



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Barns reaksjoner når mamma eller pappa har kreft
Childrens reactions when Mom or Dad has cancer**

Rigmor Østhus

Judith Malen Vestavik

Totalt antall sider inkludert forside: 57

Molde, 27.11.2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Barns reaksjoner når mamma eller pappa har kreft.

Tittel på engelsk: Childrens reactions when Mom and Dad has cancer.

Forfatter(e): Rigmor Østhus og Judith Malen Vestavik

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Britt Mari Olsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 2 November 2009

Antall ord: 11 807

Sammendrag

Bakgrunn: Kreft er en sykdom som har høy forekomst i Norge. Det at en forelder får diagnosen kreft er en stor påkjenning for barnet. Barnets liv påvirkes på flere måter. Ofte er hjelpen til barna for liten eller ikke eksisterende.

Hensikt: Vi ville belyse hvordan sykepleiere kan være til støtte for barns reaksjoner, opplevelse og erfaringer som pårørende, når mor eller far har en kreftdiagnose.

Metode: Vi utførte en litteraturstudie basert på ti artikler. Syv artikler var kvalitative, en kvantitativ og to både kvalitative og kvantitative.

Resultat: Viste viktigheten av mestring av kriser hos barnet. Foreldre – barn forholdet, deres kommunikasjon og tillit til hverandre samt kontinuering av barnets normale dagligliv viste seg også som viktig.

Barn kan utvikle atferdsproblemer når de opplever at mor eller far er rammet av kreft.

Funnene våre viste også at det er viktig at barna forstår hvorfor de reagerer som de gjør og at de får informasjon om situasjonen, tilpasset barnas alder.

Konklusjon: Våre hovedfunn består av barns reaksjoner og mestrende faktorer, hvor en forelder har kreft. Sykepleier spiller en sentral rolle i å tilby best mulig støtte for barnet, og bidra til at barnet kommer seg gjennom situasjonen.

Nøkkelord: Barn, Foreldre, Reaksjoner, Kreft, Sykepleie.

Abstract

Background: Cancer is a disease with high occurrence in Norway. To experience parental cancer, is for a child a big stress-factor. It affects the child's life in many ways. Support of children is often too little or non-existing.

Purpose: We wanted to shine a light on how nurses can support the children in their reactions and experiences, when mom or dad has cancer.

Method: We did a literature study based on ten articles. Seven were qualitative, one quantitative, and two were both qualitative and quantitative.

Results: Our results showed the importance of the child's coping of the crisis. The parent-child relationship, trust within each other, and continuance of their normal daily life, proved to be important.

Children can develop behavioral problems when mom or dad has cancer.

Our findings also show the importance that the children understand why they react like they do, and that they get age adapted information about the situation.

Conclusion: Our main findings consist of children's reactions and coping factors when their mom or dad has cancer. Nurses play an important part in offering the child best possible support and contribute helping it through the situation.

Keywords: Children, Parents, Reactions, Cancer, Nursing.

*Kom ikkje med heile sanningi,
kom ikkje med havet for min tørste,
kom ikkje med himmelen når eg bed um ljøs, men kom med ein glimt,
ei dogg, eit fjom, slik fuglane ber med seg
vassdropar frå lauget og vinden eit korn av salt - Olav H. Hauge.*

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling	1
1.4 Presisering av problemstilling	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Det å få en kreftdiagnose påvirker flere enn bare pasienten	3
2.1.1 Samarbeid i nettverket for å støtte barnet	3
2.2 Barn som pårørende	3
2.2.1 Barns utvikling 6-12 år	4
2.2.2 Barns reaksjoner på krise og sorg	4
2.2.3 Barns behov for tilpasset informasjon	6
2.2.4 Barns kommunikasjon med foreldrene	8
3.0 Metode	10
3.1 Datainnsamling	10
3.1.1 Databaser	10
3.1.2 Inklusjonskriterier	10
3.1.3 Søkeord	11
3.1.4 Søkehistorikk	12
3.2 Kvalitetsbedømming	13
3.3 Bearbeiding og analyse av data	13
4.0 Resultat	15
4.1 Barns måte å takle en krisesituasjon på	15
4.2 Det er vondt å se mamma syk	16
4.3 Å snakke om følelser	17
4.4 Informasjon til nettverket rundt familien	19
4.5 Barn ønsker å vite	19
4.6 Jeg er mest redd, for jeg vet ikke noe om kreft	21
4.7 Intervensjoner og hjelp fra sykepleiere	22
5.0 Diskusjon	25
5.1 Metodediskusjon	25
5.2 Resultatdiskusjon	26
5.2.1 Hva er barns reaksjoner når mor eller far har kreft?	26
5.2.2 Hva er barns behov for informasjon og støtte når en forelder rammes av kreft?	27
5.2.3 Hva kan være aktuelle sykepleieintervensjoner for barn med en kreftrammet forelder?	28
5.2.4 Hva bør vi som sykepleier ha kunnskap om for å kunne forstå hvordan barnet tenker og føler?	31
5.2.5 Konsekvenser for praksis	32
6.0 Konklusjon	34
6.1 Hovedfunn	34
6.2 Videre forskning	34
7.0 Litteraturliste	36
Vedlegg	
1. Kvalitetsbedømming Kvantitativ	
2. Kvalitetsbedømming Kvalitativ	
3. Oversiktsskjema med grad av Vitenskapelig Kvalitet	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt temaet barn som pårørende når en forelder har kreft. Dette på grunn av at diagnosen kreft er svært utbredt i Norge og dermed veldig vanlig å møte på. Mer enn 20 % av alle dødsfall skyldes kreft og ca 10 000 mennesker i vårt land dør av kreft hvert år. I 2007 ble over 25 000 nye tilfeller av kreft oppdaget (Kreftregisteret 2009).

Det er viktig for oss som sykepleiere å vite mest mulig om hvordan takle og forstå både pasientens og pårørendes reaksjoner i møte med denne sykdommen. Særlig da å ha nok kunnskap til å støtte barna som pårørende og deres emosjonelle behov, samt være der for veiledning. På denne måten kan vi mestre det å gi dem den støtten de trenger og vi vil være forberedt på deres reaksjoner og dermed takle situasjonen bedre. Barn har behov for å forstå hva som skjer i familien (Reitan og Schjølberg 2000).

1.2 Hensikt

Vi ville med denne litteraturstudien belyse hvordan sykepleiere kan være til støtte for barns reaksjoner, opplevelse og erfaringer som pårørende når mor eller far har en kreftdiagnose.

1.3 Problemstilling

”Hvilken støtte kan sykepleier gi for å hjelpe barnet med å takle forelderens kreftdiagnose?” Våre forskningsspørsmål viser vårt fokus og hva vi vil legge vekt på i dette studiet.

- Hva kan være aktuelle sykepleieintervensjoner for barn med en kreftrammet forelder?
- Hva er barns reaksjoner når mor eller far har kreft?
- Hva er barns behov for informasjon og støtte når en forelder rammes av kreft?

- Hva bør vi som sykepleier ha kunnskap om for å kunne forstå hvordan barnet tenker og føler?

1.4 Presisering av problemstilling

Vi ønsker å presisere problemstillingen for å klargjøre fokus gjennom oppgaven.

Vi har valgt å ha fokus på barn som er pårørende av foreldre med kreft. Aldersgruppen er mellom 6-12 år og vi vil konsentrere oss om tiden fra barnet får vite om sykdommen til eventuell dødsfall eller heling av sykdommen. Vi ønsker ikke å fokusere på ett sted vi skal møte barnet.

Hvordan barna reagerer, er essensielt. Vi mener det er viktig at barna ses i den situasjonen de er, og ikke hvor de befinner seg fysisk.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Det å få en kreftdiagnose påvirker flere enn bare pasienten

Kreft er en sykdom som ikke bare rammer enkeltpersoner, familien blir også sterkt berørt. I vanskelige situasjoner og kriser søker mennesker trøst i sine nærmeste. Derfor har familien en sentral rolle i den kreftsykes livssituasjon. De trenger også støtte og hjelp i forhold til de utfordringer og forandringer de står ovenfor. Det ligger store belastninger i å gå inn i en rolle som pårørende til en alvorlig syk. Mange foreldre og familier som er utsatt for en slik situasjon savner informasjon og oppfølging av barnet, både under sykdomsforløpet og etter, eventuelt også etter dødsfall. Det betyr store forandringer i et barns liv at mor eller far blir alvorlig syk (Kreftforeningen 2008).

2.1.1 Samarbeid i nettverket for å støtte barnet

Familiens sosiale nettverk behøver informasjon om alvorlig sykdom i familien. Dette innebærer det private som for eksempel venner, familie og naboer, som utgjør den viktigste støtten. Sykepleiere spiller også en rolle i det å gi informasjon til nettverket rundt barnet, som til barnehage og skoler. Begge forhold har betydning for at familien skal få den hjelp de behøver. Det er individuelt hvordan foreldrene velger, bruker og får støtte fra sitt private og profesjonelle nettverk, og de kan trenge hjelp til å forstå hvorfor det er viktig, og hvem de skal kontakte (Eide og Eide 2006).

2.2 Barn som pårørende

Selv om barn leker og er glade, skal man ikke tro at alt det leie er glemt. Sykdomsperioden er en tid med mye engstelse og bekymring for barn, enten de er store eller små (Kreftforeningen 2008). Når barn er pårørende, er også sykepleierens lindrende funksjon sentral. Den lindrende funksjon innebærer å gi trøst, informasjon, hjelp til bearbeidelse og i likhet med den forebyggende funksjon, hjelp til at dagliglivet fortsetter så langt som mulig med kontakt, samvær og opplevelse av tilhørighet (Tveiten 2000).

2.2.1 Barns utvikling 6-12 år

Det er lett å gå ut i fra at barn ikke opplever den samme dybden av følelser som voksne når de møter sorg og tap av familiemedlemmer, men deres måter å uttrykke seg på og deres tolkninger av hva som skjer kan være annerledes. Intensiteten og innvirkningen av deres opplevelse skal ikke bli undervurdert. Selv om deres forståelse av årsak, effekt og tidsoppfattning er annerledes enn hos voksne, er smerten, sorgen, skyldfølelsen, det å oppleve sinne av å miste noen en stor belastning. De beste forklaringene er de som er enkle, direkte og som trekker inn så mye som mulig fra barnets egen opplevelse (Pediatric Section 2009).

Et barn i skolealder følger konseptet konkret tankegang, som for eksempel ved bilder eller historier. Barnet i skolealder har forståelsen av at når mennesker dør kan de ikke komme tilbake til livet igjen. Barn er opptatt av emner relatert til døden og spiller ofte spill hvor karakterer som dør kommer til live igjen etter noen sekunder. Forskjellen på "liksom" og virkeligheten må bli klar slik at barnet forstår at den virkelige døden vil si at de aldri kommer til å leve igjen (Pediatric Section 2009). I ti og tolvåringenes svar på døden beskrives døden oftest med en logisk eller biologisk forklaring. De kjenner til at hjertet slutter å arbeide eller at hjernen dør (Johanson og Larson 1977). Et yngre barn på 6 år vil kanskje ha magiske tanker om hva som forårsaker døden. Det er svært viktig at barnet er fortalt sannheten, og at fakta og fiksjon er klargjort. Forklaringer på døden til denne barnegruppen burde inkludere opphørelse av kroppsfunksjonene som om at når kroppen slutter å puste og hjerte slutter å slå vil kroppen slutte å vokse, se, høre, tenke, føle. Det er viktig at barnet blir inkludert i alle samtaler og at informasjonen er tilpasset alderen (Pediatric Section 2009).

2.2.2 Barns reaksjoner på krise og sorg

En krise er ikke en sykdom, men en normal reaksjon. En krise vil styrke barnet som kommer seg igjennom den (Fasting 1980). I aldersgruppen 6-12 år kan krisereaksjonene ha preg av sorg, skam, dagdrømming eller fantasier hos de yngste. Også dette kan ha med utviklingspsykologiske særtrekk å gjøre (Tveiten 2000). Barn og ungdom kan oppleve krise og sorgreaksjoner ved egen sykdom eller sykdom i nær familie. Barn kan vise sin sorg åpent eller skjule den. Reaksjonene varierer, og det er viktig å respektere og lytte til

de signaler som barna gir oss om hvordan de opplever sorgsituasjonen (Kreftforeningen 2008).

