



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Stort ansvar på små skuldre/Big responsibility on small shoulders

Henrikke Bjørseth og Ingrid Dalseth

Totalt antall sider inkludert forsiden: 55

Molde, 28.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Michaelsen

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.

Opgaver 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: 28.05.2018

Forord

Min mor kunne ikke holde orden på noen ting, så jeg måtte tidlig lære meg voksenoppgaver. Alle syntes jeg var flink, så det var ingen som så hvor vanskelig jeg hadde det. Jeg fikset jo det meste.

(Sølvberg 2011, 31).

Antall ord: 10 540

Sammendrag

Bakgrunn: I følge rapporten til Torvik og Rognmo (2011) ble det rapportert at 410 000 barn i Norge levde sammen med en psykisk syk mor eller far. Det rapporteres også at barn av en psykisk syk forelder har 2,1 ganger høyere risiko for å utvikle en psykisk lidelse selv, sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske lidelser.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan barn opplever å vokse opp i et hjem der en av foreldrene er psykisk syk.

Metode: Litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Barna opplevde mangel på informasjon og forståelse som førte til usikkerhet og bekymring. De følte at forelderen ikke mestret sin rolle, og tok derfor ofte på seg ansvaret i hjemmet. Barna opplevde en vanskelig og utfordrende hverdag med følelser som frykt, sinne og skyld. For å mestre hverdagen tok de i bruk ulike mestringsstrategier.

Konklusjon: Barn med en psykisk syk forelder mangler nødvendig informasjon og oppfølging. Ettersom barnet blir tilsidesatt og oversett, må vi som sykepleiere rette fokuset for å ivareta barnas behov for tidlig hjelp og informasjon. Dette er for å hjelpe barna til å bedre kunne mestre hverdagen og forelderens psykiske sykdom.

Nøkkelord: Forelder, ungdom, barn, psykisk lidelse, opplevelser

Summary

Background: According to Torvik and Rognmo (2011), it was reported that 410,000 children in Norway lived together with a mentally ill mother or father. It is also reported that children of a mentally ill parent have a 2.1 times higher risk of developing a mental disorder themselves, compared to children of parents without mental disorders.

Purpose: The aim of the literature study was to investigate how children experienced growing up in a home where one of the parents are mentally ill.

Method: Literature study based on 10 qualitative research articles.

Results: The children experienced a lack of information and understanding that led to uncertainty and concern. They felt that the parent did not master the role and therefore often took responsibility in the home. The children experienced a difficult and challenging everyday life with feelings like fear, anger and guilt. To master everyday life, they used different coping strategies.

Conclusion: Children with a mentally ill parent lack the necessary information and follow-up. As the child is being overlooked and put aside, we must focus on meeting the children's need for early help and information. This is to help the children to better master everyday life and the parent's mental illness.

Keywords: Parent, adolescent, children, mental illness, experiences

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt:.....	1
2.0	Bakgrunnsteori	2
2.1	Psykisk lidelse.....	2
2.2	Barnets behov og rolle.....	3
2.3	Eriksons utviklingsteori:.....	4
2.4	Helsepersonellens ansvarsområder.....	5
3.0	Metodebeskrivelse	7
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier:.....	7
3.2	Datainnsamling.....	7
3.2.1	Søkestrategi.....	8
3.3	Kvalitetsvurdering.....	9
3.4	Etisk vurdering.....	10
3.4.1	Egne etiske overveielser.....	10
3.5	Analyse.....	11
4.0	Resultat	12
4.1	Usikkerhet hos barna på grunn av manglende informasjon.....	13
4.2	Barns omsorgsrolle i hjemmet.....	15
4.3	Uforutsigbar hverdag.....	16
4.4	Barns mestringsstrategier.....	17
5.0	Diskusjon	20
5.1	Metodediskusjon.....	20
5.1.1	Inklusjon av artikler.....	20
5.1.2	Søkestrategi.....	21
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	21
5.1.4	Analyse.....	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	22
5.2.1	Barna opplevde utilstrekkelig informasjon – En kilde til usikkerhet og bekymring.....	22
5.2.2	Stort ansvar på små skuldre.....	24
5.2.3	Barns behov for stabilitet, forutsigbarhet og trygge rammer.....	27
5.2.4	Mestringsstrategier hjelper barna å komme gjennom hverdagen.....	29
6.0	Konklusjon	32
6.1	Forslag til videre forskning.....	32
7.0	Litteraturliste	33

Vedlegg 1: P(I)(C)O – oversikt

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Artikkelloversikt

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne litteraturstudien er hvordan barn opplever å vokse opp med en forelder med psykisk lidelse. I følge rapporten til Torvik og Rogmo (2011) var det hele 410 000 barn i Norge som levde sammen med en psykisk syk mor eller far. Det rapporteres også om at barn av en psykisk syk forelder har 2,1 ganger høyere risiko for å utvikle en psykisk lidelse selv, sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske lidelser. Selv om vi ikke vet hvor stor grad barnas forhøyede risiko skyldes miljø og arv, er det mulig å forebygge psykiske lidelser i stor grad.

Å vokse opp med en forelder som er psykisk syk innebærer ofte en rekke sosiale, praktiske og følelsesmessige utfordringer og belastninger for barna. I Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven ble det i 2010 gjort endringer som omhandler plikten til å ivareta mindreårige barn av en forelder med psykisk lidelse. Endringene er til for å sikre at barn av foreldre med psykiske lidelser får den informasjonen og oppfølgingen de har krav på (Haugland et al. 2015).

Som sykepleier er det viktig å sette seg inn i hvordan barn opplever å vokse opp i et hjem der en av foreldrene er psykisk syk. Dette for på best mulig måte å kunne gi nødvendig hjelp og omsorg. Vi har begge hatt praksis i akutt psykiatrien hvor vi kom i kontakt med barn som hadde en forelder med psykisk lidelse. Det var vanskelig å prate med barna om dette temaet. Ved hjelp av forskning ønsket vi å utforske og fokusere på barnas egne opplevelser da dette kan gi oss dypere innsikt i hvordan barna selv opplever å vokse opp i et hjem med foreldre som har en psykisk lidelse.

1.2 Hensikt:

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan barn opplever å vokse opp i et hjem der en av foreldrene er psykisk syk.

2.0 Bakgrunnsteori

2.1 Psykisk lidelse

Psykisk lidelse eller sinnslidelse er en fellesbetegnelse på sjelelige lidelser som innenfor den vestlig kultur ses på som sykelige eller behandlingstrengende. I Norge brukes klassifikasjonssystemet ICD-10 som beskriver de ulike symptomer som kjennetegner tilstanden så langt som mulig uavhengig av teoretiske forståelsesrammer (Snoek og Engedal 2017). Når det foreligger en diagnostiserbar psykisk lidelse, vil vedkommende ofte ha redusert funksjonssvikt i forhold til sitt ordinære funksjonsnivå. Det vil også ofte kunne påvirke forholdet til andre, det være seg ektefelle, nære pårørende, venner eller kollegaer (Malt et al. 2012).

De mest sentrale hovedgruppene av psykiske lidelser er psykotiske tilstander, stemningslidelser, nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Psykotiske tilstander er kjennetegnet ved en forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt, og at man har en skjev virkelighetsoppfatning. Schizofreni er den vanligste formen for psykose og ca. 20 000 personer har denne lidelsen i Norge (Snoek og Engedal 2017).

Stemningslidelser viser seg ved forandringer i humøret eller stemningene våre, f.eks. ved oppstemthet eller depresjoner, eller en svingning mellom disse punktene, kalt bipolar lidelse. Ved manisk tilstand er vedkommende oppstemt eller i godt humør, i tillegg til at aktivitetsnivået og tankevirksomheten går på høygir. Den depressive tilstanden er derimot kjennetegnet av irritabilitet, tungsinn, initiativløshet, ubeslutsomhet og håpløshet (Snoek og Engedal 2017).

Nevrotiske tilstander er tilstander som kan forklares som en reaksjon på forskjellige livshendelser og er gjerne et uttrykk for forskjellige konflikter i vår personlighet. Angst er en av de vanligste formene for nevrotiske tilstander og defineres når frykten oppstår tilsynelatende uten grunn. Angst er en kombinasjon av skrekkfylte forestillinger og plagsomme fysiske symptomer som hjertebank, åndenød, svetting og skjelving.

Personlighetsforstyrrelser er en form for utviklingsforstyrrelser som spesielt berører interpersonlige forhold. Det angår spesielt regulering av følelser og impuls kontroll.

Tilstanden har gjenkjennbare karaktertrekk som opptrer i overdreven og fastlåst form. Ofte resulterer den i uhensiktsmessig atferd (Snoek og Engedal 2017).

2.2 Barnets behov og rolle

Familiemønstret i Norge er variert. Mange barn lever med både mor og far, mens ett av fire barn bor med bare en forelder. Når en eller begge foreldrene blir psykisk syk, er det rimelig å anta at det utgjør en avgjørende rolle for barnets behov. Det er ikke usannsynlig at familiemedlemmene får endret sine roller for å få hverdagen til å gå rundt, og det gjelder også barna. I slike tilfeller er det viktig at de som følger opp barna kjenner til hverdagen barnet har og hvilke muligheter som finnes for å oppnå en tilfredsstillende oppvekst (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). I følge helsedirektoratets rundskriv (2010) skal barn bli værende i sin rolle som barn, og skal ikke ta ansvaret for foreldrenes oppgaver når de ikke i tilstrekkelig grad klarer å utføre sine foreldre- og omsorgsfunksjoner.

Barn blir betegnet som barn frem til de forlater hjemmet. Juridisk sett er man barn frem til fylte 18 år, også kalt mindreårige (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Et mindreårig barn kan ha flere roller, som f.eks. en datter/sønn, bror/søster, lekekamerat, elev, eller håndballspiller. En rolle kan defineres som det sett av forventninger vi kan treffe på fra omgivelsene rundt oss. Barn som vokser opp i Norge er underlagt pedagogiske institusjoner, som rammeplan og lovgiving. Det ser vi ved at ca. 89% av barna benytter seg av barnehageplass i Norge. Videre følger de aller fleste enhetsskolen når de er i alderen 6-16 år (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012).

Barn tilbringer store deler av tiden i barnehage, skole og på fritidsaktiviteter. Kompetansen barna får her vil kunne påvirke utviklingsmuligheter for de som ikke blir sett av foreldrene, familie og nettverket (Gjertsen 2013). Barnehagen er en viktig utviklingsarena og har et stort ansvar for å gi omsorg og oppdragelse for barn som fungerer ”normalt” og for barn som er utsatte og sårbare. I barnehagen utvikler barn nye ferdigheter og får en forutsigbar hverdag hvor de treffer andre barn som de utvikler seg sammen med (Sundfær 2012).

Videre er skolen en viktig arena for barna. Skolen byr på nye utfordringer både for barna og foreldrene. Barna trenger hjelp til oppfølging av skolearbeid og ulike fritidsaktiviteter. I tillegg har de et stort behov for søvn og hvile, regelmessige måltider, lek og omsorg.

Skolen gir barna mulighet til å uttrykke sine behov og følelser igjennom språk og samspill med andre (Sundfær 2012).

Når barna begynner på ungdomskolen omtales barna som både barn og ungdom. «Ungdomsperioden» er full av valg og muligheter, testing og «tøying» av grenser. Barn kommer i puberteten og kroppslige forandringer spiller ofte en stor rolle for identitet og selvfølelse. De befinner seg i en frigjørings- og selvstendighetsprosess hvor de skal finne sin egen retning. Etterhvert øker også kravene om å prestere både innenfor skole, fremtidig yrkesvalg og fritidsaktiviteter. Det vil ofte kreve at foreldrene kan veilede og yte litt ekstra «hjelp» til barna. Jo eldre barna blir, jo større betydning har venner og miljø (Sundfær 2012).

2.3 Eriksons utviklingsteori:

Utvikling er de aldersforandringer som ses hos barn når de blir eldre og mer modne gjennom oppveksten. Barn trenger et stabilt forhold til sine foreldre for å få et godt utviklingsforløp (Gulbrandsen 2017). Vi gjennomgår ulike faser i livet som bidrar til å forme vår personlighet. I Eriksons teori om psykososiale faser inneholder hver fase et vendepunkt eller en livskrise som er med på å utvikle oss. Utfordringene kan løses på en ugunstig eller gunstig måte (Erikson, gjengitt i Håkonsen 2014). Vi har valgt å fokusere på de fasene som går fra 4-18 år da det er denne aldersgruppen vi har inkludert i studien.

