

MASTEROPPGAVE

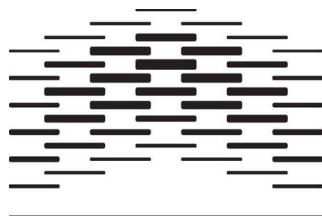
i Barnesykepleie

November 2016

**Angst, depresjon og søvn hos foreldre når barnet er innlagt på sykehusets
barneavdeling.**

Elisabeth Indervoll og Hilde Holmsen

**Fakultet for helsefag
Institutt for Sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag.....	4
Summary	5
1.0 INNLEDNING	6
2.0 TEORIGRUNNLAG	8
2.1 Psykiske helse hos foreldre med barn på sykehus	8
2.2 Angst hos foreldre med barn på sykehus	9
2.3 Depresjon hos foreldre med barn på sykehus.....	9
2.4 Post Traumatisk Stress Symptom (PTSS) og Post Traumatisk Stress Diagnose	10
(PTSD) som en konsekvens av angst og depresjon.....	10
2.5 Søvn hos foreldre med barn på sykehus	11
2.6 Konsekvenser av søvnmangel	11
2.7 Søvn på en barneavdeling	12
2.8 Barnesykepleierens funksjons og ansvars områder i forhold til foreldre.....	13
med barn på sykehus	13
2.9 HUNT-studien, den største befolkningsstudien på angst og depresjon	14
3.0. BAKGRUNN OG HENSIKT	15
3.1 Kildekritikk.....	19
3.1.1. Kunnskapssøk og søkehistorikk.....	19
3.1.2. Årsak til valg av artikler	20
3.1.3. Styrker og svakheter ved valgt litteratur/kunnskap.....	21
4.0 METODE.....	22
4.1. Kvantitativt design.....	22
4.3. Richards-Campell Sleep Qustionnaire	26
4.4. Presentasjon av avdelingen.....	27
4.5. Utvalg	28
4.6. Populasjon.....	29
4.7. Rekruttering og datainnsamling.....	29
4.8. Rollen som forsker og ansatt.....	30
4.9. Studiens reliabilitet	30
4.10. Studiens validitet.....	31

4.11. Statistiske analyser og tester utført i denne studien	33
4.12. Etske refleksjoner tilknyttet denne studien	35
5.0 Presentasjon av resultater fra denne studien.....	37
5.1 Presentasjon av demografiske data	37
5.2 HADS (Hospital Anxiety Depression Scale)	39
5.3 Demografiske data om soveforholdene i utvalget.....	41
De praktiske soveforholdene ble kartlagt under demografiske data. Tabell 3 viser en	41
sammenfatning av de praktiske soveforholdene for utvalget i denne studien. I tillegg ble det	41
innhentet informasjon om antall timer søvn, antall oppvåkinger og om forelderen hadde et kjent ...	41
søvnproblem. Alle dataene gjelder fra natten før skjemaet er fylt ut, ingen skjemaer er fylt ut	41
før etter andre døgn på sykehuset.....	41
5.4 Foreldres opplevelse av egen søvnkvalitet.....	42
6.0. DISKUSJON	46
6.1. Foreldrenes HADS-Angst og HADS-Depresjon sammenliknet med	46
andre studier	46
6.2. Hvordan foreldre sover når barnet er innlagt på barneavdeling.	51
6.3. Er det sammenheng mellom HADS-Angst, HADS-Depresjon og søvn	54
6.4 Styrker og svakheter ved denne studien	56
7.0. KONKLUSJON	57
Referanseliste	59
Vedlegg 1-5	

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en utfordrende, lærerik og interessant prosess. Det har gitt glede og inspirasjon, og vært faglig og personlig utviklende. Vi vil få takke alle som har bidratt til at studien lot seg gjennomføre.

Vi vil først få takke alle foreldrene, som har tatt seg tid til å besvare spørreskjemaene under sykehusoppholdet. Uten deres bidrag hadde ikke dette vært mulig å gjennomføre!

En takk til Medisinsk bibliotek ved det aktuelle sykehus, som har gitt oss uvurderlig hjelp i oppstarten av søket etter artikler og litteratur.

Vi vil rette en stor takk til veileder førsteamanuensis Ingrid Helen Ravn, ved Høgskolen i Oslo og Akershus på institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Hun har gitt oss god hjelp underveis i prosessen, med raske svar på mail og telefoner når frustrasjon har toppet seg. Takk, Ingrid!

Takk til Milada Cvancarova Småstuen ved Høgskolen i Oslo og Akershus, som har bidratt med sin kunnskap om statistiske analyser.

Takk til medstudenter og andre veiledere under mastersamlinger for nyttige tilbakemeldinger og erfaringsdeling.

Når to personer skal gjør et stort arbeid sammen, er det ikke gitt at det skal være problemfritt. Vår gode erfaring etter tidligere oppgaver vi har skrevet sammen, gjorde at vi ønsket det også denne gangen. Vi opplever at vi har vært samstemte og villet det samme gjennom hele prosessen. Arbeidet med studien og oppgaven har gitt oss mye glede og latter!

De som kanskje har sett minst til oss denne høsten, er våre familier. Uten støtte og vilje fra menn og barn ville det vært vanskelig å finne tid til å gjennomføre dette masterstudiet. Vi er takknemlige for deres tålmodighet!

Til slutt vil vi rette en takk til Norsk Sykepleieforbund, for tildelte masterstipend.

Sammendrag

Hensikten: Er å kartlegge angst, depresjon og søvnkvalitet hos foreldre når barnet er innlagt på en generell barneavdeling. Målet er å se om foreldre har symptomer på angst og depresjon under sykehusoppholdet, og om det påvirkes av foreldrenes søvnkvalitet. Det eksisterer lite forskning om dette tema på denne foreldregruppen, og få studier fra norske forhold.

Deltagere: 87 foreldre til barn som er innlagt på en generell barneavdeling i tidsperioden april –juni 2016. Foreldre er inkludert i studien uavhengig av barnets diagnose eller alder.

Målinger og hoved resultat: Studien er en tverrsnitt undersøkelse av 87 foreldre som har barnet sitt innlagt på en generell barneavdeling. Spørreskjemaene Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Richards- Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) er instrumentene som er benyttet for å kartlegge nivå av angst, depresjon og søvnkvalitet. Over 28% av foreldrene scoret høyt på symptomer på HADS- Angst og/eller HADS-Depresjon. Og nesten 40 % av foreldrene beskrev søvnen som dårlig, med kortere søvnlengde og hyppigere oppvåkninger i løpet av natten.

Søkeord: Relevante søkeord er parents, child hospitalized, anxiety, depression, stress psychologic og sleep.

Konklusjon: Funnene viste en tendens til at barnets sykehusinnleggelse påvirket angstnivået hos foreldre og søvnkvaliteten i form av redusert søvnlengde og økt antall oppvåkninger.

Videre forskning bør se på sammenhengen mellom angst depresjon og søvn med flere barneavdelinger i utvalget.

Summary

Purpose: The purpose of this study is to survey anxiety, depression and sleep quality of parents who have their child admitted to a general pediatric ward. The goal is to survey if parents have symptoms of anxiety and depression, and if it is affected by the parents' sleep quality. It exists few studies on this topic and on this group of parents, and few of them performed in Norway.

Participants: 87 parents who had their child admitted to a general pediatric ward in the data collection period April-June 2016. Parents were invited to participate in the study regardless of the age or diagnose their child was admitted for.

Method and results: The study is a cross-sectional study with 87 parents who had their child admitted to the hospitals general pediatric ward. The questionnaires Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Richards- Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) was used to survey the level of anxiety, depression and sleep quality. Over 28 % of the parents had high levels of symptoms of anxiety and/or depression. Almost 40% of the parents described their sleep as poor. The parents had a shorter sleep length and more frequent awakenings during the night.

Searchwords: Relevant searchwords are parents, child hospitalized, anxiety, depression, stress, psychological sleep.

Conclusion: The results of this study showed a tendency that a child's admission to hospital affects the parents level of anxiety and sleep quality by reduced length of sleep and an increased amount of awakenings during the night. Further studies should look at the connection between anxiety, depression and sleep, with participants from more than one pediatric ward.

1.0 INNLEDNING

De færreste foreldre er forberedt på egne reaksjoner under barnets sykehusinnleggelse. Foreldre som har opplevd at barnet akutt legges inn på sykehus har beskrevet starten på oppholdet som en unntakstilstand. Andre foreldre har kronisk syke barn, eller følger barnet sitt gjennom planlagte undersøkelser og sykehusopphold. Uansett årsak er rollen som pårørende til et sykt barn ikke noe foreldre velger eller er forberedt på, men en rolle de blir kastet inn i (Sjuls & Johannesen, 2015).

I 2015 var det 103 234 barn mellom 0-19 år som var innlagt på sykehus i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2015). Hvert av disse barna har rett til å ha en eller begge pårørende hos seg (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Det betyr at opptil 200 000 mødre og fedre i 2015 kan ha kjent på denne følelsen av unntakstilstand.

Etter at foreldres tilstedeværelse ble en lovpålagt rett, forventer helsepersonell i dag at foreldre er tilstede med barnet og deltar aktivt i pleien og omsorgen under sykehusoppholdet. Men hvordan påvirker sykdom, sykehusopphold foreldrene psykisk? Praksiserfaring er at foreldre som har barnet sitt innlagt på barneavdeling i stor grad opplever det som en belastning. Det finnes flere studier som konkluderer med at alvorlig sykdom hos barnet påvirker foreldrenes psykiske helse (Commodari, 2010; Muscara, et al. 2015; Shaw, et al. 2009; Shudy, et al. 2006). Ved alvorlig sykdom hos barnet opplever foreldre økt psykisk stress og de har høyere risiko for å utvikle symptomer på angst og depresjon (Woolf, Muscara, Anderson & McCarthy, 2016). De fleste av studiene er utført på foreldre som har barnet sitt innlagt på intensivavdeling, nyfødtafdeling eller knyttet opp mot enkeltdiagnoser som kreft eller traumer (Bronner et al, 2009; Huckabay & Tilem-Kessler,1999; Muscara, et al. 2015; Needle et.al, 2009; Shaw, 2009; Shudy, 2006).

Men de aller fleste barn på sykehus ligger ikke på intensivavdeling, de oppholder seg på barneavdelingene. Det finnes få studier på denne gruppen av pårørende. En studie sammenliknet pårørende til "høy-risiko" pasienter med diagnoser som alvorlige traumer og kreft sammenliknet med pårørende til "lav-risiko" pasienter innlagt for planlagt enkel kirurgi som tonsillektomier. Studien konkluderte med at selv enkle medisinske intervensjoner og

sykehusopphold har stor emosjonell påvirkning på foreldre (Landolt, Boehler, Schwager, Schallberger & Nuessli, 1998).

Franck et al. (2015) fant at barnets sykehusinnleggelse er en risiko for foreldrenes psykiske helse uavhengig av diagnose og lengde på sykehusopphold. I studien var det foreldre til barn innlagt på generell barneavdeling som var informanter. Mer enn ¼ del av disse foreldrene utviklet alvorlige stress reaksjoner. Forhøyet nivå av angst og depresjon var en av de sterkeste faktorene for utvikling av post traumatiske stress symptom (PTSS) tre måneder etter barnets sykehusopphold.

Barnesykepleiere er ofte de som er tette på barnet og foreldrene under sykehusoppholdet, og er i en unik posisjon for identifisering av familier i risiko for negative reaksjoner (Aldridge, 2005). Barnesykepleiere er og de nærmeste til praktisk å kunne tilrettelegge for foreldrenes søvn (Meltzer & Mindell, 2006). Erfaring fra praksis er at det ikke er rutine å vurdere foreldres psykiske reaksjoner i form av angst og depresjon. Studier viser i tillegg at personalet ofte ikke kjenner igjen høyt angst nivå hos foreldre i mindre alvorlige situasjoner. Helsepersonell kan lett anta at risikoen for psykiske reaksjoner er større der barnet er alvorlig kritisk syk (Needle, O'Riordan & Smith, 2009). Praksiserfaring er at større ressurser settes inn rundt familiene til alvorlig syke barn, sammenliknet med foreldre til barn med mild til moderat sykdom. Det er barnesykepleierens forebyggende funksjon å begrense omfanget av traumatiske opplevelser for alle barn og foreldrene som opplever å være på sykehus. Det er ofte en forventning fra personalets siden at en av foreldrene er sammen med barnet, og om mulig sover ved siden av barnet på sykehuset. Erfaring er at dette er positivt for barnet. Det er derimot få studier på hvordan foreldre sover under sykehusoppholdet. Det er foreldrenes behov, og ikke objektive mål som barnets diagnose, som bør være styrende til hvor ressurser settes inn.

På bakgrunn av dette har denne studien følgende problemstilling:

Hva er forekomsten av angst og depresjon, og påvirkes det av søvnkvaliteten hos foreldre når barnet er innlagt på sykehusets barneavdeling?

2.0 TEORIGRUNNLAG

I dette kapittelet presenteres teorien som danner grunnlaget for problemstillingen i denne studien. Først et avsnitt om psykisk helse hos foreldre med barn på sykehus, deretter angst, depresjon og konsekvenser av dette. Deretter teori rundt søvn hos foreldre med barn på sykehus og konsekvenser av søvnmangel. Kapittelet avsluttes med et avsnitt om barnesykepleierens funksjonsområde i forhold til foreldre med barn på sykehus, og til sist en presentasjon av HUNT studien.

2.1 Psykiske helse hos foreldre med barn på sykehus

I følge folkehelseinstituttet sin rapport om psykisk helse fra 2009 vil omtrent halvparten av den norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun, Knudsen & Mathisen, 2009). Angstlidelser og depressive lidelser er de vanligste, og forekomsten er noe høyere hos kvinner enn hos menn. Det er ingen spesifikke årsaksfaktorer som alltid resulterer i utvikling av psykiske lidelser og det er store individuelle forskjeller på hva som fungerer som risikofaktorer. Den høyeste risikoen finner vi imidlertid i familier hvor belastningene er store, rammer mange livsområder eller varer over lang tid (Mykletun et al., 2009). Franck et al. (2015) sin studie konkluderer med at barns sykehusinnleggelse representerer en signifikant risiko for foreldrenes psykiske helse. Den subjektive opplevelsen er av større betydning enn objektive sykdomsfaktorer som diagnoser (Muscara et al., 2015). Foreldre med barn på sykehus er i så måte en risikogruppe, med økt sannsynlighet for utvikling av psykiske lidelser. Faren øker i takt med antall risikofaktorer foreldre utsettes for.

Flere studier beskriver hvordan barns sykdom og sykehusinnleggelse har negativ påvirkning på familien som helhet. Familiens hverdag påvirkes blant annet i form av ivaretagelse av normalt søvnmønster, måltidsmønster, det sosiale liv, familiens psykososiale forhold og det ekteskapelige forhold foreldrene imellom (Shudy et al., 2006). I følge Commodari (2010) er foreldrenes psykososiale funksjon betydningsfull for barnets fysiske og psykiske helseutfall. Det er en sammenheng mellom mødres stressnivå og negativ familiedynamikk etter sykehusopphold (Board & Ryan-Wenger, 2002). Det å ha barn på sykehus medfører økt foreldrestress, denne stressresponsen inkluderer ofte angst (Commodari, 2010).

2.2 Angst hos foreldre med barn på sykehus

Angst er en tilstand av indre uro. Rastløshet, svetting, økt hjerterefrekvens, lett tretthet, konsentrasjonssvikt, muskelsmerter, og vansker med innsovning er noen av symptomene som kan følge med angst (Fetveit & Bjorvatn, 2007). Det kan enten være forbundet med bestemte objekter og situasjoner, eller en mer generell form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger og påvirkning av kroppslige funksjoner. Et sentralt trekk ved angst er unnvikelsesadferd der personen unngår steder eller situasjoner som fremkaller angsten. Dette blir ofte det største problemet i forhold til den daglige funksjon (Mykletun et al., 2009). Needle et al. (2009) så på angstnivå hos foreldre med barn på intensivavdeling og fant at angstnivået var høyest de første 24 timene. Studien delte angst i state angst og trait angst. State angst er en emosjonell tilstand med ubehagelige følelser knyttet mot konkrete situasjoner krav, hendelser eller bestemte objekt. Trait angst er en personlighetskarakteristikk mer enn en midlertidig følelse. Den sier noe om en persons tendens til å oppleve angst i situasjoner som oppleves truende. 60% av foreldrene i Needle sin studie hadde state angst score som indikerte høyt angstnivå. Studien fant at majoriteten av gruppen foreldre med høy trait angst hadde kronisk syke barn, og antyder at med økende angst hos foreldre øker sannsynligheten for redusert etterlevelse av barnets behandling (Needle et al., 2009). Foreldres angst er assosiert med det psykiske utfallet for både barn og foreldre etter utskrivelse. Forhøyet angstnivået er signifikant assosiert med alvorlighetsgraden av PTSS, angst er også assosiert med utvikling av PTSD (Post Traumatisk Stress Diagnose) tre måneder etter utskrivelse (Shaw et al., 2009; Wray, Dearmun & Franck, 2011). En annen studie på angst hos foreldre med barn på intensivavdeling fant at foreldre med en passiv mestringsstrategi hadde høyere forekomst av angst, men også depresjon tre måneder etter utskrivelse (Bronner et al., 2009).

2.3 Depresjon hos foreldre med barn på sykehus

Depresjon er en psykisk reaksjon preget av et gjennomgående lavt stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening med tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål, og mangel på energi. I tillegg følger ofte lav selvfølelse, selvbebreidelser og skyldfølelse. Depressive lidelse varierer i intensitet og varighet (Mykletun et al., 2009). Franck et al. (2015) undersøkte foreldrestress med depresjon som en av triggerfaktorene. Nær 1/3 av foreldrene hadde score som indikerte moderat til alvorlig depresjon under barnets opphold på en generell barneavdeling. Colville & Pierce (2012) beskrev alvorlige symptomer på depresjon og angst hos foreldre lang tid etter barnets utskrivelse.

Foreldres manglende grad av mestring i akutfasen av et barns sykdom er assosiert med langvarig depresjon og angst, dette knyttes til flere typer diagnoser. Funnene indikerer at symptomer på depresjon og angst, i tillegg til høyt stress nivå, er assosiert med og opptrer samtidig med akutte traumatiske stress-symptomer hos foreldre (Muscara et al., 2015).

Shaw et al., (2009) påpeker at depresjon, både ved innleggelse og ved oppfølging 4 måneder etter sykehusinnleggelsen, er signifikant assosiert med post traumatisk stress symptomer (PTSS).

