



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Barn med psykisk syke foreldre/Children with mentally ill parents

Kandidatnr: 54

Totalt antall sider inkludert forsiden: 58

Molde, 31.05.19



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:

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: 18.02.19

Antall ord: 10858

Forord

Do all kids have to worry about their parent's mental health? The way society is set up, parents are supposed to be the grown-up ones and look after the kids, but a lot of times it's the other way around (Ozeki 2013).

Sammendrag

Bakgrunn: I 2011 ble det anslått at det var 410 000 barn i Norge som hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse. Selv om en forelder har en psykisk lidelse, kan de oppleve lettere plager som ikke påvirker foreldrerollen. Dersom en kun regnet med de psykiske lidelser som nedsetter foreldrefunksjonen var tallene 135 000 barn i Norge.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer barn og unge har med å ha foreldre som har en psykisk lidelse.

Metode: En litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Litteraturstudien viser at barn med psykisk syke foreldre erfarer ulike utfordringer. Mange barn opplevde mangel på både informasjon og støtte. Barna opplevde parentifisering, stigmatisering, og en rekke vanskelige følelser. For å takle utfordringene brukte barna ulike mestringsstrategier.

Konklusjon: Barn av psykisk syke er en sårbar pårørende gruppe. Det er viktig at sykepleiere, helsepersonell, og lærere identifiserer denne gruppen slik at de kan få tidlig hjelp og rett støtte. Dette er nødvendig for at barna skal kunne håndtere foreldrenes psykiske lidelse best mulig.

Nøkkelord: Foreldre, psykisk syk, barn, unge, erfaring

Abstract

Background: In 2011 it was estimated that 410 000 children have got either one or both parents with a mental illness in Norway. However, even though a parent has a mental illness, they can experience mild symptoms which do not affect their parenting. If we only included the mental illnesses which had a severe impact on the parenting role, the numbers were 135 000 children in Norway.

Purpose: The aim of the study was to explore children and adolescents' experiences of having a parent with a mental illness.

Method: A literature study based on 10 qualitative research articles.

Results: The findings show that children with mentally ill parents experience a variety of challenges. Many children experienced both lack of information and support. The children experienced parentification, stigma, and numerous difficult emotions. To deal with the challenges, the children adapted a variety of different coping strategies.

Conclusion: Children with mentally ill parents are a vulnerable group. It is important that nurses, health professionals, and teachers identify these children, so that they can receive the help and support they need. This is necessary so that the children can deal with their parents mental illness the best possible way.

Keywords: Parent, mental illness, child, adolescent, experience

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Litteraturstudiets hensikt	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Psykiske lidelser	2
2.2 Barn og unge som pårørende	3
2.3 Barns utvikling	4
2.4 Resiliens, risiko og beskyttelse	5
2.5 Aktuelt lovverk	5
3.0 Metodebeskrivelse	7
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
3.2 Datainnsamling	8
3.3 Søkestrategi	8
3.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	9
3.5 Analyse	10
4.0 Resultat	12
4.1 Mangel på informasjon	12
4.2 Inntar en voksenrolle	13
4.3 Stigmatisering	14
4.4 Barns vanskelige følelser	15
4.5 Barns ulike mestringsstrategier	17
5.0 Diskusjon	19
5.1 Metodediskusjon	19
5.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	19
5.1.2 Datainnsamling og søkestrategi	20
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	20
5.1.4 Analyse	21
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Mangel på informasjon	21
5.2.2 Inntar en voksenrolle	24
5.2.3 Stigmatisering	25
5.2.4 Barns vanskelige følelser	27
5.2.5 Barns ulike mestringsstrategier	28

6.0 Konklusjon.....	31
6.1 Forslag til videre forskning	31
Litteraturliste.....	32

Vedlegg 1 P(IC)O-skjema

Vedlegg 2 Oversiktstabell søkehistorikk

Vedlegg 3 Oversiktstabell av de inkluderte artiklene

Vedlegg 4 Hovedfunn i artiklene

Vedlegg 5 Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier

1.0 Innledning

I følge Torvik og Rognmo (2011) ble det anslått at 410 000 barn, det vil si 37,3 % av alle barn i Norge hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse. Dette tilsier at det er relativt vanlig å ha en forelder som er psykisk syk. Selv om en forelder har en psykisk lidelse, kan de oppleve lettere plager som ikke påvirker foreldrerollen. Dersom en kun regnet med de psykiske lidelser som nedsetter foreldrefunksjonen var tallene 135 000 barn, altså 12,2 % av alle barn i Norge. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har høyere risiko for å utvikle egne emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige problemer enn andre barn. De har i tillegg større risiko for å oppleve dårligere foreldrefungering, konfliktfylt familiesamspill og omsorgssvikt (Haugland et al. 2015).

Denne litteraturstudien har temaet: Barn med psykisk syke foreldre. Temaet er omfattende, spennende og ikke minst et viktig tema for ikke bare fremtidige sykepleiere, men også alle som jobber innenfor helse og alle områder hvor en kan møte på barn. Det er et tema som jeg selv har personlige erfaringer med, og noe som jeg alltid har hatt lyst til å få større innsikt i.

I løpet av mine tre år på sykepleierstudiet har jeg hatt mye kontakt med pasienter både i somatikken og i psykiatrien. Jeg har dessverre hatt lite kontakt med barn som er pårørende til psykisk syke. Barn er en pårørendegruppe som man møter på både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor relevant for sykepleiere å tilegne seg mer kunnskap og forståelse om temaet slik at man kan ivareta barna og deres behov på en god og omsorgsfull måte.

1.1 Litteraturstudiens hensikt

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer barn og unge har med å ha foreldre som har en psykisk lidelse.

2.0 Teoribakgrunn

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg relevant teori knyttet til litteraturstudiets hensikt. Blant annet teori om psykiske lidelser, barn og unge som pårørende, barns utvikling og aktuelt lovverk.

2.1 Psykiske lidelser

Helgesen (2017) henviser til Dahl et. Al (1994) sin definisjon av en psykisk lidelse:

En psykisk lidelse kjennetegnes av tydelige psykologiske og/eller atferdsmessige endringer i form av

- Smertefulle eller plagsomme symptomer og/eller nedsatt atferdsmessig funksjon på viktige områder
- Negative endringer på det mentale området som påvirker tenkning, emosjoner og/eller impuls kontroll
- Negative atferdsendringer som påvirker familieliv og seksualitet, arbeid og utdanning, fritidssysler og økonomiske forhold
- Lav selvfølelse og nedsatt evne til å danne gode relasjoner til andre mennesker (Helgesen 2017, 259).

De lidelsene som har høyest forekomst og komorbiditet er angst- og stemningslidelser. En angstlidelse kjennetegnes gjerne av fire symptomer. Man har fysiologiske symptomer som hjertebank, svette og muskelspenninger. Så preges den av kognitive feiltolkninger; som for eksempel at pasienten tror at hun er alvorlig syk og kommer til å dø. Videre er det symptomer på et atferdsmessigplan, som for eksempel skjelving eller tilstivning. Det siste symptomet er emosjonelle symptomer, som å være livredd. Angstlidelser varierer i både omfang og styrke. Det er panikkangst som er den alvorligste, fordi et panikkanfall kan opptre uten forvarsel og skyldes sterk aktivering. Videre kan angst inndeles i ulike fobier og generalisert angst (Helgesen 2017).

Stemningslidelser består av depresjoner og bipolar lidelse. Depresjonene er preget av et svært lavt stemningsnivå, interesseløshet og en mangel på energi. I noen tilfeller kan det oppstå symptomer som vekttap, smerter og hemmet motorikk. Depresjoner kan gi en høyere selvmordsrisiko. Pasienter med bipolar lidelse, veksler mellom depressive og maniske episoder, ofte med normale perioder i mellom. Under maniene er stemningsnivået

uvanlig høyt. Pasientene er sterkt oppstemte, snakker i ett kjø, kan ha høyt energi- og aktivitetsnivå. Irritabilitet og aggresjon kan også være følge av en manisk episode (Helgesen 2017).

Psykosene er inndelt i tre hovedgrupper: schizofreni, psykoser og akutte, forbigående psykoser. Schizofreni er den alvorligste og hyppigste forekomsten av de psykotiske lidelsene. Schizofreni kjennetegnes av realitetsbrist, der de mest sentrale symptomene er vrangforestillinger og hallusinasjoner. Det er noen pasienter med schizofreni som blir tilbaketrekkende. Paranoide psykoser blir kjennetegnet av vrangforestillinger. Akutte psykoser er forbigående og utløses direkte av stress (Helgesen 2017).

Personlighetsforstyrrelser er tilstander som betegnes av avvik i individets personlighetsutvikling. Man kan betegne de som utviklingsforstyrrelser, men genetik kan være involvert. Man skiller mellom eksentriske, dramatiske og engstelige forstyrrelser. De dramatiske forstyrrelsene består av dyssosial og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (ICD-10), borderline og narsissistisk personlighetsforstyrrelse (DSM-5). Disse blir regnet som de mest alvorlige. Personer som har engstelige forstyrrelser er preget av angst, bekymringer og er gjerne avhengig av andre. Personer med eksentriske forstyrrelser har ofte problemer med sosial tilpasning (Helgesen 2017).

De ulike symptomene på psykiske lidelser er eksempler på hva barn av psykisk syke kan måtte forholde seg til i hverdagen sin. Foreldrenes atferd kan føre til at barnet må forholde seg til uforutsigbarhet og kan bli utsatt for vanskelige situasjoner.

2.2 Barn og unge som pårørende

Med barn som pårørende menes barn som pasienten har omsorgsansvar for, uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Det kan være biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Med foreldre menes det alle som har omsorgsansvar for barn, barnets foreldre, steforeldre, fosterforeldre og eventuelt andre dersom de fyller foreldrerollen for et barn. Mindreårige barn av pasient omhandler barn under 18 år (Helsedirektoratet 2010).

Det er viktig at når begrepet pårørende brukes om barn, må det ikke forstås slik at barn skal ivareta foreldrenes behov. Et barn skal fortsatt beholde sin rolle som et barn, og de

skal ikke ta på seg voksenoppgaver når foreldrene ikke klarer å utføre omsorgsoppgavene sine (Helsedirektoratet 2010).

Felles for barn og unge som er pårørende, er at foreldrene har definerte sykdomstilstander som er innen en av de tre kategoriene: psykisk syke, rusmiddelavhengige og somatisk syke. Utenom dette trenger ikke barna å være like eller ha noen fellestrekk. Barna er ulike med hensyn til alder, utvikling, personlighet og evner. Barn som pårørende er utsatt for ulike utfordringer og er ekstra sårbare, men likevel må de også ses på ut fra et mestrings- eller resiliensperspektiv (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012).

2.3 Barns utvikling

Kunnskap om barns utvikling er relevant da den vil hjelpe sykepleiere å vurdere hvor det enkelte barn befinner seg utviklingsmessig. Det er viktig for å kunne tone seg inn til barnets nivå, og for å skape et felles utgangspunkt for å kommunisere med barnet. Sykepleiere kan da enklere støtte barnet på et nivå som er riktig for dem. Kunnskap om barns utvikling og tilknytning til omsorgspersoner vil danne et grunnlag for å forstå og støtte barn og foreldrene i vanskelige situasjoner (Nordenhof 2012).

Dersom foreldrene ikke er i stand til å være psykisk tilstede og reagere hensiktsmessig på barnets signaler, har barna en risiko for å bli forstyrret i utviklingen sin (Nordenhof 2012). I følge Kvello (2010) kan foreldrenes psykiske lidelse ha en innvirkning på barnets utvikling. Man ser gjerne at konsekvensene for barnet blir større, jo tidligere i barnets liv omsorgsperson blir psykisk syk. Konsekvensene for barnet blir verre, desto mer alvorlig den psykiske lidelsen er, og jo lengre tidsperiode foreldrenes psykiske lidelse varer. Man ser også at barn kan rammes mer dersom det er mor som er psykisk syk, og verst dersom begge foreldrene er psykisk syke (Kvello 2010).

