



Bachelorgradsoppgave

I for store sko

Shoes too large

Barn som pårørende når mor eller far er psykisk syk
Children in families where mother or father is mentally ill

Kaisa Mari Opsahl
Laila Wean

Antall ord: 9807

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Levanger
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

*«Min mor kunne ikke holde orden på noen ting, så jeg måtte tidlig lære meg voksne oppgaver. Alle syntes jeg var flink, så det var ingen som så hvor vanskelig jeg hadde det. Jeg fikset jo det meste.»
(Sølvberg, 2011, s. 31)*

Abstrakt

Innledning: I Norge lever omlag 410 000 barn med en psykisk syk mor eller far. En vet at barn kan påvirkes negativt av foreldrenes sykdom og det som medfølger. Disse barna blir ofte omtalt som de usynlige barna, og det indikerer at helsevesenet har mye å lære.

Hensikten med studien er å belyse barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder.

Metode: Allment litteraturstudie. Resultatet baseres på 12 vitenskapelige artikler som omhandler barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syke forelder, og hvordan de har mestret situasjonen.

Resultatet viser at mangel på informasjon opplevdes som problematisk og førte til bekymringer. Mange av barna var engstelige for foreldrenes helsetilstand, og om de kom til å begå selvmord. Barna opplever en uforutsigbar hverdag. Det viser seg at barna har ulike måter å håndtere situasjonen på.

Diskusjon: Barna tvinges inn i en voksenrolle, og dette kan føre til negative konsekvenser for barnet. Det er viktig at sykepleieren ser barna, og at de har kunnskap om normal utvikling, tilknytning og kommunikasjon. Det viser seg at sykepleiere er redde for å snakke med barna på grunn av lite kunnskap og erfaring.

Konklusjon: Sykepleiere må få økt kunnskap om barn som pårørende for at denne gruppen skal bli godt i varetatt. Alle barn og deres familier er unike, og trenger derfor individuelt tilpasset informasjon og veiledning.

Nøkkelord: ”Barn som pårørende”, ”psykiske lidelser”, ”erfaringer”, ”litteraturstudie”, ”mestring”.

Keywords: “Child as next of kin”, “psychiatric illness”, “experience”, “Literature study”, “coping”.

Innhold

1.	<i>INNLEDNING</i>	2
1.1.	Hensikt	4
2.	<i>METODE</i>	4
2.1.	Inklusjon og eksklusjonskriterier	5
2.2.	Søkestrategi	5
2.3.	Manuelt søk	8
2.4.	Inkluderte artikler og analyse	8
2.5.	Etiske overveielser	10
3.	<i>RESULTAT</i>	11
3.1.	Barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder.....	11
3.2.	Mestringsstrategiene til barna	14
3.3.	Barns opplevelse i møte med helsevesenet	15
4.	<i>DISKUSJON</i>	17
4.1.	Resultatdiskusjon	18
4.1.1.	Barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder.....	18
4.1.1.1.	Emosjoner.....	19
4.1.1.2.	Sosiale konsekvenser.....	20
4.1.2.	Mestringsstrategiene til barna	21
4.1.3.	Barns møte med helsevesenet	23
4.1.4.	Sykepleierens rolle	25
4.2.	Metodediskusjon	27
5.	<i>KONKLUSJON</i>	28

Vedlegg 1: Analyse av vitenskapelige artikler. Vedlegg 2: Vurdering av forskningsartikler.
Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler.

1. INNLEDNING

Somatiske sykdommer har ofte en eller flere konkrete og påviselige faktorer. Slik er det ikke med psykiske lidelser. Ved psykiske lidelser kan en sjelden påvise sykdom på et fysiologisk nivå. Disse sykdommene kjennetegnes av tydelige psykologiske og/eller atferdsmessige forandringer i form av smertefulle eller plagsomme symptomer (Helgesen, 2011). Psykiske lidelser er et stort begrep som omfatter alt fra fobier, angst og depresjon. Til de mer alvorlige lidelsene som bipolar lidelse og schizofreni (Malt, 2009). I følge Kristoffersen (2012) er depresjon den mest utbredte psykiske lidelsen, og den viktigste årsaken til uførhet i voksen alder. Psykiske lidelser vil påvirke personens tanker, følelser og impulskontroll. Dette innebærer ofte også nedsatt evne til å danne gode relasjoner til andre mennesker og lav selvfølelse. Noe som vil kunne påvirke personens familieliv, arbeid, utdanning og økonomiske forhold (Helgesen, 2011).