2.4 Post Traumatisk Stress Symptom (PTSS) og Post Traumatisk Stress Diagnose (PTSD) som en konsekvens av angst og depresjon

Alle mennesker vil kunne reagere med psykiske symptomer på ekstreme påkjenninger. Det er en glidende overgang fra lette og helt allmenne reaksjoner, til de mer intense og invalidiserende reaksjonene. PTSS kan defineres som et sett av psykologiske og fysiologiske reaksjoner på smerte, skade, alvorlig sykdom, medisinske prosedyrer og invasive og skremmende behandlingserfaringer (Kazak, Boevig, Alderfer, Hwang & Reilly, 2015). Det er en akutt reaksjon som kan komme umiddelbart eller kort tid etter en hendelse som oppleves traumatisk. Symptomer som hjertebank, svette, følelse av redsel og engstelse er vanlig. I tillegg kommer symptomer som gjenopplevelse av hendelsen, unngåelse av liknende situasjoner og psykologisk opphisselse med funksjonstap (Woolf et al., 2016). Symptomer på den akutte reaksjonen er vanligvis tilstede mellom 2 dager til 4 uker etter den traumatiske hendelsen.

For de fleste vil symptomene reduseres over tid, men for noen forblir det kronisk. Når symptomene vedvarer i minst en måned kan det ha utviklet seg til en post traumatisk stress diagnose (Woolf et al., 2016). PTSD kan ramme mennesker som har vært involvert direkte eller indirekte i en skremmende eller farlig hendelse. Plutselige hendelser og mangel på kontroll over situasjonen øker risikoen. Økt risiko er det også hvis man befinner seg i et fremmed og utrygt miljø, eller hvis man opplever et stort tap i tilknytning til situasjonen (Mykletun et al., 2009). Ifølge Fetveit & Bjorvatn (2007) antar man at 1 % av befolkningen til enhver tid lider av PTSD. Franck et al. (2015) fant at 32,7 % av foreldrene med barnet sitt innlagt på generell barneavdeling, rapporterer om noen grad av PTSS tre måneder etter utskrivelse. Det var 21,5% av foreldrene som hadde symptomer forenlig med en PTSD diagnose. Det var kun 6 av totalt 107 foreldre i studien som ikke rapporterte om symptomer på PTSS. I følge Landolt, Vollrath,

Ribi, Gnehm & Sennhauser (2003) så det ut til at den traumatiserende effekten var større for foreldrene til det syke barnet sammenliknet med voksne som selv er syke.

Vedvarende PTSS med potensielt vedvarende forstyrrelser i familiefunksjon og familie utvikling har vært blant de mer åpenbare funn på tvers av et variert utvalg av pediatriske diagnoser og skader (Kazak et al., 2015). Ved PTSD er angst og depresjon som regel en del av det kliniske bildet i tillegg til symptomer som overaktivering, vaksomhet og sønvløshet. Søvnproblemer og psykiske lidelser ledsager hverandre og forsterker hverandre. Det er velkjent at det er sammenheng mellom pasienter med sønvnvansker og lidelser som angst og depresjon.

2.5 Søvn hos foreldre med barn på sykehus

Søvn er et av foreldrenes behov for å opprettholde god psykisk helse under barnets innleggelse på sykehus (McLoone, Wakefield, Yoong & Cohn 2013; Meltzer & Mindell, 2006; Stremmler et.al 2014.) Gjennomsnittlig søvnlengde er 7-7,5 timer hos friske voksne (Ursin, Holsten & Bjorvatn, 2006; Monk, Buysse, Rose, Hall & Kupfer, 2000).

Søvn er en reversibel tilstand av nedsatt bevissthet (Dietrichson, 2011). Søvn består hovedsakelig av to stadier, hvor den ene er Non-Rapid Eye Movments (N-REM søvn). N-REM søvnen har langsomme hjernebølger og er mest tilstede tidlig på natten. Det dypeste stadiet av N-REM søvnen er spesielt viktig for å fungere godt på dagen. Det andre stadiet er Rapid Eye Movments (REM søvn), hvor hjernebølgene er tilnærmet lik våken tilstand, musklene er derimot mest avslappet i dette stadiet (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

2.6 Konsekvenser av søvnmangel

Laboratorieforsøk viste at redusert søvnlengde med en gjennomsnitt på 5 timer, +/- 35 min, over en periode på syv netter gav klart målbar negativ effekt på humør, prestasjon og psykisk velvære (Dinges et. al., 1997; Haak & Mullington, 2005). McCann (2008) fant at foreldre sov i gjennomsnitt 4,6 timer pr natt under sykehusopphold og at enerom utgjorde en signifikant forskjell i lengden og kvaliteten på søvnen. Foreldre på enerom hadde i gjennomsnitt 1,5 lenger nattesøvn. Studien bekreftet at redusert søvnkvalitet og søvnmangel var en ytterligere stressfaktor for foreldre som var sammen med barnet sitt på sykehus. Angelhoff, Edéll-

Gustafsson og Mörelius (2015) fant i sin kvalitative studie at søvn påvirket humøret og humøret påvirket søvnen. Kroniske søvnvansker har vist seg å disponere for senere utvikling av psykiske lidelser og psykiske lidelser er årsak til om lag halvparten av alle tilfeller av sekundære søvnvansker (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

2.7 Søvn på en barneavdeling

Når et barn blir innlagt på sykehus har det, i følge forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, rett til å ha en pårørende hos seg (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Personalet kan ha en forventning om at foreldrene deltar i pleien og sover ved siden av barnet, men fokuset er derimot mer på barnet enn på hvordan foreldrene sover under oppholdet (Stemler, Dhukai, Wong & Parshuram, 2011).

Erfaringene er at dette er positivt og trygt for barnet, men søvn spiller også en viktig rolle for foreldres helse og velvære. Tilstrekkelig søvn kan bidra til at foreldrene har mer energi til å gi følelsesmessig støtte til det syke barnet, i tillegg til at søvn har en sammenheng med foreldres humør og mestring av foreldrerollen (Meltzer, Davis & Mindell, 2012).

Stremler et al. (2014) utførte en studie på 118 foreldre på sykehus hvor søvnkvalitet og kvantitet samt foreldres utmattelse og trøtthet ble beskrevet. De fant at nattesøvnen var mindre enn anbefalt for optimal helse og foreldrene sov mindre enn 6 timer per natt. Mødre sov i snitt 24 minutter lengre enn fedre, men opplevde mer utmattelse. Utmattelsen kom av at de ikke klarte å sovne igjen etter oppvåkninger. Foreldrene nådde derfor ikke de dype søvnstadiene i N-REM søvnen, som er viktige for hvile og oppbygning. I snitt hadde mødre 7,4 oppvåkninger pr. natt, mens fedre hadde 7,8 oppvåkninger per natt. Foreldrene i kontrollgruppen til McLoone et al. (2013) våknet gjennomsnittlig to ganger i løpet av natten. Moore, David, Murray, Child & Arkwright (2006) så på hvordan søvnabrytelser påvirket foreldres angst og depresjon. Både mødre og fedre hadde økt angst nivå som et resultat av søvnabrudd, mødre hadde i tillegg økt depresjon.

Søvnmangel kan føre til utmattelse, angst og depresjon hos foreldre (Meltzer & Mindell, 2006). Ved å tilrettelegge for tilstrekkelig søvn, kan barnesykepleiere bidra til bedre søvnkvalitet slik at foreldre kan gi barnet sitt god emosjonell støtte og økt deltagelse i omsorgen (Meltzer & Mindell, 2006; Meltzer et. al. 2012) . Erfaringer fra praksis og forskning viser at fysiske faktorer som støy i rommet og dårlige senger, i tillegg til bekymring over barnet, var med på å redusere søvnkvalitet og kvantitet hos foreldre (Franck et al. 2014; Meltzer et.al. 2012).

2.8 Barnesykepleierens funksjons og ansvars områder i forhold til foreldre med barn på sykehus

Barnesykepleiere har ansvar for å ivareta barnets individuelle behov, forebygge komplikasjoner, fremme modning, vekst og utvikling under sykehus opphold (Barnesykepleierforbundet NSF, 2009). Barnet er helt avhengig av sine foreldre, spesielt i nye og utrygge omgivelser som en barneavdeling er. Pasientgruppen kan betraktes som en enhet, der foreldre og søsken er en del av målgruppen. Barnet og familien skal møtes med respekt for deres opplevelse og reaksjoner, og barnesykepleiere skal jobbe målrettet for å bidra til mestring av sykdom og funksjonssvikt (Barnesykepleierforbundet NSF, desember 2009).

Studier viste at barns sykehusinnleggelse påvirket foreldrenes psykiske helse (Commodari, 2010; Franck et al., 2014; Woolf et al., 2016) I tillegg forringes foreldrenes søvnkvalitet og søvnkvantitet under barnets sykehusopphold (McCann, 2008, Moore et al., 2006, Stremmer et al., 2014). Muscara et al. (2015) påpekte at tidlig identifisering av psykiske reaksjoner hos foreldre var essensielt for å minimere risiko for kronisk mentale helseproblemer. Erfaring fra praksis er at barnesykepleiere ofte er yrkesgruppen som følger foreldre tett gjennom sykehusoppholdet. Det stiller barnesykepleiere i en særlig god posisjon til å kunne avdekke foreldre som er i risikozonen.

Erfaring fra praksis er at pasienter og pårørende med enkelte diagnoser får mer ressurser enn andre. Det er barnesykepleierens oppgave å legge til rette for støtte der det er behov. Det skal være basert på kunnskap og individuelle vurderinger, uansett diagnose eller årsak til barnets sykehusinnleggelse. Grunnlaget for all sykepleie er menneskets iboende verdighet og respekten for hvert enkelt menneskets liv (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Commodari (2010) sin studie viste at foreldrenes psykososiale funksjon påvirket barnets fysiske og psykiske helseutfall. Barnesykepleiere kan ivareta den helhetlige omsorgen ved å bruke sin faglige kunnskap om psykiske reaksjoner og søvn hos foreldre med barn på sykehus. Dette for å fremme best mulig relasjon og støtte for barnet under innleggelsen (Franck et al., 2014).

2.9 HUNT-studien, den største befolkningsstudien på angst og depresjon

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, kalt HUNT-studien, er en stor helseundersøkelse om fysisk og mental helse. Alle innbyggere over 20 år bosatt i Nord Trøndelag ble invitert til å delta. HUNT-studien har gjennomført datainnsamlinger i tre perioder. HUNT1, utført i tidsperioden 1984-86, kartla ikke mental helse, men i HUNT2 (1995-1997) og HUNT3 (2006-2008) ble befolkningens nivå av angst og depresjon kartlagt med Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), det samme instrument som denne studien benytter (Krokstad et al., 2013). HUNT 2, med sine 60 869 informanter, er det største materialet om angst og depresjon i verden (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal & Mykletun, 2002). HUNT 3 hadde 15,4 % færre deltakere, med størst frafall i aldersgruppen yngre voksne og menn. Det var flere kvinner enn menn som deltok og høyest deltakelse fantes i aldersgruppen 60-69 år (Krokstad et al., 2013). Resultatene fra HUNT 3 viste en forekomst av angst med et gjennomsnitt på 4,016 og depresjon 3,325 (NTNU, Hunt research, udatert).

Det teoretiske grunnlaget er gjennomgått i kapittelet ovenfor. I neste kapittel presenteres tidligere forskning som er relevant for denne studiens problemstilling samt denne studiens hensikt.

3.0. BAKGRUNN OG HENSIKT

Barn har fått lovfestet sine rettigheter ved sykehusopphold etter at "Lov om barns opphold på helseinstitusjon" ble vedtatt i 2000. I følge §6 heter det at *"barnet har rett til å ha en av foreldrene hos seg til enhver tid og helseinstitusjonen plikter å tilby foreldre kontakt med sosionom, psykolog eller annet støttepersonell under sykehusoppholdet"*.

Foreldrene er i en sårbar situasjon, de opplever ulike følelsesmessig reaksjoner og behandlingen påvirker hele familien. Det er publisert få studier om temaet og foreldregruppen. Tidligere studier fokuserer i stor grad på enkeltdiagnoser og pasientgrupper.

Mot slutten av 90-tallet begynte det å komme forskning på foreldre som pårørende til barn. Det ble forventet at foreldre tok del i pleien av barnet og helsepersonell måtte være observante på stress hos foreldre på grunn av deres rolle som emosjonell støtte for barnet (Callery, 1997). Barn ble påvirket av foreldrestress og det forhindret og påvirket rehabiliteringen negativt (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999). En studie fra samme periode påpekte at barnets sykehusinnleggelse medførte angst hos foreldre. Foreldrenes angst påvirket deres evne til å støtte barnet, de kunne overføre angstreaksjonene over på barnet. I tillegg kunne det påvirke foreldrenes etterfølgelse av medisinske instruksjoner etter utskrivelse (Tiedeman, 1997). Selv enkle prosedyrer er av stor emosjonell påvirkning (Landolt et al., 1998).

Det er påvist at sykehusinnleggelse forårsaker stress og angst hos foreldre. Forskingen fra begynnelsen av 2000-tallet har fokus på årsaksfaktorene. Det hevdes at diagnose og behandlingssted ikke er den åpenbare faktoren bak foreldres reaksjon på barnets sykdom (Board & Ryan-Wenger, 2002). Til tross for dette er de fleste studier basert på foreldre med barn på intensivavdeling. Board & Ryan-Wenger (2003) finner at mødre fortsatt er bekymret og har lite energi seks måneder etter barnets opphold på intensivavdeling. Intensivoppholdet har alvorligere følger for foreldre og familiemedlemmer enn tidligere antatt (Aldridge, 2005). Familier opplever seg mer dysfunksjonelle enn før sykehusoppholdet. Rees, Gledhill, Garralda & Nadel (2004) fant derimot at det ikke var signifikant forskjell i angst og depresjonsnivå mellom foreldre med barn på intensiv sammenliknet med generell barneavdeling. Dette var i samsvar med erfaring fra praksis der det ikke nødvendigvis var sammenheng mellom alvorlighetsgraden av barnets sykdom eller behandling og foreldrenes reaksjoner. Aldridge

(2005) påpekte at sykepleier nær barnet var den nærmeste til å identifisere foreldre med økt stressnivå og behov for hjelp.

Shudy et al. (2006) antydte at det var en tendens til økning i kritisk syke barn som overlatt til foreldrenes pleie uten støtte rundt seg etter utskrivelse. Foreldrenes angst ved innleggelse var nær panikknivå, fundamentale fysiske behov blir ofte oversett i en slik situasjon. Erfaring fra praksis er at de fysiske behovene ofte er enklere å løse, men opptil halvparten av foreldrenes behov viser seg å være av psykologisk karakter. Sykehusoppholdet har en skadelig påvirkning på familien som kan resultere i et dårlig søvnmønster og andre stressrelaterte symptomer som lite energi og angst (Shudy et al., 2006). Majoriteten av studiene i Shudy et al. (2006) var fra intensivavdelinger, flere hadde ekskludert kronisk syke. Det var motsigende når studier viste økt psykisk stress hos mødre med kritisk syke barn som fikk påvist en kronisk diagnose, sammenliknet med de med tidsbegrenset sykdom. I tillegg fikk de med livstruende sykdommer mer støtte enn de med kronisk sykdom (Shudy et al., 2006). Det er klart et behov for å studiere fra andre settinger enn intensiv.

Det er et behov for å identifisere foreldre i risikozonen og forebygge kroniske mentale helseproblemer (Bronner et al., 2009). Foreldrenes angst er sannsynlig knyttet til andre faktorer enn diagnose (Needle et al., 2009). Erfaring fra praksis er at det er lett å la alvorlighetsgraden på diagnoser være styrende. Needle et al. (2009) fant at helsepersonell gjenkjente angst lettest ved alvorlig og kritisk sykdom. Det kan lede til undring rundt helsepersonells evne til å gjenkjenne angstsymptomer hos pårørende uavhengig av diagnose. Når i tillegg Shaw et al. (2009) viste til at fedres reaksjoner startet senere, men var like alvorlige, begynner det å bli en utfordring. Bronner et al. (2010) viste til at antall tidligere stressfulle hendelser var en prediktor for Post Traumatisk Stress Diagnose i etterkant av sykehusoppholdet. Hvordan hendelsen opplevdes var viktigere enn hva som opplevdes (Colville & Pierce, 2012). Foreldrenes angst ble relatert til det psykiske utfallet for barn og foreldre etter utskrivelse. Angst var også assosiert med Post Traumatisk Stress Symptomer tre måneder etter utskrivelse (Wray et al., 2011). Davidson, Jones & Bienvenu (2012) innførte begrepet "Post Intensive Care Syndrome Family" med det menes at foreldrenes reaksjoner påvirker deres evne til omsorg. Det er avgjørende da pasienter i alle aldre krever omsorg etter utskrivelse. Li Ping et al. (2013) påpeker at angst medførte utilstrekkelig oppmerksomhet fra foreldrene mot barnet. Det var ingen signifikant forskjell i angst mellom mødre og fedre (Serinken et al., 2014).

Ved å hjelpe foreldre til å se egne psykiske helsebehov, kan også barnets psykiske helsebehov sikres (Kazak et al., 2015). Screening og tidlig intervensjon vil kunne redusere kroniske mentale helseproblemer (Muscara et al., 2015). Franck et al. (2015) finner at foreldre med barn på generell barneavdeling, har like stor risiko for å utvikle Post Traumatiske Stress Symptomer (PTSS) som foreldre på intensiv. Økt stress i form av angst og depresjon under sykehusoppholdet var en sterk prediktor for PTSS og PTSD tre måneder etter utskrivelse. Angst og depresjon var ikke rutinemessig vurdert og sykepleiere gjenkjente ikke et høyt angstnivå eller når den blir maladaptiv. Konklusjonen var at sykehusinnleggelse representerer en risiko for foreldres mentale helse uavhengig av diagnose eller lengde på sykehusopphold (Franck et al., 2015). Woolf et al (2016) påpekte videre at behandlingsintervensjoner rettet mot foreldres psykiske symptomer bør være uavhengig av barnets diagnose, og at psykososiale intervensjoner i akutfasen kan redusere risiko for potensielt langvarige mentale helseproblemer.