Det er vanlig å avgrense utviklingsbegrepet fra perioden barnet er født og frem til ca. 20 års alderen da de er betegnet som unge voksne. Man kan definere utvikling som tidsbestemte endringer (Helgesen 2017). Teoretikeren Erik Erikson står bak en av de mest kjente utviklingsteoriene. Han mener at utviklingens forløp ikke skjer kontinuerlig men at den går gjennom åtte ulike stadier gjennom hele livsløpet. Overgangene mellom hvert stadie omtaler han som kriser. Erikson hevder at i hvert stadium er det en spesifikk oppgave som krever en løsning slik at barnet kan gå over til neste stadium. Erikson har

definert både en positiv og en negativ løsning for hver krise. Dersom barnets behov blir møtt vil de utvikle en positiv grunnholdning, mens hvis de ikke blir ivare tatt vil de utvikle en negativ grunnholdning (Helgesen 2017).

Jeg har valgt å definere de stadiene som handler om barn fra alderen 4-26 år, da det er denne aldersgruppen jeg har mest fokus på i litteraturstudien.

- **Initiativfasen** - Initiativ vs. skyldfølelse (ca. 3-6 år). I denne fasen trenger barnet frihet til å utforske og svar på sine mange spørsmål om verden.
- **Ferdighetsfasen** - Arbeidslyst vs. mindreverd (ca. 6-12 år). I denne fasen trenger barnet tilpassende oppgaver som gir opplevelse av mestring.
- **Puberteten** - Identitet vs. rolleforvirring (ca. 12-20 år). I denne fasen tester den unge ut sin selvstendighet under voksen veiledning og korreksjon.
- **Ung voksen** - Intimitet vs. isolasjon (ca. 20-40 år). I denne fasen vil individet lykkes ved å knytte nære og varige relasjoner (Helgesen 2017).

2.4 Resiliens, risiko og beskyttelse

Resiliens er et begrep som defineres som sunn utvikling til tross for erfaringer med alvorlig risiko. Resiliente barn klarer seg selv om de møter mye motstand og utfordringer i oppveksten. Risikofaktorer forklares som alt som øker sannsynligheten for skade eller sykdom hos menneskene som utsettes for dem. For barn vil alt som hindrer dem i å få tilfredsstilt sine grunnleggende behov, bestå av risiko. Dette kan for eksempel være faktorer som truer barnets tillit til og trygghet til andre mennesker. Det er viktig å påpeke at alle risikofaktorer ikke er like alvorlige. Risikofaktorer kan variere i intensitet, de kan være akutte eller kroniske, og de kan opptre isolert eller sammen med andre risikoer. En ser at barn er utstyrt med beskyttelsesfaktorer som reduserer effekten av risiko. Beskyttelsesfaktorer kan variere fra barnets personlige egenskaper til sosiale beskyttelser som slektninger, lærere osv. Når barnets beskyttelsesfaktorer er så sterke at de hindrer alvorlig problemutvikling, har barnet oppnådd resiliens (Helgesen 2017).

2.5 Aktuelt lovverk

I Helsepersonelloven § 10a sies det følgende om helsepersonells plikt om å ivareta barn som er pårørende:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (Helsepersonelloven, § 10a, 1999).

Formålet med loven er å sikre at barna blir fanget opp tidlig og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Målet er i tillegg å forebygge problemer hos barn og foreldre (Helsedirektoratet 2010).

I spesialisthelsetjenesteloven §3-7a sies det følgende om barneansvarligpersonell:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell. Barneansvarlig personell skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn eller søsken av slike pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-7a, 1999).

I tillegg finnes barnevernloven § 1-1 som sier at:

Loven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Loven skal bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse og at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår (Barnevernloven §1-1, 1992).

3.0 Metodebeskrivelse

I følge Dalland (2012) er en metode en fremgangsmåte som skal bidra til at man kan løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Hensikten kan besvares ved at det velges en relevant metode som vil gi god data og faglige begrunnelser. I denne bacheloroppgaven er metoden en litteraturstudie. Den er avgrenset til å studere ti kvalitative originalartikler som fokuserer på barnets erfaringer med å ha foreldre som har en psykisk lidelse. En litteraturstudie baserer seg på skriftlige kilder som blir systematisert og vurdert ut i fra studiens hensikt. De kvalitative metodene tar sikte på å registrere mening og opplevelse, som ikke kan bli tallfestet eller målet (Dalland 2012). I metodebeskrivelsen tar jeg for meg mine inklusjons- og eksklusjonskriterier, datainnsamling, søkestrategi, kvalitetsvurdering og etiske hensyn og tilslutt analyse.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier blir brukt for å avgrense og systematisere litteratursøket (Nortvedt et al. 2012). Ved å ha gode og tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier blir det enklere å strukturere søkene og finne relevante artikler til litteraturstudiens hensikt.

Inklusjonskriterier:

- Artiklene skal være i et pårørende perspektiv, barnets erfaringer.
- Kvalitative artikler.
- Artikler skrevet på norsk eller engelsk.
- Artiklene omhandler barn og unge som lever eller har levd med en eller flere psykiske foreldre.
- Artiklene kan inneholde alle former for psykiske lidelser.
- Originalartikler som er fagfellevurdert.
- Godkjent av etisk komite/etiske hensyn.

Eksklusjonskriterier:

- Kvantitative artikler.
- Artikler som er fra land med ikke-vestlig kultur.
- Review- og fagartikler.
- Artikler som er eldre enn ti år.

3.2 Datainnsamling

Jeg fant fort ut at jeg hadde behov for ekstra veiledning med databasesøkene og bestilte meg en time med bibliotekar. Bibliotekaren hjalp meg med å velge ut de søkeordene som var mest egnet til min hensikt og veiledet meg i hvordan jeg skulle bruke de ulike databasene på hensiktsmessige måter. Jeg brukte et PICO-skjema før jeg begynte å søke på artikler i databasene. I følge Nortvedt et al. (2012) representerer begrepet PICO en måte å dele opp hensikten på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte. Hver bokstav i PICO betegner bestemte elementer som ofte blir brukt ved kliniske spørsmål: P = population/problem, I = intervention, C = comparison og O = outcome (Nortvedt et al. 2012). Jeg kom frem til at min hensikt består verken av elementet I-intervensjon eller C-comparison. Dette var fordi jeg ikke skulle vurdere noe intervensjon og heller ikke sammenligne noe. Dermed ble kun bokstavene P og O brukt for å finne relevante artikler. Under bokstaven P brukte jeg: «Psychiatr*», «Mental* ill*», «Mental disorder*», «Parent*», «Mother*», «Father*». Under bokstaven O brukte jeg: «Child*», «Adolescen*», «Teen*», «Youth*» og «Experienc*» (se vedlegg 1). Søkene ble avgrenset til kun norske og engelske artikler, artikler fra 2008 – nåværende og kvalitativ forskning.

3.3 Søkestrategi

Databasene som var mest relevante for min hensikt var OvidMedline, PsychInfo og ProQuest. I de ulike databasene fylte jeg inn alle søkeordene på en oversiktlig måte ved hjelp av P(IC)O-skjemaet mitt. Jeg brukte trunkering (*) på nesten alle søkeordene for å øke antall treff. Ved å bruke trunkering, søker man på stammen av et ord, slik at man får med seg alle variantene av ordet (Nortvedt et al. 2012). Jeg brukte kombinasjonsordene OR og AND for å kombinere søkeordene. OR ble brukt for å utvide søket og AND ble brukt for å avgrense søket (Nortvedt et al. 2012).

Det første søket ble utført i databasen OvidMedline, den 06.03.19 (se vedlegg 2). I dette søket fikk jeg treff på 183 artikler, hvor jeg leste gjennom alle titlene og valgte ut 16 artikler for å se nærmere på sammendragene. Jeg leste gjennom tre artikler, og valgte å inkludere to (Foster 2010 og Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014).

Det andre søket ble utført i databasen PsychInfo, den 06.03.19. Her fikk jeg treff på 211 artikler, hvor jeg plukket ut 19 som virket å ha passende titler. I dette søket fikk jeg også

treff på de artiklene som jeg allerede hadde funnet på OvidMedline. Deretter leste jeg gjennom sammendragene og valgte ut en artikkel som jeg ønsket å inkludere (Duncan og Browning 2009).

ProQuest var det tredje søket som ble utført den 06.03.19 hvor jeg fikk 1174 treff. Her lagret jeg søket og leste gjennom titlene på artiklene i løpet av noen dager. Jeg leste gjennom alle titlene og plukket ut 38 artikler som jeg syntes passet best til min hensikt. Videre leste jeg sammendragene på de 38 artiklene, for så å velge ut ca. 14 artikler som jeg leste gjennom. Av de 14 artiklene valgte jeg å inkludere fem (Trondsen 2012, Mordoch og Hall 2008, Griffiths et al. 2012, Bee et al. 2013 og Backer et al. 2016).

To av de inkluderte artiklene ble utført gjennom manuelle søk, dette ved å finne de i litteraturlister til de allerede inkluderte artiklene. I litteraturlisten til forfatteren Trondsen (2012) fant jeg artikkelen til Fjone og Ytterhus (2009). Videre fant jeg artikkelen til Ostman (2008) i litteraturlisten til forfatterne Nilsson, Gustafsson og Nolbris (2014).

3.4 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

For å kritisk vurdere artiklene brukte jeg «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» (Helsebiblioteket 2018). Sjekklisten besto av ti spørsmål, som ble besvart med enten «ja», «uklart» og «nei» med tips til begrunnelse. Jeg valgte å bedømme kvaliteten på artiklene ut i fra min egen helhetsvurdering. I tillegg så jeg på hvor mange av punktene i sjekklisten som ble besvart med «ja». Dersom alle spørsmålene i sjekklisten ble besvart med «ja», vurderte jeg artikkelen som meget god, dersom ett spørsmål ble besvart med «nei» eller «uklart», vurderte jeg artikkelen som god. Svarte artiklene «nei» eller «uklar» på flere enn et spørsmål forkastet jeg artikkelen. Av de inkluderte artiklene, vurderte jeg seks artikler som meget god, og fire artikler som god (se vedlegg 5). Alle artiklene som jeg valgte å inkludere hadde klare og relevante hensikt, og brukte kvalitativ metode. Artiklene belyste barnets perspektiv, og var derfor relevante i forhold til min hensikt. Artiklene ble også vurdert i forhold til mine inklusjons- og eksklusjonskriterier. For å sjekke at artiklene var fagfellevurdert, ble artiklene kvalitetssikret gjennom NSDs (norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) database for statistikk for høyere utdanning.

Etiske vurderinger vil si at man tenker gjennom utfordringer som arbeidet kan medføre. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet til deltakerne, og å sikre troverdigheten

til forskningsresultatene (Dalland 2012). Mine etiske krav og overveielser til de inkluderte artiklene var at de skulle være godkjent av en etisk komité, eller at det ble tatt hensyn til etiske forhold. Deltakerne i studiene må ha samtykket, eller at foreldrene til barn under 18 år har samtykket til barnets deltagelse i studien. Ni av de inkluderte artiklene var godkjent av en etisk komité, og en artikkel hadde tatt hensyn til etiske forhold.