Initiativ versus skyld (3-5 år):

Barnet beveger seg psykisk og fysisk innenfor større områder og møter en verden som er lik den voksnes sin. Barnet gjør seg opp meninger om hvordan verden er og hvordan oppgaver er for voksne. Deres evne til initiativ har sammenheng med utviklingen av forståelse om hva som er rett og galt. Barnets samvittighet utvikles, i tillegg til følelsen av skyld for handlinger og tanker som andre har, særlig foreldre. Barnets initiativ kan på den ene siden være positivt, da det gir barnet opplevelse av å mestre. På en annen side kan det føre til skyld som følge av handlinger og tanker. Hvis skyldfølelsen er mest fremtredende kan det begrense barnets aktiviteter. Barnet vil ofte bli mer forsiktig og tilbakeholden med å vise initiativ, men er ofte også veldig lydige. Et gunstig resultat i denne fasen kan vi kalle vilje, håp og hensikt (Erikson, gjengitt i Håkonsen 2014).

Kreativitet versus underlegenhet (ca. 6-14 år):

Denne fasen innebærer elementet ”jeg er det jeg lærer”. Barnet blir nysgjerrig på å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Videre inneholder fasen ytterpunktene «skapende» eller «underlegen» grunnholdning. De sammenligner sin egen utvikling med jevnaldrende og venner. Hvis barnet utvikler ferdigheter og kompetanse vil dette være et gunstig resultat i denne fasen (Erikson, gjengitt i Håkonsen 2014).

Identitet versus forvirring (ca. 14-20 år):

Erikson mener at forandringer som skjer i ungdomsårene er fylt med dramatik, hovedsakelig på grunn av hormonelle og fysiske forandringer, men også dels den sosiale utviklingen. De kjenner på følelser og spenning grunnet seksuell modning. Barna begynner å bli voksne, og livskrisene fra de forrige fasene blir ofte gjennomgått på nytt. Opplevelse av mening, forutsigbarhet og følelsen av å ha kontroll på livet er et gunstig resultat. Krisen i denne fasen er knyttet til forvirring av egen identitet og hva man skal gjøre i arbeidslivet. Ungdommene vil ofte knytte bånd til vennegrupper som kan tilby dem en identitet (Erikson, gjengitt i Håkonsen 2014).

2.4 Helsepersonellens ansvarsområder

Barn av foreldre med psykiske lidelser er en risikogruppe som ofte blir usynlig og overlatt til seg selv. Det kreves derfor flere tiltak i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å kunne ivareta barna (Hanger 2015). Den 1. januar 2010 kom det endringer i lov om spesialisthelsetjenesten og Helsepersonelloven. Disse lovendringene er viktig og gledelig for barna. Helsepersonelloven §10a sier at helsepersonell som yter hjelp til pasienter med psykisk sykdom har plikt til å ivareta barna med informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet 2010).

Helsepersonell har en viktig oppgave med å sørge for at barna blir ivaretatt på en god måte. Barna må få informasjon, følges opp og få råd og veiledning. For at barna skal få informasjon må foreldrene gi samtykke, og det er viktig at helsepersonell forklarer foreldrene betydningen av dette. Man kan for eksempel ikke kontakte skole, helsestasjon eller barnevernet uten samtykke fra foreldrene. Som helsepersonell har man samtidig en plikt til å informere barnevernstjenesten dersom det er bekymring for alvorlig omsorgssvikt eller mishandling i hjemmet (Helsepersonelloven §33). Foreldrene skal

informeres dersom behandler vurderer å sende bekymringsmelding selv om foreldrene ikke samtykker. Barnets ivaretagelse er første prioritet (Sundfær 2012).

Spesialisttjenesteloven §3-7a sier at helseinstitusjoner skal ha barneansvarlig personell som har ansvaret for å fremme og planlegge oppfølging av den mindreårige. Den som har ansvaret for barnet skal holde annet helsepersonell oppdatert og fremme barnets interesse. Arbeidsgiver har ansvar for å ordne en barneansvarlig på avdelingen. Det er viktig at personen vet hvordan man skal samarbeide og samtale med pasient og barnet (Helsedirektoratet 2010). Den ansvarlige plikter at barna blir sett, får nødvendig hjelp og informasjon. De som møter barnet når mor eller far er innlagt er som oftest barneansvarlig og behandler (for eksempel psykolog). Barneansvarlig er ikke nødvendigvis den som skal gi barnet informasjon, men den som skal sikre at barneperspektivet blir ivaretatt (Sundfær 2012). I tillegg til barneansvarlig og psykolog, er det andre samarbeidspartnere som har en viktig rolle. Blant annet hjemmesykepleien, kommunalpsykiatrisk og helsesøster på skolen.

I skolesammenheng har helsesøster en viktig rolle og kan være en fin samarbeidspartner for barneansvarlig. Når barnet og foreldrene er klar over at barneansvarlig har kontakt med skolehelsesøster, kan det være lettere for barnet å benytte seg av helsetjenesten på skolen på en mer nyttig måte. Dette er med tanke på samtaler og oppfølging om situasjonen i hjemmet og forelderens sykdom (Sundfær 2012).

3.0 Metodebeskrivelse

Ifølge Eines et al. (2018) sine retningslinjer for bacheloroppgaver skal oppgaven gjøres som en litteraturstudie. Hensikten skal besvares med relevante forskningsartikler. Vi vil i dette kapittelet gjøre rede for hvordan vi har gått fram for å innhente artikler som imøtekommer kriteriene og hvordan vi har vurdert og analysert vårt resultat.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

For å avgrense litteratursøket brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette er for å strukturere søket og lettere finne relevante artikler (Nordtvedt et al. 2012).

Inklusjonskriterier:

- Barnet har bodd eller bor med en psykisk syk forelder
- Barneperspektiv
- Originale forskningsartikler utgitt i tidsrommet 2008-2018
- Barn under 18 år
- Kvalitativt forskningsdesign
- Språk: norsk, engelsk, dansk og svensk

Eksklusjonskriterier:

- Review-artikler
- Kvantitative forskningsdesign
- Artikler eldre enn 2008
- Barn 0-3 år

3.2 Datainnsamling

Da vi skulle starte arbeidet med å skrive oppgaven hadde vi utarbeidet både en hensikt og en problemstilling. Vi så etter hvert at problemstillingen ble veldig lik vår hensikt og valgte derfor ikke å beholde den. For å strukturere søket vårt på en hensiktsmessig måte brukte vi et PICO skjema (Nordtvedt et al. 2012). Vi valgte å ikke bruke I og C, da vi ikke skulle finne tiltak eller sammenlikne tiltak. Vi satt derfor opp et PO skjema hvor vi brukte relevante ord fra hensikten vår, men også andre ord vi syntes passet.

«P» står for pasient/problem. Her finner vi ut hvilke pasient eller pasientgruppe vi er interessert i (Nortvedt et al. 2012). Vi har valgt søkeordene child*, adolescen*, youth*, young carers, parent*, mental* ill*, mental disorder, severe mental illness og psykiatr*.

«O» står for outcome som betyr utfall. Her finner vi ut av hvilke utfall vi er interessert i (Nortvedt et al. 2012). Vi har valgt søkeordene experienc*, childhood experienc*, living with* og raised by parent*.

Vi kombinerte søkeordene med kombinasjonsordene AND og OR. «OR» blir brukt for å utvide søket og vil gi treff på artikler som inneholder enten søkeordet eller det andre ordet som er brukt. «AND» avgrenser søket ved å gi treff på artikler med begge søkeordene. Vi brukte også trunkering på noen av ordene, som for eksempel «child*». Dette gjør at vi får med flere synonymer av ordet, som for eksempel children (Nortvedt et al. 2012). Vi avgrenset søket vårt med språkene: engelsk, norsk, svensk og dansk. Deretter avgrenset vi publiseringsåret fra 2008 til dags dato. Til slutt avgrenset vi til kvalitativ artikkel.

Fullstendig P(I)(C)O skjema finnes i vedlegg 1.

3.2.1 Søkestrategi

Vi har benyttet oss av forskjellige databaser som Ovid Medline, PsycINFO, ProQuest, og Cinhal. Vi har gjort fem systematiske søk og fant totalt åtte relevante artikler. I tillegg fant vi to relevante artikler via manuell søk.

Ovid Medline:

Ovid Medline er en database hvor man kan finne tidsskrifter innenfor temaene medisin, helse og biologi. Den 13.04.2018 gjorde vi to søk i denne databasen med forskjellige søkeord. På det første søket fikk vi treff på 95 artikler og valgte å inkludere en artikkel (Bee et al. 2013). Søk nummer to ga et treff på 107 artikler, her inkluderte vi ingen.

PsychINFO:

PsychINFO er en database hvor man kan finne tidsskrifter innenfor temaene psykiatri, psykologi og medisin. Vi valgte å bruke denne databasen, siden temaet vårt omhandler

psykiatri. Den 13.04.2018 gjorde vi et søk i databasen. Vi fikk et treff på 57 artikler, hvor vi inkluderte 2 av dem (Mordoch og Hall 2008 og Griffiths et al. 2012).

ProQuest:

ProQuest er en database hvor man kan finne artikler som blant annet omhandler helse, sykepleie og psykologi. Den 13.04.2018 gjorde vi et søk i databasen. Da fikk vi et treff på 562 artikler, hvor vi valgte 3 av dem (Trondsen 2012, Ostman 2008 og Backer et al. 2017). Den 13.04.2018 gjorde vi et nytt søk i databasen. Vi fikk et treff på 85 artikler. Ingen av artiklene ble inkludert.

Cinahl:

I databasen Cinahl finner man tidsskrifter innen sykepleie. Den 16.04.2018 søkte vi i Cinahl. Vi fikk et treff på 144 artikler og inkluderte to (Reubert, Goodyear og Maybery 2012 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

Manuelle søk:

Ved manuelle søk i litteraturlisten til forfatter Trondsen (2012) fant vi «How Children Understand Parental Mental Illness: «You don't get life insurance. What's life insurance?» (Mordoch 2010). Artikkelen ble søkt opp ved hjelp av tittelen i Google Scholar den 16.04.2018.

I litteraturlisten til artikkelen Dam og Hall (2016) ble «Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression» (Parys og Rober 2013) funnet. Artikkelen ble søkt opp ved hjelp av tittelen i Google Scholar den 16.04.2018.

For mer detaljert søkehistorikk, se vedlegg 2.

3.3 Kvalitetsvurdering

Etter datainnsamlingen satt vi igjen med 10 artikler. Vi brukte sjekklister for å vurdere forskningsartiklene (Folkehelseinstituttet 2014). Sjekklisten inneholdt 10 punkter med «ja», «uklart» og «nei». Vårt krav var at minst 8 av 10 punkter skulle bli oppfylt, og dette ble overholdt i alle artiklene. Vi forsikret oss om at artiklene var fagfellevurdert ved å søke på tidsskriftet artikkelen var publisert i. Her brukte vi siden til Norsk Senter for

Forskningsdata (NSD 2018). Alle tidsskriftene hadde publiseringsnivå 1 eller 2. Ingen av de 10 artiklene ble ekskludert. Artiklene danner grunnlaget for analysen og studiens resultat.

3.4 Etisk vurdering

Forskningsetikk handler om å ivareta personvern, men også å sikre en troverdighet av resultatene vi finner i forskningen. Man skal unngå å påføre skade og belastning på deltakerne i forskningsstudien (Dalland 2012). Våre krav og etiske overveielser til artiklene var at de enten skulle være godkjent av etisk komite eller ved at deltakerne samtykket frivillig.

Et informert og frivillig samtykke innebærer at deltakeren frivillig deltar i undersøkelsen etter å ha forstått hva studien handler om. Informasjonen som ble gitt skal omhandle hva studien går ut på, hva hensikten er og hvem som har nytte av studien. De fleste har et krav om at deltakerne er sertifisert i å delta. En studie er anonymisert ved at man ikke kan kjenne igjen enkeltpersoner (Dalland 2012).