Det er viktig for barn å få bearbeidet følelser og ofte trengs det hjelp med å sette ord på følelser ikke minst fordi språket til barn kan være begrenset (Tveiten 2000). Typisk er det at barn ikke blir i en følelse eller tankerekke så lenge om gangen, de går ut og inn av sorgen. De stiller spørsmål men hører bare på de to tre første setningene av svaret. Når de har bearbeidet dette, kommer de tilbake med nye spørsmål. Barn kan gråte ut sorgen, tegne og synge. Det er mange uttrykksformer som hjelper dem å bearbeide sine følelser og opplevelser. Det er av stor betydning å akseptere barnets lek, og ellers stille seg til rådighet for barnet når det ønsker å snakke eller spørre om noe (Eide og Eide 2006).

Vi kan ikke skåne barn for tap. Større og mindre tap vil ramme barna gjennom hele oppveksten, og gjennom resten av livet. Av og til skjer det ekstra smertefulle tap, som at foreldre eller søsken dør. Sorgen er den prosessen som skal til for å ta med seg erfaringer og minner fra det som var, finne et nytt fotfeste i tilværelsen og fortsette en utvikling som kanskje har stoppet opp en periode (Kreftforeningen 2008). Barn stiller seg undrende til livet, og ønsker klare svar fra voksne. Det er ikke sikkert at voksne bestandig kan gi svar, og ofte blir svarene unnvikende og avledende, når barnet spør: hvordan er det å dø? Hva er døden? Hva kommer etter døden? (Kreftforeningen 2008). Det er viktig at sykepleieren er klar over hvilken sterk fantasi barnet har, og hvordan barnet faktisk har oppfattet informasjonen (Tveiten 2000).

Barn reagerer forskjellig på krise og sorg ut ifra alder og utviklingsnivå. Reaksjonen kan vare over måneder og år. Det vanlige er at de avtar i styrke med tiden (Eide og Eide 2006). Eilertsen og Wille (2005) beskriver vanlige reaksjoner som:

- Angst og frykt ”det kan skje en annen de er glad i”, ”det kan skje dem selv”
- Yngre skolebarn blir ofte klengete og krevende
- Søvnforstyrrelser og mareritt
- Sinne og utagering på skole eller i hjemmet
- Skyldfølelse, selv bebreidelse og skamfølelse
- Problemer på skolen
- Regresjon eller bråmodenhet

- Kroppslige plager som for eksempel hodepine eller magesmerter
- Uro
- Tilbaketrekking / isolasjon

En annen normal reaksjon er at barnet tilsynelatende ikke reagerer. Det kan også skje en rolleforskyvning i familien der barnet påtar seg en voksen rolle og tar for mye ansvar. Hvordan barn bearbeider sine følelser og reaksjoner, er i stor grad avhengig av måten voksne møter dem på. Det er av stor betydning at de i rollen som pårørende blir møtt med forståelse og toleranse (Eilertsen og Wille 2005).

2.2.3 Barns behov for tilpasset informasjon

Barnets forestillingsevne påvirker evnen til å oppfatte informasjon. Man kan risikere at barnet overhode ikke forstår, selv om det nikker og later til å forstå. Hvis man derimot kombinerer den verbale informasjonen med visuell informasjon som å tegne, vise på en dukke og vise instrumenter eller utstyr er det mer sannsynlig at barnet har utbytte av informasjonen (Tveiten 2000). Informasjonen bør være konkret, tilpasset alder, modning, utviklingsnivå, og bør bli gitt jevnlig ut i fra behov. Da er det viktig at sykepleieren tilegner seg kunnskap spesielt om barn utviklingsnivå og forstår at ikke alle barn takler å mestre all informasjonen med det samme, men trenger den i mindre porsjoner (Eilertsen og Wille 2005, Tveiten 2000, Devold, Straume og Værholm 2000). Antonsen (2004) hevder at barn frem til 8 år ikke vil ha mulighet til å håndtere samme informasjonsmengde som barn over denne alderen. Likevel sier Antonsen at det er like viktig for barn i denne alderen å få adekvat informasjon. Til barn på 6-7 år bør man være konkret og gjerne bruke bilder og bøker. Den Norske Kreftforeningen har laget en del materiale tilpasset små barn (Almås 2005).

Informasjon gir trygghet og gjør det lettere og mestre en vanskelig livssituasjon. Barna trenger også informasjon om hva kreft er og hvor i kroppen den er, hva behandling og bivirkning er og at kreft ikke er smittsomt. De trenger å vite hvor lenge forelderen skal være på sykehuset og hvem som skal passe på dem å ha ansvaret for dem i mellomtiden. Informasjonen bør starte så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, og i samarbeid med foreldrene. De må på forhånd være enige om hva de vil fortelle barnet. Deres reaksjoner på

situasjonen vil reflektere over på barnets mulighet til å takle forandringene som vil skje med den kreftrammede forelderen (Eide og Eide 2006, Eilertsen og Wille 2005).

Det er viktig å snakke med barna om mors eller fars sykdom; forklare hva som skjer, og hva dette vil si for barnet selv. Fantasien begynner å vandre på egen hånd og skaper forestillinger som kan være tyngre å leve med enn virkeligheten. De kan så begynne å lure på hva mer foreldrene kan lyve om? Og hvorfor lyver de? For lite informasjon vil føre til at barnet føler seg utelatt. Ved å gi barna konkret og direkte informasjon unngås fantasier og forvirring. Ved å være åpen overfor barnet, unngår en at de får vite hva som har skjedd fra omgivelsene. Skjer dette, vil det kunne skade tillitsforholdet mellom foreldre og barn (Dyregrov 2006, Raundalen og Schultz 2006). Keeley (2000) hevder at selv om det er en vond og fryktelig opplevelse for familien, så er det viktig å få pratet ut om det. Som sykepleiere i samtale med barnet kan vi for eksempel stille spørsmål tilbake til barnet ved å si; ”Hva tenker du om det?” ”Hva tror du?” Det viktigste er å nå inn til barnas tanker (Eide og Eide 2006). Har barnet tanker som virker beroligende og trygge er det viktig å bygge videre på disse. Har barnet tanker som gjør dem redd bør vi finne ut om redselen bygger på misforståelser, eller om vi på andre måter kan rydde utryggheten av veien (Kreftforeningen 2008, Tveiten 2009). Dersom misforståelser oppstår, kan dette føre til usikkerhet og mistillit til andre i fremtiden. Når man kommuniserer med barn, bør følelser deles. De har både ønsker og behov for å motta informasjon og delta i sorgprosessen (Pediatric Section 2009).

Å vite hvordan man skal gi beskjed til barnet sitt om at en har kreft er en vanskelig oppgave. Dette blant andre, er en av de største bekymringene foreldre med en kreftdiagnose har. Det kan være nødvendig med en velutviklet plan, med retningslinjer for å gi barn informasjon angående kreft. Disse retningslinjene kan gjelde både for foreldre, og for sykepleiere som skal hjelpe foreldrene å informere (Kroll, Barnes, Jones og Stein 1998). Noen foreldre velger å holde diagnosen hemmelig så lenge som mulig. En mor sier:

”Barn gjennomskuer oss lett, men blir de informert om realitetene, vekker det tillit, selv om budskapet er fryktelig vondt. Denne tilliten trenger vi når vi skal gå videre i livet uten pappa.” (Dørre s 1 u.å).

Det er lett å undervurdere barns observasjonsevne, ofte oppfatter de mye mer enn vi tror og de plukker raskt opp om noe er annerledes med foreldrene. Når barn har erfart hvordan

sykdommen påvirker hverdagen, vil de gjerne snakke om dette; “om hvorfor mamma er trett”, ”hvorfor hun mister håret”, eller ”hvorfor pappa er så alvorlig”. Barn godtar at de ikke alltid kan få svar på alle sine spørsmål. Det viktigste for dem er et åpent og tillitsfullt forhold til de voksne, slik at de kan spørre om alt og vise sine følelser (Devold, Straume og Værholm 2000). En annen viktig grunn til å snakke åpent med barna, er at det ofte er vanskelig for dem å vurdere det de ser. Det er ikke så lett å forstå at en som er tilsynelatende frisk i virkeligheten er alvorlig syk, eller at en mor innlagt for en større operasjon, vil komme seg og snart være hjemme igjen (Devold, Straume og Værholm 2000). I følge Dyregrov (2006) har forskning vist at barn med foreldre som har åpen kommunikasjon i hjemmet, opplever mindre depresjon og angst etter foreldrenes bortgang.

I de tilfellene hvor det dreier seg om livstruende sykdom, er det best å fortelle barnet at det ikke er sikkert at far eller mor vil få det bedre, selv om legene gjør alt de kan for å hjelpe. Man bør ikke gi barnet falske forhåpninger, selv om det i øyeblikket kan være fristende å gjøre bekymringene mindre (Devold, Straume og Værholm 2000).

Det er ikke noe fasitsvar på når og hvordan man skal fortelle et barn at pappa eller mamma har en alvorlig sykdom. I følge Almås (2005) må sykepleieren hele tiden være lydhør ovenfor hva foreldrene ønsker og hva de tror er best for sine barn. Det som fungerer godt for noen, fungerer kanskje ikke like godt for andre.

”A child can live through anything so long as he or she is told the truth and is allowed to share with loved ones the natural feelings people have when they are suffering” (Pediatric section 2009, 3).

2.2.4 Barns kommunikasjon med foreldrene

I følge Tveiten (2009) kan kommunikasjon defineres som en prosess der den ene part forholder seg til et budskap fra den andre og omvendt. Utvekslingen av et budskap fører til en prosess mellom partene; et kommunikasjonsforløp. Kommunikasjon er en del av samspillet mellom barn og voksne (Tveiten 2009). Et barn hører sammen med mamma og pappa og må få delta i situasjonen sammen med dem ettersom de også blir rammet. Foreldre er ofte svært i tvil om de bør fortelle om kreften. De vil selvfølgelig ikke gjøre barna redde og urolige for fremtiden. Det er imidlertid viktig at familien får snakke om den nye situasjonen (Devold, Straume og Værholm 2000). Kroppsspråket, som sittestilling,

mimikk, bruk av hender og føtter viser hva vi føler og mener om det vi diskuterer, stemmen, tonefallet, volumet, ord og setninger. Barn er flinke til å systematisere og studere hendelser som skjer rundt dem. Barn ser bedre enn de hører, de forstår altså lettere kommunikasjon der det er samsvar mellom hva de voksne sier og hvilket uttrykk de har (Devold, Straume og Værholm 2000). Barn er eksperter på å bruke alle midler for å gjøre seg forstått. I følge Raundalen og Schultz (2006) er barn som små forskere. De tenker og oppsummerer, de spør og provoserer. Dersom vi hele tiden befinner oss på et voksent nivå vil det oppstå misforståelser i forhold til barnet. De voksne må ta ansvar og gjøre kommunikasjonen lite anstrengende og trygg. Første regel er at vi må senke oss på barnas nivå. Barn har en overraskende stor evne til å takle, selv svært dramatiske og sørgelige nyheter. Det er avgjørende at de er sammen med omsorgsfulle og kjærlige voksne; noen som tar seg den nødvendige tid til å snakke, og ikke minst å lytte, slik at barnet får mulighet til å gi uttrykk for sin usikkerhet og bekymring (Devold, Straume og Værholm 2000).

3.0 Metode

Metoden er et redskap når vi vil undersøke noe, den vil gi oss data og belyse vårt spørsmål på en faglig og interessant måte. Metoden handler særlig om forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg og systematisk håndtering av den organiseringen og tolkningen av materialet som foregår i analyseprosessen (Dalland 2007). Vi har inkludert ti artikler i vår litteraturstudie. Vi må finne likheter og ulikheter mellom idealer og realiteter, og evaluere om funnene fungerer etter hensikten (Malterud 2003). Dalland (2007) understreker dette ved å tilføye at man må være kritisk ved innsamling av datamaterialet og vurdering av denne, og at en må ha en mening om hvor godt materialet belyser problemstillingen.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Databaser

I prosessen med artikkelsøk har vi brukt Medline, Cinahl, Ovid og ProQuest som databaser. Andre databaser ble også prøvd ut, som SveMed og PsykInfo, men disse ga mindre relevante treff som de andre databasene. I tillegg til databasene har vi brukt søkemotoren Google Scholar, til å søke etter både forskning og teori.