Min forforståelse om temaet er at jeg tror at barn av psykisk syke er en sårbar og usynlig pårørendegruppe. Jeg tror at de ikke får den oppmerksomheten og støtten som de trenger. Jeg er av den oppfatning at det er blitt mer fokus på psykisk helse de siste årene. Til tross for dette, tror jeg det fortsatt eksisterer mye stigmatisering knyttet til pasienter med psykiske lidelser og deres pårørende. På grunn av mine personlige erfaringer med temaet, kan dette være med på å prege det jeg skriver. Siden jeg er bevisst på min forforståelse rundt temaet, kan jeg dermed klare å skille den forståelsen fra den nye forståelsen jeg får etter hvert.

3.5 Analyse

I følge Dalland (2012) er analyse et granskingsarbeid der utfordringen handler om å finne ut hva materialet har å fortelle. For å analysere de inkluderte artiklene valgte jeg Evans (2002) sin syntese prosess, som består av fire steg:

Det første steget i Evans (2002) er å samle inn data gjennom systematiske litteratursøk. I dette første steget ble det inkludert 10 kvalitative artikler, som ble beskrevet i søkestrategien.

Det andre steget i Evans (2002) er å lese artiklene gjentatte ganger og videre identifisere nøkkelfunn i hver artikkel. Jeg leste gjennom artiklene hver for seg først en gang og skrev korte sammendrag fra hver artikkel for å få en helhetlig oversikt (se vedlegg 3 under hovedfunn). Deretter, leste jeg gjennom de på nytt mer grundig for å plukke ut nøkkelfunnene fra resultatdelen i hver artikkel. Jeg markerte hovedfunnene med ulike fargeblyanter i alle artiklene, eksempelvis fikk funnet «mangel på informasjon» grønn farge og «stigmatisering» fikk fargen oransje. Ved å gjøre dette kunne jeg enklere se hvilket funn som gikk igjen i artiklene.

Det tredje steget i Evans (2002) består i å identifisere hovedfunnene på tvers av artiklene. Først identifiserte jeg hovedfunnene og sorterte de i kategorier og deretter undersøke jeg analysen. Jeg sammenliknet alle funnene i hver artikkel opp mot hverandre og plukket ut de funnene som jeg mente var viktigst å belyse.

Det siste steget i Evans (2002) består av å sammenfatte hovedfunnene og danne felles funn for å beskrive fenomenet. Jeg nummererte artiklene og laget en tabell som viser at hovedfunnene går igjen (se vedlegg 4). Gjennom dette steget ble det identifisert fem hovedfunn som vil bli utdypet nærmere i studiens resultatdel.

4.0 Resultat

Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer barn og unge har med å ha foreldre som har en psykisk lidelse. I denne delen av oppgaven presenteres hovedfunnene i litteraturstudien som ble identifisert i analysen:

- Mangel på informasjon
- Inntar en voksenrolle
- Stigmatisering
- Barns vanskelige følelser
- Barns ulike mestringsstrategier

4.1 Mangel på informasjon

Et hovedfunn var mangelen på informasjon knyttet til foreldrenes psykiske lidelse. Mange barn erfarte å få lite eller ingen informasjon om foreldrenes sykdom. Den manglende informasjonen førte til at barna satt med mange ubesvarte spørsmål som videre førte til bekymring, redsel og frustrasjon (Foster 2010, Trondsen 2012, Mordoch og Hall 2008, Griffiths et al. 2012, Bee et al. 2013, Ostman 2008, Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, Fjone og Ytterhus 2009 og Backer et al. 2016). Dette beskrev ei jente: “Our imagination and thoughts are running wild, and constantly wondering, constantly trying to figure things out ourselves, can be much worse than dealing with the truth” (Trondsen 2012, 179).

Mange barn påpekte hvor viktig det var å vite om foreldrenes psykiske lidelse så tidlig som mulig, dette var blant annet for å unngå å være forvirret og bekymret. I noen tilfeller fikk barna først vite om foreldrenes sykdom da foreldrene forsøkte å ta selvmord, forsvant, ble psykotiske eller ble innlagt på psykiatrisk sykehus. Ved å ikke vite om foreldrene psykiske lidelse på forhånd ble disse situasjonene svært skumle og smertefulle. Barna fikk en følelse av å være usynlige da de verken fikk informasjon fra sin nærmeste familie, slektninger eller helsepersonell (Trondsen 2012 og Ostman 2008).

Gjennom oppveksten følte flere barn på at noe var galt med foreldrene, men de viste nødvendigvis ikke at dette hadde en sammenheng med foreldrenes psykiske lidelse. I studien til Foster (2010, 3145), sa en deltaker:

I knew from a fairly early age that there was something definitely weird about her and that she wasn't quite right, but... we didn't know she had schizophrenia. Nobody sort of said to us 'your mother has a mental illness'. I didn't find out until I was 15 and that was by accident (her aunt had mentioned it assuming she already knew).

I studien til Foster (2010) var det seks av ti foreldre som ikke hadde fått sin psykiske diagnose før barna var blitt voksne. Dette førte til at barna ikke hadde tilgang til noe form for informasjon eller støtte gjennom hele oppveksten.

De barna som hadde kjennskap til foreldrenes psykiske lidelse kunne bedre forstå foreldrenes atferd, og tilpasse seg den. Det ble også belyst at kunnskap og forståelse gjerne hadde en sammenheng med alderen på barna, og at de eldre barna bedre forsto sammenhengen mellom foreldrenes psykiske lidelse og ulike symptomer. Litteraturstudien viste at de barna som bodde alene med den syke forelderen hadde mindre kjennskap til foreldrenes psykiske lidelse, og strevde mer med å forstå hva som foregikk. Barna som i tillegg hadde én frisk forelder, hadde en større forståelse, og var i bedre stand til å tolke og håndtere foreldrenes atferd (Mordoch og Hall 2008 og Backer et al. 2016).

Det kom tydelig frem i litteraturstudien at barna ønsket mer informasjon og støtte, og de erfarte at det var vanskelig å få tilgang til det. Barna opplevde at dersom de hadde mer informasjon kunne dette bidra til å redusere usikkerhet og vanskelige følelser. I tillegg kommer det frem at mer kunnskap om sykdommen ville gjort det enklere for barna å akseptere foreldrenes lidelse (Mordoch og Hall 2008, Trondsen 2012, Griffiths et al. 2012 og Backer et al. 2016). Dette var noe et barn belyste i studien til Griffiths et al. (2012, 77): "It would have helped me to understand it more, even though I was young... it would have helped me to... deal with it".

4.2 Inntar en voksenrolle

Litteraturstudien påpekte barns ansvarsroller. Barna tok på seg omsorgsroller ovenfor seg selv, søsken og foreldrene. De hadde praktiske oppgaver i hjemmet som husarbeid, vasking og matlaging (Foster 2010, Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, Trondsen 2012, Mordoch og Hall 2008, Griffiths et al. 2012, Bee et al. 2013, Fjone og Ytterhus 2009, Ostman 2008 og Backer et al. 2016). Et barn beskrev følgende: "I do all the washing and

ironing. I just help out really wherever it needs... if she's ill I'll do the whole house” (Griffiths et al. 2012, 74).

Det ble en form for rollebytte, spesielt når forelderen hadde en dårlig sykdomsperiode. Et barn sier: “My role as the child was never as a child, mine was as a parent and so I had to raise my younger brothers and sisters and do the cooking, so I probably learned to do the cooking when I was 3” (Foster 2010, 3147). Barna følte at de ikke hadde noe valg, og at de måtte bidra. Barna følte at foreldrene ikke var i stand til å utføre sine foreldreroller og ansvarsoppgaver (Foster 2010, Ostman 2008 og Griffiths et al. 2012). Barna fortalte: “My parent does not manage parenting” eller “My parent doesn't take enough care of me” (Ostman 2008, 356). Videre sier et barn: “I felt like I had to look after myself, and I was quite happy to do that, but I guess I didn't really feel much like a child” (Duncan og Browning 2009, 81).

Barna følte at de var annerledes enn sine jevnaldrende, spesielt på grunn av at de hadde andre oppgaver og roller i hjemmet enn andre barn (Bee et al. 2013, Ostman 2008 og Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014). Barna forsøkte å ta ansvar i hjemmet for å unngå belastninger for foreldrene. De var redd for at hvis de ikke utførte arbeidsoppgaver riktig eller bra nok kunne foreldrene reagere (Mordoch og Hall 2008 og Griffiths et al. 2012).

I noen tilfeller opplevde barna at det var en positiv erfaring å ha mye ansvar. Barna beskrev at de ble mer modne, selvstendige, og fikk positiv oppmerksomhet fra andre voksne. Barna kunne verdsette at ansvaret hadde bidratt til at de utviklet personlige egenskaper til tross for at ansvarsrollene var store påkjenninger både fysisk og psykisk (Foster 2010, Ostman 2008 og Backer et al. 2016). Dette beskrev et barn: “In comparisons with my friends who have lived in a secure environment with healthy parents with no difficulties I have had the opportunity to mature” (Ostman 2008, 356).

4.3 Stigmatisering

I litteraturstudien kom det tydelig frem at barna opplevde foreldrenes psykiske lidelse som stigmatiserende. Dette var spesielt i perioder hvor foreldrene kunne oppføre seg unormalt utenfor hjemmet. Følelsen av stigma kunne forsterkes dersom unormal atferd oppsto offentlig, som for eksempel når foreldrene ropet høyt i butikken, snakket for mye eller gikk ut i grøften. Barna var også redde for å ha med seg venner hjem fra skolen fordi de

ikke viste hvilket humør foreldrene var i, og ville ikke risikere at foreldrene kunne oppføre seg unormalt fremfor vennene sine. Barna ville ikke skille seg ut og ønsket ikke å bli sett på som annerledes enn andre barn (Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, Duncan og Browning 2009, Trondsen 2012, Mordoch og Hall 2008, Griffiths et al. 2012, Bee et al. 2013, Fjone og Ytterhus 2009, Ostman 2008 og Backer et al. 2016).

For å beskytte seg selv og familien valgte barna kun å fortelle personlige erfaringer med personer de stolte på, som for eksempel nære venner. Ved å dele erfaringer med andre følte de seg ikke like isolert. Tillit var viktig for at barna skulle åpne seg opp. De yngre barna åpnet seg mest kun til andre familiemedlemmer og slektninger. I noen tilfeller hadde foreldrene sagt at barna ikke fikk lov å fortelle noe til andre. Barna var redde for hvordan andre utenfor familien ville reagere på informasjonen de delte. Dette kom frem i studien til Mordoch og Hall (2008, 1134): “Actually I don’t tell my friends about it, because I don’t share with people that are not family”. Videre sa barnet: “My parents tell me to keep it hush-hush”. De eldre barna følte at det var enklere å dele opplevelser med andre barn som også var i liknende situasjoner som dem. Barn følte at venner ikke kunne forstå opplevelsene de hadde. Noen hadde negative erfaringer med å dele med venner og ble såret når de fikk negative responser. De var også redde for å være en belastning for sine venner, spesielt dersom det kun var de som snakket om sine problemer (Mordoch og Hall 2008, Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, Griffiths et al. 2012 og Trondsen 2012).

Barna opplevde at folk utenfor familien så på familien som «annerledes» enn andre familier. I noen tilfeller førte dette til at barnet ble sinte på atferden til forelderen men også på forelderen (Ostman 2008). Barna sammenliknet sine foreldre med vennene sine foreldre: “When I see my friends have good relationships with their parents, it kind of stings inside, and I think about how it would have been if my parent hadn’t been sick.” (Trondsen 2012, 181). Dette fremhever at barna opplevde at forelderen var «annerledes».

4.4 Barns vanskelige følelser

Følelser av ensomhet, isolasjon og redsel kom frem hyppig i flere av artiklene (Ostman 2008, Trondsen 2012, Duncan og Browning 2009, Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, Griffiths et al. 2012, Mordoch og Hall 2008, Foster 2010 og Backer et al. 2016). Ved akutt sykdomsforverring eller ved sykehus innleggelse kunne barna bli redde for at den syke forelderen kunne dø (Trondsen 2012 og Mordoch og Hall 2008). Dette beskriver et barn:

We (well parent and child) came back home and my mum was locked up in her room. She was sick. She was in her bed. She couldn't get out. So my dad struggles, opens the door and we brought her to hospital. Scared. I didn't know what was happening. I thought she was dying or something. After a bit my dad told me (Mordoch og Hall 2008, 1141).