FNs barnekonvensjon artikkel 12 sier at barn har rett til å delta i forskning for å fremme egne synspunkter. Barn er verdifulle bidragsytere til forskning, men har i prinsippet ikke juridisk kompetanse til å delta i forskning før fylte 18 år. Umyndige må dermed ha samtykke fra foresatte. Samtykke må være reelt, og etiske prinsipper må være overholdt (Hansen 2009).

3.4.1 Egne etiske overveielser

Under arbeidet med undersøkelsen er det viktig å møte fenomenet på en forutsetningsløs måte. Fordommer og forforståelse innebærer å ha gjort seg opp en mening på forhånd om det som skal undersøkes. Vi hadde noe forforståelse for det temaet vi undersøkte, da vi møtte på barn som hadde en forelder med psykisk lidelse i praksisen vår. Denne forståelsen har vi vært bevisst på under vår forskningsprosess.

3.5 Analyse

Vi valgte å bruke Evans (2002) fire trinn under analysen vår. Dette var for å få en god oversikt over resultatene. Det første trinnet til Evans går ut på å samle inn datamateriale. Dette ble gjort ved søk i forskjellige databaser, kvalitetsvurdering og ved hjelp av inklusjonskriteriene (Se punkt 3.2 om datainnsamling). Her ble 10 kvalitative artikler inkludert og disse nummererte vi fra 1-10 for å få en bedre oversikt.

Det andre trinnet til Evans (2002) er å identifisere nøkkelfunn i hver av de inkluderte artiklene. Vi leste gjennom artiklene hver for oss og markerte de nøkkelfunnene vi syntes besvarte hensikten vår.

I det tredje trinnet til Evans (2002) identifiserte vi temaene. Vi fant frem til funn på tvers av artiklene og kategoriserte de i ulike tema. Vi gikk nøye gjennom alle artiklene og sammenlignet de ulike funnene. Disse funnene sorterte vi deretter inn i ulike fargekoder.

I Evans (2002) siste trinn skal vi beskrive funnene og lage synteser. Her samlet vi alle funnene til et resultat. Vi fant frem til fire hovedtemaer som vil belyses i bacheloroppgavens resultatdel: (1) Usikkerhet hos barna på grunn av manglende informasjon, (2) barns omsorgsrolle i hjemmet, (3) uforutsigbar hverdag og (4) barns mestringsstrategier.

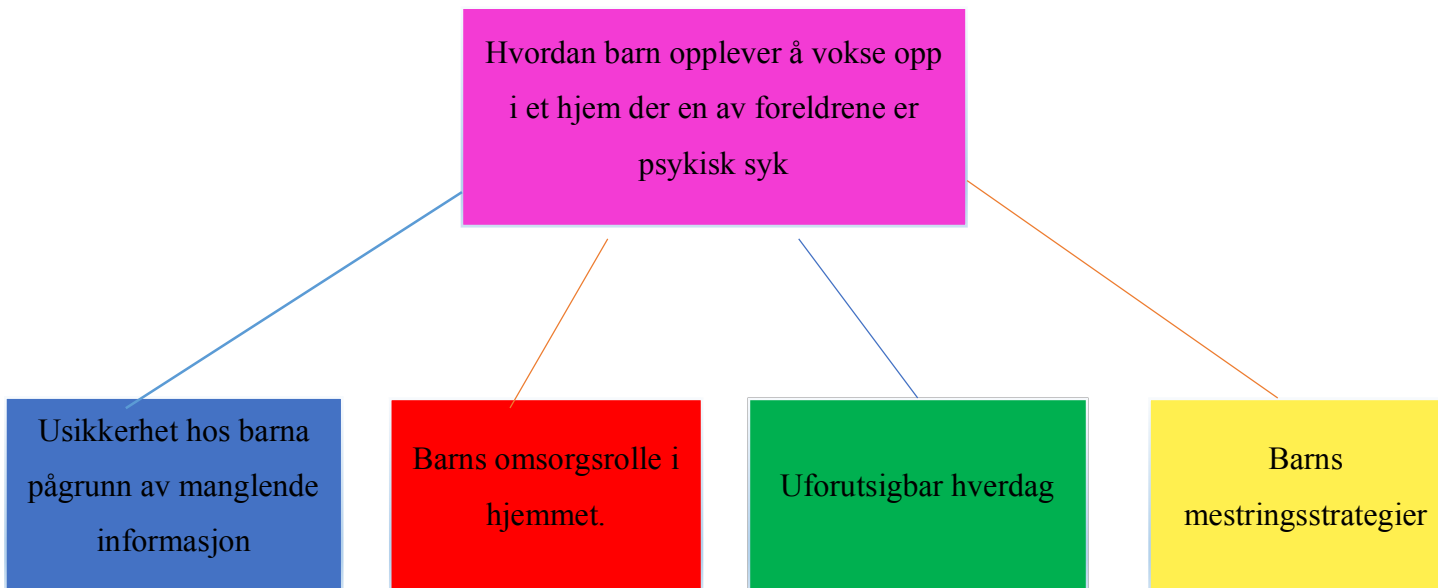
I tillegg utarbeidet vi en oversikt der vi registrerte hvor ofte funnene gikk igjen i de 10 artiklene. Dette ga et godt bilde av hvor mange artikler som beskrev de ulike hovedtemaene og om funnene var sterke eller svake.

Hovedtema:	Inkluderte artikler:
Usikkerhet hos barna på grunn av manglende informasjon	2,3,4,5,6,7,9,10
Barns omsorgsrolle i hjemmet	1,2,3,4,5,7,8,9
Uforutsigbar hverdag	1,2,3,4,5,7,8,9,10
Barns mestringsstrategier	1,2,4,5,6,7,8,9,10

Figur 1: Registrering av funn

4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan barn opplever å vokse opp i et hjem der en av foreldrene er psykisk syk. Under punkt 4.0 vil vi presentere resultatet fra analysearbeidet.



Figur 2: Hovedfunn

4.1 Usikkerhet hos barna på grunn av manglende informasjon

Et funn som gikk igjen i flere av artiklene var usikkerhet hos barna på grunn av mangelfull informasjon om forelderens sykdom. Dette førte til ubesvarte spørsmål og bekymring (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Backer et al. 2017, Parys og Rober 2013, Mordoch 2010, Griggiths et al. 2011, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

Informasjonen var viktig for at barna skulle forstå forelderens og hans/hennes diagnose. Barna observerte tegn, forandringer og svingninger i forelderens humør og atferd, noe som gjorde at barna opplevde usikkerhet og forvirring. Barna opplever at det er skremmende å ikke vite hvilket humør forelderens var i da de kom hjem (Mordoch 2010, Trondsen 2012 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009). Funnet i artiklene viser at barn som hadde kunnskap om forelderens sykdom, var bedre i stand til å tolke forelderens atferd og humør. Det gjorde at barna opplevde mindre usikkerhet og redsel. De hadde en større forståelse for hva som skjedde med forelderens og dette medførte at de vonde følelsene ble mindre (Mordoch og Hall 2008 og Backer et al. 2017).

Andre barn opplevde at det ble gitt uklare beskrivelser om diagnosen, dette for å skjerme barna fra bekymringer. Uklarheten lagde unødvendig bekymring og barna følte at det skapte mer stress og usikkerhet å ikke vite hva som foregikk. Noen ganger overhørte barna informasjon i foreldrenes krangler, men en gjenganger var at de stort sett glemte hva de hadde hørt (Mordoch 2010, Parys og Rober 2013, Trondsen 2012 og Bee et al. 2013). Et av barna mente at forelderens hadde gode intensjoner når de ikke snakket om diagnosen, men mente fortsatt at usikkerheten var verre enn sannheten (Trondsen 2012).

I en av artiklene ble det beskrevet forskjeller på hvordan barna i ulike aldre forklarte forelderens sykdom. De yngste (4-6 år) brukte ord som «slem» og «morsomt fjes» da de beskrev forelderens. De klarte ikke svare på hvilke diagnose forelderens hadde, men de beskrev aspekter som indikerte diagnosen. De yngste uttrykte ikke behov for å få informasjon om diagnosen, mens de eldre barna var mer nysgjerrig. De eldre barna (7-10 år) brukte ord som «deprimert», «lei seg», «glad» og «sur» da de beskrev sykdommen. De visste navnet på diagnosen og ga klarere beskrivelser på symptomer (Backer et al. 2017).

Sitat fra jente 4 år som beskriver moren:

” Um happy, sad, erm, angry and lots of different emotions” (Backer et al. 2017, 217).

Barna mente at det var viktig å få informasjon tidlig og at informasjonen som blir gitt var forståelig (Mordoch og Hall 2008 og Trondsen 2012). Noen opplevde forandringer i væremåten og humøret til forelderen før de hadde fått informasjon. Enkelte fikk informasjon på skolen og via media (som for eksempel gjennom tv, internett og avis). Andre erfarte sykdommen til forelderen først gjennom traumatiske hendelser som forsvinning, selvmord, psykoser eller sykehusinnleggelse (Trondsen 2012, Mordoch 2010 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009). Mangel på informasjon gjorde at de dannet egne oppfatninger og lot fantasien løpe fritt (Trondsen 2012, Mordoch 2010, Bee et al. 2013 og Parys og Rober 2013).

I artiklene kommer det også frem at barna opplevde mangel på informasjon også i relasjon til slektninger, lærere og helsepersonell som behandlet forelderen (Trondsen 2012 og Östman 2008). Få kontaktet helsevesenet fordi dette var en vanskelig terskel. De opplevde at det var vanskelig å åpne seg for en fremmed og følte det ukomfortabelt. Noen forklarte at hjelpeapparatet ikke støttet dem og at det kun var forelderen som fikk oppmerksomheten. De opplevde å bli misforstått av helsepersonellet og barna stolte derfor ikke på dem. Andre hadde også positive erfaringer med profesjonell hjelp og følte det var hjelpsomt. De anbefalte også andre barn å søke hjelp (Trondsen 2012, Östman 2008, Backer et al. 2017, Mordoch 2010 og Griffiths et al. 2011).

My problem when it comes to talking to people is that as soon as I just start trusting someone, they disappear again. People move, pass me on in the system, misinterpret all of my hints and statements and forget me. (Trondsen 2012, 182)

4.2 Barns omsorgsrolle i hjemmet

I artiklene til Trondsen (2012), Parys og Rober (2013), Griffiths et al. (2012), Reubert, Goodyear og Maybery (2011) og Mordoch og Hall (2008) kommer det frem at barna opplevde å måtte trøste forelderen. Dette skjedde både non-verbalt og verbalt, for eksempel ved å gi en klem eller ved å gi støttende/trøstende ord. Et funn i artikkelen til Perys og Rober (2013) var at barna følte på ansvaret for å aktivere forelderen. De opplevde å være omsorgsrollen for den syke forelderen for at han/hun skulle ha det så bra som mulig, og dette opplevdes som tungt for mange av barna. De tok f.eks. på seg ansvaret for å vekke dem om morgen og minne dem på avtaler.

I artiklene til Trondsen (2012), Östman (2008), Backer et al. (2017), Parys og Rober (2013), Mordoch (2010), Griffiths et al. (2011) og Mordoch og Hall (2008) kommer det frem at barna følte de måtte ta ansvar for husholdningsoppgaver som f.eks. matlaging og vasking av hus. Barna passet også ofte sine søsken og fikk ansvaret for andre praktiske gjøremål. Å ta over disse ansvarsoppgavene ble opplevd som belastende og krevende. Barna opplevde at forelderen ikke mestret foreldrerollen, og det ble derfor utfordrende for barna å skulle steppe inn i en slik rolle. Dette rollebyttet gikk ut over konsentrasjonen til barna, blant annet når det gjaldt lekser og annet skolearbeid (Trondsen 2012, Reubert, Goodyear og Maybery 2011 og Parys og Rober 2013).

”I help look after my little sister when mum needs a break” (Trondsen 2012, 182).

