



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Når mor eller far har uhelbredelig kreft

When a parent has incurable cancer

Kari Anne Barstein

Lilli-Marlèn Morewood Øye

Totalt antall sider inkludert forsiden: 58

Molde, 18.11.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Når mor eller far har uhelbredelig kreft

Tittel på engelsk: When a parent has incurable cancer

Forfatter(e): Kari Anne Barstein og Lilli-Marlen Morewood Øye

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Ingeborg Ulvund

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: 19.10.10

*Jeg tenker ofte på døden,
på hva som ville skje hvis mamma eller pappa døde.
Da ville det bli sorg hjemme hos oss,
og jeg ville gråte.
Jeg har aldri opplevd at noen av mine nærmeste dør,
men jeg vet det kommer til å skje en dag.*

Gutt, 12 år.

(Moen 2002, 76)

Antall ord: 11 334

Sammendrag

Bakgrunn: 1. januar 2010 kom en ny lov som sier at helsepersonell er pliktig til å ivareta barn som pårørende. Barn som opplever at mor eller far får uhelbredelig kreft har behov for profesjonell støtte og veiledning i denne tiden.

Hensikt: Å få en dypere forståelse for hvordan sykepleier kan hjelpe barnet til å mestre sorgen når mor eller far har uhelbredelig kreft.

Metode: Litteraturstudie som analyserer 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Det viser seg at angst, sinne og aggresjon var følelser som forstyrret barnas dagligliv når familien var i ubalanse på grunn av foreldrenes sykdom. Barn har mange mestringsstrategier for å håndtere den vanskelige livssituasjonen. Det ble beskrevet strategier som distraksjon, opprettholdelse av normalitet, ha en positiv holdning og håp. Det kom frem at barna ønsket tilstrekkelig informasjon, både fra helsepersonell og fra foreldrene. De uttrykte også verdien av å være åpen rundt sykdommen.

Konklusjon: Barnet trenger å bli inkludert i foreldrenes sykdom. Det er sykepleierens oppgave å etablere god kontakt med barnet og gi den informasjonen barnet trenger tilpasset dets alder.

Nøkkelord: Mestring, barn, sorg, sykepleie, kreft

Abstract

Background: As of January 1, 2010, a new law claims that health workers are obligated to safeguard children as relatives. When children experience that a parent has incurable cancer they need professional support and guidance through this period.

Purpose: To gain a deeper understanding of how a nurse can help a child to manage their grief when a parent has incurable cancer.

Method: A literature study that analyses 10 qualitative research articles

Result: It's clear that anxiety, anger and aggression were feelings that would disturb the daily life of a child when the family was unbalanced as a result of a parent's illness.

Children have many coping strategies when they're dealing with the difficult situation in their lives. Described strategies are distraction, maintenance of normality, a positive attitude and hope. The study showed that children wanted good and adequate information, both from the health workers and the parents. They would also express the value of being open about the illness.

Conclusion: The child needs to be included in their parents' illness. It is the nurse's task to establish good contact with the child and provide the information the child needs adapted to its age.

Keywords: coping, children, grief, nursing, cancer

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstillinger	2
1.3 Begrepsavklaring	2
2.0 Bakgrunnsteori	3
2.1 Barns psykososiale og kognitive utvikling	3
2.2 Barns forståelse av døden	4
2.3 Barns mestring	4
2.4 Barns sorg	5
2.4.1 Tanker og følelser	6
2.5 Barn som pårørende	7
2.5.1 På sykehuset	7
2.5.2 Kommunikasjon med barn 6-12 år	7
3.0 Metode	9
3.1 Problemstilling	9
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.3 Plan for litteratursøkingen	10
3.3.1 Identifisere tilgjengelige ressurser	10
3.3.2 Identifisere relevante kilder	10
3.3.3 Avgrense forskningsspørsmålet	11
3.3.4 Utvikle en søkestrategi for videre søking	11
3.4 Gjennomføring av litteratursøk og innsamling av artikler	11
3.4.1 Tabell 1- forenklet oversiktstabell over litteratursøk	12
3.5 Kvalitetsvurdering	14
3.5.1 Forskningsetikk	14
3.6 Analyse av artiklene	15
3.7 Gradering av kvalitet for å kunne dra konklusjoner	16
4.0 Resultat	17
4.1 Barns opplevelse av sorg	17
4.2 Barns ulike mestringsstrategier	17
4.3 Tilstrekkelig informasjon gir trygghet for barnet	19
4.3.1 Barn ønsker informasjon fra sykepleiere	19
4.4 Hvorfor er åpen kommunikasjon viktig for barnet?	20
4.5 Sykepleierens rolle i barnets mestring	20
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Hvordan barnets sorg kommer til uttrykk	25
5.2.2 Sykepleieren kan bidra til at barnet opplever mestring	25
5.2.3 Kommunikasjon med barn i alderen 6-12 år	27
5.2.4 Barn som pårørende på sykehus	29
5.2.5 En viktig oppgave for sykepleieren er å gi støtte og trygghet til barnet	30
5.2.6 Barnet bør få tilrettelagt informasjon fra sykepleiere	31
6.0 Konklusjon	32
6.1 Forslag til videre forskning	33
Litteraturliste	34

1.0 Innledning

1. Januar 2010 trådte det i kraft en ny lov for helsepersonell i forhold til barn som pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

§ 10a. *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn (Helsepersonelloven 2009).

Hvert år blir ca. 26 000 mennesker i Norge rammet av kreft (Kreftregisteret 2009). Rundt 4000 barn opplever hvert år at deres foreldre eller andre nære får kreft (Kreftforeningen 2008).

De fleste døende ligger på sykehus, og i en aktiv sykehusavdeling er det lite rom for barn, dette sier psykiatrisk sykepleier Randi Helene V. Ajer (Vinsrygg 2010).

Å ha en mor eller far som er alvorlig syk og innlagt i sykehus, er en vanskelig situasjon for barn, og de har stort behov for støtte og veiledning gjennom en vanskelig tid (Bugge, Eriksen og Sandvik 2003). Forskning viser høyt nivå av stress hos barn med en alvorlig syk forelder. Barn er fortsatt ofte usynlig til stede, selv om fokuset på barnas behov i forbindelse med foreldres sykdom har økt (Rikshospitalet 2006).

Vi ønsker derfor å sette søkelyset på hva sykepleiere kan bidra med. Det er viktig å kjenne til barns forståelse av døden og barns evne til å uttrykke sin sorg når sykepleiere skal støtte barn i vanskelige livssituasjoner (Bugge, Eriksen og Sandvik 2003). Sykepleieren må være bevisst på sin rolle, kompetanse og ansvar for denne gruppen.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å få en dypere forståelse for hvordan sykepleiere kan hjelpe barnet til å mestre sorgen når mor eller far har uhelbredelig kreft.

1.2 Problemstillinger

- Hvordan opplever barn sorg?
- Hvordan mestrer barn sorgen?
- Hva kan sykepleieren gjøre for å hjelpe barnet til å mestre sorgen når en av foreldrene har uhelbredelig kreft?

Vi kommer til å belyse hva sykepleier kan bidra med i forhold til å hjelpe barnet til å mestre opplevelsen av å ha en syk forelder. Dette gjør vi ved å drøfte hvordan barn opplever sorg og hvordan de mestrer sorg, opp mot bakgrunnsteori. På denne måten kommer vi frem til hvilken betydning sykepleierens kunnskap har for barnets mestring av sorgen.

1.3 Begrepsavklaring

Alvorlig syk: I oppgaven brukes for det meste begrepet alvorlig syk, og med dette mener vi at forelderens har kreft og skal dø.

2.0 Bakgrunnsteori

Barn opplever også kriser og trenger hjelp til å mestre situasjonen. Balansen i familien forstyrres når en av foreldrene blir syk, og barnet er den som blir hardest rammet. Det at en av foreldrene blir alvorlig syk kan bli en stor psykisk belastning for et barn. Barn som pårørende blir lett glemt i forbindelse med sykdommen (Eide og Eide 2007). Barn kan og bør få delta i det som angår dem og deres liv også når det gjelder vanskelige situasjoner i livet.

I dette kapitlet skal vi presentere teori om barns utvikling, og mestring og sorg i forhold til barn. Aron Antonovskys teori om mestring vil også bli belyst. Videre skal vi si noe om barn som pårørende og om hvordan vi skal kommunisere med barn som er i en vanskelig livssituasjon.

2.1 Barns psykososiale og kognitive utvikling

Erik Erikson omtaler barnet fra 6 år til puberteten i sin teori om psykososial utvikling og han kaller denne fasen for ferdighetsfasen. Han beskriver at 6-åringen er i en overgangsfase der utfordringer som skolegang og mindre avhengighet av foreldrene venter. Humøret kan være ustabil i denne fasen, da barnet kan svinge mellom håp og fortvilelse og kravene kan føles store. I denne alderen har barnet behov for å føle seg nyttig og trenger å mestre nye utfordringer, dette kan bidra til selvtillit og arbeidsglede. Videre beskriver Erikson at barnet trenger oppmuntring, støtte, anerkjennelse og klare grenser. Disse behovene må møtes for at barnet ikke skal miste troen på seg selv og egne muligheter. Fra 7-års alder og oppover øker betydningen av gruppetilhørighet og kontakt med jevnaldrende venner (Grønseth og Markestad 2009).

Jean Piaget beskriver at barn i alderen 6-12 år har utviklet tankestruktur som gjør det mulig og bevisst ordne og søke etter informasjon. Barnet kan i denne alderen skille mellom nyttig og unyttig informasjon. Evnen til reversibel tenkning øker i denne alderen. Både av Piaget og Eriksons teorier kan vi forstå at den egosentriske tankegangen avtar etter hvert og barnet kan nå se ting fra ulike synsvinkler. De kan nå se flere sider ved gjenstander, mennesker og situasjoner. Evnen til å se ting i en helhet blir bedre og rundt 9-års alder begynner barnet å reflektere over egne tanker og erfaringer. Det er først i denne alderen de spør etter mer informasjon om det er noe de ikke forstår (Grønseth og Markestad 2009). Sigmund Freud beskriver i sin utviklingsteori at barnet nå vil rette sin energi mot å mestre

forskjellig ferdigheter i både læring og i andre aktiviteter (Bunkholdt 2002). For at sykepleiere skal kunne hjelpe barnet må de ha en forståelse for barnets utvikling og læringsnivå.

2.2 Barns forståelse av døden

Det er bedre for barn å få vite enn at de selv fantaserer om hva skjer, da fantasien ofte kan være mer skremmende enn virkeligheten (Eide og Eide 2007). Dersom barna blir informert og inkludert i det som allerede har skjedd og det som vil skje i fremtiden vet vi at barn får det bedre på sikt (Bugge og Røkholt 2009).

Forståelsen av og kunnskap om døden, utvikles etter hvert som barnet blir eldre. Fra 6-års alder har barnet tanker om at døden ikke angår alle, de utelukker seg selv og sine nærmeste. Barnet ser på døden som noe som kommer langt inn i fremtiden. Etter hvert som barnet blir eldre, forstår det at døden er endelig men har fortsatt vanskelig for å forstå at døden angår dem selv. (Bugge, Eriksen og Sandvik 2003, Dyregrov 2006). Denne forståelsen får barnet rundt 7-års alder. At døden betyr permanent slutt på livet, får barnet en forståelse av rundt 10-årsalderen, dette belyses i både Bugge, Eriksen og Sandvik (2003) og Dyregrov (2006). I denne alderen blir de mer reflektert over rettferdighet og urettferdighet, skjebnen og det overnaturlige (Dyregrov 2006). Barnet har i denne alderen medfølelse med andre som mister sine nærmeste, de greier å tenke mindre med seg selv som midtpunkt og de er i stand til å ta andres perspektiv (Dyregrov 2006).