Søvnproblemer og psykiske lidelser ledsager hverandre og kan forsterke hverandre. Gjenkjennelse av psykiske symptomer og kjennskap til relaterte søvnproblemer er verdifull kunnskap. For personer med angst og depresjon er søvnproblem en fast ledsager. Det er per i dag uklart hva som forårsaker hva, men for depresjon synes søvnproblemer å kunne være utløsende årsak (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

Det eksisterer lite forskning med søvn som tema før år 2000. Men Dinges et al. (1997) fant at søvn rett i underkant av 5 timer fører til emosjonell labilitet. Symptomene synes å stabilisere seg mellom dag 2-6 før en ny økning fra dag 6-7. Det er en kumulativ utvikling av symptomer, blant annet humørpåvirkning. Søvnloggbok viser at friske voksne sover i gjennomsnitt 7,35 timer per natt (Monk et al., 2000). Ut over 2000 tallet var det et økende antall studier som så på søvn relatert til sykehusopphold. Frisk & Nordström (2003) påpeker at vedvarende støy gjør det umulig å oppnå dyp søvn og REM søvn. Etter fire dager på intensivavdeling var det unormal stigning i melatonin relatert til lyssettingen rundt sengeplassen. Målet med studien var å finne et scoringsinstrument for søvnkvalitet. Redusert søvnmengde førte til dårligere psykososial funksjon og lavere optimisme, som igjen påvirket den mentale helsen (Haack & Mullington, 2005). Stadige søvnbrudd hos foreldre med eksem barn påvirket søvnmønsteret og førte til økt angst og depresjonsnivå (Moore et al., 2005). Meltzer & Mindell (2006) viste til sammenheng mellom barnets helse og redusert søvnkvalitet hos foreldre, noe som ledet til økt depresjon, utmattelse og færre sosiale interaksjoner. Perioder med søvn på 4-6 timer påvirket graden av årvåkenhet og hukommelse tilsvarende 1-3 netter uten søvn. Mennesker

undervurderer påvirkningen av redusert søvn. (Banks & Dinges, 2007). McCann (2007) fant en kumulativ effekt ved forlenget søvnmangel på sykehus. Foreldre med barn på sykehus sover i gjennomsnitt 4,6 timer, noe som er definert som søvnmangel for voksne. McLoone et al. (2013) fant at angst er påvirket søvnlengden negativt og dårlig søvn leder til angst. Foreldre på sykehus sov betydelig kortere og hadde over dobbelt så mange oppvåkninger sammenliknet med foreldre i samme aldersgruppe som hadde friske barn. Foreldre på intensiv sov derimot noe kortere sammenliknet med generell barneavdeling. Effekten av en natts søvnmangel kan komme senere enn dagen etter, og det er vanskelig å kompensere med å sove mer neste natt (Stremmler et al., 2014). Det var en forventning at foreldre utførte pleieoppgaver på natten (Meltzer et al., 2012). Samtidig vil stadige søvnavbrudd resultere i søvn som ikke er uthvilende, det er mer stressende enn kortere søvn. I tillegg påvirket angst og stress søvnen mer enn selve sovestedet (Franck et al., 2014). Søvn og humør påvirker hverandre i begge retninger og angst er en faktor som har negativ påvirkning på søvnen. Redusert søvn leder til depressivt humør og tristhet har igjen negativ påvirkning på søvnen. Woolf et al. (2016) konkluderte med at kognitiv og emosjonelle symptomer på stress førte til dårlig søvnkvalitet, noe som påvirket foreldrenes omsorg for barnet negativt. Det er behov for forskning som fokuserer på sammenhengen mellom søvn, stress og helse hos foreldre med syke barn.

Hensikten med denne studien er å bidra til økt kunnskap om hvordan foreldre med barn på generell barneavdeling i Norge påvirkes av sykehusinnleggelse. Dette skal gjøres ved å kartlegge symptomer på angst, depresjon og søvnkvalitet hos foreldre når barnet er innlagt på en generell barneavdeling. Målet er å se om foreldre har symptomer på angsts og depresjon under sykehusoppholdet, og om det påvirkes av foreldrenes søvnkvalitet. Det eksisterer lite forskning om dette tema og med denne foreldregruppen og få studier fra norske forhold.

Studien har på bakgrunn av dette tre forskningsspørsmål:

- *Hva er forekomsten av symptomer på angst og depresjon hos foreldre når barnet er innlagt på en generell barneavdeling?*
- *Hvordan er søvnkvaliteten hos foreldre når barnet er innlagt på en generell barneavdeling?*
- *Påvirker søvnkvaliteten til foreldrene nivået av symptomer på angst og depresjon?*

3.1 Kildekritikk

3.1.1. Kunnskapssøk og søkehistorikk

Med utgangspunkt i problemstillingen ble søkeordene foreldre, barns sykehusinnleggelse, angst, depresjon, psykologisk stress og søvn valgt. Relevante engelske MesH termer ble funnet ved hjelp av SweMed+. Søkeordene på engelsk ble PARENTS (1), CHILD HOSPITALIZED (2), ANXIETY (3), DEPRESSION (4), STRESS PSYCHOLOGIC (5) og SLEEP (6).

Det ble søkt etter relevant litteratur i fem ulike søkemotorer, henholdsvis Medline, Cinahl, Swemed+, PsychINFO og Embase. Det ble i tillegg gjort søk i kilder høyere opp i S-pyramiden. Ved bruk av de samme søkeordene i kildene UpToDate og Cochrane Library viste treffene studier med fokus på konkrete somatiske problemstillinger og praktiske prosedyrer, ingen av treffene var relevant for denne studien. For alle søk ble språk begrenset til engelsk, norsk, dansk og svensk.

Søkene er presentert i tabellen nedenfor, med følgende kombinasjon av søkeord:

Søkekombinasjoner	Medline 1	Medine 2	Cinahl	PsychInfo	Embase	Swemed+
1-2-3			70	41	22 ^{*5}	1
1-2-4			12	82 ^{*2}	4 ^{*6}	0
1-2-5	584 ^{*1}		91	28 ^{*3}	9 ^{*7}	2
1-2-6		8	8	5 ^{*4}	9 ^{*8}	0

1 Søkeordet var Stress Psychological OR (anxiety OR stress* OR depression*)tw

*2: Søkeordene var Depression OR reactive depression OR depression (emotion)

*3: Søkeordene var Stress psychological OR distress OR psychological stress OR emotional responses

*4: Søkeordene var Sleep OR sleep deprivation

*5: Søkeordene var Anxiety OR HADS

*6: Søkeordene var Depression OR HADS OR depression anxiety stress scale

*7: Søkeordene var Stress psychological OR mental stress

*8: Søkeordene Sleep OR sleep quality OR sleep deprivation

Medline 1 søket ble utført i april 2015 og gjentatt i september 2016. Titlene til 543 artikler ble vurdert, de som ikke var relevante i forhold til problemstillingen ble eliminert. Abstraktene til 50 artikler ble gjennomgått og 22 artikler valgt ut. Det ble ikke satt noen nedre publikasjonsdato, da det var interessant å se om det var gjort liknende studier til tross for eldre dato. Det ble derimot færre relevante treff parallelt med eldre publikasjonsdato og artiklene tenderte til å ha fokus på effekten av å ha foreldrene tilstede hos barnet i avdelingen. Litteraturen bar preg av et skille før og etter år 2000. Dette kan ha sammenheng med økt fokus på barns rettigheter under sykehusopphold de seneste årene. Eliminering på bakgrunn av språk kan ha resultert i at relevante artikler ble ekskludert. Kunnskapsøket ble gjentatt september 2016. Titler til artikler fra 2015 og 2016 ble vurdert og fire av disse gjennomlest, kun en var relevant for denne studien.

Medline 2 søket etter søvn artikler ble utført august 2015, med gjentakelse i september 2016. Av disse ble fire av de åtte artiklene valgt ut i fra relevans til problemstillingen. Det var ingen nye treff på kombinasjonen av søkeordene når søket ble gjentatt i september.

Cinahl søket resulterte i flere av de samme artiklene som allerede var inkludert i studien etter det første Medline 1 søket. I tillegg ble fem artikler valgt ut til lesing etter gjennomgang av titler og abstrakter, tre av disse ble inkludert i studien.

PsychINFO dekker kunnskap innen psykologi og psykiatri og er en aktuell søkemotor for denne studiens problemstilling. Søket resulterer i flere av de samme artiklene som allerede er inkludert i studien. To artikler ble ytterligere valgt ut til gjennomlesing, begge ble inkludert.

For å sikre et bredere grunnlag for kunnskapssøket ble det også søkt i Embase. Det er flere av de samme artiklene som går igjen her og ingen nye inkluderes fra dette søket.

SweMed+ har referanser til studier som er publisert i nordiske tidsskrifter, det er kun en artikkel som ble vurdert, den ble ikke inkludert i studien.

3.1.2. Årsak til valg av artikler

Bakgrunnen for utvelgelsen av artiklene var at temaet var relevant for problemstillingen.

Inklusjonskriteriene ved gjennomgang av titler og abstrakt var at artiklene var tilgjengelig på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Videre at informantene var foreldre, artikkelen omhandlet temaet angst, depresjon eller psykologisk stress hos foreldre, foreldres søvn på sykehus eller

at studiet omhandlet foreldre med barn på generell barneavdeling. Studier fra barneintensiv, nyfødtavdeling eller andre diagnosespesifikke studier ble likevel inkludert dersom temaet på annen måte var relevant. Artikler ble også funnet fra referanselisten til de utvalgte artiklene, samt noe fra veileder. Artiklene består i hovedsak av kvantitative studier, men noen kvalitative studier ble også inkludert da de bidro med bredere og mer dyptgående beskrivelse av sitt tema.

3.1.3. Styrker og svakheter ved valgt litteratur/kunnskap

Den valgte litteraturen er hovedsakelig kvantitative enkeltstudier. Totalt er det 38 kvantitative studier, fire kvalitative studier og syv review artikler. Den største andelen studier benyttet kvantitativ metode i likhet med denne studien. Ingen litteratur fra de øverste trinnene i S-pyramiden er representert. Det var ingen relevante treff relatert til denne studiens problemstilling og tema ved søk i databaser på de øverste trinn ved bruk av de tidligere nevnte søkeord. Det er en styrke for sammenlikning av funn i vår studie at fem kvantitative studier benyttet samme selvutfyllingsverktøy for angst og depresjon, HADS. Det var tre studier benyttet RCSQ. Majoriteten av de inkluderte studiene ble utført på barneintensivavdeling, kun syv på ikke-intensive barneavdelinger. Overførbarheten til denne studiens funn må tas i betraktning ved tolkning av resultater. Kunnskapssøket resulterte i studier utført i USA og Europa, ingen fra Norge eller Skandinavia. Kulturelle forskjeller kan ha påvirket studienes funn og dermed også overførbarheten til denne studiens resultater.

4.0 METODE

I dette kapitlet blir studiets metode og spørreskjemaene som benyttes for datainnsamling presentert. Deretter blir det gitt en kort omtale av avdelingen der datainnsamlingen foregikk, studiets utvalg og populasjon, samt rekruttering av respondenter og datainnsamling. Rollen som forsker i egen avdeling omtales i eget avsnitt. Reliabilitet og validitet presenteres og til sist refleksjoner rundt etikk knyttet til denne studien.

4.1. Kvantitativt design

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet, hvor målet var å kartlegge forekomsten av symptomer på angst, depresjon og søvnkvalitet hos foreldre, ble det planlagt et forskningsdesign med kvantitative metode. Kvantitativ metode er egnet for innsamling av målbare data, og spørreskjemaene i denne studien innhenter talldata.

Kvantitativ metode er strukturert og teoristyrte. Datamaterialet bearbeides med statistiske analyseteknikker, forskeren har vanligvis større avstand til de som studeres. Målet er en objektiv beskrivelse av et fenomen (Ringdal, 2013).

Innen kvantitative studier er tverrsnittdesign basert på spørreundersøkelser den mest benyttede metode. Tverrsnittdesign har ett datainnsamlingstidspunkt og gir et øyeblikksbilde av den nåværende situasjonen. Tverrsnittstudier kan ikke si noe om årsaken til et fenomen.

Tverrsnittdesign er derfor en god metode for denne studien som skal kartlegge forekomst av symptomer på angst og depresjon på et gitt tidspunkt.

Valg av datainnsamlingsmetode falt på spørreskjema da det var den mest egnede metode for innhente data fra et stort antall informanter. Selvutfyllingsskjema med forhåndsoppgitte svaralternativer gjør det enklere for respondenten å besvare spørsmålene. I tillegg gir det størst mulighet til å beskytte svarsituasjonen, da skjemaet kan besvares uten andre tilstede (Ringdal 2013; Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2011). Det skal derimot bemerkes at det kan være problemer forbundet med bruk av spørreskjemaer. Respondentene kan misforstå spørsmål, velge alternativer de tror det er sosial oppslutning om eller bli usikre på hva de skal svare om de ikke har reflektert over problemstillingen tidligere.

Rekrutterings- og datainnsamlings metode har vært gjenstand for nødvendige overveielser underveis. Den opprinnelige plan var å rekruttere og gjennomføre datainnsamling ved to ulike sykehus i Norge. Det måtte endres til ett sykehus da kapasitetsproblemer ved det ene sykehuset gjorde det vanskelig å innfri Regional Etisk Komite (REK) sitt krav om å sikre beredskap for informanter som eventuelt scoret høyt på symptomer på angst og depresjon. Det medførte en omorganisering og endring i utvalgsstrategi der datainnsamlingsperioden ble gjennomført på bare ett sykehus og inklusjonsfasen ble utvidet for oppnå det ønskede antall respondenter.

Datainnsamlingen foregikk i april-juni 2016. Data ble innhentet ved hjelp av spørreskjemaene Hospital Anxiety and Depression scale (HADS, se vedlegg 3) og Richard Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ, se vedlegg 3), disse er nærmere beskrevet i avsnitt 4.2 og 4.3. Relatert til valgt design gir denne studien et øyeblikksbilde av foreldres angst, depresjon og søvnkvalitet når de har barnet sitt innlagt på barneavdeling. Datamaterialet kan ikke si noe om årsaker. De innkomne dataene inneholder et tallmateriale som gir en systematisk statistisk beskrivelse.

Før datainnsamlingen ble iverksatt ble det utført en pilot på design og tidsbruk. Kollegaer og masterstudentene fylte selv ut spørreskjemaene. Det medførte en endring i spørreskjemaenes design, og resulterte i at det ble totalt fire sider. Dette for at respondentene ikke skulle oppleve det overveldende å motta mange ark som skulle fylles ut. Hver respondent fikk ved invitasjon til deltakelse i studien utlevert en konvolutt som innehold tre A4 ark. Det første med invitasjon til studien og samtykkeerklæring (vedlegg 1), det andre med demografiske data (vedlegg 2) og det tredje med spørreskjemaene HADS og RCSQ (vedlegg 3).

4.2. Spørreskjemaet HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

HADS er en egenvurderings skala for angst og depresjon utarbeidet av Zigmond & Snaith i 1983. Formålet var å utarbeide et verktøy som på en kostnadseffektiv måte kunne avdekke angst og depresjon hos pasienter under utredning og behandling ved ikke-psykiatriske avdelinger (Snaith & Zigmond, 1994).

HADS kartlegger for symptomer på angst og depresjon som kan skyldes somatisk sykdom. Spørsmål om fysiske symptomer som hodepine, svimmelhet, søvnløshet og utmattelse er ekskludert for å unngå ”støy” fra somatiske sykdommer (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). I tillegg er spørsmål knyttet til symptomer på alvorlige psykiske lidelser fjernet, da instrumentet er rettet mot mildere patologi.

HADS er mye brukt i studier både innen somatikk og psykiatri, erfaring fra tidligere studier er at spørsmålene ikke oppfattes som provoserende (Dahl et al., 2002).

Skjemaet tar ca. 2-5 minutter å fylle ut. Det omfatter 14 spørsmål, hvorav 7 er relatert til angst og 7 til depresjon, disse spørsmålene kommer annenhver gang i spørreskjemaet. Hvert spørsmål har en ordinert svarskala med verdi fra 0-3. Nivå av angst og depresjon uttrykkes ved å regne summen av delskalaene for HADS-A (HADS-Angst) og HADS-D (HADS-Depresjon). Deretter tolkes summen for depresjon og angst utfra en firedelt skala. Høyere poengscore indikerer høyere nivå av angst og depresjon.

- 0- 7 poeng: Normal nivå av angst/depresjon
- 8-10 poeng: Mild nivå av angst/depresjon
- 11-14 poeng: Moderat nivå av angst/depresjon
- 15-21 poeng: Alvorlig nivå av angst/depresjon

Enkelte studier har operert med totalscore som er summen av delskalaene. Blant annet i HUNT2 studien der totalscore lik eller over 25 ble vurdert som høyt nivå av angst og depresjon og deltakere med denne poengscore fikk oppfølging (Dahl et al., 2002).

I denne studien ble ikke totalscore beregnet da veiledningsheftet for scoring av HADS resultat påpekte at poengscore på HADS-Angst og HADS-Depresjon ikke skulle summeres. Det vil kunne gi et uklart bilde av det emosjonelle stressnivå (Snaith & Zigmond, 1994).

HADS er sensitivt for nåværende tilstand og poengscore indikerer nivå av angst eller depresjon siste uke (Bronner et al., 2009). Psykometrien, eller måleegenskapen, har vist seg å være god,

med høy intern konsistens og overenstemmelse med andre etablerte selvutfyllingsinstrument for angst og depresjon. Etter testing for kausidentifikasjon opp mot ulike psykiatriske diagnoseinstrumenter tilsier HADS-score over 7 at pasienten mulig har symptomer på, eller en mild nivå av angst eller depresjon. HADS lik eller over 11 identifiserer slike lidelser med stor sikkerhet (Dahl et al., 2002).

I denne studien ble HADS score over 7 regnet som cut-off nivå, det betyr at score over 7 var denne studiens påvisningsgrense for symptomer på angst eller depresjon.

Score over 7 er i veiledningsheftet for HADS beskrevet som symptomer på mild angst eller depresjon (Snaith & Zigmond, 1994). Andre studier har valgt et høyere cut-off nivå (Franck et al., 2014; Colville & Pierce, 2012).

Rettigheten til å benytte HADS i studier eies av firmaet GL-Assessment i UK. For å kunne publisere funnene fra denne studien måtte forskerne søke om tillatelse til å kjøpe for å benytte spørreskjemaet fra overnevnte firma. Validerte oversettelser av HADS til ulike språk er det Mapie Research Trust i Lyon, Frankrike som besitter. Etter at tillatelsen til bruk av HADS var akseptert, ble den validerte utgaven av selvutfyllingskjemaet på norsk og brukermanualen for HADS innhentet.