3.1.2 Inklusjonskriterier

- Barnets alder, 6-12 år
- Artikler på Norsk, Svensk, Dansk og Engelsk
- Barn og deres reaksjoner
- Sykepleieintervensjoner
- At de er innen tidsperioden 2000-2009
- Vi valgte å ta med artikler som handler om foreldrereaksjoner. Dette har vi gjort fordi det er en viktig del av hvordan barna reagerer. Flest barn reagerer ut ifra hvordan foreldrene reagerer

3.1.3 Søkord

Valg av søkeord er helt avgjørende for hva resultat en skal få. Dette er en utfordrende oppgave. Vi ville søke på sykepleieintervensjoner i tillegg til hva barns reaksjoner er i slike situasjoner. Vi prøvde også å finne forskning på barns utvikling og alder, noe som var vanskelig å finne. Vi brukte søkeord som ”children, development, evolution, growth, barn, utvikling, alder”. Søkordene gav ikke relevante treff, som resulterte i ekskludering av disse. Det er som sagt svært mange resultat som kommer opp på søkeordene vi har brukt. Her er eksempler på forskjellige søk og antall treff:

- Cancer+Children+Parent = 1500 treff
- Parental Cancer = 424 treff
- Parents Cancer = 400 treff
- Parents+cancer+family = 26 treff
- Children+parental+cancer = 250 treff

Søkord vi har brukt er blant andre ”children, parents, cancer”, disse er mest brukt og det er her vi har fått flest relevante treff. Treffene ble ganske vide og store. Noe som kunne redusere antall treff var å krysse av for hvilke språk og publiseringsår vi var ute etter. Inklusjonskriteriene var også med på å redusere treffene. Etter hvert knyttet vi sammen ordene for å få en bedre sammenheng i søkeresultatet, noe som gjorde treffet betydelig mindre og mye mer konkret. Senere knyttet vi til søkeord som ”experiences, oncology, childrens adjustment, supportprogram, nursing”. Her fant vi artikler som hjalp oss å finne gode sykepleieintervensjoner og måter vi som helsepersonell kan være en god støttespiller for familier med barn som går gjennom denne krisen.

For å velge ut artikler fra de enkelte søkene, ble sammendragene til hver artikkel lest, for å se om den kanskje kunne svare på vår problemstilling. Deretter ble femten artikler valgt ut før kvalitetsbedømming, her vist i tabell 1.

3.1.4 Søkehistorikk

Tabell 1.

Dato	Søkeord og kombinasjon	Databaser	Resultat	Sum
17.09.09	Children and parental and cancer	CINAHL	250	2
17.09.09	Cancer and counselling and children	CINAHL	12	2
21.09.09	Children and Adjustment and parental cancer	OVID	2	2
21.09.09	Parenting and experience and cancer	ProQuest	47	1
21.09.09	Family therapy and reflecting and children	CINAHL	3	1
21.09.09	Cancer and parents and parenting	ProQuest	139	2
21.09.09	Children and reactions and information	CINAHL	142	1
21.09.09	Parental cancer and nursing and children	ProQuest	26	3
30.09.09	Når en forelder blir kreftsyk	Google Scholar	71	1
				15

3.2 Kvalitetsbedømming

Femten forskningsartikler var utgangspunktet før vi begynte med kvalitetsbedømmingen. Kvalitetssikring tar sikte på å sørge for at materialet holder mål. Arbeidet skal bestå av blant annet kartlegging, kvalitetsmål og oppfyllelse av disse (Malterud 2003). Etter kvalitetsbedømmingen endte vi opp med ti artikler som fylte Willman, Stoltz, Bahtsevani(2006)`s kriterier for vitenskapelig kvalitet (Vedlegg 1 og 2). Disse benyttet vi oss av for å få hjelp med å finne ut om artikkelen hadde høy eller lav vitenskapelig kvalitet (Vedlegg 1 og 2).

Selv om det ikke har vært bevisst, har det hovedsakelig vært kvalitativ forskning i våre artikler. Av våre ti artikler var syv artikler kvalitative, en var kvantitativ, og to var både kvalitative og kvantitative. Dette gjorde at vi måtte finne kriterier for både kvantitative og kvalitative metoder. Etter Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) har vi utarbeidet et skjema hvor artiklene blir bedømt etter grad (Vedlegg 3). I kvalitetsgranskningen finner en ulik vitenskapelig styrke og det kan bli nødvendig å gruppere og rangere artiklene for å kunne tolke resultatet (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Ved å tildele poeng for hvert oppfylt kriterium, oppnår artiklene en poengsum som kan omregnes til prosent og dermed settes inn i forskjellige grader. Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) har delt kvalitetsbedømmingen opp i tre grader:

Grad I: 80-100 %

Grad II: 70-79 %

Grad III: 60-69 %

Etter kvalitetsbedømmingen endte vi opp med fire artikler med grad I, to artikler med grad II, og fire artikler med grad III (Vedlegg 3).

3.3 Bearbeiding og analyse av data

Hele veien har vi prøvd å holde oss til vårt fokus og vi har sett etter funn og resultat som kan gi svar på vår problemstilling. Ved databearbeiding skal det viktigste innholdet komme i fokus, her ligger utfordringen i å finne ut hva materialet har å fortelle. De opplysningene som blir samlet inn, må systematiseres slik at de hjelper oss til å gi svar på vår problemstilling. Likheter og ulikheter sammenlignes (Dalland, 2007). Vi leste gjennom

materialet først for å få en helhetsoversikt. Å gruppere tema med likt innhold er å gi hver gruppe en karakteristikk som kan hjelpe oss til å komme ned til et håndterlig antall tema (Friberg 2006). I følge Forsberg og Wengström (2003) skal kvalitative studier bli presentert i form av identifiserende kategorier og/eller tema som blir støttet opp av sitat. Slik har vi valgt å vise våre funn. Dette gjorde vi ved å bruke forskjellige farger ”highlightere” og sortere tema etter farge, noe som gjorde systematiseringen mye mer effektiv i det vi skulle sette dette sammen i kategorier.

Til å begynne med, skrev vi et sammendrag for hver artikkel, deretter systematiserte vi ved å kategorisere temaene i hver enkelt. Dette hjalp oss med å finne eventuelle likheter eller forskjeller ved funnene i artiklene. Det vi finner er at de omhandler mange av de samme temaene. Gjentakelsene støtter opp under hverandre og viser oss hvor viktig det er at vi som sykepleiere er der for barn som pårørende.

Etter å ha bearbeidet og analysert data satt vi igjen med syv tema som vi systematiserte og knyttet sammen funnene under. Hovedessensen som gikk igjen i resultatet var kunnskap hos sykepleierne, informasjon til barnet, normalisering av dagligliv og psykiske og somatiske problemer.

I vurderingen av artiklene inngår det også å vurdere om etiske hensyn er ivaretatt i artiklene, samtykke fra deltagere er dokumentert, samt skriftlig avtale om at det skal foregå på pasientens premisser. Pasientene hadde rett til å si fra dersom tidspunktet var dårlig eller om temaet var for personlig.

4.0 Resultat

Ut ifra analysen har vi valgt å sette resultatet opp i tema som hjelper oss å finne svar på vår problemstilling: ”Hvilken støtte kan sykepleier gi for å hjelpe barnet med å takle forelderens kreftdiagnose?” Det kommer tydelig frem at det er likhet i forskningen.

4.1 Barns måte å takle en krisesituasjon på

Barn har lært seg metoder og strategier når det gjelder å takle de utfordringene en møter på når mor eller far har fått kreft. De fleste barn gir uttrykk for at normaliserende faktorer er viktige for dem. Gustavsen, Grønningssæter, Fløtten, Nielsen, Syse og Torp (2008) forteller om barns egne erfaringer, om å ville være ”et normalt barn”. Noe som er spesielt viktig for å takle hverdagen er venner og fritid. Dette er normaliserende faktorer. Normaliserende faktorer vil gi dem følelsen av å være som alle andre barn, ikke at de later som om at de ikke er i en vanskelig situasjon, men at de får litt avlastning fra den. Det å holde dagliglivet normalt viser seg å hjelpe barna å takle sykdommen og behandlingen som følger med (Huizinga, van der Graaf, Visser, Dijkstra og Hoekstra-Weeber 2003). I studien til Gustavsen et al. (2008) utdypes de at barn tar på seg et stort ansvar. De beskytter familien og viser omsorg for søsken. Dette til tross for at de går rundt med mye sorg og redsel. Dette kan være en annen måte for dem å takle situasjonen på. Det kan føre med seg både en negativ og positiv utgang. Positiv utgang vil si at de blir sterkere og mer selvstendig. Negativ utgang vil si at de ikke får bearbeidet alt de sitter inne med. Mange barn i kreftrammede familier blir for fort voksne. Ofte tar barna over foreldreroller i sykdomstiden (Huizinga et al. 2003). Mekanismer som husholdningsansvar kan automatisk bli overført på jenta i huset, dersom mor er syk. Disse følelsesmessige strategiene som ofte blir brukt av jenter kan kanskje forklare hvorfor unge jenter er i en risikogruppe når det kommer til mistilpassning ved kreftsykdom hos en forelder. Barna kan også ta på seg en rolle hvor de ser seg selv som den lidende, de identifiserer seg med en syk mor eller far og tar til seg deres plager og symptomer (Su og Ryan-Wenger 2007). Barna kan også føle ansvar for yngre søsken og dermed ta på seg rollen som stedfortreder for mor (Stiffler, Haase, Hosei og Barada 2008). Su og Ryan-Wegner (2007) beskriver barns evne til å mestre situasjonen i tre større kategorier:

1. Fokus på problemet, utvikler strategier som har som mål å forandre situasjonen ved enten og tilpasse seg selv eller forandre omgivelsene.

2. Fokus på følelser som går på det og prøve regulere følelsene som er relaterte til belastningen.
3. Den tredje mestringsstrategien inkluderer jobben med å søke, finne og benytte seg av sosial støtte. Disse kan både være problembasert og følelsesbasert (Su og Ryan-Wegner 2007).

Barn kan låne bøker om hvordan tolerere og takle sinne, angst og sorg. Dette hjelper dem og det forminsket de triste følelsene og de andre reaksjonene.

”Jeg lånte 2 bøker. Bøkene sa jeg hadde lov til å være trist og lei meg. Bøkene var veldig gode. Du har ikke lov til å slå noen, selv om du er sint. Jeg gjorde det før, men mindre nå. Jente 6 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 432).

Sosiale og personlige forandringer som utagering, fornektelse, tilbaketrekning fra sosiale forhold og tap av interesse for fritidsaktiviteter er vanlige. Dette på grunn av at slike situasjoner kan medføre mange forandringer i livet til barna, alt må tilpasses den nye situasjonen. For å hjelpe disse barna med å tilpasse seg foreldrenes sykdom, trengs kunnskap om denne tilpassningsprosessen. Barnets alder og kjønn er faktorer som spiller inn på hvordan barna takler situasjonen (Su og Ryan-Wegner 2007).

4.2 Det er vondt å se mamma syk

Su og Ryan-Wegner (2007) hevder at skolebarn som har en forelder med kreft er i stand til å forstå forandringene som følger med dette, som for eksempel hårtap, vekttap og atferd som følge av sykdommen fordi disse observasjonene er konkrete observasjoner. Bugge, Helseth og Darbyshire (2008) hevder at sykdommen forandrer foreldrenes energi og utseende gjennom hele sykdomsforløpet og barna syns det er trist å se forelderen bli dårligere og forandre seg på denne måten.

”Pappa veide 120 kg før han ble syk, etter han ble syk mistet han 60kg og han hadde ingen energi lengre til å gjøre noe, det var så trist” Gutt 8 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

Å se sin mor eller far syk, er vanskelig for alle barn. Reaksjoner på behandlingen, spesielt cellegiften er noe alle bør bli informert på forhånd. Barna beskriver at det å se mor uten

hår, slapp, bevisstløs, blod på lakenet og med kateter, var en påkjenning. De yngste barna forstår ofte ikke alt dette, men trenger likevel informasjon fra sykepleier om hva dette er (McPherson 2007). Mange barn merker på mor når noe kan være galt, de merker at mor oppfører seg annerledes. (McPherson 2007). Dersom barn ikke får nok informasjon om situasjonen kan dette føre til mer frykt og angst enn nødvendig.

Barna beskriver det som skremmende når foreldrene nylig har gjennomgått operasjoner eller er innlagt på sykehus pga forverring i sykdommen. Spesielt yngre barn forstår ofte ikke hva som skjer og opplever det hele som skremmende og trist.