På verdensbasis har ca. 450 millioner mennesker en eller annen form for psykisk sykdom. Dette utgjør hele 13 % av den globale sykdomsbyrden (Gude, Dørheim, Bjørgaas & Maridal, 2012). Mange av disse menneskene har barn. I Norge anslås det at 410 000 (37,3 %) barn har foreldre med psykiske lidelser. Av disse antas det at 260 000 (23,1 %) barn lever i familier der mor eller far har moderate eller alvorlige psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, gjengitt i Helgeland, 2012).

Det en vet er at barn som lever i en familie der en eller begge foreldrene er psykisk syk, selv har økt risiko for å utvikle sosiale og emosjonelle problemer (Helgeland, 2012). Barnet blir påvirket i større eller mindre grad ut i fra hvilken sykdom forelderen har, og i hvilken grad sykdommen preger hverdagen. Når begge foreldrene har en psykisk lidelse, har barnet 3,4 ganger høyere risiko for å selv bli psykisk syk, sammenlignet med barn der ingen av foreldrene er syk. Har bare en av foreldrene en psykisk lidelse er risikoen 2,1, men det er fortsatt en høyere risiko enn om foreldrene ikke var psykisk syke (Dean et al., gjengitt i Helgeland, 2012). Hvor alvorlig psykisk lidelse foreldrene har, er også av betydning for risikoen (Torvik & Rognmo, gjengitt i Helgeland, 2012).

“Barnet er et unikt individ med sin egen oppfatning og forståelse av verden, og vi - de voksne - må forsøke å finne inn til barnets verden “ (Nordenhof, 2011, s. 30).

Barn som har foreldre som er psykisk syk er en gruppe som har behov for å bli sett av helsevesenet. I litteraturen beskrives de ofte som de usynlige barna (Ruud, 2011). Helsearbeidere er ofte usikre på hvordan de skal tilnærme seg disse barna. Eide & Eide (2012) påpeker at det er utfordrende for sykepleieren å kommunisere med barn og unge fordi alle barn er forskjellige og det ikke finnes en oppskrift. Barna befinner seg på forskjellige utviklingstrinn, og informasjonen må tilpasses deretter (Ruud, 2011). I 2010 fikk helsepersonell et lovpålagt ansvar for å bidra til å sikre nødvendig oppfølging av mindreårige barn som er pårørende til psykisk syke (Helsedirektoratet, 2010). Dette medfører et økt kunnskapsbehov hos sykepleieren.

Barn som pårørende er et viktig tema som er veldig relevant for sykepleiere. Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om barn som pårørende til psykisk syke da en møter disse barna i mange ulike situasjoner. En kan for eksempel møte de når mor eller far bli lagt inn på en psykiatrisk eller somatisk sykehusavdeling eller når barnet kommer på akutten med bruddskader. Når man møter disse barna er det viktig at en som sykepleier har kunnskap om hvordan en skal møte dem og hvordan en kan hjelpe.

Barn har ulike måter å håndtere hverdagens utfordringer på. Hva som er til hjelp er forskjellig fra person til person. Noen har behov for informasjon om forelderens sykdom og behandling, mens andre kan ha behov for å snakke med en voksen eller å møte andre barn i samme situasjon (Ruud, 2011). Richard Lazarus og Susan Folkman beskriver to hovedtyper mestringsstrategier, problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Disse har en valgt å bruke i oppgaven da deres teori er relevant i forhold til hvordan barn mestrer de ulike utfordringene.

I denne studien har en også valgt å bruke Eriksons psykososiale utviklingsteori. Erikson beskriver barnets sosiale og emosjonelle utvikling gjennom åtte stadier. Stadieovergangene blir omtalt som kriser og han beskriver at hver krise har to mulige utfall (Helgesen, 2011). En har valgt å bruke denne teorien på grunn av at den belyser viktige faktorer som hvordan familie og skole vil påvirke barnets utvikling.

