



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 348

Eksamensnavn: SYBA3900

Dato: 31.05.2017

Klasse: 3C

Kull: 2014

Antall ord: 11662

Å mestre foreldrerollen til det kreftsyke barnet

Sykepleiers rolle

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos foreldre til barn med kreft, med fokus på psykososiale utfordringer?

Ja visst gjer det vondt
 livet
når ein kjenner etter
 når ein lar tapa få
 koma opp
når ein lar einsemda
 få rom
Ja visst gjer det vondt
 dette sårbare
 uforutseibare og
 ukontrollebare livet
 Men kor godt
 det også kan vera
 Øyeblikka!!!
 Dei nakne vakre
 øyeblikka!

(Bratlund, 2015)

SAMMENDRAG

Bakgrunn for oppgaven: Rundt 150 barn får kreft i Norge hvert år. Foreldrene til barnet er barnets viktigste omsorgspersoner og spiller en stor rolle i barnets opplevelse av trygghet under en sykehusinnleggelse. Barnets og foreldrenes stressnivå stiger og synker i takt med hverandre. Det er derfor av stor betydning at sykepleien ikke kun rettes mot barnet, men også mot foreldrene. Herunder vil hensikten være å belyse utfordringene foreldre til barn med kreft kan oppleve i forhold til det psykososiale og hvordan sykepleieren kan bidra i dette arbeidet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos foreldre til barn med kreft, med fokus på psykososiale utfordringer?

Metode: Oppgavebesvarelsen er en litteraturstudie bestående av kvalitative forskningsartikler og faglitteratur.

Resultater: Behov for kunnskap, støtte og deltakelse i pleie av barnet sees på som viktige faktorer for å oppnå mestring hos foreldrene til det kreftsyke barnet. Sykepleieren kan herunder bidra med informasjon, undervisning og veiledning. Hun kan også gi emosjonell- og praktisk støtte i forsøk på å fremme mestring.

Diskusjon: Det fremkommer at foreldrenes behov for omsorg, trygghet og støtte har stor betydning for muligheten å mestre. Å samarbeide med foreldrene og styrke foreldrerollen har en sentral innvirkning og bør tas hensyn til av sykepleieren. Støttegrupper og god informasjon kan være viktig i dette arbeidet. En god relasjon mellom sykepleieren og barnets foreldre vil være positivt for foreldrenes mulighet til å mestre barnets sykdom.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.	1
1.2 PROBLEMSTILLING.	2
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING.	2
1.4 HENSIKT MED OPPGAVEN.	2
1.5 BEGREPSAVKLARING.	3
1.6 AVGRENSING AV OPPGAVEN.	3
2.0 METODE	5
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.	5
2.2 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE.	5
2.3 LITTERATURSØK.	6
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.	7
2.5 PRESENTASJON AV FAGBØKER.	8
2.6 KILDEKRITIKK.	8
2.7 ETISKE OVERVEIELSER.	9
3.0 TEORI	10
3.1 KREFT HOS BARN.	10
3.1.1 ÅRSAKER TIL KREFT HOS BARN.	10
3.1.2 SYMPTOMER OG DIAGNOSE.	10
3.1.3 BEHANDLING.	11
3.1.4 BIVIRKNINGER AV BEHANDLING.	11
3.1.5 SENSKADER OG PROGNOSE.	11
3.2 BARNES UTVIKLINGSTEORI.	12
3.3 PSYKOSOSIALE UTFORDRINGER HOS FORELDRE TIL BARN MED KREFT.	13
3.4 KRISETEORI.	13
3.5 JURIDISKE IMPLIKASJONER OG SYKEPLEIERS ETISKE ANSVAR.	14
3.6 SYKEPLEIERS FUNKSJON OG ANSVARSOMRÅDE.	15
3.7 JOYCE TRAVELBEE.	16
3.8 LAZARUS OG FOLKMANS MESTRINGSTEORI.	17
4.0 DRØFTING	19
4.1 SYKEPLEIE TIL BARN MED KREFT BØR VÆRE ET SAMARBEID MELLOM FORELDRE OG HELSEPERSONELL.	19
4.2 BETYDNING AV VEILEDNING OG UNDERVISNING FOR FORELDRENES MESTRING.	23
4.3 INFORMASJONENS BETYDNING FOR MESTRING.	25
4.3.1 SKRIFTLIG INFORMASJON.	27
4.3.2 MUNTLLIG INFORMASJON.	27
4.4 Å MESTRE FORELDREROLLEN.	29
4.5 FORELDRE TIL BARN MED KREFT TRENGER Å BLI SETT.	31
4.5.1 BETYDNINGEN AV STØTTEGRUPPER.	32
4.5.2 FORELDRENES MESTRINGSSTRATEGIER.	33
5.0 OPPSUMMERING	35
LITTERATURLISTE	37
VEDLEGG	42

1.0 INNLEDNING

Rundt 150 barn rammes av kreft i Norge hvert år. Behandlingen av et barn med kreft blir oftest gjennomført i samarbeid mellom et regionalt barnekreftsenter ved et universitetssykehus og den lokale barneavdeling. Derfor må alle barneavdelinger skaffe seg nødvendig kompetanse til å ta vare på denne pasientgruppen og deres familier (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 15-17).

For å mestre den stressende opplevelsen en sykehusinnleggelse fører med seg er barn avhengige av forutsigbarhet, nærhet, omsorg og støtte fra omgivelsene. Foreldrene til barnet er barnets nærmeste og viktigste støttespiller. Foreldrene er de som gir den viktigste omsorgen til barnet og skaper trygge rammer rundt barnets opplevelse av situasjonen. Foreldrene skal være barnets trygge havn. Mestrer de ikke dette vil verken barnet eller foreldrene mestre sykehusinnleggelsen. Det er derfor av stor betydning at sykepleien til barnet også rettes mot foreldrene og de psykososiale utfordringene de møter ved å ha et kreftsykt barn (Søbjerg, 2013a)

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Som sykepleierstudent hadde jeg ingen selvopplevde erfaringer med barnekreft inntil siste praksisperiode hvor jeg var på barneonkologisk avdeling. Det oppstod flere krevende situasjoner i løpet av perioden og mange av utfordringene dreide seg om barnets foreldre. Foreldrene var tydelig fysisk og psykisk preget av nyhetene om at barnet hadde fått en kreftsykdom. Som student på avdelingen var det vanskelig å møte foreldrene da jeg var usikker på hvordan jeg skulle forholde meg til dem på en måte som var til deres beste.

Min erfaring er at de psykososiale utfordringene som følger med krisen ved å få et kreftsykt barn er vanskelig å forutse. Ingen foreldre er like og således reagerer de også ulikt på barnets sykdom. Selv har jeg egne barn og opplevde ved flere anledninger at jeg kunne relatere meg til foreldrene. Foreldre til barn med kreft er et tema som vekket stor interesse hos meg og er derfor et område jeg ønsker å lære mer om.

1.2 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos foreldre til barn med kreft, med fokus på psykososiale utfordringer?

1.3 Oppgavens oppbygging.

Oppgavens oppbygging tar først utgangspunkt i innledningen etterfulgt av et metodekapittel. Metodekapittelet omhandler hva som er gjort for å belyse problemstillingen og en fremlegging av anvendte kilder. Neste del er teoridelen som gir innblikk i sentrale temaer for oppgavebesvarelsen. Herunder vil kunnskap om kreft hos barn, utviklingsteori hos barn, å være foreldre til barn med kreft og kriseteori være belyst. I tillegg inneholder teoridelen Travelbees sykepleieteori og Lazarus og Folkmans mestringsteori etterfulgt av sykepleiers funksjon og ansvarsområde. I drøftingsdelen vil forskningsfunn og egne erfaringer, i tråd med sykepleieteori, bli diskutert. Herunder vil det være fokus på samarbeidet mellom sykepleier og foreldre, informasjon, mestringsstrategier og støtte.

1.4 Hensikt med oppgaven.

Hensikten med oppgaven er å samle kunnskap om temaet for å belyse hvilke psykososiale utfordringer foreldre til barn med kreft kan ha og hvilke tiltak sykepleier kan iverksette for å bidra til mestring. Jeg vil vise hvordan sykepleieren, med sin kunnskap om mestring, kan hjelpe foreldrene å mestre barnets sykdom på best mulig måte.

Ifølge studiets læringsutbytte skal oppgaven bidra til økt kunnskap om sykepleierens rolle og ansvar innenfor det valgte temaet i tillegg til kunnskap om sykepleieforskning og fagutvikling innenfor fordypningsområdet. Jeg skal tilegne meg ferdigheter slik at jeg kan gjennomføre systematiske litteratursøk, analysere og vurdere ulike kilder og anvende disse. Videre skal jeg gjennomføre dette litteraturstudiet i tråd med gjeldende forskningsetiske normer. Den generelle kompetansen jeg oppnår vil resultere i at jeg kan utveksle synspunkter og erfaringer med andre innenfor temaet. Samtidig kan jeg formidle og argumentere for styrker og svakheter ved å belyse valgt fordypningsområde (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2017).

Dette er en bacheloroppgave og mitt ståsted som sykepleier er generell sykepleie, uten videreutdanning i kreftsykepleie eller barn. Tiltakene jeg utpeker i denne oppgaven kan utføres av en hver sykepleier og stiller ikke krav til videreutdanning. Jeg ønsker med

oppgaven å samle kunnskap som kan være til nytte for andre; sykepleiere, pasienter eller pårørende, og dermed bidra til en kunnskapsbasert praksis.

1.5 Begrepsavklaring.

Psykososiale behov omhandler menneskets psyke, det vil si det sjelelige eller mentale, det som kan beskrives som menneskets sjeleliv. Ved sykdom har psykososiale behov sitt utgangspunkt i sykdom som opplevd fenomen, det vil si hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud, 2013, s. 14).

Forelder/foreldre blir brukt for å vise til den/de som har foreldreansvar for barnet.

Et hvert menneske under 18 år er *barn*, med mindre barnet blir myndig tidligere etter den lovgivning som gjelder for barnet (Barne- og familie departementet, 2003). Barn i alderen 12-18 år ekskluderes da de omtales som ungdom i faglitteraturen og har særskilte rettigheter og egenskaper sammenlignet med barn under 12 år (Søbjerg, 2013a, s. 114). Gitt oppgavens ordramme har jeg valgt å fokusere på førskolebarn (3-5 år).

1.6 Avgrensning av oppgaven.

Barn med leukemi er en overrepresentert pasientgruppe blant barn som får kreft og derfor skulle oppgavebesvarelsen i utgangspunktet omhandle barn med denne diagnosen. Etter litteratursøket og søk i faglitteratur ble det tydelig at oppgaven skulle omhandle barn med alle typer kreft. Etter min erfaring fra praksis er det traumatiserende og stressende at barnet får en kreftdiagnose, uavhengig av krefttype.

Foreldrene og det kreftsyke barnet som omhandles i oppgavebesvarelsen er i ny-diagnostisert fase. Det betyr at de nylig har fått beskjed om diagnosen. Dette fordi forskning viser at den mest utfordrende tiden for foreldrene til et kreftsykt barn er tiden rett etter diagnosetidspunkt (Miedema, B., Hamilton, R., Fortin, P., Easley, J. & Matthews, M, 2008).