”Jeg var litt redd da vi skulle besøke pappa på sykehuset. Jeg sa jeg ikke ville bli med, men så ombestemte jeg meg og dro sammen med resten av familien. Det var skremmende, jeg måtte nesten kaste opp pga alle ledningene og rørene som satt fast i pappa” Jente 6 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

4.3 Å snakke om følelser

Støtte fra foreldrene er den viktigste beskyttende faktoren i det å forhindre psykososiale problemer (Huizinga et al. 2003) Foreldre forblir hovedstøtten for barna dersom noe skulle oppstå. Foreldre hjelper barna sine og regulerer sine følelser når barnas ressurser er nede ved smerte, frykt og redsel (Su og Ryan-Wegner 2007). I følge Bugge føler barn seg lettere etter å ha snakket om situasjonen. Derimot kan det være skremmende å måtte snakke alene med sykepleier første gangen fordi de ikke er kjent med hverandre. Her er det viktig å danne et tillitsforhold til barnet slik at barnet føler seg trygg og stoler på sykepleieren.

”Jeg var litt redd, jeg liker ikke å snakke med fremmede, Men hun var snill” Jente 6 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

Barn kan ha lettere for å snakke om situasjonen til andre enn til foreldrene for å beskytte dem, og ikke bry dem med sine følelser og behov (Huizinga et al. 2003). Barna hadde spørsmål å stille foreldrene men de turde ikke gjøre det. De tenkte spørsmålene ville opprøre foreldrene og var derfor motvillige til å spørre eller vise bekymring. De lurte ofte på når døden faktisk skulle inntreffe slik at de kunne forberede seg på tapet og når de kunne begynne å leve normalt igjen.

”Jeg turde ikke spørre hvor lenge han kunne leve, og han sa ingenting om det” Jente 12 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

Barnas mangel på tilgjengelighet til deres syke forelder og mangel på foreldrenes støtte har en negativ innvirkning på barnas mestringsevne og bidrar til utviklingen av atferdsproblemer (Su og Ryan-Wegner 2007). Noen av barna var selvsikre nok til å snakke med foreldrene om sykdommen, om usikkerheten de hadde og hva de syntes om situasjonen de var i, mens andre ikke hadde fortalt foreldrene om problemene de hadde. Grunnen til det var ”de har nok som det er med seg selv”.

”Jeg syntes det var godt og få snakke med en sykepleier. Jeg hadde perioder hvor jeg var syk og nesten måtte kaste opp. Jeg tror det var på grunn av hele situasjonen. Jeg tror det var fordi jeg hadde så mye innestengt i meg og som jeg ikke ville snakke om. Jeg vil ikke snakke om det, jeg vil ikke snakke med foreldrene mine om det” Gutt 12 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

Familieterapi kan ha god effekt, da familien blir mer åpen ovenfor hverandre og deler flere følelser og tanker rundt situasjonen og dermed knytter et sterkere bånd (Thastum et al. 2006). Barn må bli inkludert i samtaler slik at barnet føler seg utelatt og oversett. Voksne tenker abstrakt og benytter ofte vanskelige ord, derfor er lek et bra tiltak da det blir knyttet til barnets konkrete verden (Fredman et al. 2007). Barna finner det ofte hjelpsomt å sitte i grupper hvor familien kan si det de tenker på fritt.

”Vi snakket i gruppen om det at jeg er redd for att pappa skal dø” Jente 6 år.
”Vi skulle fortelle hverandre om hvordan vi var sterke. Jeg likte og gjør det, søsknene mine ble glade for hva jeg sa om dem, det var godt å gjøre dem glade” Gutt 11 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

Barna så det som godt å få bekreftelser på at de hadde en verdi innad i familien, og at foreldrene satte pris på at de var hjelpsomme og var der som støtte for foreldrene og søsknene.

”Pappa sa jeg var veldig omsorgsfull, jeg likte at han sa det” Jente 12 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

Barna syntes også det var lettere og snakke i grupper når det ble vist åpenhet og at alle kunne få si sitt uten konsekvenser.

”Etter disse møtene forandret ting seg, nå kan familien min snakke om hva vi vil når vi er alene også. Det er lettere nå” Jente 12år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

Under programmets samtaler innad i familien fant de at eldre søsken som forsto mere av situasjonen, syns det var vanskelig å kunne snakke åpent om situasjonen dersom det var yngre søsken der som ikke forsto fullt så mye som dem.

”Søsteren min forstår ikke så mye av det som skjer i familien vår. Hun vet ikke om problemene til foreldrene mine. Jeg kunne ikke snakke om det når hun var der” Gutt 12 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

4.4 Informasjon til nettverket rundt familien

Sykepleieintervensjoner kan være å hjelpe foreldrene med å tenke gjennom informasjonen de skal gi til sine barn, hvordan de skal gi den og hvor, forbedre kommunikasjonen mellom familiemedlemmene dersom det skulle være konflikter, være tilrettelegger og tolk mellom de systemene familien er involvert i, som skole, barnehage, helsevesen, sjukehus, sosialtrygd, osv (Schmitt et al. 2007). I følge Huizinga et al.(2003) kommer det frem at de barna som mottok tilstrekkelig støtte fra nettverket mente at dette gjorde en forskjell. Dette fordi de lot dem snakke om følelsene sine angående foreldrenes kreft diagnose eller hjalp dem med å tenke på noe annet. Barn tenker mye på hvordan de skal fortelle venner om situasjonen og sykdommen til foreldrene. De fleste av barna som deler sin situasjon med omgangskretsen opplever ofte mye støtte fra for eksempel medelever og lærere.

”Det føles godt at klassekameratene mine vet det nå, nå trenger jeg ikke være trist alene lenger”(Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

4.5 Barn ønsker å vite

Det er viktig at barnet er informert og kan snakke med andre om sykdommen (Huizinga et al. 2003). Barn vil ofte vite mer om sykdommen og mener at det å snakke med sykepleiere kan øke kunnskapen deres. De ser det også som hjelpsomt å skaffe seg mer kunnskap om hvordan de selv kan oppleve, reagere og føle seg, og hva som blir forventet av dem i denne situasjonen.

”Sykepleieren fortalte meg mye om sykdommen og hva som var normale reaksjoner når en har en mamma eller pappa med kreft. Jeg vil vite mer” Jente 12 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

Det er mange positive historier om hvordan barn blir tatt vare på og hørt, men det er flere fortellinger om det å bli oversett, om ikke å bli informert og om å ha blitt holdt utenfor, noe Gustavsen et al. (2008) viser til. Angstnivå hos barna som hadde blitt informert om foreldrenes sykdom var lavere enn hos barn som ikke hadde blitt informert (Huizinga et al. 2003). McPherson (2007) finner at barn fra 10-12 år føler at de ikke får nok informasjon. Selv om det kanskje blir for mye for barnet, kan en ikke unnvære å fortelle dem om opplevelsene barnet kommer til å møte, men kanskje begrense det.

Mange barn får vite om kreft fra media, noen tar det fra direkte erfaringer mens andre kjenner noen som har opplevd dette. Barna forklarer kreft som en farlig sykdom, en sykdom som tar liv og som svært sjeldent kan kureres. De sier at årsaken til kreft kommer fra røyking, stress eller at det er genetisk. De snakker om det å miste håret og at behandlingen er hard. De fleste barn vet at denne sykdommen er livstruende (McPherson 2007).

I intervju med barn, fremhevet barn selv, at det var viktig for dem å få kunnskap om hva som skjedde, slik at de ikke skulle bekymre seg unødvendig (Gustavsen et al. 2008). Både Schmitt, Manninen, Santalahti, Savonlahti, Pirhönen, Romer og Piha (2007) og Thastum, Munch-Hansen, Wiell og Romer (2006) hevder at foreldre ofte prøver å skåne barna og ikke vise deres nød. Noen vil prøve å holde sykdommen skjult. Det vil derfor komme som et sjokk på dem at barn vet ganske mye om hva kreft kan være. Dersom barnet får for lite informasjon, kan fantasien ta over. Dette fører til unødvendige bekymringer og spekulasjoner, som for eksempel å vurdere årsaken og alvorlighetsgraden av forelderens sykdom (Thastum et al. 2006 Su og Ryan-Wegner 2007). Barn sin konkrete tankeverden gjør det slik at språket bør være konkret og tydelig, som gir barnet mulighet til å forstå og bidra selv i samtalen (Gustavsen et al. 2008). Effekten ved å holde tilbake informasjon fra barn, er at de føler seg ensomme og isolerte.

Sykepleiere kan også være med som informanter. Barn uttrykker hvor viktig det er for dem at helsepersonell snakker ærlig, åpent og klart til dem, og at dette gjorde en betydelig

forskjell for deres livskvalitet. Bidrag fra barns egne erfaringer er av uvurderlig betydning for andre barn og unge som opplever at mor eller far blir rammet av kreft (Gustavsen et al. 2008).

4.6 Jeg er mest redd, for jeg vet ikke noe om kreft

Ut fra våre funn sier barnas kognitive modenhet og alder noe om barnets forståelse. Hos de yngste rundt 6-7 år hvor fantasier og magisk tenkning råder, kan de føle skyld for ting i livet. De kan tro at deres følelser tanker og ønsker kan resultere i sykdom eller død. De bekymrer seg også for familiens fremtid. Skolebarn 7-10 år er mer kapable til logisk tenkning og er fleksible når det kommer til det og hankses med konkret informasjon. Deres abstrakte tenkning er mer begrenset (Su og Ryan-Wegner 2008). I følge Bugge, Helseth og Darbyshire (2008) hadde barn som var blitt fortalt at kreft ikke var smittsomt, likevel vært redde og usikre på dette. Barn i 6-7 års alderen fant det vanskelig å forstå årsaken til kreft, de hadde blitt fortalt om kreft-celler og hadde en tendens til å blande det de hadde blitt fortalt med andre sykdommer.

”Jeg skulle ønske jeg kunne se kreften, hvordan kreft-basillen så ut. De er veldig små ting som blir til store klumper. Hjernen sier det er nok men det vil de ikke høre noe på. De bare vokser og vokser hele tiden. Vil du jeg skal tegne og vise deg hvordan kreftcellene blir store? Medisinene hjelp ikke på mammas celler. Jeg tror det er for sent fordi de har blitt for store. Er det sjelden for barn å få kreft? Jeg vil ikke få sykdommen fra mamma” Jente 6 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

Noen barn har vansker med å forstå hvorfor de reagerer som de gjør som ved psykosomatiske episoder, og sinne. De blir ofte redde i forskjellige situasjoner vedrørende sykdommen. Her sa barna at foreldrene har sett at de var redde, mens andre skjuler det. Barna har forskjellige måter å takle forelderens kreftsykdom. De snakker ofte om hvordan de prøver å unngå tanker om situasjonen, og redselen for å miste moren eller faren, fordi det er så smertefullt.

”Jeg er mest redd, jeg vil ikke tenke på det, jeg vil ha det gøy. Om jeg tenker på det, begynner jeg å gjøre noe annet for å tenke på noe annet” Gutt 8 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 432).

Barna tenker regelmessig på døden i sammenheng med kreft, dette gjelder både de yngste og de største barna i familien.

”Jeg visste ikke noe om kreft. Bare at det er farlig og at folk dør av det. I begynnelsen tenkte jeg mye på at pappa skulle dø” Gutt 11 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 429).

I behandlingstiden kan barn mellom 6-12 år ofte misforstå situasjonen. En 6 år gammel jente fortalte en sykepleier om en gang da hennes far så ”dødslikt” ut, og etter dette var hun redd faren skulle dø. De eldre barna vet at foreldrene skal dø av sykdommen før eller siden.

”Jeg tenkte, neste gang jeg kommer hit er det ikke sikkert han er her lenger” Jente 12 år (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 430).

I følge Huizinga et al. (2003) har det blitt vist at mange unge barn opplever mer stress når foreldrenes død truer på grunn av forverring i sykdommen. Frykten for at forelderen skal dø, det å miste noen en glad i, er den mest fremtredende (Huizinga et al. 2003).

Intervjuresultatene i Huizinga et al. (2003), viste også at foreldrene rapporterte (midlertidige) atferdsproblemer som aggresjon og sinne hos de fleste barn, mens andre problemer som angst for foreldrenes død, søvnvansker og tvangshandlinger varte lenger. Foreldrene rapporterte også at barna viste å ha flere problemer enn det barna selv sa de hadde.

Barns respons på døden er relatert til tidligere opplevelser. Hvordan voksne snakker om døden og hvor mye barna forstår, virker inn på barnas takling av dette i fremtiden. Barn som har slitt med å takle dødsfall tidligere, har større mulighet til å få problemer med dette i senere tid. Det er derfor viktig med informasjon til barn med kreftrammede foreldre, for å hjelpe dem med å forstå døden (Su og Ryan-Wegner 2007).

