



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

En oppvekst med mor eller far som har en depressiv lidelse/Growing up with a mother or father who has a depressive disorder

Kandidatnummer 1 og 22

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 28.05.20



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: -

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 28.05.20

Antall ord: 7045

Forord

Ser ordene
Lurer på om de er mine
Er dette meg
Er dette mine tanker
Hva gjorde det med meg
Hva gjør det med meg
Hva skal jeg gjøre med tankene
Svikter jeg deg hvis
andre får en del i dem
Utleverer jeg da
Vil ikke det
Ønsker bare utløp for egne tanker
frustrasjoner, erfaringer
Ønsker ikke å såre deg
Ikke å frarøve deg
det som er ditt

Diktboka
(Moen 2012)

Sammendrag

Bakgrunn: Én av tre barn vokser opp sammen med én eller flere foreldre som lider av en psykisk lidelse, deriblant depresjon. Barn som lever med foreldre som har en depressiv lidelse vil ha økt risiko for å selv utvikle en psykisk lidelse.

Hensikt: Utforske hvordan barn påvirkes når mor eller far har en depressiv lidelse.

Metode: Et systematisk litteratursøk som er basert på kvantitativ, kvalitativ og kohort studiedesign.

Resultat: Våre funn viser til at barn hadde ulike erfaringer. De kjente på ulike følelser som bekymring, ansvar, lojalitet, ensomhet og skyld. Noen av følelsene skyldes mangel på informasjon og forståelse om foreldrenes depressive lidelse. Enkelte barn kan oppleve rollebytte, hvor de må ta over foreldrenes oppgaver i hjemmet.

Konklusjon: Barndommen ble preget ved at de hadde større ansvar enn jevnaldrende. Det er vårt ansvar som helsepersonell å ivareta disse barna og sørge for at de har et støtteapparat rundt seg. Ved å veilede og informere foreldre angående barnas behov, vil dette kunne bedre hele familiesituasjonen. Det er viktig å inkludere de nærmeste og være tilgjengelig og behjelpelig.

Nøkkelord: Foreldre, depresjon, barns erfaringer, barndom

Abstract

Background: One in three children grow up with one or more parents suffering from mental illness, including depression. Children living with parents who have a depressive disorder are at increased risk of developing a mental disorder themselves.

Purpose: Explore how children are affected when mother or father have a depressive disorder

Method: A systematic literature search based on quantitative, qualitative and cohort study design.

Result: Our findings show that children had different experiences. They felt different emotions such as worry, responsibility, loyalty, loneliness and guilt. Some of the feelings are due to a lack of information and understanding about parental depressive disorder. Some children may experience a change of role, where they must take over their parent's duties at home.

Conclusion: Their childhood was characterized by having greater responsibilities than peers. It is our responsibility as health professionals to look after these children and make sure they have a support device around them. By guiding and informing parents about the children's needs, this will improve the whole family situation. It is important to include the closest family members and to be available and helpful.

Keywords: Parents, depression, children's experiences, childhood

Innhold

1.0	Introduksjon	1
2.0	Metodebeskrivelse	3
2.1	Datainnsamling	3
2.2	Inklusjon og eksklusjonskriterier	4
2.3	Kvalitetsvurdering	5
2.4	Etisk vurdering	5
2.5	Analyse	6
3.0	Resultat	8
3.1	Frykt og bekymringer knyttet til mangel av informasjon og åpenhet om sykdom	8
3.2	Stort ansvar i tidlig alder	9
3.3	Psykososiale konsekvenser for barnet	11
4.0	Metodediskusjon	13
4.1	Datainnsamling	13
4.2	Søkestrategi	13
4.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	14
4.4	Analyse	14
5.0	Resultatdiskusjon	15
5.1	Sykepleierens ansvar til å gi informasjon	15
5.2	Ansvarsroller mellom foreldre og barn	17
5.3	Sykepleierens rolle ved veiledning og støtte	18
6.0	Konklusjon	21
	Litteraturliste	22
	Vedlegg	27
	Vedlegg 1: Eksempel på kvalitativ sjekklister	27
	Vedlegg 2: Søkehistorikk	33
	Vedlegg 3: Oversikstabeller	34

1.0 Introduksjon

Psykiske lidelser rammer ikke bare én person, men har også en innvirkning på de nærmeste rundt dem. Barn av foreldre med alvorlig depresjon har en høyere risiko enn andre barn for selv å utvikle en psykisk lidelse. Foreldre med depresjon kan være tilbaketrukkne, initiativløse, irritable og negative. Dette er noe som kan påvirke barn i samme hushold (Helsedirektoratet 2009).

En depressiv lidelse vil kjennetegnes av senket sinnsstemning, tap av interesser, økt trettbarhet og mindre energi. Vanlige symptomer kan også være at man tar lite initiativ og tiltak. Noen kan slite med konsentrasjon og hukommelse. Forekomst av nedsatt selvtillit er normalt, og kan utvikle seg til vrangforestillinger om skyld, synd og fortapelse, samt tanker om død og selvmord (Legemiddelhåndboka 2019).

Det er høy forekomst av depressive lidelser i befolkningen, og det anslås at hver femte person i løpet av sitt liv vil oppleve en depresjon (Helsedirektoratet 2009). Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet (2011), vokser hvert tredje barn opp i en familie hvor en eller begge foreldre er psykisk syke. I tillegg finnes det store mørketall.

Å ha en psykisk syk forelder oppleves som en stor belastning. Det er ikke sikkert barnet vet nøyaktig hva som foregår rundt seg, men de fornemmer når noe er galt med mor eller far. Barna bruker mye energi på å utforske virkeligheten ved å lese mor eller fars oppførsel. I håp om å bedre situasjonen, prøver de ofte å gjøre dem fornøyde med verbal og fysisk støtte (Moen 2012).

For å kunne forstå barnets oppfatning av situasjonen og å kunne tilrettelegge informasjon og kunnskap for det, kan man belyse Eriksons utviklingsteori. Teorien er en oversikt over hva vi kan forvente av sosiale ferdigheter i ulike aldersfaser. Barnets sårbarhet varierer med fasene/alders. Eksempler som tillitt, selvstendighet, initiativ, mestring og konflikter blir nevnt i ulike faser. Teorien består av åtte faser, hvorav fem omhandler barn under 18 år (Brun 1993). Det er denne aldersgruppen som er vårt fokusområde i studiet.

I løpet av oppveksten er barna innom barnehage, skole, fritidsaktiviteter og andre sosiale kretser. Ansatte i barnehage- og skoletjenesten tilbringer mye tid sammen med barna. Dersom mor og/eller far trenger behandling, kan barnet komme i kontakt med helsetjenesten. Ofte synes voksne at det er krevende å stille direkte spørsmål om hjemmesituasjonen til både barna og foreldrene. Flere uttrykker usikkerhet og behov for mer kunnskap om barns utvikling. De viker unna ved å henvise til at andre er mer skikket til å ta den vanskelige samtalen (Moen 2012).

Spesialisthelsetjenesten har krav om å ha barneansvarlig personell. Disse skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige pårørende av psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-7, 2017). Spesialisthelsetjenesten og barneansvarlig har ansvar for å knytte sammen ulike tjenestenivåer. Ettersom kommunene ikke har en tilsvarende barneansvarlig, er det kritisk at de får videreført nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten slik at barna kan ivaretas på best mulig måte (Rimehaug 2020).

Som helsepersonell kommer vi i kontakt med barn som pårørende. Vi kan møte pasienter med psykiske lidelser i hjemmet, på institusjon eller på sykehus. Det er viktig å ikke glemme at pasienter kan ha familie, og spesielt barn, som pårørende. Det er i slike situasjoner viktig at helsepersonell tar hele familien i betraktning. Man skal ikke ta over foreldrerollen, men man kan veilede og informere foreldrene om påvirkninger en slik situasjon har på barna. På denne måten blir det lettere for mor og far å håndtere deres rolle som omsorgsgivere.

Barn er en sårbar gruppe som trenger omsorg og støtte for å kunne mestre utfordringer de møter (Brun 1993). I dette litteraturstudiet ønsker vi å ha fokus på hvordan barn opplever å vokse opp med mor eller far som har en depressiv lidelse. På denne måten håper vi å øke kunnskap og forståelse hos helsepersonell.

Hensikten med dette litteraturstudiet var å utforske hvordan barn påvirkes når mor eller far har en depressiv lidelse.