4.3. Richards-Campell Sleep Questionnaire

RCSQ er et scoringsinstrument for evaluering av søvn hos somatisk dårlige pasienter utviklet av Richards, O'Sullivan og Philips i (2000, se vedlegg 3). Formålet var å utvikle et instrument som var kostnadseffektivt, lite tidkrevende og enkelt å bruke i praksis (Richards et al, 2000). Det er oversatt til norsk ved Bystad og Pallesen. RCSQ ble vurdert som nyttig til å beskrive foreldres søvn, selv om de ikke er intensiv pasienter, på grunn av innholdet og få spørsmål. Spørreskjemaet består av følgende fem spørsmål:

1. Sist natt var min søvn

Svaralternativ: Dyp søvn ---- Lett søvn

2. Sist natt, da sovnet jeg første gang....

Svaralternativ: Sovnet jeg nesten med en gang --- Kunne jeg nesten aldri sovne

3. Sist natt var jeg

Svaralternativ: Veldig lite våken ---Våken hele natten gjennom

4. Sist natt, når jeg våknet opp eller ble vekket, så klarte jeg å

Svaralternativ: Sovne igjen med en gang --- Klarte jeg ikke å sovne igjen

5. Jeg vil beskrive søvnen min sist natt som

Svaralternativ: En god natts søvn ---En dårlig natts søvn

Foreldrene besvarte hvert spørsmål ved sette merke på en visuell analog skala (VAS skala), der 0 millimeter indikerer optimal søvn og 100 millimeter indikerer den dårligste søvnkvalitet. Avstanden fra 0 millimeter til foreldrenes merke på skalaen ble målt i millimeter. Alle målingene til hvert spørsmål ble summert og delt på 5.

Denne summen er et mål på søvnkvaliteten forrige natt (Richards et al., 2000; Frisk & Nordström, 2003).

Summene på RCSQ er delt i kvartiler for å beskrive søvnkvaliteten forrige natt:

0-25 mm	veldig god søvn
25,05-50 mm	god søvn
50,05-75 mm	dårlig søvn
75,05-100 mm	veldig dårlig søvn

(Richards et al, 2000; Carlsson, 2012)

Gullstandard for å måle søvn er å benytte en polysomnograf (PSG). Det er en kostbar affære både i henhold til utstyr og det krever personell med erfaring. Derfor ble RCSQ utviklet som et kostnadseffektivt verktøy for å måle søvn hos kritisk syke. RCSQ er reliabelt og validert spørreskjema (Ricchards et al, 2000). En svakhet ved RCSQ er at det trolig ikke er validert til for norske forhold. RCSQ er hentet fra Nasjonalt kompetansetjeneste for søvnsykdommer ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen (SOVno, helse-Bergen.no).

4.4 Presentasjon av avdelingen

Undersøkelsen er utført ved en barneavdeling ved et lokal sykehus på Østlandet. Avdelingen har barn i alderen 0- 16 år med medisinske- , kirurgiske- , ortopediske-, øre- nese- og hals diagnoser. Nyfødte som har vært hjemme etter fødsel hører også inn under avdelingens pasientgruppe. Det er 22 sengeplasser fordelt på 8 enkelt rom og 5 fler sengs rom. Til avdelingen hører det også en poliklinikk og en dagavdeling. Selve sengeposten har ca. 2000 innleggelser pr år, av disse er 80 % akutt innleggelser og 20 % elektive. I gjennomsnitt er barna innlagt i 2 døgn. Totalt er det 7000 polikliniske konsultasjoner, hovedtyngden av disse foregår på poliklinikk og dagenheten, men en liten andel foregår i avdelingen (Avdelings ledelsen, personlig kommunikasjon, 18. Oktober, 2016).

Psykososialt team, som består av barnepsykiater og sosionomer, er en del av avdelingens tilbud. De er daglig innom på avdelingen og har et nært samarbeid med pleiepersonalet og leger. Det er lav terskel for å henvise til temaet, og et tilbud som benyttes mye. De tilbyr blant annet støttesamtaler til barna, foreldre og søsken.

Avdelingen er ikke knyttet til et pasienthotell og alle foreldre får sove ved siden av barnet sitt. Primært sover foreldre på en klapp seng, men de som er innlagt over lengre tid eller mødre som ammer får seng. Det er i utgangspunktet en av foreldrene som sover med barnet i avdelingen, men ved alvorlig sykdom eller andre omstendigheter er det mulig at begge foreldre overnatter. Ved behov for fastvakt til barnet om natten, får foreldre tilbud om å overnatte på annet rom i avdelingen. I perioder med høyt belegg vil det være flere barn og foreldre på flersengsrommene sammenliknet med roligere perioder. Dette er en faktor som

kan påvirke foreldrenes søvnkvalitet. Data materialet i denne studien er samlet inn i en rolig periode i avdelingen.

4.5. Utvalg

Utvalget i denne studien er 100 foreldre som hadde barnet sitt innlagt ved barneavdelingen på det aktuelle sykehus i datainnsamlingsperioden. Innleggelse for barnet på minimum to døgn ble satt som et inklusjonskriterium da datainnsamlingen skulle foregå det andre sykehusdøgn. Søvnrutinene til barn og foreldre kan bli påvirket om innleggelsestidspunktet var sent på ettermiddag eller kveld (Meltzer et al., 2012) derfor ble andre sykehusdøgn valgt, for å sikre størst mulig grad av representative data om søvn. Det ble under planleggingen av studien drøftet om invitasjon til deltakelse skulle foregå på kveldstid innleggelsesdagen for å kunne rekruttere foreldre samme dag som barnet ble innlagt. Men det ble vurdert både som etisk og praktisk vanskelig og rekruttere foreldre på innleggelsesdagen. Det ble derav valgt å rekruttere foreldre som hadde vært innlagt med barnet sitt i minst to døgn.

Foreldre som ikke behersket norsk ble også ekskludert fra studien. Årsaken til det språklige kriteriet for eksklusjon var at innhenting av tolk ble for ressurskrevende for denne studien, i tillegg til at kulturelle forskjeller kunne bidratt til mistolkning av spørsmål.

Barn med alle typer diagnoser ble inkludert. Målet var å samle inn data fra et størst mulig utvalg av diagnoser, for å oppnå et utvalg med større bredde. Skjemaet for bakgrunnsinformasjon hadde likevel et punkt hvor foreldre skulle fylle inn diagnose barnet var innlagt for. Årsaken til dette spørsmålet var et ønske om å kontrollere at det ikke var en diagnose eller pasientgruppe som var mer representert i utvalget.

En annen påvirkende faktor var at det er gjort en bekvemmelighetsutvelgelse av studiets utvalg i form av forskerens tilgang til avdelingen relatert til sitt ansettelsesforhold. Foreldrene som er inkludert i studien er derimot tilfeldig valgt i form av at de var innlagt i en forhåndsbestemt tidsperiode og tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Det er på den andre siden ikke en statistisk tilfeldig utvelgelsesmetode.

Det var et ønske om å rekruttere flest mulig respondenter innenfor den gitte datainnsamlingsperioden, som var avgrenset i forhold til tid i masterstudien. Det er lite kunnskap om denne studiens tema fra norske studier, og man ønsket å oppnå en akseptabel

presisjon i estimatene. Få informanter kunne ført til skjevhet i utvalget. Resultatene ville være mindre representative for gjeldene barneavdeling, og funnene vanskelig å generalisere. I samråd med statistiker var det ønskelig å rekruttere 100 foreldre med en minimumsgrense på 50.

4.6. Populasjon

Populasjonen for denne studien var foreldre som har barnet sitt innlagt på en generell barneavdeling på sykehus i Norge.

For å kunne generalisere funnene i denne studien til å gjelde fore hele populasjonen er størrelse på utvalget, hvordan utvalget trekkes og reliable måleinstrument av betydning.

Tverrsnittstudier har vanligvis benyttet en type sannsynlighetsutvelgelse som gir mulighet til statistisk generalisering av resultatene til populasjonen utvalget er hentet fra (Ringdal, 2014). I denne studien ble det ikke utført en fullstendig sannsynlighetsutvelgelse, men inklusjon til deltakelse var tilfeldig i den forstand at alle foreldre med barn innlagt i den gitte tidsperioden, og som tilfredsstilte inklusjonskriteriet, ble invitert til deltakelse. Alle diagnoser var inkludert, noe som skapte en større bredde i utvalget og dermed kan virke positivt på generalisering til studiens populasjon. Med en utvalgsstørrelse på 100 kan studien si noe om gyldigheten av funnene ved beregning av konfidensintervall.

4.7. Rekruttering og datainnsamling

En av forskerne, som er ansatt i avdelingen, undersøkte hvilke foreldre som oppfylte inklusjonskriteriene og gjennomførte rekrutteringen. For å sikre at alle informanter fikk lik informasjon i tillegg til å unngå belastning på avdelingens personale, var det forskeren selv som stod for rekrutteringen. Det ble lagt stor vekt på varsomhet og at deltakelse i studien var frivillig, for å unngå at potensielle informanter opplevde press til å delta. Informantene fikk en kort muntlig presentasjon av studien og utdelt en konvolutt med skriftligsamtykkeskjema (vedlegg 1), spørreskjema for demografiske data (vedlegg 2), spørreskjemaene HADS og RCSQ (vedlegg 3) og en penn. Ferdig utfylte skjemaer ble levert i lukket konvolutt i avdelingens resepsjon innen utskrivelse. Forsker tok ingen ytterligere kontakt med foreldrene. Foreldrene ble informert om at de kunne legge ferdig utfylte skjemaer i lukket konvolutt i avdelingens resepsjon om de ønsket å delta. Utrekning av HADS-score ble utført innen 1-2 døgn etter

skjemaet var levert inn. Forskeren tok telefonkontakt med informanter som scoret over denne studiens påvisningsnivå for symptomer angst og depresjon, og foreldrene fikk tilbud om samtale med kvalifisert personale. Av foreldrene som fikk tilbud om samtale var det ingen som ønsket videre oppfølging, noen var allerede under oppfølging fra før.

Alle foreldre som hadde barnet sitt innlagt minimum to døgn ble invitert til deltakelse i studien. Det var kun to foreldre som ikke ble inkludert, da de ikke behersket norsk. Totalt 100 foreldre ble invitert til deltakelse. Ingen foreldre takket nei til å motta konvolutt med informasjon om studien. Tre returnerte skjemaer som ikke var utfylt og ti skjemaer kom ikke i retur. Det har ikke vært utført noen form for puring på besvarelser. Av de 100 inviterte var det 87 foreldre som leverte inn spørreskjema, det utgjør en svarprosent på 87% . Johannesen et al. (2011) beskriver en svarprosent mellom 80-90% som høy, trenden er at svarprosenten for surveyundersøkelser i dag er fallende.

4.8. Rollen som forsker og ansatt

I denne studien var det den ene forskeren som inviterte til deltakelse i studien. Forskeren var ansatt i avdelingen foreldrene ble rekruttert fra. Etske overveielser i forhold til gjennomføringen av datainnsamlingen har vært nødvendig for i størst mulig grad å sikre at til deltakelse i studien var basert på frivillighet (REK) og å unngå at foreldre opplever press til deltakelse relatert til forskerens dobbeltrolle. Datainnsamlingen ble lagt til en periode da forskeren hadde studiepermisjon, med svært få vakter i avdelingen. Dette for i størst mulig grad å unngå blanding av rollene overfor foreldre. Den ansatte oppsøkte potensielle informanter i privatklær for å visualisere overfor foreldre at rollen som forsker og rollen som barnesykepleier i avdelingen ble holdt adskilt. I studier der forskeren selv er ansatt på stedet er det svært viktig at informantene forsikres om at informasjonen som samles inn kun skal brukes i forbindelse med studien, ikke i behandlingsformål (Ringdal, 2010). Dette ble løst ved at det i samtykke skjemaet (vedlegg 1) om studien ble bekreftet at dataene kun ville bli benyttet i denne studien. Det ble lagt stor vekt på en varsom fremferd i møte hvor foreldre ble invitert til deltakelse i studien, det ble ikke utført noen form for puring underveis.

4.9. Studiens reliabilitet

Reliabiliteten til studien er påliteligheten til at en gjentakelse ville gitt det samme resultat. Reliabilitetsfaktoren Cronbach's Alfa bør være over 0,60 for at et selvrporteringsinstrument

skal være reliabelt (Bjelland et al., 2002). Dette kravet var tilfredsstilt i alle de inkluderte studiene i Bjelland et al. (2002) sin review artikkel som omhandlet HADS sin validitet. I følge Richards et al (2000) er den interne reliabiliteten også høy for RCSQ med en Cronbach's Alfa på 0.90.

Reliabiliteten påvirkes både av tilfeldige og systematiske målefeil, og målefeil er noe som alltid er tilstede. Om respondentene svarte ærlig på spørsmålene om angst, depresjon og søvn er en form for tilfeldig målefeil det ikke var mulighet å kontrollere for. I denne studien gjaldt det også faren for at respondenter kan ha misforstått spørsmål og svaralternativer ettersom respondentene fylte ut skjemaene uten forskeren tilstede. Systematiske målefeil påvirkes av den kvalitetsmessige kontrollen av datainformasjonen (Ringdal, 2010). For å unngå at resultatene i denne studien ble registrert feil, har forskerne gjort en manuell dobbeltkontroll av alle score på spørreskjemaene. Begge forskerne har hver for seg summert alle score, deretter sammenliknet resultatene for å avdekke feilregistreringer. Elektronisk dataregistrering i statistikkprogrammet SPSS er kvalitetssikret ved at alle registreringer er dobbeltkontrollert. Det er lagt inn kode for missing variabler dersom respondentene ikke har gitt en fullstendig besvarelse av spørreskjemaene. Mangler i resultatene i denne studien er i så måte observert og registrert av forskerne.

4.10. Studiens validitet

Validiteten til studien er gyldigheten av at dataene representerer det generelle fenomen som er nivået av angst, depresjon og søvnkvalitet hos foreldre med barn på sykehus. En høy reliabilitet er en forutsetning for en høy validitet (Ringdal, 2010).

Johannesen et al. (2011) beskriver begrepsvaliditet som samsvar mellom det generelle fenomen og selve operasjonaliseringen. I denne studien handler det om et godt samsvar mellom funnene av angst, depresjon og søvnkvalitet og målemetoden i form av foreldrenes utfylling av spørreskjemaene HADS og RCSQ. Egenskapene har vist seg å være de samme når HADS benyttes på den generelle populasjon, i allmennpraksis og hos psykiatriske pasienter (Bjelland et al., 2002). RCSQ er sammenliknet opp mot instrumentet polysomnograf (PSG). PSG er beskrevet som gullstandarden for søvnmåling, det eneste instrumentet som gir informasjon om de ulike søvnstadiene, men er komplisert å bruke i praksis. RCSQ hadde en korrelasjon mellom

0,62-0,85 for hvert enkelt tema og regnes for å være et reliabelt instrument (Richards, et al, 2000). De validerte instrumentene HADS og RCSQ er en styrke for studiets validitet, til tross for usikkerhet om RCSQ er validert til norsk.

Studiets begrensede utvalgsstørrelse, samt at datainnsamling foregikk på et sykehus, må tas i betraktning ved tolking av resultatene. Dette er faktorer som kan påvirke studiets validitet og resultatenes overføringsverdi til foreldre på andre sykehus i Norge. Funnene gir et øyeblikksbilde av symptomer på angst, depresjon og søvnkvalitet på denne avdelingen. Resultatene gir en beskrivelse av hvordan tilstanden er.

4.11. Statistiske analyser og tester utført i denne studien

Den statistiske programvaren SPSS versjon 23.0 er benyttet ved gjennomføring av data analysen. Alle svarene fra spørreskjemaene HADS og RCSQ samt demografisk data er lagt inn i SPSS. Opplysninger som manglet, eller var unøyaktig oppført, ble lagt inn som manglende data (missing value) med egen kode, 999. Det ble utført manuell dobbeltkontroll for å sjekke at antall ”missing” stemte med papirutgavene.

Det ble gjennomført univariate analyser for se hvordan dataene fordelte seg på hver enkelt variabel. Frekvens analyser med gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum verdi ble beregnet for demografiske data. Gjennomsnitt, prosent, standardavvik og konfidensintervall ble beregnet fra de kontinuerlige variablene for HADS-Angst og HADS-Depresjon score.

De kontinuerlige variablene på foreldrenes HADS-Angst og HADS-Depresjon score, ble deretter omgjort til kategoriske variabler ved å gruppere datamaterialet over og under cut-off score som i denne studien er over eller 7 på HADS (Snaith & Zigmond, 1994).

Datamaterialet for RCSQ totalscore ble inndelt i kvartiler (Johannesen, 2009). I tillegg ble totalscore for RCSQ gruppert i god og dårlig søvn. De kategoriske variablene for HADS-Angst, HADS-Depresjon og god eller dårlig søvn ble analysert ved prosentfordeling.

Det er foretatt bivariate analyser for å undersøke om det var en sammenheng mellom de kategoriske variablene foreldre som har symptomer på angst og depresjon, mot de kontinuerlige variablene totalsøvn, alle fem spørsmål på RCSQ, antall timer søvn pr. natt, antall oppvåkninger per natt (figur 3).

De kategoriske variablene på god eller dårlig søvn ble analysert mot de kontinuerlige variablene for symptomer på HADS-Angst og HADS-Depresjon, antall timer søvn pr. natt og antall oppvåkninger pr. natt (Figur 3). Det var ingen statistisk signifikante funn da de kategoriske variablene og de kontinuerlige variablene ble analysert i T-test og Mann-Whitney u test.



Ved korrelasjons analyser ble de kategoriske variablene over eller under cut-off på HADS-Angst og HADS-Depresjon, god eller dårlig søvn, ene rom eller fler sengs rom, elektiv eller akutt innleggelse og tidligere frisk eller kronisk syk, satt inn i en krysstabell 2 x 2. Chi Square-test ble benyttet for å teste signifikans nivået på de kategoriske variablene. Bivariat korrelasjons analyser ble også benyttet for å finne eventuelle sammenhenger og signifikansnivåer mellom søvnlenge pr. natt, antall oppvåkninger pr. natt, HADS score og score på RCSQ skalaene. Det var ingen statistisk signifikante funn i disse analysene, det vil derfor ikke bli presentert i resultat kapittelet.

4.12. Etiske refleksjoner tilknyttet denne studien

Studien er godkjent av Regional Etisk Komite (REK) med referansenummer 2015/ 2379 og Norsk Senter for forskningsdata AS med ref. nr. 46012 (Vedlegg nr.4 og 5).

Informert samtykke ble innhentet fra foreldrene ved at alle som ønsket å delta leverte signert samtykke i samme konvolutt som de ferdig utfylte spørreskjemaene (Helseforskningsloven, 2009). Foreldrene fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å begrunne hvorfor og uten at det skulle ha konsekvenser for barnets behandling (Ringdal, 2014). Det ble gitt skriftlig garanti for foreldrenes konfidensialitet. Forsker som innhentet data var den eneste med tilgang til det låste skap hvor koblingsnøkkelen til besvarelsene ble oppbevart. Datamaterialet ble lagret i egen forskningsserver etter sykehusets retningslinjer. Respondentene ble videre informert om at all data ville bli slettet ved studiens slutt jamfør REK sine bestemmelser.