4.7 Intervensjoner og hjelp fra sykepleiere

Mange foreldre trenger støtte til å informere barnet sitt om kreft. Elmberger, Bolund Magnusson, Lützen og Andershed (2008) hevder at dette tilbudet ikke alltid blir gitt og at det er savnet. Selv om denne artikkelen har et foreldreperspektiv, synes vi det er viktig å

inkludere dette. Thastum sier at Foreldrene bør også tas vare på. Barna reagerer ofte ut ifra hvordan foreldrene reagerer. Mange foreldre kan være deprimerte og føle seg utilstrekkelig for barna sine, særlig de med små barn. Rådgivning resulterer i at depresjon hos foreldrene, spesielt mødrene, går betraktelig ned, (helt til et ikke-klinisk nivå.) Grunnen til at foreldres depresjonsnivå blir redusert, er fordi de ser at familien takler situasjonen bedre etter rådgivning (Thastum et al. 2006). Som sykepleiere må vi være forberedt på den delen av yrket vårt som inneholder undervisning (Elmberger et al. 2008). Sykepleier skal være en lærer for familien som forklarer, støtter og underviser. Dette innebærer å ha kunnskap innenfor mange områder (Schmitt et al. 2007).

Å studere virkningen kreft har på familier og deres mentale helse er veldig viktig. Thastum et al. (2006) mener at støtteordninger for kreftrammede familier er viktig. Fokuset går på hele familien og ikke bare pasienten. Ulike støtte/rådgivningsordninger kan tilbys (Thastum et al. 2006).

Thastum et al. (2006) foreslår mål til støtte/rådgivningsordninger, og at de bør være fokusert på barn. Målet med rådgivning er å ta vare på barnets behov så godt som det er mulig. Når familiemedlemmer fungerer godt sammen som en gruppe og deler på ansvaret, vil dette være en lettelse for forelderen med kreft (Thastum et al. 2006). Mange trenger den profesjonelle støtten til først å kunne forstå hvordan barnet har det (Elmberger et al. 2008). Dette viser hvor effektivt barneorienterte intervensjoner blir, da det ikke bare hjelper på det psykososiale hos barnet men da også hos forelderen som har kreft og er deprimert (Thastum et al. 2006). Barns egne erfaringer fra familiestøtte/rådgivning:

Gutt 9 år: *"Det var fint å høre hva andre følte. Jeg trodde jeg var alene om tankene mine. Men det var jeg ikke, min søster og bror tenkte det samme."*

Jente 12 år: *"Før rådgivningen følte jeg bare at jeg gråt hele tiden. Uansett om jeg bare satt alene, så begynte jeg plutselig å gråte. Etter rådgivningen forteller jeg meg selv at det er fordi min mor har kreft"*(Thastum et al. 2006, 536-537).

Som retningslinjer, kommer Fredman et al. (2007) opp med 5 spørsmål som kan brukes i samarbeid med barn i familierapisamtaler. Sykepleier kan også inkluderes i disse samtalene for å støtte barnet.

1. Hvordan kan barn bli inkludert i samtaler slik at de føler at de blir hørt og satt pris på og ikke dømt eller oversett?

2. Hvordan kan vi vise barn at vi vil ta vare på dem og ikke få de til å føle at de ikke har problemene helt alene?
3. Hvordan kan vi lage et opplegg der barna får uttrykke seg selv – spesielt når de ikke finner de rette ordene?
4. Hvordan kan vi vite at dette er et bra tidspunkt og sted for å ha en samtale?
5. Hvordan kan vi utforme et godt og trygt opplegg der en viser respekt for både barnets og foreldrenes forskjellige meninger?

Å bruke lek i familierapi har vist at barn får uttrykke seg selv bedre. Å få til en kreativ, gøy og underholdende måte å gjøre dette på, kan forsterke barns engasjement og deltakelse, fra alle aldere, i en terapeutisk prosess og dermed avbryte konflikter av følelser og meninger i en trygg atmosfære. Fredman og Christie (2007) tar for seg hvordan en kan lage et opplegg der barnet føler at det blir sett og hørt og at de får uttrykke seg selv. Å skape tillitt slik at barnet vil fortelle sine tanker eller hva som plager dem. Fredman et al. (2007) brukte en teddybjørn som tilnæringsmetode. ”Teddybjørn-showet” kan være et redskap til å hjelpe barnet å snakke gjennom problemene med familien. Målet blir at barnet kan få evnen til å kjenne seg igjen i en historie som teddybjørnen forteller.

Å ha fokuset på barnets resurser og å få deres oppmerksomhet fungerer bedre i et slikt reflekterende ”teddybjørn-show” enn vanlig refleksjonssamtaler. Det er mye mindre truende og involverer barnet mer (Fredman et al. 2007).

Sykepleiere kan oppfordre barn til å gjøre noe minneverdig med foreldrene deres. For eksempel, lage en minnebok med bilder av alle sammen, ta opp video i hverdagen eller dersom musikk er sentralt i familien kan det være å spille musikk sammen, og ta opp dette på bånd.

”Mamma og pappa sa jeg var flink til å spille piano, det har jeg arvet fra pappa så nå skal vi spille sammen og lage en cd!”Gutt 8 år(Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, 431).

5.0 Diskusjon

Her diskuteres metoden og resultat av studien.

5.1 Metodediskusjon

I metoden finnes en god oversikt over hvordan vi har gått fram for å utforske studiets tema. Inklusjonskriterier har gjort det lettere å finne artikler som belyser vår problemstilling, hensikt og tema. I analysen kommer det klart frem hvordan vi har bearbeidet forskningen. Her opplevde vi å sitte igjen med veldig mye stoff, som gjorde det vanskelig å komprimere. Dette skapte frykt for å unnlate noe, da mange av funnene var like. Styrker i studien er at vi har funnet artikler som har vært veldig relevante for vår problemstilling. Svakheter her er at mange av artiklene har et relativt lite utvalg, men pga den store relevansen og mye gjengang i resultatene valgte vi likevel å ha med dette. Vi fant litteratur som støttet godt opp mot hverandre, så derfor det lille utvalget som lite betydelig.

9 av 10 artikler er på engelsk, her fant vi mye relevant forskning. Vi søkte både på skandinaviske og engelske språk. Siden de engelske ga mer treff, fokuserte vi mest på disse. Svakheten her er at vi kan ha gått glipp av gode artikler på andre språk, hovedsakelig på norsk da vi ønsker å kunne ha fokusert mer på hvordan sykepleiere i Norge kan gi støtte til barn med kreftsyke foreldre. Likevel gav de Engelske artiklene gode sykepleieintervensjoner som er felles innen sykepleien. To av artiklene vi valgte å ta med, handlet ikke spesifikt om barn som har foreldre med en kreftdiagnose. Likevel velger vi å ta med disse fordi de inneholder mye informasjon som kan være til hjelp for sykepleieintervensjoner.

I søkestrategien har vi brukt mest søkeord som, kreft – foreldre – barn – reaksjoner – cancer - parental cancer – reactions – children. Et viktig prinsipp er å kombinere ett og ett ord i gangen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt og Reinart 2007). Vi kombinerte ordene med "and" og fikk mer sammenheng i søkene da dette minsket søkeresultatene. En svakheter med søkestrategien, med tanke på søkeord, er at vi har brukt lite "sykepleie" eller "nursing". Dette kunne kanskje ha gitt oss flere gode funn. De funnene vi har kommet frem til i vår studie er likevel meget relevante både for vårt tema, barns reaksjoner og følelser, og sykepleieintervensjonene vi var ute etter. Alle artiklene kan svare på ett eller flere av våre forskningsspørsmål.

I analysen har vi brukt kvalitetssikring fra Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Her kunne vi kanskje ha brukt PICO systemet. I ettertid ser vi at PICO systemet kanskje hadde vært lettere for oss da Wilmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) systemet tok mye tid. Her måtte vi først gi poeng til hver artikkel og deretter regne om dette til prosent for å kunne gi artiklene grad av vitenskapelig kvalitet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Hva er barns reaksjoner når mor eller far har kreft?

Barns reaksjoner avhenger av barnets personlighet og alder. Her kommer den kognitive utviklingen inn. I vårt resultat er det flere eksempler på barns reaksjoner. Men en svakhet blant disse, er at våre resultat sier svært lite om hvordan barna reagerer spesifikt med tanke på kjønn og alder. Jenter har en tendens til å benytte mer emosjonelle uttrykk og sosiale strategier for å hankes med stressende situasjoner, guttene derimot, har en tendens til å bruke fysisk orienterte metoder (Su og Ryan-Wegner 2007).

I vårt resultat fant vi at noen av barna har vansker med å forstå hvorfor de reagerer som de gjør som ved psykosomatiske episoder og sinne. De kan også bli redde i forskjellige situasjoner vedrørende sykdommen. Barna har forskjellige måter å takle forelderens kreftsykdom på (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008).

I teorien er det gjort klart at barna må bli forberedt på hva som kan ventes i sykdomsperioden. Sykepleier må snakke med dem om hvordan de kan oppleve å føle seg innvendig. Her er det viktig at barnet vet at det er normalt og føle seg sint og lei seg, at de ikke kan klandre andre for det som er skjedd, men at de har rett til å føle det de føler. For eksempel si at de ikke kan slå andre dersom de blir sinte. Reaksjonene varierer, og det er viktig å respektere sorgens mange ytringsformer og lytte til de signaler som barna gir oss om hvordan de opplever sorgsituasjonen (Kreftforeningen 2008).

Det er viktig for barn å få bearbeidet følelser og ofte trengs det hjelp med å sette ord på følelser, ikke minst fordi språket til barn kan være begrenset (Tveiten 2000). I

aldersgruppen 6-12 år kan krisereaksjonene ha preg av sorg, sinne, skam, dagdrømming eller fantasier hos de yngste. Også dette kan ha med utviklingspsykologiske særtrekk å gjøre (Tveiten 2000).

Reaksjoner på behandlingen viste seg å være fremtredende hos barna (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008). Endret utseende er forandringen som blir mest synliggjort for barnet. At mor eller far mister håret og går ned i vekt er tydelig det som preger barna mest, både i teori og forskning (Almås 2005). Her må sykepleier informere om at mor kanskje har et forandret utseende siden sist besøk, og at hun har utstyr koblet til seg, dersom dette er tilfelle. For de eldre barna på rundt 11-12 år, kan en forklare hva utstyret er til, dersom dette er ønskelig. Brosjyrer og brev fra sykehuset, tilpasset barn, kan også hjelpe, godt illustrerte for yngre barn (Tveiten 2000). I forskningen er det også vist at de eldre barna ønsker å vite og lære mer om sykdommen (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008).

Selv om barns reaksjoner er en veldig sentral del av våre funn kan disse reguleres dersom sykepleier og foreldrene tar forhåndsregler. Sykepleiere har et ansvar for å forebygge og snu en uheldig utvikling (Almås 2005).

5.2.2 Hva er barns behov for informasjon og støtte når en forelder rammes av kreft?

Barna skal leve lengst med sine traumer og eventuelt tap av foreldre. Teorien sier at foreldrene ønsker å skjerme barna sine mest mulig. Men når barn ikke får informasjon tar fantasien over, og den kan være mer skremmende enn realiteten selv (Dyregrov 2006). De kan ha problemer med å forstå mer abstrakte ord som kjemoterapi, kreft, eller bivirkninger (Su og Ryan-Wegner 2007). Sykepleier må forklare dette åpent, sannferdig og direkte, uten omskrivninger som kan medføre forvirring eller frykt (Dyregrov 2006). Sykepleier kan sette seg ned sammen med foreldrene å gjøre rede for hva de ønsker skal bli sagt og hjelpe dem med å tilrettelegge dette for barnet. Her hevdes det i både teori og forskning at sykepleier må gjøre dette etter barnets alder og utviklingsnivå (Tveiten 2000, Su og Ryan-Wegner 2007). I følge Almås (2005) er det en stor utfordring for sykepleier å tilpasse og avgrense informasjon etter den enkeltes forutsetninger til å motta. God informasjon bidrar til mestring (Almås 2005). Hjelpemidler ved informering, kan være å vise på dukke hva som skjer med forelderen, vise instrumenter og la barnet tegne. Slik er det lettere å la

barnet gi uttrykk for om det har forstått informasjonen (Tveiten 2000). Venter foreldrene for lenge med å fortelle barnet om sykdommen, risikerer de imidlertid at barnet hører det fra andre - eller at det selv merker at noe er galt og blir gående alene med sine bekymringer. Dette vil gjøre situasjonen verre for barnet. Hele familien trenger tid til å reagere og å bearbeide en slik nyhet (Thastum et al. 2009).