I tillegg til å være redd, var det flere barn som var bekymret for at foreldrenes sykdom var arvelig eller smittsom (Foster 2010, Trondsen 2012, Griffiths et al. 2011 og Bee et al. 2013). I en av de retroperspektive studiene hadde sju av de ti voksne barna i studien selv utviklet psykiske problem i voksen alder som blant annet angst og depresjon (Foster 2010).

I am terrified of one thing: turning out like my father! I am so scared that I too will get that disease. Some people think mental illnesses are hereditary; others do not think so. Whether it is hereditary or not, my difficult childhood could lead to me becoming depressed, you know... I probably sound like a real pessimist now, but I think about it a lot, and am so afraid of it (Trondsen 2012, 180).

Skam og skyld var andre følelser som kom ofte frem i sammenhengen med stigma. I studien til Fjone og Ytterhus (2009) beskriver barn at de opplever følelser som skam, flauhet, skyld og frykt assosiert med å måtte forholde seg til stigma. Flere av barna følte på skyld for foreldrenes lidelser og var bekymret for at det var deres feil (Backer et al. 2016 og Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014). Et barn sa: "I've gone around with this burden for about 10 years and believed it was my fault" (Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, 5).

Under akutt sykdomsforverring eller sykehusinnleggelse, kunne følelser som bekymring og frykt gjerne bli forsterket. Barna følte på en lengsel og savn når forelderen var fysisk fraværende. Barna engstet seg fordi de var redd for å bli separert fra foreldrene på grunn av sykdommen ved at foreldrene ble innlagt eller ved at foreldrene ikke var i stand til å ta vare på dem (Duncan og Browning 2009, Ostman 2008 og Mordoch og Hall 2008).

I en artikkel beskrives følelser som kom frem i studien:

There was a range of kinds and intensity of emotions, such as joy, love, pride, sadness, worry, frustration, anger, guilt, fear, despair, anxiety, grief, hurt, discouragement, embarrassment, relief, hope and loathing (Mordoch og Hall 2008, 1139).

Den ustabiliteten og uforutsigbarheten i barndommen har i voksenlivet fått konsekvenser. En ser at disse voksne barna har problemer med trygg tilknytning (Foster 2010, Duncan og Browning 2009).

4.5 Barns ulike mestringsstrategier

Barna i litteraturstudien beskriver ulike mestringsstrategier for å takle de krevende utfordringene i hverdagen (Foster 2010, Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014, Duncan og Browning 2009, Trondsen 2012, Mordoch og Hall 2008, Griffiths et al. 2012, Bee et al. 2013, Fjone og Ytterhus 2009, Ostman 2008 og Backer et al. 2016).

En strategi som gikk igjen i litteraturstudien var at barna valgte å ta avstand og trekke seg unna foreldrene. Barna tok vare på seg selv og prøvde å danne sine egne liv. Dette var en strategi for å ivareta en relasjon med forelderen, uten å miste seg selv i prosessen. Barna forsøkte å ha kontroll på det de kunne slik at de kunne være selvstendige og danne egne identiteter. Barna fortalte om å ha egne hobbyer, interesser og forsøkte å distansere seg fra foreldrene. Ved å holde en viss avstand til foreldrene kunne de ivareta egne behov. De tok avstand både fysisk og psykisk. Eldre barn dro ut, var med venner, jobbet, kjørte bil, gikk turer, med mer. De yngre barn hadde færre muligheter til å komme seg bort fra hjemmet, så de tilbrakte mye tid på rommet, sov, lekte, tenkte på positive stunder, leste og fikk glede av dyr og bamser. Spill og lek var en form for avbrekk som ga barna en midlertidig distraksjon og glede som hjalp de å mestre utfordrende situasjoner. Barn som hadde flere ressurser hadde flere muligheter til å trekke seg unna. Som for eksempel de med pengestøtte eller slektninger som tilbrakte tid sammen med dem. Det var noen barn som valgt å flytte bort eller å kutte kontakten med den syke forelderen helt for å ivareta seg selv. Ved å flytte bort klarte de å distansere seg både fysisk og psykisk fra den vanskelige familiesituasjonen (Mordoch & Hall 2008, Foster 2010, Trondsen 2012, Ostman 2008 og Backer et al. 2016).

En annen strategi var å søke hjelp hos profesjonelle. Denne strategien var nyttig for å tilegne seg mer kunnskap om foreldrenes psykiske lidelse, og for å håndtere den. Barna søkte også hjelp om sine egne psykiske problem. Det var blandede følelser om å søke hjelp. De få som hadde vært i kontakt med helsevesenet opplevde at det var vanskelig. Barna som hadde mottatt støtte, pekte ut hvor sårbart det var. De erfarte at det var

vanskelig å etablere tillit til helsepersonell da det var begrenset tid og det var ubehagelig å måtte dele sin historie med så mange (Foster 2010, Trondsen 2010, Nilsson, Gustafsson og Nolbris 2014 og Griffiths et al. 2011).

Noen barn utviklet et nært forhold til den friske forelderen. Dette var som en form for kompensasjon for manglende nærhet med den syke forelderen. Det var også noen barn som fikk støtte fra besteforeldre, slektninger, venner og andre trygge voksne. Forholdet til søsken var viktig (Foster 2010 og Backer et al. 2016).

I den retroperspektive studien til Foster (2010) ser man at følelsen av å ha kontroll gjerne hadde en sammenheng med at deltakerne hadde følt seg utrygge i barndommen. Deltakerne ønsket heller ikke å søke støtte fra andre til tross for at de hadde behov for det. De ser på dette som en sammenheng med selvstendigheten de utviklet i barndommen.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg først diskutere metoden som har blitt utført i litteraturstudien og deretter diskutere litteraturstudiens resultater.

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal jeg vurdere og diskutere litteraturstudiens metodiske fremgangsmåte, dette ved å løfte frem ulike styrker og svakheter med søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess.

5.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Artiklene måtte være i et pårørendeperspektiv, nærmere bestemt barn av psykisk syke. Alle de inkluderte artiklene har et pårørendeperspektiv, noe som jeg ser på som en styrke. En artikkel hadde barneperspektiv, foreldreperspektiv og helsepersonellperspektiv. Her valgte jeg kun å inkludere barnets perspektiv, og ekskluderte de to andre perspektivene.

Åtte av mine inkluderte artikler er om barns erfaringer i nåtid, og de omhandler barn i alderen 4-26 år. Jeg har også inkludert to artikler med erfaringer fra voksne barn av psykisk syke, i et retroperspektiv, der de ser tilbake på barndommen. Jeg ønsket å tilegne meg en helhetlig forståelse for temaet, og ønsket ikke å avgrense til erfaringer fra kun en spesifikk aldersgruppe. Dette kan bli sett på som en svakhet, da svarene de voksne gir kan avvike fra hva de ville ha svart om de var barn. Samtidig kan disse erfaringene ses på som en styrke, da de voksne har hatt tid til å reflektere. De kan også beskrive erfaringene sine mer utdypende og man kan inkludere eventuelle konsekvenser i voksen alder. Det vil være forskjell på et barn som lever i situasjonen, og en voksen som kanskje har bearbeidet det de har vært utsatt for i barndommen.

Jeg hadde kvalitative artikler som et inklusjonskriterie, da den metoden er best egnet for å besvare litteraturstudiens hensikt. Dette ser jeg på som en styrke da kvalitative metoder går i dybden på barns opplevelser og erfaringer. En svakhet med kvalitative metoder er at det ofte er få deltakere i studiene.

Alle de inkluderte artiklene var engelskspråklig. Dette er først og fremst fordi jeg valgte å bruke de engelske søkeordene mine fra P(IC)O-skjemaet for å få flest mulig treff. Dette

kan ses på som en svakhet da jeg kan ha ekskludert gode norske artikler. Dessuten, var alle artiklene skrevet på engelsk, men forfatterne var skandinaviske. Jeg ser på det som en styrke at engelsk er mitt morsmål, noe som gjør det enklere for meg å lese og forstå artiklene.

Artiklene som jeg valgte å inkludere i litteraturstudien er artikler hvor studiene har blitt utført i Norge, Sverige, England, Canada, Australia og New Zealand. Dette er land som har en tilnærmet lik kultur, både i forhold til psykisk sykdom og barns behov som Norge. I noen kulturer og land er både holdninger og erfaringer til psykisk sykdom og barn betydelig sett på i en annen forstand enn i Norge. Ved å ekskludere artikler fra ikke-vestlige land har jeg kanskje unngått store kulturelle forskjeller i funnene i artiklene.

Artiklene kunne inneholde alle former for psykiske lidelser, da jeg ikke ønsket å avgrense til en spesifikk diagnose. Sju av artiklene gjør rede for hvilken psykisk lidelse foreldrene har, mens tre av artiklene skriver bare at foreldrene har en psykisk lidelse. Dette kan ses på som en svakhet, da de ulike psykiske lidelsene kan påvirke foreldrerollen til ulike grader. Hovedfokuset var å tilegne en helhetlig forståelse om barns erfaringer med å ha en psykisk syk forelder. Dermed kan dette ses på som en styrke, da alle barn og unge uavhengig av foreldrenes psykiske lidelse har behov for å bli sett og ivaretatt.

Jeg avgrenset søkene til kun å inneholde artikler som var publisert etter 2008. Dette vurderer jeg som en styrke da jeg finner ny og oppdatert forskning rundt temaet.

5.1.2 Datainnsamling og søkestrategi

I de ulike databasene fikk jeg gode treff, og fant flere artikler som var aktuell for min litteraturstudie. Det at jeg benyttet meg av flere databaser ser jeg på som en styrke. I tillegg fant jeg to artikler gjennom manuelt søk. Jeg ser ikke på dette som en svakhet, da disse artiklene var gode, godkjente av etiske komiteer og følger mine inklusjons- og eksklusjonskriterier.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Det kan være en svakhet at jeg ikke hadde vurdert forskningsartikler tidligere, da dette kan ha bidratt til at jeg feil vurderte kvaliteten på artiklene. Jeg ser på det som en styrke at ni artikler var godkjent av en etisk komité og en artikkel hadde tatt hensyn til etiske forhold.

Siden barn og unge selv ikke har samtykkekompetanse, var det nødvendig at foreldrene ga samtykke til at barn under 18 år kunne delta i studiene. Det var også viktig at både barn og foreldre var informert om studiens hensikt, at de kunne trekke seg og at det var anonymt. Dette var ivaretatt i alle artiklene.

5.1.4 Analyse

Jeg mener at Evans (2002) sin syntese prosess var oversiktlig. Den viste tydelig de fire stegene i analyse prosessen. Jeg tok meg god tid til å sette meg godt inn i alle artiklene jeg leste. Jeg ser på det som en styrke at jeg skriver om et personlig tema noe som gjør det enda mer spennende og interessant å lese artiklene. Det kan være en svakhet at jeg skriver alene da jeg ikke har mulighet til å diskutere og reflektere hovedfunnene sammen med noen. Samtidig, kan det ses på som en styrke da det kun er en og samme person som har valgt hovedfunnene og diskuterer dem.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen diskuterer jeg litteraturstudiens resultat opp mot studiens hensikt, relevant litteratur og konsekvenser for praksis. Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer barn og unge har med å ha foreldre som har en psykisk lidelse.