2.3 Barns mestring

Ifølge Aron Antonovsky er vår opplevelse av sammenheng avgjørende for hvordan vi mestrer utfordringene vi møter. For å oppleve sammenheng må en kunne forstå situasjonen, ha tro på å finne frem til løsninger og se meningen i disse (Reitan 2005). Tveiten (1998) skriver at barnet kan forstå at det kan gjøre noe positivt i forhold til forelderens sykdom og de lærer noe av situasjonen og drar nytte av erfaringene. For å takle krav eller utfordringer bruker barnet mestringsstrategier som skal hjelpe til å bevare selvbilde, finne mening og å opprettholde personlig kontroll over problemer og ytre og indre krav (Reitan 2005).

Beskrivelser om hva barnet kan og ikke kan ut fra modningsnivå og alder, kan medføre forutinntatte meninger om barnet i ulike aldre (Bugge og Røkholt 2009).

Det kan føre til at sykepleier har en forståelse av at yngre eller verbalt stille barn har mindre reaksjoner og behov enn eldre og verbalt sterke barn. Smertens størrelse og omfang i kriser og tap kan ikke måles ut fra reaksjonenes uttrykksform eller modningsnivå hos det enkelte barn. Det er derfor viktig at sykepleiere blir kjent med barnet de står overfor for å forstå dets måte å uttrykke seg på (Bugge og Røkholt 2009).

Bugge og Røkholt (2009) beskriver i sin bok at de gjennom å gi støtte til barna vil fremme forståelse, mening og god funksjon. De skriver at det er nødvendig for barnet med minst en fortrolig. Videre beskriver de forutsigbarhet som viktig i barnets mestring, for å gi barnet muligheten til å få oversikt og innflytelse på sitt eget liv. Tilhørighet er viktig for barnet, de trenger å føle at de hører til og at det de gjør, betyr en forskjell. De kan oppleve angst og mye usikkerhet rundt sin egen situasjon, og da kan det være godt å føle at de er verdifulle ved å ta del i dagligdagse oppgaver. Det er også viktig at barnet møter felles normer og regler hos de voksne, dette sammen med forutsigbarhet og tilhørighet er med på å styrke barnet (Bugge og Røkholt 2009).

Barnet trenger å føle at det er til nytte, opplevelse av ansvar og mulighet for å utfolde seg er med på å styrke barnets egenverdsfølelse. Andre ting som kan være med på å støtte opp om egenverdsfølelsen er å gi støtte til andre i samme situasjon, og å bry seg om andre som har det vondt. De trenger å få kunnskap om hva som skjer og hva som videre skal skje i fremtiden, hvilke følelser de kan oppleve å få, og informasjon om den syke (Bugge og Røkholt 2009).

2.4 Barns sorg

Bugge og Røkholt (2009) definerer sorg hos barn som en sterk og ubehagelig følelse av savn. Savnet kan komme av tap av en person eller noe de er nært knyttet til. Sorg kan være barnets tanker og følelser for å håndtere hverdagen når den er preget av uvirkelighet, kaos og savn. Barns uttrykkelse av sorg kan være individuell. Reaksjonene kan komme og gå, og ingen av reaksjonene er mer vanlig enn andre (Bugge og Røkholt 2009).

2.4.1 Tanker og følelser

Når barn rammes av sorg kan det være sammensatt av flere hendelser, det er ikke bare en vond hendelse som oppstår. Når en av foreldrene blir alvorlig syk opplever barnet endringer i omsorgsnivå, de blir skilt fra den syke forelderen, og barnet kan bli redd for å miste den syke forelderen knyttet til sykdommen (Bugge og Røkholt 2009).

Barnet kan føle engstelse og redsel for å bli syk selv eller for å bli adskilt fra foreldrene. Å være lei seg forbindes ofte med sorg, og gråt forbindes ofte med å være lei seg. Mange barn uttrykker ikke sine følelser og gråter ikke foran sine foreldre, men de kan ofte gråte når de er alene eller i situasjoner der de blir påmint om sorgen. Barn kan reagere og bli lettere lei seg fordi de er mer sårbare i sorg. Gleden hos noen barn blir ofte borte i en slik livssituasjon og de reagerer med å bli stille og tause. Mange blir sosialt tilbaketrukket og er ikke så mye sammen med venner som før fordi de føler de ikke møter forståelse for hvordan de har det (Bugge og Røkholt 2009).

Barn kan reagere ved å tulle og tøyse, eller bli veldig fysisk aktive når det blir snakket om noe vanskelig. Informasjonen kan bli for skremmende og overveldende for barnet. Å sette ord på tanker og følelser kan være vanskelig for noen barn, de kan reagere med uro, sinne og oppmerksomhetskrevenne adferd. Å bruke kroppen som uttrykksform er vanlig for barn, dette kan være ubevisst fra barnets side. Somatiske reaksjoner som magesmerter, hodepine og manglende energi kan være eksempler på plager barn kan ha, spesielt om de over lang tid lever i vanskelige situasjoner. De lager egne forklaringer og grubler mye på situasjonen og dette kan føre til at nattesøvnen blir forstyrret. Dette kan gjøre at barnet ikke vil sove alene og har behov for å ha noen hos seg til de sovner. Mangel på søvn kan gi konsentrasjonsproblemer og uro (Bugge og Røkholt 2009).

Barn kan gå langt i å ta hensyn til sine foreldre. De undertrykker sine egne følelser for ikke å bekymre og uroe foreldrene. Barn føler empati med forelderen og de vil derfor gjøre det de kan for å hjelpe. Når en i familien er syk reduseres barnets frustrasjonstoleranse og dette kan føre til at sinne og aggresjon lettere kan oppstå (Bugge og Røkholt 2009).

2.5 Barn som pårørende

Det oppleves dramatisk også for barnet når en av foreldrene blir syk og livssituasjonen blir endret. Det er vondt for barn å se en av sine nærmeste lide av sykdom. Plutselig får barnet mer ansvar, og de vet ikke hvordan de skal takle situasjonen (Storaker 2007). Akkurat derfor er det viktig at vi som sykepleiere er bevisste i vårt møte med pårørende. Når den syke forelderens liv går mot slutten er det helt nødvendig at barnet får vite det. Dersom foreldre og helsepersonell unnlater å fortelle, kan barnet føle seg sviktet av de voksne som visste, men ikke fortalte. Barnet kan da miste tillitten til de voksne (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim 2001). Også barn som pårørende har en forventning om å bli møtt med varsomhet, innlevelse og ansvar fra sykepleierne (Storaker 2007). For å gjøre situasjonen lettere og styrke nærheten til den døende er det viktig at barnet får støtte i de vanskelige tankene, og hjelp til å forstå hva som skjer (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim 2001).

2.5.1 På sykehuset

Barn bør ha muligheten til å besøke og opprettholde kontakten med den syke forelder i perioder hvor han eller hun er innlagt i sykehus. Å få denne muligheten gir barnet trygghet ved at de får støtte og informasjon om den syke og situasjonen rundt. For å se at den syke får hjelp og støtte må barnet få informasjon om sykdommen. Det må tilrettelegges i avdelingen slik at barnet kan komme på besøk og samtidig skjermes fra andre pasienter. I noen situasjoner ønsker ikke den syke forelder at barnet skal komme på besøk. Da bør det tydeliggjøres for foreldrene at barn har behov for konkretiseringer, men at det også kan finnes andre løsninger dersom de fortsatt ikke vil. Det er mye som kan virke skremmende på barn ved alvorlig sykdom. Dersom de kan komme til å oppleve vanskelige episoder eller se endringer hos den syke, er det viktig å foreberede dem på dette. Mange barn er redde for hva de kan få se på sykehuset og vegrer seg derfor for å komme dit. Det må tas hensyn til om barnet har det på den måten. Barnet kan forberedes gjennom å bli fortalt hva som er der og hvordan det ser ut, slik at de har en viss oppfatning av hvordan sykehusavdelingen og rommet til forelder ser ut (Bugge og Røkholt 2009).

2.5.2 Kommunikasjon med barn 6-12 år

Barn i skolealder er ofte svært konkret i sin måte å snakke og uttrykke seg på, både når det gjelder følelser, tanker og opplevelser. I denne alderen vil barnet gjerne ha detaljerte forklaringer på det som skjer. De kan stille samme spørsmål flere ganger for å bearbeide informasjon de har mottatt tidligere. Det er også en måte å finne ut om de svarene de har

fått fra før fortsatt stemmer. Det kan derfor være viktig å gi barnet nøyaktig og ærlig informasjon helt fra starten av. Barn er kompetente observatører som fanger opp mye mer enn det voksne tror. Barnet oppfatter også det som blir uttrykt gjennom den voksnes kroppsspråk og i omgivelsene, ikke bare det som blir uttalt. All informasjon og forklaring barnet får bør være alderstilpasset og tilrettelagt for deres forståelse. For barn i småskoletrinn (6-9år) er det viktig med tydelig og konkret språk, mens de eldre skolebarna (9-12 år) kan motta mer utvidet informasjon, de har evne til abstrakt tenkning – å se flere sider av en og samme sak (Bugge og Røkholt 2009).

Skolebarn (6-12 år) begynner å se forskjell på fantasi og virkelighet. De har en forståelse for at man ikke kan ta ansvar for det man ikke mente å gjøre galt, og barnet kan nå forhandle og diskutere om hva som er rett og galt. I denne alderen har de en klar forestilling om seg selv i forhold til andre, noe som gjør at de kan ha glede av å delta i sorggrupper eller støttegrupper. I en slik gruppe kan de dele tanker om venner og familie (Bugge og Røkholt 2009).

For å danne et grunnlag videre i sorgprosessen er det viktig å skape trygghet og tillitt. Bugge og Røkholt (2009) beskriver det å vise bekræftelse og vennlighet som et viktig prinsipp. Videre er det å presentere seg selv og hva en gjør, grunnleggende for å skape trygghet og tillitt. Sykepleieren må tåle avvisning i møte med engstelige barn. For å komme nærmere barnet kan det å gi noe fra sykehuset, eller å leke med barnet være hensiktsmessig. Gaver fra sykehuset kan for eksempel være pussbekken eller tomme sprøyter (Bugge og Røkholt 2009).

3.0 Metode

Vi har gjort en systematisk litteraturstudie, og Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver at en systematisk litteraturstudie skal ha en tydelig problemstilling som skal besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning. I vår metodebeskrivelse har vi valgt å støtte oss til Goodmans sju steg som også er en fremgangsmåte vi har valgt å arbeide etter, og vi har fulgt skolens retningslinjer for bacheloreksamen i vårt arbeid.

Rekkefølgen vi har valgt å arbeide etter er:

- Presisere problemet
- Presisere studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Formulere en plan for litteratursøkingen
- Gjennomføre litteratursøkingen og samle inn de studiene som passer opp mot inklusjonskriteriene
- Tolke bevisene fra de individuelle studiene

3.1 Problemstilling

Gjennom å finne svar på hvordan barn opplever sorg, og hvordan de mestrer sorgen ville vi få en dypere forståelse for hvordan sykepleiere kan hjelpe barnet til å mestre sorgen når mor eller far har uhelbredelig kreft. Ut ifra dette innhentet vi relevant forskning og bakgrunns litteratur som belyste denne hensikten.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi ble enige om at det var kun kvalitative studier som var av interesse, fordi vi ville at vårt resultat skulle omhandle barnets opplevelse og hva sykepleier kan gjøre i forhold til det. På forhånd ble vi enige om at artiklene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Artiklene skulle være vitenskapelige, og de skulle svare på studiens hensikt og problemstilling. Forsberg og Wengstrøm (2008) hevder at vitenskap kjennetegnes av objektivitet, systematikk og kritisk tenkning. Vitenskapelig arbeid kan gjennomføres med kvantitativt og kvalitativt design (Forsberg og Wengstrøm 2008). Vi ønsket å fokusere på barnet som vi møter i sykehusavdelingen der den alvorlig syke forelderen er innlagt.

For å ekskludere artikler ble vi enig om at artiklene skulle omhandle barn i alderen 6-12 år. I Høgskolens retningslinjer for bacheloreksamen står det at artikler skal ekskluderes om de er eldre enn 5 år, de skulle altså være skrevet etter 2005. Likevel velger vi å beholde en artikkel fra 2003 da vi mener at sorg ikke forandrer seg med tiden, og det var en av grunnene til at den ble vurdert til å være relevant for vår oppgave. Artikler som ikke kan overføres til norsk praksis velger vi å ekskludere. Review artikler ble ekskludert. Vi kommer ikke til å belyse barns sorg etter foreldrenes død.

3.3 Plan for litteratursøkingen

Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) gjør rede for fire moment som bør inngå i litteratursøkingen.

3.3.1 Identifisere tilgjengelige ressurser

Høgskolen gjorde det mulig for oss å arrangere et møte med en bibliotekar som skulle hjelpe oss med å komme i gang med søket. Der fikk vi hjelp til å fylle ut PICO – skjema som skulle være et hjelpemiddel for oss i søkeprosessen. Vi brukte først to uker til litteratursøk og her ble det gjort prøvesøk og grunnlaget for videre søking ble lagt. Det ble senere satt av en måned til litteratursøk, og siste søk ble gjort i august/september 2010 for å finne nok relevant forskning til å gjøre litteraturstudien. Gjennom høgskolen hadde vi tilgang til ulike databaser som ble brukt i søkingen, og det var mulig å bestille artikler ved biblioteket på Høgskolen i Molde for å kunne lese dem i fulltekst. Bakgrunns litteratur og øvrig litteratur ble innhentet fra biblioteket ved Høgskolen i Molde.

3.3.2 Identifisere relevante kilder

Det ble gjort søk i databasene Pro-Quest og Ovid. Forfatterne fant tidlig ut at det var artikler i Ovid og databasene som Ovid inneholder, som var mest relevant for videre arbeid. Tidsskriftet Sykepleien Forskning finnes i nettutgave der det ved hjelp av manuell søking ble funnet en relevant artikkel. Vi gikk inn på nettstedet for tidsskriftet Sykepleien, deretter videre på linken til Sykepleien Forskning. Det ble søkt etter artikler her for å undersøke om det fantes relevant norsk forskning vi hadde gått glipp av ved avansert søking.

3.3.3 Avgrense forskningsspørsmålet

For å avgrense søket valgte vi å bruke avansert søking, med avgrensninger til språk, aldersgruppe og årstall. Det ble brukt ”or” for å få flere resultat, og ”and” for å få relevante treff og for å avgrense søket.

3.3.4 Utvikle en søkestrategi for videre søking

Søkeordene som ble brukt var child, cope, parental death, parental cancer, parental loss, grief, neoplasms. For å utvide søket brukte vi manuelt søk da vi ikke fant nok relevante treff på avansert søk. Vi brukte mesh - termer, men det ble også brukt frie søkeord. Vi bestemte oss for at vi ville gå gjennom litteraturlistene til de artiklene vi hadde innhentet for å prøve å finne relevante studier vi kunne oversett ved søking.

3.4 Gjennomføring av litteratursøk og innsamling av artikler

Litteratursøkingen utførte vi sammen. Når vi hadde startet søket leste vi først titlene på de treffene vi fikk. Dersom titlene var interessante og relevante for vårt tema leste vi abstrakter. Abstraktene som var relevante for vår hensikt ble lest i fulltekst. Dersom de ikke var tilgjengelige i fulltekst via databasene ble de bestilt i via biblioteket. Der det ble gjort manuelle søk ble kun de første hundre titlene lest dersom vi fikk et høyt antall treff.

Etter endt søking satt vi igjen med 24 artikler etter å ha lest overskrifter og abstrakt. Ved en rask gjennomlesing av artiklene, kom det raskt frem at noen av artiklene ikke svarte på hensikten i denne litteraturstudien. Disse artiklene ble ekskludert før videre kvalitetsvurdering. Det var da 14 relevante artikler igjen. Vi delte disse mellom oss for å tolke dem ytterligere. Av disse 14 artiklene er 10 inkludert i studien. Av de ekskluderte ble to vurdert til grad III og vi hadde bestemt på forhånd at disse ikke skulle inkluderes, dette begrunner vi med at de har begrenset vitenskapelig grunnlag (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). De to siste artiklene ble ekskludert da de hadde feil aldergruppe. Vi gjorde et manuelt søk i Google der vi brukte søkeordene ”foreldre med kreft” og fikk treff på en artikkel gjennom nettsiden Kreftsyke-barn (Helseth og Ulfsæt 2003). Artikkelen valgte vi å inkludere i vår litteraturstudie. Gjennom tidsskriftet Sykepleien gikk vi inn på nettsiden for Sykepleien Forskning og gjorde et søk på ”sorg hos barn” der vi fikk treff på en artikkel som også ble inkludert (Ensby, Dyregrov og Landmark 2008). Ved å gå gjennom litteraturlisten til Bugge, Helseth og Darbyshire (2008) fant vi en artikkel vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie (Forrest et. al 2006).

3.4.1 Tabell 1- forenklet oversiktstabell over litteratursøk

Dato	Søkeord	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
02.03.10	How to help children that experience loss on its parents	Ovid Medline	Ingen	10011	26	1	1
02.03.10	Parents OR parental death AND cancer AND children's needs	Ovid Medline	Ingen	2	1	1	1
24.08.10	Cancer AND child AND cope	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	86	6	3	1
02.03.10	Parents with cancer	Ovid Medline, Ovid Nursing, PsycINFO	Ingen	3853	12	2	1
17.09.10	Children's of parents with	Ovid Medline, Ovid	Ingen	4566	32	3	1

	cancer	Nursing					
24.08.10	Only child OR parent- child relations AND Parents AND neoplasms AND death OR parental death	Ovid Nursing	Ingen	12	2	1	1
24.08.10	Cancer AND child AND cope	British Nursing Index	2000-2010	4	1	1	1
02.03.10	Parents dying of cancer	ProQuest	Ingen	130	21	2	1
							8+3 manuelle søk

3.5 Kvalitetsvurdering

Artiklene som er inkludert i denne litteratustudien er av kvalitativt design. Dette var et bevisst valg fra vår side. Det ble brukt Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006, 156-157) sitt Bilaga H for kvalitative artikler for å vurdere om artiklene var av vitenskapelig karakter.

For å vurdere om de var av god kvalitet ble de kvalitetsvurdert. Det ble gitt ett poeng for positivt svar (ja), og null poeng for negativt svar (nei). Poengene ble gjort om til prosent, der 80-100 % kvalifiserte til grad I – god kvalitet, 70-79 % kvalifiserte til grad II – middels kvalitet, og 60-69 % kvalifiserte til grad III – dårlig kvalitet. Denne litteratustudien inneholder syv artikler av grad I og tre av grad II (vedlegg 2).

For at artiklene skulle bli inkludert, måtte de være fagfellevurdert. Dette ble undersøkt ved å søke opp hvert tidsskrift på siden for Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD – Database for statistikk om høgere utdanning 2009).

3.5.1 Forskningsetikk

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007, 26) står det beskrevet:

Sykepleieren skal i sitt arbeid sørge for at bruk av teknologi og vitenskapelige fremskritt lar seg forene med menneskers sikkerhet, verdighet og rettigheter.

Under kvalitetssikringen vurderte vi om artiklene hadde blitt godkjent av etisk komité eller om etiske overveielser hadde blitt foretatt. Det er ikke krav til at artiklene skal være godkjent av etisk komité, men det er ønskelig. Spesielt ønskelig er det når det handler om barn. Artiklene som ble inkludert overholdt kravene for etiske overveielser som en bør forvente av vitenskapelige kvalitative studier. Av de 10 inkluderte artiklene i studien er åtte artikler godkjent av en etisk komité (vedlegg 2), mens en kunne se av de to andre artiklene hva som gikk igjen av etiske overveielser. Hvordan informantene ble valgt ut, om de samtykket til deltagelse, om de på forhånd fikk informasjon om hva forskningen gikk ut på og om deltakerne ble anonymisert var det vi kunne se som gikk igjen.

Tre av de inkluderte studiene er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (Ensby, Dyregrov og Landmark 2008, Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, Helseth og Ulfset 2003). Studien av MacPherson og Emeleus (2007) er godkjent av Fife Local research Ethics Committee. Kennedy et. al (2008) sin studie er etisk godkjent

av Napier University. Thastum et. al (2008), og Kennedy og Lloyd-Williams (2008, 2009) fikk sine studier godkjent av en lokal etisk komité. To av studiene kunne vi ikke finne at var godkjent av en etisk komité, men det var beskrevet etiske overveielser i begge studiene (Forrest et. al 2006, Beale, Sivesind og Bruera 2005).

I følge Malterud (2003) skal forskere som bruker kvalitative metoder kjenne til de etiske utfordringene dette medfører. Det innebærer møter mellom mennesker, og normer og verdier utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utveksles og utvikles (Malterud 2003). Bjørk og Solhaug (2008) skriver at det er strenge krav om etisk forsvarlighet som stilles både i fagutvikling og forskning. Det blir vurdert prosedyrer for utvelgelse av informanter, hvordan deltakerne samtykker og hvordan deltagerne blir beskyttet.

3.6 Analyse av artiklene

Malterud (2003) har vært til god hjelp i analyseprosessen. Hun beskriver en metode for analysering av kvalitativt materiell som kalles systematisk tekstkondensering. Vi har i denne litteraturstudien valgt å bruke metoden som en retningslinje for vårt arbeid. Hovedstrukturen i denne metoden utgjøres av fire trinn (Malterud 2003). De fire trinnene er helhetsinntrykk, meningsbærende temaer, abstrahere kunnskap og sammenfatte tekstbitene. Sammenfatningen av tekstbitene er samlet under resultatkapitlet (se kapittel 5.0).

Forfatterne delte artiklene mellom seg før analysen startet. For å bli kjent med og få en oversikt over materialet ble artiklene lest gjennom i sin helhet flere ganger. Det ble sett etter tema som var relevante til vår hensikt og som kunne svare på våre problemstillinger. Under lesingen ble det skrevet stikkord for at forfatterne lettere skulle huske hva den enkelte artikkel dreide seg om. Når alt var gjennomlest ble inntrykkene oppsummert i samarbeid med hverandre, og relevante temaer ble plukket ut for videre analysearbeid. Temaene vi plukket ut var mestring, reaksjoner, behov, sykepleierintervensjoner, sykepleierens rolle, kommunikasjon, informasjon (vedlegg 3).

Artiklene ble systematisk gjennomgått. Det ble valgt ut tekst som handlet om de temaene som ble plukket ut i trinn en. I dette trinnet brukte forfatterne fargekoder (vedlegg 3). Kodene ble utviklet med utgangspunkt i de opprinnelige temaene fra første trinn. Vi så etter hvert at et tema kunne deles i to, og andre tema kunne samles under ett. Tekst med

samme farge ble trukket ut og samlet sammen i fargegrupper for at vi lettere skulle kunne få oversikt og kunne jobbe videre med materialet. Samtidig som vi samlet fargegruppene oversatte vi funnene til norsk og deretter ble de kategorisert i tema. Når temaene var samlet og vi hadde fått en oversikt, ble noen av temaene igjen delt i sub-temaer. Sub-tema betyr undertema og har det samme meningsinnholdet som temaene (Malterud 2003). Til slutt sammenlignet vi funnene fra hver artikkel, og dette utgjør til sammen resultatet (se kapittel 4.0). I resultatkapittelet blir funnene presentert som barns opplevelse av sorg, barns ulike mestringsstrategier, tilstrekkelig informasjon gir trygghet for barnet, hvorfor er åpen kommunikasjon viktig for barnet for og sykepleierens rolle i barnets mestring.

3.7 Gradering av kvalitet for å kunne dra konklusjoner

Kvalitetsgrad 1: Sterkt vitenskapelig grunnlag.	Kvalitetsgrad 2: Middels vitenskapelig grunnlag.	Kvalitetsgrad 3: Begrenset vitenskapelig grunnlag.	Kvalitetsgrad 4: Utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag.
Minst to studier av grad I – høy kvalitet.	En artikkel av grad I- høy kvalitet, to artikler av grad II – middels kvalitet	Minst to artikler av grad II- middels kvalitet	En kan ikke gi noen konklusjon ut i fra utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag

(Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006, 99)

I vår litteraturstudie har vi sju artikler av grad I – høy kvalitet, og tre artikler av grad II – middels kvalitet. Ut ifra denne tabellen vurderer vi vår oppgave til å ha sterkt vitenskapelig grunnlag.

4.0 Resultat

Resultatet bygger på 10 kvalitative forskningsartikler. Funnene er her satt sammen og blir presentert i fem tema for å svare på problemstillingen på best mulig måte.

4.1 Barns opplevelse av sorg

Mange av barna hadde følelser som forstyrret dagliglivet deres, dette kunne være angst for at foreldrene skulle dø, sinne og aggresjon mot andre og søvnproblemer relatert til angsten (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, Forrest et. al 2006, Helseth og Ulfsæt 2003). Barna i studien til Helseth og Ulfsæt (2003) beskrev økt generell bekymring. De beskrev angst og bekymring som ikke nødvendigvis var direkte rettet mot sykdommen. Barn i den sammen studien sa at de ofte var redd og bekymret for at den syke foreldereren skulle dø. Kennedy og Lloyd-Williams (2009) fant i sin studie at barn blir bekymret for foreldrenes helse og også sin egen helse i fremtiden. Bekymring for at barnet selv kunne få sykdommen ble også beskrevet i studien til Bugge, Helseth og Darbyshire (2008).

4.2 Barns ulike mestringsstrategier

Våre funn fra artiklene viser at barn har mange ulike mestringsstrategier, dette fremgår i artikkelen til Kennedy og Lloyd-Williams (2009). I artikkelen ble det beskrevet mestringsstrategier som distraksjon, opprettholdelse av normalitet, aktivitet, å ha en positiv holdning og håp. Også MacPherson og Emeleus (2007) sier i sin studie at behovet for normalitet og at livet skal gå videre er viktig for barnets livskvalitet. I artikkelen til Kennedy og Lloyd-Williams (2009) kommer det frem at normalitet ikke reduserer sorgen, men bare hjelper barnet til å håndtere den. Barn undertrykte sine følelser som bekymring og redsel for å opprettholde og sikre stabilitet i familien, dette kommer frem i Thastum et. al (2008) sin studie.

Thastum et. al (2008) beskriver distraksjon som en strategi som ble brukt for å få en pause fra sykdommen, for å føle seg fri og for å tenke på andre ting. Studien til Kennedy og Lloyd-Williams (2009) støtter oppunder denne strategien. I Helseth og Ulfsæt (2003) sin artikkel kommer det også frem at å gå inn og ut av situasjonen gir barnet et pusterom fra situasjonen rundt, og tankene omkring sykdommen. Behovet for å flykte fra intensiteten og den vanskelige situasjonen beskriver også MacPherson og Emeleus (2007) i sin studie som viktig for barnet. Barn oppsøkte steder og aktiviteter der sykdom ikke eksisterte og sammen med venner hadde de sin fristone (Helseth og Ulfsæt 2003). De hevder også at

barnet greide å tenke på andre ting enn sykdommen så lenge de ikke ble konfrontert med den. Dette underbygges også i artiklene til både MacPherson og Emeleus (2007), og Beale, Sivesind og Bruera (2005). Eksempler på aktiviteter kunne være tegning, maling, leke med venner, idrett, skole, TV, musikk og dataspill.

Følelser som redsel, angst og tristhet var ikke alltid lett for barna å håndtere, og mange av barna beskrev i studien til Helseth og Ulfsæt (2003) strategier de brukte for å dekke over disse følelsene, som for eksempel å bli sint, være i dårlig humør og aggressiv utagering. Når barna utagerer kan foreldrene bli irritert og det synes barna var lettere å forholde seg til, enn at foreldrene var triste. Også i studien til Beale, Sivesind og Bruera (2005) hevdes det at barn viser høyt nivå av aggressiv adferd for å håndtere de vanskelige følelsene.

Noen av barna i studien til Helseth og Ulfsæt (2003) delte sine tanker og følelser med venner, men det så ut til at dette ikke var så vanlig i denne aldersgruppen. Noen snakket heller for eksempel til kjæledyrene sine, dette kom også tydelig frem i studien til MacPherson og Emeleus (2007). Barna i denne studien syntes det hjalp å ha noen å snakke med uansett hvem det var, bare for å få dele tankene sine med noen. I Bugge, Helseth og Darbyshire (2008) sin artikkel som omhandler et familiestøtteprogram, kommer det frem at barna syntes det var godt å snakke med klassekamerater om situasjonen, de uttrykte at det var godt at de også visste om sykdommen for å slippe å være lei seg alene.

Ønsketenkning var når barna trøstet seg selv med positive tanker om at ikke noe vondt skulle skje. Nesten halvparten av barna i studien til Thastum et. al (2008) brukte denne strategien. Barna sa de håpte på det beste og at alt skulle ende bra til slutt. Også i studien til Helseth og Ulfsæt (2003) brukte barna positiv tenkning ved å håpe at alt skulle ordne seg og at foreldrene skulle bli frisk. Kennedy og Lloyd-Williams (2009) støtter opp om teorien om å tenke positivt og ha håp omkring sykdommen.

4.3 Tilstrekkelig informasjon gir trygghet for barnet

Kennedy og Lloyd-Williams (2008) beskriver flere informasjonskilder i sin artikkel om informasjon og kommunikasjon med barn. Det ble beskrevet foreldre, helsepersonell, bøker, brosjyrer, internett og media som informasjonskilder. Foreldrene ble i denne artikkelen beskrevet som hovedkilden til informasjon, spesielt angående type sykdom og alvorlighetsgrad. Noen var bekymret for at foreldrene var tilbakeholdne eller at de forenklet informasjonen, dette kommer også frem i Kennedy og Lloyd-Williams (2009) sin studie. Det kommer frem av Beale, Sivesind og Bruera (2005) sin studie at for lite informasjon om foreldrenes diagnose kan øke angstnivået hos barna. I Bugge, Helseth og Darbyshire (2008) sin artikkel kommer det frem at barn som hadde fått lite informasjon, ønsket å bli informert om sykdommen. Disse barna uttrykte også at dette lettet kommunikasjonen med foreldrene i ettertid. Dette blir også støttet av Ensby, Dyregrov og Landmark (2008), der barna også uttrykker ønske for mer informasjon. De samme barna i den samme studien ville at de voksne skulle lytte til dem, og gi dem god og tilstrekkelig informasjon omkring sykdommen. I Forrest et. al (2006) blir viktigheten av tilstrekkelig informasjon også belyst. Videre i Forrest et. al (2006) sin studie ble barna spurt om å gi råd til andre barn som opplevde det samme som dem, og rådene som barna kom med var at de burde snakke om foreldrenes sykdom.

4.3.1 Barn ønsker informasjon fra sykepleiere

Flere studier hevder at barn oppfattet generelt de med medisinsk bakgrunn, leger eller sykepleiere for å være verdifulle kilder til informasjon. Dette spesielt når barna søkte objektivitet og taushetsplikt, dette støttes av begge Kennedy og Lloyd-Williams sine studier (2008, 2009), Bugge, Helseth og Darbyshire (2008), og Ensby, Dyregrov og Landmark (2008). Barna i den ene studien til Kennedy og Lloyd-Williams (2008) beskrev at det var vanskelig å få muligheten og tilgang til å snakke med helsepersonell. Barn har behov for lett tilgang til støtte og informasjon, dette belyses i MacPherson og Emeleus (2007) sin studie. Barna uttrykte også at helsepersonell hadde upassende måter å snakke og forklare ting til barna på, da de følte at de ble behandlet som om de forstod mindre enn de egentlig gjorde. At de mottok informasjon fra foreldre og helsepersonell gjorde ikke at de sluttet å oppsøke andre kilder. Å ha noen å snakke med var beskrevet som et veldig viktig og nyttig aspekt både av Bugge, Helseth og Darbyshire (2008), Ensby, Dyregrov og Landmark (2008), og Kennedy og Lloyd-Williams (2008). Kommunikasjon med noen utenfor familien synes noen var vanskelig, mens andre ønsket å snakke med noen utenfor

familien, for eksempel sykepleiere, men de fikk sjelden muligheten til det (Kennedy og Lloyd-Williams 2008).

4.4 Hvorfor er åpen kommunikasjon viktig for barnet?

Kennedy et. al (2008) belyser i sin studie viktigheten av familieterapi som familiemøter og tilrettelegging for god dialog i forarbeidet til døden. Dette underbygges av studiene til Bugge, Helseth og Darbyshire (2008), og Ensby, Dyregrov og Landmark (2008). I Ensby, Dyregrov og Landmark (2008) sin studie hevder barna at de verdsatte muligheten til å snakke om personen som var syk. Mange av barna i denne studien uttrykte verdien av å være åpen rundt kreftsykdommen. Barna sa at åpenhet i familiegruppesamtalene gjorde det lettere å ha en åpen kommunikasjon når familien var alene, dette kommer frem av studien til Bugge, Helseth og Darbyshire (2008). Mens i studien til Kennedy og Lloyd Williams (2008) rapporterte de fleste barna at de ønsket å kommunisere med foreldrene, men graden av åpenhet mellom barna og foreldrene varierte mye. Den mest vanlige årsaken til at barna ikke kommuniserte med foreldrene, spesielt om hvordan de følte, var at de ikke ville gjøre foreldrene bekymret (Kennedy og Lloyd-Williams 2008 og 2009). Som tidligere nevnt i denne litteraturstudien er det viktig å opprettholde normalitet, men Kennedy og Lloyd-Williams (2009) hevder at dette ikke skal gå på bekostning av åpen kommunikasjon.

4.5 Sykepleierens rolle i barnets mestring

Det kom frem av flere studier at god informasjon og støtte fra helsepersonell var viktig for barna (Ensby, Dyregrov og Landmark 2008, Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, Beale, Sivesind og Bruera 2005). Bugge, Helseth og Darbyshire (2008) beskriver i sin studie at å være til stede for barnet, lytte, og samtale er viktig for barnet i denne prosessen.

MacPherson og Emeleus (2007) har også gjort slike funn. Helseth og Ulfsæt (2003) beskriver viktigheten av at sykepleierne viderefører kunnskap om hvordan barn mestrer og hva barnet selv kan gjøre for å bedre sin livskvalitet gjennom en tid med en syk forelder. Med denne kunnskapen kan sykepleieren undervise foreldrene i å gi støtte og oppmuntring til barna sine. Kennedy og Lloyd-Williams (2009) belyser også i sin studie at dette er viktig for barna. Thastum et. al (2008) beskriver i sin studie at barna som er med forelderen på sykehuset kan føle redsel og uttrygghet dersom de ikke blir ivaretatt. De fleste barna i studien til Forrest et. al (2006) uttrykte ikke ønske om å møte morens lege eller sykepleier, mens andre hadde et stort ønske om dette, og hadde følt seg ekskludert. Det kommer frem av Thastum et. al (2006) at å være involvert i foreldrenes

sykehusinnleggelse kan bidra til å øke barnas kunnskap om behandling og forståelse av sykdommen, og dermed kan det hele virke mindre skummelt. Ved at barna er med på sykehuset lindres stresset ved å måtte være så mye borte fra sine foreldre. For å gi barna omfattende omsorg må helsepersonell og sykepleiere bidra. Dataene viser at selv om barna ikke er informert, lager de sine egne tanker ut ifra sine observasjoner av foreldrenes humør og væremåte (Thastum et. al 2006, Kennedy og Lloyd-Williams 2009). Det kommer frem i studien til MacPherson og Emeleus (2007) at sykepleier må forstå og ha kunnskap om hvordan døden rammer barn på ulike utviklingsstadier.

Det ble nevnt i studien til MacPherson og Emeleus (2007) at det var viktig for barn med kontinuerlig støtte fra før døden inntreffer. Dette underbygges av Ensby, Dyregrov og Landmark (2008). Videre kommer det frem i denne studien at barna som deltok i sorggrupper ved Montebello - senteret opplevde at de tidligere ikke hadde fått den støtten de hadde hatt behov for. Funnene i Kennedy et. al (2008) sin studie viste også at barn hadde mange udekkede behov for støtte under foreldrenes sykdom. Støtte fra foreldrene er essensielt, men de trenger også støtte fra helsepersonell som kan rette informasjonen til riktig aldersgruppe og utviklingsnivå (MacPherson og Emeleus 2007).

5.0 Diskusjon

Vi vil i metodekapittelet drøfte fremgangsmåte for søkestrategi og vårt resultat av litteraturstudien. Vi vil drøfte styrker og svakheter ved vårt analysearbeid og vår søkestrategi. I resultatdiskusjonen diskuteres problemstilling og hensikt opp mot teoribakgrunn og studiens funn. Vi kommer til å belyse hva sykepleieren kan bidra med i forhold til å hjelpe barn til å mestre opplevelsen av å ha en syk forelder.

5.1 Metodediskusjon

Før søkingen startet ble det skrevet ned aktuelle søkeord. I begynnelsen brukte vi litt tid på å prøve oss frem i de forskjellige databasene og med forskjellige søkeord. Dette resulterte i utallige treff uten at vi fant relevante artikler. Vi fikk veiledning til å fylle ut PICO -skjema på biblioteket. PICO er et hjelpemiddel for å strukturere problemstillingen på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt et. al 2007). Vi vurderte PICO - skjemaet som positivt i oppstarten av søkeprosessen, senere valgte vi å søke uten da vi erfarte at treffene ikke svarte til vår hensikt. I ettertid ser vi at vi brukte for mange kombinasjoner av ord i skjemaet slik at vi ikke fikk relevante treff i databasene. Underveis i søkeprosessen fikk vi lite relevante treff ved bruk av avansert søking, derfor valgte vi å søke manuelt med frie søkeord. Konsekvensene av dette kan være at vi har gått glipp av artikler som kunne gitt oss interessante funn. Vi ser i ettertid at vi kunne ha utarbeidet en bedre søkestrategi med flere eller bedre søkeord. Dette hadde styrket vårt litteratursøk. Søkene ble gjort i fellesskap for å spare tid i forhold til oppgavens fremdriftsplan, vi unngikk da også å sitte igjen med like artikler.

De fleste inkluderte artikler er hentet fra Ovid og de forskjellige databasene Ovid innehar, på grunn av at vi erfarte at disse databasene hadde flest kvalitative artikler og vår problemstilling er ute etter barns subjektive opplevelse. På bakgrunn av dette valgte vi å søke i Ovid Nursing/Medline/British Nursing, da disse innehar flest kvalitative artikler. Ved å søke i Ovid sine databaser, kunne vi overføre søkene og bruke de samme søkeordene i flere databaser. Vi gjorde søk i de nordiske databasene SveMed og Norart, men fikk ingen relevante treff på søkene våre. Det kan gjøre at vi har gått glipp av relevant forskning fra nordiske land. For at vi skulle fått treff i disse databasene ser vi at vi kunne ha brukt andre søkeord. Treffene vi fikk i disse databasene gikk ut på at det var barnet som var syk og foreldrene var de pårørende, dette så vi også mye av når vi søkte i databasene

som er tilgjengelige via Ovid. Vi har også inkludert artikkel fra Pro-Quest. Vi ser muligheten for at vi kan ha gått glipp av interessante artikler, da vi brukte liten tid til å søke i denne databasen. Dette har med personlige erfaringer å gjøre, for oss ble Pro-Quest vanskelig å bruke.

Når artiklene skulle leses i sin helhet delte vi artiklene mellom oss. Det ble brukt Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006, 156-157) sin sjekkliste, Bilaga H for kvalitative studier for å kvalitetsvurdere artiklene. Det kan være svakheter i resultatene av kvalitetsvurderingen da forfatterne har lite erfaring med dette og det at sjekklisten var på svensk. Vi ser også at det kan være en svakhet at vi ikke samarbeidet om kvalitetsvurderingen.

Vi hadde begrensninger i forhold til språk, aldersgruppe og årstall for å få flest mulig eksakte treff. Vi hadde bestemt oss for å begrense oss til aldersgruppen 6-12 år. Det viste seg at det var få artikler som gikk på akkurat den aldersgruppen, så vi valgte å inkludere artikler der studiens deltakere var både eldre og yngre. Men likevel kunne vi trekke ut funn som omhandlet barn i aldersgruppen 6-12 år. Funn på vår valgte aldersgruppe kom klart og tydelig frem i artiklene, og dette gjorde arbeidet lettere for oss.

Ut ifra retningslinjene for bacheloreksamen ved Høgskolen i Molde skulle artikler eldre enn 5 år ekskluderes. Det ser vi på som en svakhet i forhold til vårt tema, da vi kan ha gått glipp av mye bra forskning fra tidligere. Sykepleierens fokus på barn som pårørende var nok mindre for flere år tilbake enn det er i dag. Likevel tenker vi at det å være pårørende til en alvorlig syk forelder var like belastende for 10 år siden som det er i dag. Under søkeprosessen fikk vi mange treff som svarte til vår hensikt men disse ble ekskludert da de var eldre enn 10 år gamle. Dette kan være en årsak til at vi fikk så begrenset treff og derfor prøvde vi oss frem med manuelle søk.

Selv om vi ser det på som en svakhet å ekskludere artikler fra før 2005, valgte vi først å avgrense oss til dette. Da vi så at vi fikk begrenset med relevante treff vurderte vi det til at vi kunne utvide søket ved å utelate årstall. Vi ser at det er en del eldre forskning på temaet. Vi fant en artikkel fra 2003 gjennom manuelt søk, som vi har valgt å inkludere. Denne artikkelen var relevant for både hensikt og problemstilling og ble derfor inkludert i vår studie. Denne og flere andre artikler var fra Norge og det ser vi på som en styrke for oppgaven, da det er lettere å se disse i sammenheng med praksis. Likevel er alle de

inkluderte artiklene i denne litteraturstudien interessante og relevante for resultatet av studien, da de kan overføres til norsk standard. Kulturforskjellene mellom Norge og de andre landene som artiklene kommer fra, er ikke så store at det utgjør en forskjell i praksis.

Under søkeprosessen fikk vi lite treff på artikler som inneholdt funn om hva sykepleieren kan gjøre for barnet. For å finne effekten av tiltak måtte vi ha søkt etter kvantitative artikler, men dette hadde vi på forhånd bestemt oss for at ikke var av interesse. Vi besvarer litteraturstudiens problemstillinger ved å drøfte funn om hvordan barn opplever sorg og hvordan de mestrer, opp mot teori. Slik kommer vi frem til hvilken betydning sykepleierens kunnskap har for barnets mestring i sorg, og vi mener vi har belyst hensikten med litteraturstudien på denne måten. Vi mener at det er en forutsetning at sykepleieren har kunnskap om akkurat dette, for å kunne hjelpe barnet gjennom tiden med en syk forelder.

Det var ingen krav til at de inkluderte studiene skulle være godkjent av en etisk komité. Dette var ønskelig fra vår side, da det er mange etiske hensyn i forhold til forskning på barn. Det blir diskutert om barnet kan samtykke og har samtykkekompetanse, og om barnet drar nytte eller skade av å delta i forskning. Barns kompetanse og sårbarhet er sentralt for de etiske vurderingene (Backe-Hansen 2009). Det stilles strenge krav til å få forske på barn og dette kan være en mulig årsak til at vi har fått så få treff som vi har ved avansert søking.

5.2 Resultatdiskusjon

Under dette kapittelet vil vi drøfte hensikt og problemstillinger opp i mot bakgrunnsteori og funn fra studier.

5.2.1 Hvordan barnets sorg kommer til uttrykk

Likheter ses mellom teori og forskning når det gjelder barns følelser og opplevelse av å ha en syk forelder. Det kan oppstå endringer i barnets omsorgsnivå som gjør at barnet kan oppleve angst, sinne og aggresjon. Det å bli adskilt fra forelderen sin og det å være redd for å miste sin mor eller far gir også bekymringer som ikke er rettet direkte mot sykdommen. Vi ser at barn føler bekymring for sin egen helse, de viser redsel for at de selv kan få den samme sykdommen, dette kommer frem av både studier og teori i bøker (Bugge og Røkholt 2009, og Bugge, Helseth og Darbyshire 2008). At barn ikke vil vise følelser til sine foreldre ser vi klart og tydelig, de vil ikke bekymre forelderen sin med sine tanker og følelser. Videre ser vi at barn kan gråte når de er alene eller når de blir påminnet de vonde følelsene. Å møte forståelse fra venner sees som viktig for barn i denne perioden, men barn opplever ikke dette og trekker seg derfor litt tilbake og blir mye værende for seg selv (Bugge og Røkholt 2009). Som sykepleiere må vi ha kunnskap om barns sorg og undervise foreldrene i hvordan de selv kan støtte og oppmuntre barnet til å vise sine følelser blant andre (Helseth og Ulfset 2003, Kennedy og Lloyd-Williams 2009).

5.2.2 Sykepleieren kan bidra til at barnet opplever mestring

Ifølge Aron Antonovsky er opplevelsen av sammenheng avgjørende for hvordan barn mestrer de utfordringer de møter. Barnet må kunne forstå situasjonen, ha tro på å finne løsninger og se meningen i disse for å oppleve sammenheng (Reitan 2005). Det viser seg at det er viktig for barnet at sykepleiere lytter til dem og gir tilstrekkelig informasjon rundt sykdommen. Men samtidig har noen barn uttrykt at de ikke ønsker å snakke med sykepleieren, mens de som hadde ønske om dette hadde følt seg ekskludert (Forrest et. al 2006, Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, MacPherson og Emeleus 2007). Av egne erfaringer ser vi at barn i denne alderen kan være stille og sjenert, og det kan være vanskelig å etablere kontakt med dem. Det kan være ulike årsaker til at noen barn ikke ønsker å snakke med sykepleierne. Det kan være at de ikke har følt seg inkludert eller sett i utgangspunktet, eller at de har en opplevelse av at situasjonen er ny og ukjent. Sykepleierne må ha kunnskap om hvordan barn mestrer og videreføre denne kunnskapen tilbake til barnet, for at barnet selv skal kunne forstå hva de kan gjøre for å bedre sin

livskvalitet gjennom en tid med en syk forelder (Helseth og Ulfsæt 2003). Det at barnet kan forstå gjør at de lærer noe av situasjonen og at de lærer noe av erfaringene. For å takle de utfordringer de møter bruker barn mestringsstrategier som skal hjelpe dem å bevare deres selvbilde, finne mening og å opprettholde kontroll over problemer og indre ytre krav (Reitan 2005, Tveiten 1998).

Når barn opplever kriser må de ha hjelp av sykepleiere til å mestre situasjonen (Eide og Eide 2007). Det kom frem av flere studier at å opprettholde balansen i familien når en av foreldrene blir syk er viktig for barnets livskvalitet. Normalitet reduserer ikke sorgen, men det hjelper barnet til å håndtere den. Det viser seg at barna undertrykker følelser som bekymring og redsel for å opprettholde normalitet i familien (Kennedy og Lloyd-Williams 2009, MacPherson og Emeleus 2007, Thastum et. al 2008). For å opprettholde normalitet kan sykepleieren råde foreldrene i å la barna ta del i dagligdagse oppgaver. Det kan gi barna en følelse av at de er verdifulle, noe som kan oppleves godt når angst og usikkerhet tar overhånd (Bugge og Røkholt 2009). Opprettholdelse av normalitet i dagliglivet og ellers i familien innebærer at normer og regler for barna blir opprettholdt. Det at mor eller far er innlagt på sykehus skal ikke være en unntakstilstand for barnet, for eksempel skal rutiner for lekser og normal døgnrytme opprettholdes selv om livssituasjonen har endret seg. I denne alderen har barnet behov for klare regler og rutiner. (Grønseth og Markestad 2009). Sykepleier må overholde de normer og regler som barnet er vant til hjemmefra, for eksempel i forhold til å se på TV og godterispising. Dette kan sees å ha sammenheng med barnets opplevelse av trygghet og forutsigbarhet (Tveiten 1998).

Vi ser av studier at barn beskriver distraksjon som en av de vanligste strategiene for mestring. Det innebærer at de av og til ønsket å få et pusterom fra situasjonen og tankene omkring sykdommen. Å oppsøke steder og aktiviteter der sykdom ikke eksisterer ble viktig for barnet (Helseth og Ulfsæt 2003, Thastum et. al 2008, Kennedy og Lloyd-Williams 2009). Sykepleier kan legge til rette for at barnet kan oppsøke steder og situasjoner som dette. Aktiviteter som tegning, maling, være med venner, idrett, skole, dataspilling, TV og musikk var vanlige for barn. På denne måten kan barnet holde sykdommen på avstand, da de ikke blir konfrontert med den (Beale, Sivesind og Bruera 2005, MacPherson og Emeleus 2007). Sykepleier må oppfordre foreldrene til å legge til rette for at barnet skal få muligheten til dette.

Det kommer frem i teori at når barn er i en vanskelig livssituasjon og ikke får satt ord på tanker og følelser, kan det oppleves slitsomt for dem. Uro, sinne og oppmerksomhetskrevende adferd kan bli konsekvensene av dette (Bugge og Røkholt 2009). Vi ser også i studier at barn viser aggressiv adferd for å håndtere de vanskelige følelsene sine (Beale, Bruera og Sivesind 2005). Sinne og aggresjon oppstår lettere når en i familien er syk, da barnets frustrasjonstoleranse er redusert (Bugge og Røkholt 2009). Dette kan også ses i sammenheng med at barnet i denne alderen er i en overgangsfase der utfordringer som skolegang og mindre avhengighet av foreldrene venter. Humøret kan være ustabil i denne fasen, da barnet kan svinge mellom håp og fortvilelse og kravene kan føles store (Grønseth og Markestad 2009). Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om barnets utvikling og disse konsekvensene slik at de kan videreføre dette til foreldrene. På denne måten kan foreldrene få en forståelse av hvorfor barnet kan oppføre seg vanskelig i perioder.

Ubevisst kan mange barn bruke kroppen som uttrykksform og de kan bli veldig fysisk aktive. Sykepleieren må være oppmerksom på at kroppslige reaksjoner som magesmerter, hodepine og manglende energi kan være tegn på at barn ikke har det bra psykisk. Nattesøvnen kan forstyrres når barna grubler mye og lager egne forklaringer, og dette kan igjen føre til konsentrasjonsproblemer og uro (Bugge og Røkholt 2009). Sykepleier kan informere foreldrene om dette, kanskje trenger barnet å ligge ved siden av noen for å få sove. På denne måten kan sykepleieren bruke foreldrene som et mellomledd i å hjelpe barnet.

5.2.3 Kommunikasjon med barn i alderen 6-12 år

Når sykepleier kommuniserer med barn er det viktig å forstå og ha kunnskap om barns utvikling og om hvordan barn forstår døden (MacPherson og Emeleus 2007, Bunkholdt 2002). Å ha kunnskap om barns utviklingsstadier ses på som viktig for at barn skal føle seg ivarettatt og respektert i forhold til sitt utviklingsnivå (MacPherson og Emeleus 2007). Piaget beskriver at barn i denne aldersgruppen har utviklet en tankestruktur som gjør det mulig for dem og bevisst ordne og søke etter informasjon. Det er viktig at sykepleieren gir konkret informasjon om sykdom og behandling til et barn i 6-10-års alderen (Grønseth og Markestad 2009). Barn i 6-års alder har liten forståelse for at døden kan ramme dem selv, og at døden kan ramme i nær fremtid. Det blir da viktig at sykepleier tar utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse i kommunikasjonen med dem (Grønseth og Markestad

2009). Når barnet blir eldre og kommer i 10-11-års alder kan de skille mellom relevante og irrelevante opplysninger. Både Piaget og Erikson har teorier om at den egosentriske tankegangen nå avtar etter hvert, og fra 10-årsalderen kan de motta mer abstrakte tanker og ideer. De spør om det er noe de ikke forstår, og i denne alderen begynner barna å reflektere over egne tanker og erfaringer (Grønseth og Markestad 2009, Bunkholdt 2002). I kommunikasjon med barn må sykepleier bidra til at barnet føler seg kompetent i samtalen og hjelpe og forklare barnet til å finne mening i budskapet. Det beskrives i teori at barn i denne alderen har medfølelse med andre som mister sine nærmeste og er i stand til å se ting fra andre perspektiv (Dyregrov 2006).

5.2.3.1 Verdien av åpen kommunikasjon med barnet

Graden av åpenhet mellom barn og foreldre ser ut til å være varierende. En vanlig årsak til den varierende åpenheten er at barna ikke vil bekymre foreldrene sine (Kennedy og Lloyd-Williams 2008 og 2009). Vi har ikke sett i teori at barnet er årsaken til tilbakeholdenheten, men at det er foreldrene som har vanskeligheter med å være tilstrekkelig åpen og ærlig rundt sykdommen. Grunnen til dette kan være at foreldrene ønsker å beskytte barnet. Det blir viktig at sykepleieren råder og oppmuntrer foreldrene til åpen kommunikasjon med barnet. Barnet trenger og ønsker å få vite sannheten selv om det er dårlige nyheter (Bugge og Røkholt 2009). Dette kan knyttes til funn i studiene der det hevdes at barn verdsetter muligheten til å snakke om den syke (Ensby, Dyregrov og Landmark 2008). Tveiten (1998) skriver i sin bok at til tross for ærlig informasjon må man ikke ta fra barnet alt håp, dette kan også være en mestringsstrategi for barnet. De bruker positiv tenkning ved å håpe at alt skal ordne seg til slutt og at foreldrene skal bli friske (Thastum et. al 2008, Helseth og Ulfset 2003, Kennedy og Lloyd-Williams 2009). Når den syke forelderens liv går mot slutten, er det uansett helt nødvendig at barna får vite det (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim 2001).

Mange barn lager sine egne tanker og forklaringer ut i fra hvordan foreldrenes humør er, og deres måte å være på. Derfor er det viktig at sykepleieren snakker med barna. Sykepleierne må oppmuntre barna til å dele sine tanker med noen utenfor også, for eksempel venner og skolekamerater (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008). Det ser derimot ikke ut som om å dele sine tanker med venner er så veldig vanlig i denne alderen, men barna har gitt uttrykk for at å snakke til kjæledyrene sine oppleves som godt (Helseth og Ulfset 2003, MacPherson og Emeleus 2007).

For å tilrettelegge for åpen kommunikasjon kan sykepleieren iverksette tiltak. Tiltak som familiesamtaler og andre støttesamtaler sammen med fagpersoner kan være hensiktsmessig (Bugge og Røkholt 2009). Barn har gitt uttrykk for at åpenhet i familiesamtaler gjør det lettere å senere ha en åpen kommunikasjon i familien (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008). Av flere studier ser vi viktigheten av familieterapi som familiemøter og tilrettelegging for god dialog i forkant av døden (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, Ensby, Dyregrov og Landmark 2008, Kennedy et. al 2008). I samtalegrupper og støttegrupper kan barna møte andre i samme situasjon, og dele sine opplevelser og erfaringer med dem. Sykepleieren kan her legge til rette for at behovene identifiseres og imøtekommes (Tveiten 1998). Støttegrupper kan være veldig viktig der barnet ikke snakker med venner og skolekamerater. Der er det åpent for spørsmål, og kanskje kan barnet få svar på spørsmål som de selv ikke har turt å spørre om (Tveiten 1998).

5.2.4 Barn som pårørende på sykehus

Våre erfaringer fra praksis, før årsskiftet 2010, tilsier at barn som pårørende har bortimot vært et ikke eksisterende tema på sykehus. Dette har sannsynligvis endret seg etter at en ny lov om barn som pårørende trådte i kraft 1.januar 2010. En av oss erfarte fra praksis etter årsskiftet at et barneskjema skulle være utfylt og ligge i pasientens journal.

Bugge og Røkholt (2009) mener at barn bør ha muligheten til å besøke og opprettholde kontakten med forelderen som er innlagt i sykehus. Barn kan og bør få delta i det som angår dem og deres liv også i vanskelige livssituasjoner. Derimot påpeker Thastum et. al (2008) at barna som besøker forelderen på sykehuset kan føle redsel og utrygghet dersom de ikke blir ivaretatt. Dette gjenspeiler seg også i teorien, der Bugge og Røkholt (2009) belyser barns redsel for hva de kan møte på sykehuset og at barna vegrer seg for å dra til sykehuset. Eide og Eide (2007) påpeker at det er bedre for barna å få vite hva som foregår enn at de fantaserer om hva som skjer. Det er viktig at sykepleier tilrettelegger på avdelingen slik at barn kan komme på besøk, og at de samtidig skjermes for andre pasienter (Bugge og Røkholt 2009). Som vi tidligere har nevnt har barn behov for normalitet og dagligdagse aktiviteter, og dette kan sykepleieren legge til rette for når barnet er på sykehuset hos sin syke forelder. Det kan for eksempel være at det er tilgjengelig et lekerom og TV-stue for barnet. Dette rommet kan barnet bruke til å leke seg, tegne og for eksempel gjøre lekser. Når barna er på sykehuset og besøker sin syke forelder,

kan både sykepleier og forelderen la barnet få være deltakende i enkle oppgaver som barnet kan mestre i forhold til sin alder. Dette kan for eksempel være å hente drikke til mor eller far og få ha på mansjett ved blodtrykksmåling.

Det er viktig å forberede barna på at de kan komme til å oppleve vanskelige episoder eller se endringer hos den syke (Bugge og Røkholt 2009). Dette kan sammenlignes med det vi fant i Tveiten (1998), der hun skriver at for å lindre stress og angst kan sykepleieren gi forklaringer slik at barnet forstår, forberede barnet på det som skal skje slik at fantasien ikke overtar og gi muligheten til å sette ord på angsten. Å være involvert i foreldrenes sykehusinnleggelse kan bidra til at barnets kunnskaper og forståelse om behandling og sykdom kan lindre stresset som oppstår når et barn er mye borte fra sin forelder, dette blir belyst i både studier og teori (Thastum et. al 2008, Bugge og Røkholt 2009). Selv om barnet ønsker å besøke den syke, kan den syke selv oppleve dette som vanskelig. Da ser vi viktigheten av at sykepleierne tydeliggjør for foreldrene at barna har behov for konkretisering, men om dette ikke er nok må det sees etter andre løsninger (Bugge og Røkholt 2009).

5.2.5 En viktig oppgave for sykepleieren er å gi støtte og trygghet til barnet

Barn har behov for støtte under foreldrenes sykdom (Kennedy et. al 2008). Dette beskriver også Bugge og Røkholt (2009) i en av sine bøker. Barn er viktige pårørende og trenger å bli sett og få en bekreftelse på at også de er viktige. Trygge sykepleiere som tar ansvar og skaper ro og forutsigbarhet gjør at barna lettere forstår hva som forventes av dem (Bugge og Røkholt 2009). Vi ser at det er viktig for barn med kontinuerlig støtte i foreldrenes sykdomsperiode (MacPherson og Emeleus 2007, Ensby, Dyregrov og Landmark 2008). Det å støtte barnet kan gå ut på å gi bekreftelse, å anerkjenne og gi barnet tid til å forstå og venne seg til en forandret hverdag. Sykepleiere må støtte barna i de vanskelige tankene og hjelpe dem til å forstå hva som skjer, for å gjøre hverdagen lettere og styrke nærheten til den døende (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim 2001). At helsepersonell er med på å gi barn den informasjonen og støtten de trenger kommer frem som viktig for barn. En kan se at det er viktig at det er akkurat helsepersonell som støtter og gir informasjon fordi de kan rette informasjonen mot barnets aldersgruppe (Ensby, Dyregrov og Landmark 2008, Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, Beale, Sivesind og Bruera 2005, MacPherson og Emeleus 2007). Det viser seg at tidlig intervensjon før problemene oppstår har god effekt.

Foreldrene opplever at det er godt å dele ansvaret med noen, både barn og foreldre vet da hvem de skal henvende seg til (Bugge og Røkholt 2009).

5.2.6 Barnet bør få tilrettelagt informasjon fra sykepleiere

Å ha noen utenforstående å snakke med er viktig for barn, og det hevdes i studier at sykepleiere er verdifulle kilder til informasjon, dette kommer av at barna søker noen som er objektiv og som har taushetsplikt. Noen barn synes det er vanskelig å få kontakt med sykepleiere og helsepersonell generelt, men i utgangspunktet er det sykepleieren som skal oppsøke barnet og etablere kontakt. Likevel er det viktig at sykepleierne er lett tilgjengelige og synlige for barna, også for at terskelen skal være lavere for barnet for å ta kontakt (Kennedy og Lloyd-Williams 2008 og 2009, Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, MacPherson og Emeleus 2007, Ensby, Dyregrov og Landmark 2008).

Vi kan se av våre funn at for lite informasjon og kunnskap i og rundt om sykdommen, kan føre til angst, redsel og usikkerhet hos barn. Beale, Sivesind og Bruera (2005) beskriver i sin studie at for lite informasjon om foreldrenes diagnose kan øke angstnivået hos barn. I en annen studie står det skrevet at følelser som angst, redsel og tristhet ikke er så lett å håndtere, og det ble beskrevet forskjellige strategier for å mestre disse reaksjonene (Helseth og Ulfsæt 2003). Vi ser at dette også står beskrevet i litteratur, Bugge og Røkholt (2009) hevder at tilhørighet er viktig for barna når de føler angst og redsel for sin egen situasjon. Sykepleier må tilrettelegge informasjon i forhold til barnets alder og utviklingsnivå. Av studier ser vi at barn selv uttrykker ønske om å få informasjon omkring forelderens sykdom (Bugge, Helseth og Darbyshire 2008, Ensby, Dyregrov og Landmark 2008). Kennedy og Lloyd-Williams (2008) beskriver i sin studie flere kilder som blir brukt til å informere barn, det ble nevnt foreldre, helsepersonell, bøker, brosjyrer, internett og media. Foreldrene ble beskrevet som informasjonskilde, men det ble uttrykt bekymring for at foreldrene holdt tilbake eller forenklet informasjonen (Kennedy og Lloyd-Williams 2008). Da blir det viktig at sykepleier sørger for at barnet får den informasjonen det har behov for. Sykepleier må også informere foreldrene om at barnet har dette behovet. Barn som ikke får informasjon kan føle svik fra den voksne som vet men ikke vil fortelle (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim 2001). Dette kan føre til at barnet mister tillitten til den voksne, dette ser vi av både teori og forskning (Dyregrov, Lorentzen og Raaheim 2001).

6.0 Konklusjon

Vi ser mange likheter mellom teori og forskning. Det viser seg at barn har mange måter å mestre vanskelige livssituasjoner på. Når en av foreldrene får en alvorlig sykdom får det stor innvirkning på familielivet. Hverdagen kommer i ubalanse, mye blir forandret og barnet er den som blir hardest rammet av dette. Når det gjelder å håndtere disse utfordringene ser vi at barn først og fremst er tilpassningsdyktige og legger om på sine daglige rutiner for å ta hensyn til sine foreldre.

De mestringsstrategiene som vi fant mest brukt i våre funn var opprettholdelse av normalitet i familien og hverdagen, undertrykkelse av egne følelser, positiv tenkning og den mest vanlige var distraksjon. Distraksjon ble brukt som avledning fra sykdommen. Det som gikk igjen hos de fleste barna var at de ikke ville bekymre foreldrene sine, derfor vegret mange seg for å stille, ifølge dem selv, unødige spørsmål og mange var forsiktig med å vise at de var triste. Sammen med distraksjon ser vi at tilstrekkelig informasjon og åpenhet rundt sykdommen, og det å bli inkludert i den syke forelderens sykdom kom frem som noe av det som var viktigst for barna. De følte en trygghet når de visste hva som foregikk med foreldrene.

Barn har også ulike måter å uttrykke sorg på. Mange får somatiske symptom som hodepine og magesmerter. Andre igjen kan bli veldig fysisk aktive når de har det vanskelig. Noen viser mye følelser og noen gråter bare når de er alene.

Sykepleieren har mye å bidra med når det gjelder å ivareta barnet som pårørende. Å skape trygghet og tillit blir en viktig oppgave. Barnet skal føle seg inkludert og velkommen når det besøker sin syke forelder på sykehuset. Sykepleieren kan legge til rette slik at barnet kan ha en god følelse når de kommer på besøk. Sykepleiere må ha kunnskap om barnets utviklingsnivå og kunne forstå barnets behov og reaksjoner for på best mulig måte å kunne hjelpe barnet. Dette bør foreldrene få undervisning om fra sykepleier, slik at relasjonen mellom foreldrene og barnet blir best mulig gjennom sykdomsperioden.

6.1 Forslag til videre forskning

Av våre funn ser vi at det er lite fokusert på hvilke tiltak sykepleier kan bidra med i forhold til å ta vare på barn som pårørende. Vi anbefaler videre forskning på dette området. Videre tenker vi at det bør kartlegges effekten av den nye loven som trådte i kraft 1.januar 2010.

Litteraturliste

- Backe-Hansen, Elisabeth. 2009. *Barn* De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra <http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/> (Lest: 24.10.10)
- Beale, Estela A., Debra Sivesind og Eduardo Bruera. 2005. *Parents dying of cancer and their children*. Palliativ and Supportive Care 2, 387-393.
- Bjørk, Ida T og Marit Solhaug. 2008. *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Bugge, Kari Elisabeth og Eline G. Røkholt. 2009. *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bugge, Kari Elisabeth, Hilde Eriksen og Oddbjørn Sandvik, red. 2003. *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bugge, Kari Elisabeth, Sølvi Helseth og Philip Darbyshire. 2008. *Children's experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer*. Cancer Nursing vol. 31 no. 6
- Bugge, Renate G. 2008. *Når krisen rammer barn og unge*. Kristiansand: Høgskoleforlaget
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi – en innføring for helse – og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dyregrov, Atle. 2006. *Sorg hos barn – en håndbok for voksne*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Dyregrov, Atle, Gustav Lorentzen og Kjell Raaheim. 2001. *Et liv for barn – Utfordringer, omsorg og hjelpetiltak*. Bergen: Fagbokforlaget
- Eide, Heidi og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Ensby, Torill, Kari Dyregrov og Bjørg Landmark. 2008. *Å treffe andre som virkelig forstår*. Sykepleien Forskning nr.3: 3:118-127. Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=116814

- Forrest, Gillian, Caroline Plumb, Sue Ziebland og Alan Stein. 2006. *Breast cancer in the family – children's perception of their mothers' cancer and its initial treatment*. British Medical Journal 332(7548):998-1003. Tilgjengelig fra: www.bmj.com
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2009. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Författarna och Bokforlaget Natur og Kultur.
- Grønseth, Randi og Trond Markestad. 1998. *Pediatrici og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Fokus på barn som pårørende*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/fokus-pa-barn-som-paerørende.html?id=589516>
- Helsepersonelloven. 2009. *Lov av 1. januar 2010 nr. 10 a om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*. www.lovdatabasen.no (Lest 08.08.10)
- Helseth, Sølvi og Nina Ulfsæt. 2003. *Having a parent with cancer*. Cancer Nursing vol.26 no.5, 355. Tilgjengelig fra <http://www.kreftsyke-barn.no/bilder/123039having%20a%20parent%20with%20cancer.pdf> (Lest 24.08.10)
- Kennedy, Catriona, Rosemary McIntyre, Allison Worth og Ronda Hogg. 2008. *Supporting children and families facing the death of a parent: part one*. International Journal of Palliative Nursing, vol. 14 no. 4
- Kennedy, Catriona, Rosemary McIntyre, Allison Worth og Ronda Hogg. 2008. *Supporting children and families facing the death of a parent: part two*. International Journal of Palliative Nursing, vol. 14 no. 5
- Kennedy, Vida L. og Mari Lloyd-Williams. 2008. *Information and communication when a parent has advanced cancer*. Journal of Affective Disorder 114, 149-155
- Kennedy, Vida L. og Mari Lloyd-Williams. 2009. *How children cope when a parent has advanced cancer*. Psycho-Oncology 18:886-892. Tilgjengelig fra: Wiley InterScience
- Kreftforeningen. 2008. *Endring av helsepersonelloven for å styrke rettsstillingen til barn av pasienter*. Tilgjengelig fra: http://www.kreftforeningen.no/aktuelt/vi_mener/horingsuttalelser/horingsuttalelser_2008/endring_av_helsepersonelloven_for_styrke_rettsstillingen_til_barn_av_pasienter_11257 (Lest 06.10.10)

- Kreftregisteret. 2009. *Årsrapport 2009*. Tilgjengelig fra:
http://www.kreftregisteret.no/Global/aarsrapport2009_web.pdf (Lest: 08.10.10)
- MacPherson, Catriona og Martha Emeleus. 2007. *Children's needs when facing the death of a parent: Part one*. International Journal of Palliative Nursing vol. 13 no. 10
- MacPherson, Catriona og Martha Emeleus. 2007. *Children's needs when facing the death of a parent: Part two*. International Journal of Palliative Nursing vol. 13 no. 12.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Moen, Torhild. 2002. *Det er lov å gråte – når barn opplever motgang og sorg*. Oslo: IKO-Forlaget AS
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. *Database for statistikk om høgere utdanning*. <http://www.nsd.uib.no/>
- Norsk Sykepleierforbund. 2007. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Reitan, Anne Marie. 2005. *Sykepleieboken 2*. Knutstad, Unni og Birthe K. Nielsen, red. Oslo: Akribe AS
- Rikshospitalet – Radiumhospitalet. 2006. *Barn som pårørende i somatisk sykehus*. Anne Hoffmeyer Wæhrens. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende/Pdf%20filer/Prosjekt%202006%20Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20i%20somatic%20sykehus,%20Rikshospitalet.pdf> Lest: 17.11.10
- Storaker, Jorunn Marie. 2007. *Sykepleieboken 1*. 3.utg. Mekki, Tone Elin, red. Oslo: Akribe AS
- Thastum, Mikael, Mikael B Johansen, Lotte Gubba, Louise B Olesen og Georg Romer. 2008. *Coping, social relations, and communication: A qualitative exploratory study of children of parents with cancer*. Clinical Child Psychology and Psychiatry 13; 123. Tilgjengelig fra: <http://ccp.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/1/123>
- Tveiten, Sidsel. 1998. *Barnesykepleie*. 2. utg. 2.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Dato	Søkeord	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
02.03.10	Child AND grief	Ovid Nursing	2000-1010 6-12 år	748	0	0	0
02.03.10	Parental death	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	0	0	0	0
02.03.10	Child AND grief AND parental death	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	0	0	0	0
02.03.10	Grieving child	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	18	0	0	0
02.03.10	Parent loss	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	1	0	0	0
02.03.10	Parental illness	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	7	0	0	0
02.03.10	Parental death AND coping	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	58	1	0	0

02.03.10	Cancer AND child AND cope	Ovid Nursing	2000-2010 6-12 år	11	2	2	0
24.08.10	Only child OR parent-child relations AND Parents AND neoplasms AND death OR parental death	Ovid Nursing	Ingen	12	2	1	1
02.03.10	Child AND grief	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	2225	12	3	0
02.03.10	Parental death	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	0	0	0	0
02.03.10	Child AND grief AND parental death	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	21	1	1	0
02.03.10	Grieving child	Ovid Medline	2000-2010	29	4	2	0

			6-12 år				
02.03.10	Parent loss	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	26	1	1	0
02.03.10	Parental illness	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	67	12	1	0
02.03.10	Parental death AND coping	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	154	7	0	0
02.03.10	Parents OR parental death AND cancer AND children's needs	Ovid Medline	Ingen	2	1	1	1
02.03.10	How to help children that experience loss on it's parents	Ovid Medline	Ingen	10011	62	1	1
24.08.10	Cancer AND child AND cope	Ovid Medline	2000-2010 6-12 år	86	6	3	1
02.03.10	Child	PsycInfo	2000-2010	92	3	1	0

	AND Grief AND parental death		6-12 år				
02.03.10	Grieving child	PsycInfo	2000-2010 6-12 år	68	4	1	0
02.03.10	Parent loss	PsycInfo	2000-2010 6-12 år	11	0	0	0
02.03.10	Parental illness	PsycInfo	2000-2010 6-12 år	65	1	1	0
02.03.10	Knutsson Susanne	PsycInfo	Forfatter	2	2	2	0
02.03.10	Child AND grief AND parental death	PsycINFO	Ingen	81	22	1	0
02.03.10	Child AND grief	British Nursing Index	2000-2010 6-12 år	66	1	0	0
02.03.10	Parental death	British Nursing Index	2000-2010 6-12 år	0	0	0	0
02.03.10	Child	British Nursing	2000-2010	0	0	0	0

	AND grief AND parental death	Index	6-12 år				
02.03.10	Grieving child	British Nursing Index	2000-2010 6-12 år	2	0	0	0
02.03.10	Parent loss	British Nursing Index	2000-2010 6-12 år	1	0	0	0
02.03.10	Parental illness	British Nursing Index	2000-2010 6-12 år	7	1	0	0
02.03.10	Parent loss	ProQuest	Ingen	53	6	1	0
17.09.10	Children's of parents with cancer	Ovid Medline, Ovid Nursing	Ingen	4566	32	3	1

24.08.10	Cancer AND child AND cope	British Nursing Index	2000-2010	4	1	1	1
02.03.10	Parents dying of cancer	ProQuest	Ingen	130	21	2	1
02.03.10	Parents with cancer	Ovid Medline, Ovid Nursing, PsycINFO	Ingen	3853	12	2	1

Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte artikler i forhold til innhold og kvalitet

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakere/fracfall	Resultat	Kvalitet
Catriona Mac Pherson, Martha Emeleus 2007 Scotland, UK, Fife International Journal of palliative nursing	”Children’s needs when facing the death of a parent from cancer: Part one and two”	En studie som ble gjennomført for å identifisere de psykososiale behovene som barn har når de skal miste en forelder i kreft, og den sorgfasen som kommer etter at de har mistet.	Kvalitativt design der deltakerne ble intervjuet ansikt til ansikt. Semistrukturerte intervjuer, fokusgrupper og et utvalg av fagpersoner for å identifisere relevante temaer.	Barn 4-18 år, der det var fire barn fra hver aldersgruppe i fokusgruppene (6-8, 9-11 og 12-14)	Studien har vist at barn og deres foreldre trenger mer praktisk og emosjonell støtte i den terminale fasen.	Grad I* Godkjent av etisk komité
Estela A. Beale, Debra Sivesind, Eduardo Bruera Houston, Texas	“Parents dying of cancer and their children”	Hensikten var å rapportere barns erfaringer med foreldre som har en alvorlig	Kvalitativt design. To semistrukturerte intervju:	28 barn ble intervjuet i alderen 3-18 år.	Resultatene tyder på at barn med døende foreldre viser tydelige	Grad I* Etisk vurdert

2004 Palliative and Supportive Care		kreftlidelse i den terminale fasen, og hvordan barna sørger når de mister en forelder	-Barn sammen med foreldre -Barn alene		reaksjoner, men de har samtidig en bedre forståelse for foreldrenes sykdom enn det som var forespeilet.	
Kari E. Bugge, Sølvi Helseth, Philip Darbyshire 2008 Norge Cancer Nursing	”Children’s experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer”	Denne artikkelen ville undersøke barns opplevelse av hvordan famliestøtteprogrammet møtte deres behov og støttet dem i mestringsprosessen.	Kvalitativ design med åpne intervju fokusert på erfaringer med programmet.	12 barn i alderen 6-16 år deltok, derav 8 jenter og 4 gutter.	Programmet hadde hjulpet barna til å føle trygghet. De fikk økt kunnskap og forståelse og de ble bevisst på sin egen rolle. Barna fikk en opplevelse av at det å snakke om situasjonen var bra	Grad I* Godkjent av etisk komité
Torill Ensby, Kari Dyregrov og Bjørg	”Å treffe andre som virkelig forstår”	Dokumentere barn og unges reaksjoner på kreftsykdom eller død	Kvalitativt design	107 barn deltok på rehabiliteringskurs på Montebello-	De som var med i studien var takknemmelige for	Grad I* Godkjent av etisk komité

<p>Landmark 2008 Norge Sykepleien Forskning</p>		<p>hos mor/far, samt evaluere familiehabiliteringskurs på Montebello-Senteret, alt med utgangspunkt i barn- og unges erfaringer</p>		<p>Senteret, 78 barn i alderen 6-18 år. 42 jenter og 36 gutter og disse representerte alle landets helseregioner.</p>	<p>kurstilbudet, de evaluerte kurstilbudet som svært positivt i en hverdag preget av mange uforutsigbarheter. Det kom frem av studien at samspeilet mellom samtalegrupper, aktivitetsgrupper og fellesskap med ”likesinnede” og nye venner er verdifulle tilnærminger for å hjelpe barn som har foreldre med en kreftlidelse.</p>	
<p>Vida L.</p>	<p>”How children</p>	<p>Å undersøke hvilken</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>28 deltagere fra 12</p>	<p>Studien kom frem</p>	<p>Grad II*</p>

Kennedy, Mari Lloyd-Williams 2008 Liverpool, UK Psycho- Oncology	cope when a parent has advanced cancer”	innvirkning foreldrenes uhelbredelige kreft har på barna, og hvordan barna sørger – fra barnet og foreldrenes perspektiv	der det ble brukt semistrukturerte intervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og nedskrevet ordrett.	familier i alderen 8- 18 år.	til at åpen kommunikasjon i familien ville føre til en mer effektiv sorgprosess og ville være en positiv erfaring for barn som hadde foreldre med en alvorlig kreftlidelse.	Godkjent av etisk komité
Vida L. Kennedy, Mari Lloyd-Williams 2008 England, Liverpool Journal of Affective Disorders.	“Information and communication when a parent has advanced cancer.”	Denne studien undersøkte barns behov for informasjon, og hvor og hvordan eller av hvem de ønsket å få informasjon når en forelder er diagnostisert med fremskreden kreft. Dette ble gjort for å identifisere eventuelle	En kvalitativ studie der semistrukturerte intervjuer Intervjuene ble tatt opp og nedskrevet ordrett og analysert. Alle deltakerne fikk pseudonymer.	28 deltagere fra 12 familier hvor både den syke og friske forelder eventuelle barn over 7 år ble intervjuet	Barna i denne studien beskrev at de ønsket ærlig informasjon om foreldrenes sykdom og behandling. Jenter uttrykte et særlig behov for informasjon om	Grad II* Godkjent av etisk komité

		udekkede behov og identifisere barrierer som kan finnes hos barns tilgang til kunnskap			konsekvensene for egen helse og mulige fremtidige tester. Barn beskrev at de ønsket informasjon fra en rekke kilder, inkludert foreldre helsepersonell bøker, brosjyrer og internett. De uttrykte et behov for å ha tilgang til noen som ville holde samtalene deres konfidensielle.	
Sølvi Helseth, Nina Ulfset.	“Having a parent with cancer”	Å undersøke trivsel og mestring hos små barn i	Kvalitativt design.	Barn mellom 7-12 år og deres foreldre.	Fire store temaer dukket opp i	Grad I*

<p>2003 Norge Cancer Nursing</p>		<p>løpet av en periode med kreftsykdom i familien.</p>	<p>Dybdeintervjuer med barn og deres foreldre. Data ble analysert og tolket innenfor en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming for å forstå.</p>	<p>Foreldrene ble intervjuet først for å få et dypere innblikk i barnas situasjon.</p>	<p>funnene: sykdommen styrer familien, reaksjoner på over og under overflaten, mange tiltak for å håndtere situasjonen, og føler seg bra det meste av tiden. Denne rapporten diskuterer hvordan barns reaksjon og deres håndtering av slike vanskelige hendelser påvirker deres livskvalitet.</p>	<p>Godkjent av etisk komité</p>
<p>Gillian Forrest, Caroline Plumb,</p>	<p>“Breast cancer in the family-</p>	<p>Å utforske hvordan barn av mødre nylig</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie</p>	<p>37 mødre med tidlig stadiet av brystkreft</p>	<p>Studien viser at bevissthet om</p>	<p>Grad II* Etisk vurdert</p>

Sue Ziebland, Alan Stein 2006 England British Medical Journal	children`s perception of their mother`s cancer and its initial treatment: qualitative study”	diagnostisert med brystkreft oppfatter sin mors sykdom og dens innledende behandling; og å sammenligne med mødrenes oppfatning av barnas kunnskap.	med tematiske analyser.	og 31 av deres barn i alderen 6-18 år.	kreft som en livstruende sykdom eksisterte selv blant de fleste av de yngste barna som ble intervjuet. Barn beskriver spesifikke aspekter av deres mødres behandling som spesielt stressende.	
Catriona Kennedy, Rosemary McIntyre, Allison Worth, Ronda Hogg 2008 Edinburgh	Supporting children and Families facing the death of a parent: part 2	Å rapportere om barn og foreldres synspunkter til en ny støttetjeneste for familier der en forelder er døende av kreft.	Kvalitativt design. Individuelle intervju og gruppeintervju,	Et målrettet utvalg på seks familier ble rekruttert fra lokalsamfunnet.	Barn og familier med sammensatte og / eller varige behov har dratt nytte av spisskompetanse og intervensjoner gitt av denne tjenesten.	Grad II* Godkjent av etisk komité

Mikael Thastum, Mikael Birkelund Johansen, Lotte Gubba, Louise Berg Olesen, Georg Romer 2008 Danmark	”Coping, social relation, and communication: A qualitative exploratory study of children of parents with cancer”	Å utforske måter å informere barn av foreldre med alvorlig sykdom, hvordan barnet oppfatter foreldrenes emosjonelle tilstand, hvordan barnet takler foreldrenes sykdom, og hvordan denne mestringen kan relateres til foreldrenes mestring og bekymringer for barnet.	Kvalitativt design. To semistrukturerte intervjuguider ble utarbeidet, ett for barna og ett for foreldrene	21 barn fra 15 familier og deres foreldre ble intervjuet. I 13 familier var mor syk og i 2 familier var far syk.	Barnas observasjoner og uttrykk førte fram til fem mestringsstrategier som den yngre generasjonen brukte: Hjelp andre, overta forelderens rolle, distraksjon, holde tankene om sykdommen for seg selv og ønsketenkning.	Grad I * Godkjent av etisk komité
--	--	---	--	--	---	--------------------------------------

* Inkluderte artikler

Vedlegg 3 – fargekoder brukt i analysen

Kommunikasjon - rosa

Behov - gul

Reaksjoner - blå

Sykepleieintervensjoner - grønn

Mestring – lilla

Sykepleierens rolle – oransje