Oppgavebesvarelsen vil i all hovedsak fokusere på foreldrene til det kreftsyke barnet og de psykososiale utfordringene knyttet til barnets sykdom. Barnets psykososiale behov og utfordringer nevnes i oppgaven for å gi leseren større forståelse av oppgavens tema. Barnet blir behandlet ved barneavdeling på et somatisk sykehus. Foreldrene og barnet er etnisk norske med norsk som morsmål. Dette er for å unngå problemstillingen med tolkebehov og

kulturkollisjon i kommunikasjon og samhandling med familiene. Jeg vil utelukke alenemødre- og fedre i besvarelsen. Av praktiske årsaker vil jeg konsekvent omtale sykepleieren som "hun" selv om dette ikke alltid er tilfellet. Barnet vil jeg omtale som "han" og foreldrene som "de".

2.0 METODE

Dalland (2012) beskriver metode som et middel for å løse problemer og som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Midler som tjener dette formålet regnes som metode. Hovedsakelig finnes det to metoder å samle inn data på, kvantitativ og kvalitativ.

2.1 Litteraturstudie som metode.

Det som kjennetegner en litteraturstudie beskrives av Thidemann (2015) som en studie hvor personen ikke forsker selv, men systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området problemstillingen etterspør og hvordan en har kommet frem til kunnskapen. Dalland (2012, s. 111) skriver at vi velger en bestemt metode fordi vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. I Programplan for bachelorstudium i sykepleie står det at ”studenten skal gjennomføre en selvstendig, avgrenset litteraturstudie under veiledning i tråd med gjeldende forskningsetiske normer” (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2016).

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.

Oppgavebesvarelsen inneholder kun kvalitativ metode da målet var å få god dybdekunnskap og forståelse for temaet. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Metodene søker å karakterisere og fremheve det særegne ved et fenomen. I tillegg oppsøker de sammenheng og helhet ved noe. Kvalitative metoder innebærer ofte intervju uten faste svaralternativer med datasamling i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2012).

Kvantitative metoder har som mål å forme informasjonen om til målbare enheter og analysere mønsteret i tallmaterialet. Vi finner ofte spørreskjema med faste svaralternativer uten systematiske og strukturerte observasjoner. Felles for kvalitative og kvantitative metoder er at de sikter å bedre vår forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan vi handler og samhandler. Kjennetegnet ved kvantitativ metode er at en får breddekunnskap (Dalland,

2012). Litteraturstudiet har mindre generalisert kunnskap ettersom det ikke er benyttet noen kvantitative studier.

2.3 Litteratursøk.

Problemstillingen er blitt justert flere ganger i løpet av arbeidet. For at problemstillingen skulle bli søkbar og presis benyttet jeg et PICO skjema. PICO står for Pasient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2015). Skjemaet har gjort det enklere å kombinere de ulike søkeordene brukt i prosessen.

For å finne relevant litteratur søkte jeg i databasene *Cinahl*, *Medline* via *Helsebiblioteket*, *PsycINFO* og *Svemed+*. Databasene er anerkjente innen helsefag og inneholder forskning som dekker både sykepleie og psykiatri (Thidemann, 2015). Jeg fant relevante artikler i *Medline*, *Cinahl* og *Svemed+*. *Svemed+* er en skandinavisk database med referanser til artikler i nordiske helsefaglige tidsskrifter på språk som svensk, norsk, dansk og engelsk (Thidemann, 2015). Jeg benyttet *Svemed+* for å oversette norske ord til engelsk og for å finne de ulike engelske MeSH-termene under søket.

Søkeord som ble brukt var: *Childhood*, *Cancer*, *Caregiver*, *Parents*, *Neoplasms*, *Nursing*, *Communication*, *Patient education*, *Health Care*, *Support*, *Coping*, *Coping Strategies*, *Quality of life*, *Information* og *Distress*.

Kombinasjonen *Children* "OR" *Child* "AND" *Parents* "AND" *Health Care* "OR" *Delivery of Health Care* "AND" *Support* "AND" *Information* ga 47 resultat i Medline (Jackson, R., Baird, W., Davis-Reynolds, L., Smith, C., Blackburn, S. & Allsebrook, J, 2007).

Kombinasjonen *Coping Strategies* "AND" *Parents* resulterte i 98 treff i Medline. Da jeg la til *Neoplasms* fikk jeg 15 treff (Miedema et al., 2008).

Neoplasms, *Parents* "AND" *Pediatrics* ga 121 treff i Medline. Jeg la til *Information* og fikk 26 treff (Ringnér, A., Jansson, L & Graneheim, U. H., 2011).

I *Svemed+* brukte jeg kombinasjonen *Parents* "AND" *Childhood Cancer*, som ga 23 treff (Hoel & Sveggen, 2009).

En av artiklene jeg har brukt er hentet fra litteraturlisten i en forskningsartikkel jeg leste i arbeidet for å finne litteratur (Ångström-Brännström, C., Norberg, A., Strandberg, G., Söderberg, A & Dahlqvist, V., 2010).

For å velge ut relevante forskningsartikler leste jeg først sammendraget. Flere av artiklene som så ut til å være relevante i sammendraget ble ekskludert da jeg leste full tekst. Det var kun etter å ha lest alle artiklene i full tekst at jeg var sikker på deres relevans for oppgaven.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler.

”Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn”

Forskningsartikkelen er norsk og utgitt i Sykepleien Forskning. Forfatterne er sykepleiere og rådgivere ved Oslo Universitetssykehus. Studiets hensikt var å beskrive gjennomføringen av foreldremøter og vise hva foreldrene var opptatt av på slike møter. Foreldremøtene ble holdt for foreldre til barn med kreft, for å dele erfaringer og finne måter å mestre krisen det er å ha et sykt barn. Anvendt metode var kvalitativ (Hoel & Sveggen, 2009).

”Parental Experiences of Information Within Pediatric Oncology”

Med kvalitativ metode har forfatterne undersøkt hvordan foreldre til barn med kreft bruker informasjon for å samle kunnskap om barnets diagnose. Studien beskriver foreldrenes opplevelser rundt bruk og innhenting av informasjon. Studien er svensk. (Ringnér et al., 2011)

”Parents’ Experiences of What Comforts Them When Their Child is Suffering From Cancer”

Forskningsartikkelen kartlegger foreldrenes behov når barnet har fått en kreftdiagnose. Artikkelen er svensk, med kvalitativ metode. Artikkelen er overførbar da den tar for seg foreldrenes erfaringer i ny-diagnostisert fase. Barna til foreldrene i artikkelen er fra 3-9 år som også validerer dens relevans til oppgaven (Ångström-Brännström, 2010).

”You can only take so much, and it took everything out of me”: Coping strategies used by parents of children with cancer”

Artikkelen identifiserer de ulike mestringsstrategiene foreldre til barn med kreft bruker. Metoden var kvalitativ. Studien baserer seg på mestringsteori anvendt i oppgavens teoridel og utforsker problemstillingen. Artikkelen er canadisk. Den er overførbar til norske forhold fordi det canadiske samfunnet er likt det norske samfunnet. Artikkelen er hentet fra Medline. (Miedema et al., 2008).

”Qualitative analysis of parents’ information needs and psychosocial experiences when supporting children with health care needs”

Forskningsartikkelen er engelsk, med kvalitativ metode. Studiens hensikt var å identifisere de ulike behovene for informasjon hos foreldre til alvorlig syke barn. Informasjonens type og mengde, relasjonen mellom familien og sykepleier, samt sosial støtte ble adressert som viktige momenter for foreldre (Jackson et al., 2007).

2.5 Presentasjon av fagbøker.

Faglitteraturen benyttet i denne oppgavebesvarelsen er innenfor sykepleie, medisin og psykologi. De tre mest sentrale er:

”Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom” (2013). Stubberud, D-G (Red.). Boken beskriver pasientens og pårørendes psykososiale behov ved behandling av akutt og kritisk sykdom i sykehus, og hvordan sykepleier kan ivareta disse både hos barn, ungdom og voksne. Boken er pensum ved sykepleierstudiet på Høgskolen i Oslo og Akershus.

”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” (2001). Travelbee, J. Boken er en klassiker innenfor grunntenkning i sykepleie og er derfor av betydning for utviklingen av faglig identitet hos sykepleiere og sykepleierstudenter. Boken gir kunnskap om hva mennesker trenger for å oppleve mening når livet er tungt og vanskelig, og om hvordan ulike relasjoner skapes.

”Stress, appraisal and coping” (1984). Lazarus, R & Folkman, S. I boken har de to forfatterne utviklet deres teori om stress og mestring. De tar for seg ulike mekanismer som virker inn på menneskets mestring og valg av mestringsstrategier.

2.6 Kildekritikk.

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er gyldig eller ugyldig. Å vise at en er kritisk til kildene som er brukt tydeliggjør tankene en har gjort seg om de ulike kildene (Dalland, 2012). Det å vurdere en kilde innebærer hvorvidt informasjonen er relevant for problemstillingen (Thidemann, 2015).

Majoriteten av kildene i oppgavebesvarelsen er primærkilder. Dette for å underbygge oppgavens troverdighet. Primærkilde er kilde fra forskeren selv, altså den opprinnelige kilden

(Dalland, 2012). I noen tilfeller er sekundærkilder benyttet, ettersom det var en utfordring å finne primærkilden. Dette innebærer at min tolkning i noen tilfeller kan ha arvet unøyaktigheter og feiltolkninger. Sekundærkilder er data funnet i bøker, tidsskrifter og anerkjente databaser (Thidemann, 2015).

I mitt søk etter artikler definerte jeg ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å gjøre dette tydeliggjorde jeg litteratursøket og avgrenset mengden litteratur (Thidemann, 2015). Jeg prioriterte artikler publisert innenfor de siste ti årene, med foreldre til barn med kreft i fokus. Inklusjonskriteriene innebar å finne kvalitative og kvantitative fagfelleverderte artikler. Allikevel endte jeg opp uten kvantitative artikler. Eksklusjonskriteriene innebar studier som ikke var overførbare til norske forhold, blant annet artikler skrevet på kinesisk og japansk og artikler publisert tidligere enn 2007.

Jeg fant mye skriftlig informasjon om temaet, noe som gjorde det vanskelig å plukke ut det viktigste. Hovedsakelig har jeg benyttet faglitteratur anbefalt ved utdanningsfakultetet. Faglitteraturen om barn med kreft omtaler ofte familiens situasjon og foreldrenes opplevelse av barnets diagnose og behandlingsforløp. Det har derfor vært til god hjelp i arbeidet med oppgaven. Jeg har brukt både norsk og engelsk faglitteratur av nyere dato. Det var problematisk å finne nordisk forskning på temaet, men to svenske og en norsk forskningsstudie er benyttet. Sykepleie, medisin og psykologi er fagområder som stadig er i utvikling og slik kunnskap kan fort bli utdatert (Dalland, 2012). Jeg fant mye forskning fra 1990 tallet og begynnelsen av 2000 tallet som ble ekskludert på grunn av publiseringsdato.

2.7 Ethiske overveielser.

En forutsetning for studentoppgaver og forskning er i følge Dalland (2012) ryddig bruk av personopplysninger og etiske overveielser. Dette er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine opplevelser og erfaringer. En litteraturstudie innebærer gjennomgang av andres litteratur. Alle artiklene brukt i denne litteraturstudien er fagfelleverderte. Det betyr at de er vurdert og godkjente av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012). Jeg har derfor lagt til grunn at pålitelige resultater og funn er presentert. Alle forskningsartiklene anvendt i oppgavebesvarelsen er godkjente av etiske komiteer.