5.2.1 Mangel på informasjon

I litteraturstudien kom det frem at barna manglet informasjon om foreldrenes psykiske lidelse. Mangelen på informasjon førte til at det ble vanskelig for barna å forstå foreldrenes psykiske lidelse. I følge Helsedirektoratet (2010) kan barn ha behov for følgende informasjon om foreldre som er syke: balansert og adekvat informasjon om sykdomssituasjonen til forelderen, forklaring av eventuell diagnose samt forklaring av symptomer. Hva som har forårsaket sykdommen eller tilstanden og hva slags behandling som gis. Hvordan forelderen blir ivaretatt og hvor lenge behandlingen varer. Hvordan tilstanden påvirker forelderen, barnet og familiens situasjon. Muligheter for besøk og hvordan det skal foregå. I tillegg påpeker Helsedirektoratet (2010), at barn kan ha behov for informasjon om sin egen situasjon: barnet må vite at det selv blir tatt vare på, og av hvem. Hva som er normale reaksjoner hos barn når voksne har et alvorlig helseproblem. At den voksnes tilstand ikke er barnets skyld og at barnet ikke kan hjelpe den voksne med å bli frisk. At barnet har lov til å ha det bra og fortsette med aktiviteter som er bra for barnet, selv når den voksne har det vanskelig. Barnet må få vite hvem som vet om

familiens situasjon, og hvem barnet kan snakke med om det som er vanskelig (Helsedirektoratet 2010). Det er viktig at sykepleier har kunnskap om barnets utvikling og vanlige reaksjoner barn kan ha når foreldrene er syke. Dette er nødvendig for at sykepleier skal kunne etablere kontakt med barnet og møte barnet der barnet er (Sundfær 2012).

I litteraturstudien hadde barn fått lite og i noen tilfeller ingen informasjon om foreldrenes psykiske lidelse. I Helsepersonellovens §10a og i Spesialisthelsetjenestelovens §3-7a kommer det tydelig frem at helsepersonell, nærmest barneansvarlige, skal sørge for at barn som pårørende får nødvendig informasjon og støtte, og informasjonen bør tilpasses til den enkelte. For at man kan gi relevant og tilpasset informasjon og støtte er det viktig at barn får fortelle om hvordan de opplever situasjonen sin. En utfordring knyttet til sykepleier sin oppgave med å informere, er at foreldrene må gi samtykke til at barna kan bli informert om sykdommen. Dette betyr at barn ikke har en egen rett til informasjon om foreldrenes sykdom (Sundfær 2012).

Det kan bli vanskelig dersom foreldrene ikke ønsker at barna skal få informasjon. I følge Sundfær (2012) forstår mange foreldre at barna har behov for informasjon, men de kan være usikre på når og hvordan barna skal informeres. Noen foreldre er redd for at ved å informere barnet vil barnet bli mer belastet. Foreldre kan også være skamfull, og ønsker ikke å avsløre lidelsen til barna. Det er viktig at sykepleier motiverer foreldrene til å forstå at barna trenger å bli informert om foreldrenes sykdom, for at de kan ha kontroll, kunnskap og vet hva de skal forvente av foreldrene. Åpenhet kan være en belastning for de voksne, men mangel på åpenhet kan være en enda større belastning for barna. Dette støttes av funn i litteraturstudien hvor mange barn ikke fikk den informasjonen og støtten som de hadde behov for. Det resulterte i at verken foreldre eller barna var i kontakt med helsevesenet. En av grunnene var at foreldrene ikke hadde fått noen diagnose, og fikk derfor ingen behandling. Dette var noe som resulterte i at barna ikke ble identifisert. Det kom likevel frem i noen funn at barna fortsatt ikke ble ivaretatt, til tross for at foreldrene hadde en tydelig diagnose. I følge Helsedirektoratet (2017) kan sykepleier bidra til å ivareta barn som pårørende også når samtykke ikke oppnås. I noen tilfeller kan forelderer nekte at barnet eller andre blir informert om innleggelse, sykdom og behandling. Sykepleier kan fortsatt ivareta barnet ved å forsøke å fortelle forelderer om hva som er viktig for barn i slike situasjoner og informere om lavterskeltilbud, som for eksempel helsestasjon som kan hjelpe barn i vanskelige situasjoner.

Litteraturstudien viste at barn ønsket å være mindre bekymret og engstelig for foreldrene sine. Barna ønsket informasjon, anerkjennelse og støtte fra foreldrene sine, fra andre familiemedlemmer og fra helsepersonell. Hvilken informasjon barnet trenger, er avhengig av barnets alder og modenhet (Sundfær 2012). Eide og Eide (2017) forteller at mange barn holder tankene og følelsene sine for seg selv, og de kan ofte være uklare. De forteller at informasjon til barn og unge som er pårørende er avgjørende, og at god oppfølging med åpen og direkte kommunikasjon kan redusere ubehag og sorgrelaterte symptomer.

I litteraturstudien ble det belyst at de barna som visste om foreldrenes psykiske lidelse håndterte den bedre enn de som ikke visste noe. De barna som ikke visste noe måtte bruke mer energi på å observere og tilpasse seg foreldrene. Kvello (2010) skriver at det er viktig at barn som har psykisk syke foreldre får vite om foreldrenes vansker og får svar på eventuelle spørsmål. Dersom barna har mer innsikt og det er mer åpenhet om foreldrenes psykiske lidelse kan de bedre håndtere sine egne situasjoner. I følge Eide og Eide (2017) handler trygghet i stor grad om å ha kontroll. Barn og unge opplever kontroll når de er i trygge omgivelser, når det er kjente personer tilstede og der de vet hva som skal skje. Ved å informere og forklare situasjoner til barn slik at de forstår hva som skal skje og hva som foregår, kan dette bidra til at barnet får en følelse av kontroll. Barn og unge har behov for å bli sett (Eide og Eide 2017). Helsedirektoratet (2017) skriver at sykepleier bør tilby samtaler med barn som pårørende ved behov. Dette vil være aktuelt når pasienten, nærmest foreldrene, ikke er i stand til å informere barnet selv eller dersom de har problemer med å delta i en felles samtale. Det kan også være at barnet ønsker å snakke med sykepleier uten at foreldre er tilstede. Sykepleier bør informere barnet om at de alltid kan snakke med helsesøster på skolen uten at foreldrene må samtykke til dette.

I litteraturstudien ble det belyst at de eldre barna gjerne hadde mer bevissthet om foreldrenes psykiske lidelse, selv om de manglet en del forståelse. Barna ønsket mer kunnskap om foreldrenes psykiske lidelse slik at de kunne bli i bedre stand til å håndtere vanskelige følelser og situasjoner. I følge Helsedirektoratet (2017) skal sykepleiere sørge for at større barn som er pårørende til foreldre vet hva som vil skje ved krise eller sykdomsforverring. Sykepleier bør bidra til at eldre barn vet hva de skal gjøre dersom det skulle oppstå en sykdomsforverring, ubehagelige situasjoner eller akutte endringer i foreldrenes tilstand. Barna må vite hva de kan gjøre selv og hvem de kan kontakte. Dette

er spesielt viktig dersom barna bor alene med forelderen. Det er viktig at sykepleier vurderer om barnet har behov for slik informasjon, og sørger for at barnet får det dersom det er behov.

5.2.2 Inntar en voksenrolle

Barna i litteraturstudien opplevde at de fikk mye ansvar for og omsorgsroller ovenfor seg selv, søsken og foreldrene. Barnet ble også pålagt husarbeid som kunne bestå av blant annet matlaging og vasking. Når barnet tar på seg voksenoppgaver kalles dette for parentifisering:

Parentifisering innebærer at den voksne trekker barnet inn i en voksenverden det ikke er kognitivt, emosjonelt eller sosialt modent for, eller barnet gis mer belastninger enn det som kulturelt er ansett som passende eller forsvarlig ut fra alder og modenhet (Kvelling 2010, 206).

Det er tre ulike former for parentifisering: emosjonell, praktisk og bruk av barnet som maktmiddel for å ramme andre (Kvelling 2010). Den formen for parentifisering som var mest vanlig i litteraturstudien var av den praktiske formen. Sykepleier bør forsøke å kartlegge hvor mye tid barnet bruker til omsorgsarbeid hjemme, type omsorgsoppgaver som utføres, sett i forhold til barnets alder og tilslutt positive og negative konsekvenser for barnet av omsorgsarbeidet (Haugland et al. 2015).

I litteraturstudien erfarte mange av barna at de måtte ta på seg ansvar og ulike omsorgsoppgaver når foreldrene ikke var i stand til det. Barna følte at det ble et rollebytte, spesielt når foreldrene var i dårlige sykdomsperioder. Dette blir støttet i relevant litteratur som forteller at større barn som har foreldre med psykiske vansker ofte har en dobbeltrolle. Oppveksten og utviklingen til barna preges av foreldrenes sykdom. Barna tar seg av foreldrene og tar ansvar for hjemmet når den syke ikke kan (Gjertsen 2013). Haugland et al. (2015) skriver at kommunen kan tilby ulike tjenester som for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleie, psykiatritjenester med mer. Slike tjenester kan bidra til å lette på barnets omsorgsoppgaver i hjemmet.

Barna i litteraturstudien opplevde at de var annerledes enn sine jevnaldrende på grunn av at de hadde andre oppgaver og roller i hjemmet sitt enn andre barn. De opplevde også at

det var belastende å ha så mye ansvar. Kvello (2010) skriver at noen konsekvenser av parentifisering kan være at barnets sosiale utvikling blir hemmet, de får lave prestasjoner på skolen, lav selvaksept, og vansker med å løsrive seg fra familien fordi de ikke ønsker å legge byrdene på noen andre. Konsekvenser kan også være uklar identitet, fremmedhet i forhold til seg selv og vansker med å utvikle et selvstendig voksenliv. Helsedirektoratet (2010) skriver at det er ulike momenter som sykepleier bør kartlegge for å få en oversikt over beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer og hvordan man kan bidra til gode utviklingsprosesser på tross av situasjonen til foreldrene. Det er to punkter som består av at sykepleieren er i kontakt med barnets skole. "Hvordan fungerer barnet i barnehage og på skole med henblikk på trivsel, skoleprestasjoner, konsentrasjon, fravær?" Videre: "Har barnet overskudd til å være sammen med venner eller til å ta med venner hjem?" (Helsedirektoratet 2010, 7).

Det var noen få barn i litteraturstudien som belyste at de hadde blitt mer modne og selvstendige, da de hadde hatt mer ansvar og omsorgsroller enn jevnaldrende. I følge Ruud (2011) kan de ulike rollene være en styrke for barnet nå og senere, men rollene kan også hemme den senere utviklingen til barnet og skape vansker i mellommenneskelige forhold. I følge Erikson er alderen mellom seks til tolv år en fase der positiv utvikling legger til rette for arbeidslyst, men en uheldig utvikling kan føre til det motsatte og gi følelse av mindreverd. Dermed er hjelp til mestring i denne fasen viktig (Eide og Eide 2017). Helsedirektoratet (2010) sier at sykepleieren bør kartlegge om foreldrene er i stand til å ivareta og bistå barnet med de problemer og belastninger som avdekkes. Hvordan dagliglivet for barnet er organisert og ivaretatt med hensyn til regler, struktur og rutiner. Sykepleieren bør observere om barnet viser tegn på at han/hun er redd, usikker eller alvorlig bekymret. Om barnet viser tegn på uro eller atferdsvansker. Sykepleieren må være oppmerksom på «de flinke barna» som tilsynelatende mestrer situasjonen godt, men som likevel kan ha behov.