Svarprosenten var på 87%, Den høye svarprosenten medførte refleksjon om foreldrene hadde opplevd press til deltakelse, relatert til forskerens dobbeltrolle som ansatt og forsker i avdelingen. På den andre siden bidro forskerens kjennskap til rutiner i avdelingen til at invitasjon til deltakelse ble lagt til et gunstig tidspunkt. Ved at forskeren selv delte ut skjemaene ble ingen av foreldrene spurt mer enn en gang, selv om barnet ble re-innlagt. På den andre siden kan foreldrene ha følt seg forpliktet til å svare eller være redde for at barnet ville få dårligere behandling, om de ikke ønsket å delta. Det var en vennlig, uformell og hyggelig henvendelse fra forsker ved muntlig informasjon om studien. Konvolutten som ble i tillegg utdelt når forskeren var i sivile klær, dette for å holde rollene adskilt. Men det ble informert om at forskeren var barnesykepleier på avdelingen. En annen faktor som kan ha bidratt til den høye svarprosenten var at foreldrene var spesielt interessert i temaet.

Temaene angst og depresjon er sensitive tema. I følge Ringdal (2014) kan spørreskjemaer med sensitive temaer medføre skadevirkninger i form av at spørsmålene kan sette i gang eller forsterke negative tanker. Det er et etisk ansvar å unngå psykisk så vel som fysisk skade eller belastninger som følge av foreldrenes deltakelse i studien.

I tillegg ble forskerne sittende på sensitiv informasjon om foreldre som scoret høyt på HADS-Angst eller HADS-depresjon. For å etterkomme det etiske ansvaret om å unngå skade og REK sitt krav om oppfølging av respondenter med høy risiko, ble det sikret faglig beredskap for foreldrene som scoret over påvisningsgrense for HADS-Angst og HADS-Depresjon. Alle som

scoret over syv på symptomer på HADS-Angst eller HADS-Depresjon fikk tilbud om oppfølgingssamtale. Det var inngått en avtale med psykososialt team, om eventuell oppfølging av foreldre som ønsket det. Noen av foreldrene med høy score på HADS- Angst og HADS-Depresjon var allerede under oppfølging, det var derimot ingen av de øvrige som takket ja til tilbudet. Da det ene sykehuset ikke hadde kapasitet til å sikre oppfølgingssamtale for foreldrene som scoret høyt ville det vært etisk uforsvarlig å gjennomføre datainnsamling ved det aktuelle sted.

Foreldre som ikke behersket det norske språk ble ekskludert fra deltakelse i denne studien. Det kan ha påvirket funnene basert på Fernandez & Vilchez-Lara (2011) sin studie fra Spania som fant at angstnivået hos immigranter var signifikant høyere enn hos ikke-immigranter når barnet var innlagt på barneavdeling. Funnet belyste betydningen av det kulturelle aspekt. Valget om den språklige ekskluderingen ble tatt da det ville kreve et ressursbehov som var større enn denne masterstudien hadde mulighet til.

5.0 Presentasjon av resultater fra denne studien

I dette kapittelet vil demografiske data og funnene fra HADS og RCSQ blir presentert.

Det ble totalt delt ut 100 konvolutter (N), det var totalt 87 (n) konvolutter med utfylte skjemaer som ble levert inn. Antallet som har besvart hvert enkelt av de tre spørreskjemaene fordeler seg ulikt. Det var 87 foreldre (87%) som besvarte skjema for demografisk informasjon, 85 foreldre (85%) besvarte HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) og 83 foreldre (83%) besvarte RCSQ (Richard Campbell Sleep Questionnaire).

Alle foreldrene fikk utdelt skjemaene etter at barnet hadde vært innlagt minimum to døgn på avdelingen. Det er likevel noe variasjon i forhold til hvilket døgn skjemaene ble fylt ut. Majoriteten av foreldrene (54%) fylte ut skjemaet andre døgn på sykehus, 15% tredje døgn, 11 % fjerde døgn og de øvrige på et senere tidspunkt. Det var et par besvarelser fra foreldre hvor barnet hadde vært innlagt på sykehus i flere måneder.

5.1 Presentasjon av demografiske data

I tabell 1 er utvalget i studien beskrevet. Den inneholder demografisk informasjon om både foreldrene og barna. I tabell 3 under avsnitt 5.3. blir informasjon om de praktiske soveforholdene presentert.

Tabell 1:

Demografiske data

Foreldrene	Antall (n= 87) Gjennomsnitt
Mødre (%)	62 (71,3) * ¹
Fedre (%)	23 (26,4) * ¹
Enslige (%)	10 (11,4) * ²
Gift/samboere (%)	75 (86,2) * ²
Alder mor (min.-maks.)	35,52 (24 - 54)
Alder far (min.-maks.)	38,64 (25 - 56)
Alder foreldre (min.-maks.)	36.58 (24 - 56)

Barna	
Barnets alder (min.- maks.)	5.93 (0-15,5)
Innlagt for første gang (%)	37 (42,5) * ³
Innlagt tidligere (%)	49 (56,3) * ³
Frisk før innleggelse (ikke kronisk syk)(%)	64 (73,6) * ⁴
Kronisk syk (%)	19 (21,8) * ⁴
Akutt innleggelse (%)	78 (89,7) * ⁵
Elektiv innleggelse (%)	8 (9,2) * ⁵

*1: 2 missing, en respondent ikke oppgitt om de er mor/far, en bestemor

*2: 2 missing, to responenter har ikke oppgitt sivilstatus

*3: 1 missing, har ikke oppgitt om det er førstegangsinnleggelse

*4: 4 missing, har ikke oppgitt om det er kronisk sykdom

*5: 1 missing: har ikke oppgitt om det er akutt eller elektiv innleggelse

Tabellen viser at et lite flertall av barna hadde vært innlagt tidligere, majoriteten hadde ikke kronisk sykdom og 4/5 av innleggelserne var akutte. Prosent beregningene er utført ved hjelp av SPSS.

For å avdekke eventuelle diagnoser som var hyppigere representert ble foreldrene bedt om å fylle ut innleggingsårsak. Ved gjennomgang av skjemaene var det en jevn fordeling av diagnoser. Diagnoser som er representert i denne studiens utvalg ble gruppert som sykdom i det respiratoriske system, sykdom i mage/tarm/urinveissystem, traumer/fraktur/ortopedi, diabetes, onkologi og nevrologi/infeksjon/diverse. Det er ingen diagnoser eller diagnosegrupper som utpeker seg ved at flere scorerer over cut-off nivå 7 på HADS-Angst og HADS-Depresjon. I tillegg viser det seg flere eksempler på at foreldre til barn som har samme diagnose har scoret både over og under cut-off nivå 7.

5.2 HADS (Hospital Anxiety Depression Scale)

Av totalt 87 foreldre leverte 85 foreldre et komplett utfylt HADS skjema, 2 foreldre leverte tilbake ubesvarte skjema. I tabell 2 er foreldrenes gjennomsnittscore på HADS presentert.

Tabell 2

Foreldres score på HADS-Angst og HADS-Depresjon

Foreldres score n=85	Gjennomsnitt (95% konfidensintervall)	Standard avvik	Score >7 Antall (%)
Symptomer kun på HADS-Angst	5,318 (4,448 til 6,202)	4,0155	10 (11,8)
Symptomer kun på HADS-Depresjon	3,282 (2,583 til 3,995)	3,1983	4 (4,7)
Symptomer på HADS-Angst og HADS- Depresjon			10 (11,8)
Totalt antall som scoret >7 på HADS-Angst eller HADS-Depresjon			24 (28,2)

Tabellen 2 viser at ¼ av foreldrene scorer høyt på HADS-Angst eller HADS-Depresjon, og at angst er komponenten i HADS hvor flest foreldre scorer høyt

Datamaterialet ble kategorisert i foreldre som scoret over og under cut off nivå 7.

Det var totalt 20 (23,5 %) som scoret høyt på angst. Halvparten av de som scoret høyt på angst scoret også høyt på depresjon. Det var færrest foreldre som scoret kun på depresjon.

Majoriteten av innleggelsene var akuttinnleggelsene, 26,9 % av foreldrene med barn som ble akutt innlagt på barneavdelingen scoret over cut-off 7 på HADS-Angst. Det var ingen av foreldrene til barn som ble elektivt innlagt som scoret høyt på HADS-Angst.

Av foreldre som hadde barnet innlagt for første gang scoret 16,2% over cut-off 7 på HADS-Angst. Det var 31,25% av de som hadde vært innlagt med barnet sitt tidligere som scoret over cut-off på HADS-Angst. Ved å sammenlikne mødre og fedre fant studien at det var 27% mødre som scoret over cut-off 7 på HADS-Angst sammenliknet med 17 % av fedrene.

Ved å gruppere foreldre ut fra alder fordelte gjennomsnittscore på HADS-Angst seg på følgende måte; Aldersgruppen 24-30 år hadde gjennomsnittscore på HADS-Angst 6,167, aldersgruppen 31-40 år hadde gjennomsnittscore på HADS-Angst 5,086 og aldersgruppen 41-57 år hadde gjennomsnittscore på HADS-Angst 4,760. Denne studien fant ingen statistisk signifikante korrelasjon mellom HADS-Angst hos foreldre og barnets alder.

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag utført i 2006-2008 (HUNT 3) samlet inn data om befolkningens angst og depresjonsnivå ved hjelp av samme instrument som denne studien.

HUNT 3-studien viste et gjennomsnitt angst score på 4,016 og 3,325 for depresjon (NTNU, Hunt research, udatert). Denne studiens funn på gjennomsnittscore for angst og depresjon er sammenliknet med HUNT 3 sine data på angst og depresjon. Det viser en tendens til at foreldre i denne studiens utvalg har høyere gjennomsnittscore på angst. Gjennomsnittscore for depresjon ligger derimot så vidt litt under HUNT 3 sine funn.

5.3 Demografiske data om soveforholdene i utvalget.

De praktiske soveforholdene ble kartlagt under demografiske data. Tabell 3 viser en sammenfatning av de praktiske soveforholdene for utvalget i denne studien. I tillegg ble det innhentet informasjon om antall timer søvn, antall oppvåkninger og om forelderen hadde et kjent søvnproblem. Alle dataene gjelder fra natten før skjemaet er fylt ut, ingen skjemaer er fylt ut før etter andre døgn på sykehuset.

Tabell 3

Demografiske data som er innhentet i forhold til soveforhold.

Soveforhold for foreldrene	Antall (n= 87)
Sov sammen med barnet (%)	81 (93,1) ^{*1}
Sov på et annet rom (%)	4 (4,6) ^{*1}
Sov på et enkelt rom (%)	66 (75,9) ^{*2}
Sov på et fler sengs rom (%)	19 (21,8) ^{*2}
Sov i seng (%)	53 (60,9) ^{*3}
Sov i klapp seng (%)	19 (21,8) ^{*3}
Sov på madrass på gulvet (%)	14 (16,1) ^{*3}
Søvn lengde i timer (min.-maks.)	5,55 (1-9)
Antall oppvåkninger (min.-maks.)	4,8 (1-15)
Kjent søvnproblem (%)	5 (5,7)

*1: 2 missing, to respondent ikke oppgitt om de sov med barnet

*2: 2 missing, to responenter har ikke oppgitt om de sov på enkelt/fler sengs rom

*3: 1 missing, har ikke oppgitt om det var seng/klapp seng/madrass/

Tabell 3 viser at majoriteten av foreldrene sov på samme rom som barnet. Hele 3/4 av foreldrene sov på enkeltrom og halvparten av foreldrene sov i seng. Foreldre på enkeltrom sov 30 minutter lenger per natt sammenliknet med foreldre på fler seng rom. Det var med andre ord tilrettelagt for fysisk gode soveforhold for en stor andel av foreldrene i utvalget. Gjennomsnittlig søvn lengde var 5,55 timer og gjennomsnittlig antall oppvåkninger per natt var 4,8. En liten andel foreldre hadde et kjent søvnproblem.






5.4 Foreldres opplevelse av egen søvnkvalitet

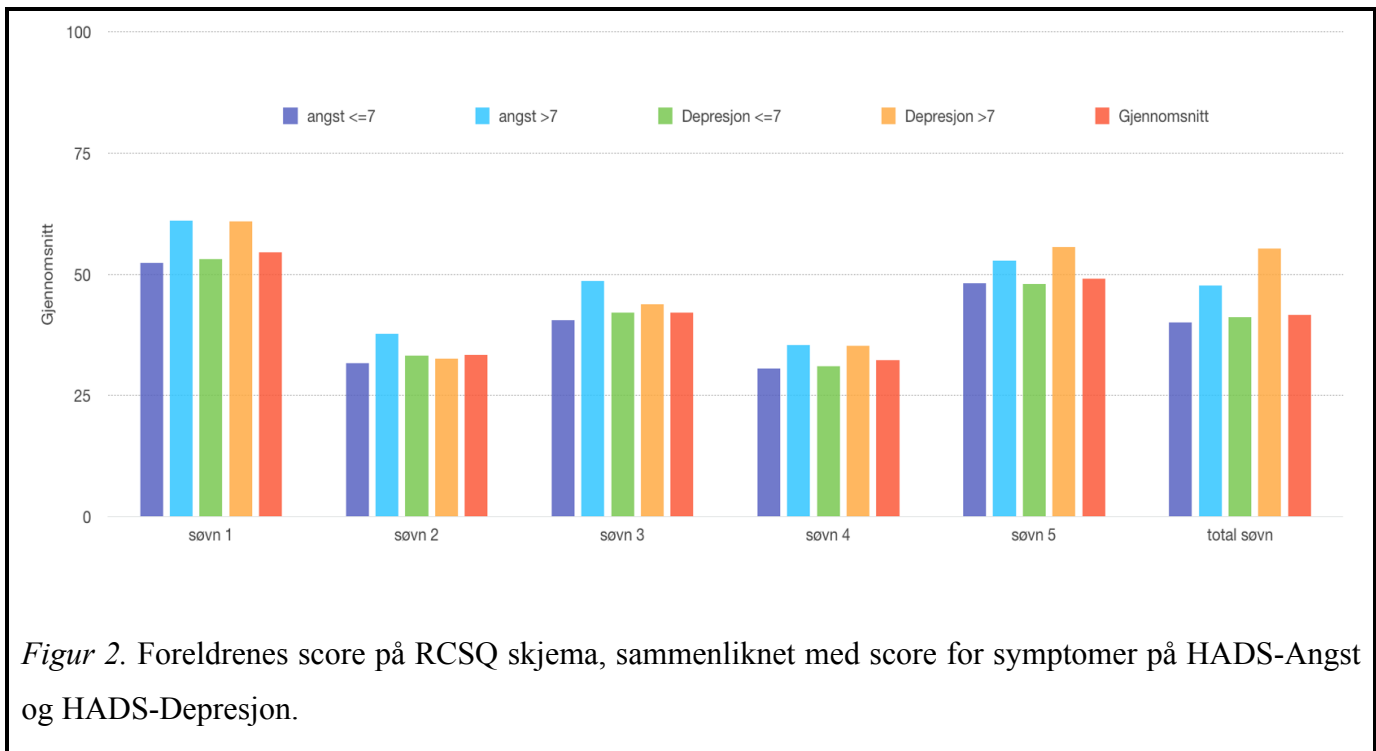
Foreldrenes beskrivelse av søvnen ble kartlagt med selvutfyllingskjemaet Richard Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ), og det var totalt 83 foreldre som leverte inn ferdig utfylt skjema. Figur 1 nedenfor viser gjennomsnittsscore i millimeter for alle fem spørsmålene i tillegg til total score i RCSQ. Spørsmålene i RCSQ har fått tittelen søvn 1-5 for å skille score på de ulike delskalaene. Total score, gjennomsnittet av alle fem spørsmål, har fått tittelen total søvn.

Søvn 1:	Beskriver dyp/ lett søvn
Søvn 2:	Beskriver om innsovningen var lett/ vanskelig
Søvn 3:	Beskriver om man var lite/ mye våken gjennom natten
Søvn 4:	Beskriver hvor lett det var å sovne etter oppvåkninger
Søvn 5:	Beskriver om det var en god eller dårlig natts søvn
Total søvn:	Beskriver totalscore på søvn

En score på 0 indikerer den beste søvnkvalitet, en score på 100 er det dårligste alternativet for alle skalaene. Skillet mellom god og dårlig søvn ligger på 50 millimeter.

Søylebeskrivelse følger under

-  Beskriver foreldre uten symptomer på angst
-  Beskriver foreldre med symptomer på angst
-  Beskriver foreldre uten symptomer på depresjon
-  Beskrive foreldre med symptomer på depresjon.
-  Gjennomsnitts score for alle fem spørsmål



Søvn 1 på figuren ovenfor viser at ingen foreldre opplever søvnen som dyp da alle scorer rett over 50 millimeter. Foreldrene som scorer høyt på angst og depresjon ligger derimot nærmere 60 millimeter og opplever søvnen som betydelig lettere enn de uten angst og depresjonssymptomer.

Søvn 2 viser at foreldre bruker noe tid på innsøvningen om kvelden. Foreldre som scorer høyt på angst opplever det noe vanskeligere å sovne på kvelden sammenliknet med de andre gruppene.

Søvn 3 viser at foreldre har en opplevelse av i moderat grad å være våken gjennom natten. Foreldre med symptomer på angst er nær 50 millimetersgrensen, de har i større grad en negativ opplevelse av mye oppvåkninger gjennom natten.

Søvn 4 viser at foreldre med symptomer på angst og depresjon hadde større vanskeligheter med å sovne etter oppvåkninger i løpet av natten.

Søvn 5 viser at foreldre med symptomer på angst og depresjon beskriver forrige natts søvn som dårlig. De øvrige gruppene ligger rett i underkant av 50 millimeter og er dermed nær skille for det som beskriver dårlig søvn.