Viktigheten av at barn har et nettverk kommer frem i våre resultat. Men de sier derimot lite om hva som kan gjøres her. Ett eksempel på tilbud, er miljøhuset ved Rikshospitalet i Trondheim. Her har de et hus utenfor kreftavdelingens bygg, hvor familier med barn kan oppholde seg når den syke er inneliggende. Dette huset er kun for pårørende til kreftrammede å inneholder alt av mat, sengetøy og leker for barna. Dette er et bra tilbud både for voksne så vel som barn. Her møter de andre barn i samme situasjon. De kan leke, tegne, og snakke, og utveksle erfaringer sammen. Samtidig får de ett avbrekk fra pasientrommet hvor mor eller far kanskje ligger syk. Her kan de også få besøk av andre familiemedlemmer som kan være til støtte for familien. Samtidig får barnet en tilnærmet lik normal hverdag. Det hjelper også at den kreftsyke får hvile og gir mor eller far mer overskudd til å samhandle med barnet senere. For å understreke viktigheten av normaliserende faktorer vil vi si at samhandling med andre enn pasienten er av stor verdi. Dette er noe som også kommer frem i forskningen.

Normaliserende faktorer vil gi dem følelsen av å være som alle andre barn, ikke at de later som om at de ikke er i en vanskelig situasjon. Å holde dagliglivet normalt viser seg og å kunne hjelpe barna takle sykdommen (Huizinga et al. 2003). I følge Almås (2005) viser teori at pårørendes viktigste mestringsstrategi er å få fristunder. Sykepleier kan iverksette tiltak som gir pårørende regelmessige fristunder. Noen ganger kan man som sykepleier hjelpe familien til å ta imot tilbud fra deres eget nettverk (Almås 2005). Forskning sier at dersom sykepleier kan være tilrettelegger og tolk mellom de systemene familien er involvert i, er dette til god støtte for pårørende (Huzinga et al. 2003).

5.2.3 Hva kan være aktuelle sykepleieintervensjoner for barn med en kreftrammet forelder?

Målet med sykepleien er å skape trygghet. Behovet for trygghet er nært beslektet med behovet for kjærlighet. Mennesket har et fundamentalt behov for å oppleve sosial

tilhørighet og for å motta nærhet og varme fra andre mennesker. Enhver trenger å få og gi kjærlighet og omsorg. Trygghet og tillit er en forutsetning for at dypere, mellommenneskelig samhandling skal utvikles (Almås 2005). Trygghet er derfor et viktig brobyggende element i samhandling mellom sykepleier, pasient og pårørende, uansett alder. Tveiten (2000) mener også at trygghet er et viktig element i sykepleien. Det beskrives også her som sykepleierens lindrende funksjon. Den innebærer trøst, informasjon og hjelp til bearbeidelse. Alt dette kan skape trygghet dersom de blir ivaretatt på best mulig måte, og igjen - tilpasset barnets alder. Som sykepleiere kan vi også hjelpe foreldre å bedre forstå barnet sitt og vise dem hvordan de kan utvikle en god kommunikasjons-teknikk (Stiffler et al. 2008). Forskning sier også at dette tilbudet er savnet hos mange foreldre (Elmberger et al. 2008).

Informasjon og undervisning er en sentral del av sykepleieintervensjoner som kommer mye i fokus både i teori og forskning. Samtale med barnet spiller en stor rolle for hvordan barnet vil bearbeide situasjonen når mamma eller pappa har kreft. Sykepleieret innebærer å ha kunnskap innefor mange områder, her kan helsepersonell lære av hverandre ved å samarbeide (Schmitt et al. 2007). Her kan vi også knytte inn det Thastum et al. (2006) sier om barneorienterte sykepleieintervensjoner, da disse ikke bare hjelper på det psykososiale hos barnet, men også hos forelderen som er kreftrammet.

Eilertsen og Wille (2005) kommer med konkrete intervensjoner for sykepleiere i møte med barn og foreldre når en forelder har kreft.

- Vær oppmerksom på hvilke signal barn og ungdom gir, hva det er de *egentlig* sier
- Vær oppmerksom på endringer i adferd hos barn
- Tilby foreldrene støtte og hjelp i den direkte informasjonen til barnet
- Kartlegg sammen med den enkelte hvilken hjelp de ønsker og hvilke behov de har
- Lag en oversikt over hvem som kan være til hjelp for barnet (hvem kan de forvente hjelp fra, og hvilken type hjelp kan ytes)
- I samarbeid med foreldre - sørg for at skolen/ barnehagen får informasjon om situasjonen

I følge Almås (2005) er det viktig å få frem at sykepleier skal formidle omsorg og støtte både på pasientens og pårørendes premisser. For å kunne utfylle rollen som sykepleier i en

slik situasjon, synes vi at en skal kunne svare på Fredman et al. (2007)'s 5 spørsmål, som vist i resultatdelen. Dette er retningslinjer for samtale med barn i familieterapi, noe sykepleier kan inkluderes i. Barnet kan bli inkludert i samtaler slik at de blir hørt og satt pris på. Barn uttrykker selv i forskning hvor viktig det er for dem at sykepleieren snakker ærlig, åpent og klart til dem (Gustavsen et al. 2008).

Forskning viser at barn kan uttrykke sine tanker og følelser gjennom lek, tegning og fortelling (Reitan og Schjølberg 2000). Sykepleier kan også oppfordre barn til å gjøre noe minneverdig for foreldrene, som for eksempel å lage minnebok, lage video eller album (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008). Eide og Eide (2006) sier selv at det er av stor betydning å akseptere barnets lek, og ellers stille seg til rådighet for barnet når det selv ønsker å snakke eller har spørsmål om noe. Teori viser at barnet får lettere frem det de tenker på ved lek, og det kan bli lettere for sykepleierne å forstå hva barnet mener. Når barns alder tilsier det, kan samtalerapi være en god form for bearbeidelse (Tveiten 2000). En måte å gjøre dette på er å være på barns nivå. Et slikt tema er ikke like lett å prate om for alle, det må være på barnets premisser. Eide og Eide (2006) kommer med gode sykepleieintervensjoner når det gjelder å ha samtaler med barnet. Som sykepleiere i samtale med barn kan vi for eksempel stille konkrete spørsmål tilbake til barnet ved å si: "Hva tenker du på?" "Hva tror du?". Det viktigste er å nå inn til barns tanker. Her kan barna ha vansker med å uttrykke seg selv, særlig dersom det er voksne til stede som bruker ord barnet ikke forstår. Da er det viktig at vi som sykepleiere formulerer oss på en slik måte at barnet føler seg forstått og at det blir lettere for dem å snakke. Barn kan unngå å føle seg alene om sine problemer ved å få snakke med andre barn i samme situasjon. Tilpasning har alt å si for god kommunikasjon og forståelse. Barn vil selv gi uttrykk for at de ikke vil snakke, når barnet selv tar initiativ til samtale vil det komme av seg selv, da er det viktig at sykepleier eller forelder er til stede for å lytte til barnet og svare på spørsmål.

Å ha terapisaamtale med både foreldre og barn kan være bra, her vil både foreldre få si sin mening og barnet få si sin (Almås 2006). Tveiten (2000) støtter opp under dette og hevder at barn kan hjelpes til å sette ord på følelser når de har samtale sammen med andre barn der de deler opplevelser og erfaring. I vår forskning gav barn tilbakemelding om at de følte seg bedre etter å ha fått snakket om det og hørt at andre hadde de samme tankene som dem selv (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008). En avdeling kan bidra med familiesamtale i avdelingen og rådgivning til foreldrene. De kan formidle kontakt med skole, barnehage,

skolehelsetjenesten, kreftforeningen og PPT. Dersom barn ikke får den støtten de trenger, med samtale og terapi, kan det i følge Fasting (1980) utvikles problemer i senere tid.

Fasting (1980) har også beskrevet viktige momenter som kan være til hjelp når sykepleieren skal møte barn i en krisesituasjon:

- Støtte pasientens/pårørendes egne grenser
- hjelpe å uttrykke følelser, la dem få gråte-snakke-være sint-være stille-være alene dersom de vil det. Barn kan uttrykke følelser gjennom lek, tegning, snakking, osv.
- Ha tid til pasient og pårørende
- I sjokkfasen og reaksjonsfasen, er ikke informasjon det eneste en trenger.

5.2.4 Hva bør vi som sykepleier ha kunnskap om for å kunne forstå hvordan barnet tenker og føler?

Fra egne erfaringer i praksis ser vi at det å møte barn som pårørende er en svært utfordrende oppgave. Det er en utfordring å kunne tilrettelegge informasjonen til barnets nivå, her tenker vi på kognitiv utvikling og barnets individualitet. Sykepleieren kan være en ekstra støttespiller for familien (Stiffler et al. 2008). Som kommende sykepleiere er det viktig at vi har omfattende kunnskaper om diagnosen og alt den innebærer, både i det fysiske og psykiske aspektet (Almås 2005).

Som sykepleier kan en ofte føle seg ute av stand til å gi pårørende støtte, også da må man våge å være der. Her bør en som sykepleier tenke på mellommenneskelige forhold som, kontaktbehov, eksistensielle behov, miljøet rundt pasient og pårørende, håpets betydning, og sykepleierens eget forhold til kreft. Oppmerksomheten må rettes mot at det alltid er noe som kan gjøres for å forbedre situasjonen. Grunnholdningen i møte med pasientens familie bør være slik, enten sykepleier møter dem i sykehus, i andre institusjoner eller hjemme (Almås 2005).

Barn er forskjellige, både ved personlighet, kognitiv utvikling og modenhet. Det kan være en stor utfordring å vurdere barns observasjonsevne, da de ofte oppfatter mye mer enn vi tror (Devold, Straume og Værholm 2000). At sykepleier også tilegner seg kunnskap om

dette, er spesielt viktig i forhold til krisesituasjon (Fasting 1980, Gustavsen et al. 2008, Eilertsen og Wille 2005, Tveiten 2000, Devold, Straume og Værholm 2000).

Barn i skolealderen har en konkret tankegang og er avhengig av å få bilder og historier for å kunne forstå situasjoner bedre. Barn i 6-7 års alderen er fantasifulle og har magisk tenkning, noe som flere hevder, både i vår teori og forskning. Kunnskap om barns utvikling og alder vil hjelpe sykepleieren til å forstå deres reaksjoner og dermed sette i gang tiltak for å hjelpe barna å tilpasse seg til foreldrenes sykdom, særlig med tanke på å gi informasjon. Her vil kunnskaper om kommunikasjon være til nytte (Su og Ryan-Wegner 2008, Pediatric Section, 2009, Dyregrov 2006, Raundalen og Schultz 2006).

Når sykepleier mestrer å vurdere barns modenhet, vil en være godt forberedt på, å kunne gi støtte til barn som pårørende. Alderen på barn har mye å si, da det er en tynn linje mellom konkret tenkning og evnen til å kunne tenke logisk. Barn forestillingsevne påvirker nemlig evnen til å oppfatte informasjon. Dermed er måten voksne møter barnet på avgjørende for hvordan de bearbeider følelser og reaksjoner (Su og Ryan-Wegner 2008, Eilertsen og Wille 2005).

Overnevnte tema er viktig for oss som sykepleiere slik at vi kan gi den beste faglige og forsvarlige sykepleien, til både pasienten og pårørende (Almås 2005). Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) hevder at sykepleier har et selvstendig ansvar som innebærer å sette grenser for vår fagutøvelse. Dermed må en erkjenne grenser for kompetanse og ikke utføre oppgaver der en mangler tilstrekkelig kunnskap og opplæring for å ivareta (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

5.2.5 Konsekvenser for praksis

”Familien rammes akutt, og livet endres der og da. Det utenkelige, det som ikke måtte og ikke kunne skje, har rammet familien som lyn fra himmelen ”(Sand 1999, Almås 2005 Bind 1, 32).

Våre funn understreker hvor viktig det er for sykepleiere og annet helsepersonell å ha kunnskap om barn, og barns utvikling i samband med deres reaksjoner når en av deres foreldre får kreft. For å undersøke dette er det viktig å tilegne seg kunnskap om hvordan den kognitive utviklingen i hver alder fungerer, siden det er med på å avgjøre hvordan

barnet faktisk vil reagere. Pårørende møter vi uansett, men når det er små barn blir situasjonen og fremgangsmåten annerledes.

Barn er uforutsigbare små mennesker med mange tanker og god fantasi. For lite informasjon vil føre til at barnet føler seg utelatt. Dette kan etter hvert skape mye unødig frykt og bekymring (Gustavsen et al. 2008, Thastum et al. 2006, Su og Ryan-Wegner 2007). Sykepleier og foreldre bør være åpne overfor barnet, noe som vil styrke tillitsforholdet.