5.2.3 Stigmatisering

Et funn i litteraturstudien var stigma knyttet til foreldrenes psykiske lidelse. Stigma var med på å danne følelser som skam og skyld. I følge Ruud (2012) har psykiske lidelser vært tabubelagt. Det er noe man ikke snakker om verken hjemme eller ute i samfunnet. Fortsatt er det mer tabubelagt å være psykisk syk enn å være fysisk syk. Det vil i den forstand være enklere for barn å fortelle på skolen at en forelder ligger på sykehuset på grunn av en knekt

fot enn å si at de ligger på sykehuset fordi de har en psykisk lidelse. Å vokse opp med foreldre som er psykisk syke er belagt med taushet og hemmeligholdelse. Det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på at barn viser sterk grad av lojalitet i forbindelse med foreldrene. Barnet vil ofte beskytte sine foreldre som de er følelsesmessig knyttet til ved å ikke fortelle om det som er vanskelig (Ruud 2012).

I litteraturstudien ble det belyst at barna syntes det var verst når foreldrene ikke oppførte seg normalt utenfor hjemmet. Barna i litteraturstudien var i tillegg redd for å ha med seg venner hjem i tilfelle foreldrene skulle ha en unormal atferd. I følge Sundfær (2012) ønsker barn og unge som lever med foreldre som er psykisk syke å være som andre barn. De ønsker å ha «et vanlig hjem». Sykepleieren må kartlegge om barnet er i kontakt med hjelpeapparatet og om barnet har noen å snakke med om og forstår situasjonen. Sykepleieren må også undersøke om barnet opplever tilstrekkelig følelsesmessig støtte og oppfølging (Helsedirektoratet 2010).

I litteraturstudien ble det identifisert at spesielt de eldre barna fant mening i å fortelle om sin situasjon til andre barn som også hadde liknende problemer. Det var enklere å snakke med andre barn som også hadde syke foreldre, da de kunne forstå situasjonen bedre. Helsedirektoratet (2017) beskriver at sykepleiere bør bidra til at barn som er pårørende får mulighet til å møte andre barn som har opplevd det samme. Sykepleier bør informere barnet om at de ikke er alene om å være i den situasjonen de er i. Mange barn vil ha både nytte og glede i å møte og snakke med andre som er i samme situasjon. Barn bør få informasjon om aktuelle tilbud som er tilgjengelig som for eksempel støttegrupper, møteplasser eller eventuelt støttetelefoner og aktuelle nettsider.

I noen tilfeller hadde barna i litteraturstudien fått beskjed av foreldrene sine at de ikke måtte fortelle noen om deres psykiske lidelse. Sundfær (2012) skriver at barn som lever med taushet knyttet til foreldrenes sykdom, bruker krefter på å både tilpasse seg situasjonen best mulig, og på å finne kunnskap om sykdommen. Når det er taushet i forhold til foreldrenes sykdom, lærer barna at det kan være skam ved foreldrenes plager og atferd. I følge Helsedirektoratet (2017) bør sykepleier støtte både foreldre og barn til å delta på tilbud som støttegrupper eller støttetelefoner. Det vil kunne dempe følelser som å være annerledes og barna får muligheten til å snakke om situasjonen sin med andre barn som kan forstå.

Et annet viktig poeng som kom frem i litteraturstudien var at barna måtte ha tillit til den personen de snakket med. Dette vil også være viktig dersom en sykepleier skal snakke med et barn som er i en vanskelig situasjon. Barnet må ha tillitt til sykepleieren for at de skal kunne fortelle om sin situasjon. Barna må vite at det de forteller til sykepleieren ikke blir sagt videre til foreldrene. Det er kun hvis det kommer frem alvorlige forhold at sykepleier må gi opplysningene videre (Helsedirektoratet 2017). I følge Eide og Eide (2017) kan en sykepleier bygge tillit med barna gjennom kontakt, og kontakten forutsetter et berøringspunkt, noe som barnet er opptatt av og som sykepleieren kan ta del i. Det kan være noe barnet har naturlig interesse for som for eksempel, leker, dyr, bilder, tegninger eller musikk. Når sykepleier da deltar og følger i barnets lek eller interesse kan de også snakke med barnet om andre ting, som for eksempel barnets bekymringer. I samtaler med barn kan det være hensiktsmessig å bruke pedagogisk materiell som nettsider, brosjyrer og bøker som er tilpasset til barnets alder og situasjonen (Helsedirektoratet 2017).

5.2.4 Barns vanskelige følelser

I litteraturstudien ble flere følelser identifisert som vanskelige for barna. De mange ubesvarte spørsmålene førte til vanskelige følelser som bekymring, frustrasjon, skam og skyld. Eide og Eide (2017) skriver at barn føler med en gang det er noe som er galt i familien. Det er bedre for barn å vite hva foreldrene er lei seg for, enn at de fantaserer om hva det kan være. Det man ikke vet hva er, kan fort bli noe som er enda større og farligere, og barnets usikkerhet og engstelse kan vokse. Barnets alder er en viktig faktor for hva og hvordan barn og ungdom forstår. En annen faktor som preger barnets evne til å forstå er medfødte egenskaper, sosial trening og stress og belastning i forhold til foreldrenes sykdomstilstand. Følelser som usikkerhet, engstelse og sinne kan påvirke barnets evne til fornuftig og logisk tenkning. En ser at barn og ungdom i belastende livssituasjoner gjerne har et noe lavere funksjonsnivå enn det alderen tilsier. I følge Helsedirektoratet (2017) bør sykepleieren i samtale med barn som pårørende, snakke med barnet ut fra alder og modenhet og bruke ord som barnet kan forstå. Sykepleieren bør gi barnet mulighet for å snakke mest mulig fritt og spontant om sine egne opplevelser og erfaringer. Det er viktig å lytte til det barnet sier og følge opp konkrete ting barnet forteller slik at barnets perspektiv blir dominerende.

I litteraturstudien hadde barna også følelser som redsel og ensomhet. I følge Gjertsen (2013) er noe av det vanskeligste barn opplever å være redd og alene. Redselen knyttes til en hverdag som er utrygg og preget av uforutsigbarhet. Barna har vansker med å forstå hva som skjer og hva som kommer til å skje i fremtiden. Barn føler seg alene med å forstå og mestre der som skjer i livet. Ensomheten som barna opplever er noe de forsøker å skjule, men den kan skape forskjellige reaksjoner.

Følelser som bekymring og frykt kunne bli forsterket hos barna i situasjoner hvor forelderen ble akutt dårlig eller ble innlagt på sykehuset. Eide og Eide (2017) forteller at barn bærer ofte på en bekymring når de er pårørende til noen som er syk. Dersom bekymringen ikke er sett eller hørt av andre er den ofte tung å bære på. Disse bekymringene tærer på krefter, energi og humør. Motsatt, hvis noen forstår kan dette lette på byrden. Dermed øker man mestringssevnen. Det er derfor viktig å finne måter barn og unge kan dele det de har på hjertet sitt. Sykepleier kan lette på barnets bekymringer ved å tilby dem en samtale. Helsedirektoratet (2017) sier at sykepleieren bør prøve å hjelpe barnet til å forstå og sette ord på det som skjer hjemme og på sine egne opplevelser og reaksjoner. Sykepleieren må fortelle barnet at det er naturlig med mange forskjellige følelser. Det er i tillegg viktig å respektere om barn og unge ikke ønsker å snakke om sin situasjon, og ikke presse barn og unge til å snakke.

5.2.5 Barns ulike mestringsstrategier

I litteraturstudien kom det frem at barn dannet ulike mestringsstrategier for å takle de vanskelige følelsene og utfordringene i hverdagen. Barna tok vare på seg selv og prøvde å danne egne identitet. Dette var en strategi for å ivareta en relasjon med forelderen, uten å miste seg selv i prosessen. Erikson mener at barn i alderen fra tolv år og oppover er preget av å stille store krav til seg selv, og de kan føle at de ikke er flinke nok, og ikke har oppført seg slik de skulle. Selvfølelsen er sårbar og de søker bekræftelse fra både voksne og venner. Det er nå barna forsøker å danne sin egen identitet. Dersom de har mangel på bekræftelse og annerkjennelse kan dette lett føre til usikkerhet og rolleforvirring. Hjelp til kontroll og mestring er betydelig viktig i denne aldersfasen. Derfor er også informasjon viktig. Ungdommer lærer av hverandre, så andre ungdommers mestring og forslag til mestring kan ha stor betydning (Eide og Eide 2017).

I følge Eide og Eide (2017) opplever barn også krisereaksjoner, som de vil uttrykke på forskjellige måter avhengig av hvilken alder de er i. Noen barn kan bli stille og tilbaketrukket, og de kan tilbringe mye tid på rommet sitt med å lese, høre på musikk, trøste seg med kosedyr og føle seg veldig ensom. Dette ble belyst i litteraturstudien hvor de eldre barna var med venner, var ute, gikk tur og hørte på musikk. De yngre barna hadde gjerne begrenset muligheter og tilbrakte mye tid på rommet sitt, leste bøker, lekte og fikk trøst i kosebamser eller dyr.

Barna i litteraturstudien som også hadde en frisk forelder kunne gjerne utvikle et nært forhold til dem. Dette virket nesten som en form for kompensasjon for det svekkede forholdet til den syke forelderen. Dette blir støttet opp av Ruud (2011) som forteller at det å ha en frisk forelder kan kompensere for det barnet ikke får hos den syke forelderen. Det vil ha en sammenheng med at de hverdagslige funksjonene holdes i takt og at den psykiske sykdommen ikke preger hele familien.

I litteraturstudien ble det belyst at de som bodde alene med den syke forelderen var gjerne mer sårbar enn de som hadde en frisk forelder. Helsedirektoratet (2017) skriver at sykepleier skal alltid lytte til erfaringer og bekymringer fra barn og ungdom som bor alene med en pasient. Dette er spesielt viktig dersom forelderen har manglende sykdomsinnsikt. Den unge kan være bekymret for hvordan forelderen fungerer i hverdagen, oppfølging av behandling, effekt av behandling og om forelderen er til fare for seg selv eller andre. Sykepleier må ta den unge på alvor, lytte aktivt og undersøke hva bekymringen består i. Det er viktig at sykepleier vurderer om den unge selv har behov for hjelp eller støtte. Et barn som bor alene med en syk forelder er i en sårbar situasjon og vil gjøre mye for å beskytte familien sin. Ulike støttetilbud kan for eksempel være helsestasjon for ungdom, skolehelsetjenesten og barnevernstjenesten.

I litteraturstudien var det noen barn som fikk hjelp gjennom å delta i støttegrupper eller ved å snakke med profesjonelle. Det var også barn som syntes det var sårt og vanskelig å måtte snakke om sin personlige situasjon. Barna hadde blandede følelser knyttet til å få hjelp fra helsepersonell. Sykepleiere kan gjennom god kommunikasjon med barnet hjelpe barnet gjennom vanskelige situasjoner. I følge Ruud (2011) er det tre overordnede prinsipper som sykepleier bør følge for å fremme god kommunikasjon med barn og unge. De tre prinsippene består av mening, verdighet og annerkjennelse. Sykepleier bør hjelpe

barnet å skape mening i situasjonen, dette betyr å hjelpe barnet forstå det de har opplevd. Dette kan sykepleier gjøre ved å tilpasse kommunikasjonen til det utviklingsmessige nivået barnet er på. Sykepleier bør la barnet beholde sin verdighet, selv om barnet er i en vanskelig livssituasjon. Sykepleieren bør ikke krenke eller sette barnet i et dårlig lys. Det er også viktig å skille mellom personen og situasjonen. Sykepleieren bør anerkjenne barnet. Det betyr å akseptere eller godkjenne den måten barnet presenterer seg selv på og hvordan situasjonen blir fremstilt. Dette kan sykepleieren gjøre ved å vise interesse for og vektlegge barnets oppfatning av hva som skjer (Ruud 2011).