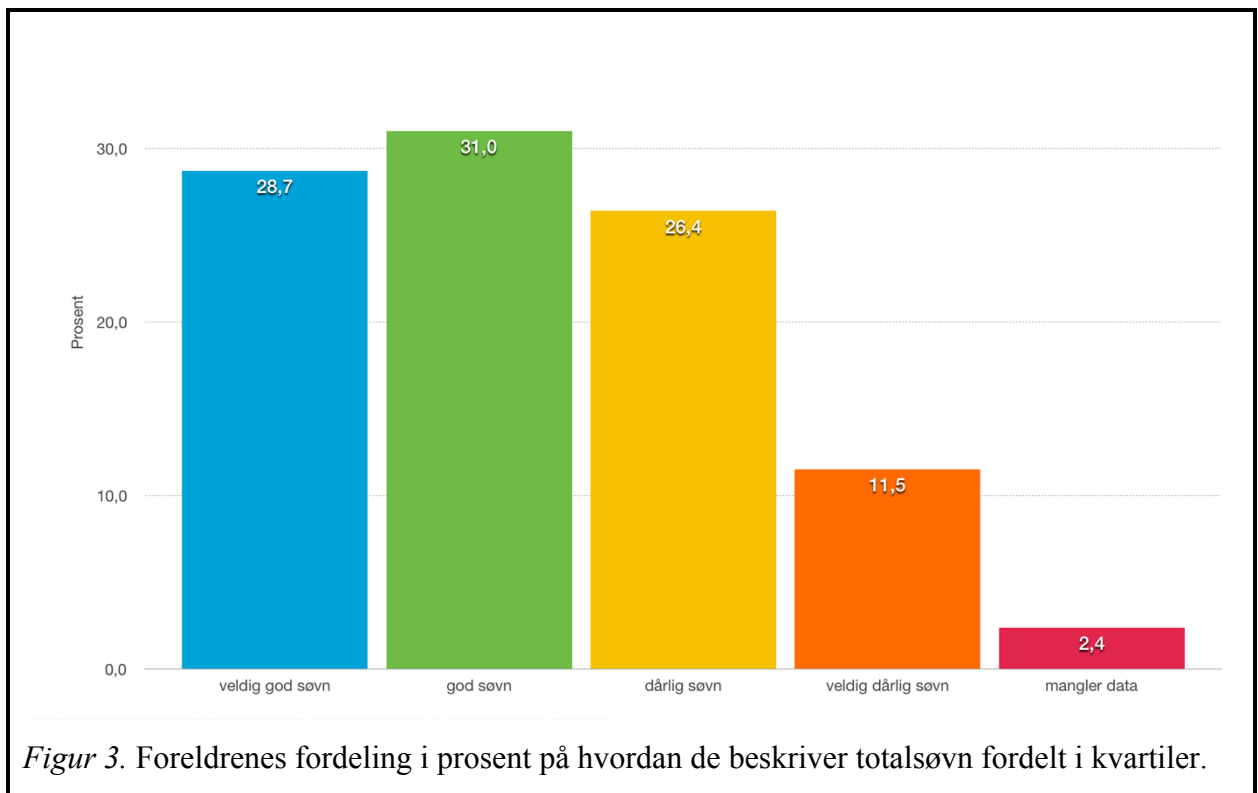
Total søvn viser at det kun er foreldre som scorer høyt på depresjon som er innenfor kvartilen definert som dårlig søvn.

Foreldre som scoret over cut-off nivå

7 på HADS-Angst hadde 20 minutter kortere søvnlengde sammenliknet med de som ikke scoret under cut-off nivå 7.

Figur 1 viste en tendens til at det kun var foreldre med symptomer på depresjon som opplevde den totale søvnkvaliteten som dårlig. Det ble derfor utført en frekvens analyse ut fra foreldrenes søvnscore, frekvensen ble fordelt i kvartilene beskrevet under.

- Veldig god søvn 0-25 mm
- God søvn >25-50 mm
- Dårlig søvn > 50- 75mm
- Veldig dårlig søvn > 75-100 mm



Figur 2 viser at over 1/3 av foreldrene beskriver søvnen som dårlig. Det er kun to av foreldrene med dårlig søvnkvaliteten som oppga at de hadde søvnproblemer før barnet ble innlagt.

I dette kapitlet er denne studiens funn presentert. I neste kapittel vil funnene i denne studien drøftes opp mot funn i andre studier.

6.0. DISKUSJON

I dette kapitlet vil denne studiens resultater bli drøftet opp mot funn i andre studier og erfaring fra praksis. Diskusjonen er inndelt i tre hoveddeler med utgangspunkt i studiespørsmålene. Først blir denne studiens resultater for HADS-Angst og HADS-Depresjon presentert i forhold til HUNT3-studien sine funn, i tillegg til andre sammenliknbare studier. Deretter blir resultatene på foreldrenes søvn drøftet, og til sist om det er sammenheng mellom HADS-Angst og HADS-Depresjon og søvn. Kapitlet avsluttes med en refleksjon rundt styrker og svakheter ved studien.

6.1. Foreldrenes HADS-Angst og HADS-Depresjon sammenliknet med andre studier

Resultatene av denne tverrsnittstudien viser at over en fjerdedel av foreldrene scorer høyt på HADS-Angst og HADS-Depresjon. Under barnets sykehusoppholdet var det 24,1% foreldrene som opplevde forhøyet nivå av HADS-Angst, 16,9% foreldre scoret høyt på HADS-Depresjon.

Med en gjennomsnittscore for HADS-Angst på 5,318 ligger foreldrene i denne studien høyere på angst score sammenliknet med HUNT3 studien (NTNU, Hunt research, udatert). HUNT3-studien fant at den voksne befolkningen i Nord Trøndelag hadde en gjennomsnittscore for angst på 4,016. I følge Dahl et al. (2002) var HUNT-studien sine funn på angstscore i overenstemmelse med internasjonale funn.

En liknende trend viste seg ved sammenlikning med Commodari (2010) sin studie der angst nivået hos foreldre med barn innlagt på sykehus var signifikant høyere enn normalbefolkningen. I liket med denne tverrsnittstudien foregikk datainnsamlingen på en generell barneavdeling, alle diagnoser var inkludert og barna hadde tilnærmet lik gjennomsnittsalder. Commodari-studien benytte derimot ikke HADS for å score symptomer på angst. Dahl et al. (2002) påpekte derimot at HADS viste god kausidentifikasjon sammenliknet med andre scoringsinstrument for angst og depresjon. På tross av ulike scoringsinstrument tilsier det at funnene kan være sammenliknbare.

I motsetning til Commodari (2010) benyttet Franck et al. (2015) verktøyet HADS som scoringsinstrument. Studien ble utført på en generell barneavdeling i tillegg til at barn med alle typer diagnoser ble inkludert i utvalget. Det er dermed flere likhetstrekk med denne studiens utvalg og instrument. Funnene i Franck et al. (2015) skilte seg derimot ut med betydelig høyere angstnivå hos foreldrene. Hele 45% av foreldrene scoret for moderat til alvorlig angst, sammenliknet med denne studiens 24,1%. Franck opererte i tillegg med en høyere cut-off score på over 10. Denne tverrsnittstudien har forholdt seg til cut-off over 7, etter beskrivelse av scoringsmetode i veiledningshefte til HADS samt HUNT-studiens cut-off score (Snaith & Zigmond, 1994; Dahl et al., 2002). Dahl et al. (2002) påpekte at HADS har en kausidentifikasjon med mulig sikker diagnose når score er over 7 og stor sikkerhet når den er over 10. Bronner et al. (2009) sin studie har derimot lik cut-off score og tilnærmet likt funn på angst som denne studien. De finner at 23,4% foreldre har forhøyet angst nivå med mulig klinisk signifikans. Datainnsamlingen er derimot utført tre måneder etter barnets utskrivelse fra en intensivavdeling og gir begrenset grunnlag for sammenlikning med angstnivået under sykehusoppholdet.

Data fra denne studien representerer i stor grad foreldres HADS-Angst fra det andre sykehusdøgn, da over ½ av foreldrene fylte ut skjemaene andre sykehusdøgn. I følge Huckabay & Tilem-Kessler (1999) var angstnivået høyest første dag, med et nivå nær panikk. Studien viste til et signifikant fall i angstnivå fra andre til fjerde sykehusdøgn. Needle et al. (2009) sine funn samsvarer med Huckabay-studien i at angstnivået er høyest de første 24 timene. Begge studiene var utført på intensivavdeling. Dersom angstnivået faller parallelt med antall dager siden innleggelse, kan det ha påvirket denne studiens resultater. Dette da ingen av foreldrene ble invitert til deltakelse i studien før andre sykehusdøgn og 4/5 av foreldrene fylte ut HADS i løpet av andre til fjerde innleggelsesdøgn på barneavdelingen. På den andre siden hevdes det at fallet i angstnivået stabiliserer seg fjerde døgn, men er vedvarende fortsatt moderat høyt (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999).

I følge Huckabay & Tilem-Kessler (1999) stabiliserer angstnivået seg etter fjerde døgn, noe som kan bety at en andel foreldre drar hjem fra sykehuset med et forhøyet angstnivå som det ikke er avtalt oppfølging av. Wray et al. (2011) hevder på den andre siden at det ikke er en signifikant reduksjon i angst- og depresjonsnivå fra innleggelse til tre måneder etter utskrivelse fra generell barneavdeling. Colville & Pierce (2012) fant noe liknende i sin studie da det var et begrenset fall i angstnivået etter utskrivelse med 29 % ved tre måneder og 23% ved tolv

måneder etter utskrivelsestidspunkt. Foreldre med høyt angstnivå tolv måneder etter utskrivelse, hadde også høyere angstnivå tre måneder etter intensivoppholdet. Foreldrenes angst og depresjonsnivå var tilnærmet det dobbelte av normalbefolkningen tolv måneder etter barnet var utskrevet fra intensivavdeling.

Franck et al. (2015) oppgir at datainnsamlingen foregikk i løpet av de tre første dagene barnet var innlagt på sykehus. Dersom majoriteten av foreldre i Franck-studien fylte ut HADS det første døgnet, kan det forklare den store forskjellen i funn på HADS-Angst sammenliknet med denne studien. I tillegg kan kulturelle faktorer være av betydning. Det er til tross for ulike funn ved sammenlikning av studier likevel av klinisk betydning at bortimot $\frac{1}{4}$ av foreldrene i denne studien scorer over cut-off nivå 7 på angstnivå under barnets opphold på barneavdelingen.

Det er stor variasjon og ulik alvorlighetsgrad i diagnosene representert i denne studien. Ved gjennomgang av foreldre som scorer høyt på HADS-Angst, er det ingen diagnoser som peker seg ut som hyppigere representert. Det er flere barn med samme diagnose hvor noen foreldre scorer veldig høyt og andre lavt på angst. Erfaring fra praksis er at diagnosens alvorlighetsgrad ikke er avgjørende for foreldres reaksjoner under sykehusoppholdet. Diagnoser og inngrep som anses for enkle og rutinemessige for barnesykepleiere kan fremkalle sterke reaksjoner hos både foreldre og barn. Flere studier støtter opp om dette og konkluderer med at angstnivå hos foreldre ikke er relatert til barnets diagnose (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999; Franck et al, 2015; Muscara et al., 2015; Needle et al, 2009).

På den andre siden viser Board & Ryan-Wenger (2003) sine funn at mødre på generell barneavdeling hadde færre symptomer på stress sammenliknet med mødre på intensivavdeling, studien hadde derimot et lite utvalg og overførbarheten var dermed begrenset. Det største flertall studier peker i retning av at selve diagnosen ikke er avgjørende for foreldrenes reaksjon. Shudy et al. (2006) fant derimot at diagnose var styrende for ressursbruk, da foreldre som hadde barn innlagt med livstruende sykdom fikk mer støtte av helsepersonell enn de med kronisk sykdom. Det er motsigende når Needle et al. (2009) finner at 63% av foreldre med høyt angstnivå hadde barn med kronisk sykdom og kun $\frac{1}{4}$ av foreldrene med kronisk syke barn viste god medisinsk forståelse av barnets sykdom. Studien konkluderte med at helsepersonell må være observante i forhold til denne gruppen av foreldre da de hadde risiko for høyere angstnivå og potensielt lavere medisinsk forståelse, noe som kan ha betydning for den medisinske oppfølgingen av barnet etter utskrivelse.

Om man ser bort fra diagnoser og sammenlikner akutte innleggelser med elektive innleggelser var det studier som fant at stressnivået var høyere ved akuttinnleggelse enn planlagte innleggelser (Shudy et al., 2006). I følge LiPing et al. (2013) er stressnivå nært relatert til angst- og depresjonsnivå. Majoriteten av innleggelsene i denne studien var akuttinnleggelser. Det var 26,9% av foreldrene hvor barnet ble akutt innlagt på sykehus som scoret over cut-off nivå 7 på HADS-Angst. Med kun syv elektive innleggelser gav det et lite sammenlikningsgrunnlag, men ingen av disse syv foreldrene scoret over cut-off 7 på HADS-Angst.

Det var en jevnere fordeling mellom førstegangsinngelgelser og de som hadde vært innlagt tidligere, det medførte et større grunnlag for sammenlikning av gruppene.

Det var 31 % av foreldrene som hadde vært innlagt med barna sine tidligere som scoret høyt på HADS-Angst. Til sammenlikning var det 16 % av foreldrene med førstegangsinngelse som scoret høyt på HADS-Angst. Dette er i samsvar med Wray et al. (2011) sine funn der økt angst assosieres med flere tidligere sykehusinnleggelser. Tidligere innleggelser var i tillegg assosiert med foreldrenes grad av PTSS tre måneder etter barnets utskrivelse, der angst- og depresjonsnivået var en av prediktorene (Franck et al., 2015). På den andres siden fant derimot Tiedeman (1997) ingen signifikans mellom barnets tidligere innleggelse og foreldrenes angstnivå. Erfaring fra praksis er derimot at det er lett å anta at det er en rutine for foreldre som innlegges gjentatte ganger, uten å ta hensyn til den kumulative effekten tidligere innleggelser kan ha på foreldrenes psykiske reaksjoner.

Denne studien hadde i likhet med flere andre studier flest mødre i utvalget, og det er flest mødre som scorer høyt på HADS-Angst. Det var 27% mødre, sammenliknet med 17 % av fedrene, som scoret over cut-off 7 på HADS-Angst. I følge Bronner et al.(2009) har mødre en signifikant høyere angstscore sammenliknet med fedre. Shaw et al. (2009) viste til kjønnsforskjeller knyttet til mestring av stress, der fedre viste tendens til å minimere alvorlighetsgraden av barnets sykdom, opptrådte støttende overfor mor og brukte instrumentell mestring. Fars reaksjon startet senere i forløpet, men var like alvorlig. Det kan forklare at fedre scoret lavere på angst under sykehusoppholdet. Flere andre studier fant derimot ingen forskjell i angstnivå mellom mor og far (Serinken et al., 2014; Needle et al., 2009; Tiedeman, 1999).

Franck et al. (2015) finner i tillegg at foreldres kjønn ikke er av betydning for foreldres nivå av PTSS tre måneder etter utskrivelse.

Ved å se på foreldrenes alder fant denne studien at foreldre under 30 år hadde høyest gjennomsnittscore på HADS-Angst. Huckabay & Tilem-Kessler (1999) finner derimot at foreldre med høyere alder scoret høyere på angst. Andre studier hevder på den andre siden at alder på foreldre ikke har betydning for angstnivået (Needle et al., 2009; Tiedeman, 1999). Denne studien fant ingen statistisk signifikante sammenheng mellom HADS-Angst hos foreldre og barnets alder. er i samsvar med Commodari (2010) som fant at barnets alder ikke hadde betydning for angst og stress nivået hos foreldre. Gjennomsnittsalderen på barna i denne studien er tilsvarende gjennomsnittsalder på barna i Commodari (2010), i tillegg til at begge er utført på barneavdeling.

I motsetning til funnene på HADS-Angst, viste funnene på HADS-Depresjon at foreldre i denne studien scoret lavere sammenliknet med HUNT3-studien sine funn. Med en gjennomsnittscore på 3,282 er det rett i underkant av HUNT3 sitt gjennomsnitt på 3,325.

HUNT-studien fant en lineær økning i depresjon fra alderen 20-89 år for både menn og kvinner. Depresjonsnivået i befolkningen ser ut til å øke proporsjonalt med alder (Stordal et al, 2001). Dahl et al (2002) påpekte at HUNT-studiens depresjonsfunn avviker fra annen internasjonal forskning der både depresjon- og angstnivået er mest fremtredende i middels voksen alder for så å avta i høyere alder. HUNT3-studien har en tilnærmet dobbelt så høy svarprosent for aldersgruppen 60-87 år, sammenliknet med aldersgruppen 20-29 år. Det kan tyde på en større andel eldre i utvalget, noe som kan ha betydning for HUNT-studiens depresjonsfunn. Denne studien har derimot en gjennomsnittsalder 36,5 år, ingen foreldre var over 56. Det kan være en forklaring på det underlige funnet at foreldre med barn på sykehus var mindre deprimerede enn den voksne befolkningen i HUNT3-studien.

Muscara et al. (2015) fant på den andre siden at depresjonsnivået hos foreldre var påtagende høyere enn sammenliknbar voksenbefolkning, til tross for at depresjonsnivået ikke var over klinisk nivå. Gjennomsnittsalder i Muscara-studien tilsvarte denne studiens. Det ble derimot benyttet et annet scoringsverktøy for depresjon, i tillegg til at utvalget var intensivforeldre.

Franck et al. (2015) fant en høyere gjennomsnittscore på depresjon, med 1/3 av foreldrene som scoret høyt på HADS-Depresjon. Det er langt unna dennes studiens resultater og Muscara et al. (2015) sine funn. Uavhengig av prosentandel som scoret i de ulike studiene så var depresjon et av de tidlige stress symptomene som økte risikoen for å utvikle PTSS (Shaw et al., 2009).

Som en oppsummering av dette avsnitt fant denne studien at det er flere foreldre som scorer høyt på HADS-Angst enn HADS-Depresjon. Faktorer som ble knyttet til høyere angstnivå er antall tidligere innleggelser, yngre foreldre og mødre. Barnets diagnose så ut til å være uten betydning for HADS-Angst hos foreldre. Datainnsamlingstidspunktet kan derimot ha påvirket funnene i denne studien. Det er færre foreldre som scorer høyt på HADS-Depresjon. Det kan likevel være av klinisk betydning da depresjon er et av symptomene som knyttes til risikoen for å utvikle PTSS.

6.2. Hvordan foreldre sover når barnet er innlagt på barneavdeling.

Resultatene fra denne studien viste at rundt 40 % av foreldrene beskrev søvnen som dårlig. Majoriteten av foreldrene sov på samme rom som barnet og ved gjennomsnittsberegning av totalsøvn var det ingen av foreldrene som opplevde søvnen som dyp.

Denne studien viste at foreldrene hadde en redusert søvnlengde, med et gjennomsnitt på 5,5 timer per natt. Resultatene samsvarte med funnene til Stremmler et al. (2014), McCann (2008) og McLoone et al. (2013). Til sammenlikning var gjennomsnittlig søvn hos friske voksne på 7-7,5 timer per natt (Ursin et al., 2006; Monk, 2000). Studier på friske voksne, viste at redusert søvn kan ha negative konsekvenser som emosjonell labilitet, redusert optimisme allerede fra andre døgn. Det var en kumulativ utvikling av symptomer som humørpåvirkning (Dinges et al., 1997; Haack & Mullington, 2005). Stremmler et al. (2014) hevder derimot at effekten av en natts søvmangel kan komme senere enn dagen etter, og det var vanskelig å kompensere ved å sove mer neste natt.