Sykepleier kan også tilrettelegge for barna i avdelingen, vise dem rundt på andre poster som på strålingsavdelingen, sengeposten og poliklinikken og ha en primærkontakt til barna. Her må alt forklares på en rolig og forståelig måte, med tilpasset informasjon (Eilertsen og Wille 2005). Når forelderen som er kreftrammet blir tilgjengelig for barnet og barnet føler seg trygg på hva som skjer med mamma eller pappa, vil dette ha god innvirkning på mestringsfølelsen og motvirke senere atferdsproblemer (Dyregrov 2006, Raundalen og Schultz 2006, Su og Ryan-Wegner 2007). Dersom dette ikke blir ivaretatt kan barn utvikle komplikasjoner senere i livet, noe som er svært fremtredende i forskning og som teori støtter opp under (Fasting 1980, Su og Ryan-Wegner 2007, Bugge, Helseth og Darbyshire 2008).

6.0 Konklusjon

6.1 Hovedfunn

Det er viktig med god kjemi og gode interaksjoner mellom barn, foreldre, og sykepleiere. Når barna trenger noen å snakke med, er viktigheten av å legge informasjonen til barnets alder, sentral. Sykepleiernes kunnskap bør være stor og trygg, og en må hjelpe foreldrene med å forstå barnas behov. At barnet er godt informert og kan snakke med andre om sykdommen, fremstår som relevant. Barn som har foreldre med uhelbredelig kreft trenger mer enn enkel informasjon om sykdommen og situasjonen for øvrig. De trenger å forstå seg selv og hvordan takle en rekke forvirrende og vanskelige følelser, tanker og reaksjoner.

Et annet viktig tema er om foreldrene er kapable til å tilby barna et normalt dagligliv. Det å mestre å holde dagliglivet normalt viser seg å hjelpe barna og foreldrene til å takle sykdommen og behandlingen som fører med. Foreldre og barn som ikke har mulighet til å opprettholde normalt dagligliv, ser situasjonen som mer vanskelig enn de familiene som mestrer dette.

Det har blitt vist at unge barn opplever mye stress når forelderens død truer på grunn av forverring i sykdommen, forventet sorg, og en inngående følelse av å miste noen de er glade i. Det er ingen tvil om at barna er i en risikogruppe, der de kan utvikle både psykiske og somatiske problemer. Lav selvtillit, angst, depresjon og problemer på skolen er ting som ofte går igjen.

Det er viktig at barnet er i fokus og familiens bånd bygger på familiens styrker og kvaliteter. Foreldre og barn utretter da en felles styrke sammen. Dette kan gi et positivt bidrag til felles velvære når en traumatisk tid oppstår i deres liv.

6.2 Videre forskning

Vi var i kontakt med Norsk Kreftforening og Radiumhospitalet i Oslo. De kunne fortelle oss at det var lite forskning gjort på dette i Norge, men henviste oss til informasjonen på kreftforeningens internettsider. Kreftforeningen har et bra tilbud til barn når kreft rammer. Vi fant en oversikt over møter med støttegrupper for barn i regi av kreftforeningen, men

disse var helst å finne i de større byene. Videre forskning kan bygge på erfaring fra barn og kreframmede familier heller enn oppsamling av teori til brosjyrer. Slik kan forskningen bygges videre på tiltak i forhold til respons fra de som faktisk vet hvordan dette oppleves. Det vil si at det utvikles gjennom refleksjon og at vi som sykepleiere lærer fra erfaring.

”Erfaringsbasert kunnskap eller praksiskunnskap er en hjørnestein i sykepleien og er kunnskap som erverves gjennom å praktisere”(Nortvedt et al. 2007, 16).

Vi har et forslag til utvikling av et system hvor barna kan sette ord på følelsene sine ved bruk av bilder. Ideen fikk vi fra USA hvor de bruker papirposer der barna får merke posen med et ansikt som viser hvordan de selv mener de ses eller vil ses av andre, som for eksempel glad. De får også flere ansikter som representerer lei seg, sint, redd osv., hvor de velger de ansiktene de mener representerer følelser på innsiden, til å legge ned i posen. Nedenfor har vi en smerteskala for barn som brukes i Norske sykehus i dag. Dette kunne kanskje vært en idé for å få barn til å sette ord på sine følelser i vanskelige situasjoner.

Bilde 1



7.0 Litteraturliste

- Almås, Hallbjørg. 2005. *Klinisk Sykepleie*. Bind 1. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Bugge, Kari E., Solvi Helseth og Philip Darbyshire. 2008. *Children`s experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer*. Oslo: *Cancer Nursing* 31(6):426-434. Tilgjengelig fra: Ovid.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Gyldendal Oslo: Akademisk Forlag.
- Devold, Simon F., Marianne Straume og Randi Værholm. 2000. "Mor eller far har kreft" *Brosjyre med Informasjon til foreldre, pårørende og andre interesserte*. Oslo: Kreftforeningen.
- Dyregrov, Atle. 2006. *Sorg hos barn – En handbok for voksne*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dørre, Liv B. u.å. *Vi tenkte aldri på å tie*. Kreftforeningen.
http://www.kreftforeningen.no/portal/page?_pageid=35,3018&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=2023&navigation2_parentItemId=2023&navigation2_selectedItemId=2648&piref35_3023_35_3018_3018.articleId=4235&piref35_3023_35_3018_3018.artSectionId=583 (Lest 17.09.2009).
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2006. *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Eilertsen, Mary-Elizabeth B. og Inger-Lise Wille. 2005. *Barn og ungdom som pårørende. Når alvorlig sykdom oppstår – Hvordan kan du som fagperson bidra?* Midt-Norge: Brosjyre fra Kreftforeningen.
- Elholm, Annelise. u.å. *Barn som pårørende*. Avd. for Kreftbehandling og Medisinsk Fysikk.
- Elmberger, Eva, Christina Bolund, Annabella Magnusson, Kim Lützen, Birgitta Andershed. 2008. *Being a Mother with Cancer – Achieving a Sense of Balance in the Transition Process*. Sverige, *Cancer Nursing* 31(1):58-66. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. Tilgjengelig fra: Ovid

- Fasting, Ulla. 1980. *Ikke bare en diagnose*. 2 opplag. Danmark, København: Munksgaard Forlag.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2003. *Att göra systematisk litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnandsforskning*. Sverige: Natur & Kultur.
- Fredman, Glenda og Deborah Christie. 2007. *Reflecting teams with children: The Bear Necessities*. Storbritania: *Clinical Child Psychology Psychiatry* 12(2):211-222. Tilgjengelig fra: Cinahl.
- Friberg, Febe(red). 2006. *Dags för uppsats – Vägledning för literaturbaserade examensarbeten*. Sverige: Studentlitteratur
- Gustavsen, Karin, Arne B. Grønningssæter, Tone Fløtten, Roy Nielsen, John Syse og Steffen Torp. 2008. *Barn og unge i kreftammede familier*. FAFO-rapport; 2008: 38. Norge: FAFO. Tilgjengelig fra: Google Scholar.
- Hauge, Olav H. 1961. *"Kom ikkje med heile sanningi": På Ørnetuva*. Oslo: Noregs Boklag.
- Huizinga, Gea A., Winette T.A. van der Graaf, Annemieke Visser, Jos S. Dijkstra og Josette Hoekstra-Weebers. 2003. *Psychosocial Consequences for Children of a parent with cancer*. USA: *Cancer Nursing* 26(3):195-202. Tilgjengelig fra: Ovid
- Keeley, Duncan. 2000. *Telling children about parent`s cancer – Parents want help but don`t get it*. Storbritania: *British Medical Journal* 321(26):462-463. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- Kreftforeningen. 2008. *Sorg hos barn og ungdom*. Kreftforeningen og Støtteforeningen for kreftsyke barn.
http://www.kreftforeningen.no/om_kreftforeningen/organisasjon/satsingsomraader/barn_og_ungdom/sorg_hos_barn_og_ungdom_9039 (Lest 21.09.2009).
- Kreftregisteret. 2009. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning.
<http://www.kreftregisteret.no/no/> (Lest 20.10.2009).
- Kristoffersen, Nina J., Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2005. *Grunnleggende Sykepleie*. Bind 4. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

- Kroll, Landa, Jacqueline Barnes, Alisin L. Jones og Alan Stein. 1998. *Cancer in parents: Telling Children*. Storbritannia: *British Medical Journal* 7135:880. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- McPherson, Gladys. 2007. *Children of mothers with breast cancer were distressed by hair loss; those >10 years of age, wanted more information about their mother`s condition*. Storbritannia: *Evidence Based Nursing* 10(1):29. Tilgjengelig fra: Cinahl.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt og Liv M. Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Pediatric Section. 2009. *Supporting children and young people facing loss*. Palliative Care Guidelines.
- Raundalen, Magne og Jon-Håkon Schultz. 2006. *Krisepedagogikk – Hjelp til barn og ungdom i krise*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reitan Anne Marie og Tore Schjølberg. 2000. *Kreftsykepleie, Pasient, Utfordring, Handling*. Oslo: Akribe Forlag.
- Sand, Anne M. 1999. *Se også meg - Å være pårørende til pasienter med langtkommen uhelbredelig sykdom*. I *Klinisk Sykepleie*, ed. Almås, Hallbjørg. 2005. Bind 1, 3; 32.
- Schmitt, Florence, Hanna Manninen, Päivi Santalahti, Elina Savonlahti, Seppo Pyrhönen, Georg Romer og Jorma Piha. 2007. *Children of parents with cancer: A collaborative project between a child psychiatry clinic and an adult oncology clinic*. Tyskland og Finland: *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 12(3):421-436. Tilgjengelig fra: Cinahl.
- Stiffler, Deborah, Joan Haase, Barbara Hosei, Brooke Barada. 2008. *Parenting Experiences With Adolescent Daughters When Mothers Have Breast Cancer*. *Oncology Nursing Forum* 35(1):113-120. Tilgjengelig fra: ProQuest.

- Su.Ying-Hwa og Nancy A. Ryan-Wenger. 2007. *Children`s adjustment to Parental Cancer- a Theoretical Model Developement*. USA: *Cancer Nursing* 30(5):362-381.
Tilgjengelig fra: Ovid
- Thastum, Mikael, Anne Munch-Hansen, Anne Wiell og Georg Romer. 2006. *Evaulation of a Focused Short-term Preventive Counselling Project for Families with a Parent with Cancer*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1(4):529-542. Danmark: University of Århus. Tyskland: University Medical Centre Hamburg-Eppendorf.
Tilgjengelig fra Cinahl.
- Willman, Ania, Peter Stoltz, Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad Omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2: a upplag. Sverige: Lund Studentlitteratur.

Vedlegg 1

Kvalitetsbedømming Kvantitativ (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006)

Evidensbasert omvårdnad

Bilaga G

Exempel på protokoll for kvalitetsbedømming av studier med kvantitativ metode

Beskrivning av studien

Forskningsmetode RCT CCT (ej randomiserad)

multicenter, antal center

Kontrollgruppe/er

Pasientkarakteristika Antall

Ålder

Man/Kvinne

Kriterier for ekskludering

Adekvate eksklusioner Ja Nei

Intervensjon

Vad avsaog studien att studera?

Dvs. vad var dess primære resp. sekundære effektmått

Urvalsfarandet beskrevet? Ja Nei

Representativt urval? Ja Nei

Randomiseringsfarande beskrevet? Ja Nei Vet ej

Likverdige grupper ved start? Ja Nei Vet ej

Analyserade i den gruppe som de randomiserades till? Ja Nei Vet ej

Blindning av pasienter? Ja Nei Vet ej

- Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
 Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

- Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
 Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
 Adekvat statistisk metod? Ja Nej
 Etiskt resonemang? Ja Nej
 Hur tillförlitligt är resultatet?
 Är instrumenten valida? Ja Nej
 Är instrumenten reliabla? Ja Nej
 Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Granskare sign:

Vedlegg 2

Kvalitetsbedømming Kvalitativ (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006)

Evidensbasert omvårdnad

Bilaga H

Eksempel på protokoll for kvalitetsbedømming av studier med kvalitativ metode

Beskrivning av studien

Tydlig avgrænsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkarakteristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

År konteksten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etisk resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja Nej Vet ej

– Strategisk?

Ja Nej Vet ej

Metode for

– urvalsførfarande tydeligt beskrevet?

Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydeligt beskrevet?

Ja Nej Vet ej

– analyse tydeligt beskrevet?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

– År resultatet logisk, begripligt?

Ja Nej Vet ej

– Råder datamåttnad?

Ja Nej Vet ej

– Råder analysmåttnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart og tydeligt?

Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i forhold til en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereres teori?

Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)

Vedlegg 3 Oversiktsskjema med grad av Vitenskapelig Kvalitet

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Elmberger et al. (2008). Being a Mother With Cancer – Achieving a Sense of Balance in the Transition Process. Cancer Nursing. Sweden.	Å undersøke hvordan mødre med kreft taklet deres ansvar i hjemmet. Å undersøke forhold mellom mor og barn. Å finne ut hvilken støtte disse trenger fra sykepleier.	Kvalitativ metode med intervju. Brukte intervju fra 2 tidligere studier til å forske på overgangen fra å være en frisk mor til å være en kreftsyk mor.	20 avskrevet intervju fra 2 tidligere studier. 1. 9 kvinner, derav 6 aleneforeldre 2. 10 kvinner, derav 5 aleneforeldre + 5 kvinner som deltok i fokus gruppe intervju	Funnene ble organisert tematisk og i tre faser. Mødrene gav uttrykk for at de var bekymret for ikke å være en ”god mor”. De prøvde å finne en balanse mellom sykdom og foreldrerollen. Mødrene gav også klart uttrykk for at de trengte profesjonell støtte i den vanskelige tiden, da de følte at de ikke kunne være der for sine barn.	II
McPherson (2007). Children of mothers with breast cancer were distressed by hair loss; those >10 years of age wanted more information about their mother`s condition. Evidence based Nursing Storbritania.	Å finne ut hvordan barn med en mor som nylig har blitt diagnostisert for brystkreft reagerer på mors sykdom og behandling.	Kvalitativ metode med intervju som viste barnas reaksjoner og deres erfaringer med å ha samtale med familien. Intervjuene tok sted i hjemmet, av en barnepsykolog	37 mødre med nydiagnostert brystkreft. 31 av deres barn, 6-18 år gamle.	Barns oppfatning – Alle bortsett fra 2 av de yngste barna hadde hørt om kreft. Læren om deres mor diagnose – mange av barna hadde merket det på mor en stund før de fikk vite om kreften, noen følte at mor prøvde å skjule noe for dem. Reaksjoner på behandlingen – at håret fall av var det som gikk mest inn på barna. Barna uttrykte at de ville ha informasjon – De eldste barna trengte mer informasjon, ikke bare om kreft men også hvordan de som pårørende kunne takle en slik situasjon.	III

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Fredman et al. (2007). Reflecting Teams with Children: The Bear Necessities. Clinical Child Psychology Psychiatry. Storbritania.	Å finne ut hvordan en kan inkludere barn i terapi timer sammen med familien, på en måte som gjorde at de ikke følte seg overkjørt eller dømt. Hvordan forstå barns følelser når de selv ikke klarer å uttale seg, pga ordmangel.	Kvalitativ metode, det blir presentert intervju fra en terapi time med et 10 år gammelt barn og hennes foreldre. Psykologen bruker en bamse for å få 10-åringen til lettere å få uttrykt seg: "Reflecting puppet-show approach". De har tematisert datainnsamling ved ulike spørsmål som er knyttet til deres problemstilling.	En 10 år gammel jente og hennes foreldre	Ved å bruke reflekterende gruppemøter der alle fikk si hvordan de følte, kom de frem til at prosessen ble forenklet. At alle måtte bytte på å lytte og snakke. Samtalen kunne bli for vanskelig for en 10-åring å forstå, for kompleks og abstrakt, som gjør at et barn vil føle seg utenfor. "Puppet-showet", gjorde at barnet kunne identifisere seg gjennom historien.	III

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Thastum et al. (2006). Evaluation of a Focused Short-term preventive counselling project for families with a parent with cancer. Clinical Child Psychology Psychiatry. Tyskland.	Å finne et kort-tids forebyggende rådgivnings og støtte program for familier med en forelder med kreft. Å støtte familien til å ta vare på barnets behov så godt som mulig.	Artikkelen viser både kvalitativ og kvantitativ metode for å evaluere resultatet av rådgivningen. Datainnsamlingen bestod av spørreskjema og intervju.	24 familier der en forelder hadde kreft. 24 mødre – 17 fedre – 34 barn.	Funnene viser at foreldre med følelser av depresjon søkte mer hjelp til støtte og rådgivning dersom dette var tilgjengelig. Det viste seg også at mødrenes depresjon ble betraktelig bedre etter rådgivning og støtte. Barna gav også tilbakemelding om at deres depresjon og engstelse ble betydelig bedre. Likevel gav barna uttrykk for at de ikke fikk nok støtte, og at de ikke ble nok involvert. Foreldrene lærte at det de hadde prøvd, ved å skjule sykdommen fra barnet, hadde gitt dem mer angst og bekymringer og fantasier om forelderens død enn de hadde trodd.	II

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Schmitt et al. (2007). Children of Parents with Cancer: A collaborative project between a child psychiatry clinic and an adult oncology clinic. Clinical Child Psychology Psychiatry. Finland.	Å lage en barne-sentrert familie rådgivningsmodell, "The Turku Model" som skal rettes mot barn med foreldre med kreft. Intervensjonen som skal støtte barna. Å se viktigheten av at kreft rammer hele familien.	Kvantitativ metode med spørreundersøkelse. Stor gruppe informanter og stor gruppe personell til å utføre denne. Mål med rådgivningen og spørsmål ble bestemt på forhånd.	"Child Psyck clinic": 5 eldre barnepsykiater, 3 leger, 1 psykolog, 25 sykepleiere og 8 barn på avdelingen. "Oncology Clinic": 12 Onkologer, 10 leger, 4 fysioterapeuter, 70 sykepleiere, 25 radiografer. Pasienter: 37 – 32 mødre og 5 fedre. Disse hadde til sammen 69 barn.	74% av personell hadde svart på spørreundersøkelsen etter rådgivningsprosjektet. 46 % av personell blei med på en informasjonstime om prosjektet. De finner ut at forebyggende intervensjoner er meningsfulle for barn med en kreftrammet forelder. Den har god effekt, ikke bare på pasienten som er deprimert, men også på familien. Likevel finner de ut at de skulle gjort denne undersøkelsen på en annen måte for å forbedre fokuset. Mer på barna? Familieforholdet?	III
Huizinga et al. (2003). Psychosocial Consequences for Children of a parent with cancer. Cancer Nursing, vol 26 No 3. USA.	Å få større innsikt i de psykososiale konsekvensene for barn som har foreldre med kreft, fra både barnas og foreldrenes perspektiv.	Tilbakevirkende tverrsnitt og beskrivende design. Kvalitative og kvantitative metoder ble benyttet.	14 familier deltok.	Foreldrene rapporterte midlertidige atferdsproblemer hos de fleste barna i den akutte fasen av foreldrenes sykdom. Andre problemer som angst, søvnforstyrrelser og tvangstanker varte lengre. Foreldrene rapporterte også at barna hadde mer problemer enn de selv sa de hadde.	I

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Gustavsen et al. (2008). Barn og unge i kreftrammede familier. Fafos Informasjonsavd. Norge.	Å finne ut hvordan barn i kreftrammede familier opplever og hvordan de erfarer familiens materiale, økonomiske, sosiale og praktiske hverdag.	Kvalitativ metode, her konsentrerer de seg om informanterfaringer gjennom intervju. Artikkelen tar med utsagn og sitat fra barna.	10 barn – 3 gutter og 7 jenter. Bakgrunnskaraktistikk hos informantene: Alder – 10-11 år, 12-13 år, 16 år< Familieforhold – bor hos begge foreldre eller bor hos mor. Kreftbehandling – under behandling, ferdig behandling, død. Økonomi – Stabil, krevende, lever på oppsparte midler.	Det kommer godt frem i funnene at barn tar på seg for mye ansvar. Tar seg av søsken og foreldre, setter andre først. De blir for fort voksne. En annen ting er at barna gir uttrykk for hvor viktig det er å ha venner og fritid, disse faktorene er normaliserende for dem. Informasjon fra helsetjenesten og sykehuset. Informasjonen må være innrettet mot barnets alder. Kun barna kan vite hvordan de har det, ikke foreldrene. De trenger å bli sett og de trenger informasjon om foreldrenes sykdom og hvordan de skal takle dette. En må huske at barn skal få være barn.	I

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Stiffler et al. (2008) Parenting Experiences with adolescent Daughters When mothers have breast cancer. Oncology Nursing Forum. Amerika.	Undersøke foreldreomsorg i tiden hvor mor er har fått diagnosen og behandles for brystkreft fra morens og datterens standpunkt.	Kvalitativ metode, empirisk fenomenologisk tilnærming. Intervju med åpne spørsmål, som ble tatt opp på lydteppe.	8 mødre og en av hver sin datter i ungdomsårene, rangert fra 10-15 år. gjennomsnittet på jentene var 13,5 år.	Mor satte hadde foreldreomsorg som en høy prioritet og hadde problemer med å møte sine egne og barnas behov. Mødre trengte assistanse i å hjelpe sine døtre gjennom situasjonen, spesielt med og vedlikeholde mor og datters forhold og kommunikasjon. Artikkelen hadde et større fokus på morens opplevelser enn på barnets. Artikkelen inneholdt derimot sykepleie intervensjoner som vi fant nyttige i vår oppgave. Og funnene støtter opp mot det vi har funnet i andre artikler.	III

Forfatter, År, Tittel, Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Bugge, Helseth og Darbyshire (2008). Children`s experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer. Cancer Nursing vol 31 No 6. Norge.	De skulle se om det programmet de hadde utviklet kunne gjøre en forskjell for de berørte i situasjonen. Hvordan de kunne gi barnas kunnskap og fremme mestring av situasjonen. Og se hvordan de reagerte på de tiltak som ble gjort.	Kvalitativ, familiebasert. samlet beskrivende data via dyptgående intervjuer(20-90min) med barn av kreftsyke foreldre i den palliative fasen etter deltagelse i et støtte program for familier.	Barn mellom 5-18 år fra 6 familier i 3 forskjellige deler i Norge.	Denne artikkelen hevder at det er gjort mye forskning rundt dette med at barna var redde og usikre ved forandringer hos forelderens tilstand. De var redde for døden og at de skulle få sykdommen selv, artikkelen hevder også at barna ble påvirket i hverdagen som for eksempel redsel for dødsfall og søvnproblemer relatert til dette, hos forelderen samt aggressiv atferd mot andre. Barn som har foreldre med uhelbredelig kreft trenger mer enn enkel informasjon om sykdommen og situasjonen for øvrig. De trenger og forstå seg selv og hvordan takle en rekke forvirrende og vanskelige følelser tanker og reaksjoner. Støtte fra foreldrene er essensielt men barna trenger også støtte og informasjon fra helsearbeiderne som er lett og tilpasset barnets alder. I denne artikkelen fant de at behovet for et slikt program er svært stort og det er noe som blir verdsatt av hele familien. Barnet i fokus og bånd som bygger på familiens styrker og kvaliteter, foreldre som barn og den styrken de felles utretter. Dette kan gi et positivt bidrag til felles velvære i en slik traumatisk tid i deres liv.	I

Forfatter, År, Tittel Tidsskrift, Land	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Grad
Su og Ryan-Wegner (2007). Children`s adjustment to Parental Cancer- A THEORETICAL MODEL Development. CancerNursing Vol 30 No 5. Amerika.	En 2 delte modell som de hadde utviklet skulle testes, Sykepleierintervensjoner skulle utføres, og barnets reaksjoner skulle evalueres opp mot disse for å finne ut hvordan hjelpe barnet best i denne situasjonen. De skulle også beskrive mor og fars oppfatning, av påvirkningen intervensjonene hadde på barnet samt kvaliteten på foreldre barn forholdet etter intervensjonene.	Kvalitativ metode ble brukt. Intervjuer med mødre og fedre, 4 gifte par. Spørsmål ang tiltakene til barna og post intervensjons intervjuer. For å analysere effekt.	Kvinner diagnostisert med brystkreft som har barn mellom 8 og 12 år som bor hjemme.	Kreft hos foreldrene er en betydelig stress faktor hos barn. Særlig pga trussel om død. Under disse omstendighetene opplever familiene ekstreme utfordringer fra flere uforutsigbare domener. Viktige elementer som familiens mestring, Foreldre-barn forhold, barns vurdering og barns mestring er ting som kan påvirkes gjennom sykepleierintervensjoner. Fant at det var vanskelig å forberede barn på den vanskelige situasjonen som lå foran dem forklare samt og gi riktig informasjon og trengte hjelp til dette. Foreldrene fant modellen som hjelpsom for å forbedre deres evner som foreldre.	I