Det var varierende opplevelser knyttet til ansvaret. Noen opplevde ansvaret som positivt fordi de følte de gjorde noe nyttig og meningsfullt for forelderen. Videre følte de seg mer modne enn vennene sine fordi de hadde vokst opp i et hjem med utfordringer og mye ansvar. Dette ga barna bedre selvtillit (Trondsen 2012, Backer et al. 2017 og Östman 2008). Andre så på ansvaret som negativt. Barna fikk dårlig samvittighet om de ikke hjalp forelderen, og de opplevde at ansvaret hindret dem i å gjøre ting de selv ønsket. De følte på lite sosial kontakt med jevnaldrende og lite tid til hobbyer. De satte egne ønsker og behov til side for å hjelpe til hjemme (Trondsen 2012, Reubert, Goodyear og Maybery 2011 og Parys og Rober 2013).

”When you want to do stuff with friends, you can’t go out and have fun, you have to stay at home and look after mum” (Reupert, Goodyear og Maybery 2011, 157).

4.3 Uforutsigbar hverdag

I flere av artiklene forteller barna at de opplevde bekymring og engstelighet rundt forelderens psykiske sykdom. De syntes det var utfordrende å håndtere alle de uforutsigbare humørsvingningene og atferdsendringene. Barna beskrev hvordan familielivet kunne gå fra å være en tilsynelatende helt «normal» dag til å bli fullstendig kaotisk (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Östman 2008 og Mordoch 2010).

”My mom has rapidly fluctuating depression. She has one completely normal day, and on the next she doesn’t want to talk to anyone and just cries and rants” (Trondsen 2012, 179).

I noen av artiklene kom det frem at barna opplevde følelsen av redsel for at forelderen skulle ta sitt eget liv. Dette skyldes at flere hadde opplevd forelderens forsøk på å ta sitt eget liv tidligere, og derfor fryktet at det kunne skje igjen. De fortalte også om skremmende minner som f.eks. å finne selvmordsnotater, leting etter sin savnede forelder eller å besøke forelderen sin på psykiatrisk sykehus. Disse opplevelsene ga barna en følelse av en utrygg og uforutsigbar hverdag. Barna opplevde også frykt for at sykdommen skulle forverres og var engstelige for at forelderen måtte bli innlagt på sykehus. De forbandt gjerne sykehuset med død og lidelse, og fryktet dermed at forelderen skulle dø (Trondsen 2012, Östman 2008 og Perys og Rober 2013).

Flere av artiklene beskrev en konstant frykt for å bli adskilt fra forelderen. Dette førte til at enkelte av barna hadde problemer med å binde seg følelsesmessig til den psykisk syke forelderen. Derimot ble det knyttet nære bånd med den friske forelderen. I tillegg fikk barna ofte god støtte av søsken, venner, besteforeldre og andre relasjoner som stod barna nær (Backer et al. 2017, Reupert, Goodyear og Maybery 2011, Perys og Rober 2013, Griffiths et al. 2011 og Mordoch og Hall 2008).

I artiklene til Trondsen (2012), Bee et al. (2013) og Griffiths et al. (2011) kommer det frem at barna også opplevde frykt med tanke på å utvikle samme psykiske lidelse som forelderen. Flere av barna var klar over at de var i en større risikogruppe for utvikling av

lidelsene. Barna beskrev selv at genetiske årsaker eller vanskelig barndom kunne ha en innvirkning. I artikkelen til Trondsen (2012) forteller barna at de ofte kunne føle seg ekstra triste og ble derfor redd for at det kunne indikere tegn på depresjon.

”I am still terrified of one thing: turning out like my father! I am so scared that I too will get that disease.” (Trondsen 2012, 180).

Barna opplevde også følelsen av sinne og frustrasjon når det ble kaotisk i hjemmet. Når familien f.eks. hadde lagt planer som ble avlyst på grunn av tilstanden til forelderen opplevde barna følelser som sinne, frustrasjon og tristhet. Barna kunne også bli sint over at forelderen ikke var som andre «friske» foreldre (Östman 2008, Backer et al. 2017, Parys og Rober 2013 og Mordoch og Hall 2008).

“I’ve had so many mixed emotions. I was so mad sometimes” (Mordoch og Hall 2008, 1140).

Et viktig funn i artiklene til Östman (2008), Parys og Rober (2013), Mordoch og Hall (2008) og Fjone, Ytterhus og Almvik (2009) er at barna ofte ga seg selv skylden for at forelderen er psykisk syk. Det skyldtes at barna hadde hørt fra den friske forelderen eller andre voksne at mor eller far ble syk på den tiden barnet ble født. Noen hadde også fått høre at forelderen ble syk på grunn av barnets oppførsel, eller fordi barnet ikke hadde hjulpet den syke forelderen nok. Barna opplevde dermed dårlig samvittighet og skyld. I artikkelen til Backer et al. (2017) skyldte barna også på seg selv i forhold til hva slags humør forelderen var i.

4.4 Barns mestringsstrategier

Å finne egne måter for å håndtere situasjonen viste seg å være viktig for barna. Det hjalp dem i å koble av i hverdagen og ”glemme” situasjonen hjemme (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Östman 2008, Backer et al. 2017, Reubert, Goodyear og Maybery 2011, Parys og Rober 2013, Griffiths et al. 2011, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

Barna fortalte at det var viktig å ha noen å prate med, særlig familie og venner. Dette gjorde at de taklet hverdagen bedre. Barna ble ofte sittende alene med vonde tanker, noe barna opplevde som frustrerende og trist (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Östman 2008, Backer et al. 2017, Reupert, Goodyear og Maybery 2011, Parys og Rober 2013, Griffiths et al. 2011 og Mordoch og Hall 2008). Barna erfarte samtidig at det var vanskelig å snakke med venner, da de ikke følte seg forstått på grunn av ulikheter (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Perys og Rober 2013 og Griffiths et al. 2011). Flere av barna tok dermed god nytte av å være med andre barn som også hadde en psykisk syk forelder. I tillegg søkte barna selskap i andre barn som bodde i fosterhjem fordi de følte at de var mer lik dem selv. Barna opplevde positive følelser av å kunne snakke med likesinnede barn, der de fikk følelsen av å være ”normal” for en liten stund (Griffiths et al 2011, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

For å mestre hverdagen dro barna vekk fra hjemmet for å unngå forelderen og vanskelige situasjoner. De dro ut for å være med venner, drev med hobbyer eller dro på cafe. Det å være med venner gjorde at barna følte seg verdsatt, samtidig som det ga et pusterom fra familien og mer energi. Det ble sett på som helt nødvendig for å ikke bli fanget i forelderens sykdom (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Östman 2008, Backer et al. 2017, Reubert, Goodyear og Maybery 2011, Parys og Rober 2013, Griffiths et al. 2011, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

”Go and play road hockey. You’ll forget about it and it’ll be alright. If I’m getting too frustated here, I have to go see my buddies. Either I’ll come back or I’ll sleep over there” (Mordoch og Hall 2008, 1133).

Andre barn, særlig de yngste, holdt seg på rommet for å distansere seg. For å danne seg et fristed satte de seg ofte på rommet med låste dører. De brukte lek, musikk, søvn, lesing og kjæledyr for å få avstand fra familien (Trondsen 2012, Backer et al. 2017, Parys og Rober 2013, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009). Barna opplevde også å få trøst i musikk, da de gjerne identifiserte seg med teksten og sangen. Denne strategien bekreftet at flere opplevde det samme og dette gjorde at de følte seg mindre alene (Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

En annen mestringsstrategi var å unngå å vekke forelderens misnøye. Barna overvåket forelderens humør og endret sin egen væremåte for å unngå vanskelige situasjoner. De var på vakt til enhver tid og unngikk situasjoner som kunne utløse negative følelser og tanker hos foreldrene (Reupert, Goodyear og Maybery 2011, Perys og Rober 2013 og Mordoch og Hall 2008).

Til slutt var en av mestringsstrategiene for de eldste deltakerne å flytte bort for å få avstand eller fordi de hadde nådd grensen for hva de klarte å håndtere. Noen flyttet inn hos venner, noen flyttet alene eller dro til en annen by for å få en utdanning. Andre hadde meldt seg ut av forholdet med forelderen fordi de ikke hadde mer overskudd eller energi (Trondsen 2012, Östman 2008, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009). Et fåtall av barna begynte å misbruke narkotika og alkohol. Dette gjorde at de ofte havnet i utfordrende situasjoner og følte seg frakoblet fra andre (Mordoch og Hall 2008).

What needed to happen was me moving out, you see, so that she could begin to take proper care of herself. This is something she does now. But she wanted to have me there, like a sort of nurse (Trondsen 2012, 183).

Uavhengig av strategi som ble brukt, var barna enig i verdien av å finne strategier for å etablere psykisk og følelsesmessig avstand fra utfordrende situasjoner (Trondsen 2012, Bee et al. 2013, Östman 2008, Backer et al. 2017, Reupert, Goodyear og Maybery 2011, Parys og Rober 2013, Griffiths et al. 2011, Mordoch og Hall 2008 og Fjone, Ytterhus og Almvik 2009).

5.0 Diskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan barn opplever å vokse opp i et hjem der en av foreldrene er psykisk syk. I dette kapittelet vil vi diskutere metoden som ble benyttet og resultat i forhold til teori.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Inklusjon av artikler

Et av våre inklusjonskriterier er at barna skal være under 18 år. To av artiklene våre har imidlertid deltakere opp til 22 år. I og med at den aldersmessige forskjellen er såpass liten, mener vi at det ikke vil utgjøre en stor betydning for våre funn. Vi mener også at vi vil få en god breddeinnsikt i barnas opplevelser og erfaringer, da spranget mellom alder er såpass stort. På en annen side vil vi få mindre forskning på de yngste barna. Vi har valgt å ekskludere barn fra 0-3 år siden vi anser disse barna som mindre utviklet og i mindre stand til å klare å beskrive sine opplevelser. Vi har også valgt å inkludere barn som bor eller har bodd med foreldre med psykisk lidelse. Dette er ivaretatt i alle 10 artiklene.

Videre skulle studien inkludere artikler med barneperspektiv. En av artiklene har imidlertid både barneperspektiv, foreldreperspektiv og den profesjonelle sitt perspektiv. Her har vi ekskludert foreldreperspektivet og den profesjonelle sitt perspektiv, og har derfor inkludert kun barna sine opplevelser.

Alle artiklene vi har inkludert er engelskspråklige. Vi har lite erfaring med å lese engelskspråklige artikler, det er derfor en mulighet for at vi har feiltolket teksten. Vi har inkludert studier fra Norge, Sverige, England, Belgia, Australia og Canada. Australia og Canada er ikke europeiske land, men vi mener at funn fra disse artiklene er overførbare til norsk kultur og har bidratt til å gi oss svar på studien vår.

Vi har valgt artikler fra tidsrommet 2008-2018 for å få mest relevant og ny forskning. Alle artiklene har kvalitativt design noe vi anser som en styrke da det belyser barna sine opplevelser og erfaringer.

5.1.2 Søkestrategi

Vi fikk hjelp av bibliotekar for å lage en plan for artikkelsøk i Ovid Medline og ProQuest, noe som bidro til systematiske søk og artikler av god kvalitet.

Det ble gjort flere søk i ulike databaser, blant annet Cinahl for å finne mange nok artikler til studien. Vi hadde lite erfaring med å søke i denne databasen og det kan derfor ha virket inn på resultatet av våre søk.

Vi hadde en del utfordringer med å finne tilstrekkelig antall forskningsartikler som omhandlet barn under 18 år, og mye tid gikk med til dette.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi benyttet oss av sjekklister for kvalitativ forskning til alle artiklene. Vi satt hver for oss da vi arbeidet med kvalitetssikringen og byttet artikler etterpå for å forsikre oss om at vi delte samme mening. Vi ser på det som en styrke at artiklene ble dobbeltkontrollert, samtidig som godt samarbeid bidro til en god vurdering. På en annen siden hadde vi liten erfaring i å kritisk vurdere forskningsartikler, noe som kan ha bidratt til mangler i vår vurdering.