Foreldre med barnet innlagt på barneavdeling sov 4, 6 timer per natt. De rapporterte om signifikant lavere søvnkvalitet sammenliknet med uken hjemme før innleggelse. Søvn på 4,6 timer er i andre studier definert som søvmangel hos voksne (McCann, 2008). McLoone et al. (2013) viste samme tendens, foreldre som sov med barnet på onkologisk avdeling hadde en gjennomsnittlig søvnlengde på 5,7 timer. Kontrollgruppen av foreldre med friske barn i sammen alder sov til sammenlikning syv timer per natt. De overnevnte studiene viste alle at søvnlengden til foreldre på sykehus er langt lavere enn forventet søvnlengde hjemme. På den andre siden fant Stremmler et al. (2014) og Franck et al. (2014) en høyere gjennomsnittslengde for søvn, henholdsvis 7,75 og 7,65 timer pr natt. Det er et funn som tilsvarer gjennomsnittet for normal søvn hos friske voksne. I Meltzer et al., (2012) sin studie var foreldre våkne mer enn en

time i løpet av natta. Sammenliknet med Franck et al (2014) sine funn hvor foreldrene opplevde søvnen under middels god, til tross for at det var oppgitt søvn tid på over 7 timer per natt. Foreldrene opplevde kvaliteten på søvnen dårligere og nattesøvnen ble forstyrret når de sov sammen med barnet på avdelingen. Dette viser at søvn er sammensatt av mange faktorer og det mer enn søvnlengden som påvirker søvn opplevelsen. Ulike studier viste og forskjellige måter å måle søvnlengde på, foreldre kan oppgi hvor lenge de sov eller det kan regnes ut i fra legg tid og tid for å stå opp (Meltzer et al., 2012 & Franck et al, 2014). Det kan forklare de ulike funnene med tanke på søvnlengde. Erfaring fra praksis er at søvnlengden kan ytterligere bli redusert den første natten på sykehuset, blant annet på grunn av fremmede omgivelser og endrede leggerutiner. McCann (2008) påpekte at ved innleggelse etter klokken 20 rapporterte foreldrene ytterligere om kortere søvnlengde.

Foreldrene i denne studien hadde et gjennomsnittlig antall oppvåkninger på 4,8 per natt. Resultatene er i samsvar med McLoone et al. (2013) sin studie der foreldre med barn på onkologisk avdeling hadde 4,6 oppvåkninger per natt, sammenliknet med foreldre til friske barn i samme aldersgruppe som hadde to oppvåkninger per natt. Stremler et al. (2014) fant at foreldre i gjennomsnitt var våkne over syv ganger i løpet av natten. Denne studien ble utført på en intensiv avdeling. Det høye gjennomsnittet av oppvåkninger i Stremler-studien stemmer overens med erfaring fra praksis. Foreldre på en intensiv avdeling kan få søvnen hyppigere avbrutt på grunn av at barnet ofte er sykere og det vil være behov for hyppigere tilsyn, i tillegg til at det ofte er mer teknisk utstyr som kan alarmere. Stremler et al. (2014) og Frisk & Nordström (2003) påpeker at vedvarende støy gjør det umulig å nå de dype søvnstadiene på intensivavdelinger. Stremler et al. (2014) påviser også at foreldrene var våkne over en time per natt på grunn av søvnavbrudd. Franck et al. (2014) påpeker at søvnavbrudd førte til en ikke ut hvilende søvn, og det opplevdes mer stressende enn kortere søvnlengde. Foreldre med hyppige oppvåkninger når sjeldnere den dype NREM søvnen, den dypeste NREM søvnen er regnet som viktig for å fungere godt dagen etter (Fetveit & Bjorvatn, 2007). Praksis erfaring er at om foreldre sover på fler sengs rom er det en tendens til flere oppvåkninger på grunn av økt antall faktorer som forstyrrer søvnen, f. eks lyder fra andre barn og foreldre i tillegg til hyppigere tilsyn av barnesykepleier gjennom natten. Foreldre kan også få en oppstykket søvn, dersom det er forventning av helsepersonellet om at foreldre utfører pleieoppgaver om natten (Meltzer et al., 2012). Moore et al. (2005) påpeker i tillegg at søvnavbrudd påvirker foreldres søvnmønster og kan lede til forhøyet angst hos både mødre og fedre og, men og forhøyet depresjon hos

mødre. McCann (2008) fant også at foreldre fikk søvnen avbrutt på grunn av ukomfortable senger.

Resultatene viste at $\frac{3}{4}$ av foreldrene i denne studien sov på enkeltrom og over halvparten av foreldrene sov i seng. Resultatene gjenspeilte at dataene ble samlet inn i en rolig periode i avdelingen, noe som kan ha påvirket søvnlengde, antall oppvåkninger og RCSQ besvarelsene i studien. Foreldrene som sov på enerom sov bortimot 30 minutter lenger enn foreldre på flersengs rom, avdelingen har ikke rom med plass til fler enn 3 barn. Trenden med økt søvnlengde på enerom fant også McCann (2008) hvor foreldre sov 1,5 timer lenger på enerom sammenliknet med flersengsrom. Enerom var faktoren som medførte signifikante forskjeller i søvnlengde og kvalitet. I McCann-studien sov derimot over 40% av foreldrene på fire og fem sengs rom. Enerom og en god seng tilrettelegger for fysisk gode soveforhold. Men på den andre siden vil foreldre likevel kunne oppleve en oppstykket søvn med de samme konsekvenser, dersom det er forventning om at foreldre utfører pleieoppgaver om natten (Meltzer et al., 2012).

Ved beregning av gjennomsnitt totalsøvn viste resultatet at det kun var foreldre som scoret høyt på HADS-Depresjon som var innenfor kvartilen for dårlig søvn (figur 2). Ved å se på hvordan foreldres sin totalsøvn fordelte seg på de ulike søvnkvartilene, viste det at over 1/3 av foreldrene opplevde søvnen som dårlig til veldig dårlig (figur 3). Det samsvarer med McLoone et al. (2013) som fant at foreldre med barn på onkologisk avdeling beskrev søvnen som dårlig sammenliknet med foreldre med friske barn i samme alder.

Kun et fåtall av foreldrene i denne studien rapporterte om kjente søvnproblemer fra før barnets sykehusinnleggelse.

Av studier som omhandler søvn er det er kun Stremler et al. (2014) som viste til forskjeller mellom mødre og fedre. Studien fant at mødre sov 24 minutter mer enn fedre. Fedre hadde 7,8 oppvåkninger per natt sammenliknet med mødre som hadde et gjennomsnitt på 7,2 oppvåkninger per natt. Mødrene scoret derimot for mer utmattelse. Relatert til det lave antall fedre i denne studien har denne studien sett på foreldre som en enhet. Ved sammenlikning av antall oppvåkninger og søvnlengde mellom mødre og fedre var det ingen statistisk signifikante forskjeller.

Som en oppsummering av avsnittet fant studien at foreldre på barneavdelingen hadde bortimot to timer kortere søvnlengde sammenliknet med gjennomsnittlig søvnlengde hos friske voksne.

I tillegg hadde foreldre hyppige oppvåkninger gjennom natten. 1/3 av foreldrene opplevde søvnen som dårlig til veldig dårlig. Dette til tross for at et stort antall foreldre hadde fysisk gode søvnforhold med over 3/4 av foreldre på enerom og over 1/2 i seng. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom mødre og fedre i forhold til søvnlengde og antall oppvåkninger.

6.3. Er det sammenheng mellom HADS-Angst, HADS-Depresjon og søvn

Ved gjennomsnittsberegning av score på søvn viste det at ingen av foreldre beskrev søvnen som dyp. Dette er i samsvar med erfaring fra praksis, foreldre har en tendens til å sove lettere på barneavdelingen. Foreldre som scoret over cut-off nivå 7 på HADS-Angst og HADS-Depresjon scoret derimot høyere, noe som betyr at disse foreldrene beskrev søvnen som betydelig lettere. Det kan tyde på at HADS-Angst og HADS-Depresjon påvirker hvor lett foreldre sover.

Meltzer & Mindell (2006) fant noe liknende ved at det var sammenheng mellom kronisk søvnmangel, redusert humør og økt utmattelse. McCann (2008) sine funn viste noe av det samme. Søvnmangel hos foreldre førte til følelsesmessige forstyrrelser og redusert emosjonell velvære. Det var en kumulativ effekt ved forlenget søvn mangel på sykehus. Studien påpekte at foreldre med kronisk syke barn kunne lide av søvn mangel allerede ved innleggelse, dette relatert til barnets pleiebehov i hjemmet før sykehusoppholdet. Studien til Banks & Dinges (2007) viste at perioder med søvn mellom 4-6 timer førte til redusert årvåkenhet tilsvarende 1-3 døgn uten søvn. Kognitive og emosjonelle stress symptomer relatert til søvn mangel, påvirket foreldrenes evne til omsorg overfor barnet. Moore et al. (2005) fant at avbrytelser av foreldrenes nattesøvn kan påvirke symptomer på angst og depresjon negativt. (Angelhoff et al., 2015). Franck et al. (2014) sine funn viste derimot også påvirkning i motsatt retning, ved at angst- og stressnivå påvirket foreldrenes søvn mer enn selve sovestedet.

Foreldrene i denne studien som scoret over cut-off nivå 7 på HADS-Angst hadde i tillegg vanskeligere for å sovne om kvelden sammenliknet med de som scoret under cut-off nivå. Det så ut til at innsovningen ble forlenget relatert til forhøyet HADS-Angst. Stremler et al. (2011) fant noe av det samme og påpekte at emosjonelle utfordringer og sykehusinnleggelse påvirker søvnen. Angst var en forsterkende faktor for dårlig søvn og førte til kortere søvnlengde (McLoone et al., 2013). Påvirkningen gikk derimot begge veier da dårlig søvn relatert til støy

og barnerelaterte faktorer også påvirke angstnivået. Det samsvarte med Angelhoff et al. (2015) sine funn som hevdet at søvn påvirker humør og humør påvirker søvn.

I tillegg til innsovningsproblemer viste resultatene at foreldre med HADS-Angst og HADS-Depresjon hadde større problemer med å sovne igjen etter oppvåkninger.

Et av spørsmålene i Richard Campbell Sleep Questionnaire ba foreldrene score forrige natts søvn som god eller dårlig. Resultatene viste at det kun var foreldrene med HADS-Angst og HADS-Depresjon som scoret så høyt at de var innenfor kvartilen for dårlig søvn. Funnene i den studien viste at foreldre med høy HADS-Angst hadde 20 minutter mindre søvnlengde. Dårligere nattesøvn på grunn av kortere søvnlengde, økt antall oppvåkninger og lettere søvn påvirker foreldrenes psykiske og fysiske velvære (Meltzer et al., 2012; McLoone et al., 2013).

Som en oppsummering kan det se ut som det er en sammenheng mellom høy HADS-Angst og dårligere søvn. Foreldre med høy HADS-Angst opplevde søvnen som lettere, hadde større innsovningsproblemer, det var vanskeligere å sovne etter oppvåkninger om natten og de opplever nattesøvnen som dårlig. Men det er ikke mulig utfra denne studien å se om foreldre med symptomer på angst sover dårligere på grunn av angst symptomer, eller om symptomene på angst kommer av dårlig søvn. Angelhoff et al. (2015) konkluderer sin studie med at søvn påvirker humøret og humøret på virker søvnen.

6.4 Styrker og svakheter ved denne studien

Det er en styrke for studien at det er benyttet spørreskjemaer som er testet for god reliabilitet og validitet. Det øker sannsynligheten for at denne studien måler det den skal. Richard Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) er et instrument som er benyttet i flere internasjonale studier, men det er usikkert om den norske utgaven er validert. RCSQ er i utgangspunktet utviklet for bruk på intensiv pasienter. Frisk & Nordström (2003) fant derimot at det var et godt samsvar mellom sykepleier og pasientens egne score. Søvnserveret ved Haukeland sykehus har det som et av sine anbefalte instrument. Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) har derimot en validert norsk utgave. Det er på den andre siden en svakhet at funnene på angstnivå kan ha blitt påvirket av tidspunktet for datainnsamling, da studier har vist at angstnivået har et signifikant fall fra andre sykehusdøgn (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999). På den andre siden kan det også gjelde søvnfunn da Meltzer et al. (2012) fant at foreldre sov 1,5 timer kortere den første natten på sykehus. Valg av måletidspunktet var i utgangspunktet tatt ut ifra hensyn som praktisk gjennomføring da søvnscore kunne påvirkes dersom innleggelsestidspunktet var sent på kveld eller natt (Meltzer et al., 2012). Spørsmål om demografiske data ble utarbeidet med bakgrunn i relevante studier (Bronner et al., 2009; Franck et al., 2014; Franck et al., 2015; McCann, 2008; Needle et al., 2009). Det ble likevel oppdaget en mangel i etterkant av datainnsamlingen, ettersom det ikke ble spurt om foreldrene hadde kjente symptomer på angst eller depresjon før innleggelse.

7.0. KONKLUSJON

Det eksisterer per i dag få studier innenfor samme tema, og ingen av disse er basert på norske forhold. Flertallet av internasjonale studier har ikke sett på foreldre på sykehus som en enhetlig gruppe, men fokusert på enkeltstående diagnoser eller pasientgrupper. Det er i tillegg få studier som har sett på angst og depresjon i sammenheng med søvn. Angelhoff et al. (2015) påpeker at fremtidig forskning bør fokusere på sammenheng mellom søvn, stress og helse hos foreldre med med syke barn.

Denne studiens funn kan si noe om tendensen for angst, depresjon og søvnkvalitet hos foreldre med barn innlagt på en generell barneavdeling på sykehus i Norge. Funnene er i samsvar med andre studier, ved at barnets sykehusinnleggelse representerer en fare for negativ psykisk helse hos foreldre i form av økte symptomer på angst. Studier har vist at angstfaktoren i tillegg er av sentral betydning i forhold til utvikling av Post Traumatisk Stress hos foreldre etter barnets sykehusopphold. Denne studien bekrefter videre annen internasjonal forskning på søvn hos foreldre, ved at sykehusoppholdet fører til kortere søvnlengde, hyppige oppvåkninger og at enerom er en av faktorene som påvirker søvnkvaliteten positivt.

Studiens funn kan bidra med økt kunnskap og forståelse av sammenhengen mellom angst, depresjon og søvnkvalitet hos foreldre. Barnesykepleiere har ansvar for å legge til rette for at sykehusoppholdet skal få færrest mulig negative konsekvenser for barnet og foreldrene (Barnesykepleierforbundet NSF, 2009). Barnesykepleiere har i praksis mulighet til å påvirke flere av faktorene som kan påvirke søvnen. Det er tiltak som ikke koster mye hverken i tid eller økonomi. Ved å få økt kunnskap om sammenhengen mellom foreldres psykiske helse og hvordan den påvirkes av søvn kan barnesykepleiere bidra til å forebygge og redusere negative konsekvenser av sykehusoppholdet.

Det er imidlertid behov for flere studier hvor datainnsamlingen foregår på flere barneavdelinger, med flere datainnsamlingstidspunkt og med en kontrollgruppe av foreldre med friske barn.

Referanseliste

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 25, (6), 40-50.
- Angelhoff, C., Edéll- Gustafsson, U. & Mörelius, E. (2015). Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital-Based Home Care. *Nursing Research* 64, (5), 372-380.
- Banks, S. & Dinges, D. F.,(2007). Behavioral and Physiological Consequences of Sleep Restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3,(5), 519-528.
- Barnesykepleierforbundet NSF. (2009). *Funksjonsbeskrivelse for barnesykepleier*. Hentet 13.nov. 2016 fra:
<https://www.nsf.no/Content/300013/Funksjonsbeskrivelse%20for%20Barnesykepleier>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Board, R. & Ryan-Wenger, N.(2002). Long-term effect of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. *Heart & Lung* 31, (1). 53-66.
- Board, R. & Ryan-Wenger, N.(2003). Stressors and Stress Symptoms of Mothers With Children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18, (3). 195-202.
- Bronner, M. B., Peek, N., Knoester, H., Bos, A. P., Last, B. F. & Grootenhuis, (2010). Course and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder in Parents after Intensive Care Treatment of their Child. *Journal of Pediatric Psychology* 35, (9), 966- 974.
 DOI: 10.1093/jpepsy/jsq004
- Callery, P. (1997). Caring for parents of hospitalized children: a hidden area of nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 26, 992-998.

- Carlsson, M. E. (2012). Sleep disturbance in relatives of palliative patients cared for at home. *Palliative and Supportive Care, 10*, 165-170.
- Colville, G. & Pierce, C. (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Med 38*, 1523-1531.
Doi: 10.1007/s00134-012-2612-2
- Commodari, E. (2010). "Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers." *Italian Journal of Pediatrics 36*, (40).
- Dahl, A. A., Krüger, M. B., Dahl, N. H., Stordal, E. & MYkletun, A. (2002). Angst, depresjon og psykiatrisk epidemiologisk forskning I Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi, 12*, (3), 347-353
- Davidson, J., Jones, C. & Bienvenu, J. (2012). Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine, 40*, 618-624.
- Dietrichson, S. (2011). Den mystiske søvnen. *Sykepleien 12*, s 30-33.
- Dinges, D.F., Pack, F., Williams, K., Gillen, K. A., Powell, J. W., Ott, G. E., ... Pack, A. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Sleep, 20*, 267- 277.
- Fernández-Castillo, A. & Vilchez-Lara, M. J. (2011). Family Adaptability, Cohesion and Anxiety During Pediatric Hospitalization: Differs between Populations of Immigrant and Non-immigrant Origin. *Journal of comparative Family Studies, 42* ,(6), 891-902.
- Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2007). Søvn forstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening 44* (4), 394-402.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet 11. nov. 2016 fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

- Franck, L., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Lee, K. & Cooper, B. A. (2015). Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 10-21.
- Franck, L., Wray, J., Gay, C., Dearmun, A. K., Alsberge, I. & Lee, K. A. (2014). Where do parents sleep best when children are hospitalized? A pilot comparison study. *Behavioral Sleep Medicine* 12(4), 307-316.
- Frisk, U., Nordstrom G. (2003) Patients' sleep in an intensive care unit – patients' and nurses' perception. *Intensive Critical Care Nurse*, 19, 342–349.
- Haack, M. & Mullington, J. M. (2005). Sustained sleep restriction reduces emotional and physical well-being. *Pain*, 119, 56-64.
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet 12 nov.2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Huckabay, L. & Titem-Kessler, D. (1999). Patterns of parental stress in PICU emergency admission. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 18, (2), 36- 42.
- Johannessen, A. (2009), *Introduksjon til SPSS*. 4. utgave. Abstrakt Forlag: Oslo
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utgave. Abstrakt Forlag: Oslo
- Kazak, A. E., Boeving, A.C., Alderfer, M. A., Hwang, W. & Reilly, A. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer. *Journal of clinical oncology*, 23 (30), 7405-7410.