“Nære møter med mennesker som har vokst opp med psykisk sykdom hos sin mor eller far, innebærer møte med mange gripende historier. Mange slike historier inneholder dessuten kunnskaper som ennå bare så vidt har vært berørt i vitenskapelige verker og lærebøker”
(Sølvberg, 2011, s. 21)

1.1. Hensikt

Barn som pårørende er et viktig tema for sykepleiere. På bakgrunn av dette har en valgt å skrive om barn som pårørende til psykisk syke. En har valgt å belyse hensikten i et pårørendeperspektiv, og avgrenset studien til å omhandle aldersgruppen 6 - 18 år. I begynnelsen av skriveprosessen var fokuset barn av foreldre som var deprimert, men på grunn av et problematisk litteratursøk ble fokuset flyttet fra depresjon til psykiske lidelser som et generelt begrep. Dette innebærer at symptomene er så fremtredende at de kvalifiseres til en diagnose ut i fra kriteriene i ICD-10 (Helsedirektoratet, 2015). Barns erfaringer har blitt definert som tanker, følelser og opplevelser.

Hensikten med studien er å belyse barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder.

2. METODE

En metode er den fremgangsmåten som brukes for å tilegne seg ny kunnskap og løse problemer (Dalland, 2012).

Denne studien er et allment litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 30) kan en definere et litteraturstudie som *”å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innom et valgt emne eller problemområde”*. Resultatet i denne litteraturstudien er bygget på 12 vitenskapelige artikler. Flesteparten av artiklene er kvalitative, men en har også valgt å ta med noen få kvantitative artikler. Felles for artiklene er at de belyser hvilke erfaringer barn har med å vokse opp med en psykisk syk forelder og hvordan de har mestret utfordringene som følger.

2.1. Inklusjon og eksklusjonskriterier

For å skrive en god oppgave må en ha en søkestrategi. En søkestrategi handler om å formulere spørsmål, avgrense hvilket språk artiklene skal være skrevet på, hvor gammel artiklene skal være, og hvilke studietyper som er interessante (Forsberg & Wengström, 2013). Når en søker etter forskning er det viktig for resultatet i studien at en har inklusjon og eksklusjonskriterier, da det er med å begrense søkingen og hindrer at en drukner i litteratur (Dalland, 2012).

Inklusjonskriterier

- Pårørendeperspektiv
- Barn mellom 6 og 18 år
- Vitenskapelige artikler publisert etter år 2000.
- Artikler publisert på engelsk eller nordiske språk.
- Mor og/eller far har en psykisk lidelse

Eksklusjonskriterier:

- Fødselsdepresjon
- Barn som pårørende der mor eller far er alkoholiker eller rusmisbruker.
- Review artikler
- Artikler som har pasient- eller sykepleierperspektiv
- Artikler som ikke er skrevet på engelsk eller nordiske språk

2.2. Søkestrategi

For å søke vitenskapelige artikler har en valgt å bruke ulike databaser. Disse databasene er Medline, Svemed+, Cinahl og Psycinfo. Medline publiserer vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag og Svemed+ innen sykepleierforskning. Cinahl publiserer sykepleierfaglige artikler, mens Psycinfo publiserer vitenskapelige artikler innen psykologi (Forsberg & Wengström, 2013). Ved å bruke disse fire søkedatabasene har en klart å finne relevante vitenskapelige artikler i henhold til studiens hensikt.

I begynnelsen av studien var det litt problematisk å finne relevante artikler på grunn av at en brukte feil søkeord. En fikk vitenskapelige artikler som fokuserte på foreldre som var

pårørende til barn med psykiske lidelser. Dette ble løst ved å se på nøkkelordene i de artiklene en fant, og på den måten fikk en tips om andre gode søkeord som var dekkende for hensikten.

Tabell 1. Oversikt over søkestrategier

Tabellen viser en oversikt over hvilke søkebasert de vitenskapelige artiklene ble funnet gjennom, hvilke søkeord som ble brukt og hvordan en har gjennomført utvalget av artiklene.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline 23.02.15	Norwegian Swedish Danish English Abstract Last 5 year	Depressive disorder AND child of impaired parents AND parents AND family health	13	10* 2**	1	1***	1
Medline 24.02.15	Norwegian Swedish Danish English Abstract Last 10 years	Adolescents AND child of impaired parents AND mental disorder AND	15	13*	2	2***	2

		parents AND Adaptation					
Cinahl 27.02.15		Parents OR child of impaired parents AND attitudes to mental health AND Child	37	31* 4**	2	2***	1
Svemed + 26.02.15		Mental disorder AND Child of impaired parents	75	65* 9*	1	1***	1
Cinahl 26.02.15		Parental mental illness	44	35* 7**	2	2***	2
Medline 26.02.15		Child of impaired parents AND mental disorder AND adult child	52	45* 4**	3	3***	2

Psycinfo 02.03.15		Parental mental disorder	37	34* 4**	1	1***	1
Medline 03.03.15		Children of depressed parents AND depressive disorder	34	27* 7**	1	1***	1

*Antall ekskluderte artikler etter leste titler

**Antall ekskluderte artikler etter leste abstrakt

*** Antall artikler som er lest i sin helhet

2.3. Manuelt søk

Artikkelen “Good days and bad days: The experiences of children of a parent with psychiatric disability” ble funnet gjennom litteraturlisten i en tidligere bacheloroppgave. Artikkelen ble vurdert til å være relevant i forhold til hensikten og tittelen ble søkt i medline. Der fikk en ett treff. Søket ble foretatt 25. februar 2015.

Artikkelen “The effects of parental mental illness upon children: a descriptive study of the views of parents and children” ble også funnet gjennom en tidligere bacheloroppgave. Tittelen på den vitenskapelige artikkelen ble søkt i medline den 27. februar 2015, og søket ga ett treff.

2.4. Inkluderte artikler og analyse

Å analysere betyr å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke dem atskilt. Ut i fra dette materialet kan man skape tema eller kategorier som vil gjenspeiles i teksten (Forsberg & Wengström, 2013). I denne studien har en brukt denne måten for å analysere de vitenskapelige artiklene. Hovedfunnene ble samlet til subkategorier som igjen

ble samlet i kategorier. Disse kategoriene ble utgangspunktet for resultat- og diskusjonskapittelet.

Dalland (2013) definerer kildekritikk som å vurdere og å karakterisere den litteraturen som har blitt brukt. Det handler om hvilken verdi kilden har i forbindelse med studiens hensikt. Kildens kvalitet vurderes ut i fra hvilken type kilde det er, hvor troverdig den er og hvor holdbar den er. For å analysere de vitenskapelige artiklene har en brukt skjemaet “vurdering av forskningsartikler” (Vedlegg 2). Når en har analysert og valgt ut artikler så har en lagt vekt på om de har IMRaD struktur, hvilket tidsskrift artikkelen er i og om tidsskriftet er vitenskapelig, om de er etisk vurdert og om resultatet er relevant for oppgaven.

For å kvalitetssikre artiklene ble alle tidsskriftene som artiklene er publisert gjennom sjekket i database for statistikk om høgre utdanning. Alle bortsett fra en artikkel som er brukt i denne studien har en vitenskapelig kvalitet på nivå 1 eller nivå 2, ut i fra fastsatte kriterier. Den artikkelen som er unntaket vil bli diskutert i metodediskusjon. Ordinære publiseringskanaler har nivå 1, mens nivå 2 er forbeholdt publiseringskanaler med høyest vitenskapelig prestisje (NSD, 2015).

Tabell 2.

Eksempel på analyse. Se vedlegg 3 for utfyllende tabell.

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
Barna hadde hobbyer for å distansere seg fra problemene (Fudge & Mason, 2004).	Barn håndterte det å ha en psykisk syk forelder på ulike måter.	Mestringsstrategier.
Barna hadde flere måter å håndtere situasjonen på, for eksempel å ha en sosial støtte å dele erfaringer med (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).	Det ble fremhevet hvor viktig det er å skape en emosjonell og følelsesmessig distanse fra situasjonen.	
Barna tok i bruk ulike	Barn tilpasset sin egen atferd for å ikke fremprovosere negative reaksjoner hos foreldrene.	