3.0 TEORI

3.1 Kreft hos barn.

Av barna som får kreft i Norge er det ca. en tredjedel som får leukemi, en tredjedel som får svulster i sentralnervesystemet, mens resten får andre typer kreft. Barn får vanligvis andre krefttyper enn voksne. Hos voksne er det som regel høyt differensierte celler som gir opphav til kreft, mens barn gjerne får krefttyper hvor de ondartede cellene stammer fra umodne celler, med opphav i fosterlivet. De umodne cellene har stort vekstpotensial og deler seg fort. Det betyr at kreftformer som stammer fra disse celletypene vokser raskt. Dette forklarer hvorfor kreft hos barn vokser raskere enn kreft hos voksne (Bringager et al., 2014).

3.1.1 Årsaker til kreft hos barn.

Årsakene til barnekreft er som regel ukjente. Allikevel hevdes det at kreft hos barn oftest skyldes interaksjon mellom genetiske forandringer i kroppens celler og miljømessige påvirkninger, som virusinfeksjoner og radioaktiv stråling (Grønseth og Markestad, 2011, s. 345). For eksempel har akutt lymfatisk leukemi (ALL) hos barn en karakteristisk aldersfordeling med en markert topp i forekomst i alderen 1-5 år. Denne toppen faller sammen med den alderen da barn gjennomgår de fleste infeksjoner. Det er en interessant hypotese at ALL hos barn kan representere en abnorm immunologisk reaksjon på de vanlige infeksjonene i denne alderen, og da som trinn nummer to i en kreftutvikling som kan ha startet i fosterlivet (Bringager et al., 2014, s. 26).

3.1.2 Symptomer og diagnose.

Symptomene ved kreft hos barn kan være lokale symptomer ut fra tumors lokalisasjon, som smerter i benet ved bentumor. Symptomene kan også være generelle. De generelle symptomene viser seg i form av slapphet og økt blødningstendens. Et typisk tegn ved barnekreft er økt infeksjonstendens, med påfølgende feber, fordi kreften har ødelagt barnets normale benmarg (Grønseth & Markestad, 2011). Svingende feber, skjelettsmerter, nedsatt almenntilstand og hovne ledd/lymfeknuter kan og være tegn på kreft som har spredd seg fra primærtumor eller leukemi (Bringager et al., 2014).

Diagnosen til barnet stilles på bakgrunn av barnets helhetlige tilstand. I tillegg spiller også bildediagnostikk, blodprøver, benmargsundersøkelser og biopsier en stor rolle ved diagnosetidspunkt (Bringager et al., 2014). Grønseth og Markestad (2011) understreker at tidlig diagnostikk og behandling av komplikasjoner er avgjørende for et vellykket resultat.

3.1.3 Behandling.

Ettersom de ulike krefttypene er forskjellig fra barn til voksne er også behandlingen og prognosen ulik (Bringager et al., 2014). Behandlingen består ofte av ulike kombinasjoner cellegift, kirurgi og strålebehandling, avhengig av den enkelte diagnose. Behandling med cellegift spiller en mye større rolle ved behandling av barn enn ved behandling av voksne. Strålebehandling benyttes i minst mulig grad, særlig hos barn under fire år. Årsaken til dette er at strålebehandling i ung alder kan føre til alvorlige senvirkninger senere i livet, samtidig som det øker risikoen for ny kreftsykdom. Barn er ikke ferdigutviklet og har samtidig et langt livsløp foran seg, slik at denne risikoen betyr derfor mer i barnealder (Kvalitetsregistre, 2016). Stamcelletransplantasjon benyttes også i behandlingen av ulike kreftsykdommer hos barn (Bringager et al., 2014).

3.1.4 Bivirkninger av behandling.

Cellegift hemmer benmargens funksjon og gir anemi, trombocytopeni og leukopeni. Både anemi og trombocytopeni behandles med transfusjoner, men barnet må skjermes på isolat mot infeksjoner i perioder med leukopeni. Jeg har ikke funnet noe klart svar på hvor lenge barnet må være isolert, men dette vurderes individuelt basert på barnets kliniske tilstand og biokjemiske prøveresultater. Barnets nedsatte immunforsvar kan føre til alvorlige og livstruende infeksjoner i møte med sopp, virus og bakterier. Barna har derfor ofte behov for antibiotikabehandling når det har feber i leukopenifasen (nøytropen feber). Hårtap, kvalme, brekninger, nedsatt appetitt, smerte og obstipasjon er andre bivirkninger av behandling. Psykososiale vansker er vanlig og forebygging av disse er en viktig del av behandlingen (Grønseth & Markestad, 2011).

3.1.5 Senskader og prognose.

Grønseth og Markestad (2011) skriver at noen typer cellegift og lokal stråleterapi er forbundet med både kognitive og atferdsmessige vansker på grunn av dets påvirkning på hjernen. Hormonelle komplikasjoner kan også forekomme på grunn av skade på hypotalamus og

hypofysen. Kirurgisk fjerning kan gi varig skade i de affiserte organene. Prognosen ved barnekreft er generelt bedre enn hos voksne, og langtidsoverlevelsen totalt er rundt 80% etter ti år (Kvalitetsregistre, 2016).

3.2 Barns utviklingsteori.

Barn gjennomgår ulike utviklingsstadier. Det er viktig at sykepleieren som arbeider med barn har kjennskap til disse for å best ivareta barnets psykososiale behov ved sykehusinnleggelse. I dette kapitlet vil jeg konsentrere meg om hva som kjennetegner førskolebarnet (3-5 år) og hans psykososiale behov.

Hvordan barnet reagerer på sykehusinnleggelsens avhenger av hvilken grad innleggelsen er preget av kontroll og usikkerhet. En kreftdiagnose kommer ofte uventet og er derfor sjeldent forutsigbart. Hvordan barnet reagerer på sykehusinnleggelsen avhenger også av alder, utviklingsnivå, tidligere erfaringer, sykdommens art, mengden og typen informasjon barnet får og antall invasive prosedyrer. Foreldrenes angst og uro påvirker også barnets reaksjoner (Søbjerg, 2013b).

Førskolebarns utvikling er preget av økende motoriske, verbale og sosiale ferdigheter som gir dem stor mestringsfølelse. De utforsker mer enn yngre barn og er fortsatt avhengig av foreldrenes omsorg til tross for deres økende uavhengighet. Førskolebarna takler atskillelse fra foreldrene i lengre perioder enn yngre barn men er fortsatt redde for å bli forlatt. Spill, lek, matlaging, lære å lese og skrive og fysiske aktiviteter er noe av det som interesserer dem. Det er viktig at sykepleieren finner ut hva som interesserer barnet for å aktivisere og hjelpe det i lek. Dette kan dempe barnets stress og angst. Det kan også gi barnet økt mestringsfølelse under innleggelsen (Søbjerg, 2013a, s. 122).

Utviklingsmessig er førskolebarnet mer utsatt for angst i forbindelse med sykehusopphold enn større barn, samtidig som deres evne til å uttrykke og mestre angsten er begrenset. Den livlige fantasien til førskolebarnet kan forsterke angsten for det ukjente (Søbjerg, 2013a). For eksempel kan barnet tro at lyder utenfor barnets rom på natten er monstre som skal komme å ta dem.

3.3 Psykososiale utfordringer hos foreldre til barn med kreft.

”Når et barn får kreft, innebærer det en katastrofe for de familiene som rammes, og hele deres tilværelse blir snudd på hodet på et øyeblikk” (Bringager et al., 2014, s. 15). På barneavdelinger i sykehus vektlegges det høyt å inkludere foreldrene til det syke barnet i pleien. Sjøbjerg (2013b) introduserer begrepet ”familiefokusert omsorg”. Det innebærer at sykepleien ikke kun rettes mot det enkelte barnet, men omfatter hele familien. Utgangspunktet for familiefokusert omsorg er troen på at barns følelsesmessige og utviklingsmessige behov best ivaretas når tjenesten støtter familiens evne til å imøtekomme barnets behov. Det gjøres ved å involvere familien i sykepleien til barnet. Moesmand (2012) skriver at *”sykepleie til pårørende er forebyggende sykepleie både for dem og pasienten, og kan føre til at deres evne til å støtte pasienten øker”* (s. 161).

Når barnet får en kreftdiagnose er situasjonen ukjent for foreldrene og barnet. Barn kan lett bli utrygge i ukjente omgivelser og således kan foreldrene bli utrygge også. Barn og foreldres stressnivå stiger og synker i takt, og det er en av grunnene til at det er viktig å sørge for en trygg start på sykehusoppholdet. Foreldrene til barnet er viktige ressurser for sykepleier og de skal ivaretas på en måte som skaper trygghet og tillit. Ikke bare er dette viktig for foreldrene, men også for at barnet skal kunne ha det best mulig (Grønseth og Markestad, 2011). Sjøbjerg (2013a) peker frem samarbeid mellom sykepleier og foreldre, gjensidig respekt og behovet for informasjon som viktige aspekter ved ivaretagelsen av foreldrenes psykososiale behov når barnet er alvorlig sykt. Videre understreker hun at foreldrenes behov for å delta i pleien av barnet og behovet for bred støtte også er psykososiale utfordringer foreldrene møter. De nevnte aspektene vil bli diskutert i drøftingskapittelet.

3.4 Kriseteori.

Håkonsen (2011) definerer krise som *”en psykologisk reaksjon mennesket opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon”* (s. 276). Når et barn får kreft vil det mest sannsynlig oppstå en krise for de involverte. For at sykepleier skal kunne hjelpe i en slik situasjon er det viktig at hun er opplyst om krisens ”normale” forløp for å gjenkjenne krisereaksjoner og hjelpe foreldrene best mulig.

Det er ofte fire faser i et kriseforløp: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. *Sjokkfasen* betegnes gjerne som den første tiden etter at barnet har fått stilt diagnosen. I denne fasen vil ikke foreldrene være i stand til å bearbeide opplevelsen og bruker all energi på å prøve å forstå hva som har skjedd. Noen kan vise sterke reaksjoner som angst og fortvilelse, mens andre kan være lite berørt utad (Håkonsen, 2011).

Etter noen dager vil sjokkfasen ofte gå over i *reaksjonsfasen*. Foreldrenes emosjonelle reaksjoner kommer tydeligere frem i form av gråt, fortvilelse, lite matlyst, søvnvansker og manglende initiativ. I denne fasen kan enkelte også reagere med uhensiktsmessige reaksjoner som flukt i form av alkohol eller beroligende medikamenter (Håkonsen, 2011). Slik jeg tolker det er sjokkfasen og reaksjonsfasen viktige faser i den ny-diagnostiserte perioden og vil bli utdypet videre i drøftingskapittelet.

I *bearbeidingsfasen* prøver foreldrene å akseptere det som har skjedd og ønsker å gi situasjonen en ny mening. Foreldrene vil prøve å finne tilbake til de grunnleggende elementene som skaper trygghet og stabilitet i livet. Fasen kan vare i flere år. I den siste fasen, *nyorienteringsfasen*, vil de sterke reaksjonene knyttet til krisen være over. Foreldrene har akseptert det som har skjedd. Allikevel vil ikke sorgen og fortvilelsen være over, men de har lært seg å leve med barnets sykdom (Håkonsen, 2011). Bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen er, slik jeg tolker det, faser hvor barnet ofte er kommet lenger ut i behandlingen. Barnet og foreldrene har tilpasset seg situasjonen og derfor vil ikke disse fasene bli drøftet videre i oppgaven.

