



Høgskolen i **Hedmark**

ELVERUM  
AVDELING FOR FOLKEHELSE  
4AVS304

Sveinung Hæstad og Richard Harpal Sivertsen  
Veileder: Dina Bjørlo Strande

**ISOLERT FRA LIVET?**

**ISOLATED FROM LIFE?**

BASY-2009

2012

Ord: 9442

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

# INNHold

1.0 INNLEDNING .....	3
1.1 HENSIKT MED OPPGAVEN OG VALG AV TEMA.....	3
1.2 PRESENTASJON OG AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING.....	3
1.3 PRESENTASJON AV FAGLIG STÅSTED .....	4
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	5
2.0 METODE .....	6
2.1 LITTERATURSØK .....	6
2.2 KILDEKRITIKK .....	8
2.3 ETISKE OVERVEIELSER .....	9
3.0 DOROTHEA OREMS TEORI OM SYKEPLEIE.....	9
3.1.1 UNIVERSELLE EGENOMSORGSBEHOV .....	10
3.2 UTVIKLINGSRELATERTE EGENOMSORGSBEHOV .....	11
3.3 HELSESVIKTRELATERTE EGENOMSORGSBEHOV .....	11
4.0 LEUKEMI OG ISOLASJON.....	12
4.1 LEUKEMI.....	12
4.2 STAMCELLETRANSPLANTASJON .....	12
4.3 ISOLASJON.....	13
5.0 BARN I SYKEHUS .....	15
5.1 UTVIKLING OG KOMMUNIKASJON MED BARN.....	15
5.2 STRESS OG MESTRING .....	16
5.3 HÅP.....	18
5.4 BARNES RETTIGHETER I SYKEHUS.....	20
6.0 DRØFTING.....	21
7.0 KONKLUSJON .....	30
LITTERATUR .....	30
VEDLEGG .....	35

# 1.0 INNLEDNING

”Ting begynner å bli bedre (tror jeg). Benmargen har begynt å fungere, så jeg skal få komme ut av isolatet i morgen! Tenk at jeg kom meg gjennom isolasjonstiden, den jeg fryktet aller mest. Den jeg har vært så utrolig redd for hele tiden” (Stokke, 2010).

Utdraget over er hentet fra Regines bok. Her får vi et innblikk i hvordan forfatteren skildrer lettelsen over å slippe ut fra isolasjon etter sin stamcelletransplantasjon. Regine hadde kreftsykdommen leukemi. Leukemi rammer rundt 40 barn hvert år i Norge og 80 % av disse får diagnosen akutt lymfatisk leukemi (Trandum, 1999, i Mathiesen og Zeller, 2010).

## 1.1 HENSIKT MED OPPGAVEN OG VALG AV TEMA

Denne oppgaven er en avsluttende oppgave i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Gjennom oppgaven skal vi fordype oss i et av tre gitte temaer. Vi har da valgt temaet forebygging av smitte i somatiske sykehus. Den ytterste form for forebygging av smitte i somatiske sykehus er å plassere en person i isolat, og spesielt sårbart i denne sammenheng er barn.

Vi har derfor valgt å vinkle oppgaven inn mot smittetiltaket isolasjon. Vi vurderte isolasjon av barn som en interessant utfordring for sykepleiere. Ved behandling av leukemi er det ikke uvanlig at barn må gå gjennom stamcelletransplantasjon. Det følger da en isolasjonsperiode for å forebygge smitte hos barnet da det har betydelig svekket immunforsvar. Det virket spennende å sette seg inn i hvordan barnet opplever dette smittetiltaket, og hvilke muligheter sykepleier har til å forbedre opplevelsen for barn i isolat.

## 1.2 PRESENTASJON OG AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING

Vi har altså i denne oppgaven valgt å sette oss inn sykepleiers rolle i forhold til hvordan barn med akutt lymfatisk leukemi opplever isolasjonstiden som påfølger en stamcelletransplantasjon. Håp og mestring er sentrale begreper i det å utføre sykepleie og vi valgte derfor problemstillingen:

*Hvordan kan en sykepleier hjelpe barn med akutt lymfatisk leukemi å mestre samt opprettholde håp på isolat etter stamcelletransplantasjon?*

Vi har valgt å bruke Dorothea Orem's teori om sykepleie som ramme for oppgaven. Vi mener utfordringene barnet møter under isolasjonsperioden kan vises gjennom å sette konsekvensene av isolasjon og sykdom opp mot hennes teori om egenomsorgsbehov. Gjennom å bruke Orem som ramme får vi belyst sykepleiers rolle i forhold til utfordringer barnet møter. Vi har i oppgaven tatt utgangspunkt i at de fysiske egenomsorgsbehovene som Orem beskriver allerede er dekket i best mulig grad.

Oppgaven handler om pasientopplevelsen av et smittetiltak samt hvordan sykepleieren kan gjøre denne opplevelsen best mulig. Vi skriver derfor ikke om prosedyrer og tiltak i forhold til smitte på isolat. Vi beskriver derimot isolatet i seg selv og smittetiltak som påvirker pasientens opplevelse. Sykepleie til barn vil avhenge av barnets utviklingstrinn. Vi har derfor avgrenset oppgaven til barn mellom 12 og 15 år. Vi har valgt å ikke ta med kulturelle aspekter hva angår sykepleien. Barnets opplevelse av isolasjonen vil i stor grad avhenge av hvordan foreldre og pårørende håndterer situasjonen. Likevel velger vi, grunnet oppgavens omfang, ikke å gå inn på hvordan sykepleier kan bedre opplevelsen for foreldre. Vi nevner derimot foreldrenes rolle som en viktig faktor i barnets opplevelse.

Avgrensingen innebærer at oppgaven vil vise hvordan isolasjonen hemmer barnets sosiale deltakelse og påvirker dets selvbylde. Disse faktorene vil igjen påvirke barnets håp og mestring. Når vi snakker om barnets opplevelse av isolasjon vil begrepet livskvalitet kunne være aktuelt. Vi har valgt å velge bort dette begrepet da omfanget på oppgaven ville blitt for stort. Dette er også grunnen til at vi ikke velger å gå inn på angst og depresjon som konsekvenser av isolasjon. Det finnes ulike typer leukemi, men vi har valgt å skrive om akutt lymfatisk leukemi da dette er den typen leukemi som rammer flest barn.

### 1.3 PRESENTASJON AV FAGLIG STÅSTED

Vi har erfart at sykepleier har en viktig rolle i det å fremme håp og hjelpe pasienter å mestre vanskelige situasjoner. Vi har også erfart viktigheten av håp og mestringsfølelse for pasienter som lider av en alvorlig sykdom. Sykepleie til barn er derimot en arena vi har lite erfaring med. Vi har i denne oppgaven derfor basert oss på litteraturen vi har funnet. Vi har også uformelt snakket med andre sykepleiere som jobber med barn for å få en bedre forståelse av sykepleie til barn.

#### 1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING

Neste kapittel beskriver oppgavens metode. Vi redegjør her for vårt søk etter litteratur og hvordan vi har vurdert kildene vi har brukt. Dette for å styrke oppgavens pålitelighet og troverdighet.

Vi innleder den teoretiske rammen med et kapittel hvor vi presenterer Dorothea Orem sin teori om sykepleie og hennes egenomsorgsbehov. Dette skaper et grunnlag for hvordan vi vurderer sykepleierens rolle i forhold til problemstillingen. Neste kapittel omhandler leukemi og isolasjon hvor vi beskriver krefttypen akutt lymfatisk leukemi og arenaen for vår problemstilling nemlig isolatet. Siste kapittel innenfor den teoretiske rammen omhandler barn i sykehuset og faktorer som er viktige i den sammenheng. Vi gir også her en forståelse av begrepene håp og mestring.

Kapittelet som følger videre er oppgavens drøfting. Dette kapittelet er delt inn i fire deler hvor vi diskuterer ulike aspekter ved isolatet og sykdommen opp mot begrepene håp og mestring, samt tiltak og hvilken rolle sykepleieren har.

Det siste kapittelet i oppgaven er en konklusjon hvor vi svarer på det vi mener er de viktigste momentene i sykepleierens rolle når det gjelder å hjelpe barn på isolat med å opprettholde håp og mestre situasjonen.

## 2.0 METODE

I dette kapittelet vil vi gi en innføring i relevante begreper som kapittelet vil omfatte, samt beskrive vår fremgangsmåte når det gjelder søk etter litteratur og forskning. Vi vil også redegjøre for vår vurdering av to av forskningsartiklene vi har brukt.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Aubert, 1985, sitert i Dalland 2007, s. 83). Retningslinjer for oppgaven er bestemt av Høgskolen i Hedmark som sier at oppgaven skal være en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer å søke systematisk etter litteratur innenfor et valgt emne eller problemområde for så å vurdere denne kritisk og sette denne opp mot hverandre (Forsberg og Wengström, 2008).

Grunnet vår problemstilling har vi i hovedsak dratt inn kvalitativ forskning for å underbygge oppgaven da oppgaven dreier seg om barns opplevelse. Likevel er noe av forskningen vi har benyttet også kvantitativ. Kvalitativ forskning er brukt i undersøkelser der hensikten er å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart, 2007). Kvantitativ forskning baserer seg på tall i form av gjennomsnitt og prosent (Dalland 2007). ”Det er metoder der forskeren først systematisk skaffer seg sammenlignbare opplysninger om flere undersøkelsesenheter av et visst slag. Deretter uttrykkes disse opplysningene i form av tall, og til slutt analyseres mønsteret i tallmaterialet” (ibid., s. 83). Fenomenologisk metode er en form for kvalitativ forskning. En fenomenologisk studie går ut på å studere menneskelig opplevde erfaringer og gjengi disse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart, 2007).

### 2.1 LITTERATURSØK

Oppgaven baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning, forskrift og lovverk. I oppstarten av litteratursøket lette vi gjennom biblioteket etter litteratur som omhandlet barn og kreft. Videre leste vi gjennom pensumlitteratur som omhandlet håp og mestring og fant der hvilke kilder som mesteparten av denne litteraturen baserte seg på. Primærkildene fant vi gjennom å søke på forfatterens navn i bibsys. Aktuelle lover fant vi gjennom å lese pasient- og brukerrettighetsloven. Vi lette i tidsskrift-arkivet på skolen etter aktuelle artikler, men fant

ingen. Bibsys har vært et godt verktøy og det har vært lett å lokalisere og få tilgang til litteraturen vi har brukt i oppgaven.

Vi har ikke basert oppgaven på en forskningsartikkel, men vi har brukt forskningen vi fant til å underbygge poenger i oppgaven. Da vi skulle søke etter artikler gikk vi først på databasen swemed+ for å finne mesh-termer (se pico-skjema, vedlegg 1). Vi tok da utgangspunkt i relevante begrep vi fant i pensumlitteratur som isolasjon, kreft, leukemi, håp, mestring, barn, ungdom, selvbilde og stamcelletransplantasjon. Vi har brukt søkemotorene swemed+, Science Direct, CINAHL og Ovid Nursing som vi fikk tilgang til gjennom helsebiblioteket.no og skolens biblioteksider. Disse er alle søkemotorer som er anbefalt av Høgskolen i Hedmark. Vi har også søkt på sykepleien.no. Vi ønsket å finne forskning som omhandlet hvordan barn og ungdom med kreft opplever håp og mestring. Vi ønsket også å finne informasjon om hvordan isolasjon påvirker barn og ungdom.

Ved å bruke søkeordene Cancer (AND), Hope (AND), adolescents fant vi 342 artikler i søkemotoren Science Direct. Da hadde vi begrenset søket til full tekst og artikler utgitt mellom 2005 og 2012. Den store mengden ga oss et godt utvalg og vi evaluerte de fem vi syntes var mest relevante. Vi endte opp med en av disse: *Hope in adolescents with cancer* av Juvakka og Kylma (2009). Dette er en kvalitativ forskningsartikkel med fenomenologisk design. Artikkelen baserer seg på intervju av ungdom med kreft for å kunne beskrive deres opplevelse av håp. Vi har funnet lite informasjon om forfatterne, men går ut i fra at artikkelen har en viss pålitelighet og troverdighet da denne er publisert i *European Journal of Oncology Nursing*. Artikkelen baserer seg på grundige intervju av seks ungdommer mellom 16 og 21 år. Dette gjør at informasjonen i artikkelen ikke er direkte overførbar til den pasientgruppen vi skriver om, men vi likevel vil kunne trekke likhetstrekk da vi ikke vurderer aldersforskjellen til å være for stor. Ungdommene i studien hadde Hodgins sykdom og Leukemi noe som også tilsier stor relevans til vår problemstilling. Vi anser seks deltakere til å være for få til at artikkelen kan gi et generelt bilde av hvordan håp oppleves av ungdom med kreft. Likevel kan den gi oss et visst inntrykk. Juvakka og Kylma trekker selv frem at alle deltakere i studien er fra Finland og at dette kan være en av artikkelens begrensninger i form av overførbarhet.

Vi ønsket å finne forskning som omhandlet håp som mestringsstrategi hos barn med kreft. I søkemotoren CINAHL brukte vi søkeordene adolescents (AND), cancer (AND), coping. Vi begrenset søket til fulltekst og artikler utgitt mellom 2005 og 2012, og fikk da 17 treff. Da vi

hadde lest abstraktet til de to som var mest lovende, valgte vi artikkelen: *Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study* (Wu, Chin, Haase og Chen, 2009). Denne artikkelen er også en kvalitativ studie hvor de bruker fenomenologisk intervju som metode. Forfatterens mål med artikkelen var å beskrive mestringserfaringer hos barn med kreft i Taiwan. Intervjueren i studien er en pediatrik kreftsykepleier med erfaring fra kvalitativ forskning, noe som gir funnene mer troverdighet. Artikkelen baserer seg på intervju av 10 barn noe vi anser som nok til å gi et bredt bilde av fenomenet studien prøver å beskrive. Samtidig er funnene i intervjuene vanskelige å etterprøve noe som svekker artikkelens pålitelighet. Artikkelen er oversatt fra mandarin til engelsk noe som betyr at deler av innholdet kan ha blitt endret eller mistet. Kulturelle aspekter gjør at resultatet i studien ikke kan generaliseres. Vi anser likevel funnene i artikkelen som relevante for vår problemstilling da vi kan trekke likheter, og barn er barn uansett land. Majoriteten av deltakerne i studien samsvarer med både sykdomsbildet og aldergruppen vår oppgave fokuserer på. Videre er artikkelen hentet fra Journal of Advanced Nursing som er et internasjonalt anerkjent sykepleiertidsskrift.

Full søkehistorikk og fremgangsmåte for hvordan vi fant resten av artiklene vi har brukt i vår oppgave følger i vedlegg 2. Vi har brukt både fagartikler og forskningsartikler.

## 2.2 KILDEKRITIKK

Kildekritikk er å la leseren få et innblikk i hvordan vi har vurdert litteraturen vi har brukt i forhold til relevans og gyldighet opp mot problemstillingen (Dalland 2007).

Vi fant mye litteratur både på biblioteket og i ulike databaser som var relevant for problemstillingen, og måtte derfor velge bort en del litteratur. Valg av litteratur baserte seg i hovedsak på å luke bort sekundærlitteratur da vi har tilstrebet å bruke mest mulig primærlitteratur. Konsekvensen av dette er at mye av litteraturen vi har brukt er eldre litteratur. Likevel er dette forfattere som er anerkjent for deres arbeid og som vi ser at store deler av vår pensumlitteratur henviser til. Eksempler på primærkilder som vi har brukt er Orem, Erikson, Piaget, Lazarus og Folkman. Utfordringen ved å bruke den primærlitteraturen vi har brukt er at den inneholder omfattende begreper som kan gi rom for feiltolkninger og det er derfor viktig med god kjennskap til litteraturen.



Informasjon om sykdom og behandling krever litt mer oppdatert litteratur og en del av denne litteraturen er sekundærlitteratur i forhold til forskning som er gjort på området. Faren med å bruke sekundærlitteratur er at stoffet allerede er bearbeidet og tolket. Det opprinnelige budskapet kan da ha endret seg (Dalland, 2007). Noe av litteraturen vi har brukt er oversatt fra sitt originale språk og kan også ha mistet sitt opprinnelige budskap i denne prosessen.

I oppgaven har vi dratt erfaringer fra skjønnlitteratur. Denne litteraturen er basert på subjektive opplevelser og vil derfor ikke gjenspeile hvordan barn opplever slik sykdom generelt. Likevel kan det gi oss et innblikk.

### 2.3 ETISKE OVERVEIELSER

Vi har i denne oppgaven benyttet APA-standard for å kunne hen vise og kreditere forfattere av litteraturen vi har brukt på en riktig måte.

### 3.0 DOROTHEA OREMS TEORI OM SYKEPLEIE

Orem (2001) skriver at sykepleie til barn på sykehus i hovedsak avhenger av fem faktorer: Barnets alder og utviklingstrinn, barnets genetiske arv, barnets personlighet, barnets psykiske og fysiske miljø, samt barnets helsestatus og behov for helsehjelp. Sykepleie til barn handler ofte om samarbeid med foreldre og må ikke bare tilpasses barnets behov, men også foreldrenes. Omsorgen for barnet vil ofte være fordelt mellom foreldre og sykepleier. Sykepleieren bør ta ansvar for den kliniske delen av barnets pleie og ikke la denne byrden falle på foreldrene. Ofte er sykepleierens rolle også undervisende i forhold til både barnet og foreldre (ibid.).

Egenomsorg er handlinger av personer som har mulighet til å regulere egen funksjon og utvikling for å opprettholde liv, helse og velvære. Blant annet vil barn og syke ha behov for hjelp med flere av de handlinger som egenomsorg innebærer. De har altså behov for pleie. Pleien kan da rettes direkte mot det syke barnet eller mot faktorer i miljøet som truer pasientens liv, helse eller velvære. Pleie kan også innebære veiledning av det syke barnet (Orem, 2001). "Nurses should endeavour to help adolescents develop beneficial self-care practices" (ibid., s. 376).

Orem (2001) avklarer hvilke handlinger hun mener egenomsorg innebærer. Hun definerer dette som pasientens egenomsorgsbehov. Videre skriver hun at når en persons egenomsorgsbehov er dekket vil dette blant annet støtte personens utvikling og gi en økt følelse av velvære. Hun definerer tre typer egenomsorgsbehov: universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte (ibid.).

#### 3.1.1 UNIVERSELLE EGENOMSORGSBEHOV

De universelle egenomsorgsbehov er generelle behov som gjelder alle mennesker i alle stadier i livet. Disse behovene dreier seg om menneskets integritet, funksjon og generelle velvære. Orem beskriver åtte universelle egenomsorgsbehov hvor tre av disse direkte påvirker pasientens psykiske velvære. Et behov er opprettholdelse av balanse mellom ensomhet og sosial deltagelse. Det dreier seg om å knytte bånd og relasjoner samt føle tilhørighet og nærhet, men samtidig beholde sin autonomi. Behov for normalitet må møtes ved å fremme sosial utvikling.

### 3.2 UTVIKLINGSRELATERTE EGENOMSORGSBEHOV

Utviklingsrelaterede egenomsorgsbehov er behovene som er spesielle for personer i vekst og utvikling. Det er også behov som oppstår i forbindelse med at stadier i utviklingen blir påvirket eller står i fare for å bli påvirket av ytre faktorer. Her beskriver Orem (2001) hvordan sykepleier kan legge forholdene til rette for utvikling tross sykdom: Å sørge for forhold som gir en følelse av trygghet og nærhet. Det må legges til rette for kognitiv læring uten at pasienten blir verken over- eller understimulert. Det er viktig å passe på at pasienten får utviklet både sosiale og intellektuelle ferdigheter.

### 3.3 HELSESVIKTRELATERTE EGENOMSORGSBEHOV

Helsesviktrelaterede egenomsorgsbehov er behov som er særegne for blant annet syke personer under behandling. En plutselig endring i helsestatus vil snu en persons fokus inn mot seg selv. Pasienten vil i de fleste tilfeller ha behov for informasjon om sykdommen. Da både om sykdommens påvirkning på kroppen, hvilke symptomer dette medfører og hvilke konsekvenser dette vil ha for personen. Pasienten vil også ha behov for å gjennomføre den behandlingen som skal kurere sykdommen, samt minimere konsekvensene av den. Behovet for å vite effektene av behandlingen vil da være påfallende. Hvordan vil behandling påvirke kroppen i forhold til symptomer og konsekvenser? Vil behandlingen eventuelt ha negative konsekvenser på sikt? Kan den påvirke sosial, fysisk og kognitiv utvikling? Ofte vil en syk person ha behov for å tilpasse selvbildet til å akseptere sin helsetilstand og hvordan sykdom og behandling påvirker kroppen (Orem, 2001).

## 4.0 LEUKEMI OG ISOLASJON

I dette kapittelet vil vi først forklare sykdommen leukemi og hva stamcelletransplantasjon innebærer. Vi vil deretter skrive litt generelt om isolasjon i forbindelse med immunosupprimerte pasienter.

### 4.1 LEUKEMI

Leukemi er krefttype det foregår en ukontrollert vekst av umodne forstadier til hvite blodceller i benmargen (Nome og Wisløff, 2009). Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn hvor akutt lymfatisk leukemi er den som rammer flest. Ved akutt lymfatisk leukemi er det en umoden celletype i benmargen som er blitt ondartet og differensieringen er dermed stoppet opp. De umodne cellene deler seg ukontrollert og vil etter hvert fortrenge andre celler i benmarg og blod (Bringager, Hellebostad, Sæter, 2003). Akutt lymfatisk leukemi debuterer som regel nokså akutt. Utvikling av symptomer kan variere alt fra noen få dager til måneder. Symptomene som viser seg er ofte som en følge av benmargssvikt: anemi, økt fare for infeksjoner på grunn av mangel på leukocytter, og blødningstendens som en følge av mangel på trombocytter (Brinch, 2009).

### 4.2 STAMCELLETRANSPLANTASJON

Stamcelletransplantasjon brukes som behandling i en rekke sykdommer. Stamceller er de umodne forstadiene til alle typer blodceller og de befinner seg i benmargen. Man bruker alltid benmarg som kilde til benmargstransplantasjon. Grunnen til at man tilfører pasienten stamceller varierer for hvilken sykdom pasienten har. Ved leukemi vil man som regel bruke stamceller fra giver, da høstingen av egne stamceller kan øke faren for at stamcellen er kontaminert med kreftceller (Bringager, Hellebostad, Sæter, 2003). Barn med leukemi som får stamcelletransplantasjon får tilført høye doser med cytostatika og bivirkningene blir derfor større enn ved vanlig cytostatikabehandling. Infeksjonsfaren blir også betydelig større. Kvalme, oppkast, endret smaksopplevelse, sår i munnslimhinnene og håravfall er noen av bivirkningene ved cytostatikabehandling (Egeland, 2010). På grunn av de høye dosene cytostatika kan barnets fertilitet også bli påvirket (Palmer og Evans, 1997, gjengitt i Evans, 1997).

### 4.3 ISOLASJON

Isolasjon er et smitteforebyggende tiltak som har sin hensikt i å blokkere smitteveier. Isolasjon kan ha to funksjoner: Hindre smitte fra en pasient med en infeksjonssykdom til andre pasienter eller å beskytte en pasient med nedsatt immunforsvar mot infeksjoner (beskyttende isolering). Hvordan isoleringen gjennomføres vil avhenge av smittestoffet som er aktuelt, hvilken avdeling pasienten ligger på, pasientens behov og hvor på/i kroppen pasienten er smittet (Elstrøm, 2002). Helsedirektoratet utarbeidet derfor en nasjonal veileder for bruk av isolasjon i 1988 (revidert 2004) med standardiserte isoleringsregimer, samt felles krav og standarder ved isolering av pasienter.

Barn som har gjennomgått stamcelletransplantasjon får store doser cytostatika. De er derfor mer immunsupprimerte enn noen annen pasientgruppe, derfor gjelder spesielle isolasjonsregler. Kravene til isolasjonsreglene er absolutte det vil si at reglene gjelder uavhengig av blodverdiene. Denne pasientgruppen er underlagt streng isolasjon i opptil tre måneder etter inngrepet. De må ha enerom med sluse på sykehuset, de får bare omgås friske søsken og kun nærmeste familie for øvrig. Under visse forhåndsregler kan også de nærmeste vennene også komme på besøk (Bringager, Hellebostad, Sæter, 2003).

Ifølge Egeland (2010), viser undersøkelser at barn klarer seg bedre på isolat når de er godt forberedt, når de har et strukturert dagsprogram og når sykepleieren tar hensyn til deres behov på forskjellige områder. Barn har redusert forståelse for forholdsregler ved smitteforebygging samt evnen til å ta hensyn til dette (Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, 2004).

Isolatet ved beskyttende isolering har strenge krav. Det er egne krav til ventilasjon når det gjelder filtrering av luft, luftinntak og utblåsning. Isolatet skal alltid ha overtrykk for å hindre at luft strømmer inn fra andre rom. Eget toalett og egen dusj er påkrevd. Det skal være en sluse mellom rommet og korridor og kun én dør skal kunne åpnes om gangen. Slusen skal ha muligheter for håndvask og være delt inn i en ren og en uren sone. Det skal være skap, knagger og bør være plass til å skifte klær (Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, 2004). Vinduer og dører skal være lukket og rommet skal aldri luftes. Det må derfor være mulig å regulere temperatur og luftfuktighet (Elstrøm, 2002). Avhengig av graden av immunosuppresjon kan alle som går inn i rommet være nødt til å bruke beskyttelsesfrakk, munnbind, lue, hette eller egne sko. Som regel blir alle gjenstander som tas inn i rommet

desinfisert. Generelt skjermes immunosupprimerte pasienter mot alle med smittefarlige infeksjoner (Sosial- og Helsedirektoratet, 2009).

## 5.0 BARN I SYKEHUS

Dette kapittelet skal gi en bakgrunnsforståelse for målgruppen oppgaven omhandler.

Kapittelet har også til hensikt å avklare aspekter som påvirker sykepleie til denne målgruppen. Vi starter med teori om barns utvikling og kommunikasjon med andre barn. Vi utdyper videre begrepene stress, mestring og håp. Til slutt drar vi inn de aktuelle rettigheter som barn har i sykehus.

### 5.1 UTVIKLING OG KOMMUNIKASJON MED BARN

I tenårene skjer det både fysiologiske og psykologiske forandringer hos barnet. Barnet i ungdomstiden er i en mellomposisjon mellom barn og voksen. Barn i denne alderen skal gjerne finne seg selv og utvikle selvstendighet fra sine foreldre samtidig skal de utvikle nært vennskap med jevnaldrene og utvikle akseptabel sosial adferd. Venner betyr mye i ungdomsårene, men familiens trygge rammer har fortsatt stor betydning (Grønseth og Markestad 2005). Ifølge Stokkebekk (2007) er løsrivelsen fra foreldrene en av de viktigste utviklingsoppgavene til barnet. Denne løsrivelsen er med på å la barnet utvikle sin egen autonomi. Barnet fjerner seg fysisk fra hjemmet og viser større interesse for aktiviteter og relasjoner utenfor hjemmet slike som fritidsaktiviteter vennsforhold og kjærester. Barn i denne alderen begynner også å utvikle egne holdninger, verdier og idealer.

Piaget (1973) skriver om hvordan tankevirksomheten forandrer seg hos barn i 11- 12-års alder. Han skriver at barnet går fra å tenke konkret ”her og nå” til å kunne ha mer fri tankevirksomhet. Piaget kaller dette for formell tankevirksomhet eller ”hypotetisk-deduktiv”. Det vil si at barnet kan komme frem til slutninger basert på rene hypoteser og ikke bare via virkelige observasjoner.

Barnet i denne alderen begynner å kunne bygge opp egne refleksjoner og teorier. Stokkebekk (2007) henviser til Tetzner (2001) som skriver at det kan være sunt å skape avstand til foreldrene sine i ungdomsårene. Dette fordi at man skal utvikle et større kjennskap til seg selv og sine følelser, samt å bli kjent med mulighetene og begrensningene som man har. Løsrivelsen fra foreldrene og utviklingen av autonomien kan være alvorlig både for barnet og for foreldrene. Barnet er ofte ambivalent, på den ene siden er den trygge verden som barnet kjenner til, med sine begrensninger, på den andre siden er den frie verden med masse muligheter, men også krav (Ibid.).

Erikson (1963) skriver om hvordan barn som går inn i ungdomsårene må møte en fysiologisk indre revolusjon. Og at ungdom er opptatt av hvordan de blir oppfattet av andre sammenlignet med hvordan de ser på seg selv. Hallen og Evenshaug (1993) skriver også om hvor stor betydning kroppslige forhold har for hvordan ungdom oppfatter seg selv, og hvilke tanker de gjør seg om hvordan andre ser på dem. De skriver videre om at de unge blir enda mer følsomme for sin egen kropp i puberteten da de i denne perioden gjennomgår store kroppslige forandringer. Gutter sammenligner seg gjerne med det stereotypiske mannlige utseende, mens jenter fokuserer på den kvinnelige stereotypen (ibid.).

Informasjon bør tilpasses barnets utviklingsnivå (Tveiten, 1987). Det er viktig at man møter barnet der det er. Informasjonen som gis skal være sann. Men man bør ta en vurdering på informasjonen som man gir barnet. Og man bør være var for verbale og nonverbale signaler som barnet sender ut. Det å være ærlig ovenfor barnet er med på å bidra til at tillitten til omsorgspersoner og helsepersonellet blir opprettholdt (ibid.).

## 5.2 STRESS OG MESTRING

Når barn legges inn på sykehus vil dette medføre en rekke stressfaktorer for barnet. Sykehuset er ofte et ukjent miljø med særegne lukter, lyder og lys. De fleste av menneskene er ukjente og barnet blir ofte forstyrret av observasjoner, behandling og målinger som kan være skremmende i seg selv. Rutiner og daglige aktiviteter som gir trygghet erstattes av ubehag, smerte og sykdom. Innleggelsen fører ofte til at barnet får mindre tid med venner og familiemedlemmer. På sykehus mister barnet mye av sin uavhengighet og selvstendighet. Det er avhengig av helsepersonellet på avdelingen og blir ofte sittende å vente på resultater fra undersøkelser i stedet for å leke. Isolasjon på sykehus medfører begrensninger i lek og aktivitet. Stress øker barnets uttrykketsfølelse, krever energi, forsinker sårtilheling, virker negativt inn på immunforsvaret og forsterker smerteopplevelsen samt eventuelle andre symptomer (Grønseth og Markestad, 1998) Stress vil også i flere tilfeller føre til at barnet sover dårligere (Adler og Page (2008).

Barnets stressnivå stiger i takt med foreldrenes (Grønseth og Markestad, 1998). Tveiten (1987) skriver at en alvorlig diagnose hos et barn kan skape angst hovedsakelig på grunn av emosjonelle spenninger i omgivelsene og fordi barnet trolig opplever angsten hos



omsorgspersonene. Barn opplevde større engstelse i situasjoner hvor foreldrene overreagerte og viste stor bekymring, eller når foreldrene var ute av stand til å foreta seg noe. Barnas engstelse demper seg når foreldrene opptrer rolig og samlet i en situasjon (Dyregrov, 2000).

Lazarus og Folkman (1984) skriver at stress ikke bare er et produkt av miljøet, men avhenger av personen. Dette fordi hvert individ vil takle hver stressfaktor forskjellig. Sommerschild (1998) viser til Michael Rutter (1985) og hans begrep resilience. Resilience er en persons evne til å mestre en gitt situasjon og hun kaller begrepet motstandskraft på norsk.

Sommerschild samler informasjon fra sine kilder og sin forskning til det hun kaller ”Modell for mestringsvilkår”. Modellen sier at barnets motstandskraft i hovedsak avhenger av kompetanse og tilhørighet. Det at barnet har minst én fortrolig person samtidig som det opplever trygghet gjennom familien og forutsigbarhet gir en følelse av tilhørighet og egenverd. Nettverk og sosial støtte er viktig. Barnets følelse av egenverd er også avhengig av at det møter utfordringer som er mulige for barnet å løse samtidig som barnet får ansvar og føler at det er til nytte. Det å ha møtt og mestret motgang tidligere er en veldig viktig faktor i et barns motstandskraft (ibid.). Dette kan igjen bety at alder og utviklingstrinn er en faktor for motstandskraft (Gjærum, 1998). I følge Antonovskys (2000) teorier om mestringsmåte må helsepersonells fokus ligge på sunnhet og ikke sykdom. Fokuset har lett for å falle på stressfaktorer i stedet for pasientens ressurser.

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestringsstrategier som ”Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”. Mestringsstrategier er da tiltak som har sin hensikt i å takle indre og/eller ytre krav som overgår barnets ressurser. Å takle kan her bety minimere, unngå, tolerere eller akseptere. De snakker om kognitive og adferdsmessige tiltak som vil være i konstant endring gjennom mestringsprosessen og deler mestringsstrategier inn i to hovedgrupper: Emosjonelt-fokusert mestringsstrategier og problemfokusert mestringsstrategier. Emosjonelt-fokuserte mestringsstrategier er eksempelvis, fornektelse, unnvikelse, minimering/bagatellisering av problemet eller å distansere seg selv. ”We use emotion-focused coping to maintain hope and optimism ... and so on. These processes lend themselves to an interpretation of self-deception or reality distortion” (s. 151). Emosjonelt-fokuserte mestringsstrategier er altså tiltak for å gjøre opplevelsen av situasjonen mer positiv, men kan i noen tilfeller føre til en forvridd virkelighetsoppfatning. Problemfokuserte mestringsstrategier

retter seg mot å finne en løsning på situasjonen. Barnet søker informasjon, analyserer og vurderer (ibid.).

### 5.3 HÅP

”Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håpet” (Travelbee 2007, s.123).

Travelbee (2007) mener at sykepleierens rolle er å være tilgjengelig og villig til å lytte når den syke snakker om angst og frykt. Slik vil sykepleieren hjelpe vedkommende å opprettholde håp, samt å unngå håpløshet. Sykepleieren skal gi den hjelp det er behov for uten å måtte bli bedt om det, ansvaret for at hjelpen tilbys og blir gitt hviler på sykepleieren og ikke den syke. Hun skriver videre at valg er beslektet med håp. Sykepleieren bør derfor i den grad det er mulig la pasienten få lov til å ta sine egne valg hva gjelder sin egen pleie. Det er viktig at sykepleieren opparbeider seg tillitt gjennom å hjelpe den syke når behovet oppstår. Travelbee (2007) mener at sykepleieren ikke kan gi håp til andre, men gå inn for å legge til rette for at den syke skal kunne få oppleve håp.

Ifølge Miller og Powers (1988) og Herth (1995) i Breievne og Kristoffersen (2005) har håp en stor betydning for mennesker som lider og sykepleieren har en viktig rolle når det gjelder å fremme menneskers opplevelse av håp. I følge (Vaillot 1970) i (Rustøen 2001) bør sykepleieren med sin væremåte utstråle ekte håp. Rustøen (2001) skriver videre at dersom sykepleieren er engasjert og medfølelse vil dette gi nye krefter og skape håp hos pasienten. Hun skriver også at sykepleieren kan fremkalle håp ved å oppmuntre pasienten til å bruke egne ressurser. Når det gjelder mennesker med kreft så er håp identifisert som et av de viktigste elementene.

Travelbee (2007) skriver at håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner som tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Den som mangler håp vil ikke se noen løsninger på problemene eller veier ut av vanskelige situasjoner. Hun skriver videre at barnet lærer å ha tillitt gjennom morsskikkelsen og at det er gjennom denne tilliten at barn lærer at de vil få hjelp når de trenger det, håp springer også ut ifra denne kunnskapen, at man vil få hjelp utenfra når det er nødvendig.

*Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre.* Alle mennesker er avhengig av andre for å overleve. Det er ikke alltid like lett å måtte be om hjelp, det å være selvstendig er noe som er inngrodd. Det er noe som vi har lært oss fra vi var små. Men håp er direkte knyttet til det at andre skal kunne hjelpe oss, særlig når våre egne ressurser ikke strekker til. Vi kan med andre ord si at de som har akseptert hjelp fra andre og befinner seg i en avhengig situasjon, opplever håp. Fromm (1968) i Hinds (2004) sier at håp er en indre kvalitet som kommer i frem i interaksjon med andre mennesker. Den som har håp har en fornemmelse om at det han håper på er mulig og denne personen vil jobbe for å nå målet sitt. I en situasjon hvor man har en alvorlig sykdom vil man som regel trenge hjelpe av andre til å nå målet sitt. For at den syke skal kunne be om hjelp må de ha tillitt til at hjelperen er i stand til å yte hjelp og at det er mest sannsynlig at de vil gjøre det (Travelbee, 2007).

Personer som opplever håpløshet har vanskeligheter med å løse problemer og mestre vanskelige situasjoner i livet, dette fordi de tror at det er umulig å få til forandring. Personer uten håp mangler motivasjon og initiativ til å aktivt å gå inn for å endre livet. Det som kjennetegner en person uten håp er at han er ikke ser fremover men er orientert mot stunden her og nå. Håpløshet vil kunne føre til adferdsreaksjoner som pessimisme, desperasjon, aggresjon og apatisk likegyldighet (Travelbee, 2007).

Rustøen (2001) skriver det å bruke spørreskjemaer i å kartlegge håp hos pasienter vil fungere som et veldig bra hjelpemiddel til å få fram hvordan et barn opplever en situasjon totalt sett. Rustøen (2009) skriver videre at de som har det vanskeligst ikke alltid tar kontakt med helsepersonalet for å få hjelp. Et slikt kartleggings-skjema vil være et viktig hjelpemiddel for å få tak i de pasienter som har det vanskelig på et tidlig tidspunkt. Dette gjelder spesielt for kreftpasienter. Herths håpsindeks er en forkortet versjon av Herths håpsskala. Den består av tolv ulike utsagn som besvares med en likhetsskala fra 1 (helt enig) til 4 (helt uenig) Denne blir også ofte brukt på mennesker med kreft. Det som er positivt med denne skalaen er at den tar kort tid å besvare og vil da være mindre belastende for personer med truet håp (Rustøen 2001).

#### 5.4 BARNES RETTIGHETER I SYKEHUS

I Norge defineres barn som personer under 18 år. Informasjon som gis barn skal være tilpasset alder og modenhet for å sikre at barnet har forstått informasjonen samtidig som at informasjonen er gitt på en hensynsfull måte (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (sosial- og helsedepartementet, 2000) forklarer barns rettigheter i sykehus og foreldrenes krav i forhold til barnets innleggelse. Forskriften sier blant annet at barnet helst skal tas vare på av det samme personalet under hele oppholdet og det kreves at personalet har kunnskaper om barns utvikling og behov. Personalet skal også kunne veilede foreldre/personer med foreldreansvaret om mulige reaksjoner barnet kan få på innleggelsen og sykdommen. Barnet har rett til å ha minst én av foreldrene sine med seg under hele oppholdet på sykehus med mindre dette kan være negativt for barnet. Barn har rett til å få besøk utenom standard besøkstid. Det skal være muligheter for aktiviteter tilpasset helsetilstand, alder og utviklingstrinn. Samtidig har barnet rett på undervisning mens det ligger på sykehus (ibid.).

## 6.0 DRØFTING

*Hvordan kan sykepleier hjelpe barn med akutt lymfatisk leukemi å mestre samt opprettholde håp på isolat etter stamcelletransplantasjon?*

Isolasjon av barn med leukemi som har vært gjennom en stamcelleoperasjon medfører både fysiske og psykiske utfordringer. Vi vil i drøftingen belyse ulike aspekter som vil påvirke håp og mestring samt diskutere disse ulike utfordringene opp mot tiltak som bør iverksettes.

Orems teori om egenomsorgsbehov vil vi bruke som mal for hvilke behov et barn på isolat trenger assistanse for å få dekket. Vi vil belyse problemstillingen gjennom å besvare spørsmål som omfatter de ulike aspektene ved isolasjonen.

Barnets opplevelse av isolasjonen samt sykepleiers rolle i forhold til å nære håp og mestring blir belyst gjennom fire deler presentert som spørsmål. Det første er: hvordan påvirker håp og mestring barnets opplevelse på isolat? Vi vil her gi en grunnleggende innføring i hvilken rolle vi mener håp og mestring har for det syke barnet. I de to neste delene vil vi diskutere forhold på isolatet som truer egenomsorgsbehov knyttet til sosiale aspekter og barnets selvbylde, samt hvordan dette igjen vil påvirke håp og mestring. I den siste delen fokuserer vi på sykepleiers rolle. Vi baserer oss her på de problemområder som vi har avdekket i tidligere deler av drøfting og viser våre synspunkter når det gjelder hvordan sykepleier kan legge til rette for at barnet opplever håp og mestringsfølelse.

### **Hvordan påvirker håp og mestring barnets opplevelse på isolat?**

Når barnet blir lagt på isolat medfører dette en stor belastning for barnet da både isolasjon, sykdom og behandling fører med seg en rekke stressfaktorer. I hvor stor grad barnet er i stand til å takle stresset og mestre situasjonen avhenger av barnets motstandskraft. Stress kan påvirke barnets søvn. Stress krever unødvendig energi, forsinker sårtilheling og virker negativt inn på immunforsvaret. Phipps (2002) viser til Phipps et. al. (1995) og skriver at de høye nivåene med stress forbundet med stamcelletransplantasjon kan ha en sammenheng med forstyrrelser i selvbylde og sosial funksjon i ettertid. Det er derfor en viktig del av sykepleiers rolle å motvirke stress. Det er også sykepleiers oppgave å påse at barnets mestringsvilkår ligger mest mulig til rette. Med utgangspunkt i Sommerschilds modell for mestring kan sykepleier sørge for at barnets motstandskraft er optimal i forhold til barnets potensial.

Grønseth og Markestad (1998) nevner hvordan stress øker barnets utrygghetsfølelse samtidig som smerteopplevelsen og andre symptomer blir mer tydelige for barnet. Dette ser vi i sammenheng med det Orem sier om personers fokus ved helsesvikt. Barnets behov ved helsesvikt vil være rettet mot seg selv og det samme vil barnets fokus. Dette bekreftes av norsk forskning som Rustøen, Wahl og Burchardt (2000) har utført. De har laget en oversikt (Fig. 1) over hva som betydde mest for de kreftpasienter som deltok i undersøkelsen i forskjellige stadier av sykdomsforløpet. Egen helse var jevnt over noe av det viktigste.

Barnets tidligere erfaringer spiller inn på barnets motstandskraft. Et barn med leukemi har vært gjennom store påkjenninger allerede før stamcelleoperasjon blir aktuelt. Tidligere målinger, prøver og behandling vil være utfordringer som pasienten har vært nødt til å møte. Sykdommen medfører også en rekke symptomer og plager som vil påvirke barnet gjennom hele sykdomsforløpet og som barnet tidligere har vært nødt til å ta stilling til. Hvis barnet har mestret disse utfordringene på hensiktsmessig måte vil det gjøre at barnet stiller sterkere når det gjelder å mestre isolasjonen.

Håp vil være en veldig viktig faktor for et isolert barn med leukemi. Travelbee (2007) skriver at håp vil gjøre mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner som tap, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Et barn med leukemi vil oppleve lidelse både i form av bivirkninger av cytostatikabehandlingen samt i form av konsekvenser av selve sykdommen. Når dette barnet i tillegg befinner seg isolat vil faktorer som kjedsomhet og ensomhet være sentrale. Travelbee (2007) skriver også at håp er avhengig av andre. Barnet som befinner seg i isolat vil jo være sterkt avhengig av både foreldre sykepleier, hun trekker også frem at sykepleierens rolle er viktig i det å gi håp.

### **Hvordan påvirker isolasjon, sykdom og behandling barnets sosiale behov, og hvordan vil dette påvirke barnets håp og mestring?**

Orem (2001) definerer behovet for balanse mellom ensomhet og sosial deltakelse som et universelt egenomsorgsbehov. Som regel er isolasjonstiden etter stamcelleoperasjon rundt tre måneder. Isolasjonen fører med seg en rekke smittetiltak som kan forsterke barnets følelse av ensomhet. Barnet vil i de fleste tilfeller isoleres på enerom. Rommet slipper ikke inn stimuli fra utsiden i form av lukter og lyder. Barnet styrer ikke selv når familie og venner har

mulighet til å komme på besøk og det er derfor vanskelig for barnet å selv styre den sosiale deltakelsen. Sykdom og behandling i seg selv hindrer sosial utfoldelse. Dette på grunn av symptomene disse medfører. Sosial deltakelse dreier seg også om nærhet og dette behovet kan derfor knyttes opp mot behovet for trygghet og nærhet som Orem (2001) definerer som et utviklingsrelatert behov. Barnet på isolat er utenfor foreldrenes trygge rammer. Barnet vet at det ikke ligger i foreldrenes makt om det blir friskt eller ikke. Likevel søker barnet trygghet hos foreldre da trygge og rolige foreldre kan gjøre barnet mindre urolig. Omvendt kan også barnet påvirkes av urolige eller utrygge foreldre. At foreldrene vil kunne måtte bruke munnbind mener vi kan være med på å skape en barriere mellom barnet og foreldrene. Den nærheten som barnet er vant til kan bli truet.

Andre utviklingsrelaterte behov Orem (2001) nevner som omhandler det sosiale aspektet er behovet for tilrettelegging av miljø for å unngå over eller understimulering, samt behovet for kognitiv og affektiv utvikling. Barnet vil få mange nye inntrykk gjennom sin behandling, men samtidig vil det få lite nye impulser fra selve miljøet på isolatet. Hjelpeapparatet rundt barnet har mye informasjon som skal meddeles om behandling og resultater for prøver og undersøkelser. Samtidig vil barnet etter hvert få lite nye inntrykk som går på lyd, lukt, lys og opplevelse. Isolatet vil gi lite rom for kognitiv utvikling da barnet blir tatt ut av skole. Fokus på behandling gjør at det kan være vanskelig å fokusere. Samtidig vil det ikke være lett å tilpasse læringsmiljø i form av gruppearbeid eller annen interaksjon med medelever grunnet restriksjoner i besøk.

Som Hinds (2004) siterer From (1968) i sin artikkel er håp en indre kvalitet som kommer fram i interaksjon med andre mennesker. Grunnet de restriksjoner isolasjon fører med seg har barnet på isolat begrenset mulighet til sosial deltakelse og håpet vil derfor stå i fare for å bli påvirket. Som Travelbee (2007) skriver er håp sterkt relatert til avhengighet av andre. Det vil derfor være rimelig å si at det er en klar sammenheng mellom håp og barnets sosiale behov. Dette støttes også av funnene til Wu, Chin, Haase og Chen (2009): "While being depressed and receiving chemotherapy, they [foreldrene] supported and encouraged me to go through the distress, leading me to see the bright side".

Begrensing av sosial deltakelse kan være en stressfaktor i seg selv. Ensomhet og barrieren mellom barnet og foreldre i form av smittetiltak vil være utfordringer som barnet er nødt til å mestre. Sommerschild (1998) forklarer at en følelse av tilhørighet og samhold med familie er

viktige faktorer for barnets muligheter for mestring. Begrensningen i sosial deltakelse vil derfor gå ut over barnets motstandskraft. Motstandskraften til barnet avhenger også av at barnet blir møtt med utfordringer som det må løse og dermed føler egenverd. Isolasjonen legger ikke til rette for utfordringer som går på barnets kognitive evne.

Hverdagen til barnet på isolat vil bestå av helt andre rutiner enn barnet ellers er vant til. Barnet har liten innflytelse på rutinene ved avdelingen og dette medfører at barnets autonomi står i fare for å bli truet. Barnet har mindre bestemmelsesrett over eget liv. Vi tenker da blant annet på begrensning av bevegelse, matrutiner og restriksjoner hva gjelder sosial omgang. Ofte vil foreldrene tilbringe mer tid med barnet enn ellers. Samtidig vil barnet tilbringe mindre tid med venner. Dette gjør at barnet står i fare for å bli veldig avhengige av foreldrene, noe som også kan gå ut over barnets autonomi. Samtidig har ikke barnet full bestemmelsesrett over egen behandling, men har kun rett til å si sin mening om behandlingen. Barnet er derfor avhengig av foreldrene når det gjelder egen behandling også. Stokkebekk (2007) henviser til en artikkel hvor Tetzner (2001) skriver om at det kan være sunt for barnet i ungdomsårene å skape avstand til foreldrene. Dette fordi barnet skal utvikle sin autonomi gjennom å løsrive seg fra foreldrene og bli kjent med egne følelser, muligheter og begrensninger. Barnets autonomi henger sammen med barnets motstandskraft. Dette fordi barnets motstandskraft avhenger av barnets kompetanse og følelse av egenverd. Wu, Chin, Haase og Chen (2009) skriver at kreften fører med seg faktorer som barnet ikke kan endre på og at barnet derfor vil miste selvtillit og opptre passivt. Sommerschild (1998) skriver at det å få og ta ansvar også er en faktor for mestring. Dersom barnet opplever håpløshet står dets autonomi i fare. ”Om de [personer som opplever håpløshet] er klar over at de har et valg, mangler de vanligvis initiativet eller den motivasjonskraften som kunne sette dem i stand til aktivt å gå inn for å endre livet” (Tavelbee, 2007, s. 122).

### **Hvordan påvirker isolasjon, sykdom og behandling barnets selvbilde, og hvordan vil dette påvirke barnets håp og mestring?**

Orems (2001) helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov dreier seg i hovedsak om barnets selvbilde. Dette fordi det syke barnet vil få fokus på seg selv og sykdommen. Barnet vil ha behov for innsikt i sykdomsbildet når det gjelder behandling og bivirkninger av behandling. Piaget (1973) forklarer hvordan barnets tankevirksomhet endrer seg rundt 12-årsalderen. Hvor han forklarer barnets evne til å tenke hypotetisk. Dette gjør at barnet har mulighet til å



sammenheng mellom sykdom og nødvendig behandling. Barnet vil derfor ha behov for å gjennomføre den behandlingen som helsepersonell iverksetter i tråd med Orems (2001) helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Sett ut fra disse behovene vil barnet også ha behov for å tilpasse sitt selvbilde gjennom å akseptere sin helsestatus og sine behov for helsehjelp. Wu, Chin, Haase og Chen (2009) fant i sin studie at barnets selvtillit vil synke i tråd med at dets fysiske og psykiske lidelse øker.

Barnet vil også være i stand til å se sammenheng mellom kroppslige forandringer og behandling. Sommerschild (1998) viser til forskning (Harter, 1989) som sier at godt utseende var ansett som det viktigste for et godt selvbilde av barn i alle aldre. Barnets selvbilde vil derfor påvirkes av de fysiske forandringene som sykdommen og behandlingen medfører. De fysiske forandringene vil påvirke barnets følelse av normalitet og behovet for normalitet står derfor også i fare for å ikke bli dekket. Bildet barnet har dannet seg over hva som er normalt for jevnaldrende barn vil være ulikt det barnet selv opplever. Erikson (1963) skriver at barnet i ungdomsfasen vil være særlig opptatt av hvordan det blir oppfattet av andre. Fysiske endringer barnet merker seg omfatter blant annet håravfall, vekttap, muskelsvinn og såre slimhinner. Behandlingen barnet får gjør også at mulighetene for infertilitet er veldig store. ”Not only has their external bodily appearance changed due to their cancer treatment, making them different from their peers and feeling less attractive, but also their normal sexual development has been affected” (Palmer og Evans, 1997, henvist fra Evans, 1997, s. 180). Barnets endrete selvbilde som bakgrunn av behandling beskrives av Juvakka og Kylma (2009) som en faktor som kan true barnets håp. Barnets selvbilde er en viktig faktor når det gjelder barnets motstandskraft da et lavt selvbilde vil påvirke barnets følelse av egenverd og kan true motstandskraften: ” ... selvbilde-forskerne finner at barn med et godt selvbilde viser mestrende atferd” (Sommerschild, 1998, s. 43)

Orems (2001) helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov viser at barnet vil få behov for informasjon om sykdommen. Dette beskrives Lazarus og Folkman som en problemfokustert mestrings-strategi i det å søke informasjon, samt analysere og vurdere informasjonen som barnet finner. Dagens internettgenerasjon har nærmest ubegrenset tilgang til informasjon hva gjelder både sykdom og behandling. Gjennom internett vil barnet finne mye forskjellig informasjon som kan skape et uvirkelig bilde av både sykdom og behandling. Juvakka og Kylma (2009) skriver at informasjon om sykdommen er en faktor som kan true håpet.

One of the adolescents told that he had started to look for information in the beginning of the illness. However, he had given it up because it was difficult for him to distinguish trustworthy information from unreliable. Moreover, he experienced that this informational conflict added to his anxiety (Juvakka og Kylma, 2009, s. 196)

### **Hva er sykepleiers rolle i det å hjelpe barnet med håp og mestring på isolat i forhold til sosialt behov og selvbylde?**

Sykepleierens rolle i samhandlingen mellom sykepleier og barnet på isolat vil være å dekke barnets egenomsorgsbehov. Sykepleieren innehar en støttende rolle samtidig som at vedkommende sitter på kompetanse. Sykepleierens pedagogiske funksjon er derfor viktig i tillegg til direkte pleie og fysisk støtte. Barnet og dets pårørende vil støtte seg til sykepleier for informasjon om sykdom, behandling, samt muligheter og rettigheter knyttet opp mot isolasjonstiden. Travelbee (2007) trekker inn det å opprettholde håp som en stor del av sykepleierens rolle. For å få et innblikk i barnets håp synes vi det er viktig at sykepleier benytter seg av spørreskjema som for eksempel Herths Håpsindeks. Forskning utført av Phillips-Salimi, Haase, Kintner, Monahan og Azzouz (2007) viser at Herths Håpsindeks et måleinstrument som er lett og administrere, men som samtidig gir en pålitelig innsikt i barnets følelse av håp. Dette kan gi en indikasjon på i hvor stor grad barnet føler håp og vi mener det kan være med på å gi grunnlag for hvilke tiltak som må iverksettes.

Vi mener sykepleieren bør iverksette tiltak som går ut på å minimere og redusere de stressfaktorer som barnet på isolat vil oppleve. Vi tenker da eksempelvis på tiltak i forhold til det ukjente miljøet rundt barnet ved isolering. Miljøet bør tilpasses barnet mest mulig. Ida fra boka Idas dans (2005) forklarte viktigheten i at søsteren hennes kom med hjemmelaget mat nærmest hver dag under sykehusoppholdet. Idas dans gir også et bilde over hvor mye hun satte pris på det å kunne bruke sine egne klær i stedet for klær fra sykehuset. Hun følte hun ble mindre institusjonalisert. For å gjøre miljøet mest mulig kjent for barnet bør barnet få ha med gjenstander som barnet er kjent med. Vi tenker da for eksempel på egen telefon og data. Vi ser for oss at det også vil være viktig med bilder av familien.

I den mest kritiske fasen av isolasjonen vil barnet kun få besøk av den nærmeste familie og venner. Sykepleier må legge til rette for barnets sosiale deltakelse gjennom å oppmuntre til bruk av sosiale medier. Barnet kan kommunisere med venner og pårørende gjennom

telefonsamtaler og internett. I dag har barnet på isolat andre muligheter til å kommunisere enn det ville hatt for et tiår siden. Dette betyr at dagens barn vil ha lettere tilgang til sosial støtte og et større nettverk, noe som ifølge Sommerschild (1998) tilsvarer høyere motstandskraft. Dagens generasjon kan holde kontakten med venner og familie gjennom sosiale medier som Facebook og Twitter. Dette kan også gjøre barnet mer autonomt da det blir lettere for barnet å bestemme når det vil sosialisere og når det vil være alene. Regine fra Regines bok (2010) brukte blogging som et middel til å holde kontakt med omverden. Vi mener også at det er viktig for sykepleier å gjøre seg tilgjengelig for barnet. Barnet må kunne ta kontakt når som helst. Vi ser det som en fordel at barnet har krav på å ha minst én forelder hos seg under hele oppholdet da dette kan gi barnet mer motstandskraft. Foreldrenes nærvær kan skape trygghet hos barnet samtidig som at barnet har mulighet til å føle nærhet. Et annet tiltak for å skape trygghet hos barnet er å oppnevne en primärsykepleier. Primärsykepleier skal være en tilgjengelig person som barnet blir kjent med og har tillit til. Primärsykepleier kan også fungere som avlastning for barnets foreldre. Dette oppfyller også det forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (1999) sier om at barnet skal følges opp av det samme personalet under hele oppholdet.

Det blir likevel viktig at sykepleier prøver å forhindre at barnet blir for avhengig av andre. Vi mener sykepleier bør tilstrebe å legge forhold til rette for at barnet i mest mulig grad kan beholde sin egen autonomi da dette er viktig for barnets mestringsfølelse. Motstandskraft avhenger av selvtillit og egenverd, og autonomien er da en viktig faktor. Egeland (2006) foreslår at sykepleier sammen med barn og foreldre lager dagsprogram med oversikt over avtaler, undersøkelser og aktiviteter. Dette er samtidig med på å strukturere hverdagen noe som kan gi barnet en følelse av trygghet og forutsigbarhet. Juvakka og Kylma (2006) viser til at barnet i noen tilfeller ikke vil involveres i behandlingen i det hele tatt. De sier dette skyldes at barnet benytter seg av emosjonelt-fokuserte mestringsstrategier og unngår alt som har med sykdommen og gjøre. Vi mener at barnet likevel bør få mulighet til å involveres i behandlingen. ”Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det” (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 1999). Barnet bør involveres i hvordan, hvor og når undersøkelser skal utføres så langt dette er mulig.

Utformingen av miljøet på isolatet bør også basere seg mest mulig på barnets ønsker. Ofte tilbys barnet ønskekost, noe som kan gjøre barnet i stand til å få i seg litt næring til tross for kvalme. Ifølge Travelbee (2007) vil det å la barnet ta egne valg en viktig del av sykepleiers

rolle for å nære håp: ”Siden håp er beslektet med valg lar sykepleieren så sant det er mulig den syke få ta beslutninger angående sin egen pleie” (s. 124). Det isolerte barnet er i en situasjon hvor det har lett for å bli avhengig av andre blant annet fordi dets håp avhenger av andre.

En viktig del av sykepleiers rolle er å formidle informasjon til barnet og dets foreldre. Tveiten (1987) sier det er viktig at sykepleieren tilpasser informasjonen som skal gis etter barnets utviklingsnivå. Hun sier at sykepleier må være ærlig, men at informasjonens form må tilpasses barnet. Dette samsvarer med det lov om pasient og brukerrettigheter (1999) sier: ”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte”. For å opprettholde tillit med barnet er det viktig at sykepleier er ærlig. Informasjonen som blir gitt må derfor være sann. Slik vi ser det er spørsmålet hvor mye informasjon som skal gis. I en artikkel skrevet av Rustøen og Hanestad (1996) viser de til forskning gjort av Grahn og Johnson (1990) hvor de kom frem til at kunnskap spiller en viktig rolle i det å fremme håp. Kunnskap om sykdommen kan gi en følelse av trygghet og kontakt med virkeligheten. Studiene viste videre at mange kreftpasienter ønsket mer informasjon om sykdommen. Dette samsvarer med det Orem (2001) skriver om behov for informasjon om sykdommen og alt denne medfører. Samtidig skriver Grahn og Johnsons (1990) at informasjonen som gis pasienten skal basere seg på hva pasienten er nødt til å vite, hvorpå Rustøen og Hanestad (1996) konkluderer med at uønsket informasjon kan ødelegge håpet i stedet for å styrke det.

Sommerschild (1998) skriver at kompetanse er avgjørende for barnets motstandskraft. Vi ser at barnet ikke bør få tilgang til all informasjon og at informasjonen som gis bør tilpasses hvert barn individuelt. Vi mener sykepleier må oppfordre barnet til å basere seg på informasjonen som gis av helsepersonell fremfor den informasjonen barnet finner på internett. Vi ser at det da vil være viktig at barnet føler at det får tilstrekkelig med informasjon fra helsepersonell slik at behovet for å søke etter dette er dekket.

Sykepleiers rolle vil omhandle det å berolige barnet. Som tidligere nevnt vil barnets selvbilde bli påvirket av isolasjon, sykdom og behandling. Som Travelbee (2007) skriver ser ikke barnet fremover i en situasjon som ser håpløs ut, men fokuserer på stunden her og nå.

Derfor synes vi det er en viktig oppgave for sykepleieren å forklare for barnet at bivirkningene det opplever i forbindelse med behandlingen mest sannsynlig vil gå over etter endt behandling. For eksempel vil barn som har mistet håret få dette igjen etter endt behandling. Faren for infertilitet er stor og det er derfor ikke unormalt å fryse sædceller eller egg hvis dette er aktuelt. Det er heller ikke unormalt at barn som mister håret etter slik behandling får tilbud om parykk da dette kan hjelpe på følelsen av normalitet frem til håret eventuelt vokser ut igjen. Som tidligere vist kan et bedre selvbilde øke barnets motstandskraft.

Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon (2000) sier at barnet skal ha muligheten til å drive på med aktiviteter tilpasset helsetilstand, alder og utviklingstrinn. Samtidig har barnet rett på undervisning mens det ligger på sykehus. Hobbyer, skole og fysisk aktivitet kan være med på å trekke barnets fokus bort fra seg selv og sykdom. Det er en del av sykepleierens rolle å legge til rette for, samt informere barnet om mulighetene det har på isolatet. Både undervisning og hobbyer vil være viktige mestringsarenaer for barnet. Her blir barnet bevisst på sine ressurser og fokuserer kanskje mindre på sine begrensninger. Vi anser det som viktig at sykepleier er med på å tilpasse både aktivitet og undervisning til et nivå som møter barnet på riktig funksjonsnivå da det ellers vil kunne fungere mot sin hensikt. Vi viser da til Antonovsky (2000) som sier at det å ha fokus på det friske hos pasienten vil være helsefremmende.

## 7.0 KONKLUSJON

Det å isolere et barn er et drastisk tiltak som er en betydelig belastning for barnet. Isolasjonen er likevel et smittetiltak som barnet er nødt til å gjennomføre etter å ha vært gjennom en stamcelletransplantasjon. Denne belastningen kommer som en ekstra påkjenning til de utfordringer som krefttypen akutt lymfatisk leukemi allerede medfører.

Sykepleieren vil ha en sentral rolle i det å tilrettelegge for at denne perioden blir best mulig. Sykepleierens rolle innebærer å pleie, hjelpe og støtte, men også å undervise samt tryggjøre barnet. Med utgangspunkt i Orems egenomsorgsbehov mener vi sykepleier vil kunne se utfordringer som truer barnets håp og mestring på isolatet. Dette både når det gjelder isolasjonen i seg selv og de problemer sykdom og behandling fører med seg.

Det er viktig at sykepleier legger til rette for at barnet har høyest mulig motstandskraft og samtidig reduserer stressfaktorer så langt det er mulig. Sykepleier må styrke barnets selvbilde gjennom å ta hensyn til barnets autonomi og la dets mening være i fokus. Slik vil også barnets håp styrkes. Barnet må ha sine muligheter på isolat klart for seg, og dette er sykepleiers ansvar. Til tross for isolasjonen har barn i dag gode muligheter når det gjelder sosial deltakelse. Barnets muligheter innebærer barnets ressurser. Vi anser det at sykepleier hjelper barnet å være bevisst på sine egne ressurser som en del av det å styrke barnets mestringsfølelse.

## LITTERATUR

\*Adler, N.E. & Page, A.E. (2008). *Cancer care for the whole patient – meeting psychosocial health needs*. Washington: The national academies press.

\*Antonovsky, A. (2000). *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

\*Azzous, F., Haase, J.E., Kintner, E.K., Monahan, P.O., Phillips-Salimi, C.R. (2007). Psychometric Properties of the Herth Hope Index in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Journal of nursing measurement*, 1(15), 3-22.

Breivne, G., og Kristoffersen, N. J. (2005) Lidelse, Håp og livsmot. F. Nortvedt, N J. Kristoffersen, E A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. (1.utg., s. 157-205). Oslo: Gyldendal Akademiske

\*Brinch, L.(2009) Myelomatose og leukemi hos voksne. R. Kåresen og E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (3.utg., s 339-350). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Bringager, H., Hellebostad, M., & Sæter, R. (2003). *Barn med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

\*Burchardt, C., Rustøen, T., Whal, A. (1999). Changes in the Importance of Quality of Life Domains After Cancer Diagnosis *Scandinavian Journal of Caring Science*. 14(4): 224-31

\*Cantrell, M.A. (2008). The power of positive thinking. *Cancer nursing practice*, 7(10), 18 - 19.

\*Chen, C.H., Chin, C.H., Haase, J.E., & Wu, L.M. (2009). Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2358-2366.  
doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05097.x

\*Corwin, G. (2005). *IDAs dans en mors beretning*. Lysaker: Dinamo Forlag

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Egeland, S. E., (2006). Barns behov på isolat. *Sykepleien*, 94(05), 42-43 Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117571/barns-behov-pa-isolat->

\*Egeland, S. E. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. A M. Reitan og T K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*. (3.utg., s. 692-705). Oslo: Akribe

\*Elstrøm, P. (2002) smittevern i helseinstitusjoner. Oslo: Gyldendal Akademiske

\*Erikson, E. H. (1968) Barndommen og samfunnet. Oslo: Gyldendal norsk forlag

\*Evans, M. (1997). Altered body image in teenagers with cancer. *Journal of Cancer Nursing*. (1)4.177-182.

\*Evenshaug, O., Hallen, D. (1993) Barnets utvikling Fra spedbarn til tenåring. Ad Notam Gyldendal AS

\*Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2008). Att göra systematisk litteraturstudier: vårdning, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur og kultur

\*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, (2008). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/>

\*Gjærum, B. (1998). Mestring av omfattende problemer hos barn og foreldre – har vi empirisk kunnskap og bygge på? Gjærum, B., Grøholdt, B., & Sommerschild, H (Red.), *Mestring som muligheter i møte med barn, ungdom og foreldre* (s. 64-94). Tano Aschehoug.

\*Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nortvedt, M.W., & Reinart, L.M. (2007). Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund



\*Grønseth, R., Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

\*Hinds, P.S. (2004). The Hopes and Wishes of Adolescents With Cancer and the Nursing Care That Helps. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 927-934. doi: 10.1188/04.ONF.927-934

\*Ibsen, K.K., Talbro, A., & Aastrup, D.L. (2000). *Pædiatrisk sygepleie og pædiatri*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

\*Juvakka, T., og Kylma, J.(2009). Hope in adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 13, 193-199. doi: 10.1016/j.ejon.2008.12.004

\*Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV1999-07-02-63. § 3-5. (2011). Lokalisert på <http://www.lovdato.no/>

\*Orem, D.E. (2001). *Nursin Concept of Practice*. (Sixth edition). St. Louis, Mo: Mosby

\*Phipps, S. Reduction of distress associated with paediatric bone marrow transplant: complementary health promotion interventions. *Pediatric Rehabilitation*, 4(5), 223-234. doi: 10.1080/1363849021000064553

\*Piaget, J. *Barnets psykiske utvikling* (1973) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\*Rustøen, T. (2001) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Rustøen, T., & Hanestad, B.E. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*. 19-27

\*Sommerschild, H. (1998). Mestring som styrende begrep. Gjørum, B., Grøholdt, B., & Sommerschild, H (Red.), *Mestring som muligheter i møte med barn, ungdom og foreldre*. (S.21-60). Tano Aschehoug.

\*Sosial og helsedirektoratet. (2004). *Isoleringsveilederen Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Lokalisert på:  
<http://www.fhi.no/dav/A6C04CB312.pdf>

\*Stokke, R. (2010) Regines bok En ung jentes siste ord. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (2007). Mellommenneskelige forhold i sykepleien. Oslo: Gyldendal Akademiske

\*Tveiten, S. (1987) Barnesykepleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal

VEDLEGG 1.

PICO-SKJEMA

P	I	C	O
Barn, Children, child, Adolescents,	Cancer, leukemia, isolat/isolation/patient isolation, hematopoetic stem cell transplantation, bone marrow transplantation, Herth, nursing,		Coping, hope, empowerment, quality of life (qol), experience, self concept, body image,

VEDLEGG 2.

SØKEHISTORIKK

DATO	SØKEORD	DATABASER	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRAKT	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
18.01.12	Barn, isolat	Sykepleien.no		2	1	1	“Barns behov på isolat”
18.01.12	Patient isolation AND neoplasms AND experience	Ovid Nursing	2005-2012 Full tekst	11	1	0	
18.01.12	Patient isolation AND leukemia	Ovid Nursing	2005-2012 Full tekst	2	0		
18.01.12	Patient isolation AND coping	Ovid Nursing	2005-2012 Full tekst	17	2	0	
18.01.12	Coping AND cancer AND Adolescents	CINAHL	2005-2012 Full tekst	17	2	1	“Coping experiences of adolescents with cancer: a qualitative study”
03.02.12	Adolescents AND cancer AND hope	CINAHL	2005-2012 Full tekst	20	2	2	“The power of positive thinking” og “The Hopes and Wishes of Adolescents With Cancer and the Nursing Care That Helps”
03.02.12	Coping AND hope AND isolation	CINAHL	2005-2012 Full tekst	4	0		

03.02.12	Cancer AND hope AND isolation	CINAHL	2005-2012 Full tekst	4	0		
03.02.12	Nursing AND hope AND cancer	CINAHL	2005-2012 Full tekst	88	2	1	“Nursing intervention to increase hope in cancer patients”
03.02.12	Coping AND adolescents AND self concept	CINAHL	2005-2012 Full tekst	9	1	0	
10.02.12	Cancer AND quality of life	Science Direct	1998-2000	137	1	1	“Changes in the Importance of Quality of Life Domains After Cancer Diagnosis”
10.02.12	Hematopoetic stem cell transplantation AND adolescent	Science Direct	2005-2012	60	5	2	0
10.02.12	Cancer AND hope AND adolescents	Science Direct	2005-2012	342	5	3	“Hope in adolescents with cancer”
16.02.12	Children AND bone marrow transplant	CINAHL	2005-2012 Full tekst	16	2	1	“Reduction of distress associated with paediatric bone marrow transplant: complementary health promotion interventions”

17.02.12	Body image AND cancer AND adolescent	Science Direct	1997-2012	5271	8	3	“Altered body image in teenagers with cancer”
20.02.12	Herth AND adolescent AND cancer	Ovid Nursing	2005-2012 Full tekst	8	4	1	“Psychometric Properties of the Herth Hope Index in Adolescents and Young Adults With Cancer”