<p>mestringsstrategier. De tok blant annet ansvar for daglige gjøremål. De gjorde andre aktiviteter som for eksempel å lese eller å dra ut av huset (Foster, 2010).</p> <p>Barna brukte forskjellige metoder for å mestre situasjoner som for eksempel å søke likestilling, unngå eksponering, søke ensomhet, bruke kunst som uttrykksform (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009).</p> <p>Barna brukte ulike strategier for å mestre hverdagen, som å ta ansvar for daglige gjøremål, være oppmerksom på foreldrenes atferd, ta time-out, søke profesjonell hjelp og flytte hjemmefra (Trondsen 2012).</p>		
--	--	--

2.5. Ethiske overveielser

I følge Dalland (2012) så handler etiske overveielser om mer enn å følge regler, det betyr at en også må tenke på hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører og hvordan de kan håndteres. Det handler blant annet om ryddig bruk av personopplysninger for å ivareta de menneskene som har kommet med sine erfaringer. Dette er noe som det har blitt lagt stor vekt på i denne studien, da forskningen tar utgangspunkt i intervju av barn. Det er

personvernombudet for forskning ved norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som skal vurdere om personvernet til mennesker som har deltatt på undersøkelser er oppfylt og ivaretatt. Dette er en norsk organisasjon, så det er viktig å påpeke at andre organisasjoner har samme funksjon i de respektive landene.

Når en har søkt etter artikler til denne studien, så har en sett etter artikler som er godkjent av etisk komité. Av de 12 inkluderte artiklene så er 9 godkjent av etisk komité. I de tre siste artiklene kommer det ikke frem om de er godkjent eller ikke. En foretrekker å bruke artikler som er godkjent av etisk komité. På grunn av at det skal søkes om forhåndsgodkjenning fra etisk komité når en skal forske på mennesker. *“Komiteenes oppgave er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut i fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet”* (Dalland, 2012, s. 98). Det at det ikke står om en artikkel er godkjent trenger ikke nødvendigvis å bety at artikkelen ikke er vurdert. Forskjellige land har forskjellige retningslinjer og kriterier for hvordan de skal forholde seg til forskning av mennesker.

Når en skal presentere resultatet fra forskningartiklene som en har funnet, så er det viktig å presentere alt. I følge Forsberg og Wengström (2013) er det uetisk og bare presentere det som støtter forskerens hensikt, en må presentere det som ikke støtter hensikten også. Resultatene i de vitenskapelige artiklene som blir brukt i denne studien blir fremstilt som sin helhet, og en vil ikke utelate informasjon som kan være ufordelaktig for hensikten.

3. RESULTAT

Resultatet har ført til tre hovedkategorier. Disse er barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder, mestringsstrategier og barns møte med helsevesenet.

3.1. Barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder.

Det viser seg at frykt er en følelse de fleste barn sitter inne med (Trondsen, 2012; Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009; Riebschleger, 2004). Studier viser at barna bekymrer seg over foreldrenes helse, og at de er redde for at foreldrene skal begå selvmord. Noen av barna hadde

funnet selvmordsbrev, noen hadde deltatt i søket etter forelderen der det var mistanke om selvmord og noen hadde besøkt den syke forelderen på sykehuset etter et selvmordsforsøk (Östman, 2008; Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007; Stallard et al, 2004; Trondsen, 2012; Riebchleger, 2004; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2011). Dette gjorde at barna ofte følte frykt når de skulle dra hjem fra skolen eller hvis de ikke visste hvor foreldrene befant seg til en hver tid. (Knutsson-Medin et al., 2007; Trondsen, 2012). Barna beskriver at de var redde for å bli forlatt av foreldrene eller at de måtte flytte ut fra hjemmet (Knutsson-Medin et al., 2007; Riebschleger, 2004). Flere studier viser at barna ofte er redde for at de selv skal bli psykisk syk (Trondsen, 2012; Riebchleger, 2004; Foster, 2010). Trondsen (2012) sin studie viser at barna er klar over at de har en høyere risiko for å utvikle en psykiatrisk lidelse. Barna beskriver at hvis de en dag kjente en sterk tristhetsfølelse oppfattet de det som et tidlig tegn på depresjon. Stallard et al. (2004) sin studie viser at ingen av barna uttrykte bekymring for at de selv skulle bli psykisk syk.