3.5 Juridiske implikasjoner og sykepleiers etiske ansvar.

Sykepleieren er pliktet til å utøve sykepleie på en forsvarlig måte. Hun skal også påse at sykepleien er i overensstemmelse med de juridiske, faglige og etiske kravene som stilles til yrket (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleien skal være kunnskapsbasert og bygge på forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Videre skal sykepleier ha respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet som grunnlag for egen praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Foreldre eller omsorgspersoner med foreldreansvar regnes ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 (1999) som barnets pårørende.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir rettigheter til pasienten og brukerne.

Bestemmelsene i loven er relevante for sykepleiere i deres møte med pasienter og pliktene sykepleieren svarer til ovenfor pasient og pårørende. Helsepersonelloven (1999) gjelder for sykepleiere og er deres profesjonslov. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) regulerer spesialisthelsetjenestens oppgaver og dens forhold til pasientene. Indirekte rettes loven mot sykepleiere som tjenesteutøvere i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonelloven (1999) §21 slår fast at sykepleieren har en lovpålagt plikt å sørge for at opplysninger hun har om en person, ikke meddeles eller på annen måte kommer andre til kunnskap. Taushetsplikten legger til grunn at den alminnelige verdien og oppfatning i samfunnet at folks integritet bør vernes mest mulig (Molven, 2016).

Fire etiske prinsipper står sentralt i sykepleieetikken: autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet. *Autonomi* brukes om pasientens og sykepleierens medbestemmelse om å bestemme behandlingsform eller rett til å nekte behandling. *Ikke-skade* prinsippet innebærer sykepleierens plikt til å passe på at pasienten ikke blir skadet av behandlingen sykepleieren gir ham. Prinsippet om *velgjørenhet* krever i tillegg at sykepleieren handler til det beste for pasienten (Slettebø, 2013). *Rettferdighetsprinsippet* i sykepleie handler om at alle pasienter skal ha lik tilgang på omsorg avhengig av deres pleiebehov og medisinske behov, men uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosiale nettverk (Nortvedt, 2012).

3.6 Sykepleiers funksjon og ansvarsområde.

Som yrke omfatter sykepleie områder og funksjoner som utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Med Rammeplan for sykepleieutdanningen som utgangspunkt er helsefremmende og forebyggende, behandlende og undervisende/veiledende noen av sykepleiers funksjonsområder (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Forebygging er å identifisere potensielle og reelle problemer hos pasienter og pårørende. Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene. Det skilles mellom primær-, sekundær- og tertiær forebyggende tiltak. Primærforebyggende tiltak søker å forhindre helsesvikt hos friske og

utsatte personer og grupper. Sekundærforebygging er å identifisere helsesvikt på et tidlig stadium for deretter å iverksette tiltak for å hindre sykdom og helsesvikt.

Tertiærforebyggende tiltak søker å hindre komplikasjoner som følge av sykdom, skade eller ved undersøkelser og behandling (Kristoffersen et al., 2011, s. 18).

Tveiten (2008) beskriver den veiledende og undervisende funksjon, altså sykepleierens pedagogiske funksjon, som de vurderinger og handlinger sykepleier har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for læring, utvikling og mestring hos pasienter og pårørende. Når hensikten med sykepleiers pedagogiske funksjon er at individet utvikler seg og lærer er det meningsfullt å fokusere på mestring.

Et helhetlig syn på mennesket og sykepleie gjør at sykepleieren kan se og identifisere behov for veiledning og undervisning. Videre muliggjør undervisning og veiledning autonomi og medvirkning for pasient og pårørende. For å kunne gjøre realistiske, relevante, informerte og hensiktsmessige valg må pasient og pårørende vite om grunnlaget for og konsekvensene av valget. Det er sykepleiers ansvar å legge til rette slik at pasienter og pårørende har best mulig grunnlag for å gjøre valg for egen helse, og barnets helse (Tveiten, 2008).

Sykepleieprosessen er en mellommenneskelig- og samhandlingsprosess. Den er et rammeverk for vurdering og utførelse av sykepleie og bygger på en problemløsningsprosess. Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2007, s. 7) omfatter prosessen en vurderingsfase, planleggingsfase, handlingsfase og en evalueringsfase. Den mellommenneskelige delen ved sykepleieprosessen er avhengig blant annet av sykepleierens ansvarsfølelse, respekt, personlig engasjement og empati. Joyce Travelbee (2001, s. 143) hevder sykepleieprosessens stadier bør være kjent for alle sykepleiere og er ferdigheter sykepleieren må ha.

3.7 Joyce Travelbee.

Joyce Travelbees (1926-1973) filosofi og sykepleietenkning har hatt, og har fortsatt stor plass i norsk sykepleierutdanning. Hun beskriver sykepleiens mål og hensikt som ”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (2001, s. 29). Ifølge Travelbee er sykepleie

en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker.

Travelbee (2001) fastslår at sykepleierens mål og hensikt kun kan oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske forhold. Pasienten og sykepleieren kan ikke betrakte hverandre som roller, men de må virkelig *se* hverandre og forholde seg til hverandre som unike personer. Når sykepleieren ønsker å etablere et menneske-til-menneske forhold er kommunikasjon en av hennes viktigste redskaper. Travelbee (2001) påpeker at sykepleieren blir kjent med pasienten som person gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon.

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved den profesjonelle sykepleieren. Dette er nødvendig for at sykepleieren skal kunne bygge og opprettholde et hjelperforhold. Hvordan hun ser seg selv og andre, og hennes evne til å etablere tilknytninger er avgjørende for å etablere et hjelperforhold til den syke. Hensikten er å fremme en ønsket endring hos pasienten og denne forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere plagene hos pasienten (Travelbee, 2001, s. 34).

3.8 Lazarus og Folkmans mestringsteori.

Mestring er det personen føler, tenker og faktisk gjør i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgivelsene, eller for å endre meningen med dette forholdet (Moesmand, 2012, s. 70). Psykologen Richard Lazarus (1984) har gjennom flere tiår utviklet sin teori om stress og mestring. Deler av arbeidet har han utviklet med Susan Folkman. De definerer mestring som ”*kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelsler på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser*” (1984, s.141).

Teorien bygger på en kognitiv og fenomenologisk forståelse av den situasjonen en person befinner seg i. Det betyr at personens egne tanker om situasjonen han er i, utgjør grunnlaget for hans opplevelse av belastning eller stress. Det er et samspill mellom faktorer i personen og situasjonen han befinner seg i som er avgjørende for opplevelsen av og reaksjonen på ulike situasjoner, altså hvordan han mestrer situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 143).

Ifølge Eide og Eide (2007) blir mestringsstrategier satt inn som reaksjoner på situasjoner og følelser de vekker. Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom problemfokusert og følelsesfokusert mestring. Problemfokusert mestring søker å endre de konkrete ytre forholdene som forårsaker stresset. Denne strategien omfatter ulike typer aktive og direkte strategier for å hankses med en vanskelig situasjon. Følelsesfokusert mestring omfatter strategier som søker å endre selve opplevelsen av en situasjon, framfor å endre selve situasjonen. Noen kognitive deler av følelsesfokuserede mestringsstrategier viser til en endring i hvordan noe tolkes, uten å endre den objektive situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984).

4.0 DRØFTING

4.1 Sykepleie til barn med kreft bør være et samarbeid mellom foreldre og helsepersonell.

For at sykepleieren skal kunne sikre at tiltakene hun setter i gang er i samsvar med pasientens behov hevder Travelbee (2001) at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er helt sentral. Hun poengterer, at å lære barnet og foreldrene å kjenne, er en like opplagt og nødvendig sykepleieaktivitet, som det å utføre prosedyrer eller sørge for fysisk omsorg.

For foreldrene som bruker problem-fokuserte mestringsstrategier kan det være viktig ta del i pleien av barnet. De ønsker å være involverte for å lindre følelsen av håpløshet (Miedema et al., 2008). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) pålegger sykepleier å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de både ønsker og kan utføre når de er hos barnet. Forskning viser at dersom foreldre og sykepleiere avklarer de gjensidige rolleforventningene i starten av oppholdet vil det lette kommunikasjonen og den generelle omsorgen for familien (Ames m.fl gjengitt i Sjøbjerg, 2013, s. 195). Sykepleier bør unngå å ta over hele kontrollen over pleien til barnet. Det bør være et mål at foreldrene utfører så mye som mulig.

Sykepleieren og foreldrene bør samarbeide om omsorgen for barnet. Rollene deres er komplementære og kan derfor utfylle hverandre. Når foreldrene ikke kan ivareta barnets egenomsorg selv, bør sykepleieren overta omsorgen med sikte på å tilbakeføre ansvaret så fort som mulig (Sjøbjerg, 2013b). Ångström-Brännström et al., (2010) fastslår at omsorg er en forutsetning for at foreldrene ikke skal føle seg alene om ansvaret for barnet. Sykepleieren bør være oppmerksom på hvilke oppgaver foreldrene mestrer. Hun bør også bemerke seg når foreldrene er mottakelige for å ta på seg nye oppgaver som de ikke klarte tidligere i sykdomsforløpet. Ved å gi omsorgsoppgaver til, eller tilbake til foreldrene vil deres mestringsopplevelse kunne styrkes. At foreldrene føler de har en støttespiller i sykepleieren blir dermed en forutsetning for å kunne oppleve mestring.

De fleste foreldre har få forventninger til samarbeidet med sykepleierne fordi det ofte er en ny og ukjent situasjon for dem. Sykepleierne har derimot ofte bestemte meninger om hva foreldre bør og ikke bør gjøre ut fra tidligere erfaringer (Grønseth og Markestad, 2011). Dersom forskjellige sykepleiere forventer ulike ting fra foreldrene kan det skape forvirring og en følelse av hjelpeløshet hos foreldrene. Det gjør at de blir usikre på sin rolle i pleien og det skaper rom for misforståelser. Det er derfor viktig at sykepleieren videreformidler foreldrenes behov og ønsker i forhold til samarbeidet til sine kollegaer. Det skaper klarhet og foreldrene slipper å gjenta sine ønsker til alle sykepleierne som behandler barnet. Herunder stilles det også krav til at sykepleieren som overtar pleien til barnet tar seg god tid til å lese behandlingsplan, ta i mot informasjon og leser tidligere notat fra sine kollegaer.

Ved å bruke sykepleieprosessen kan sykepleieren identifisere og definere foreldrenes ressurser, problemer og behov (NSF, 2007). Travelbee (2001) viser til sykepleieprosessens første steg som *observasjon*. Observasjon er det første steget sykepleieren tar før hun kan iverksette tiltak som vil øke foreldrenes mestring av situasjonen. Observasjon av foreldrene i daglige gjøremål med barnet og alene, gjør det lettere for sykepleieren å forstå foreldrenes mestringsstrategier. Observasjon er også viktig ved kommunikasjonsprosessen. Etter å ha observert foreldrene, kan hun ha en samtale hvor de får mulighet til å legge frem hvilke strategier de bruker for å mestre situasjonen. Samtidig kan sykepleieren presentere hva hun har observert som positive og negative mestringsstrategier.

Bringager et al., (2014) skriver at sykepleiers forståelse for hvordan en situasjon oppfattes er en forutsetning for samarbeid mellom sykepleier og barnets foreldre. Dette underbygges av Travelbee (2001, s. 36) som hevder at det er en absolutt nødvendighet at sykepleieren setter seg inn i hvordan vedkommende oppfatter sin sykdom for å kunne hjelpe den syke. Dersom sykepleieren gjenkjenner foreldrenes måter å håndtere situasjonen på vil det være det lettere å sette inn tiltak. Således er det også viktig at sykepleier aldri går ut fra at hennes måte å reagere på er fasiten for hvordan foreldrene reagerer.

I oppgavens teoridel ble familiefokusert omsorg nevnt som et viktig aspekt ved sykepleie til barn. Sjøbjerg (2013b) fremhever deltakelse, gjensidig respekt, støtte og samarbeid som viktige prinsipper ved familiefokusert omsorg. Resultatene i studien til Ångström-Brännström et al. (2010) viste at foreldrene uttrykte lettelse når de kunne være nære barnet og gi støtte og

omsorg for barnet i enhver situasjon. I Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon §6 (2000) er det nedfelt at barn har rett til å ha minst en av foreldrene til stede under sykehusopphold, og begge ved alvorlig sykdom. Grønseth og Markestad (2011) skriver at foreldrene i varierende grad vil miste muligheten til å fylle deres rolle som foreldre når barnet ligger på sykehus. Å ikke kunne beskytte barnet mot vonde prosedyrer og opplevelser er vondt for foreldre og kan skape stress. Det handler om å identifisere og bevisstgjøre ressurser og muligheter som foreldrene kan bruke til å fylle foreldrerollen ovenfor sitt syke barn. Dette kan føre til økt selvtillit og mestringsfølelse hos foreldrene. Sykepleieren bør alltid bekrefte og bygge opp foreldrenes selvfølelse og gi dem en plass i behandlingen av barnet.

Foreldre ønsker at sykepleiere tar initiativ til å skape en relasjon mellom familien og seg selv (Søbjerg, 2013a). Det nevnte støttes av Travelbee (2001) som fastslår at sykepleieren må etablere en tilknytning til foreldrene for å hjelpe dem å mestre lidelsen og barnets sykdom. Dette kan tyde på at det er en stor trøst for foreldrene å vite at det finnes et forståelsesfullt menneske å søke trøst hos. Sykepleieren skaper en relasjon ved å formidle at foreldrene ikke er alene og at de blir forstått. Sykepleieren skal bygge opp tillit og være forståelsesfull i alle situasjoner (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Ifølge Håkonsen (2011) er det viktigste bidraget for å hjelpe personer i krise, den nære og personlige kontakten mellom mennesker. En slik kontakt kan ikke oppstå uten empati for pasienten og dens pårørende. Dette underbygges av Travelbee (2001) som hevder at nærhet og kontakt oppstår i situasjoner hvor en har empati med et annet menneske. Empati i oppbyggingsfasen av forholdet mellom sykepleieren og foreldrene er av stor verdi for gjensidig forståelse og kontakt. Hun skriver at empatisk forståelse i sykepleiesammenheng gir viktig informasjon når det gjelder å forstå den andre personens indre opplevelse og ytre atferd. For foreldre til barn med kreft er øyeblikkene hvor sykepleieren viser at hun bryr seg de mest betydningsfulle øyeblikkene. Trøsten kom fra sykepleierens empati (Ångström-Brännström et al., 2010). Det å røres av et øyeblikk eller gi en klem er etter min mening måter å vise foreldrene at man forstår samtidig som den personlige kontakten dem i mellom skapes. At sykepleier tillater seg å vise følelser ovenfor foreldrene er viktig for oppnåelsen av trygghet og tillit. I lys av dette synes jeg sykepleieren kan vise at hun blir rørt ovenfor foreldrene. På den andre siden er det viktig at hun begrenser seg slik at ikke foreldrene må

trøste sykepleieren. Hun bør fortelle foreldrene hvorfor hun røres, da jeg mener det underbygger tilliten foreldrene har til sykepleieren.

Det å lære sykepleieren å kjenne på et personlig og profesjonelt nivå, viser seg og å være viktig for foreldre (Ångström-Brännström et al., 2010). Grønseth og Markestad (2011) skriver at erfarne sykepleiere oftere klarer å opprette et varmt og empatisk forhold til foreldre, enn uerfarne sykepleiere. Den erfarne sykepleieren holder ofte en nødvendig distanse slik at foreldrene selv får spille hovedrollen som omsorgspersoner for barnet, mens den uerfarne sykepleieren ofte etablerer vennskapslignende relasjoner til foreldrene og lettere identifiserer seg med dem.

Som sykepleierstudent på barneavdeling syntes jeg det var vanskelig å møte foreldre med barn på samme alder som mine egne barn, spesielt dersom foreldrene også var på min alder. Det åpnet for sammenlikninger og en tilknytning som gjorde det utfordrende å skille mellom det profesjonelle og det private. Jeg ønsket å lære dem å kjenne, som barnets ressurser samtidig som jeg ville ha et vennskapslignende forhold til familien. Dette kan ha sammenheng med at jeg ønsket å vite hvordan de hadde det også når de ikke var på sykehuset. For meg var en av de største utfordringene etter endt praksis å ikke vite hvordan det gikk med barnet og foreldrene.

Nortvedt (2012) hevder at nære bånd skaper spesielle forpliktelser også i profesjonelle forhold. Når sykepleieren har fått et godt forhold til en pasient, føler hun at hun har en forpliktelse ovenfor denne pasienten. Sykepleieren vil sannsynligvis ikke føle den samme forpliktelsen ovenfor pasienter hun ikke har møtt og det er viktig at sykepleieren er bevisst dette prinsippet. Herunder blir det etiske prinsippet om rettferdighet viktig. Alle foreldre skal ha lik behandling og møtes på samme måte. Sykepleieren må arbeide for at hun alltid arbeider mot en rettferdig behandling av pasienter og pårørende.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pårørende til barn rett til å samtykke til behandling og ta avgjørelser på barnets vegne. Ved alle handlinger skal foreldrene ha barnets beste for øye. Videre fører det etiske prinsippet autonomi som en rettighet. Det vil si at foreldrene har krav på å få sine valg respektert. Autonomi som prinsipp betyr at pasientens ønsker og behov bør respekteres når medisinske eller sykepleiefaglige avgjørelser skal fattes.

Det innebærer at pasienten skal høres om hva han selv mener skal gjøres (Slettebø, 2013). Dette kommer til uttrykk i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2.5, når det står at sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg (NSF, 2016). Sykepleieren bør hjelpe foreldrene og veilede dem i avgjørelser som skal tas, da de ikke er eksperter på området. For eksempel kan foreldrene ha et ønske om å gå ut av rommet når barnet skal gjennom redselsfylte eller vonde prosedyrer. Da bør sykepleieren fortelle foreldrene at det er viktig at de er sammen med barnet og hjelper han gjennom prosedyren. Velger allikevel foreldrene å gå ut er det deres valg og bør respekteres. Da er det sykepleierens ansvar å støtte barnet gjennom prosedyren.

4.2 Betydning av veiledning og undervisning for foreldrenes mestring.

Det står nedfelt i Specialisthelsetjenesteloven (1999) at opplæring av pasient og pårørende er en oppgave sykehuset skal ivareta. Gjennom undervisning og veiledning kan sykepleieren ivareta denne plikten. Tveiten (2008) definerer veiledning som ”en relasjonell, formell og pedagogisk prosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (s.71). Foreldrene som veiledes av sykepleieren skal oppleve å lære. Videre skriver hun at undervisning er planlagt pedagogisk virksomhet. Gjennom undervisning har sykepleieren satt seg inn i temaet. Sammen med foreldrene har hun planlagt når, hvordan og hvor undervisningen skal foregå.

Sykepleieren er tilstede på avdelingen hele døgnet. Dette gjør det mulig å følge opp undervisning og veiledning av foreldrene til det kreftsyke barnet. Det er viktig at sykepleieren videreformidler til sine kollegaer hva hun har formidlet av kunnskap til foreldrene eller hvilke undervisningsplaner hun har avtalt med foreldrene den neste tiden. Dette kan hun for eksempel gjøre under vaktskiftet, gjennom barnets pleieplan eller i barnets journal. Det er viktig at alle planer om veiledning og undervisning blir gjennomført.

Det ble tidligere nevnt at rolleavklaring mellom foreldre og sykepleier er viktig. Det skaper rom for kunnskap om hva foreldrene ikke mestrer og hva de ønsker å gjøre på egenhånd, uten sykepleier tilstede. Hensikten med veiledning er å øke foreldrenes mestringskompetanse. For å oppnå dette må sykepleieren møte foreldrene med tillit og tro til deres mestring og skape trygge rammer rundt situasjoner (Tveiten, 2008,). Travelbee (2001) skriver at helsefremmende undervisning dreier seg om å hjelpe pasienten og familien med å forebygge

sykdom eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Etter hvert skal barnet bli med foreldrene hjem, og det er derfor nødvendig at foreldrene mestrer det ansvaret det innebærer.

Sykepleieprosessens planleggingsfase legger til rette for at sykepleieren kan undervise og veilede foreldrene. Sykepleieren identifiserer foreldrenes problemer og behov, og sammen avgjør de hva de ønsker å oppnå i tiden fremover. Ifølge Grønseth og Markestad (2011) føler foreldre fort ubehag over å bli overlatt oppgaver de ikke behersker. Erfaringsmessig ønsker de fleste foreldre å bytte bleier og gi mat selv, men når barnet må ha sondeernæring eller medisiner er det ukjent og virker skremmende for foreldre som er uerfarne med dette. Da må sykepleieren gi dem tid til å observere hvordan det gjøres. Når foreldrene selv er klare for å administrere sondemat og medisiner er det opp til sykepleieren å undervise dem under gode forhold.

Kreftsykdommer er komplekst og vanskelig å forstå. Ifølge Jackson et al., (2007) var å tegne et godt utgangspunkt for å forstå sykdommen. På barneavdelinger benyttes flere ulike metoder for å undervise barna og foreldrene. En av disse metodene er diagnose bilder; ”se-høre-gjøre”. Informasjonsmateriellet skal være til hjelp for barnet, søsken, foreldre og eventuelt øvrig familie og venner.

Gjennom ”se-høre-gjøre” er det lettere å forstå og huske informasjonen gitt på sykehuset (Gustafsson og Nolbris, 2010). Sykepleier tilpasser bildene som skal brukes til den enkelte pasient og gjennomgår sykdom, behandling og bivirkninger av behandling steg for steg på en tavle. Bildene er magneter som festes på tavlen. De ulike motivene er blant annet friske blodceller, kreftceller, frisk og syk benmarg, cellegift, blodprøveglass og jenter/gutter med og uten hår. Som student erfarer jeg at ”se-høre-gjøre” ikke alltid blir benyttet og det er store variasjoner av sykepleiere som har erfaring med bildemateriellet. Det er et godt tilbud for familiene og bør benyttes i alle tilfeller. Sykepleieren kan bruke undervisning som metode. Da tar hun seg bevisst tid til å sette seg inn i bildemateriellet og planlegge med barnet og foreldrene når og hvor de skal gå gjennom se-høre-gjøre. Herunder er det viktig at sykepleieren holder fast ved avtalt tid og sted.

4.3 Informasjonens betydning for mestring.

Sykepleieren skal bidra slik at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk Sykepleierforbund, 2016) og all informasjon skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Alle forskningsartiklene benyttet i denne litteraturstudien viste at god informasjon bidrar til å redusere kaos og stress hos foreldrene til det kreftsyke barnet, spesielt i sjokkfasen. Ufullstendig informasjon er belastende for foreldrene og fører til utilfredshet og økt stress. I verste fall kan mangel på informasjon føre til posttraumatisk stress. I tillegg til at foreldre opplever frustrasjon og engstelse når de mangler informasjon.

Grønseth og Markestad (2011) skriver at foreldrene trenger informasjon om alt som skal skje i tiden fra diagnosetidspunkt og hvilke hensyn de må ta både før og etter utskrivelse. Selv litt informasjon er bedre enn ingenting for foreldrene. Dette kan bety at sykepleier alltid bør ta høyde for at familien ikke har vært på sykehus før. Viktig informasjon hun bør gi foreldrene er blant annet om hvilken sykepleier som har ansvar for dem, avdelingens rutiner, måltider, overnattingsmuligheter og parkeringsmuligheter. Det å gi god informasjon tidlig gir foreldrene trygghet og hjelp til å forutse hva som skal skje fremover. Det gir oversikt og styrker deres opplevelse av kontroll.

I begynnelsen av innleggelsen bør det være stort fokus på kontinuerlig kommunikasjon mellom sykepleier og foreldre. Sykepleieren bør ta kontakt ofte og spørre om det er noe de lurer på (Søbjerg 2013b). Hun bør også oppmuntre foreldrene til å spørre selv hvis det er noe de lurer på. I ny-diagnostisert fase prosesserer foreldrene til det kreftsyke barnet store mengder inntrykk og følelser. De klarer derfor ikke å huske mye av informasjonen de mottar.

Jackson et al., (2007) skriver at effektiv og rettidig informasjon til foreldre reduserer angst og legger til rette for mestring. Jeg mener det er viktig at sykepleieren vet hvilken informasjon som bør prioriteres og til hvilken tid den bør gis. Hun bør porsjonere ut informasjonen over tid. I tillegg bør hun begrense informasjonsmengden når foreldrene ikke klarer å motta mer. Herunder er det viktig at sykepleieren også klarer å lese situasjonen, ettersom foreldrene ikke alltid gir uttrykk for at de har fått nok informasjon der og da.

I studien til Ringnér et al., (2011) beskrev foreldrene at primærsykepleie var viktig. De skrev at primærsykepleieren hadde en sentral rolle i informasjonsflyten og sørget for at foreldrene

ble riktig og velinformerte. Som sykepleierstudent på barneavdeling opplevde jeg at alle nydiagnostiserte barn ble fordelt mellom to grupper med fast personal tilhørende hver av gruppene. Hensikten var å unngå store variasjoner i hvem som hadde ansvaret for barnet og familien. I tillegg ble både primær- sekundær og tertiær-sykepleiere ført opp i barnets journal. Dette fører til at sykepleieren som behandler barnet kjenner familien og barnets sykehistorie godt. Travelbee (2001, s. 141) skriver at sykepleieren bør kjenne dem hun har omsorg for. Dette forklarer hun ved å hevde at ethvert menneske takler påkjenninger annerledes. For å gi betydningsfull hjelp må sykepleieren vite hvordan hver enkelt oppfører seg under vanskeligheter. Gjennom primær-sykepleie vil relasjonen mellom sykepleier og foreldrene styrkes. For hvert møte vil sykepleieren lettere og lettere kjenne igjen foreldrenes måte å mestre barnets sykdom på.

Ringnér et al., (2011) påpeker at foreldrenes informasjonsbehov ikke minsket over tid, men økte. Det oppstod spørsmål gjennom hele behandlingen som etterlot et stort behov for informasjon. Et interessant aspekt ved denne studien er at primær-sykepleien fungerte godt i sykdommens tidlige faser, men ble mer fraværende jo lenger ut i behandlingen barnet kom. Dette er noe jeg mener bør tas til ettertanke. Utover i behandlingsperioden har familien tilpasset seg den nye situasjonen og sjokkfasen har gått over. Allikevel bør hver familie bli møtt av et kjent ansikt ved innleggelse, uansett hvor i behandlingsforløpet de befinner seg. Det kan høres uoverkommelig ut, men for denne pasientgruppen, som er mye ut og inn av sykehuset, bør det være en tilstrebet målsetting.

Observasjoner jeg har gjort i praksis viser at det er fort gjort at sykepleieren tenker at noe er en selvfølgelighet. Dette støttes av Grønseth og Markestad (2011) som skriver at det kan være lett å glemme å gi opplysninger om noe som er en selvfølge for personalet på avdelingen. I tillegg skriver Ringnér et al., (2011) at ny informasjon til foreldre alltid bør bekreftes. Sykepleier skal ikke anta at noe er forstått eller informert om av andre. Ved å bekrefte at informasjon er gitt og forstått unngås misforståelser eller at informasjon ikke blir gitt. Sykepleieren kan bekrefte dette ved å bruke sjekklister.

Som sykepleierstudent i klinikken ble jeg oppfordret til å gå inn til foreldre til nydiagnostiserte barn med penn og papir. På denne måten kunne foreldrene skrive ned spørsmålene sine, og gå gjennom de sammen med sykepleier ved et avtalt tidspunkt senere.

Foreldre til barn med nyoppdaget kreftsykdom har mange spørsmål som dukker opp hele tiden og det er vanskelig å huske på alle spørsmålene de har til sykepleier og lege. Dette viste seg å være en god måte å sørge for at informasjonsbehovet til foreldrene ble dekket. Samtidig kan det bidra til å skape en positiv relasjon mellom sykepleier og foreldre fordi foreldrene føler seg ivaretatt.

4.3.1 Skriftlig informasjon.

Skriftlig informasjon til foreldre finnes i flere format. Blant annet via brosjyrer, referater og bøker. Grønseth og Markestad (2011) skriver at viktig informasjon bør gis skriftlig. Foreldrene i studien til Jackson et al., (2007) ønsket at informasjonen de fikk skulle gjengis i skriftlig format, da de ofte opplevde at de slet med å huske informasjonen de fikk under konsultasjoner. Siden 1993 har det vært praksis ved Rikshospitalet i Oslo å gi familier som har barn med nyoppdaget kreftsykdom et skriftlig referat fra den første informasjonssamtalen med lege og sykepleier. Det viser seg at slike referater er av stor nytte for foreldrene, for å blant annet friske opp innholdet og informere resten av familien og venner (Hoel & Sveggen, 2009). Under samtalen tar primærsykepleier notater og skriver senere et referat som godkjennes og signeres av legen og foreldrene. Hensikten er at foreldrene skal få kopi av referatet som de kan ta med seg hjem.

Hoel og Sveggen (2009) skriver at sykepleierne har forskjellige måter å uttrykke seg skriftlig på og at referatene dermed blir ulike. Jeg har selv skrevet et slikt referat, samtidig som jeg har lest flere eksemplarer skrevet av sykepleiere i klinikken. Jeg opplever variasjon i referatets innhold og kvaliteten på referatene. Etter min mening skyldes denne variasjonen at noen sykepleiere skriver av rutine. Et skriftlig informasjonsreferat bør skrives nøye og sykepleier bør ta seg god tid for å sikre seg at all informasjon er skrevet ned på en forståelig måte og unngå stikkord. På den andre siden mener jeg sykepleieren bør være forsiktig og ikke kun gi skriftlig informasjon, da det kan bli ensidig og den gode relasjonen mellom sykepleier og barnet/foreldrene kan gå tapt.

4.3.2 Muntlig informasjon.

Noen foreldre opplever ofte at informasjonen de mottar er best gitt på en verbal, én til én basis (Jackson et al., 2007). Sykepleier bør være forsiktig når hun informerer foreldre uten helsefaglig bakgrunn. Hun bør bruke terminologi som ikke er uforståelig og overveldende.

Det er gjennomgående i faglitteraturen at foreldre til barn med kreft har vansker med å forstå informasjonen de får. Dersom foreldrene ikke forstår det de blir fortalt kan deres stressreaksjon forsterkes (Ringnér et al., 2011). Det er lovpålagt gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at informasjonen som gis foreldre skal være tilpasset foreldrenes forutsetninger. Mye tyder på at informasjonen foreldre i sjokkfase får ikke blir registrert. Herunder er det igjen viktig at sykepleieren sikrer at informasjonen er forstått.

Den beste måten å informere førskolebarna på er ved hjelp av en ”tredje person” (Søbjerg, 2013a). Barn med ny-diagnostisert kreftsykdom skal få en *Kjemomannen Kasper* dukke av avdelingen. Sykepleieren skal lese *Kjemomannen Kasper* boken for barnet. *Kjemomannen Kasper* er en metafor for cellegift som brukes til å informere foreldre og barn om kreft og cellegiftbehandling. Foreldrene oppmuntres gjerne til å lese boken for barnet flere ganger og gjerne for søsken. Den er lett forståelig og gjør det enklere å forstå sykdommen og behandlingen. Videre kan en måte å få frem barnets følelser på være å stille spørsmål som: ”*Hva tror du Kasper tenker nå?*”. Dette er en teknikk sykepleieren kan bruke. Hun bør formidle teknikken videre til foreldrene slik at de og kan forsøke å få tak i barnets følelser.

Ofte er det sykepleieren som forklarer dersom informasjon fra andre yrkesgrupper ikke er forstått. Samtidig kan foreldrene være tilbakeholdne med å spørre om forklaringer. Da kan sykepleieren for eksempel spørre: ”*Har du noen spørsmål til det legen sa?*” Det er viktig at sykepleieren oppklarer dersom noe er uklart for foreldrene. Travelbee (2001, s. 34) framhever at helsefremmende undervisning innebærer mer enn å fortolke legens informasjon. Hun hevder at helsefremmende undervisning i sykepleie primært søker å bistå personen med å finne mening i sykdom og helsefremmende tiltak, ikke å formidle informasjonen i og for seg. I lys av dette mener jeg at foreldrene må få lit tid før informasjonen kan mottas. Dermed bør sykepleieren avvente til sjokkfase er gått over før hun sikrer seg at viktig informasjon er forstått av foreldrene. I en sjokkfase kan støtte være vel så viktig som informasjon.

Nonverbal kommunikasjon følger gjerne verbal kommunikasjon og er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som sykepleier bruker gjennom hele hjelpeprosessen. Sykepleieren bør møte foreldrene på en bekreftende, oppmuntrende og styrkende måte (Eide og Eide, 2007). Ifølge Travelbee (2001, s. 153) er nonverbal kommunikasjon verdifulle teknikker fordi de baner vei for kommunikasjonen, dersom de brukes med god fornuft. Gjennom det nonverbale

språket kan sykepleieren etablere tillit og trygghet hos foreldrene. Dette kan føre til at foreldrene lettere åpner seg og deler sine følelser og tanker med sykepleieren. I en stressende arbeidshverdag bør sykepleieren unngå å vise ovenfor foreldrene at hun har dårlig tid. Hun bør ha øyekontakt med foreldrene og barnet og ha en åpen kroppsholdning. Relasjonen mellom sykepleier og foreldrene avhenger av god nonverbal kommunikasjon, da det skal lite til før foreldrene føler seg ”i veien” og sykepleiers tillit er brutt. Sykepleiers evne til god nonverbal kommunikasjon er viktig i hennes omsorg ovenfor familien, og noe jeg mener bør være en selvfølgelighet.

Bekreftende kommunikasjon viser at sykepleieren har sett og forstått det den andre sier (Eide & Eide, 2007). Dette skaper også trygghet og tillit og kan være avgjørende for samarbeidet mellom foreldre og sykepleier. Sykepleieren kan nikke bekreftende og gi anerkjennelse dersom foreldrene gjør noe de ikke har mestret tidligere. Hun kan for eksempel gi ros første gang foreldrene administrerer medisiner gjennom barnets sonde. Travelbee (2001) fremhever spesielt bruken av åpne spørsmål og speile følelser som viktige teknikker i kommunikasjon med pasient og pårørende da de legger til rette for god omsorg og sykepleie. Ved å speile følelser gir sykepleieren foreldrene en mulighet til å snakke om sine følelser. Åpne spørsmål legger til rette for at personen snakker videre.

4.4 Å mestre foreldrerollen.

Førskolebarns tenking er intuitiv. Det vil si at de forstår og forklarer verden ut fra det de ser, hører og lukter. Utsagn blir oppfattet helt bokstavelig (Bringager et al, 2014, s. 122). Bokstavelig oppfattelse av ord kan skape unødvendig utrygghet og derfor må alle rundt barnet være bevisst ordbruken når de prater rundt barnet. Sykepleieren kan hjelpe foreldrene å forklare til barnet, eller selv forklare for barnet. Ord som for eksempel stikkpille og stikkklaken bør unngås, da barnet forbinder det med noe som stikker og gjør vondt. Samtidig bør ordet slange unngås, da barnet kan tro det prates om en levende slange.

Førskolebarnets mestringsstrategier vil bli synlige etter kort tid på avdelingen. Regresjon er en mestringsstrategi ved stress som ofte ses hos førskolebarn. Det vil si at barnet går tilbake til tidligere stadier i utviklingen, med hensyn til tanker, følelser og atferd, enn det funksjonsnivået det var på før det ble sykt. Sykdommen og innleggelsen blir så vanskelig å mestre at barnet reagerer med regresjon for å redusere stresset. Forbigående regresjon kan

være viktig for barnet for å mestre situasjonen (Søbjerg, 2013a). Eksempler på regresjon er at barnet begynner å suge på tommelen sin eller begynner å snakke babyspråk og krabbe. Barn som har sluttet med bleie og blitt tørre kan begynne å tisse på seg igjen. Denne atferden kan være forvirrende for foreldrene til barnet. Sykepleieren bør informere foreldrene om hvorfor barnet reagerer slikt og hva de kan gjøre for å hjelpe barnet videre. Foreldrene til barnet kan for eksempel hjelpe barnet tilbake til aldersmessig atferd ved å gi ekstra oppmerksomhet på måter som samsvarer med barnets faktiske utviklingsnivå.

Sykepleieren bør også informere foreldrene om at dersom barnet forblir passivt eller fortsetter å regredere, vil det stimulere til ytterligere regresjon (Eide og Eide, 2007). Dette er lite hensiktsmessig for barnets mestringsmuligheter. Sykepleieren kan hjelpe foreldrene dersom de har problemer med å tilpasse omsorgen ovenfor det faktiske nivået barnet befinner seg i. Som sykepleierstudent i klinikken observerte jeg ved flere ganger foreldre som slet med grensesetting til barna. Jeg opplevde barna som ”yngre” enn deres egentlige alder og at foreldrene ikke klarte å gjøre noe med det fordi det var sykt. Forutsigbare rammer og grensesetting er viktige faktorer for at barnet skal oppleve trygghet (Barnekreftforeningen, udatert). Under et sykehusopphold er det lett å endre grenser på hva barnet får lov til og ikke. Foreldrene ønsker å være snille og setter ikke de grensene for barnet som de normal gjør. Sykepleieren kan oppmuntre foreldrene til å sette seg mål dersom de sliter med grensesetting. Enkle mål kan være både langsiktige og kortsiktige med fokus på å tilbakeføre grensene slik de var før barnet ble sykt, litt etter litt.

Førskolebarns reaksjoner, på prosedyrer eller ukjent helsepersonell, er fysiske og utagerende. Barnet kan skrike, gråte og gi fysisk motstand (Søbjerg, 2013a, s. 123). At barnet motsetter seg behandling og prosedyrer på en slik måte kan være tøft for foreldrene. Som sykepleier er det da viktig å støtte foreldrene i situasjonen, både underveis og i etterkant. Foreldrene er ofte de som må holde barnet fast under prosedyrer, og å gi ros og anerkjennelse når barnet har roet seg er viktig for foreldrene. Førskolebarna er i en alder hvor det er lett å avlede i forbindelsen med undersøkelser og prosedyrer (Søbjerg, 2013a, s. 123). Det er derfor viktig at sykepleieren viser og forklarer foreldrene hvordan de best avleder barnet i forkant av prosedyrer. Dette vil gjøre opplevelsen av prosedyren bedre for barnet og foreldrene.

4.5 Foreldre til barn med kreft trenger å bli sett.

Kristoffersen (2011a, s. 176) hevder at sosial støtte har til hensikt å fremme personens opplevelse av å oppleve omsorg, bli forstått, tatt hånd om og føle seg trygg. Dette er i konsensus med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016), som skriver at utøvelsen av sykepleie skal baseres på omsorg. For foreldre er opplevelsen av støtte viktig for muligheten til å mestre barnets kreftsykdom (Ångström-Brännström et al. 2010 og Jackson et al., 2007). Emosjonell støtte, praktisk støtte og psykososial støtte er av betydning i de nevnte artiklene.

Søbjerg (2013b) hevder at foreldrene trenger å få støtte på at de er i en vanskelig situasjon og anerkjennelse for at barnets sykdom har stor innvirkning på livene deres. Et slikt behov kan være større enn det sykepleieren først antar. Lazarus og Folkman (1984) beskriver emosjonell støtte som tilknytning, beroligelse, å kunne stole på og betro seg til noen. Altså følelsen av at noen bryr seg om og vier omsorg til en. Det å formidle slik støtte til foreldrene krever individuell tilnærming. Etter min mening, er prinsippet om å basere tiltak direkte mot den enkelte families behov, en sentral del ved støtte til foreldrene. Det finnes flere måter sykepleieren kan gjøre dette på, men jeg mener at kontinuerlig omsorg og relasjonsbygging er viktig. Dette gjør at foreldrene ønsker å betro seg til sykepleieren. Hun blir dermed automatisk en støtte i deres vanskelige hverdag. Sykepleieren må vise at hun er tilgjengelig.

Ifølge Søbjerg (2013a) føler foreldre seg ivaretatt når de daglig blir spurt hvordan de har det eller hvordan de mestrer dagene på sykehuset. Det gjør foreldrene bedre rustet til å være foreldre for barnet. Forfatteren av boken "Mamma og pappa, det er urettferdig" forteller om betydningen av å ha sykepleieren som en fortrolig samtalepartner. Dette ble en viktig ressurs for forfatteren for å mestre dagene med et kreftsykt barn (Jørgensen, M. 1997, s. 47). Dette tyder på at sykepleieren bør prioritere de gode samtalene med foreldrene og sette av ledig tid når det er mulig.

Søbjerg (2013a) skriver at foreldre til barn med kreft bør oppfordres til å ta vare på sitt sosiale nettverk for å få støtte også der. Håkonsen (2011, s. 279) påpeker at personer i krise ofte ikke oppsøker støtte selv. Det stilles derfor ekstra krav hos helsepersonell til å legge forholdene til rette for foreldre i krise. Sykepleieren kan oppmuntre foreldrene til å søke hjelp til å løse praktiske problemer, for eksempel gjennom nettverket sitt. Lazarus og Folkman

(1984, s. 150) hevder at sosial støtte vil øke foreldrenes mestringskompetanse dersom de mottar eller oppfatter sosial støtte som tilgjengelig når behovet melder seg.

Besteforeldre kan være en stor ressurs for foreldrene. Da jeg var sykepleierstudent på barneonkologisk avdeling, møtte jeg et foreldrepar som skulle overta nytt hus noen uker etter datteren fikk en kreftdiagnose. Overtakelsen ble et lyspunkt for foreldrene. De søkte hjelp hos venner og besteforeldre som hjalp dem i forbindelse med flyttingen. Det å motta støtte og hjelp, fra familie og venner, kan gi foreldrene energi og styrke til å fylle foreldrerollen når det blir vanskelig. Herunder mener jeg det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på å identifisere familier som står uten et sosialt nettverk. Hun bør da være ekstra oppmerksom og bistå både som emosjonell og praktisk støtte, der det er mulig.

4.5.1 Betydningen av støttegrupper.

Majoriteten av temaene som ble tatt opp i studien til Hoel og Sveggen (2009) var av psykososial art. Dette understreker betydningen av å gi foreldrene bred støtte. Det å få informasjon om støttegrupper er et viktig psykososialt behov for foreldrene (Jackson et al., 2007). Støttegrupper kan være en arena hvor foreldrene møter hverandre, deler erfaringer og finner nye måter å mestre situasjonen på. Lazarus og Folkman (1984) hevder at en persons opplevelse kan endres, slik at han opplever å ha personlig kontroll over følelsene sine og situasjonen, ved hjelp av ulike strategier. En strategi er for eksempel å sammenlikne seg selv med hvordan andre har det.

I studien til Ringnér et al., (2011) og Jackson et al., (2007) kom det frem at noen foreldre foretrakk å spørre andre foreldre i samme situasjon om råd, istedenfor å spørre sykepleierne på avdelingen. Støttegrupper ga beroligelse og var god emosjonell støtte for foreldrene. En forelder sa : *"Jeg tror det hjelper å vite at en annen familie går gjennom en liknende situasjon"*. I lys av dette bør sykepleieren være klar over de ulike tilbudene som gjelder for foreldre til barn med kreft. Herunder bør hun vite hvilke brosjyrer hun kan tilby og hvilken informasjon hun kan gi foreldrene. Slik informasjon kan blant annet være hvordan de kommer i kontakt med andre foreldre eller hvordan de kan kontakte støtteorganisasjoner.

Barnekreftforeningen er et eksempel på en organisasjon som jevnlig arrangerer foreldretreff over hele landet. I tillegg vil jeg nevne muligheten for å sette foreldre i kontakt med

hverandre på avdelingen, dersom sykepleier ser dette som nyttig for de foreldrene det skulle gjelde. Sykepleieren må ikke glemme taushetsplikten og være varsom i et slikt arbeid.

Men er slike foreldretreff for alle? Noen foreldre i forskningsartiklene opplevde at slike støttegrupper hadde begrenset verdi. De følte at informasjonen de fikk ikke var spesifikk nok for deres barns tilstand. Dette er viktig informasjon for sykepleieren, da dette betyr at hun ikke kan anta at alle foreldre drar nytte av slike støttegrupper. Dersom det er tilfelle bør hun tilby annen form for støtte, for eksempel ved å være en samtalepartner eller støtte i foreldrerollen.

4.5.2 Foreldrenes mestringsstrategier.

Følelses-orientert mestring er kognitive evner som endrer betydningen av en situasjon, uten å forandre selve situasjonen (Lazarus og Folkman, 1984, s. 151). Følelses-orientert mestring er ment for å regulere de overveldende følelsene som kommer av å ha et kreftsykt barn (Miedema et al., 2008). Det å unngå situasjonen, få profesjonell hjelp og skape minner, er noen mestringsstrategier foreldrene kan ta i bruk. Å unngå situasjonen er etter min mening en uhensiktsmessig strategi og en del av reaksjonsfasen i kriseforløpet. Unngåelse kan likevel være gunstig i ny-diagnostisert fase, da det er mange inntrykk. For foreldrene handler det bare om å komme seg gjennom fasen. Deretter kan de ta i bruk mer positive mestringsstrategier.

Forskning viser at unngåelse er den følelsesorienterte strategien som blir brukt hyppigst (Miedema et al., 2008). Ifølge Lazarus og Folkman (1984, s.150) blir å unngå situasjonen og vanskelige følelser ansett som et forsøk på å minimalisere situasjonen. Dette kan igjen sees på som et forsøk på å holde optimismen og håpet oppe. Det å unngå situasjonen kan føre til at man utsetter reaksjonene som vil dukke opp ved en slik krise uansett (Miedema et al., 2008).

Sykepleieren bør kartlegge og observere hvorvidt foreldrene unngår situasjonen. Dette kan hun gjøre ved å stille åpne spørsmål og la foreldrene snakke fritt om barnets sykdom og selve opplevelsen. Hun kan også be foreldrene gjenta noe av informasjonen de har fått om sykdommen og behandlingen. På denne måten vil hun oppdage om de har forstått alvoret i situasjonen. Hun bør også veilede foreldrene i hva det å unngå situasjonen og utsette reaksjonene i lengden kan føre til og hvilke konsekvenser det kan ha. Slik kan foreldrene

begynne arbeidet med å mestre situasjonen mer hensiktsmessig og unngå store psykiske påkjenninger ved senere anledning.

Både følelses-fokusert og problem-fokusert mestring preges av stadig revurdering, på bakgrunn av ny informasjon fra avdelingen eller endring i følelser og tilpasning til situasjonen personen befinner seg i (Lazarus og Folkman, 1984, s. 38). Herunder er evalueringsfasen i sykepleieprosessen viktig. Det er viktig at sykepleieren registrerer endringer hos foreldrene. Sykepleieren bør evaluere de målene som er satt opp i en tidligere fase og om de iverksatte tiltakene fungerte. Foreldrene kan få positive nyheter som følge av barnets behandling og de kan ha tilpasset seg den nye hverdagen. Slike endringer kan skje raskt. Herunder blir primærsykepleie en viktig faktor igjen, for at sykepleieren skal ha muligheten til å observere endringer i foreldrenes mestringsstrategier og reaksjonsmønstre.

5.0 OPPSUMMERING

I denne oppgaven ble det tilstrebet å svare følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos foreldre til barn med kreft, med fokus på psykososiale utfordringer?

Etter gjennomgang av forskning og litteratur fremkommer det at foreldre til barn med kreft kan oppleve psykososiale utfordringer i forhold til behovet for informasjon, støtte i foreldrerollen og samarbeid med helsepersonell. Innledningsvis ble det hevdet at sykepleier står i en unik posisjon til å bidra med å fremme mestring hos foreldre til barn med kreft, og utfordringene de står ovenfor. God, rettidig og klar informasjon er viktige elementer for mestringsopplevelsen til foreldrene, i tillegg til bred støtte. Herunder vises det at sykepleier med sin fagkunnskap kan bidra med informasjon gjennom veiledning og undervisning slik at foreldrene tilegner seg ny kunnskap og ferdigheter, som kan ha innvirkning på deres mestringsfølelse. For at foreldrene skal ha fullt utbytte må sykepleieren alltid bekrefte at informasjonen, både muntlig og skriftlig, er forstått. God nonverbal og bekreftende kommunikasjon er viktig i samspillet mellom sykepleier og foreldre. I tillegg er individuelt tilpasset informasjon også viktig. Det innebærer at sykepleieren blir kjent med foreldrene og barnet gjennom opprettelse av tillit og trygghet, og ved å identifisere deres særegne behov.

På sykehus kan sykepleieren bistå som god emosjonell, praktisk og sosial støtte, da dette kan anses som en viktig mestringsressurs for foreldrene. Likeledes kan foreldrene trenge støtte fra andre foreldre i samme situasjon. Sykepleieren kan bidra med informasjon om ulike støttegrupper og være et bindeledd i samspillet mellom familiene på avdelingen. Sykepleieren bør også være en støttespiller og samtalepartner for foreldrene og en ressurs i arbeidet mot å hjelpe dem å mestre de psykososiale utfordringene som følger ved å ha et kreftsykt barn. Innledningsvis ble det nevnt at førskolebarnet er mer utsatt for angst i forbindelse med sykehusopphold. Det er derfor viktig at sykepleieren tar hensyn til dette og veileder foreldrene i foreldrerollen ovenfor førskolebarnet.

Etter å ha fordypet meg i litteratur og forskning anser jeg fremdeles pasientgruppen som utfordrende å møte på sykehus. På den andre siden har arbeidet med oppgaven bidratt med å gi en bedre forståelse for hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan ivareta foreldre til barn på sykehus sine behov, og på best mulig måte sørge for at god sykepleie blir utøvet.

LITTERATURLISTE

Barnekreftforeningen. (udatert). *Om: Leukemi hos barn og ungdom*. Hentet 10 mai 2017 fra http://www.barnekreftforeningen.no/sfiles/3/47/8/file/leukemibrosjyre_web.pdf

Barne- og familie departementet. (2003). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet 28.april 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fnsbarnekonvensjon/id88078/>

Bratlund, B. (2015). *Ja visst. [Facebook]*. Hentet 25. Mai 2017 fra <https://www.facebook.com/bentebratlundforfatter/posts/646240048851817>

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

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Egeland, S. (2011). Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus. *Vård i Norden 31(1)*: 16-20. doi: <https://doi.org/10.1177/010740831103100104>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet 28 april 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Gustafsson, K og Nolbris, M. (2010). *Diagnose bilder: SE-HØRE-GJØRE* [brosjyre], Hentet 15 April 2017 fra <https://www.nsf.no/Content/886918/diagnosebilder.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoel, L. L. & Sveggen, T. (2009). Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn. *Sykepleien forskning*, 4(2), 126-131. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0066

Høgskolen i Oslo og Akershus. (2016). Programplan for bachelorstudium i sykepleie. Hentet 28. April 2017 fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Pilestredet/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-kull-2016/SYBA3900-Bacheloroppgave-2016>

Høgskolen i Oslo og Akershus. (2017). SYBA3900 Bacheloroppgave. Hentet 20 mai 2017 fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Pilestredet/Programplaner-for-tidligere-kull/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-Pilestredet-kull-2014/SYBA3900-Bacheloroppgave-2014>

Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jackson, R., Baird, W., Davis-Reynolds, L., Smith, C., Blackburn, S. & Allsebrook, J. (2007). Qualitative analysis of parents' information needs and psychosocial experiences when supporting children with health care needs. *Health Information and Libraries Journal*, 25: 31-37. doi: 10.1111/j.1471-1842.2007.00736.x

Jørgensen, M. (1997). *Mamma og pappa, det er urettferdig: å være foreldre til et barn med kreft*. Oslo: Diatekst.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og Livsutfordringer* (2.utg). Bind 3, s. 133-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. Bind 1, s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg. Bind 1, s. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanningen*. Hentet 28 april 2017 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvalitetsregistre. (2016). *Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft: Resultater publisert i 2016*. Hentet 3. april 2017 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/731/resultater>
- Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Miedema, B., Hamilton, R., Fortin, P., Easley, J. & Matthews, M. (2008). "You can only take so much, and it took everything out of me": Coping strategies used by parents of children with cancer. *Palliative and Supportive Care*. Cambridge University Press, 8: 197-206. doi: 10.1017/S1478951510000015
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2012). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon*. Hentet 15 mai 2017 fra <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 20 april 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V & Reinart L. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_7#§6-2

Ringnér, A., Jansson, L. & Graneheim, U. H. (2011). Parental Experiences of Information Within Pediatric Oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(4), 244-251. doi: 10.1177/1043454211409587

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s.13-41). Oslo: Gyldendal akademisk.

Søbjerg, I. L. (2013a). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritisk syke barn på sykehus. D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s.186-199). Oslo: Gyldendal akademisk.

Søbjerg, I. L. (2013b). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s.114-151). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ångström-Brännström, C., Norberg, A., Strandberg, G., Söderberg, A & Dahlqvist, V. (2010). Parents' Experiences of What Comforts Them When Their Child is Suffering From Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* (27) 5: 266-275.
doi:10.1177/1043454210364623

VEDLEGG

1. Oversikt over forskningsartikler

Forfattere	Hoel & Sveggen	Ringnér, Jansson, & Graneheim	Miedema, Hamilton, Fortin, Easley & Matthews	Jackson, Baird, Davis-Reynolds, Smith, Blackburn, & Allsebrook	Ångström-Brännström Norberg, Strandberg, Söderberg, & Dahlqvist,
Tittel på forskningsartikkel	”Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn”	”Parental Experiences of Information Within Pediatric Oncology”	”You can only take so much, and it took everything out of me”: Coping strategies used by parents of children with cancer”	”Qualitative analysis of parents’ information needs and psychosocial experiences when supporting children with health care needs”	”Parents’ Experiences of What Comforts Them When Their Child is Suffering From Cancer”
År	2009	2011	2008	2007	2010
Land	Norge	Sverige	Canada	England	Sverige
Tidsskrift	Sykepleien Forskning	Journal of Pediatric Oncology	Cambridge University Press	Health Information and Libraries	Journal of Pediatric Oncology

		Nursing		Journal	Nursing
Design	Analyse av referat fra 396 foreldre møter	Intervjuer	Intervjuer	Intervjuer	Intervjuer
Metode	Kvalitativ	Kvalitativ	Kvalitativ	Kvalitativ	Kvalitativ
Hensikt	Studiens hensikt var å beskrive gjennomføringen av foreldre treff og viser hva foreldrene er opptatt av på slike møter	Studien ønsket å beskrive hvordan foreldre skaffer og bruker informasjon for å få kunnskap om barnets kreftsykdom	Studien vurderer de ulike mestringsstrategiene foreldre til barn med kreft bruker	Studien søkte å kartlegge hvilke informasjonsbehov foreldre til barn med behov for helsehjelp ønsker	Studien søkte å finne ut hva foreldre til barn med kreft finner trøstende.
Resultater og konklusjon	57% av temaene som ble tatt opp var av psykososiale karakter. De hyppigst nevnte kategoriene var blant annet hvordan	Når foreldrene var vel informerte følte de seg trygge til tross for usikkerheten ved barnets sykdom. Foreldrene følte trøst ved å lære om	Foreldre bruker både kognitive, følelsesfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier. Noen foreldre bruker	Foreldrene i studien uttrykte et behov for informasjon de mottok skulle være verbal og på en til en basis, gitt av en profesjonell	Foreldrene i denne studien fant støtte i å være i nærheten av barnet. Å føle seg velkommen og hjemme på avdelingen

	<p>foreldrene kan mestre å leve med et barn med kreft og å være på sykehus.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at foreldremøter er nyttig for å støtte foreldrene.</p> <p>Foreldrene brukte for det meste to mestringsstrategier: å leve en dag av gangen og å finne rimelige forklaringer på sykdommen.</p> <p>Det at majoriteten av de tema som tas opp</p>	<p>andre familiers opplevelser.</p> <p>De nevnte faktorene var spesielt viktige i ny-diagnostisert fase.</p> <p>Behovet for informasjon ble ikke mindre over tid.</p> <p>Primær-sykepleie var en viktig del av barnets pleie.</p> <p>Sykepleieren må gi informasjon til alle i familien og deres individuelle behov for informasjon</p>	<p>gier som å skjuler følelsene sine og forsøker å unngå følelsene sine.</p> <p>Positive mestringsstrategier ble også benyttet, slik som humor, støttesøking (informasjon og sosial støtte). Noen skrev også ned følelsene sine.</p>	<p>I tillegg ønsket de at informasjonen også skulle bli gitt dem i skriftlig format.</p> <p>Gode kommunikasjonsferdigheter var også viktig for foreldrene.</p>	<p>var også viktig i tillegg til å få ta del i pleien til barnet.</p>
--	--	---	--	--	---

	er av psykososial art understreker betydningen av å gi foreldrene bred støtte, informasjon og praktisk hjelp.				
--	---	--	--	--	--