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvilke erfaringer barn og unge har med å ha foreldre som har en psykisk lidelse. I studien kom det frem at barn av psykisk syke mangler både informasjon og støtte. Barna erfarte at de ikke fikk informasjon av verken foreldrene eller andre voksne i livet. Barna opplevde parentifisering, der de tok på seg omsorgsroller og utførte husarbeid. Barna erfarte stigma knyttet til foreldrenes psykiske lidelse, noe som førte til følelser som skam. Barna hadde også en rekke andre vanskelige følelser som ensomhet, redsel og skyld. Følelsene var vanskelig å sitte med alene. Barna dannet ulike mestringsstrategier for å takle de vanskelige følelsene og de daglige utfordringene.

Barn av psykisk syke er en sårbar pårørende gruppe som kan være utsatt for en rekke belastende situasjoner. Barna har behov for å bli sett av andre voksne. Erfaringene som litteraturstudien belyser kan bidra til at sykepleiere, helsepersonell og lærere kan få mer innsikt i, og større forståelse og kunnskap om temaet. Dette vil kunne bidra til at de blir mer bevisste på barns behov for både informasjon og støtte knyttet til foreldrenes psykiske lidelse. Det er viktig at sykepleiere, helsepersonell og lærere har nok kunnskap om barn med psykisk syke foreldre, slik at barna kan bli identifisert. Barna kan da få tidlig hjelp, rett støtte og eventuelt bli henvist videre til oppfølging. Ikke minst kan de bidra til at barna får bedre psykisk helse. Dette er nødvendig for at barna skal kunne håndtere foreldrenes psykiske lidelse best mulig. Ved at disse barna føler seg sett og ivaretatt, vil det kunne bidra til å lette på følelsen av stigma og de andre vanskelige følelsene som barna sitter med alene.

6.1 Forslag til videre forskning

Noe som jeg mener bør forskes mer på er foreldrenes ulike psykiske diagnoser hver for seg, og innvirkningen de har på barnet. Det kan være store kontraster, mellom det å ha en forelder med en bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelse eller en angstlidelse. Det hadde også vært interessant å undersøke erfaringer med å ha søsken som er psykisk syke. Jeg tenker at dette er relevant da psykiske lidelser ikke virker kun inn på individet, men på hele familien. Et annet forslag til videre forskning kan være sammenhengen mellom foreldres psykiske lidelser og rus, og hvordan dette påvirker barnet.

Litteraturliste

- Backer, Clare, Rebecca Murphy, John R. E. Fox, Fiona Ulph og Rachel Calam. 2016. "Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective". *The British Psychological society*; 90: 212-228.
- Barnevernloven. Lov om barneverntjenester av 17. Juli 1992 nr. 100.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Bee, Penny, Kathryn Berzins, Rachel Calam, Steven Pryjmachuk 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.
- Duncan, Grant og Julee Browning. 2009. "Adult Attachment in Children Raised by Parents with Schizophrenia." *Journal of Adult Development* 16: 76-86.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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... is not the question". *Childhood*; 16 (4): 461-477.
- Foster, Kim. 2010. "'You'd think this roller coaster was never going to stop': Experiences of adult children of parents with serious mental illness." *Journal of Clinical Nursing* 19: 3143-3151.
- 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.
- Haugland, Bente Storm Mowatt, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. 2012. *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Haugland, Bente Storm Mowatt, Kari Elisabeth Bugge, Marianne. V. Trondsen og Siri Gjesdahl. 2015. *Familier i motbakke: på vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi*, 3 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsebiblioteket. 2018. Sjekklistet. Lest 07.03.19.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helsedirektoratet. 2010. Barn som pårørende. Lest 14.02.19.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>
- Helsedirektoratet. 2017. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Lest 07.05.19. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kvello, Øyvind. 2010. *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*, 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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.
- Nilsson, Stefan, Lisa Gustfsson og Margaretha Jenholdt Nolbris. 2015. "Young adult's childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness" *Journal of Child Health Care* 19, 4: 444-453.
- Nordenhof, Ingelise. 2012. *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utgave. 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.
- Ozeki, Ruth. 2013. *A Tale for the Time Being: A Novel*. Penguin. USA.
- Ruud, Anne Kirsti. 2011. *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. Lov om spesialisthelsetjenesten av 02. juli 1999 nr. 61.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sundfær, Aase. 2012. *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Torvik, Farstein Ask og Kamilla Rognmo. 2011. "Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser". I *Folkehelseinstituttet*. Lest 14.02.19. <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: 174-188.

Vedlegg 1 P(IC)O-skjema

P (Problem/patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Psykiatri* Psykisk syk* Psykisk lidelse* Foreldre* Mor* (eller) mødre* Far* (eller) fedre*			Barn* Ung* Tenår* Oppleve* Erfar*
Psychiatr* Mental* ill* Mental disorder* Parent* Mother* Father*			Child* Adolescen* Teen* Youth* Experienc*

Vedlegg 2 Oversiktstabell søkehistorikk

Søk nr. 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
Mental Disorders/ or Psychiatry/ or psychiatry*.mp. or mental* ill*.mp. or mental disorder*.mp. and limit to yr="2008 -Current" and limit to (English or Norwegian) and parent*.mp. or mother*.mp. or Parents/ or father*.mp. or Fathers/ or Mothers/ and child*.mp. or Child/ or Adolescent/ or adolescen*.mp. or Young Adult/ or teen*.mp. or youth*.mp. and experienc*.mp and Qualitative Research/ or qualitative.mp.	06.03.19	Ovid Medline	183	16	3	2

Søk nr. 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
Mental Disorders/ or Psychiatry/ or psychiatry*.mp. or	06.03.19	PsychInfo	211	19	4	1

<p>mental* ill*.mp. or mental disorder*.mp. and limit to yr="2008 - Current" and limit to (English or Norwegian) and parent*.mp. or mother*.mp. or Parents/ or father*.mp. or Fathers/ or Mothers/ and child*.mp. or Child/ or Adolescent/ or adolescen*.mp. or Young Adult/ or teen*.mp. or youth*.mp. and experienc*.mp and Qualitative Research/ or qualitative.mp.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

Søk nr. 3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>(psychiatr* OR mental* ill* OR mental disorder*) AND (parent* OR mother* OR father*) AND (child* OR adolescen* OR teen*</p>	06.03.19	ProQuest	1174	38	14	5

OR youth*) AND (experienc*) AND (qualitative) AND stype.exact("Scholarly Journals") AND at.exact("Article") AND la.exact("Norwegian" OR "English") AND pd(>20071231)						
--	--	--	--	--	--	--

Manuelt søk

Artikkel	Dato	Manuelt søk
<p>Artikkel nr. 8</p> <p>Forfattere: Heidi Haug Fjone & Borgunn Ytterhus.</p> <p>År: 2009.</p> <p>Land: Norge.</p> <p>Tidsskrift: Childhood.</p> <p>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.</p>	08.04.19	Artikkelen ble funnet i referanselisten til (Trondsen 2012). Så ble den bestilt fra biblioteket ved Høyskolen i Molde.
<p>Artikkel nr. 9</p> <p>Forfatter: Margareta Östman.</p> <p>År: 2008.</p> <p>Land: Svergie.</p> <p>Tidsskrift: Nordic Journal of Psychiatry.</p> <p>Tittel: Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation.</p>	08.04.19	Artikkelen ble funnet i referanselisten til (Nilsson, Gustafsson og Nølbris 2014). Så ble den bestilt fra biblioteket ved Høyskolen i Molde.

Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Artikkel nr. 1

Forfattere	Kim Foster.
År	2010.
Land	Australia.
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing. Fagfellevurdert.
Tittel	“You’d think this roller coaster was never going to stop”: Experiences of adult children of parents with serious mental illness.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke voksne barns opplevelse av å ha foreldre med en psykisk lidelse og hvordan de voksne barna har håndtert opplevelsen.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Intervju av 10 deltagere som har vokst opp med foreldre som har en psykisk lidelse.
Deltagere	10 deltagere fra alderen 25-57 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Hovedfunnene besto av at barna vokste opp i et uforutsigbart og utrygt miljø. Relasjonene mellom foreldrene og barna var anstrengt. Barna hadde også problemer med å danne relasjoner til andre i voksen alder og hadde vansker med å stole på folk. I tillegg fikk barna mye ansvar og omsorgsroller både i barndommen og i voksenlivet. Barna hadde behov for en viss balanse og kontroll i livet. Likevel, kommer det frem at andre friske voksne i livet til barna kan hjelpe barnas resiliens og evne til å håndtere utfordringene.
Etisk vurdering	Godkjent av University Human Research Ethics committees. Deltagerne ga samtykke og funnene var anonyme.
Kvalitetsvurdering	Meget god.
Database	OvidMedline.
Søk	Nr. 1

Artikkel nr. 2

Forfattere	Nilsson, Stefan, Lisa Gustafsson & Marfaretha Jenholt Nobris.
År	2015.

Land	Sverige.
Tidsskrift	Journal of Child Health Care. Fagfelleverdert.
Tittel	Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke unge voksne sine barndoms erfaringer av støtte når de vokste opp med en forelder med en psykisk lidelse.
Metode/instrument	Kvalitativ metode, med bruk av dybdeintervjuer.
Deltagere	7 deltagere fra alderen 19-26 år.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Hovedfunnene viser at de unge voksne føler seg sviktet av voksne i barndommen, noe som gjør det vanskelig å stole på andre. I barndommen skjulte de foreldrene psykisk lidelse fra venner, fordi de var flau. Barna erfarte at de var annerledes enn sine jevnaldrende, og opplevde at de hadde ansvar for foreldrene. Det kommer tydelig frem at det er behov for støttegrupper for barn som har psykisk syke foreldre. Det var viktig for barna å få informasjon om sykdommen og vite at foreldrenes psykiske lidelse ikke var deres feil. Støttegruppen var en positiv del av barna sine liv, og hjalp de til å søke hjelp senere i livet.
Etisk vurdering	Godkjent av en etisk komité. Deltagerne ga samtykke til å delta, deltagelsen var frivillig og de kunne avslutte når som helst. Funnene var anonyme. Psykologisk støtte ble tilbudt både underveis og etter utførelsen av studien.
Kvalitetsvurdering	God.
Database	OvidMedline.
Søk	Nr. 1.

Artikkel nr. 3

Forfattere	Grant Duncan & Julee Browning.
År	2009.
Land	New Zealand.
Tidsskrift	Journal of Adult Development. Fagfelleverdert.

Tittel	Adult Attachment in Children Raised by Parents with Schizophrenia.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke voksne barn av foreldre med schizofreni sine erfaringer både fra barndommen og hvordan det påvirker dem som voksne.
Metode/instrument	Kvalitativ metode med bruk av semi-strukturerte intervjuer av 23 voksne som i barndommen vokste opp med foreldre med diagnosen schizofreni.
Deltagere Frafall	23 deltagere fra alderen 24-61 år. Ingen frafall.
Hovedfunn	Hovedfunnene var at barna var blitt utsatt for utrygge og skumle situasjoner i barndommen. De dårlige foreldre tilknytningene, skapte problemer for barna med å utvikle trygge relasjoner til andre som voksne. Mange hadde problemer med tillit og intimitet.
Etisk vurdering	Godkjent av the Massey University Human Ethics Committee.
Kvalitetsvurdering	God.
Database	PsychInfo.
Søk	Nr. 2

Artikkel nr. 4

Forfattere År Land Tidsskrift	Marianne V. Trondsen. 2012. Norge. Qualitative Health Research. Fagfellevurdert.
Tittel	Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke ungdommer sine erfaringer i hverdagen av å ha psykisk syke foreldre.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. En selv-hjelp gruppe på nettet for ungdommer med psykisk syke foreldre ble observert over en 2 års tidsperiode. Nettsiden besto av informasjon, forum, og spørsmål og svar tilbud. Forumet var anonymt og passord beskyttet.
Deltagere	16 deltagere fra alderen 15-18 år.