- Krokstad, S., Langhammer, A., Hveem, K., Holmen, T. L., Midthjell, K., Stene, T. R... & Holmen, J. (2013). Cohort Profile: The HUNT Study, Norway. *International Journal of Epidemiology*, 42, 968-977.
DOI: 10.1093/ije/dys095
- Landolt, M. A., Boehler, U., Schwager, C., Schallberger, U. & Nuessli, R. (1998). Post-traumatic stress disorder in paediatric patients and their parents: An exploratory study. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 34, 539-543.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribi, K., Gnehm, H. E. & Sennhauser, F. H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44, (8), 1199- 1207.
- Li-Ping, K., Cui, Y., Qui, Y.-F., Han, S.-P., Y, Z.-B. & Guo, X.-R. (2013). Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1163-1172.
DOI: 10.1111/jocn.12090
- McCann, D. (2008). Sleep deprivation is an additional stress for parents staying in hospital. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13, 111-122.
- McLoone, J. K., Wakefield, C. E., Yooung, S. L., & Cohn, R. (2013). Parental sleep on the pediatric oncology ward. *Support Care Cancer* 21. 557-564.
DOI: 10.1007/s00520-012-1547-z
- Melzer, I. J., Davis, K. F., Mindell, J. A. (2012). Patient and Parent Sleep In a Children's Hospital. *Pediatric Nursing*, 38, 64-71.
- Meltzer, I. J. & Mindell, J. A. (2006). Impact of a Child's Chronic Illness on Maternal Sleep and Daytime Functioning. *Arch intern med*, 166, 1749-1755.
- Monk, T. H., Buysse, D. J., Rose, L. R., Hall, J. A. & Kupfer, D. J. (2000). The sleep of healthy people- a diary study. *Chronobiology international*, 17, 49-60.

- Moore, K., David, T. J., Murray, C. S., Child, F. & Arkwright, P. D. (2006). Effect of childhood eczema and asthma on parental sleep and well-being: a prospective comparative study. *British Journal of Dermatology*, *115*, 514-518.
- Musacara, F., McCarthy, M. C., Woolf, C., Hearps, S. J. C., Bourke, K. & Anderson, V. A. (2015). Early psychological reactions in parents of children with a life threatening illness within a pediatric hospital setting. *European Psychiatry*, *30*, 555-561.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathisen, S. K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. (Folkehelseinstituttet rapport 2009:8) Hentet 12. nov. 2016 fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Needle, J. S., O’Riordan, M. & Smith, P.G. (2009). Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child’s admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, *10*, (6), 668-674.
DOI: 10.1097/PCC.0b013e3181a706c9
- Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 13. Nov. 2016 fra: <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- NTNU, Hunt research. (udatert). *Hunt Databank*. Hentet 13. nov. 2016 fra: <https://hunt-db.medisin.ntnu.no/hunt-db/>
- Ricchards, K. C., O’Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2000). Measurement of Sleep in Critically Ill Patients. *Journal of Nursing Measurement*, *8*, (2). 131-144.
- Ringdal, K., (2012). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rees, G., Gledhill, J., Garralda, M. L. & Nadel, S. (2004). Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit (PICU) admission: a cohort study. *Intensive Medical care*. *30*. 1607- 1614.
DOI: 10.1007/s00134-004-2310-9

- Serinken, M., Karcioğlu, O., Sengül, C., Hatipoğlu, C. & Elicabuk, H. (2014). Parental anxiety and affecting factors in acute paediatric blunt head injury. *Emergency Medical Journal*, *31*, 637-640.
DOI: 10.1136/emmermed-2013-202492
- Shaw, R. J., Bernard, B. S., DeBlois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The Relationships Between Acute Strss Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in the Neonatal Intensive Care Unit. *Psychosomatics* *50*, (2), 131-137.
- Shudy, M., de Almeida, M. L., Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T. L. & Nicholson, C. E. (2006). Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families; A Systematic Literature Review. *PEDIATRICS*, *118*, 203- 218.
- Sjuls, M. & Johannessen, B. (2015). Foreldres opplevelse I intensivavdelingen. *Sykepleien forskning* *3*, (10) 248-255.
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.55027
- Snaith, R. P. & Zigmond A.S. (1994). *The hospital anxiety and depression scale*.
GL assessment, London.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). *Pasienter på sykehus*. Hentet 13 nov. 2016 fra:
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>
- Stremmer, R., Dhukai, Z., Wong, L. & Parshuram, C. (2011). "Factors influencing sleep for parents of critically ill hospitalized children: a qualitative analysis." *Intensive and Critical Care Nursing* *27*(1): 37-45.
- Stremmer, R., Dhukai, Z., Pullenayegum, E., Weston, J., Wong, L. & Parshuram, C. (2014). "Sleep, Sleepiness, and Fatigue Outcomes for Parents of Critically ill. " *Pediatric Critical Care Medicine*, *158* (2), 56-65.

- Tidemann, M. (1997). Anxiety Responses of Parents During and After the Hospitalization of Their 5- to 11- Year-Old Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, (2), 110-119.
- Ursin, R., Holsten, F. & Bjorvatn B. (2006). Søvn hos 40-45 åringer i Hordaland. *Norsk Epidemiologi* 16, 81-88.
- Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V. A. & McCarthy, M. (2016). Early Traumatic Stress in Parents Following a Serious Illness in Their Child: A systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 23, 53-66.
DOI: 10.1007/s10880-015-9430-y
- Wray, J., Lee, K., Dearmun, N. & Franck, L (2011). Parental anxiety and stress during children's hospitalization: The StayClose study. *Journal of Child Health Care*, 15, (3), 163-174.
DOI: 10.1177/1367493511408632

Vedlegg 1

Kartlegging av søvnkvalitet, angst og depresjon hos foreldre til barn på sykehus på to barneavdelinger i Norge, en multisenter studie. 4/12-15 versjon 1.



VEDLEGG 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

KARTLEGGING OM SØVNKVALITET, ANGST OG DEPRESJON HOS FORELDRE TIL BARN INNLAGT PÅ TO BARNEAVDELINGER I NORGE, EN MULTISENTER STUDIE

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med denne studien er å kartlegge hvordan foreldre innlagt med barnet på barneavdeling opplever sykehusinnleggelsen. Prosjektet er et masterarbeid på Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid. Prosjektet utføres på Kirurgisk Barnepost 2, Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet og Barne- og ungdomssenteret ved Vestfold sentralsykehus, Tønsberg.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Det er en stor påkjenning for foreldre å ha barnet sitt innlagt på sykehus. Tidligere forskning på hvordan dette påvirker foreldre og familien er i stor grad knyttet opp mot enkelttilfeller og pasientgrupper. Det er derimot lite kunnskap om foreldres opplevelser når barnet er innlagt på en ikke-intensiv barneavdeling. Vi ønsker derfor i dette forskningsprosjektet å kartlegge faktorer som påvirker foreldreopplevelsen ved hjelp av to spørreskjema.

For å ivareta dere som foreldre, vil de som scorer høyt på angst og depresjon få tilbud om samtale med kvalifisert personell ved det respektive sykehus.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i undersøkelsen innebærer å svare på to spørreskjemaer hvor du må svare på spørsmål relatert til angst, depresjon og søvn. Avkrysning på disse skjemaene er beregnet til å ta ca. 10 min.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli makulert. Deltagelse

Kartlegging av søvnkvalitet, angst og depresjon hos foreldre til barn på sykehus på to barneavdelinger i Norge, en multisenter studie. [4/12-15 versjon 1.](#)

eller ikke vil ikke på noen måte påvirke behandlingen av hverken barnet ditt eller dere som foreldre.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Elisabeth Indrevoll, tlf. 404 54 882 eller Hilde Holmsen, tlf. 917 17 147. Veileder Førsteamanuensis Ingrid Helen Ravn kan kontaktes på: ingrid-helen.ravn@hioa.no, eller tlf. 405 57 840

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navn og telefonnummer benyttes kun for å gi tilbud om samtale til foreldre som eventuelt scorer høyt på spørreskjemaet om angst og depresjon. Ingen uvedkommende vil ha tilgang til dine personopplysninger.

Personopplysningene og en koblingsnøkkel vil bli oppbevart separat i et låsbart skap. Alle data vil bli helt anonymisert. Alle personopplysninger vil bli makulert ved prosjektet slutt, senest november 2016.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

GODKJENNING

Prosjekter er meldt og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og Regional Etisk Komite, REK saksnummer 2015/2379.

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur og telefon nummer

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 2

to barneavdelinger i Norge, en multisenter studie. 22/2-16 versjon 2.

Bakgrunnsopplysninger :

|

Hvilken diagnose er barnet innlagt
for: _____

Dato for innleggelse på sykehuset: _____

Dato for utfylling av skjema: _____

Sett EN STREK under alternativet som
passer best:

Er innleggelsen:

Akuttinnleggelse

Planlagt innleggelse

Ca. avstand mellom sykehus og hjem:

_____ km.

Har barnet vært innlagt på sykehus før?

Ja

Nei

Hvem har sovet med barnet i natt?

Mor

Far

Begge

hvis annet oppgi her:

Har barnet en kronisk sykdom:

Ja

Nei

Den som har sovet med barnet fyller ut skjemaet, hvis annet hvem fyller ut?:

Barnets alder i dag : _____

Antall barn i familien: _____

Alder på den som fyller ut skjema:

_____ år

..... kan legging av søvntanker, angst og depresjon hos foreldre til barn på sykehus på to barneavdelinger i Norge, en multisenter studie. 22/2-16 versjon 2.

Sivilstand:

enslig

gift /samboer

enke/-mann

Hvor har du sovet i natt?

På samme rom som barnet

Et annet rom uten barnet

På posten

På et rom utenfor posten

På hvordan rom:

På enkelt rom

Flermanns rom

Type seng:

Seng

Klapp seng

Madrass på gulvet

Annet _____

Hvor mange timer har du sovet i

natt(ca.) _____

Har du vanligvis problemer med å sove hjemme?

Ja

Nei

Har du fått/tatt sovemedisin i natt?

Ja

Nei

Hvor mange ganger (antall)har du våknet i løpet natten (ca.)? _____

Spørreskjema om angst og depresjon i forbindelse med sykehusopphold (HADS)



Les hvert utsagn nedenfor og **strek under det svaret** som best beskriver hvordan du har følt under ditt barns sykehusopphold.

Ikke bruk for lang tid på å svare, din første respons på hvert spørsmål vil trolig gi et riktigere svar enn et nøye gjennomtenkt svar.

Jeg føler meg anspent eller svært nervøs

For det meste
Ofte
Noen ganger
Ikke i det hele tatt

Jeg føler det som om jeg fungerer langsommere enn før

Nesten hele tiden
Veldig ofte
Noen ganger
Ikke i det hele tatt

Jeg gleder meg fremdeles over ting jeg pleide å glede meg over

Absolutt like mye som før

Ikke fullt så mye som før
Bare litt
Nesten ikke

Jeg føler meg urolig, som om jeg har "en klump" i magen

Ikke i det hele tatt
Noen ganger
Ofte
Veldig ofte

Jeg får en slags følelse av frykt som om noe forferdelig kommer til å skje

Absolutt og ganske ille
Ja, men ikke så altfor ille
Litt, men det bekymrer meg ikke
Ikke i det hele tatt

Jeg har sluttet å bry meg om hvordan jeg ser ut

Ja, absolutt
Ofte bryr jeg meg ikke så mye som jeg burde
Noen ganger bryr jeg meg ikke fullt så mye
Jeg bryr meg like mye som jeg alltid har gjort

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye som før
Ikke like mye nå som før
Absolutt ikke så mye nå som før
Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg rastløs som om jeg stadig må være i aktivitet

Uten tvil, i sterk grad
I ganske stor grad
Ikke noe særlig
Ikke i det hele tatt

Jeg har hodet fullt av urovekkende tanker

For det meste
Ofte
Noen ganger
En gang i blant

Jeg ser med glede frem til ting

Like mye som jeg alltid har gjort
Heller mindre enn jeg har pleid å gjøre
Absolutt mindre enn jeg har pleid å gjøre
Nesten ikke i det hele tatt

Jeg er i godt humør

Aldri
Ikke så ofte
Noen ganger
For det meste

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Veldig ofte
Ofte
Ikke så ofte
Ikke i det hele tatt

Jeg kan sitte rolig og føle meg avslappet

Ja, absolutt
Ofte
Ikke så ofte
Ikke i det hele tatt

Jeg kan glede meg over en god bok eller et radio eller TV-program

Ofte
Noen ganger
Ikke så ofte
Veldig sjelden



Vennligst kontroller at du har svart på alle spørsmålene.

Richards-Campbell Sleep Questionnaire

Instruksjon: Svar på de 5 spørsmålene nedenfor ved en sette et merke på den vannrette linjen som best beskriver hvordan søvnen din var sist natt:

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Sist natt var min søvn | Dyp søvn _____ | Lett Søvn |
| 2. Sist natt, da jeg sovnet første gang | Sovnet jeg nesten med en gang _____ | Kunne jeg nesten aldri sovne |
| 3. Sist natt var jeg | Veldig lite våken _____ | Våken hele natten igjennom |
| 4. Sist natt, når jeg våknet opp eller ble vekket, så klarte jeg å | Sovne igjen med en gang _____ | Klarte jeg ikke å sovne igjen |
| 5. Jeg vil beskrive søvnen min sist natt som: | En god natts søvn _____ | En dårlig natts søvn |

Kilde:
Richards, K. C., O'Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2000). Journal of Nursing Measurement, 8, 131-144. Til norsk ved Martin Kragnes Bystad og Ståle Pallesen

Skåring:
Distansen fra venstre og til merket/repsen måles i mm for alle 5 ledd. Distansene summeres og deles på 5.



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	15.02.2016	2015/2379 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			08.12.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ingrid Helen Ravn

2015/2379 Kartlegging av søvnkvalitet, angst og depresjon hos foreldre til barn på sykehus på to barneavdelinger i Norge, en multisenter studie

Forskningsansvarlig:

Prosjektleder: Ingrid Helen Ravn

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 20.01.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

"Vi ønsker å kartlegge om foreldre som er sammen med barnet sitt på barneavdelinger får angst og depresjon under barns innleggelse på barneavdelinger, uavhengig av barnets diagnose eller alvorlighetsgrad. Studier fra andre land viser at foreldre som har hatt barnet sitt på sykehus, ofte får psykiske problemer som påvirker familiesituasjonen, i etterkant. Studiene viser at angst og depresjon er av de viktigste faktorene under innleggelsen. Hvis det er sånn i Norge også er det viktig for barnespl. å ha fokus på dette for å forebygge at familier får unødvendige belastninger i etterkant av innleggelse. Søvn har påvirkning på psykisk velvære. Derfor ønsker vi å kartlegge søvnkvaliteten til de foreldrene som følger barnet sitt på sykehuset. Fokus på foreldres søvn kan bidra til økt søvnkvalitet og en positiv påvirkning på foreldres psykiske velvære under barns innleggelse på sykehus."

I tillegg til søknaden mottok komiteen 16.12.2015 en e-post fra prosjektleder med informasjon om endringer i studien og revidert informasjonsskriv og forskningsprotokoll.

Komiteens vurdering

Det søkes om å inkludere ca. 50 foreldre/foreldrepar i studien. Dette er foreldre til barn med minst to overnattinger i de avdelingene ved sykehusene som deltar i studien. De involverte

Komiteen har ingen innvendinger til prosjektet som sådan, men har en kommentar til rekrutteringsprosedyre.

I e-post mottatt 16.12.2015 søkes det om å ikke innhente skriftlig samtykke fra foresatte. Prosjektleder skriver i e-posten at de ønsker å gjøre en anonym spørreundersøkelse av foreldrenes søvnkvalitet og kartlegging med HADS, og det vil følgelig ikke bli innhentet informasjon om foreldrenes navn eller

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

telefonnummer. Demografiske data vil ellers være identiske med de som ble sendt inn i REK søknaden. Dette betyr at man heller ikke vil innhente skriftlig informert samtykke direkte fra foreldrene, men indirekte ved at utfylling av spørreskjemaet betyr at foreldrene samtykker til å delta i studien.

I henhold til helseforskningsloven § 13 skal et samtykke være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Komiteen mener derfor det er viktig at studien gjennomføres med skriftlig samtykke fra foreldrene. I dette prosjektet mener komiteen det også vil være viktig for å kunne fange opp de foreldrene som eventuelt scorer i en risiko sone for depresjon og angst. Det er i opprinnelig søknad lagt opp til at disse vil få tilbud om samtale.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

- Det skal innhentes skriftlig samtykke fra deltagerne. Det må gis tilbud om samtale med psykososialt team/ BUP for de foreldrene som eventuelt scorer i en risiko sone for depresjon og angst, som beskrevet i opprinnelig søknad.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33 under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

I tillegg til ovennevnte vilkår, er godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatsen gjelder til 01.11.2016. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 01.11.2021. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder "*Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren*"

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Geir Olav Hjortland
nestleder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
komitésekretær

Kopi til:



Ingrid Helen Ravn
Institutt for sykepleie
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 16.03.2016

Vår ref: 46012/3/AMS/LR

Deres dato:

Deres ref:

AVSLUTTET SAKSBEHANDLING

Vi viser til meldeskjema mottatt 07.12.2015 for prosjektet:

46012

Kartlegging av søvnkvalitet, angst og depresjon hos foreldre til barn på sykehus i to barneavdelinger i Norge, en multisenter studie

Personvernombudet viser til at prosjektet faller inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (jf. Vedtak 15.02.16, ref. 2015/2379 REK sør-øst B)

Personvernombudet avslutter dermed saksbehandlingen av meldingen uten å realitetsbehandle denne. Vi avslutter også all videre oppfølging av prosjektet.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby anne-mette.somby@nsd.no

Leveres sammen med oppgaven i eksamensinnleveringsrommet i Fronter

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS, FAKULTET FOR HELSEFAG OG

STUDENT Hilde Holmsen FØDT 050371

Studentnummer: 5150549 Studieprogram: Master i barnepsykiatri

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan Høgskolen i Oslo og Akershus med hjemmel i åndsverksloven § 27, jf. offentlighetsloven § 2 og § 6 nr. 6, gi forskere og studenter *innsyn* i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i høgskolens åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Opgavens tittel:

Angst, depresjon og søvn hos foreldre
 når barnet er innlagt på sykehusets barneavdeling

Adresse:	<u>Caroline Smidsrødvei 69, 3120 Næste-øyg</u>
Telefon:	<u>91717147</u>
E-post:	<u>h.holmsen@caroline.no</u>

Faglig veileder:	<u>Ingrid Heteren Ravn</u>	
Institutt:	<u>for sykepleie og helse fremnende arbeid</u>	
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: <u>29/11-17</u>	Dato: <u>OSLO</u>
	Veileders underskrift: <u>Ingrid H. Ravn</u>	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 5 år og settes på grunn av:

Vi ønsker å jobbe videre med prosjektet
og funnene

Hilde Holmsen
.....
studentens underskrift