2.0 Metodebeskrivelse

2.1 Datainnsamling

Før vi utførte søk, hadde vi formulert en klar hensikt. For å strukturere søket på en hensiktsmessig måte brukte vi et PICO-skjema (Nortvedt et al. 2012). PICO-skjemaet skal være til hjelp for å danne en god struktur ved søkingen. Skjemaet bidrar også til å trekke ut de viktigste elementene fra hensikten og tydeliggjøre den. Vi valgte å ikke bruke “C” siden vi ikke skulle sammenlikne tiltak.

I figur 1 fremgår søkeord som ble benyttet.

Patient/problem	Intervention	Outcome
Barn* Ungdom* Barndom/oppvekst	Foreldre med depresjon*	Erfaring* Konsekvens* Innvirkning*
Child* OR Youth* OR Childhood	Parental depress*	Experienc* OR Consequenc* OR Impact*

Figur 1

Det ble brukt AND og OR for å utvide og begrense søket. “OR” blir brukt for å utvide søket og gir oss treff på artikler som har enten det ene eller andre ordet. “AND” blir brukt for å avgrense søket og for å sette sammen et helhetlig søk. Vi har også valgt å bruke trunkering for å finne flere synonymer og endinger for hvert ord (Nortvedt et al. 2012).

Vi avgrenset søkene til artikler fra siste 10 år på norsk, svensk, dansk og engelsk. I søkeprosessen ble databasene Wiley, OVID Medline, CINAHL og PsycINFO brukt da disse har fokus på sykepleierelevante artikler og psykiatri. Vi utførte også manuelle søk hvor vi gikk gjennom referanselistene i artiklene til Mechling (2015) og Trondsen (2012). På denne måten fant vi to artikler som ble inkludert i vår litteraturstudie.

2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Vi fokuserte i vår studie på barn i alderen fra 2.5 år til 18 år. Da dette er en bred målgruppe, valgte vi å bruke artikler med ulike studiedesign. De kvantitative artiklene var basert på forskernes observasjoner av barn i en yngre alder, mens de kvalitative artiklene fortalte oss om barnas opplevelser fra alderen 12 år og oppover. Vi inkluderte også to kohort studier som var basert på barnas utvikling over flere år.

Til hjelp i utvelgelsen av innhentede artikler ble det utarbeidet inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier (figur 2).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barnets erfaringer	Voksne som pårørende
Foreldre med depresjon	Psykiske lidelser som ikke omhandler depresjon
Konsekvenser for barnet	
Språk: Norsk, svensk, engelsk og dansk	Review-artikler
Kvalitative originalstudier	Artikler som ikke er overførbare til norske forhold
Kvantitative originalstudier	Artikler over 10 år
Kohort originalstudie	
Barn fra 2,5 år til 18 år	Sykepleie og annet helsepersonell perspektiv
Etisk vurderte artikler	

Figur 2

2.3 Kvalitetsvurdering

Det er viktig å utføre kritisk vurdering av kvaliteten på de ulike forskningsartiklene. Sjekklistene med kontrollspørsmål kan hjelpe oss å vurdere en forskningsartikkels kvalitet. Vi har kritisk vurdert alle 10 artiklene ved hjelp av kvalitative-, kvantitative- og kohortstudiesjekklistene fra helsebiblioteket (Nortvedt et al. 2012, Helsebiblioteket 2016).

I sjekklistene er det 10 spørsmål som vurderer forskningsartiklene ved at spørsmålene besvares med «ja», «nei» eller «uklart», eventuelt med begrunnelse. Ved å benytte skjemaene har vi konkludert med at samtlige av artiklene er av enten middels- eller god kvalitet (vedlegg 1).

Vi leste gjennom 26 artikler, ekskluderte 16 forskningsartikler før vi endte opp med 10 artikler som samsvarte til hensikten vår (vedlegg 2). Da vi vurderte kvaliteten på artiklene, ble de klassifisert ut ifra god, middels eller dårlig kvalitet. De artiklene som ble klassifisert som god og middels kvalitet valgte vi å beholde, mens de som ble klassifisert som dårlig ble ekskludert. Oversiktstabeller i forhold til innhold og kvalitet til artiklene er vedlagt (vedlegg 3).

2.4 Etisk vurdering

Ved etisk vurdering av artiklene har vi tatt utgangspunkt i Helsinkideklarasjonens prinsipper om samtykke, konfidensialitet og frivillighet (Helsinkideklarasjonen 2013). Vi sjekket at samtlige av artiklene hadde tatt hensyn til etiske vurderinger før vi benyttet dem. Personene i studiet skal ha samtykket til deltagelse. Barn under 18 år måtte ha samtykke fra foreldre for å delta i studiet. Det ble hovedsakelig valgt artikler som viser til godkjenning fra en etisk komité. I 9 av våre artikler kom det fram at de var godkjente av en etisk komité. I den siste artikkelen fremgår det ikke hvorvidt den er godkjent av en etisk komité eller ikke. Alle som har deltatt i artiklene var imidlertid anonymisert, og taushetsplikten var ivaretatt av forskerne.

Egen etisk vurdering

Det er viktig at etiske hensyn blir ivaretatt. Våre krav var at foreldrene hadde gitt samtykke til deltakelse, samt at både barna og foreldrene var informerte om studiens hensikt og at alle deltakerne ble anonymisert. De måtte også ha valget om å trekke seg i løpet studiet.

Før vi begynte med artikkelsøk, var vi klar over våre egne forforståelser. Vi tenkte at barn som vokste opp med deprimerede foreldre sannsynligvis hadde hatt negative påvirkninger og erfaringer i løpet av barndommen. Vi trodde at de fleste artiklene kun fokuserte på barns negative erfaringer. Under søkeprosessen hadde vi et åpent sinn og prøvde å finne artikler som omhandlet ulike aspekter. Vi fant noen artikler som inkluderte forskjellige synsvinkler og kom frem til at barn har ulike påvirkninger under oppveksten.

2.5 Analyse

For å arbeide systematisk med analyseringen av forskningsartiklene, valgte vi å bruke Evans analysemodell. Analysemodellen består av fire faser:

1. Samle inn studier
2. Identifisere nøkkelfunn
3. Relatere nøkkelfunn på tvers av studiene
4. Samle felles funn for å kunne beskrive fenomener

(Evans 2002).

I fase 1 samlet vi inn datamateriale som skulle analyseres (Evans 2002). Vi startet tidlig med å se over aktuelle forskningsartikler, og sørget for å lagre søk vi hadde gjennomført underveis. På denne måten kunne vi fortløpende vurdere kvaliteten på artiklene. Flere artikler oppfylte ikke inklusjonskriteriene våre, og kunne dermed ikke tas i bruk. Vi endte opp med 10 forskningsartikler, og nummererte dem fra 1-10.

I fase 2 identifiserte vi aktuelle nøkkelfunn i hver enkelt artikkel (Evans 2002). Vi gikk gjennom artiklene hver for oss, for å se om de svarte på hensikten vår. Etter å ha gjennomgått alle artiklene, møttes vi og diskuterte nøkkelfunn for å forsikre oss om at vi hadde kommet fram til like funn. Funnene ble markert i hver artikkel. For å kunne få best mulig oversikt, skrev vi en kort sammenfatning av funnene i et eget dokument.

I fase 3 fant vi frem funn på tvers av artiklene for å se hvilke funn som gikk igjen (Evans 2002). Vi kategoriserte funnene som gikk igjen i ulike temaer, og laget ulike lister med stikkord som kunne fungere som hovedtemaer. Deretter gikk vi nøye gjennom hver artikkel enda en gang, og markerte aktuelle sitater som kunne brukes. Dette for å forsikre oss om det ikke var utelatt noe vesentlig.

I siste fase samlet vi funnene og utviklet en beskrivelse (Evans 2002). Vi gikk over temaene igjen, for å få innblikk i hvor mange artikler som beskrev de ulike temaene og om funnene var sterke eller svake. Vi registrerte hvor ofte temaene gikk igjen i de 10 artiklene. Til slutt fant vi frem til tre hovedtemaer som belyses i bacheloroppgavens resultatdel:

1. Frykt og bekymringer knyttet til mangel av informasjon og åpenhet om sykdom
2. Stort ansvar i tidlig alder
3. Psykososiale konsekvenser for barnet.

Tema	Artikkel
Frykt og bekymringer knyttet til mangel av informasjon og åpenhet om sykdom	2, 3, 6, 8, 9,10
Stort ansvar i tidlig alder	1, 3, 4, 6, 8, 9, 10
Psykososiale konsekvenser for barnet	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Figur 3

3.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudiet var å utforske hvordan barn påvirkes når mor eller far har en depressiv lidelse. I dette kapittelet vil vi presentere resultatene fra litteraturstudiet gjennom følgende tre hovedtemaer:

3.1 Frykt og bekymringer knyttet til mangel av informasjon og åpenhet om sykdom

Usikker hverdag

Ved å ha for lite informasjon om sykdommen mor eller far hadde, opplevde mange av barna en frykt og bekymring ovenfor foreldrene. De visste ikke hvorfor mor en dag var glad og oppegående, mens hun neste dag var trist og irritabel. Dette gjorde hverdagen vanskelig og ustabil for flere. Barna følte seg som en byrde i sitt eget hjem og turte ikke å kommunisere med mor eller far om deres depressive lidelse ettersom temaet ofte ble oppfattet som tabu. Det førte igjen til at de heller ikke hadde samvittighet til å uttrykke sine egne problemer (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys og Rober 2013, Parys et al. 2015, Trondsen 2012).

Barn av deprimerte foreldre følte seg ofte ignorert og trengte muligheten til å kommunisere med andre om sykdommen og om egne følelser. Ved å snakke med andre om situasjonen, kunne barnet i større grad forstå foreldrenes varierende humør og atferd, og dette kunne forandre deres forhold til foreldrene. I situasjoner hvor mor eller far bestemte seg for å holde sykdommen hemmelig, opplevde mange av barna at andre rundt dem gjorde det samme. De ble derfor ikke informert av hverken slektninger, lærere eller helsepersonell som behandlet forelderen. Disse barna følte seg usynlige og tilsidesatt under barndommen (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys og Rober 2013, Parys et al. 2015, Trondsen 2012).

There was never any discussion about HOW she was sick! I think eventually I just understood it... What really irritates me is that she still won't tell me the exact diagnosis... I need to know it, but she won't tell me. All I know is that she has depression anyway, and that there's nothing manic present, but it seems like there is something else they're hiding since they absolutely won't talk about it (Trondsen 2015, 178).

Sterke opplevelser

Det blir beskrevet at mange opplevde mangel på informasjon og åpenhet angående foreldrenes depressive lidelse både innad i familien og fra utsiden. Dette førte ofte til spørsmål som ikke ble besvart og som i neste omgang førte til bekymring, frykt og frustrasjon for barna. Etter hvert som de ble eldre, begynte de å gjette seg frem til hva som foregikk med mor eller far. Dette kunne vises ved typiske symptomer på depresjon, eller noe mer drastisk som et selvmordsforsøk eller innleggelse i en institusjon. Barna forklarte at mangel på informasjon gjorde opplevelsen ekstremt skummel og smertefull. Noen av barna uttrykket at foreldrene hadde gode intensjoner ved å ikke informere dem, men det forverret situasjonen ettersom barna begynte å fantasere om hva som kunne være galt og om det var deres feil (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys og Rober 2013, Parys et al. 2015, Trondsen 2012).

3.2 Stort ansvar i tidlig alder

Flere av artiklene tar for seg det store ansvaret barn av foreldre med depresjon kjente på allerede i ung alder. Barna opplevde et rollebytte med foreldrene ved at de fikk ansvar for både foreldre og søsken. De kjente også på lojalitet ovenfor foreldrene (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

Rollebytte

Barna følte at de måtte involvere seg selv ved å passe på at mor eller far hadde det bra. De ga sin støtte både verbalt og nonverbalt ved å gi klemmer og å fortelle foreldereren at de hadde det bra selv om dette ikke alltid var tilfelle (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015,

Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

“...and I told my father that I wanted to help him and that I loved him very much. [...] He always said to me ‘you’re the only one I’ve got’, which made me feel even more responsible.” (Parys et al. 2015, 528).

Alle opplevde rollebytte i barndommen. Artiklene legger vekt på både det positive og det negative ved bytte av ansvarsrollen. De som hadde et godt forhold til mor, så på muligheten til å ta vare på henne som noe positivt, og uttrykte at de fremdeles kunne ha en åpen dialog med forelderen. Andre forteller at de kjente på byrden med foreldrene, og at de ikke kunne bruke tiden på venner og egne interesser. De kranglet med foreldrene store deler av dagen, og følte ikke at foreldrene engasjerte seg i deres liv (Petrowski og Stein 2016, Koechlin et al. 2018).

“I’ve gotten used to it [role reversal] when it happens. I know that if the situation was reversed that my mom would help me so I’m kind of like, ‘Yeah it might not be the normal but that... it is what it is’ (Petrowski og Stein 2016, 2877).

Rollebytte er noe som gjentar seg i familier hvor en forelder lider av depresjon, ettersom barna ofte blir konfrontert med foreldrenes sårbarhet og behovet for støtte rundt dem. Barna tok ansvar for dagligdagse oppgaver i hjemmet samtidig som de tok vare på sine søsken. De gjennomførte handlinger som fikk forelderen i aktivitet, for eksempel å passe på at mor eller far kom seg ut av sengen hver dag. Selv følte de at, ved å ta ansvar på denne måten, avlastet de familien og var nyttige. Barnas opplevelser varierte i takt med hvor mye den friske forelderen hjalp til i hjemmet. I gode perioder kunne foreldrene ta tilbake foreldrerollen. Barnet ble da forvirret i forhold til hvordan det skulle oppføre seg/bidra. De måtte ofte passe seg for hva de fortalte til mor eller far for ikke «å gjøre vondt verre», og de følte at de måtte bli voksne før tiden. Noen av barna følte også på et ansvar og et press fra andre i familien. De fikk blant annet som jobb å passe på foreldrene av besteforeldre, noe som førte til skyldfølelse og en spesiell lojalitet ovenfor familien (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

“I fled to my grandmother and she just told me to go back home immediately: ‘you’re gonna take care of my daughter’, that’s what she said. Really, I felt so bad after that. [...] And then I just stood there and thought ‘ok then’ and I returned home. (Rose)» (Parys et al. 2015, 529).

Barn var svært lojale overfor sine foreldre, og gjorde ofte alt de kunne for å bedre hverdagen. De ønsket ikke at andre skulle finne ut om hjemmesituasjonen, for dette var en hemmelighet som ingen skulle vite om. Hvis noen spurte dem om hvordan mor eller far med depresjon hadde det, valgte de ikke å svare eller lede dialogen til et annet tema. Alt for å vise foreldrene fra deres beste side (Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

3.3 Psykososiale konsekvenser for barnet

I samtlige av våre artikler legges det vekt på at det å være barn av foreldre med depressiv lidelse, vil kunne medføre konsekvenser for barnets mentale helse. Barn av psykisk syke ga uttrykk for at de også følte hverdagen som vanskelig. De var redde for å bli stigmatisert og sett på som unormale av andre jevnaldrende. Generelt opplevde barn av foreldre med en depressiv lidelse mer atferdsmessige, sosiale og psykiske helseproblemer sammenlignet med barn av foreldre som ikke hadde en psykisk diagnose (Cummings et al. 2013, El-Sheikh et al. 2012, Gagne et al. 2013, Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

Følelsesmessig usikkerhet

Barn som blir utsatt for familiekonflikt følte seg ofte utrygge og stilte spørsmål ved familiens stabilitet og fremtid. De lå med høyt nivå av bekymring om nettene, noe som ofte følger av følelsesmessig usikkerhet. Dette var en av grunnene som kunne gjøre det vanskelig for barn å oppnå søvn i løpet av natten. I lengden vil barna kunne kjenne på utmattelse, og redsel for hva som kan skje. Barn av foreldre med økt depresjonsnivå, negative personlighetstrekk og familiekonflikt, var i fare for mer utbrutt temperament. Dette er noe som ville oppstå hos barn i en ung alder, der hvor barna ikke klarte å forstå situasjonen i hjemmet (Cummings et al. 2013, El-Sheikh et al. 2012, Gagne et al. 2013, Koechlin et al. 2018, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

De kvantitative studiene er observasjonsstudier, hvorav forskere tolket barna i en yngre alder, altså under 12 år. I denne aldersgruppen ble barna ofte sett på som temperamentsfulle og som bråkmakere. I de kvalitative studiene kom det godt frem hva barna opplevde og tenkte i alderen 12 år og oppover. Disse studiene viste til at barn i denne alderen ofte ble rolige, sjenerte og fremsto som perfekte (El-Sheikh et al. 2012, Gagne et al. 2013, Mechling 2015, Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

Mange av barna hadde ingen å snakke med, og kjente på følelsen av ensomhet. De hadde vanskeligheter med å uttrykke egne følelser, og endte opp med å bære på de selv. Noen følte seg ofte ekstra triste, og ble redde for at dette kunne indikere tegn på depresjon. Flere av barna følte på at de hadde lite tid til sosial kontakt med jevnaldrende og egne hobbyer. De trakk seg også tilbake fra sosiale nettverk. Andre derimot brukte fritiden på hobbyer og venner for å få avstand fra den tøffe hjemmesituasjonen. Gjennom hverdagen opplevde de ofte emosjonelle utfordringer, og at handlingene deres ikke ble godt tatt imot. De gikk rundt med en konstant frykt for å forverre hjemmesituasjonen (Mordoch 2010, Parys et al. 2015, Parys og Rober 2013, Petrowski og Stein 2016, Trondsen 2012).

“I usually go and work out, listen to loud music and just shut everything and everyone out, or go for a long walk/run. If I work out, I get out my frustration and anger much easier, sort of utilize it in a positive way... But if I am more sad or scared, and think everything seems hopeless, I think it's best to just shut myself in my room and listen to loud music. If I am just really depressed, I take a run. I just run as far as I can, preferably in the woods or on a country road so I don't have to meet anyone. Normally, I sit down somewhere after having run for about an hour, cry and scream. Even if it doesn't solve anything, it still helps me in the moment”
(Trondsen 2012, 182).

Barna prøvde å få en forståelse av hva som skjedde i familien for å kunne vite hvilken rolle de måtte spille. De ble eksperter på å tolke omgivelsene og valgte å ikke ta med seg venner hjem i frykt for at hjemmesituasjonen skulle bli avslørt. De skjulte dermed sine egne følelser, og forsikret foreldrene om at de hadde det bra. Redselen for stigmatisering var ikke det eneste som bekymret dem. De så gjerne for seg grusomme scenarioer som kunne skje med foreldrene, og kjente på frykt for at foreldrene skulle begå selvmord (Parys et al. 2015).

4.0 Metodediskusjon

Ingen undersøkelsesprosesser er uten feil og mangler, men det er et viktig poeng å kunne gjøre rede for mulige svakheter i funnene til en undersøkelse. På den måten kan vi videreutvikle kunnskap. I metodediskusjonen skal det kritisk vurderes og diskuteres egen metodel. Dette gjennomføres ved å beskrive styrker og svakheter i datainnsamling, søkestrategien, kvalitetsvurderingen og analyseprosessen som har blitt gjort i litteraturstudien (Eines 2020).

4.1 Datainnsamling

Vår studie har inkludert artikler som er basert på observasjonsstudier, retrospektive intervjuer, intervjuer med barn samt statistikk. I de kvantitative artiklene settes det lys på barna i en yngre alder, og blir tolket av forskere. Kohort studiene viser barnas utvikling over lenger tid. I de fleste av våre kvalitative artikler kommer det frem hvordan deltakerne opplevde sin barndom ut ifra et retrospektivt syn. Dette kan være en svakhet på grunn av at deltagerne kanskje ikke memorerer alt fra barndommen. Etter diskusjon kom vi frem til at dette også var en styrke ettersom deltagerne har hatt tid til å bearbeide følelsene, og reflektere over hvordan det påvirket dem som barn.

Barn har ulike behov og forståelse ut ifra alder, og dette er noe som er viktig å bemerke. Ved å inkludere observasjonsstudier, styrker dette vår studie ettersom vi får ulike tolkninger i de ulike aldersfasene.

4.2 Søkestrategi

Vi gjennomførte søket i ulike databaser innenfor medisin, sykepleie og psykologi da dette gir et bredere utvalg av forskningsartikler, som igjen kan gi et bredere treff for å belyse vår hensikt. Videre erfarte vi at bruk av flere søkeord førte til mange treff på artikler som så ut til å være mindre relevante. Dette kan ses på som en svakhet da vi kan ha gått glipp av relevante artikler. Siden vi forandret hensikten vår og PIO-skjemaet, gjennomførte vi et nytt søk på alle artiklene, for å se om de kom opp med de nye søkeordene. Vi fant åtte av våre artikler igjen, og flere av artiklene gikk igjen i ulike databaser, som er en styrke. To av artiklene er gjennomført via et manuelt søk.

4.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi brukte sjekklister fra Helsebiblioteket da disse jevnlig oppdateres (Helsebiblioteket 2020). Utfordringen var at vi hadde lite erfaring i å vurdere artikler, noe som kan resultere i at noen gode artikler ble utelukket, og regnes som en svakhet ved vår søkeprosess. Vi søkte på engelsk-, svensk-, dansk- og norskspråklige artikler. Alle våre artikkelfunn er skrevet på engelsk. Dette kan være en svakhet ved at vi kan ha feiltolket innhold, eller unnlatt å ta med relevante funn grunnet manglende forståelse. Alle sitater som er tatt med i resultatdelen er på originalspråket for å unngå mistolkning. At vi har vært bevisst på dette gjennom prosessen, er en styrke.

Det er en styrke at ni av våre artikler er godkjente av en etisk komité. I Mordoch (2010) kommer det ikke fram at studien er godkjent av en etisk komité, men den ivaretar etiske hensyn med samtykkeskjema og anonymisering (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2016). Derfor inkluderer vi artikkelen i vår litteraturstudie.

4.4 Analyse

Vi valgte å bruke Evans (2002) fire faser i analyseprosessen hvor vi arbeidet hver for oss med artiklene, før vi sammenlignet nøkkelfunnene. Metoden var nyttig og en styrke i prosessen. Måten vi samarbeidet på i analysearbeidet bidro til å kvalitetssikre funnene. Dette gjorde at vi ikke gikk glipp av noe vesentlig.

Etter gjennomført analyse satt vi igjen med sterke funn i resultatdelen som gikk igjen i artiklene, og dette ser vi på som en styrke. Det er en svakhet at vi bare har inkludert én norsk artikkel, da resten er fra land i ulike deler av verden. De utenlandske artiklene kan imidlertid overføres til det norske samfunnet, og hadde flere like funn med den norske artikkelen.

5.0 Resultatdiskusjon

Vår hensikt i dette studiet har vært å utforske påvirkninger på barn som vokser opp med foreldre som lider av depresjon. I denne delen skal vi diskutere våre hovedtema som vi fant da vi analyserte artiklene og koble det til relevant teori.

5.1 Sykepleierens ansvar til å gi informasjon

Funnene i studiene viser til at barn kjente på at det ble gitt for lite informasjon om mor eller far sin helse. Ved at barn ikke får informasjon om mor eller fars sykdom, vil barnet begynne å fantasere om hva som foregår i familien. Dette vil føre til større usikkerhet og engstelse da barn raskt legger merke til om noe er galt. Disse funnene er i tråd med hva Eide og Eide (2017) beskriver om barns oppfatning. Det er viktig for barna å vite grunnen til hvorfor forelderen ofte er trist og bekymret.

Moen (2012) beskriver at da mor eller far ble innlagt på en institusjon for sin sykdom, følte barna seg ofte oversett av sykepleierne ettersom fokuset deres var på den voksne. Flere av de ansatte i helsetjenesten uttrykte at de fant det vanskelig å snakke med foreldre om barnas situasjon, da de ikke ville bryte alliansen. Helsepersonell kjente på en redsel og usikkerhet i forhold til hvordan de skulle nærme seg et såpass sårbart tema. Mange ansatte mente at foreldrene trengte barnet, uavhengig av situasjonen. De mente også at forelderens tilstand ville forverres ved å bringe opp såre temaer. På denne måten ble alltid barna den tapende part. Deres situasjon ikke ble tatt på alvor, da barna gjerne ville gjøre alt for å beskytte og støtte mor eller far.

Foreldrene vil det beste for barna sine og mange uttrykte at de var klar over situasjonen barna var i (Moen 2012). Våre funn viser at helsepersonell bør steppe inn for å prøve å lette situasjonen for både forelder og barn. En åpen dialog mellom foreldre, barn og sykepleier vil kunne hjelpe alle parter i en slik situasjon.

Spesialisthelsetjenesten har krav om å ha barneansvarlig personell. Dette personellet skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige pårørende barn eller søsken av psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-7, 2017). Til og med barneansvarlige på avdelinger synes det var vanskelig å håndtere ansvaret for ivaretagelse av barnet. De følte at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om barns utvikling

og hvordan de skulle kommunisere med barn om vanskelige temaer. De undret seg ofte om hvordan barna hadde det, men det satt langt inne å snakke med barnet direkte (Moen 2012). Barnas alder er en viktig faktor for hvordan de opplever og forstår situasjonen.

Barn i alderen 4-8 år begynner å utvikle en logisk forståelse. De trenger konkrete fakta for å kunne forstå verden. Her trengs det veiledning og informasjon fra voksne. De ser på verden fra sitt eget perspektiv og det er viktig å forklare ting fra deres ståsted.

Hjelpemidler som lek, kosedyr, sang og tegninger kan tas i bruk for å danne en sammenhengende historie. Det er også viktig å formidle at ingenting av dette er barnets skyld. Når barnet blir 8-12 år er det viktig for barnet å skille realitet og fantasi ved å vise forståelse for deres tanker og følelser om situasjon (Eide og Eide 2017). Ifølge Eriksons utviklingsteori er dette en aldersfase der en positiv utvikling legger til rette for arbeidslyst, mens en uheldig utvikling kan føre til det motsatte og resultere i følelse av mindreverd (Brun 1993).

Eide og Eide (2017) beskriver hvordan barn fra alderen 12 år og oppover lettere klarer å følge en "voksen" dialog. De klarer å forestille seg andres situasjoner uten selv å ha opplevd det, og de søker etter informasjon for å få en forståelse av foreldrene. Selvfølelsen i denne alderen er fremdeles sårbar, og de ønsker bekreftelse fra foreldre og venner. Funnene fra vår litteraturstudie viste til at det var hovedsakelig barn over 12 år som opplevde frykt, bekymringer og usikkerhet på grunn av at de satt igjen med ubesvarte spørsmål grunnet manglende informasjon og åpenhet om sykdommen til mor eller far. Da en stor andel av barna prøvde å nå ut til andre familiemedlemmer, fikk de ofte lite tilbakemeldinger og følte seg tilsidesatt fra de rundt seg. Det var vanskelig for dem å nå ut til andre uten å føle seg illojale eller oversett. De ville støtte og beskytte foreldrene uavhengig av sine egne følelser og sin egen situasjon. Barna fikk med seg noe informasjon gjennom media, ved å overhøre samtaler og via egne observasjoner. En liten andel av barna fikk noe informasjon fra skole og foreldre. De var allikevel redde for å spørre mor eller far om sykdommen da de ikke ville forverre situasjonen.

Det er vårt ansvar som helsepersonell å ta tak i barnas situasjon, uansett om det føles ukomfortabelt å snakke om temaet. Ved å la en slik situasjon pågå i lang tid, vil dette gjøre det vanskeligere for barnet. Opplevelsen av at mor eller far blir innlagt, skal ikke bare knyttes til negative følelser, men føles positivt og trygt. Ved å følge opp barnet på riktig måte, vil de føle seg inkludert og de vil oppleve en større trygghet og forståelse ovenfor

familiesituasjonen. Når helsepersonell er bevisste på egne handlinger, vil barnet få en bedre opplevelse (Moen 2012).

5.2 Ansvarsroller mellom foreldre og barn

Når én eller begge av foreldrene blir rammet av en psykisk lidelse, er det ofte slik at barna må bidra mer i hjemmet enn vanlig. Dette kan gjøre at barn får et stort ansvar i ung alder. For barnet er det nødvendig med oppfølging, avlastning, anerkjennelse og emosjonell støtte fra foreldrene. Ved at barna viser omsorg og påtar seg ansvarsoppgaver innenfor rimelighetens grenser, kan det bidra til både tilknytning, kontroll og opplevelsen av å være viktig. Dersom man over tid ikke er bevisst på å avgrense belastninger ansvaret kan medføre, kan det få alvorlige konsekvenser for barnet (Moen 2012).

Barna tok på seg oppgaver som f.eks. husarbeid eller å minne foreldrene på avtaler. Det som ofte ble prioritert, var å gi foreldrene trøst og kjærlighet når det var behov. De kunne også få ansvaret for yngre søsken. Barnet gikk dermed raskt over i rollen som «den voksne». Når barn får store omsorgsoppgaver benevnes det «parentifisering», altså et rollebytte mellom barna og foreldrene. Dette fører til en stor belastning for barnet, og øker risikoen for at de selv utvikler en psykisk lidelse (Helgesen 2017). Det er ulikt hvordan barn opplever det å ta «voksenrollen». Noen deltakere i våre funn har et godt forhold til sine foreldre. De opplevde glede over å kunne hjelpe sine foreldre da det letter på humøret til de voksne, slik at hjemmet fylles med mer glede. De utviklet blant annet ferdigheter som selvstendighet og ansvarlighet og de viste gode samarbeidsevner. Andre opplevde at familierelasjonen ble ødelagt og de så på det som en byrde å alltid ta vare på mor eller far.

Eriksons utviklingsteori innebærer at barn vil oppleve arbeidslyst og mestring når arbeidsoppgavene blir tilpasset til barnets alder. Dersom oppgavene er for utfordrende, kan barnet få følelsen av mindreverd. Om barnet står alene, uten noen form for støtte eller anerkjennelse, kan barnet miste motivasjon for videre læring (Brun 1993). Deltakerne fra studiene våre, som kjente på for stort ansvar, manglet ofte motivasjon i hverdagen. De følte det gikk utover tid til hobbyer og venner. Barna kjente ofte på lite sosial kontakt med jevnaldrende. Mangel på motivasjon og lite tid til seg selv kunne i tillegg gå utover konsentrasjonen på skolen. Tegn på konsentrasjonsvansker er viktige å observere, ettersom dette er en normal reaksjon hos barn med en utfordrende barndom.

I følge Helsepersonelloven §10a skal, om nødvendig, helsepersonell kartlegge hvilke konsekvenser forelderens sykdom får for barnets hverdag. For eksempel kan det kartlegges hvor mye ansvar barnet har i hjemmet, og hvorvidt barnet har overskudd og tid til aktiviteter og til å være sammen med venner. Det skal også kartlegges hvordan barnet gjør det på skolen eller i barnehagen med tanke på prestasjoner, fravær og konsentrasjon. Dette kan eventuelt tas videre med helsesykepleier (Helsedirektoratet 2017). Det er viktig at ansatte i møte med disse barna, i barnehage, skole, helsestasjonen eller på andre arenaer, blir informert om at barn ofte bagatelliserer og benekter hvordan de har det. Vi som helsepersonell må tørre å spørre de vanskelige spørsmålene til barn som kanskje sliter psykisk.

Barn må tas på alvor og følges opp Moen (2012). Våre funn viser at barn trenger en tillitsperson som lytter og kan føre en dialog. Det er viktig å vise forståelse ovenfor barnet, da flere barn sliter med å ikke ha tillit til andre enn seg selv. De vet at det de opplever hjemme er familiens hemmelighet, og er svært lojale ovenfor foreldrene. Studiene beskriver barna som at de kjente på at det var deres oppgave å passe på at ingen fikk vite noe. De satt igjen med et ansvar, skyldfølelse og en tristhet. De brukte mye energi på å være bevisst på hva de fortalte til andre, og hvilke mennesker de omgikk. Gjennom oppveksten har flere lært seg at de ikke skal kreve for mye av de voksne. Moen (2012) skriver at barn blir ekstremt tilpasningsdyktige, og gjør det de tror andre ønsker og forventer av dem.

5.3 Sykepleierens rolle ved veiledning og støtte

I våre funn forteller deltakerne at de under barndommen hadde vansker med å uttrykke seg, og satt ofte igjen med mange negative tanker og følelser. Snoek og Engedal (2017) beskriver at mangel på oppmuntring og stimulans, kan føre til avvik i den sosiale funksjonsevnen og vanskeligheter for å uttrykke egne meninger og følelser. Dette blir bekreftet i våre funn, hvor mange opplevde det vanskelig å ha en samtale om sin familiesituasjon, spesielt angående sine omsorgspersoner. I noen av artiklene kom det frem at selv om de hadde et godt forhold til mor eller far så var de bevisste på når de skulle dele egne følelser og når de måtte prioritere foreldrene. Ved å alltid være på vakt, ble de psykisk utmattet og følte at de hele tiden måtte legge til rette for foreldrene og kunne ikke uttrykke egne problemer.

Barns utvikling i ulike alderstrinn vil avhenge av deres nettverk og omsorgspersonene rundt dem. De utvikler en evne for empati, tilknytning til omsorgspersoner og moral. Deres selvstendighet vil utvikles i samsvar med hvor trygge de føler seg rundt omgivelser og omsorgspersoner (Snoek og Engedal 2017). Våre funn viser til at små barn har et begrenset ordforråd og mangel av forståelse rundt foreldrenes situasjon. Med en begrenset evne til å kommunisere verbalt, vil de reagere med aggresjon når de føler seg usikre i hjemmesituasjonen. Når de ble over 12 år, kjente flere av barna på tristhet, ensomhet og redsel. Barna dannet seg en forståelse rundt hjemmesituasjonen, men de var fremdeles ikke sikre på sine omgivelser. De ville ikke forverre sykdommen til mor eller far, og ønsket ikke at andre skulle oppdage at deres foreldre var annerledes. Dette viser til hvor viktig det er å være observante på hvor forskjellig det reageres i de ulike alderstrinnene, noe som blir belyst i Eriksons utviklingsteori (Brun 1993).

Barn som lever med mor eller far som har en depresjon, lever i en belastende livssituasjon og er dermed mer utsatt for krenkelser. Funnene beskriver at barn over 12 år søkte varme, trøst og nærhet fra andre enn omsorgspersonene da disse ofte var emosjonelt utilgjengelige. Allikevel vil ikke alle barn automatisk få psykososiale utfordringer senere i livet. Det er viktig å få frem at mange foreldre, tross sin depresjon, klarer å forholde seg sosialt til sine barn, vise interesse for dem og glede seg over samvær. Dette kan vises til våre litteraturfunn hvor barn hadde en god kommunikasjon med foreldrene under de gode periodene. Uavhengig om dette er noe foreldrene klarer, så skal helsepersonell forholde seg til barnas situasjon. Mor og far bryr seg fortsatt om sine barn tross sin sykdom, og ønsker det beste for dem. For å forebygge utvikling av psykiske lidelser hos barnet, er det viktig at hele familien tidlig får hjelp av et støtteapparat (Helsedirektoratet 2009).

Sykepleiers viktigste rolle i en slik belastende situasjon vil være å se barnet. Man må lytte til barnets tanker og følelser. Ved å tilby barnet samtale i grupper med andre barn i samme situasjon og alder, vil det gjøre det enklere for barnet å kunne være åpen. Helsepersonell skal ikke ta over foreldrerollen. Vår oppgave er å sikre ekstra støtte og å sette inn nødvendige tiltak som å snakke med forelder og barn sammen, eller å ha enkeltsamtaler med barnet. Mange uttrykte vansker ved å ha en samtale om emnet når mor eller far var i rommet, da dette var noe de gjerne ikke hadde diskutert innad i familien tidligere. Man kan da kalle barnet inn til en enkeltsamtale slik at de får et fritt rom å dele egne tanker og følelser. Som helsepersonell må man forsikre seg om at barnet føler seg ivaretatt og i

stedet for å si “kom tilbake om du vil”, må man være konkret og si “kom tilbake til avtalt tid” (Moen 2012).

Mange barn i våre funn følte på en skyldfølelse over at mor eller far var syk, og at de ikke gjorde en god nok jobb i å ta vare på dem. Helsepersonell må sørge for å forebygge denne skyldfølelsen og vise at det er hjelp å få. Man kan sette besøksbegrensning dersom forelderen er innlagt slik at barnet får en pause, og man må være oppmerksom på barns reaksjoner under en samtale (Moen 2012).

6.0 Konklusjon

Barn opplevde sin oppvekst ulikt. Hovedfunnene står i samsvar med mye av faglitteraturen. Det ble beskrevet hvordan små barn ikke forstod hva som skjedde. De kunne ikke sette ord på sine tanker og følelser, men fornemmet at noe var galt. Fra alderen 12 år og oppover forstod de mer av hva som foregikk rundt dem. De observerte og tolket omgivelsene på sin egen måte. Flertallet av barna hadde store vansker, og fikk ofte et større ansvar enn jevnaldrende. De måtte ta på seg rollen som “den voksne”, og flere av barna forteller de kjente på mangel av informasjon og/eller støtte. Dette påvirket familieforholdene og de levde med en konstant frykt og uro ovenfor sine omsorgspersoner. Barna satte foreldrenes behov framfor sine egne, og følte at foreldrene var avhengige av deres hjelp og støtte. Dette førte ofte til at de ikke visste hvordan de skulle håndtere vanskelige følelser eller tanker de selv satt igjen med.

Mange ansatte i den offentlige sektoren føler på en usikkerhet, og tar ikke alltid initiativ til å ivareta barnet. En risikerer da at tiltakene blir satt inn for sent og kan resultere i forverring av barnets situasjon og mentale helse. Det er viktig å videreformidle informasjon som omhandler ivaretagelsen av barnet under slike forhold. Vi som sykepleiere må også tørre å ta opp temaet overfor både foreldrene og barnet. Foreldre og barn har ulike behov for hjelp, men de har like behov for å bli sett og hørt. Sykepleiere har behov for mer undervisning og praksis i å føre en dialog med barn. De trenger også kunnskap om hvilke spørsmål de kan og bør stille sine pasienter, for å få et innblikk i hvordan deres barn håndterer situasjonen i hjemmet og få klarhet i hvem som har ansvaret for dem. På denne måten kan en på et tidligere tidspunkt oppdage et barn med problemer og igangsette tiltak for å bedre levekårene for både barna og foreldrene.

Vi mener det bør forskes mer og grundigere på påvirkninger i barndommen når mor eller far har en depresjon. Vi fant mange artikler som omhandlet psykisk sykdom hos foreldre generelt, men ikke like mye om depresjon. Når hver femte person i løpet av livet rammes av depresjon (Helsedirektoratet 2009), synes vi det er et viktig tema å forske videre på, da gjerne fra både barns, helsepersonells og foreldrenes perspektiv. Forskning på forebyggende tiltak og allerede eksisterende tiltak hos foreldre med depressiv lidelse og deres barn, er noe vi pr. i dag ser er for lite forsket på. Utvidet forskning vil kunne bidra med kunnskap som kan gi forbedring i støtte og behandling.

Litteraturliste

Brun, Ulla-Britta. 1993. *“Barns utvikling”*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Cummings, E. Mark, Melissa R.W. George, Kalsea J. Koss og Patrick T. Davies. 2013.
“Parental Depressive Symptoms
and Adolescent Adjustment: Responses to Children’s Distress and Representations
of Attachment as Explanatory Mechanisms.” *Parenting - Science and Practice* Vol.
13 (No.4): 213-232.
<https://doi.org/10.1080/15295192.2013.832568>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2013. “Helsinkideklarasjonen”.
Oppdatert 15.04.2013.
[https://www.etikkom.no/Aktuelt/Nyheter/2013/Sterkere-vern-for-sarbare-grupper-
i-ny-Helsinkideklarasjon/](https://www.etikkom.no/Aktuelt/Nyheter/2013/Sterkere-vern-for-sarbare-grupper-i-ny-Helsinkideklarasjon/)

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2016. “Hensyn til personer
Helsinkideklarasjonen”.
Oppdatert 27.04.2016.
[https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-
humaniora/b.-hensyn-til-personer-5---18/](https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/b.-hensyn-til-personer-5---18/)

Eines, Trude Fløystad. 2020. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde:
Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.

El-Sheikh, Mona, Ryan J. Kelly, Erika J. Bagley og Emily K. Wetter. 2012.
“Parental depressive symptoms
and children’s sleep: the role of family conflict.” *Journal of Child Psychology and
Psychiatry* Vol. 53 (No.7):806–814.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02530.x>

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data". Australian Journal of Advanced Nursing; Vol 20, NO 2.

Folkehelseinstituttet. 2011. "Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser."
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Gagne, Jeffrey R., Catherine A. Spann & Jerry C. Prater. 2013.
"Parent Depression Symptoms and Child Temperament Outcomes: A Family Study Approach." *Journal of Applied Biobehavioral Research* Vol.18 (No.4): 175-197.
<https://doi.org/10.1111/jabr.12013>

Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner*, 3 utg. Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsebiblioteket. 2016. «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie».
Oppdatert 03.06.2016. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsedirektoratet. 2009. "Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten". Oppdatert Mai 2009.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet. 2017. "Barn som pårørende". Oppdatert 28.01.2019.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsepersonelloven. *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken av 1.januar 2018. Nr. 1951).*

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10a>

Koechlin, Helen, Carolina Donado, Charles Berde & Joe Kossowsky. 2018.

"Effects of Childhood Life Events on Adjustment Problems in Adolescence: A Longitudinal Study." *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* Vol. 39 (No. 8): 629-641.

<https://insights.ovid.com/crossref?an=00004703-201811000-00004>

Legemiddelhåndboka. 2015. "T5.5 Depresjoner." Oppdatert 03.06.19.

<https://www.legemiddelhandboka.no/T5.5/Depresjoner>

Mechling, B. M. 2015.

"Across- sectional survey of the effect on emerging adults living with a depressed parent." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* Vol. 22 (No.8): 570-578.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12244>

Moen, Grete Lillian. 2012. *Barns møte med psykisk lidelse*. 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* Vol. 19 (No. 1): 19-25

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809442/>

Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V Nordheim og Liv M Reinar. 2012. *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*, 2. utg. Oslo: Akribe AS.

Norsk senter for forskningsdata (NSD). 2020. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler". Lest 25.04.2020.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Parys, Hanna Van og Peter Rober. 2013.

"Trying to Comfort the Parent: A Qualitative Study of Children Dealing With Parental Depression." *Journal of Marital and Family Therapy* Vol. 39 (No. 3): 330-345.

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x>

Parys, Hanna Van, Anke Bonnewyn, An Hooghe, Jan De Mol og Peter Rober. 2015.

"Toward understanding the child's experience in the process of parentification: young adults' reflections on growing up with a depressed parent." *Journal of Marital and Family Therapy* Vol. 41 (No. 4): 522-536.

<https://doi.org/10.1111/jmft.12087>

Petrowski, Catherine E. og Catherine H. Stein. 2016.

"Young Women's Accounts of Caregiving, Family Relationships, and Personal Growth When Mother Has Mental Illness." *Journal of Child and Family Studies* 25: 2873-2884.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-016-0441-6>

Rimehaug, Tormod. 2020. "Har pasientene dine barn?". Sykepleien.

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/11/har-pasientene-dine-barn>

Spesialisthelsetjenesteloven. *Om barneansvarlig personell mv. Av 16.juni 2017 nr.53*

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-7a>

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2018. *Psykisatri for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm

Trondsen, Marianne V. 2012.

“Living with a mentally ill parent: exploring adolescents’ experiences and perspectives.” *Qualitative Health Research* Vol. 22 (No. 2): 174-188.

<https://doi.org/10.1177/1049732311420736>

Vedlegg

Vedlegg 1: Eksempel på kvalitativ sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisen

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisen

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisen er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Forskerne ønsker i denne artikkelen å finne svar på hvordan forholdet mellom mor og datter blir påvirket både under barndommen og i senere tid. Det er relativt lite forskning på dette emnet og problemstillingen stiller til svar for vår egen problemstilling som er påvirkninger under barndommen.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som mål å finne ut hva deltakerne har opplevd i barndommen og på hvilken måte de har blitt påvirket av å ha en mor som har enten bipolar lidelse, depresjon eller schizofreni.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

De har brukt semi-strukturert intervju og tatt for seg hver enkelt av de 10 deltakerne. De har satt fokus på både positive og negative aspekt under intervjuene og belyser forskjellene på de ulike sidene. De har samlet inn data av jenter som går på universitetet og dermed ser tilbake på sin barndom.

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

De forklares at de valgte jenter fra ulike universiteter i alderen 18-25. De måtte ha hatt en barndom hvor de vokste opp med mor som hadde schizofreni, depresjon, angst eller bipolar lidelse.

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

Det blir forklart at semi-strukturerte intervjuer ble brukt. Retrospektivt.

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (feks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (feks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Alle deltakerne signerte samtykkeskjema og ble godt informert om studiets hensikt. Studien er også godkjent av etisk komité.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Det ble analysert ved bruk av mange ulike temaer og forskjeller/likheter. Det ble også gjort rede for positive og negative punkter.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (feks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Det er blitt forklart funn fra hver enkelt deltaker og dermed diskutert funnene opp imot hverandre. Det er brukt teori til å knyttes opp mot. Problemstillingen blir besvart.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Ja. Man får bedre forståelse for temaet og påvirkningskrefter i barndommen. De håper at deres studie vil motivere andre til å forske på samme emne for å forsterke forskningen.

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Childhood AND parental depress* AND Experience* OR consequenc*	03.05.2020	Ovid Medliner	17	4	2	1
Childhood AND parental depress* AND Experience*OR consequenc* Begrenset til: Published date: "2010 – current" La.exact "Norwegian" OR "Swedish" OR "English" OR "Danish"	03.05.2020	Cinahl	60	13	6	1
Child OR youth OR childhood AND parental depress* AND impact OR experience AND La.exact. ("Norwegian" OR "Swedish" OR "English" OR "Danish") Published date: "2010-current"	03.05.2020	PsycINFO	169	25	10	3
Youth and childhood AND parental depress* AND impact and experience Begrenset til: Published date: "2010-current"	06.05.2020	Wiley	469	20	8	3

Vedlegg 3: Oversikstabeller

Artikkel 1

Forfatter	Catherine E. Petrowski & Catherine H. Stein
År	2016
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Child and Family Studies
Tittel	Young Women's Accounts of Caregiving, Family Relationships, and Personal Growth When Mother Has Mental Illness
Hensikt	Hensikten med studiet var å intervju unge kvinner angående deres erfaringer med å bli oppdratt av mor som har en depressiv lidelse, schizofreni eller angst
Metode	Kvalitativ metode. Individuelle semi-strukturerte intervju.
Deltakere	10 unge kvinner i alderen 18-22 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall
Hovedfunn	Deltakerne følte en forpliktelse overfor å ta vare på familien og å være en støttespiller for mor. De følte at på et rollebytte hvor de til tider måtte ta over morsrollen og ta vare på henne. Det ble spurt om hvordan forholdet til far og søsken var med en mor som har psykisk lidelse. Her svarte en større andel at de følte et behov for å støtte hele familien. De vokste opp raskere enn andre barn på deres alder og måtte ta stort ansvar i en ung alder.
Etisk vurdering	Godkjent av institusjonens forsknings komitè. (Department og Psychology, Bowling Green State University)
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Nr. 1
Link	https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-016-0441-6

Artikkel 2

Forfattere	Helen Koechlin, Carolina Donado, Charles Berde, Joe Kossowsky
År	2018
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics
Tittel	Effects of Childhood Life Events on Adjustment Problems in Adolescence: A Longitudinal Study
Hensikt	Hensikten med studie er å utforske hvordan stressende livssituasjoner påvirker barn under oppveksten.
Metode	Longitudinell kohort studie.
Deltakere	1364 barn og deres familie fra barnet ble født til fylte 15 år.
Frafall	410 frafall. Ikke alle familiene fullførte studiet ila. 15 år.
Hovedfunn	Tidlig oppdagelse av barn som lever i en høy risiko for stressende livssituasjoner hvor f.eks. mor eller far har en psykisk lidelse er en viktig faktor. Viktigheten av å danne seg vennskap, god relasjon og emosjonell kontroll for barnet vil redusere sjansen for å utvikle psykisk lidelse eller andre sosiale plager.
Etisk vurdering	Alle inkluderte institusjoner har godkjent studiet. University of Basel i Sveits. Boston Childrens Hospital. Harvard Medical School.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Middels kvalitet.
Søk	Nr. 2
Link	https://insights.ovid.com/crossref?an=00004703-201811000-00004

Artikkel nr. 3

Forfattere	Hanna Van Parys, Anke Bonnewyn, An Hooghe, Jan De Mol, Peter Rober
År	2015
Land	Belgia
Tidsskrift	Journal of Marital and Family Therapy
Tittel	Toward understanding the child's experience in the process of parentification: young adults' reflections on growing up with a depressed parent
Hensikt	Hensikten med studiet var å utforske hvordan barndommen ble preget av å ha en foreldre med depresjon.
Metode	Kvalitativ forskning. Retrospektiv.
Deltagere	21 unge voksne alder 18-29.
Frafall	Ingen frafall.
Hovedfunn	Deltakerne fikk tidlig i barndommen ansvaret for å ta vare på familien. De forteller at de ikke kunne tatt vare på seg selv og deres følelser før de flyttet hjemmefra. At den vanskelige barndommen har preget deres egen mentale helse.
Etisk vurdering	Godkjent av institusjonene Ghent University og Ghent University Hospital.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Nr. 3
Link	https://doi.org/10.1111/jmft.12087

Artikkel 4

Forfattere	E. Mark Cummings, Melissa R.W. George, Kalsea J. Koss & Patrick T. Davies.
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Parenting - <i>Science and Practice</i> .
Tittel	Parental Depressive Symptoms and Adolescent Adjustment: Responses to Children's Distress and Representations of Attachment as Explanatory Mechanisms
Hensikt	Relasjoner mellom foreldre som har en depressiv lidelse og deres barn. Tilpasninger som barn gjør i barndommen.
Metode	Longitudinell studie over 4 perioder. Barnehagen, første klasse, andre klasse og syvende klasse.
Deltakere	320 barn. 156 gutter og 164 jenter.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Mor og fars depressive lidelse hadde konsekvenser for barnet. Foreldrene reagerer ofte med negativitet mot barnet dersom barnet trengte hjelp til ulike oppgaver. Det viste forskjellen på depresjon hos mor og far. Fars respons til barnet gir resultat som usikkert forhold mellom barn og far og mindre motivasjon til å høre på hva far sier. Dette fører til at barnet ikke oppførte seg og ofte bryter regler. Relasjon til mor med depressiv lidelse førte ofte til samme problemer hos barnet, men også økte problemer i senere år. Mangel på emosjonell kontroll, relasjonsproblemer og sosial suksess var vanlige problemer.
Etisk vurdering	Godkjent av National Institute of Mental Health.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Nr. 4
Link	https://doi.org/10.1080/15295192.2013.832568

Artikkel 5

Forfattere	Mona El-Sheikh, Ryan J. Kelly, Erika J. Bagley, Emily K. Wetter
År	2012
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Child Psychology and Psychiatry
Tittel	Parental depressive symptoms and children's sleep: the role of family conflict
Hensikt	Å utforske hvordan foreldres depresjon påvirker barnets søvnmønster.
Metode	Kvantitativ metode.
Deltagere	268 barn i 10 års alderen og deres familie
Frafall	Ingen nevnte
Hovedfunn	Foreldres depresjon er direkte knyttet til dårlig søvn hos barna. Det skapes en familiekonflikt som preges hos barnet. Fremmer viktigheten av å identifisere risiko og miljøfaktorer.
Etisk vurdering	Godkjent av National Institute of Health
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Middels kvalitet.
Søk	Nr. 5
Link	https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02530.x

Artikkel 6

Forfattere	Hanna Van Parys, Peter Rober
År	2013
Land	Belgia
Tidsskrift	Journal of Marital and Family Therapy
Tittel	Trying to Comfort the Parent: A Qualitative Study of Children Dealing With Parental Depression
Hensikt	Utforske erfaringer til barn i alderen 7-14 år og deres opplevelse med en foreldre som er innlagt på institusjon grunnet depressiv lidelse. Barnets ansvarsrolle.
Metode	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervju.
Deltagere	14 barn i alderen 7-14 og deres familie ble intervjuet
Frafall	Ingen nevnte
Hovedfunn	Barna forteller at selv om det var utfordringer i hjemmet så opplevde de å bli ivaretatt av foreldrene. Allikevel følte de seg pålagt å utføre oppgaver i hjemmet. De hadde ulike erfaringer, men opplevde ofte at distraksjoner som sport hjalp dem i hverdagen. Barna hadde bekymringer overfor forelderen.
Etisk vurdering	Godkjent av University of Leuven
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Middels kvalitet
Søk	Nr. 6
Link	https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x

Artikkel 7

Forfattere	Jeffrey R. Gagne, Catherine A. Spann, Jerry C. Prater
År	2013
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Applied Biobehavioral Research
Tittel	Parent Depression Symptoms and Child Temperament Outcomes: A Family Study Approach
Hensikt	Å utforske foreldre- og familievariabler av depresjon, personlighet og foholdskonflikter og dets påvirknings på barnets temperament, relasjon til søsken, impuls kontroll og hyperaktivitet
Metode	Kvantitativ metode. Familie studiedesign.
Deltagere	188 barn i alderen 2,5 til 5,5 år og deres familie
Frafall	Ingen nevnte
Hovedfunn	Foreldrenes depresjon var knyttet til forhøyet aktivitetsnivå av barnets temperament og sinne samt mindre impuls kontroll.
Etisk vurdering	Godkjent av University of Texas at Arlington
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. Middels kvalitet.
Søk	Nr. 7
Link	https://doi.org/10.1111/jabr.12013

Artikkel 8

Forfattere	B. M. Mechling
År	2015
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Tittel	A cross- sectional survey of the effect on emerging adults living with a depressed parent.
Hensikt	Å undersøke sammenhenger mellom psykososialt velvære hos unge voksne, og forståelsen om hvordan foreldres depresjon påvirker omsorgsinnflytelsen, stress, sosial støtte og håp gjennom barndommen.
Metode	Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie. (Retroperspektiv.)
Deltagere	120 unge voksne mellom alderen 18-25 år.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Hvordan barn tar på seg ansvarsrollen fra tidlig aldrer. Viser til at barn har behov for undervisning/opplæring av foresattes depresjon slik at de kan oppnå en større forståelse, og ikke tro at det er deres feil. Som de kan bedre barns forhold med foreldre, og forbedre barns oppvekst og unge voksne liv.
Etisk vurdering	Godkjent av the Institutional Review Board
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Nr. 8
Link	https://doi.org/10.1111/jpm.12244

Artikkel 9

Forfattere	Marianne V. Trondsen
År	2012
Land	Norge
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Tittel	Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives
Hensikt	Å undersøke de emosjonelle utfordringene barn og unge med foreldre med depresjon går gjennom. Hvordan man kan hjelpe dem å håndtere ulike problemstillinger, slik at de kan få en bedre hverdag. Se om "Selv-hjelp gruppe" kan være et hjelpemiddel.
Metode	Kvantitativ metode. (Retroperspektiv.)
Deltagere	En gruppe ungdommer mellom alderen 15-18 år. (600 meldinger fra selv-hjelp gruppe.)
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Ungdommene føler de trenger mer informasjon av helsevesenet om deres foreldre depressive lidelse. De var redde for hva som var neste, om det kunne ende med selvmord. Mange følte seg ensomme og alene i situasjonen. Flere av ungdommene ønsket mer informasjon og veiledning, for å forstå sykdomsforløpet til sine foresatte.
Etisk vurdering	Godkjent av the Regional Committee for Medical Research Ethics in Norway and Norwegian Social Science Data Services.
Vurdering av kvalitet	Nivå 2. God Kvalitet.
Søk	Nr. 9.
Link	https://doi.org/10.1177/1049732311420736

Artikkel 10

Forfattere	Elaine Mordoch
År	2010
Land	Canada
Tidsskrift	Journal Of The Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry 19;1
Tittel	How Children Understand Parental Mental Illness: "You don't get life insurance. What's life insurance?"
Hensikt	Å kunne forstå hvordan barn opplever å leve med foreldre som har psykisk sykdom og hva de ønsker å uttrykke
Metode	Kvalitativ studie.
Deltagere	22 barn, 14 gutter og 8 jenter. 6-16 år
Frafall	Ingen kjente frafall.
Hovedfunn	Barns oppfatning av å leve med en forelder med en psykisk lidelse, og hvordan barn forstår og lærer om diagnosen. Hvordan opplevde de å få informasjon, også at de kjenner på mangel på informasjon om foreldrenes situasjon. De ønsket at helsepersonell og foreldre skulle være ærlig ovenfor barnet om helsen til foreldrene, og at de på denne måten kan minske bekymringer. Barna ønsket også at helsepersonell kan samarbeide for å imøtekomme deres behov.
Etisk vurdering	Nevnes ikke om den er godkjent av en etisk komite. Forskerne bevarer taushetsplikt og barna under 18 år har fått samtykke av foreldrene til å bli intervjuet.
Vurdering av kvalitet	Nivå 1. God kvalitet.
Søk	Nr. 10
Link	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809442/