Vi har brukt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sitt register over publiseringskanaler for å forsikre oss om at tidsskriftene til artiklene var fagfellevurdert. Siden artiklene omhandler barn under 18 år var det viktig at etiske hensyn ble ivaretatt. Våre krav var at foreldrene hadde gitt samtykke til deltakelse, at både barna og foreldrene var informert om studiens hensikt og at barna ble anonymisert. Alle punktene ble ivaretatt i de inkluderte artiklene, noe vi ser på som en styrke i vår studie. Fire av artiklene manglet godkjenning fra etisk komite, men har likevel ivaretatt etiske hensyn med samtykkeskjema og anonymisering.

5.1.4 Analyse

Når vi skulle systematisere vår analyse brukte vi Evans (2002) fire faser. Analysen var til god hjelp for å finne gode og relevante funn. Vi leste gjennom hver artikkel hver for oss for å identifisere nøkkelfunn som ga svar på vår hensikt. Deretter sammenliknet vi funnene og utarbeidet en felles oversikt. Vi diskuterte og reflekterte over funnene vi hadde kommet frem til. For å gjøre prosessen mer oversiktelig markerte vi funnene med fargekoder. De

som var mest gjentakende ble registrert som hovedfunn. Å arbeide hver for seg, for deretter å sammenligne resultatet var nyttig og en styrke i prosessen. Måten vi samarbeidet på i analysearbeidet bidro til å kvalitetssikre funnene. Vi har hatt godt utbytte av å samarbeide for å finne tema og struktur.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Barna opplevde utilstrekkelig informasjon – En kilde til usikkerhet og bekymring.

Funnene fra litteraturstudien viser at barna opplevde usikkerhet grunnet utilstrekkelig informasjon om forelderens psykiske lidelse. Dette skapte bekymring, usikkerhet og ubesvarte spørsmål blant barna.

I følge Sundfær (2012) opptrer foreldre strategisk for å beskytte seg selv mot tap av anerkjennelse og dermed unnlater å fortelle om diagnosen. Enkelte av funnene våre viser at forelderen ofte ga uklare beskrivelser om diagnosen for å skjerme barna for bekymring. Barna følte at det skapte mer stress og usikkerhet å ikke vite om det som foregikk. Andre funn viste at et av barna mente at forelderen hadde gode intensjoner med å skjerme dem fra informasjon, men syntes fortsatt usikkerheten var verre enn sannheten. Haukø og Stamnes (2009) skriver at det ikke nødvendigvis er foreldrene som lukker øyne og ører. Foreldrene kan også bli avvist av barna. Typiske kommentarer er f.eks. «det spiller ingen rolle, jeg klarer meg». Det er usikkert om barnet forsøker å beskytte foreldrene mot overbelastning. Uansett medfører det at samtalen stopper opp og barnet blir nødt til å håndtere følelser og tanker på egenhånd.

I våre funn så vi at barna tilegnet seg informasjon på ulike måter, f.eks. gjennom skolen, internett eller gjennom traumatiske hendelser. Barna dannet deretter egne oppfatninger, noe som gjorde at de følte seg usikre og bekymret for forelderen og seg selv. Funnene våre viste at barn som hadde kunnskap om sykdommen var i bedre stand til å tolke forelderens atferd. Barna følte seg dermed mindre usikre og redde ovenfor forelderens psykiske diagnose.

Barna har behov for å forstå hva som skjer, føle seg inkludert og trygg (Helsedirektoratet 2010). For å kunne gi barna og familien den støtten og informasjonen de trenger, er det viktig at sykepleier skaper en god dialog med pasienten og familien. Mange foreldre er redde for å informere barnet om diagnosen. Som sykepleier er det viktig å se barnet og deres behov. I tillegg er det viktig å motivere foreldrene til å være åpne med barna om situasjonen (Sundfær 2012). God informasjon gjør at barna enklere kan mestre den uforutsigbare hverdagen.

Det er primært foreldrene som skal gi informasjon til barna. Forelderens bør trekkes inn i arbeidet med barna så mye som mulig for at foreldrerollen skal utføres på best mulig måte. Som sykepleier har vi en plikt til å hjelpe foreldrene med å ta vare på barna. Dette kan skje ved å gi tilbud om hjelp og råd, også til foreldre som tilsynelatende mestrer situasjonen. Som sykepleier bør man skaffe informasjon om hvilke behov barna har, identifisere hva som blir ivaretatt og hva som blir glemt av forelderens. En samtale mellom barnet og foreldrene kan øke foreldrenes kunnskap om hvordan de bør ivareta barnas behov. De nye endringene i Helsepersonelloven §10a og Spesialisthelsetjenesten §3-7a sier at helsepersonell skal gi tilstrekkelig med informasjon tilpasset barnets modenhet og alder (Helsedirektoratet 2010).

I følge Eide og Eide (2017) er evne til å forstå og oppfatte informasjonen avhengig av sosial trening, medfødte egenskaper, stress og belastningen. Vi har også sett i våre funn at det er forskjell på de yngste og eldste barna. De yngste barna forsto ikke hvorfor de trengte informasjon, mens de eldste var mer nysgjerrig. Informasjonen som skal formidles til barna må tilpasses etter alder. I samtaler med barn fra 4-8 år er det viktig å vinkle samtalen til noe de er opptatt av, og lek, sang og kosedyr er gode hjelpemidler. Når barnet er 8-11 år klarer de å skille bedre mellom fantasi og virkelighet. Videre er de flinkere til å dele tanker om familie og følelser, samt å vise bedre forståelse for andres følelsesmessige reaksjoner.

Fra barnet er 12 år klarer det enklere å følge en mer ”voksen” dialog. I funnene våre så vi at de eldste barna var mest interessert i å vite hva som foregikk med den psykisk syke forelderens. Noen vil hevde at barna i denne alderen ikke har like stort behov for informasjon, ettersom de begynner å bli «voksne». Dette er imidlertid ikke riktig. I 12-årsalderen stiller de høye krav til seg selv, er usikre og gjennomgår et spekter av følelser.

Det er derfor viktig at sykepleier er tilstede for denne aldersgruppen også (Eide og Eide 2017).

Som vi har sett fra våre funn skal det en del til for at barna kontakter helsevesenet. Dette skyldes bl.a. at det er ubehagelig og vanskelig å åpne seg for fremmede. Det innebar at barna ble sittende med vanskelige følelser og byrder alene. Dette mener vi kan være alvorlig, ettersom det kan bli vanskelig å fange opp om barna trenger hjelp. Flere barn opplevde også å bli oversett av helsepersonell når de var på besøk hos mor eller far på sykehuset, mens andre hadde positive erfaringer med helsepersonell. Opplevelsen av at forelderen blir innlagt skal ikke forbindes med kun negative følelser, men også de positive. Helsepersonell har mulighet til å gi barna informasjon og støtte når forelderen er innlagt og dermed bidra til en mer positiv opplevelse.

5.2.2 Stort ansvar på små skuldre

Når mor eller far blir rammet av en psykisk lidelse, er det ikke unormalt at barna må bidra mer enn vanlig. Ofte kan det dreie seg om mye ansvar. Ved at barna yter omsorg og påtar seg ansvarsoppgaver innenfor rimelighetens grenser, kan det bidra til både tilknytning, kontroll og opplevelsen av å være viktig. Dersom man ikke er bevisst på å forebygge belastninger ansvaret kan medføre over tid, kan det få alvorlige konsekvenser for barnet. Det vil derfor være helt nødvendig med oppfølging, avlastning, anerkjennelse, og emosjonell støtte (Haugland et al. 2015).

Våre funn viser at både omsorgsrollen og ansvarsoppgaver fort ble tillagt barna. De påtok seg oppgaver som f.eks. å vekke forelderen om morgningen, minne de på avtaler, samt å gi trøst og kjærlighet når det var behov for det. Videre tok barna på seg ansvaret for husarbeid og passet på mindre søsken. Barnet gikk dermed raskt over i en slags «voksenrolle». Det var imidlertid varierende opplevelser knyttet til ansvaret barna overtok. Noen var svært positive og likte utfordringene det ga dem og barna fikk bedre selvtillit. Andre var mer negative da det hindret dem i å gjøre ting de selv ønsket å gjøre. Snoek og Engedal (2017) mener imidlertid at selv om barnet opplever det som positivt kan ansvaret på sikt bli en overbelastning som kan gi økt risiko for at barnet selv utvikler psykiske lidelser senere i livet. Barn er svært lojale og det kan ikke forventes at de skal unnlate seg

ansvaret som blir pålagt dem, eller at de skal forstå hvilke følger et stort og/eller for tidlig ansvar kan ha over lengre tid.

Enkelte av barna opplevde ansvaret som krevende og tungt. Det kunne gå utover ting de selv ønsket å gjøre og barna fikk mindre tid til fritidsaktiviteter og venner. Dermed følte barna ofte på lite sosial kontakt med klassekamerater og liten tid til hobbyer. Samtidig gikk det ut over konsentrasjonen til barna på skolen. I følge Helsepersonelloven §10a skal helsepersonell kartlegge hvilke konsekvenser forelderens sykdom får for barnets hverdag når det er nødvendig. For eksempel om barnet har overskudd og tid til å tilbringe tid med venner og aktiviteter. Hvordan barnet fungerer på skolen og i barnehagen med tanke på skoleprestasjoner, fravær og konsentrasjon er også viktig å kartlegge. Tegn på konsentrasjonsvansker er normale reaksjoner hos barn som har en utfordrende barndom (helsedirektoratet 2010).

Betegnelsen på at barn får store omsorgsoppgaver blir kalt «parentifisering». Store omsorgsoppgaver kan oppleves som positivt ved at det gir selvrespekt og bidrar til utvikling av viktige ferdigheter som f.eks. interpersonlig sensitivitet. Dersom oppgavene ikke står i samsvar med barnets alder og modenhet, og barnet ikke får støtte eller annerkjennelse, blir det kalt «destruktiv parentifisering». Det kan gi en uheldig innvirkning på evnen til å få nære relasjoner til venner og som kan gå utover barnets selvfølelse og personlighetstrekk (Haugland et al. 2015). Dette samsvarer med Eriksons teori om utvikling som sier at barn opplever arbeidslyst og mestring når arbeidsoppgavene er tilpasset barnets alder. Dersom oppgavene blir for utfordrende kan barnet få følelsen av mindreverd. Da kan de miste motivasjon for videre læring (Erikson, gjengitt i Helgesen 2017).

Som nevnt tidligere prøvde barna å trøste og vise kjærlighet til sine foreldre når de var nedfor ved å gi klemmer eller si støttende ord. I følge Haugland et al. (2015) kalles dette emosjonelle oppgaver, og det er de yngre barna som i størst grad påtar seg disse oppgavene. Denne type omsorgsoppgaver anses for å være svært belastende for barn fordi de er mindre konkrete enn andre praktiske oppgaver. Det gjør at barna i mindre grad mottar annerkjennelse, støtte og bekreftelse for det de utfører.

Sykepleiere som drar hjem til foreldre med psykisk lidelser vil lettere kunne fange opp barnets behov for støtte og hjelp i forhold til den mer institusjonsbaserte spesialisthelsetjenesten. Det kan resultere i at sykepleiere må vurdere barnets omsorgssituasjon og foreldrenes omsorgsevne. Dersom man mistenker omsorgssvikt har sykepleiere en plikt til å kontakte barnevernet for å fatte nødvendige tiltak videre. Barnets behov skal alltid stå i sentrum. Dette til tross for at det kan være en ekstra påkjenning for den psykisk syke forelderens at andre må overta omsorgen for barnet. Stort sett, men ikke alltid, vil det imidlertid være mulig å finne løsninger som ivaretar både barnet og forelderens (Snoek og Engedal 2017).

Som sykepleier kan vi komme i kontakt med barn som er belastet med stort ansvar. Utsagn som oppmuntrer barn til å utføre belastende oppgaver kan bli sett på som positivt og negativt. En tilsynelatende positiv kommentar som f.eks. «det er så bra for mamma at hun har en så voksen og fornuftig jente som deg i dårlige perioder», kan ha en negativ konsekvens ved at det legger stort ansvar på barnets skuldre (Snoek og Engedal 2017). Denne konsekvensen mener vi er viktig å ta tak i fordi det kan være en belastning for barnet som kanskje ikke mange er klar over. Uf ifra våre erfaringer fra praksis så vi at det samtidig var viktig å gi anerkjennelse for innsatsen, og sykepleieren kunne komme med kommentarer som: ”Jeg ser at du hjelper til og bryr deg, men er dette vanskelig og krevende for deg?”. Dette vil kunne gi barna en mulighet til å snakke om hva de føler om ansvaret.