Frafall	Ingen frafall.
Hovedfunn	Hovedfunnene i studien var at ungdommene opplevde flere utfordringer relatert til foreldres psykiske sykdom: lite informasjon og åpenhet; uforutsigbarhet og ustabilitet; redsel; ensomhet; tap og sorg. I tillegg til disse funnene kom det også frem at ungdommene benyttet seg av ulike mestringsstrategier for å takle utfordringene i hverdagen som: å ta ansvar i hjemmet; innta en passiv rolle avhengig av humøret til forelderen; ta avstand fra hjemmet; søke hjelp hos profesjonelle; eller å flytte hjemmefra.
Etisk vurdering	Godkjent av medisinsk forskningsetisk komité i Norge. Deltagerne ga samtykke til å delta og foreldrene ga samtykke til at barna under 18 år kunne delta.
Kvalitetsvurdering	Meget god.
Database	ProQuest.
Søk	Nr. 3

Artikkel nr. 5

Forfattere	Elaine Mordoch & Wendy A. Hall.
År	2008.
Land	Canada.
Tidsskrift	Qualitative Health Research. Fagfellevurdert.
Tittel	Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame.
Hensikt	Hensikten med studien var å forklare hvordan barn erfarer å leve med foreldre som har en psykisk lidelse.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Grounded theory. Bruk av intervju, deltagende observasjoner og tegning.
Deltagere	22 barn fra alderen 6-16 år.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Hovedfunnene besto av at barna opplevde at de hadde liten kunnskap om foreldrenes sykdom, men de lærte å kjenne igjen foreldrenes sykdom ut i fra ulike mønster i atferden, slik at de kunne tilpasse seg i forhold til foreldrene, og for å opprettholde

	relasjonene til foreldrene. Det var også viktig for barna å holde en viss avstand fra foreldrene slik at de kunne bevare seg selv. Barna forsøkte å ta avstand, styre livene sine selv, og utvikle egne identiteter uten å bli oppslukt av foreldrenes psykiske lidelse. Noen barn erfarte at det hjalp å dele vanskelige følelser med noen de stolte på.
Etisk vurdering	Godkjent av en relevant etisk komité. Foreldrene til barna ga tillatelse og skriftlig samtykke til at barna kunne delta i studien.
Kvalitetsvurdering	Meget god.
Database	ProQuest.
Søk	Nr. 3.

Artikkel nr. 6

Forfattere	Jennifer Griffiths, Emma Norris, Paul Stallard & Shane Matthews.
År	2012.
Land	England.
Tidsskrift	The British Psychological Society. Fagfellevurdert.
Tittel	Living with parents with obsessive-compulsive disorder: Children's lives and experiences.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke erfaringene til barn som lever med foreldre som har en tvangslidelse. I tillegg til innvirkningen og forståelsen av sykdommen.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer.
Deltagere	10 barn fra alderen 13-19 år.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Foreldrenes tvangslidelse påførte barna belastninger og utfordringer hvor de følte at de ikke fikk nok støtte. Det var fem hovedtema som ble identifisert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontroll og grenser: Barna opplevde at forholdet til foreldrene var vanskelig og frustrerende. Det var spesielt problemer rundt kontroll og grensesetting. 2. Gjør hva jeg kan for å hjelpe: Barna ville gjerne hjelpe foreldrene. Mange barn opplevde at det var vanskelig å

	<p>hjelpe, men de fikk dårlig samvittighet dersom de ikke forsøkte eller mislykkes å hjelpe.</p> <p>3. Å fortelle: Flauhet og stolthet. Barna erfarte at tvangslidelser var et følsomt og pinlig tema som andre ikke godtok. De holdt foreldrenes lidelse skjult og delte det kun med noen få. De var mer åpen om lidelsen når symptomene til foreldrene var kontrollert.</p> <p>4. Har jeg en tvangslidelse? Barna var i tillegg bekymret for at de selv kunne utvikle en tvangslidelse. Både barna og foreldrene observerte eventuelle symptomer.</p> <p>5. Å få riktig hjelp for meg: Barna anerkjente sin egen behov for hjelp og støtte. Mange påpekte mangel på informasjon og ønsket gjerne mer støtte.</p>
Etisk vurdering	Etiske hensyn. Deltagerne og foreldrene ga samtykke til deltakelse.
Kvalitetsvurdering	Meget god.
Database	ProQuest.
Søk	Nr. 3.

Artikkel nr. 7

Forfattere	Penny Bee, Kathryn Berzins, Rachel Calam, Steven Pryjmachuk & Katgryn M. Abel.
År	2013.
Land	England.
Tidsskrift	Plos one. Fagfellevurdert.
Tittel	Defining Quality of Life in the Children of Parents with Severe Mental Illness: A Preliminary Stakeholder-Led Model
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke livskvaliteten til barn av foreldre med alvorlige psykiske lidelser.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Intervju og tematisk analyse.
Deltagere	6 barn fra alderen 13-18 år, 5 foreldre og 8 fagpersonell.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Barna opplevde både angstelse og depresjon knyttet til foreldrenes psykiske lidelse. Barna opplevde at de var isolerte fra

	sine jevnaldrende, spesielt i forhold til hjemmemiljøet, sine ansvar og daglige rutiner. Barna verdsatte gode vennskap. Hobbyer utenfor hjemmet var viktig for å redusere stress, og bidra til stabilitet. Barna erfarte mangel på informasjon og støtte om foreldrenes lidelse. Foreldrenes uforutsigbarhet påvirket barnas trygghet og emosjonelle tilstand.
Etisk vurdering	Godkjent av Manchester University Research Ethics Committee. Deltagerne ga samtykke til å delta i studien. Foreldrene ga samtykke til at barna under 18 år til å delta i studien. Studien var frivillig og de kunne avslutte når de ville.
Kvalitetsvurdering	Meget god.
Database	ProQuest.
Søk	Nr. 3

Artikkel nr. 8

Forfattere	Heidi Haug Fjone & Borgunn Ytterhus.
År	2009.
Land	Norge.
Tidsskrift	Childhood. Fagfellevurdert.
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 var å undersøke hvordan det var for barn å vokse opp med foreldre som har en psykisk lidelse.
Metode/instrument	Kvalitativ metode ved bruk av dybde intervju.
Deltagere	20 barn fra alderen 8-22 år.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Hovedfunnene var at barna opplevde å være utenfor og flau over foreldrene, da barna innsåg at foreldrene var annerledes enn andre. Barna ønsket å være lik andre barn. Mange barn tilbrakte tid sammen med andre barn som var i liknende situasjon som de, eller som også hadde psykisk syke foreldre. Barna unngikk eksponering ved å være borte fra hjemmet, og eventuelt være usynlige på skolen for å ikke skille seg ut. Avhengig av

	foreldrenes humør og atferd, trakk barna seg unna ved å være på rommet eller å dra ut. Barna fikk støtte og trøst gjennom musikk, sang og dagbøker.
Etisk vurdering	Godkjent av regional komite for medisinsk forskningsetikk og den norske samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Foreldrene ga samtykke til at barna kunne delta dersom de var under 18 år.
Kvalitetsvurdering	God.
Database	
Søk	Manuelt søk.

Artikkel nr. 9

Forfattere	Margareta Östman.
År	2008.
Land	Sverige.
Tidsskrift	Nordic Journal of Psychiatry. Fagfellevurdert.
Tittel	Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan barn erfarer deres livssituasjon med å ha en forelder med en alvorlig psykisk lidelse.
Metode/instrument	Kvalitativ metode, ved bruk av dybdeintervju.
Deltagere	8 barn fra alderen 10-18 år.
Frafall	Ingen nevnte.
Hovedfunn	Hovedfunnene ble delt inn i følgende tema: - Kommunikasjon: Barn erfarte at samtale med andre de stolte på kunne lindre noe av belastningene. Det var viktig å ha nære venner, familie og en annen frisk forelder. Mange barn påpekte manglende kommunikasjon med andre i hverdagen. De hadde behov for å snakke med noen utenfor familien. - Kjærlighet: Barna beskrev kjærlighet til den syke forelderens. - Modenhet: På grunn av mye ustabilitet i hverdagen erfarte barna at de hadde blitt mer modne, noe som bidrog til å øke selvtiliten. - Redsel og frykt: Barna bekymrer seg over at forelderens kan veksle mellom å være frisk til å være syk. Dette var noe som var

	<p>vanskelig å forstå. Barna var redde for at forelderen skulle ta selvmord.</p> <p>- Skyld: Barna opplevde skyldfølelse for at forelderen var syk, og tenkte at det var deres feil.</p> <p>- Ensomhet: Mange barn hadde en følelse av å være ensom, og når ingen kommuniserer med barnet vandrer tankene.</p> <p>- Ansvar: Mange barn tok på seg ansvar, da foreldrene ikke var i stand.</p> <p>- Stigma: Barna erfarte at familien var stigmatisert av andre fordi familien ikke var vanlig.</p>
Etisk vurdering	Godkjent av forskningsetisk komite ved Universitetet i Sverige. Foreldrene ga samtykke til at barna under 18 år kunne delta.
Kvalitetsvurdering	Meget god.
Database	
Søk	Manuelt søk.

Artikkel nr. 10

Forfattere	Clare Backer, Rebecca Murphy, John R. E. Fox, Fiona Ulph og Rachel Calam.
År	2016.
Land	England.
Tidsskrift	The British Psychological Society. Fagfellevurdert.
Tittel	Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke barns erfaringer av å bo med en forelder som har en bipolar lidelse og hvordan det påvirker barns emosjonelle tilstand.
Metode/instrument	Kvalitativ metode. Data assistert semi-strukturerte intervju og tematisk analyse.
Deltagere	10 barn fra alderen 4-10 år.
Frafall	Ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	<p>Hovedfunnene i studien ble delt inn i fire kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oppfatning av foreldrene: Både barna som visste om foreldrenes sykdom og de som ikke visste var i stand til å

	<p>beskrive foreldrenes symptomer og atferd. Det kom frem viktigheten av å ha en frisk forelder.</p> <p>2. Informasjon og bevissthet om bipolar lidelse: De eldre barna virket mer nysgjerrig enn de yngre barna, selv om de manglet både kunnskap og forståelse. Barns kunnskap og bevissthet om foreldrenes lidelse syntes å reflektere deres alder.</p> <p>3. Håndtering av foreldrenes bipolare lidelse: Barna opplevde følelser som skyld, tristhet, redsel og var sinte. Barna erfarte at de ble mer selvstendige da de måtte bidra i hjemmet. Barna snakket lite om behov for støtte. Barna tok avstand fra foreldrene.</p> <p>4. Å bo i en familie med bipolar lidelse: Symptomene til foreldrene var håndterbar, barna følte seg tilfreds.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjent av The University of Manchester. Foreldrene ga samtykke til at barna kunne delta i studien. Både barna og foreldrene samtykket til deltagelse.
Kvalitetsvurdering	God.
Database	ProQuest.
Søk	Nr. 3.

Vedlegg 4 Hovedfunn i artiklene

Hovedfunn:

Inkluderte artikler:

Mangel på informasjon	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Inntar en voksenrolle	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Stigmatisering	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Barns vanskelige følelser	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
Barns ulike mestringsstrategier	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Vedlegg 5 Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier

Artikkel	Nr 1	Nr 2	Nr 3	Nr 4	Nr 5	Nr 6	Nr 7	Nr 8	Nr 9	Nr 10
Er formålet med studien klart formulært?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på hensikten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utformningen av studien hensiktsmessig for å finne svar på hensikten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare hensikten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble dataene samlet inn på en slik måte at hensikten ble besvart?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja	Uklar	Uklar	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklar	Ja	Uklar
Er etiske forhold vurdert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er studien til å stole på?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Er funnene klart presentert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kan resultatene være til hjelp i praksis?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja