospitalized") OR (MH "Pediatric oncology Nursing") OR (MH "Hospitals, Pediatric"))) AND ((MH "Cancer Patients") OR (MH "Childhood Neoplasms")))
Avgrensinger i søket	Utgitt mellom 2013 og 2023, skrevet på engelsk eller norsk
Antall treff totalt	43
Antall gjennomleste titler	43
Antall gjennomleste abstrakt	20
Antall gjennomleste fulltekstartikler	10
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Inkludert artikkel nummer 1	Rindstedt, C. (2014). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. <i>Child: Care, Health & Development</i> , 40(4), 580–586. https://doi.org/10.1111/cch.12064
Inkludert artikkel nummer 2	Han, J., Liu, J. E., & Xiao, Q. (2017). Coping strategies of children treated for leukemia in China. <i>European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 30, 43–47. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.002
Inkludert artikkel nummer 3	Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. de C., Pfeifer, L. I., de Lima, R. A. G., & Nascimento, L. C. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 47(2), 143–15 https://doi.org/10.1111/jnu.12126
Inkludert artikkel nummer 4	Weinstein, A. G., & Henrich, C. C. (2013). Psychological interventions helping pediatric oncology patients cope with medical procedures: A nurse-centered approach. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 17(6), 726–731. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.003

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig fag- og forskningslitteratur utover de inkluderte forskningsartiklene er hentet fra fag- og lærebøker fra studiets pensumlister, fra studiestedets bibliotek og gjennom ustrukturerte søk i Cinahl og PubMed. Med bakgrunn i at vi har valgt å se på mestring ut ifra teorien til Lazarus og Folkman var det naturlig å inkludere deres bok; «Stress, appraisal and coping» (1984). Denne boken legger vekt på det psykologiske aspektet ved stress og retter seg mot fagpersoner innenfor ulike profesjoner. For å belyse hva som kjennetegner profesjonell sykepleie og viktigheten av en god pasient- og sykepleierrelasjon har vi valgt å bruke boken til Joyce Travelbee (1999). Eriksons utviklingsteori er hentet fra artikkelen “Eriksons Stages of Psychosocial Development” av Orenstein og Lewis (2022). I bakgrunn og diskusjon har vi også benyttet oss av flere fagbøker som omhandler sykepleieprofesjon, kreft, pediatriisk sykepleie, psykososial utvikling og etikk for å belyse og underbygge hovedtemaene fra problemstillingen vår. To bøker som har lagt mye av grunnlaget for bakgrunnskapittelet vårt er «pediatri og pediatriisk sykepleie» (Grønseth & Markestad, 2022) og «Barn med kreft» (Bringager et al., 2014). Bøkene trekker frem både de fysiske og psykososiale innvirkningene av sykdom og sykehusinnleggelse spesifikt rettet mot barn. I tillegg til at de redegjør for patofysiologien for kreft og ulike behandlingsmetoder. Relevant lovverk er hentet fra lovdata.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 3: presentasjon av artiklenes relevante funn

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/ metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Rindstedt, C. (2013) Sverige	Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping	Å undersøke på hvilke måter ansatte på sykehuset (leger, sykepleiere, leketerapeuter og sykehusklovner) og foreldre støtter barn i deres mestring av kreftsykdom.	Kvalitativt studiedesign. Metode: Video etnografisk metode. Deltagere: 5 barn under behandling for akutt lymfatisk leukemi: Jenter (n=4), gutter (n=1). Alder mellom 3-10 år (gjennomsnittsalder 7,2 år). Og sykehusansatte og foreldre.	Resultatene beskriver hvilke mestringsstrategier barna bruker, og hvordan helsepersonell og foreldre kan tilrettelegge for disse. De fem mestringsstrategiene som trekkes fram er historiefortelling, humor, bønn og spirituell støtte, lek og rollespill. Helsepersonellet og ansatte på sykehuset hadde en viktig rolle under barnas mestringsprosess sammen med foreldrene. De ansatte veiledet foreldrene med hvordan de skulle respondere for å fremme barnas mestring i ulike scenarier.	8/9 poeng. Vedlegg 1

				Barn benytter seg av fantasi og lek for å takle kroniske sykdommer. Mestring gjennom bruk av fantasi er en svært interaktiv metode, hvor barna selv er en viktig drivkraft.	
Han, J., Liu, J. E. & Xiao, Q. (2017) Kina	Coping strategies of children treated for leukemia in China	Å undersøke mestringsstrategiene til kinesiske barn med leukemi under deres sykehusinnleggelse.	Kvalitativt studiedesign. Metode: dybdeintervju med semistrukturert intervjuguide. Deltagere: Gutter (n=16), jenter (n=13) under behandling for leukemi. Alder mellom 7-14 år.	Barn benytter seg av både problemfokusede og følelsesfokusede mestringsstrategier for å takle negative følelser og tilpasse seg langvarig sykehusinnleggelse. De mest brukte strategiene var å: oppsøke informasjon, oppsøke emosjonell støtte, selvkontroll, luft følelser, oppnå aksept/ anerkjennelse, søke belønning og problemløsning. Yngre barn benytter seg mer av problemfokusede mestringsstrategier og benytter seg av foreldre for å takle negative tanker. Eldre barn benytter seg mer av følelsesfokusede mestringsstrategier og er mer selvstendige når det kommer til å takle følelsene sine. Det ser ut til at ulike prefererte mestringsstrategier avhenger av barnas utviklingsstadium.	9/9 poeng. Vedlegg 2

Sposito, A. M., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V.deC., Pfeifer, L. I., de Lima, R. A. & Nascimento, L. C. (2015) Brasil	Coping strategies used by hospitalized children with cancer undergoing chemotherapy	Å analysere mestringsstrategier som ble brukt av sykehusinnlagte barn som gjennomgikk cellegiftbehandling.	Kvalitativt studiedesign. Metode: semistrukturerte intervjuer ved bruk av dukker. Deltagere: Gutter (n=5), jenter (n=5) diagnostisert med kreft. Alder mellom 7-12 år.	Mestringsstrategiene som ble trukket frem var: informasjon for å forstå behovet for cellegiftbehandling, finne lindring fra cellegiftens bivirkninger og smerte, oppsøke glede gjennom ernæring, delta i underholdende aktiviteter og ha det gøy, i tillegg til å ha håp om å bli kurert og finne støtte i religion. Studien fremhever viktigheten av helsepersonellens åpenhet for å benytte strategier spesielt rettet mot pediatriske kreftpasienter som fokuserer på alle dimensjoner utover den biologiske omsorgen.	9/9 poeng. Vedlegg 3
Weinstein, A. G. & Henrich, C. C. (2013) USA	Psychological interventions helping pediatric oncology patients cope with medical procedures: A nurse-centred approach	Å undersøke om pediatriske kreftsykepleiere benytter psykologiske intervensjoner for å hjelpe barn med å mestre behandling, og hvilke eventuelle intervensjoner blir sett på som mest effektive av kreftsykepleierne.	Kvalitativt og kvantitativt studiedesign. Metode: Spørreundersøkelse med åpne og lukkede spørsmål. Deltagere: 88 pediatriske kreftsykepleiere fra 12 ulike barnekreftavdelinger i USA.	Sykepleierne vektla viktigheten av mer relasjonsorientert støtte sammenliknet med tekniske ferdigheter, for å imøtekomme barnas emosjonelle behov. Pasient- og sykepleie relasjonen spiller en sentral rolle i den pediatriske kreftbehandlingen på sykehus. Tre metoder sykepleiere benyttet for å hjelpe barna med å mestre kreftbehandlingen ble trukket frem: undervise barna om sykdomsforløpet, behandling og forventede bivirkninger. Gi emosjonell støtte ved	9/9 poeng. Vedlegg 4

				<p>å bruke tid sammen med barnet og lytte til bekymringer. I tillegg til å benytte seg av passiv og aktiv distraksjon som massasje, lek, håndarbeid og rollespill.</p> <p>Studien konkluderer med at sykepleier har en sentral rolle som et emosjonelt støttepersonell. De ønsker å gi emosjonell støtte under behandling, og at opplæring kan være en tilnærming til å inkludere videre bruk av psykologiske intervensjoner.</p>	
--	--	--	--	---	--

4.2 Syntese av resultatene

De fire inkluderte studiene undersøker hvilke utfordringer barn opplever under kreftbehandling og hvilke tiltak som benyttes for å takle stressfaktorer (tabell 3). Symptomer som ofte blir nevnt er kvalme, utmattelse, smerter, angst og søvnforstyrrelser (Skeens et al., 2019).

Forskningsresultatene viser at barn benytter både problemfokuserte og følelsesfokuserte strategier, men at dette kan variere ut ifra barnets utviklingsstadier (Han et al., 2017). Artiklene viser at barn benytter seg av mestringsstrategier som innhenting av informasjon rundt egen sykdom og behandlingsforløp, emosjonell støtte, lek og distraksjon (tabell 3). Tre av studiene nevner undervisning og informasjon direkte som en viktig mestringsstrategi (Han et al., 2017; Sposito et al., 2015; Weinstein & Henrich, 2013), mens studien til Rindstedt (2013) benytter denne strategien indirekte gjennom lek og rollespill. Barna som forstod hvordan cellegift fungerte uttrykte at denne kunnskapen videre hjalp dem med å mestre bivirkningene og motgang som forekom underveis i behandlingen (Sposito et al., 2015). Gjennom å oppsøke informasjon mottok barna positiv oppmuntring, beroligelse og støtte fra leger, sykepleiere og foreldre (Han et al. 2017).

Emosjonell støtte ble tatt opp direkte i to av studiene (Han et al., 2017; Weinstein & Henrich 2013). Barna søkte emosjonell støtte for å redusere psykisk stress, motta trøst, i tillegg til å bygge mot og selvtillit (Han et al. 2017). Flertallet av sykepleierne som deltok i studien til Weinstein & Henrich (2013) rapporterte at de brukte over tre timer hver dag til å gi emosjonell støtte. Støtten kunne forekomme gjennom å lytte til barnas bekymringer, vise empati og ved å bruke tid sammen med barnet (Weinstein & Henrich, 2013).

Bruken av lek som mestringsstrategi blir nevnt i alle de inkluderte studiene. I smertefulle prosedyrer eller stressende situasjoner ble lek benyttet som en distraksjon (Rindstedt, 2013; Sposito et al., 2015; Weinstein & Henrich, 2013). I artikkelen til Han et al. (2017) ble lek brukt for å rette oppmerksomheten vekk fra sykdom, ensomhet og lidelse gjennom å møte nye venner og gjøre sykehusoppholdet mest mulig likt som hjemme.

Rollespill ble fremhevet som en egen mestringsstrategi i to av studiene hvor barna inntok en helsepersonellrolle ved å utføre prosedyrer på egne leker (Rindstedt, 2013; Weinstein & Henrich, 2013). Dette bidro til å bearbeide opplevde erfaringer under behandling og ga barna en følelse av økt kontroll (Rindstedt, 2013).

Alle artiklene trekker frem viktigheten av sykepleierens rolle for å fremme mestring, siden de er en sentral støttespiller under sykehusinnleggelsen. Strategiene burde være individuelt rettet mot pediatriske kreftpasienter ettersom de gjennomgår spesifikke behandlingsforløp.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen er delt inn etter mestringsstrategiene barna i de inkluderte studiene hovedsakelig benytter seg av; informasjon, emosjonell støtte og lek og distraksjon. Vi trekker også frem hvordan sykepleier kan tilrettelegge for mestring.

5.1.1 Informasjon som mestringsstrategi

Kommunikasjon med kreftsyke barn om deres sykdom, behandling og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå er en viktig del av god kvalitetsomsorg (Ranmal et al., 2008). Barnets behov for informasjon for å mestre sykehusopphold og behandling trekkes frem i alle de inkluderte studiene (tabell 3). Bruk av informasjon og kunnskap blir direkte trukket frem som en mestringsstrategi i tre av de inkluderte studiene (Han et al., 2017; Sposito et al., 2015; Weinstein & Henrich, 2013). Studien til Rindstedt (2013) beskriver også behovet for informasjon for mestring, men ser på bruk av lek og rollespill som en informasjonsstrategi (Rindstedt, 2013). Dette har vi valgt å inkludere i kapittel 5.1.3.

I studien til Sposito et al. (2015) beskrives det at barna har ulike behov for hvordan informasjonen formidles. Noen barn ønsket å ha foreldre til stede når helsepersonellet formidlet informasjon om diagnose og behandling. Andre barn uttrykte viktigheten av å ta del i egen behandlingsprosess ved å få informasjonen direkte fra helsepersonellet. De ulike kommunikasjonspreferansene var i større grad relatert til barnets kognitive modenhet sammenliknet med kronologisk alder. Spositos (2015) funn kan ses i sammenheng med teori av Mercer (2018, s. 26) som sier at sykepleier ikke kan ta utgangspunkt i den kronologiske alderen for å vurdere barnas evner, da det ikke alltid er en sammenheng mellom kronologisk alder og utviklingsalder. Kunnskap og informasjon om situasjonen et individ skal gjennomgå kan bidra til å forberede personen fysisk og mentalt, og forebygge opplevelse av stress (Larsen, 1996, s. 47). Samtidig kan mye informasjon medføre stress ved at informasjonen kan oppleves skremmende, eller at individet har negative assosiasjoner forbundet med prosedyren (Larsen, 1996, s. 48).

En oversiktsartikkel som fokuserte på kommunikasjon mellom helsepersonell, pasienter og foreldre innenfor pediatrik onkologi, trakk frem variasjon i hvilken grad barna ønsket å bli

involvert i beslutningstaking og samtaler rundt egen sykdomssituasjon (Sisk et al., 2018). Å ikke delta i slike prosesser kan være en form for mestringsstrategi ved at barna unngår faktorene som fører til økt grad av frykt og bekymring (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Sammenliknet med dette viser studien til Han et al. (2017) at økt grad av informasjon ses på som en viktig kognitiv problemfokuseret strategi for å forstå sykdom, behandling og prognose. Å oppsøke informasjon bidro til opplevelsen av emosjonell støtte, velvære og minimert angst og frykt (Han et al., 2017). Langvarig opphold og behandling på sykehus medfører uforutsigbarhet, engstelighet og opplevelse av smerte som fører til økt grad av stress for pasienten (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). Ved å arbeide personsentrert vil sykepleier ha fokus på å formidle nødvendig informasjon som tar hensyn til pasientens egne ønsker og behov, slik at personen opplever et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp (Holter & Grov, 2020, s. 32).

I likhet med barna i de inkluderte studiene (Han et al., 2017; Sposito et al., 2015; Rindstedt, 2013), ble det også blant sykepleierne i studien til Weinstein og Henrich (2013) trukket frem at undervisning av pasientene var den hyppigst anvendte strategien for å hjelpe kreftsyke barn med å mestre behandlingen de gjennomgår. 80% av sykepleierne som deltok i studien rapporterte at de i gjennomsnitt brukte tre timer daglig for å besvare spørsmål, forklare behandlinger og berolige barna. Når en kreftdiagnose blir stilt er det viktig at barnet og familien får mulighet til å diskutere bekymringer med fagpersoner (Markestad, 2023, s. 379). Barn som forsto hvordan cellegift fungerte uttrykte at denne kunnskapen hjalp de med å mestre bivirkningene og motgang som forekom underveis i behandlingen (Han et al., 2017; Sposito et al., 2015). Ifølge oversiktsartikkelen til Sisk et al. (2018) er det mer sannsynlig at leger benytter seg av vage terminologier og tilbakeholder informasjon når de diskuterer vanskelige temaer med barn. De overlater i større grad emosjonelle oppgaver til sykepleierne. Hvis helsepersonellet ikke har nok kunnskap om kjennetegn og håndtering av pasientens emosjonelle reaksjoner kan det føre til at de unngår temaer som utløser negative følelser (Dahl, 2016, s. 43). På den andre siden kan det i noen tilfeller være nyttig å skåne pasienten for unødvendig informasjon (Dahl, 2016, s. 46). I tråd med Lazarus og Folkmanns (1984, s. 21) holistiske syn på stressmestring, skriver Dahl (2016, s. 45-46) at det er viktig å finne en balanse mellom informasjon som gir nytteverdi og tilpasses pasientens mottakelighet, og informasjon som overgår pasientens mestringsressurser.

Individets evne til å igangsette mestringsfokuserede tiltak vil ha en innvirkning på personens psykologiske, atferdsmessige og fysiologiske egenskaper (Ryan-Wegner et al., 2012, s. 226). Pasienten må selv vurdere om situasjonen oppleves som en trussel i forhold til hvilke ressurser som er tilgjengelig for å mestre den (Larsen, 1996, s. 17). Samtidig kan sykepleier tilrettelegge for refleksjon gjennom å ta seg tid til samtaler og kartlegge i hvilken grad pasienten er mottakelig for informasjon (Dahl, 2016, s. 38). Barn og foreldre foretrekker at helsepersonell kommuniserer på en følsom, ærlig og empatisk måte, og sørger for at informasjonen er grundig og omfattende selv om den kan være skremmende (Sisk et al., 2018). Å ikke bli lyttet til eller motta tilstrekkelig informasjon kan medføre frustrasjon og opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor (Sisk et al., 2018). Behovet for informasjon kommer frem i pasient og brukerrettighetsloven §3-5 (1999) som beskriver at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte». Informasjon er ikke bare et av barnas behov, det er også noe sykepleiere er juridisk pliktig å gi (Helsepersonelloven, 1999, §10).

Sykepleier skal hjelpe mennesker å finne mening i sykdommen og tiltak som igangsettes for å bevare helsen og kontrollere symptomene (Travelbee, 1999, s. 35). Undervisning er en del av sykepleierens funksjon og ansvarsområde og er viktig for å fremme pasientens medbestemmelse og autonomi (Stubberud, 2021, s. 14-16). Autonomiprinsippet innebærer å ivareta og respektere pasientens egne meninger, og det er derfor viktig at pasienten har tilstrekkelig kunnskap og informasjon for å kunne ta beslutninger om egen helsehjelp (Stubberud, 2021, s. 16). I studien til Weinstein og Henrich (2013) innebar undervisningen å forberede barna på behandlingsforløpet ved å forklare prosedyrer og forventede bivirkninger. Ulike metoder som ble foreslått av sykepleierne var å svare på spørsmål gjennom samtaler som tilpasses barnas vokabular og utviklingsnivå, oppmuntre barna til å lese bøker som forklarer den medisinske prosedyren de skal gjennom, og benytte dukker for å øve på prosedyrer som fremmer kontroll over egen reaksjon på behandlingen.

Barnet og familien trenger kontinuerlig og grundig informasjon om sykdommen og det forventede forløpet (Markestad, 2023, s. 379). Når pasienten er under 16 år, har både barnet og foreldre krav på informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-4). I alderen 6-12 år vil barna i større grad plukke ut viktig informasjon og se situasjonen fra ulike perspektiver (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Barn som er i stand til å danne seg egne

synspunkter skal gis informasjon og høres i samsvar med barnets alder og modenhet (Pasient & brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

5.1.2 Emosjonell støtte som mestringsstrategi

Emosjonell støtte dreier seg om å vise omsorg og medfølelse for en annen person, både verbalt og nonverbalt (Villines, 2023). Dersom den kreftsyke ikke opplever å få nok støtte igjennom forløpet, kan det påvirke pasientens mentale helse og føre til et høyere stressnivå (Usta, 2012). Det ses en sammenheng mellom emosjonell støtte og nivået av fysisk og psykisk tilpasning til kreft (Usta, 2012). Barn som har utfordringer med å tilpasse seg kreftdiagnose og behandling kan oppleve økte symptomer på angst, irritabilitet, depresjon, posttraumatisk stress og svekket livskvalitet (Hildenbrand, 2014).

Emosjonell støtte som mestringsstrategi trekkes frem i studien av Han et al. (2017) og Weinstein og Henrich (2013). I studien til Han et al. (2017) forsøkte barna å motta støtte ved å kommunisere nedstemtheten til personer de stolte på som foreldre, sykepleiere og gode venner. Ved å søke emosjonell støtte opplevde barna å få trøst, redusert psykisk stress, økt mot og selvsikkerhet (Han et al., 2017). Dette samsvarer med teorien til Erikson om psykososial utvikling som sier at barn i alderen 6-12 år har behov for positive tilbakemeldinger og anerkjennelse (Brønstad & Håberg, 2022).

Han et al. (2017) nevner at alle deltagerne i studien motvirket nedstemthet ved å søke støtte hos helsepersonell. Alle deltagerne i studien stolte på sykepleiere eller leger under psykologiske tilpasningsperioder for å berolige, gi oppmuntring og forklaring. Studien kommer frem til at emosjonell støtte gitt av helsepersonell styrket barnas selvtillit og evne til å håndtere sykdom og behandling. Pasientens behov for støtte kan tilfredsstilles når pasienten og fagpersoner samarbeider godt og relasjonen oppleves likeverdig og bekreftende (Kristoffersen, 2021, s. 186). Alle deltagerne i Han et al. (2017) sin studie mottok også støtte fra foreldre under psykologiske tilpasninger. Støtte fra en forelder var den viktigste ressursen for psykologisk tilpasning brukt av yngre barn. Disse barna, i alderen 7-12 år hadde i større grad behov for å søke støtte fra personer rundt seg. Dette er til forskjell fra studiets funn om de eldre barna mellom 13 og 14 år. I tillegg til støtte utenifra, kunne barna i denne

aldersgruppen håndtere utfordringene mer selvstendig. Hva som forårsaker stress, og hvordan barn og ungdom mestrer dette, avhenger blant annet av alder og utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63). I alderen 6-12 år har barna nedsatt toleranse for stress når foreldrene ikke er til stede. Derfor må sykepleier tilrettelegge for tilstedeværelse av foreldre i stressituasjoner for å støtte barnets trygghet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 73). På den andre siden er det at sykepleier stiller krav til barnet, setter grenser og unngår å overbeskytte også med på å skape et trygt, forutsigbart og anerkjennende miljø (Grønseth & Markestad, 2022, s. 77).

Sykepleierne i studien til Weinstein og Henrich (2013) nevner mestringsstrategier som å lytte til barnas bekymringer, vise empati, bruke mer tid sammen med barnet, og bygge relasjon og tillit. Travelbee (1999, s. 35) trekker frem at en av sykepleierens måter å bistå den syke på er å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse, som kan gjøres ved å etablere en relasjon til barnet og formidle at det blir sett og forstått. Mestringsstøtte er et sentralt arbeidsområde for sykepleiere, som krever både fagkunnskap og metodekompetanse (Kristoffersen, 2021, s. 186). Kronisk syke pasienter har behov for både instrumentell, psykososial og relasjonell støtte. Den relasjonelle støtten er sentral og utgjør utgangspunktet for annen mestringsstøtte. Relasjonen sykepleier etablerer bør være personsentrert, kjennetegnet ved partnerskap, likeverd og kontinuitet over tid (Kristoffersen, 2021, s. 186). For at gode relasjoner skal kunne etableres er en avhengig av tillit mellom pasient og sykepleier (Nortvedt, 2007, s. 51). Barnet har behov for tillit til å få best mulig behandling og at sykepleieren opptrer faglig forsvarlig (Nortvedt, 2007, s. 51). Tillit kan skapes ved å vise interesse. Dette kan gjøres ved å tilbringe tid med barnet, sette seg ned slik at man får øyekontakt, vise empati, og ved å delta i pleie og lek (Grønseth & Markestad, 2022, s. 75). For å utvikle tillit hos barnet er det også viktig å utvikle et tillitsforhold til foreldrene. Dersom tillit fra foreldre uteblir, er det nesten umulig å opprette et tillitsforhold til barnet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 75). Weinstein og Henrichs (2013) resultater indikerte imidlertid at nærmest alle sykepleierne (97%) følte at barna hadde tillit til dem, og at barna delte sin frykt og sine bekymringer med sykepleierne (90%). I tillegg til dette rapporterte 93% av sykepleierne at de ga psykisk støtte før, under og etter en medisinsk prosedyre. Studien konkluderer med at å gi emosjonell støtte var det nest viktigste tiltaket etter informasjon, før barna skulle gjennomgå en smertefull eller angstfremkallende prosedyre (Weinstein & Henrich, 2013).

Rindstedt (2013) og Sposito et al. (2015) trekker frem hvordan noen av barna finner støtte i religion for å mestre kreftsykdommen og behandlingen. Rindstedt (2013) trekker frem et av barna i studien som ofte gjennomførte bønn før oppstart av behandling, der både venner og familie deltok. I studien til Sposito et al. (2015) uttrykte barna at de hadde troen på at religion hjalp dem med å mestre behandlingen de gjennomgikk på en måte de ikke kunne forklare. Selv om barna ikke alltid forstod alle dimensjonene ved religion, opplevde de at religiøs praksis ga dem støtte og styrket håpet for å bli kurert. I denne studien ble det observert at barna som deltok i bønn med familien opplevde disse religiøse handlingene som en måte å styrke deres håp om å bli kreftfrie (Sposito et al., 2015). Noen mennesker erfarer at religion og tro kan hjelpe de igjennom sykdom, og at religiøs tilknytning og aktivitet styrker deres helse (Dahl, 2016, s. 280). Kreftpasienter med religiøse og åndelige preferanser kan oppleve høyere grad av livskvalitet og tilfredshet med livet enn ikke-religiøse (Dahl, 2016, s. 301). Religiøsitet og åndelighet kan være mestringsressurser og representerer kilder som skaper mening i tilværelsen for mennesker som opplever livsbelastninger og alvorlig sykdom (Dahl, 2016, s. 281). Likevel trenger ikke åndelige behov å utelukke mennesker som ikke har en religiøs tro. Åndelige behov kan også inkludere meningssøken utenfor religion, som for eksempel fra kjærlighet til venner og familie (Strøm, 2020, s. 911). Selv et troende menneske vil ofte ha vanskelig for å finne mening i sykdom, lidelse og død (Strøm, 2020, s. 915). Sykepleiers oppgave vil være å hjelpe pasienten å finne frem til en kilde til mening i seg selv, uavhengig av om personen er religiøs (Strøm, 2020, s. 915).

Sykepleierne i studien til Weinstein og Henrich (2013) foreslo at barnet burde ha en primærsykepleier, slik at barnet kunne bygge en tillitsfull relasjon med denne sykepleieren. Ut ifra egne erfaringer fra sengeposter på sykehus, ser vi at det kan være utfordrende å opprettholde kontinuitet i pasientoppfølging da pasientansvaret varierer fra vakt til vakt. Når det ikke er kontinuitet i hvem som har ansvar og følger opp, kan det gjøre det vanskeligere for barnet og familien å bli trygg på personalet rundt seg. Barn skal fortrinnsvis tas hånd om av det samme personalet under hele institusjonsoppholdet. Kjente personer og primærsykepleie bidrar til trygghet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 77). I spesialisthelsetjenesteloven §2-5a (1999) kommer det frem at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal ha en koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, og sikre samordning av tjenestetilbudet.

5.1.3 Lek og distraksjon som mestringsstrategi

Bruk av humor og lek kan være med å ufarliggjøre skremmende situasjoner (Eriksen, 2020, s. 902). I alle de inkluderte studiene trekkes det frem viktigheten av lek og distraksjon for å mestre kreftsykdom og behandling hos barn (tabell 3).

I studien til Sposito et al. (2015) ble kvalme og smerte nevnt som de mest utfordrende bivirkningene av cytostatika. Studien diskuterer viktigheten av å kombinere medisiner med ikke-farmalogiske metoder for å oppnå mest mulig effektiv smertelindrende behandling (Sposito et al., 2015). Medisiner kan virke på det fysiologiske aspektet ved smerte, mens andre ikke-farmalogiske metoder kan være med å påvirke pasientens emosjonelle respons og opplevelse av kontroll i den smertefulle situasjonen (Sposito et al., 2015). Sykepleier kan utnytte barnas nysgjerrighet og toleranse gjennom deltagelse i foretrukne aktiviteter, for å endre fokuset vekk fra stimuli som påfører smerte, ubehag eller engstelse under en prosedyre (Grønseth & Markestad, 2022, s. 83). Rindstedt (2013) trekker frem at under nålprosedyrer ble barna nesten alltid spurt om de selv ville telle eller om sykepleier skulle telle før stikket. Dette ble sett på som en leken distraksjonsmetode, som ble brukt som et behandlingsritual. Et annet eksempel er at sykepleierne, sammen med barna, ga utstyr og maskiner morsomme navn (Rindstedt, 2013). Navnene ble tatt i bruk i interne vitser og leker som bidro til å ufarliggjøre situasjonen og øke opplevelsen av inkludering (Rindstedt, 2013).

I studien til Weinstein og Henrich (2013) fremhevet 25% av sykepleierne viktigheten av å bruke distraksjon og lek som en strategi for å minske barnas utfordringer under behandlingsforløpet. Videre vektla sykepleierne virkningen av å fortelle vitser og få barna til å le for å hjelpe de med å mestre vanskelighetene. Teknikkene som ble benyttet varierte ut ifra barnets ønsker og alder, og inkluderte blant annet å se på tegnefilm, lese bok, synge eller leke med leker. Ved å sammenlikne antall sykepleiere som trakk frem bruk av distraksjon og lek (25%) med antall som trakk frem undervisning (96%) som en mestringsstrategi, kan det virke som at bruk av lek og distraksjon er mindre utbredt (Weisten & Henrich, 2013). Samtidig blir denne metoden belyst i nyere forskning som konkluderer med at bruken av terapeutisk lek reduserer barnas postoperative smerter, bidrar til bedret adferd og holdning, og reduserer graden av angst under oppholdet på sykehus (Godino-lañez et al., 2020). Dette kan tyde på at det er helsepersonellet selv eller omgivelsene rundt som begrenser bruken av denne mestringsstrategien (Godino-lañez et al., 2020). Sykepleiere med mange års pediatrik erfaring hadde en signifikant høyere bruk av lek og distraksjon for å fremme mestring,

sammenliknet med mindre erfarne sykepleiere (Weinsten & Henrich, 2013). Hvis sykepleierne er usikre, har begrenset tid eller negative holdninger til i hvilken grad barna klarer å uttrykke smerte kan det virke hemmende på bruken av lek og andre ikke-medikamentelle metoder (Grønset & Markestad, 2022).

En av de største kildene til stress ved sykehusinnleggelse blant barn er at de får begrenset mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter hjemme, i barnehagen, skolen eller på fritiden (Grønseth & Markestad, 2022, s. 69). Sykehuset har ukjente omgivelser og rutiner som medfører økt usikkerhet og mangel på kontroll (Sjøbjerg, 2019, s. 128). Eksponering for slike stressfaktorer kan forsterke opplevelsen av smerte eller andre symptomer, gi økt metabolisme som kan forverre barnets medisinske tilstand, forsinke sårtilhelingsprosessen og svekke barnets immunforsvar (Grønseth & Markestad, 2022, s. 69). I to av de inkluderte studiene trekkes det frem at barna benytter seg av lek for å motvirke følelsen av isolasjon og kjedsomhet forbundet med sykehusinnleggelsen (Han et al., 2017; Sposito et al., 2015). Han et al. (2017) viser til at lek med andre barn på sykehuset og ulike former for håndarbeid var med på å flytte oppmerksomheten bort fra sykdom, ensomhet og lidelse (Han et al., 2017). De samme tendensene ble sett i studien til Sposito et al. (2015), hvor det å ha med egne leker til sykehuset bidro til at sykehusoppholdet minnet barna om hverdagen hjemme. Barn skal få lov til å være barn og få gjøre de aktivitetene som er forventet i denne alderen (Weinstein & Henrich, 2013). Samtidig kan alvorlig syke barn ha nedsatt overskudd til å utforske muligheter for lek, og det fremmede miljøet rundt kan virke hemmende for kreativiteten (Bringager et al., 2014, s. 122-123). Gjennom lek får barna muligheten til å skape noe eget, men de trenger inspirasjon fra omgivelsene rundt (Bringager et al., 2014, s. 123). Det kan være utfordrende på et sykehus hvor rommene ofte er tomme og lite personlige. Derfor er det viktig at sykepleiere bidrar til å tilrettelegge for lek, og fremme vennskap mellom barna på samme alder som befinner seg i liknende situasjoner (Weinsten & Henrich, 2013).

Bruk av rollespill ble benyttet for å gi informasjon og undervise pasientene i to av studiene (Rindstedt, 2013; Weinstein & Henrich, 2013). Sykepleierne i artikkelen til Weinstein og Henrich (2013) oppga at lek var en effektiv strategi for å distrahere og undervise. De oppfordret barna til å utføre medisinske prosedyrer på lekene deres før og etter behandlingen for å føle økt kontroll over egen reaksjon (Weinstein & Henrich, 2013). Den samme strategien beskrives i studien til Rindstedt (2013), der barna under trygge omgivelser ble vist redskaper som benyttes under den prosedyren de fryktet mest. De fikk i oppgave å navngi redskapene og

forklare hva de brukes til. Til slutt skulle de selv utføre prosedyren på en dukke. I en slik rolle blir barna tvunget til å innta en annen synsvinkel og bearbeide egne følelser forbundet med prosedyren (Rindstedt, 2013). Informasjon som gis gjennom en leke kan gjøre at det oppleves mindre direkte og truende for barnet (Bringager et al., 2014, s. 176). I tillegg til å fremme den psykiske utviklingen hos barna, kan lek være nyttig for den fysiske utviklingen. Gjennom lek benytter barna motoriske egenskaper for å flytte på gjenstander og stimulerer den generelle blodsirkulasjonen til andre kroppsdeler (Tveiten et al., 2012, s. 62).

I forskriften om barns opphold på helseinstitusjon §12 (2000) har barn og unge rett til å bli aktivisert og stimulert så langt helsetilstanden deres tillater det. Lek er en viktig del av barnas liv, og det er derfor nødvendig å inkludere lek for å oppnå helhetlig omsorg for barnet (Godino-lañez et al., 2020). Et trygt og barnevennlig miljø skapes når personalet tør å være kreative og interagere på barnas premisser (Grønseth & Markestad, 2022, s. 68).

Selv om det i teorien ser ut til at bruk av lek er en nyttig mestringsstrategi, er det nødvendig at slike metoder blir prioritert og lagt til rette for på avdelingen (Grønseth & Markestad, 2022, s. 79). Bruk av ikke-medikamentelle metoder øker dersom personalet har høy kompetanse og god tid, i tillegg til at barna samarbeider og foreldrene deltar i bruken av metoden (Grønseth & Markestad, 2022, s. 79).

5.2 Metodediskusjon

I dette kapittelet vurderes styrker og svakheter knyttet til egen metode og de inkluderte artiklene.

5.2.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode. Valg av metode påvirker hvordan vi arbeider for å besvare problemstillingen. Litteraturstudier systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette har vi gjort ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte alt (Thidemann, 2019, s. 77). I litteraturen skilles mellom allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie. Vi har gjort en allmenn litteraturstudie der vi beskriver kunnskap og analyserer studier som finnes innenfor valgt fagområde og problemstilling (Thidemann, 2019, s. 79). Metoden kan være hensiktsmessig da vi har en begrenset tids- og ordramme å forholde oss til. Ved en systematisk litteraturstudie må man også studere selve litteraturen (Thidemann, 2019, s. 80). Dette kan for eksempel kreve både mer tid, høyere fagkompetanse og ordramme på oppgaven.

En av de største utfordringene ved å skrive en litteraturstudie kan være å trekke en konklusjon, og ikke kun liste opp resultatene fra de ulike studiene (Popenoe et al., 2021). Likevel er poenget med en litteraturstudie å trekke overordnede konklusjoner og påpeke deres kliniske relevans (Popenoe et al., 2021).

En svakhet ved oppgavens metode er ordrammen på maksimum 9000 ord. Ordrammen setter en begrensning for muligheten til å gå mer i dybden enn vi har gjort. I resultatdiskusjonen har vi måtte velge hvilke resultater vi ville undersøke, og hvilke deler av forskningen vi måtte utelate. Vi anser likevel resultatene vi har fått diskutert som relevante for klinisk praksis, siden flere av artiklene belyser de samme mestringsstrategiene.

5.2.2 Litteratursøket

Det er foretatt ett søk i den vitenskapelige databasen Cinahl. Dette er en database vi har blitt anbefalt av skolen og den databasen vi har hatt innføring i. Vi anser imidlertid også denne databasen som egnet da den inneholder sykepleierelevant forskning og gir oversiktlige søk. Da vi fant ønsket forskning i Cinahl, gjentok vi ikke søket i andre databaser. I ettertid kan dette anses som en svakhet, da vi kunne fått flere treff i andre databaser. Oppgavens søkerammer kan ses på som en begrensning, da det kan tenkes at vi ville funnet mer forskning om vi kunne delt problemstillingen vår inn i flere søk.

Søkeordene ble søkt på individuelt før vi satt de sammen med «AND» og «OR». Vi gjorde dette for å få en mer oversiktlig søkeprosess og sikre rett søkekombinasjon. Bruk av «AND» spesifiserte søket, mens «OR» utvidet søket (Mileham, 2015, s. 115).

Etter avgrensning (tabell 2) endte søket med 43 artikler. Dette er et relativt smalt treff, men artiklene omhandlet det vi så etter. Vi valgte å koble alle ordene med «coping» ved bruk av «AND», for å sikre at artiklene skulle omhandle mestring. I ettertid kan det tenkes at det kunne vært lurt å finne synonymer til «coping», da søkeresultatet muligens ville inkludert flere artikler om mestring, men som benyttet seg av andre begreper. Ved et smalt treff kan vi ha gått glipp av relevant forskning, men til gjengjeld ville et større treff vært tidkrevende å lese igjennom, og flere av artiklene kunne vært mindre relevante.

5.2.3 Utvelgelse av artikler

I utvelgelsesprosessen kan det være en fordel at vi var to stykker. Dette ga oss muligheten til å diskutere valgene vi tok. Det er flere fordeler ved å skrive sammen, for eksempel at man ser ting fra ulike perspektiver, har flere ressurser og ferdigheter, og at man kan hjelpe og lære av hverandre (Rienecker & Jørgensen, 2022, s. 85). På den andre siden kan det ta mer tid når det skal tas beslutninger, da begges meninger må tas hensyn til (Rienecker & Jørgensen, 2022 s. 85).

Forskningsartikler gitt ut før 2013 var ekskluderende i utvelgelsen. Vi inkluderte kun artikler utgitt fra 2013 til nå, for å sikre oppdatert forskning. De benyttede artiklene er utgitt mellom 2013 og 2017, som vil si at de er imellom ti og seks år gamle. Til tross for artiklenes alder, valgte vi å inkludere de, ettersom deres resultater fortsatt er aktuelle og vi ikke fant nyere relevant forskning. Vi så at mange av de ekskluderte artiklene enten omhandlet foreldrenes mestring når barnet deres får kreft, eller foreldrenes perspektiv på barnas mestring. Funnene tyder på at det er et felt med behov for mer oppdatert forskning fra barnets eget synspunkt.

De utvalgte artiklene stammer fra ulike land og verdensdeler (tabell 2), noe som kan ha innvirkning på studienes relevans. Gjennom barns oppvekst vil miljøet og egen kultur være med å prege deres oppfatning og forklaring på symptomer ved sykdom (Grønseth & Markestad, 2022, s. 71). Dette kan bidra til at studiene trekker fram ulike strategier. Likevel ser vi at majoriteten av barna opplevde de samme bivirkningene ved behandling, men at de kunne vektlegge viktigheten av ulike mestringsstrategier. Betydning av religion er et eksempel på en mestringsstrategi som kan påvirkes av kultur. Religion ble trukket frem i studier fra to ulike land (Rindstedts, 2013; Spositos, 2015). Dette viser at å søke støtte i religion gjøres uavhengig av verdensdel.

Artiklene av Rindstedt (2013) og Han et al. (2017) inkluderer barn som er yngre og eldre enn hva vi har satt som inklusjonskriterier. Selv om noen av resultatene kan være preget av dette har vi valgt å inkludere artiklene, da gjennomsnittsalderen til deltagerne var innenfor inklusjonskriteriet vårt. Artiklene oppgir også spesifikk alder på deltagerne ved deres utsagn, slik at vi har hatt mulighet til å inkludere de resultatene som er relevante for vår oppgave.

5.2.4 Vurdering av de inkluderte forskningsartiklene

For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene benyttet vi oss av sjekklister for metodisk kvalitet i forskning (vedlegg 1-4). De er utviklet og presentert i Reilly et al. (2008), og oversatt og modifisert av Lovisenberg Diakonale Høgskole. Vi brukte sjekklistene for å kvalitetsbeskrive artiklene, men ikke som eksklusjonskriterier. Poengscoren var ikke avgjørende for om artiklene ble inkludert eller ekskludert, men var til hjelp for å vurdere artiklenes metodiske styrker og svakheter. Begrenset erfaring og kompetanse til å vurdere de ulike metodene som benyttes i artiklene, kan medføre at poenggivningen kunne vært annerledes ved høyere metodekunnskap. Den kvalitative studien av Rindstedt (2013) scorer 8 av 9 poeng i kvalitetsvurderingen. Studien baserer seg kun på data fra 5 barn. Med bakgrunn i et lavt antall deltagere anser vi det som uklart om metoden er egnet for å besvare problemstillingen. Studien er basert på observasjon gjennom video etnografisk metode. Observasjon som metode er velegnet for å gi informasjon om praksis i dagliglivet og hvordan personer samhandler (Thagaard, 2018, s. 53). Et lavt antall deltagere kan gjøre at resultatene ikke er representative for den generelle populasjonen (Thagaard, 2018, s. 55). På den andre siden bør antall deltagere i en kvalitativ studie ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre omfattende analyser (Thagaard, 2018, s. 59).

Studiene vi har inkludert benytter seg hovedsakelig av kvalitativ metode (tabell 2), utenom Weinstein & Henrich (2013) som både har en kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Kvalitative og kvantitative tilnærminger har ulik hensikt, gir ulike typer svar og kan med fordel tolkes i sammenheng og supplere hverandre (Sverdrup, 2021, s. 57). Vi har benyttet mest kvalitativ forskning, som med fordel brukes til å studere individers opplevelser og erfaringer (Sverdrup, 2021, s. 58). Kvalitativ forskning kan være godt egnet for å studere områder som er lite studert fra før (Sverdrup, 2021, s. 59). Underveis i søkingen så vi at det var lite forskning fra barnets perspektiv, men mye fra foreldrenes. Behovet for mer forskning var noe av grunnen til at vi valgte temaet vi gjorde. For vår oppgave var det et godt supplement å ha med kvantitative funn for å underbygge relevansen av mestringsstrategiene blant sykepleierne i studien til Weinstein & Henrich (2013).

6 Konklusjon

Med bakgrunn i funnene vi har gjort i denne oppgaven tyder det på at kreftsyke barn som gjennomgår behandling på sykehus benytter seg av ulike former for mestringsstrategier. De benyttede forskningsartiklene trekker spesielt frem viktigheten av å motta informasjon, emosjonell støtte og bruk av lek og distraksjon. Bruk av informasjon er en viktig kognitiv mestringsstrategi som hjelper barnet med å forstå og minimere frykt som utløses av nye og ukjente omgivelser. Emosjonell støtte gitt av helsepersonell kan være med å motvirke nedstemthet, redusere psykisk stress og øke barnas selvtillit. Når sykepleierne er oppmuntrende, viser empati og tar seg tid til å lytte til barnas bekymringer vil det bidra til økt grad av trygghet og forutsigbarhet. I tillegg til medikamenter trekkes lek og distraksjon frem som en hensiktsmessig metode for å håndtere de følelsesmessige reaksjonene ved prosedyrer og behandling. Lek kan bidra til å flytte fokuset bort fra ensomhet og lidelse, og gjøre hverdagen mer lik som hjemme. Bruk av lek som mestringsstrategi var signifikant høyere blant mer erfarne pediatriiske sykepleiere.

Det er behov for at videre forskning på barnas tanker og vurderinger rundt egen kreftsykdom. I tillegg er det viktig å inkludere deres perspektiv i utformingen av spesifikke strategier som kan benyttes for å mestre situasjonen de står i. Kunnskap om hvilke mestringsstrategier kreftsyke barn benytter seg av er hensiktsmessig for fremtidig sykepleiepraksis. Økt kunnskap om barns utvikling vil kunne gjøre det enklere for sykepleiere å vite hvilke konkrete tiltak de kan igangsette, og hvilke ressurser barna har behov for.

Referanseliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2022). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.). *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 115-138). Gyldendal.
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A. C. (2014). *Barn med kreft: en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Brønstad, A. & Håberg, G. B. (15 september 2022). *Eriksons psykososiale stadier*. NDLA.
<https://ndla.no/nb/subject:1:2cbe8089-7d7b-407f-8f04-fbfdc116abc1/topic:3:183771/topic:2:184796/resource:1:3987>
- Cancer Registry of Norway (2023). *Cancer in Norway: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway* (ISSN: 0806-3621). Cancer Registry of Norway.
https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2022/cin_report-2022.pdf
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm 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 : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 39, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.007>
- Eriksen, S. (2020). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Fakhry, H., Goldenberg, M., Sayer, G., Aye, S. S., Bagot, K., Pi, S., Ghazzaoui, R., Vo, N., Gowrinathan, S., Bolton, M. & IsHak, W. W. (2013). Health-related quality of life in 3419–440. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31828c5fa6>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). *Forskrift om barn opphold i helseinstitusjon*. (LOV-1999-07-02-61- §3-6). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Godino-Iáñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J. & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(3), 239.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>

- Grov, E. K. & Lorentsen, V. B. (2022). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (6. utg., s. 475-520). Gyldendal.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatric og pediatrisk sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2022). *Pediatric og pediatrisk sykepleie* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Han, J., Liu, J. E. & Xiao, Q. (2017). Coping strategies of children treated for leukemia in China. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 30, 43–47. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.002>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hildenbrand, A. K., Alderfer, M. A., Deatrick, J. A. & Marsac, M. L. (2014). A mixed methods assessment of coping with pediatric cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 32(1), 37–58. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.855960>
- Holter, I. M. & Grov, E. K. (2015). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 27- 36). Cappelen Damm Akademisk.
- Kreftregisteret (2023). *Årsrapport 2022: Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft*. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-06/Årsrapport%202022%20Nasjonalt%20kvalitetsregister%20for%20barnekreft.pdf>
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J. (2021). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 153-199). Gyldendal.
- Larsen, R-P. (1996). *Stress og mestring av stress*. Universitetsforlaget.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer publishing company.
- Markestad, T. (2023). *Klinisk pediatri* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Mercer, J. (2018). *Child development: concepts & theories*. Sage.

- Mileham, P. (2015). Finding sources of evidence. I N.A. Schmidt & J.M. Brown (Red.). Evidence- based practice for nurses: appraisal and application of research. (3. Utg. S. 95-131).
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2007). Etisk teoridebatt – forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. I Å. Slettebø & P. Nortvedt (Red.), *Etikk for helsefagene* (s. 50-61). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2023, 21. november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Orenstein, G. A. & Lewis, L. (2022). Eriksons Stages of Psychosocial Development. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>P. Nortvedt (Red.), *Etikk for helsefagene* (1. utg, s. 50-61). Gyldendal Akademisk.
- Ranmal, R., Pictor, M. & Scott, J. T. (2008). Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4), CD002969. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002969.pub2>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2021;41(4):175-186. doi:[10.1177/2057158521991949](https://doi.org/10.1177/2057158521991949)
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2022). *Den gode opgave: Håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning* (6. utg). Samfunds litteratur.
- Reinfjell, T., Diseth, T. H. & Vikan, A. (2007). Barn og kreft: barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom. *Psykologitidsskriftet*: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2007/06/barn-og-kreft-barns-tilpasning-til-og-forstaelse>
- Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S. & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.
- Ryan-Wegner, N. A., Wilson, V. L. & Broussard, A. G. (2012). Stress, Coping, and Health in Children. I V. H. Rice (Red.), *Handbook of Stress, Copong, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice* (s. 226-253). SAGE Publications

- Rindstedt, C. (2013). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child: Care, Health & Development*, 40(4), 580–586.
<https://doi.org/10.1111/cch.12064>
- Sisk, B. A., Mack, J. W., Ashworth, R. & DuBois, J. (2018). Communication in pediatric oncology: State of the field and research agenda. *Pediatric blood & cancer*, 65(1), 10.1002/pbc.26727. <https://doi.org/10.1002/pbc.26727>
- Skeens, M. A., Cullen, P., Stanek, J. & Hockenberry, M. (2019). Perspectives of Childhood Cancer Symptom-Related Distress: Results of the State of the Science Survey. *Journal of pediatric oncology nursing: official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 36(4), 287–293. <https://doi.org/10.1177/1043454219858608>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. de C., Pfeifer, L. I., de Lima, R. A. G. & Nascimento, L. C. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 143–15 <https://doi.org/10.1111/jnu.12126>
- Strøm, B. S. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg, s. 908-925). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2021). Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid. Gyldendal Akademisk.
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm Akademisk.
- Søbjerg, I. L (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 128-166). Gyldendal.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.
- Topperzer, M. K., Roug, L., Hoffman, M. & Larsen, H. B. (2020). Sygeplejefaglige udfordringer når børn og unge behandles for kræft. I K. Witterup & M. Cumberland (Red.), *Kræftsygepleje i et forløbsperspektiv* (2. utg., s. 397-408). Munksgaard.
- Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Gyldendal Akademisk.

- Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentret sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Usta Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 13(8), 3569–3572.
<https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3569>
- Villines, Z. (2023, 19. september). *How to show emotional support*. Medical news today.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/emotional-support>
- Weinstein, A. G. & Henrich, C. C. (2013). Psychological interventions helping pediatric oncology patients cope with medical procedures: A nurse-centered approach. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 726–731.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.003>
- Zeller, B. & Bechensteen, A.G. (2018). Kreft hos barn: Generelle forhold. I E. Schlichting & E. Wist (Red.). *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell*. (5. Utg. S. 409-434). Gyldendal

Vedlegg 1

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Rindstedt, C. (2014). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. <i>Child: Care, Health & Development</i> , 40(4), 580–586. https://doi.org/10.1111/cch.12064				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ studie. Dataen baserer seg på over et år med feltarbeid, med bruk av video etnografisk metode. Dataen er innhentet via 93 timer videopptak av interaksjonen mellom barn, foreldre og ansatte, inkludert sykepleiere, og via direkte observasjon der omfattende notater ble gjort. I over et år ble fem barn med leukemi fulgt opp i studien når de hadde sykehusbesøk på kreftavdelingen på et barnesykehus i Sverige. At det kun er fem barn som er studert er grunnen til at vi har krysset av på «uklart», da et lavt antall deltagere kan gi mindre overførbarhet til den aktuelle populasjonen.			X
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagere: 5 barn under behandling for akutt lymfatisk leukemi: Jenter (n=4), gutter (n=1). Alder mellom 3-10 år (gjennomsnittsalder 7,2 år) Og sykehusansatte og foreldre Studien undersøker hvordan ansatte (som sykepleiere og leger) og foreldre støtter barnets mestring. Fokuset i studien har vært på samarbeidende eller interaktive aspekter ved mestring via lek. Et deltakerperspektiv involverer det som sies i spontan sosial interaksjon fremfor det som rekonstrueres i intervjuer.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		

5.	<p>Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Det er gitt informasjon om hvor studien er gjort, hvem deltagerne er og hvilke mestringsstrategier barna benytter seg av. For at sykepleier skal tilpasse psykologiske intervensjoner for å hjelpe barna å mestre kreftbehandlingen er det viktig å vite hvordan barna selv prøver å håndtere det. Dette kan brukes i klinisk praksis.</p>	X		
6.	<p>Er analysemetoden beskrevet?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Det er brukt en videoetnografisk metode, der de har gjort 93 timers opptak som så er analysert og nærmere detaljundersøkt.</p> <p>Fokuset i metoden er først og fremst på naturlig forekommende hendelser som ikke er initiert av forskeren. Studerer barnet i naturlige omgivelser under sosiale interaksjoner.</p>	X		
7.	<p>Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Hovedfunnene kommer fram i resultatdelen. Resultatdelen er delt inn i fem underoverskrifter der hver del tar for seg en mestringsstrategi. Den første delen handler om å bruke historiefortelling som en mestringsstrategi. Den andre delen handler om å bruke humor. Den tredjedelen handler om å bruke bønn og spirituell støtte. Den fjerde delen handler om å bruke lek ved diverse gjentakende prosedyrer. Den femte delen handler om å bruke rollespill.</p>	X		
8.	<p>Kan resultatene brukes i praksis?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Resultatene beskriver hvilke mestringsstrategier barna bruker, og hvordan de voksne, som sykepleiere og foreldre, kan hjelpe dem. Resultatene kan brukes i praksis av sykepleiere på barnekreftavdelinger for å tilrettelegge for best mulig mestring hos barnet.</p>	X		
9.	<p>Er konklusjonen logisk og holdbar? ***</p> <p>Kommentar:</p> <p>Konklusjonen bygger på studiets resultater beskrevet i resultatdelen. Studien konkluderer blant annet med at barn bruker</p>	X		

	fantasi og lek for å mestre kronisk sykdom, og at ansatte spiller en signifikant rolle i mestringsprosessen, sammen med foreldrene.			
	Totalt antall poeng: ****	8 poeng		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Vedlegg 2

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Han, J., Liu, J. E., & Xiao, Q. (2017). Coping strategies of children treated for leukemia in China. <i>European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society</i> , 30, 43–47. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.002				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ studie. Artikkelen har benyttet seg av deskriptivt studiedesign. Metoden som ble utført var stedlige dybdeintervjuer med semistrukturert intervjuguide. Dette vil gi kvalitative data som kan bidra til å gi et innblikk i barnas tanker og perspektiver.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagere: 29 kinesiske barn under behandling for leukemi. Gutter (n=16), jenter (n=13), 7-14 år. Gjennomsnittsalder på 12,5 år. Problemstillingen er rettet mot mestringsstrategier barn benytter seg av, og det vil derfor være nødvendig å høre direkte hva barna selv tenker rundt temaet. De har også begrenset det til skolealder.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Barna måtte oppfylle 4 kriterier: <ul style="list-style-type: none">- Har hatt en klinisk diagnose med akutt leukemi i minst tre måneder- Være i skolealder- Ikke uttrykke noen vanskeligheter med å kommunisere- Være villig til å delta i studien	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

	Deltageren ble plukket ut av ansvarlige avdelingssykepleiere. Det var også variasjon i hvor de kommer fra, siden noen temaer blir sett på som mer tabu å snakke om i mer landlige områder og mindre byer i Kina. 6 deltagere kom fra Beijing og 23 deltagere kom fra andre steder.			
6.	<p>Er analysemetoden beskrevet?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Alle intervjuene ble transkribert ordrett av hovedforfatteren. Data ble videre analysert ved bruk av kvalitative metoder for innholdsanalyse (qualitative content analysis methods). Dette gikk ut på å sortere og gruppere den innhentede dataen i flere underkategorier.</p>	X		
7.	<p>Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Mestringsstrategier ble kategorisert etter problemfokusede eller følelsesfokusede mestringsstrategier.</p> <p>7 mestringsstrategier ble identifisert:</p> <p>Problemfokusede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasjonssøkende - Problemløsning <p>Følelsesfokusede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Søk følelsesmessig støtte - Selvkontroll - Lufte følelser - Aksept/ anerkjennelse - Søk belønning <p>Disse mestringsstrategiene passer innenfor 3 brede kategorier: selvavhengighet (self dependence), avhengig av helsepersonell (dependence of professionals) og avhengig av foreldre/ omsorgspersoner (dependence of parents/ caregivers).</p>	X		
8.	<p>Kan resultatene brukes i praksis?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Resultatene i studien her hentet fra barnas egne prefererte mestringsstrategier under behandling for akutt leukemi. Det er viktig for sykepleiere og annet helsepersonell å ha innsikt i barnas egne perspektiver, slik at de på en best mulig måte kan tilrettelegge.</p>	X		

	Det kommer frem i resultatdelen at alle deltagerne benyttet seg av leger og sykepleiere under psykologiske tilpasningsperioder for å motta oppmuntring, forklaring og beroligelse.			
9.	<p>Er konklusjonen logisk og holdbar? ***</p> <p>Kommentar:</p> <p>Konklusjonen oppsummerer de viktigste funnene som kommer frem i resultatdelen. De konkluderer med at barn benytter seg av både problemfokuserte og følelsesfokuserte mestringsstrategier for å takle negative følelser og tilpasse seg til langvarig sykehusinnleggelse. De mest brukte mestringsstrategiene innebærer: å oppsøke informasjon, oppsøke følelsesmessig støtte, selvkontroll, lufte følelser, aksept/ anerkjennelse, søke belønning og problemløsning.</p> <p>Samtidig ser det ut til at yngre barn benytter seg mer av problemfokuserte mestringsstrategier og benytter seg av foreldre for å takle negative tanker. Mens eldre barn benytter seg mer av følelsesfokuserte mestringsstrategier og er mer selvstendige når det kommer til å takle følelsene sine.</p> <p>Dette viser til at det kan være ulike prefererte mestringsstrategier som avhenger av barnas utviklingsstadium.</p>	X		
	Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

<p>Artikkel som vurderes:</p> <p>Sposito, A. M. P., Silva-Rodrigues, F. M., Sparapani, V. de C., Pfeifer, L. I., de Lima, R. A. G., & Nascimento, L. C. (2015). Coping Strategies Used by Hospitalized Children With Cancer Undergoing Chemotherapy. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 47(2), 143–15</p> <p>https://doi.org/10.1111/jnu.12126</p>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	<p>Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? *</p> <p>Kommentar:</p> <p>Kvalitativ studie.</p> <p>Studien analyserer kvalitative data ved hjelp av en induktiv tematisk analyse. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer av barna ved bruk av dukker. Siden hensikten med studien var å undersøke barnas mestringsstrategier kan det regnes som et godt valg at de har brukt en metode der de intervjuer barna direkte, og ved bruk av lek. Det ble tatt lydopptak av intervjuene før de videre ble direkte transkribert.</p>	X		
3.	<p>Kan deltagerne svare på problemstillingen? **</p> <p>Kommentar:</p> <p>Deltagere: Gutter (n=5), jenter (n=5) diagnostisert med kreft og under cellegiftbehandling på sykehus. Alder mellom 7-12 år</p> <p>Problemstillingen er direkte rettet mot barnas egne opplevelser, og dermed er det riktig at det er barna selv som er deltagerne.</p>	X		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	<p>Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Studien er gjort på en barnekreftavdeling på et sykehus i Brasil. Det er oppgitt alder, kjønn, lengde på cellegiftbehandling, hvordan intervjuene har foregått, og hvordan intervjuet ble innledet med et spesifikt spørsmål de alle fikk. Alle deltagerne måtte være i alderen 7-12 år, ha vært under cellegiftbehandling i minst 3 måneder og snakke portugisisk.</p>	X		
6.	<p>Er analysemetoden beskrevet?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Benytter undersøkende studiedesign.</p> <p>Metode: semistrukturerte intervjuer ved bruk av dukker.</p>	X		

	Deltagere: Gutter (n=5), jenter (n=5). Alder mellom 7-12 år (gjennomsnittsalder 9,8). Datainnsamlingen foregikk gjennom lydopptak av individuelle semistrukturerte intervjuer ved bruk av dukker. Intervjuene ble ordrett transkribert og analysert ved hjelp av induktiv tematisk innholdsanalyse. Det er en form for dataanalyse som gjør en identifisering av temaer som ikke er drevet av forskernes teoretiske interesser.			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Resultatkapitlet er delt inn i ulike hovedtemaer basert på funnene fra intervjuene. Her kommer det frem at disse mestringsstrategiene benyttes av barna innlagt med en kreftdiagnose: <ul style="list-style-type: none"> - Forståelsen av behovet for cellegift - Finne lindring fra cellegiftens bivirkninger og smerte - Søke glede gjennom ernæring - Delta i underholdene aktiviteter og ha det gøy - Opprettholde håpet om å bli kurert og søke støtte i religion 	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Studie uthever viktigheten av helsepersonellens åpenhet for å benytte strategier spesielt rettet mot pediatriske kreftpasienter som fokuserer på alle dimensjoner utover den biologiske omsorgen.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen samsvarer med funnen i resultatdelen og underbygges i diskusjonsdelen. De konkluderer med at barn under langvarig kreftbehandling på sykehus opplever mange bivirkninger. Disse utfordringene motiverer barna til å utvikle egne mestringsstrategier for å takle cellegift. Forståelse av behovet for å motta cellegift, finne lindring fra cellegiftens bivirkninger og smerte, oppsøke glede gjennom ernæring, delta i underholdende aktiviteter og ha det gøy, i tillegg til å ha håp om å bli kurert og finne støtte i religion.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Weinstein, A. G., & Henrich, C. C. (2013). Psychological interventions helping pediatric oncology patients cope with medical procedures: A nurse-centered approach. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 17(6), 726–731. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.003				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ og kvantitativ studie. Studien er vinklet fra et sykepleieperspektiv. Det er blitt brukt en nettbasert undersøkelse. De har brukt en kvantitativ metode for å få svar på lukkede spørsmål, og kvalitativ metode for åpne spørsmål.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagere: 88 pediatriske kreftsykepleiere fra 12 ulike barnekreft avdelinger i USA. Studien undersøkte om det blir brukt psykologiske intervensjoner av pediatriske kreftsykepleiere for å hjelpe barn med å takle behandlingen. For videre å se på hvilke intervensjoner som sykepleierne anså å være mest effektive. Siden studien skal ha et sykepleieperspektiv, er det rett at det er sykepleiere som er deltagere i studien. De har forutsetninger for å kunne svare ut ifra sine opplevelser og erfaringer	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det er gitt informasjon om at studien baserer seg på undersøkelser gjort av 88 pediatrisk kreftsykepleiere på 12 forskjellige barnekreft avdelinger på amerikanske sykehus.	X		

6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Det er et eget avsnitt under metode om «survey design» og «data analysis». De lukkede spørsmålene ble analysert gjennom kvantitative metoder med statistikk, og de åpne spørsmålene ble analysert gjennom kvalitative metoder fra rapporterte fortellinger.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Resultatkapittelet er delt inn i flere underkategorier der hvert avsnitt omhandler ulike intervensjoner og sykepleierens opplevde effekt, og hvor mange prosent av deltagerne som har rapportert om bruk av intervensjonen.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: I resultatdelen står det blant annet at det i studien ble identifisert tre psykologiske intervensjoner for å redusere lidelse: Undervise barna ved å forklare prosedyren, gi emosjonell støtte ved å lytte og svare på barnas bekymringer, eller holde hendene deres, og distrahere barna gjennom passive eller aktive metoder. Disse intervensjonen kan i praksis brukes ved behandling av kreftsykebarn.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Studien konkluderer med at sykepleier har en sentral rolle som et emosjonelt støttepersonell. Sykepleiere ønsker å gi emosjonell støtte under behandling, og at opplæring kan være en tilnærming til å inkludere videre bruk av psykologiske intervensjoner.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.