Spesialisthelsetjenesten §3-7a pålegger helseinstitusjoner å ha en barneansvarlig. Den ansvarlige skal sørge for at barnet blir sett og får nødvendig hjelp. Vi ser at mange av barna i våre funn kunne hatt behovet for en slik ansvarlig person. Dette fordi den barneansvarlige er kompetent til å se hva slags behov barnet har. I kommunehelsetjenesten er det ikke lovpålagt med en barneansvarlig. Dette kan sees på som en svakhet fordi kommunale tjenester ofte har bedre innsikt i situasjonen og har mulighet til å sette i gang tiltak (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012).

I følge Sølvsberg (2011) skal foreldre være omsorgsfulle. Når barna f.eks. slår seg, skal foreldre kunne ta de opp på fanget og gi dem varme og nærhet. Det er viktig med trygge grenser rundt barna og de trenger beskjed om hva som forventes av dem. Foreldre skal

være ledere og gode rollemodeller for barna deres. De fleste har slike foreldre, men ikke alle.

5.2.3 Barns behov for stabilitet, forutsigbarhet og trygge rammer

Våre funn viser at mange barn opplevde følelsen av utrygghet og bekymring under oppveksten. Dette skyldtes som regel at barna levde i en uforutsigbar hverdag, hvor mor eller far sin dagsform avgjorde hvordan dagen ble. Det kan være stor usikkerhet i når det neste "utbruddet" av den psykiske sykdommen kommer og hvor lenge det vil vare. Det er også en viss usikkerhet om den psykisk syke vil bli frisk igjen. Det vil derfor være nødvendig å tilrettelegge og planlegge en dag av gangen. Sølvberg (2011) skriver at barn har behov for stabilitet, forutsigbarhet og trygghet for å mestre hverdagen. I følge Erikson sin teori (gjengitt i Håkonsen 2014) vil barn oppleve omgivelsene som forutsigbar og stabil dersom de får ivaretatt behovet for omsorg. Å utvikle tillit til omgivelsene er viktig for senere utvikling. Barn som vokser opp i en uforutsigbar hverdag kan utvikle mistillit til omgivelsene.

Opplevelsen av frykt var den mest fremtredende følelsen hos barna. De var engstelig for at forelderen skulle begå selvmord eller blir innlagt på psykiatrisk sykehus. Når barn opplever at sykebilen eller politibilen kommer for å ta med seg forelderen kan det oppleves traumatisk og skremmende. Alderen avgjør hvordan barna forstår og opplever situasjonen. De vil trenge konkret informasjon om hvor forelderen befinner seg og hva som har skjedd. Når barnet møter helsepersonell i slike situasjoner, er det viktig at de blir forklart at det ikke er deres feil og at de ikke har gjort noe galt. Dersom barnet ikke får denne informasjonen klarer de ikke å knytte en mening til hendelsen og kan derfor feiltolke situasjonen (Sundfær 2012). Som vi har sett knyttet barna ekstra sterke bånd til den andre forelderen fordi de er redd for at den psykiske syke forelderen skal bli borte. Innleggelsen kan føre til at den andre forelderen blir trist og stresset. Dette kan føre til at barnet blir usikker og engstelig. Barnet kan også få fantasier om at forelderen som er borte ikke er glad i dem og blir redd for at den andre forelderen skal forsvinne (Sundfær 2012). Kristoffersen et al. (2016) skriver at usikkerhet oppleves som en trussel som skyldes at man har behov for forutsigbarhet, oversikt og kontroll over sin livssituasjon.

Barna opplevde også frykt for å arve sykdommen av forelderen eller at den vanskelige barndommen skulle gi dem psykiske plager senere i livet. I følge Torvik og Rognmo (2011) rapporteres det at barn av en psykisk syk forelder har 2,1 ganger høyere risiko for å utvikle sykdommen, sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske lidelser. Fordi barna har en betydelig høyere risiko for å utvikle en psykisk lidelse er det nødvendig at støtteapparatet har gode prosedyrer for å ivareta barn av psykisk syke foreldre (Snoek og Engedal 2017). Sølvsberg (2011) mener at barn som er redde for å bli som sine foreldre er ekstra på vakt etter symptomer på sykdommen hos seg selv. De kan fort tenke at de er syke og leter etter en diagnose, selv om reaksjonene er både normale og sunne. Dette ser vi stemmer med våre funn, der noen av barna trodde de hadde utviklet depresjon når de følte seg ekstra triste.

Sinne og frustrasjon var også et av våre funn. Barna ble frustrerte over forelderens uforutsigbare humør og sinte når avtaler ble avlyst. Sølvsberg (2012) mener at mange blir sinte når de er redde og at sinne kan skjule redsel og engstelse. Barna er engstelige for utagering, uforutsigbare handlinger og er redde for at forelderen skal begå selvmord. Sinne fører til store smerter og barn blir sinte fordi de opplever å være en del av en ”unormal familie”. Dette gjenspeiler seg i våre funn ved at barna kunne bli sinte og frustrerte over at forelderen ikke var som andre ”friske foreldre”.

Skyldfølelse er et vesentlig funn i vår studie. Det kunne være ulike årsaker til at barnet påtok seg skylden. Sølvsberg skriver at det kan være vanskelig å finne årsaksforhold i livets dramaer. Barn er sparsomme med ord, har lite kunnskap og begreper om menneskelig samspill og sjeleliv. På bakgrunn av dette er det lett for barn å gli inn i fiendtlighet eller maktløshet, som enkelt kan føre til at de påtar seg skyld. Diagnoser og sykdomsbegrepet kan gjøre situasjonen lettere å bære, ved at man kan skylde på at det er sykdommen som er årsaken til forelderens oppførsel. Som sykepleier er det derfor viktig å f.eks. stille spørsmålet ”hva er sykdommen og hva er mor” til barna. Det er viktig å relassere ansvaret og gi barnet en forståelse av situasjonen (Sølvsberg 2011). Erikson skriver at når barnets samvittighet utvikles, utvikles også muligheten til å føle skyld for atferd og tanker som, særlig foreldre, ikke aksepterer. I følge Erikson trenger barn å beherske og mestre omgivelsene. På en annen side kan det medføre at barna føler skyld som følge av handlinger og tanker. Hvis skyldfølelsen er fremtredende vil barnets aktivitetsnivå

reduseres. Det kan føre til at barnet blir tilbakeholdent med å vise lite initiativ eller bli svært lydige (Erikson, gjengitt i Håkonsen 2014).

Barna i vår studie ble beskyldt for å ha skyld i forelderens sykdom gjennom kommentarer som at forelderen ble syk på det tidspunktet barnet ble født. Haukø og Stamnes (2009) skriver at barn ofte kan få høre at det er en sammenheng mellom forelderens psykiske lidelse og barnets atferd. Et eksempel på dette er når mor ber barnet om å ikke mase, fordi da blir hun så sliten. Her kan barnet oppleve at det er barnets feil at moren er sliten. Barnet kan føle seg helt alene med skyldfølelsen dersom ingen ser det eller forklarer situasjonen.

Ut ifra våre funn ser man at barna blir belastet med vanskelige følelser på grunn av uforutsigbarhet i hjemmet. Det er derfor viktig å forebygge blant annet følelsesmessig belastninger for disse barna. Sykepleiere bør legge til rette for en samtale for å gi barnet mulighet til å bearbeide følelsene sine og oppklare vanskelig opplevelser som har oppstått på bakgrunn av forelderens tilstand (Helsedirektoratet 2010). I Norge finnes det også forskjellige støttegrupper og tilbud om kurs til barn med psykisk syke foreldre som sykepleiere bør informere om. I for eksempel BAPP-grupper vil barna møte andre barn i samme situasjon og lære å sette ord på egne følelser og tanker. De skal få hjelp til å lære om psykisk sykdom slik at følelser som frykt, skyld og sinne reduseres. De kan også søke hjelp hos Barne- og ungdomspsykiatrisk senter, helsesøster eller barnevernet (Haukø og Stamnes 2009).

5.2.4 Mestringsstrategier hjelper barna å komme gjennom hverdagen

I våre funn kom det frem at barna brukte ulike mestringsstrategier når familielivet var utfordrende. Alderen på barnet er med på å avgjøre hvilke mestringsstrategier som tas i bruk. Tidspunktet for når den enkelte belastningen eller krisen oppstår vil derfor kunne ha stor betydning.

Evnen til å skape en positiv mening i det som skjer rundt, og følelse av mestring har enorm betydning for hvordan man møter og mestrer dagligdagse utfordringer og kriser. Resiliensforskning har funnet ut at barn kan klare å tilpasse og mestre utfordrende oppvekstforhold. Til tross for dette tror man at flertallet vil bære med seg vanskelig bagasje av følelser resten av livet (Sølvberg 2011). I følge Eriksons teori skriver han at

barn som i tidlig alder klarer å knytte gode relasjoner med foreldrene ser ut til å utvikle en bedre evne til å mestre utfordrende situasjoner senere (Erikson, gjengitt i Håkonsen 2014).

I teorien til Lazarus og Folkman søker barn ofte informasjon og støtte for å håndtere utfordringene (gjengitt i Kristoffersen et al. 2016). Av våre funn fremgår det at det var viktig for barna å ha gode venner. Flere av barna tok nytte av å være med barn som var likesinnet da de fikk følelsen av å være ”normal”. Til tross for våre funn kan det likevel være barn som ikke benytter seg av å prate med sine venner. Derfor mener vi at sykepleiere kan oppmuntre barna om viktigheten av å snakke med venner de stoler på og fortelle om situasjonen. I praksis opplevde vi at barna fortalte at de syntes det var vanskeligere å prate med voksne enn jevnaldrende. Derfor mener vi at venner kan være en viktig ressurs for å mestre hverdagen bedre.

Mange av de eldre barna i våre funn holdt seg unna hjemmet eller flyttet vekk fra vanskelige situasjoner. Dette ga et pusterom fra familien og de klarte å samle energi. De yngste barna oppholdt seg for det meste på rommet fordi de ikke kunne flykte hjemmefra. Denne strategien blir ifølge Eide og Eide omtalt som «unngående mestringsstil». Den innebærer å holde belastende følelser unna. Dette er uhensiktsmessig med tanke på mestring, men er en helt normal reaksjon. Det å motta hjelp kan føles som en trussel fordi det innebærer å møte følelsene og problemene. For noen av barna kan dette hjelpe, da det reduserer negative følelser, mens for andre vil problemene bare forsvinne for en liten periode. På den andre siden har vi en tilnærmende mestringsstrategi som går ut på å ta tak i situasjonen og de vonde følelsene, herunder å arbeide med å akseptere situasjonen og å finne glede i hverdagen. I funnene våre så vi at de fleste barna ikke kontaktet helsevesenet, og det ble derfor ikke alltid brukt en tilnærmende mestringsstrategi. Som sykepleier kan vi gjennom god kommunikasjon bidra til å styrke barnets mestringsfølelse. Å ta imot emosjonell støtte i vanskelige situasjoner kan få stor betydning for å mestre hverdagen bedre (Eide og Eide 2017). Det er også viktig at vi gir barna anerkjennelse for positive mestringsstrategier.

Projeksjon er ifølge Eide og Eide (2017) en forsvarsmekanisme som er ubevisst. Mekanismen innebærer å ubevisst tillegge andre personer tanker og følelser som en selv har. Er man selv glad, kan man lett oppleve andre som glad og omvendt. Denne strategien gikk igjen i våre funn. Barna overvåket forelderens humør og regulerte sin egen oppførsel.

Dette gjorde de for å unngå situasjoner som kunne utløse negative følelser. De oppførte seg bra for at forelderen skulle være fornøyd og glad. Dette ser vi på som en alvorlig konsekvens fordi barna ikke får uttrykt det de virkelig føler og foreldrene vil da tro at alt er greit med barnet. Dette vil kunne medføre store belastninger.

Til slutt så vi i våre funn at et fåtall av barna begynte å misbruke narkotika og alkohol for å komme bort fra vanskeligheter. En annen strategi var bruk av musikk som gav barna en form for trøst. Disse strategiene kalles emosjonelt orienterte mestringsstrategier. Strategiene er imidlertid uhensiktsmessige, ettersom de ikke forandrer eller tar utgangspunkt i situasjonen som ligger til grunn for opplevelsene. Strategiene vil imidlertid redusere de negative følelsene ved at man kan se bort fra problemene (Lazarus og Folkman, gjengitt i Kristoffersen et al. 2016).

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan barn opplever å vokse opp i et hjem der en av foreldrene er psykisk syk.

Barn med en psykisk syk forelder får for lite informasjon om forelderens diagnose. Dette skaper bekymring og usikkerhet blant barna. I tillegg følte de at forelderens rolle, og derfor tok barna ofte på seg ansvaret for hverdagslige gjøremål. Barna opplevde ansvaret både som positivt og negativt, da det bidro til bedre selvtillit og modning.

Samtidig som det kunne gå utover barnas skolearbeid og fritid. Barn som vokser opp med en psykisk syk forelder opplever en vanskelig og utfordrende hverdag fylt med følelser som frykt, sinne, skyld og engstelse. Den utfordrende hverdagen gjorde at barna måtte ta i bruk ulike messtringsstrategier for å unngå å bli fanget i forelderens sykdom. Barna opplevde strategiene som viktig for å få avstand fra foreldrene og samle energi.

Som sykepleier er det mulig å hjelpe barn med psykisk syke foreldre. Det kan medføre store konsekvenser for barnet hvis de ikke blir sett og ivaretatt på en riktig måte. Derfor vil det også være viktig at sykepleiere har nok kunnskap om hvordan vi kan bidra til å hjelpe disse barna. Vi så i våre funn at barna ofte ble oversett i møte med helsevesenet som behandlet forelderens. De ønsket å motta tilstrekkelig informasjon og noen å snakke med. Som sykepleier er det derfor viktig å inkludere barna i både behandling av forelderens og gi barna oppfølging og forståelig informasjon. Dette er fordi den psykiske lidelsen til forelderens påvirker barna i stor grad. Funnene våre kan være med på å gi sykepleiere bedre forståelse for hvordan vi kan imøtekomme barna på best mulig måte.

6.1 Forslag til videre forskning

Det kunne vært interessant å undersøke norske barn sine opplevelser av å vokse opp med en psykisk syk forelder etter at lovendringene i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft i 2010. Det kom også frem i studien at noen barn brukte rusmidler som mestringsstrategi. Dette mener vi er et tema for videre forskning i fremtiden.

7.0 Litteraturliste

- Backer, Clare, Rebecca Murphy, John R. E. Fox, Fiona Ulph og Rachel Calam. 2017. "Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective". *The British psychological society*; 90: 212-228.
- Bee, Penny, Kathryn Berzins, Rachel Calam, Steven Prymachuk og Kathryn M. Abel. 2013. "Defining Quality of Life in the Children of Parents with Severe Mental Illness: A Preliminary Stakeholder-Led Model". *Plos One*; 8: 1 – 9.
- Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*, 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dam, Kristianna og Elisabeth O. C. Hall. 2016. "Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 30: 442-457.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk*, 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.
- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol.20, No.2.
- Fjone, Heidi Haug, Borgunn Ytterhus og Arve Almvik. 2009. "How children with parents suffering from mental health distress search for normality and avoid stigma: To be or not to be... it's not the question". *Childhood*; 16(4): 461-477.
- Folkehelseinstituttet. 2014. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler". Lest 19.04.2018
<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Gjertsen, Per Åge. 2013. *de usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget.

Griffiths, Jennifer, Emma Norris, Paul Stallard og Shane Matthews. 2012. "Living with parents with obsessive-compulsive disorder: children's lives and experiences". *The British Psychological Society*; 85: 68-82.

Gulbrandsen, Liv Mette, red. 2017. "Barn, oppvekst og utvikling." I *Oppvekst og psykologisk utvikling: innføring i psykologiske perspektiver*, 2.utg. 15-50. Oslo: Universitetsforlaget.

Gulbrandsen, Liv Mette. 2017. "Tilknytning: teori og forskning" I *Oppvekst og psykologisk utvikling: innføring i psykologiske perspektiver*, red. Lars Smith, 2.utg. 139-178. Oslo: Universitetsforlaget.

Hanger, Mari Rian. 2015. "Barn som pårørende må ivaretas bedre" I *Dagens medisin*. Lest 20.04.2018

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/30/barn-som-parorende/>

Hansen, Elisabeth Backe. 2009. "Barn" I *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Lest 23.04.2018.

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>

Haugland, Bente Storm Mowatt, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. 2012. "Hva er et «pårørende barn»? : barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid." I *Barn som pårørende*, red Borgunn Ytterhus, 18-44. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Haugland, Bente Storm Mowatt, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. 2012. "De nye vaktbikkjene: barneansvarlige i helseforetak." I *Barn som pårørende*, Astrid Halså og Elin Kufås, 202-220. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Haugland, Bente Storm Mowatt, Kari Elisabeth Bugge, Marianne V. Trondsen og Siri Gjesdahl, red. 2015. "På vei mot bedre støtte til barn som pårørende". I *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*, 13-23. Bergen: Fagbokforlaget.

Haugland, Bente Storm Mowatt, Kari Elisabeth Bugge, Marianne V. Trondsen og Siri Gjesdal. 2015. "Unge omsorgsgivere – Barn og unge som har betydelige omsorgsoppgaver" I *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*, red. Ellen Katrine Kallander og Vibecke Ulvær Vallesverd, 79-87. Bergen: Fagbokforlaget.

Haukø, Stamnes og John H. Stamnes. 2009. *Barnas Time : En Temafokusert Barne- Og Familiesamtale Når Mor Eller Far Har Psykisk Sykdom Og/eller Rusproblemer*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Helgesen, Leif A. 2017. "Barns utvikling." I *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi*, 3.utg. 146-179. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet. 2010. "Barn som pårørende". Lest 03.04.2018.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>

Håkonsen, Kjell Magne. 2014. *Psykologi og psykiske lidelser*, 5.utg. 39-53. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 2016. "Stress og mestring" I *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*, red. Nina Jahren Kristoffersen, 3.utg. 237-286. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, Ulrik Fredrik, Ole A. Andreassen, Ingrid Melle og Dag Årslund. 2012. "Psykiske lidelser: diagnostikk, utbredelse og behandlingsorganisering". I *Lærebok i psykiatri*, red. Ulrik Fredrik Malt og Arnstein Mykletun, 3.utg. 15-35. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Moen, Grete Lilllian. 2012. "Første møte med voksenpsykiatrien" I *Barns møte med psykisk lidelse: En datters historie*. 2.utg. 69-99. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Mordoch, Elaine. 2010. "How Children Understand Parental Mental Illness: You don't get life insurance. What's life insurance?". *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 19 (1): 19-25.

Mordoch, Elaine og Wendy A. Hall. 2008. "Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame". *Qualitative Health Research*; 18: 1127 – 1144.

Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2018. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler". Lest 19.04.2018
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nortvedt W., Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*, 2.utg. Oslo: Akribe.

Ostman, Margareta. 2008. "Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation". *Nordic Journal Of Psychiatry*; 62 (5): 354-359.

Parys Van, Hanna og Peter Rober. 2013. "Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression". *Journal of Marital & Family Therapy*; 39 (3): 330-345.

Reupert, Andrea, Melinda Goodyear og Darryl Maybery. 2012. "Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis". *Child and Adolescent Mental Health*; 17 (3): 153-160.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykisatri for helse- og sosialfagutdanningene*, 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Sundfær, Aase. 2012. *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sølvberg, Helge A. 2011. *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende: Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Torvik, Fartein Ask og Kamilla Rognmo. 2011. "Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser". I *Folkehelseinstituttet*. Lest 01.05.2017.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Trondsen, Marianne V. 2012. "Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives". *Qualitative Health Research*; 22 (2): 174 – 188.

Vik, Kari. 2009. "Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre". I *Sykepleien*. Lest 01.05.2018
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/et-bedre-liv-barn-med-psykisk-syke-foreldre>

Vedlegg 1: P(I)(C)O – oversikt

P: Problem	O: Outcome
Barn* Tenåring* Ungdom* Unge pleiere Forelder* Psykisk* syk* Psykisk lidelse Alvorlig psykisk lidelse Psykiatr*	Opplevelse* Barndom opplevelse* Bor med* Oppdratt av forelder*
Child* Adolescen* Youth* Young carers Parent* Mental* Ill* Mental disorder Severe mental illness Psykiatr*	Experienc* Childhood experienc* Living with* Raised by parent*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
(Parent*.mp.) and (child*.mp. or adolescen*.mp.) and (mental*ill*.mp. or psychiatr*.mp.) and (experienc*.mp.) Begrenset til: ("qualitative (maximizes specificity)" and (160 preschool age <age 2 to 5 yrs> or 180 school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>) and (danish or english or norwegian or swedish) and yr="2008 - Current")	13.04.2018	Ovid Medliner	95	7	3	1

(Child*.mp. or CHILD/ or adolescent/ or adolescen*.mp. or youth*.mp.) and (parent*.mp. or PARENT-CHILD RELATIONS/) and (mental disorder.mp. or exp Mental Disorders/ or psychiatr*.mp. or exp Psychiatry/ or severe mental illness.mp.) and (experienc*.mp.) and (living with*.mp. or raised by parent*.mp.) Begrenset til: (yr="2008 - Current" and (danish or english or norwegian or swedish) and journal article and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	13.04.2018	Ovid medliner	107	5	1	0
		PsycINFO	57	7	4	2

noft(child* OR adolescen* OR youth*) AND noft(parent*) AND noft(severe mental illness OR mental disorder OR psychiatr*) AND noft(experienc*) AND noft(living with* OR raised by	13.04.2018	ProQuest	562	13	8	3
---	------------	----------	-----	----	---	---

parent*) AND peer(yes) AND at.exact("Article") AND la.exact("Norwegian" OR "Swedish" OR "English" OR "Danish")						
noft(child* OR young carers) AND noft(parent*) AND noft(mental* ill* OR mental disorder) AND noft(childhood experienc*) AND noft(qualitative) AND peer(yes) AND at.exact("Article") AND la.exact("Norwegian" OR "Swedish" OR "English" OR "Danish")	13.04.2018	ProQuest	85	3	0	0
(Children of impaired parents) AND (mental disorders) Begrenset til: Published Date: (2008-2018) Language: (Danish, English, Norwegian, Swedish)	16.04.2018	Cinahl	144	5	2	2

Vedlegg 3: Artikkelloversikt

Artikkel 1:

Forfatter	Andrea Reupert, Melinda Goodyear, Darryl Maybery.
År	2011
Land	Australia.
Tidsskrift	Child and Adolescent Mental Health.
Tittel	Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis.
Hensikt	Hensikten med studien er å identifisere problemer barn føler på ved å ha en forelder med dobbel diagnose.
Metode	Kvalitativ metode. Semistrukturert intervju og tematisk analyse.
Deltakere	Totalt 14 deltakere i alderen 8-18 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Barna håndterte sykdommen til forelderen forskjellig. Noen stresset og andre ble sinte, mens noen ble ikke særlig påvirket. Barna mente det var viktig å oppføre seg slik at forelderen ikke ble sinna, for å unngå at situasjonen ble verre. De tilbrakte mye tid på rommet og fikk lite oppmerksomhet fra forelderen. Familien var viktig for barna og de trengte støtte for å bli en mer samlet familie. Barna trengte å dele sine følelser med andre, og flere følte det hjalp å komme seg ut av huset.
Etisk vurdering	Deltakerne signerte på samtykke til å delta i studien. Etisk godkjent av Monash Universitetet Komité.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Middels kvalitet.

Artikkel 2:

Forfatter	Clare Backer, Rebecca Murphy, John R. E. Fox, Fiona Ulph, Rachel Calam.
År	2017
Land	England
Tidsskrift	The British Psychological Society
Tittel	Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske hvilke erfaringer unge barn har ved å bo med en forelder som har bipolar lidelse.
Metode	Kvalitativ metode. Intervju med tematisk analyse.
Deltakere	Totalt 10 deltakere i alderen 4-10 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	De yngste barna beskrev sykdommen til forelderen som: morsomt fjes og skummel. De yngste visste ikke om sykdommen, men refererte sykdommen som "hodepinen" eller "magesmertene". De eldre barna visste om sykdommen, men var usikre på hva det var. Barna reflekterte over hva slags innvirkning foreldrenes sitt humør hadde på dem, som ofte var tristhet og sinne. Barna visste ikke hva slags støtte de trengte, men syntes det var godt å

	snakke med familiemedlemmer. I følge barna var det både positive og negative sider med bipolar lidelse i familien.
Etisk vurdering	Voksne og barn skrev under samtykke skjema for å delta i studien.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Høy kvalitet.

Artikkel 3:

Forfatter	Elaine Mordoch
År	2010
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of the canadian academy of child and adolescent psychiatry
Tittel	How Children Understand Parental Mental Illness: "You don't get life insurance. What's life insurance?"
Hensikt	Hensikten er å forstå hvordan barn som lever med en psykisk syk forelder forstår sykdommen og hva barna vil fortelle andre barn som lever med foreldre med psykisk lidelse.
Metode	Kvalitativ metode. Sekundær analyse, intervju.
Deltakere	Total 22 deltakere i alderen 6-16 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	De fleste var ikke informert nok om diagnosen til forelderen, noe som førte til usikkerhet og bekymring. Forandringer og uforutsigbarhet i foreldrenes humør skapte kaos og redsel. De fikk informasjon om sykdommen gjennom ulike kilder som skole og familie. Barna opplevde å ta ansvar i hjemmet noe de til tider syntes var belastende. Når situasjonen ble kaotisk forlot de hjemmet. Barna ville fortelle om sykdommen til andre barn og følte at andre burde få vite om psykisk sykdom, men på en måte som ikke virket skremmende. Til tross for sykdommen elsket de foreldrene sine.
Etisk vurdering	Tillatelse til å gjøre studien ble gitt av relevante institusjonelle anmeldelsesstyrer. Alle barna måtte skrive under på samtykkepapirer for å kunne delta i studien. Foreldrene ble informert og måtte gi samtykke for at barna kunne være med.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Middels kvalitet.

Artikkel 4:

Forfatter	Elaine Mordoch og Wendy A. Hall
År	2008
Land	Canada
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Tittel	Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame.
Hensikt	Hensikten med studien er å forklare hvordan barn erfarte og håndterte å bo med foreldre med en psykisk lidelse.
Metode	Kvalitativ metode. Det ble brukt grounded teori som metode for studien. Semistrukturerte intervjuer.
Deltakere	Totalt 22 deltakere i alderen 6-16 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Barna verdsatte forholdet til foreldrene og prøvde aktivt å opprettholde en relasjon med dem. De opplevde at de hadde lite kunnskap om sykdommen, men fulgte med på foreldrenes oppførsel slik at de klarte å gjenkjenne mønstre og forstå sykdommen. Ofte kunne det bli kaotisk i hjemmet og barna syntes det var godt å komme seg vekk fra huset for å "glemme" det som foregikk. Det gjorde at de fikk tid til å sosialisere seg og prøve å skaffe seg en egen identitet. Barna var sårbare for forandring og følte på en hverdag som var vanskelig å mestre.
Etisk vurdering	Tillatelse til å gjøre studien ble gitt av relevante institusjonelle anmeldelsesstyrer. Alle barna måtte skrive under på samtykkepapirer for å kunne delta i studien. Foreldrene ble informert og måtte gi samtykke for at barna kunne være med.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2. Høy kvalitet.

Artikkel 5:

Forfatter	Hanna Van Parys og Peter Rober
År	2013
Land	Belgia
Tidsskrift	Journal of Marital & Family Therapy
Tittel	Trying to comfort the parent: a qualitative study of children dealing with parental depression
Hensikt	Hensikten med studien er å finne ut hvordan barn erfarte foreldrenes depresjon og hvordan de erfarte deres egen omsorg i familien.
Metode	Kvalitativ metode. Det ble brukt intervju med videoopptak.
Deltakere	Totalt 14 deltakere i alderen 7-14 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Barna visste lite om forelderens diagnose og følte at de ble beskyttet for informasjonen. De var bekymret for forelderens diagnose og endringer i atferd og humør. Barna følte på frykt da forelderens ble innlagt på sykehus da de ikke visste hva som skjedde. Barna tok også ansvar for oppgaver i

	huset og måtte hjelpe foreldrene å huske på avtaler. Barna gjemte bekymringene sine for foreldrene for å unngå å være en byrde. For å mestre situasjonen låste flere seg inne på rommet, mens andre brukte fritidsaktiviteter for å koble av.
Etisk vurdering	Deltakerne signerte på samtykke til å delta i studien. Etisk godkjent av universitetet i Leuven's.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Høy kvalitet.

Artikkel 6:

Forfatter	Heidi Haug Fjone, Borgunn Ytterhus, og Arve Almvik.
År	2009.
Land	Norge.
Tidsskrift	Childhood.
Tittel	How children with parents suffering from mental health distress search for “normality” and avoid stigma: To be or not to be.... Is not the question.
Hensikt	Hensikten med studien er å øke kunnskapen om hvordan det oppleves å vokse opp med foreldresom har mentale lidelser. Dette ved å la barna fortelle om seg selv for å unngå stigmatisering og for å bli sett på som ”normal”.
Metode	Kvalitativ metode med dybde-intervju.
Deltakere	Totalt 20 deltakere i alderen 8-22 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	10 av barna var informert om sykdommen, mens resten skapte sine egne grunner til foreldrenes tilstand. Det var stor variasjon på alder i forhold til når barna forstod at noe var galt. Barna kunne kjenne på tydelige følelser som flauhet, skam, skyld, stigmatisering og frykt. Slike følelser kom fram når deres foreldre oppførte seg annerledes ute blant folk. Følelsene kom også fram når barna sammenlignet sin forelder med andre, og dermed følte seg annerledes. Barna søkte selskap med andre barn som var i samme situasjon. Når situasjonen ble vanskelig, dro de fra hjemmet eller holdt seg på rommet. De brukte også musikk, sang og dagbøker for å få følelsen av å bli akseptert.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norske samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Barna skrev også under samtykke skjema.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2. Middels kvalitet.

Artikkel 7:

Forfatter	Jennifer Griffiths, Emma Norris, Paul Stallard og Shane Matthews.
År	2011.
Land	England.
Tidsskrift	The British Psychological Society.
Tittel	Living with parents with obsessive-compulsive disorder: Children's lives and experiences.
Hensikt	Hensikten med studien er å gå i dybden for å forstå de subjektive erfaringene til barn som lever med foreldre med tvangslidelser.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer og tematisk analyse.
Deltakere	Totalt 10 deltakere i alderen 13-19 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	<p>Barna møtte på flere utfordringer i forhold til sine foreldre og det var fem funn som dominerte.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontroll og grenser: <ul style="list-style-type: none"> - Barna ble ofte frustrerte og syntes ting var vanskelig. Spesielt da forelderen flyttet på deres ting og ikke forlot rommet da barna sa ifra. 2. Hjelp forelderen: <ul style="list-style-type: none"> - De opplevde dette som krevende og vanskelig og fikk dårlig samvittighet når de ikke klarte å strekke til, samtidig som det var vanskelig å unngå å hjelpe. 3. Forlegenhet og stolthet: <ul style="list-style-type: none"> - Forelderen ønsket ofte at sykdommen skulle være hemmelig og mange barn syntes ofte det var flaut at deres familie var annerledes. 4. Redsel for å utvikle OCD: <ul style="list-style-type: none"> - Mange var klar over hva slags oppførsel som kunne indikere sykdommen, for eksempel å ha fjernkontroller i riktig rekkefølge. Dette var noe barna observerte nøye. 5. Å få hjelp: <ul style="list-style-type: none"> - Barna følte selv de hadde behov for mer støtte og informasjon. Mange forstod ikke deres situasjon og kunne ikke hjelpe, derfor ønsket de å få prate med fagfolk.
Etisk vurdering	Etisk godkjent. Deltagerne fylte ut samtykkeskjema.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Høy kvalitet.

Artikkel 8:

Forfatter	Margareta Östman
År	2008
Land	Sverige
Tidsskrift	Nordic Journal of Psychiatry
Tittel	Interviews with children of persons with a severe mental illness- Investigating their everyday situation.
Hensikt	Hensikten med studien er å utforske barna sine erfaringer rundt livssituasjonen med en forelder av alvorlig psykisk sykdom.
Metode	Kvalitativ metode og intervju.
Deltakere	Totalt 8 deltakere i alderen 10-18 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Mange syntes det var vanskelig å håndtere den usikre sykdommen til sin forelder og kjente på følelser som frykt og engstelighet. Den største frykten blant barna var om forelderen kom til å begå selvmord. Flere av barna følte også på skyldfølelse for at forelderen var psykisk syk. Barna opplevde også å ta ansvaret i hjemmet da forelderen ikke mestret dette. Ofte følte barna seg oversett av helsepersonell fordi fokuset kun var rettet mot den psykisk syke forelderen. Dette gjorde at barna ble sittende alene med vanskelige tanker og følelser. Utad følte barna at andre så på deres familie som annerledes og ble stigmatisert. Til tross for sykdommen uttrykte barna stor kjærlighet til sine foreldre.
Etisk vurdering	Etiske godkjent av forskningskomité ved Universitetet i Sverige.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Høy kvalitet.

Artikkel 9:

Forfatter	Marianne V. Trondsen
År	2012
Land	Norge
Tidsskrift	Qualitative health research
Tittel	Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives.
Hensikt	Hensikten med studien er å øke kunnskapen om perspektivene og opplevelsene fra barn, og ungdommer som bor med psykisk syke foreldre.
Metode	Kvalitativ metode. De brukte internettbaserte selvhjelps grupper for ungdommer med psykisk syke foreldre. Disse gruppene var anonyme og passord-beskyttet. Analysen ble gjort ved å observere gruppen over 2 år.
Deltakere	Totalt 16 deltakere i alderen 15-18 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Ungdommene delte erfaringer rundt mangelfull informasjon og åpenhet rundt sykdommen til foreldrene. De var enig om at lite informasjon førte til ubesvarte spørsmål som igjen førte til bekymring, frykt og frustrasjon. Et annet funn var uforutsigbarhet og ustabilitet på grunn av forandring i humør og oppførsel til foreldrene. Når det var ustabil i hjemmet fikk de vansker

	med å konsentrere seg på skolen. Barna kjente på varierende følelser som frykt, redsel og ensomhet. De følte seg ensomme i situasjonen og følte at andre ikke forsto dem. Ofte følte de på tap og sorg av å ikke kunne leve i en "normal" familie. Barna var også redde for å selv utvikle en psykisk diagnose. Mange trengte å ta en pause og trekke seg tilbake fra hjemmet. De søkte også profesjonell hjelp eller flyttet vekk for en periode.
Etisk vurdering	Godkjent av medisinske forskningsetiske komité i Norge.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2. Høy kvalitet.

Artikkel 10:

Forfatter	Penny Bee, Kathryn Berzins, Rachel Calam, Steven Prymachuk og Kathryn M. Abel.
År	2013
Land	England
Tidsskrift	PLOS one
Tittel	Defining quality of life in the children of parents with severe mental illness: A preliminary stakeholder- led model.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke livskvaliteten til barn av psykisk syke, dette ved bruk av Stakeholder-Led Model.
Metode	Kvalitativ metode. Intervju og tematisk analyse.
Deltakere	19 deltakere i alderen 13-18 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Barna følte seg engstelig og deprimerte rundt foreldrenes mentale helse. De følte på daglig stress grunnet familiekonflikten, men brukte hobbyer for å avlaste stresset. De følte seg også særlig isolert fra sine venner. Barna visste lite om foreldrenes psykiske tilstand som førte til at de ikke forsto foreldrenes oppførsel. De ga uttrykk for at de ønsket profesjonell hjelp og støtte.
Etisk vurdering	Godkjent av institusjon for forskningsetisk komite. (University of Manchester).
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Høy kvalitet.