Noen av barna forteller at de gir seg selv skylden for at mor eller far er syk. Ofte var denne skyldfølelsen knyttet til at barnet ikke var i stand til å hjelpe den syke forelderen, at barnet ikke var i stand til å håndtere situasjonen eller til å skape en god atmosfære i hjemmet (Östmann, 2008; Riebschleger, 2004). Barna følte at det å hjelpe den voksne var deres plikt (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005). Barna kunne også fortelle at den friske forelderen hadde fortalt barna at sykdommen debuterte samtidig som barnet ble født, eller at det var barnets oppførsel som gjorde forelderen syk (Riebschleger, 2004; Östman, 2008).

Barna beskriver at det å ha en psykisk syk mor eller far oppleves som et tap. De opplevde at det og ikke leve som andre familier var vanskelig. Barna brukte ordet sorg når de beskrev at foreldrene ikke klare å utfylle foreldrerollen til en hver tid. De uttrykte også sorg over at de ikke hadde et godt forhold til den syke forelderen. De beskriver at sykdommen har gjort forholdet mellom forelder og barn anstrengt, og at det var vanskelig å skape en følelsesmessig kontakt med den syke forelderen (Trondsen, 2012; Foster, 2010). Barna beskriver at de opplever at foreldrenes psykiske lidelse forårsaker ustabilitet i foreldrerollen og i hverdagen, og at dette var vanskelig å forholde seg til (Östmann, 2008; Trondsen, 2010; Foster, 2010). Trondsen (2012) sin studie viser at denne uforutsigbarheten påvirker atmosfæren i hjemmet og hvordan barnet føler seg. Barna uttrykte at de elsket den syke forelderen, på tross av sykdommen (Östman, 2008).

Studier viser at foreldrenes psykiske lidelse oppleves som skamfullt for barna. Flere av barna fortalte at de følte at det var noe annerledes med deres familie uten at de kunne forklare hva (Östman, 2008; Fjone et al., 2009; Pihkala et al., 2011). Barna fortalte at de ikke fikk lov til å snakke om forelderens sykdom (Pihkala & Johansson, 2008). Noen av barna valgte å ikke fortelle om situasjonen hjemme fordi de ble mobbet eller var redde for å bli mobbet (Pölkki et al., 2005; Riebschleger, 2004; Alasuutari & Järvi, 2012). De beskrev at det å føle seg annerledes var en ubehagelig og ensom erfaring (Foster, 2010). Barna prøvde å vise at deres familie er slik som andre familier og skjule følelsene om å være annerledes fra de rundt seg (Fjone et al., 2009).

I perioder med uforutsigbarhet i hjemmet var det vanskelig å konsentrere seg om skolen. Barna beskriver også hvor vanskelig det er å legge planer frem i tid (Trondsen, 2012; Knutsson-Medin et al., 2007). De kjente en motvilje til å invitere med venner hjem da de ikke visste hvilket humør foreldrene var i (Trondsen, 2012). Stallard et al. (2004) sin studie viser at barna var bekymret for om de skulle klare å bestå prøver og om foreldrene var i stand til å følge dem på skolen. Det viser seg at barna også bekymrer seg for den andre forelderens når han eller hun ser sliten ut (Knutsson-Medin et al., 2007).

Flere studier viser at barn der mor eller far har en psykisk lidelse føler seg ensom. Barna beskriver at de måtte håndtere vanskelige tanker og vonde følelser selv, og at ingen satte seg ned for å snakke med dem. Barna syntes det er vanskelig å skulle betro seg til noen angående situasjonen i hjemmet, og at prosessen for å etablere tillit er lang og vanskelig (Trondsen, 2012; Östman, 2008). Barna beskriver at de fryktet at de skulle plage vennene sine hvis de betrodde seg om problemene sine, og det å skulle ta kontakt med helsevesenet ble sett på som en høy terskel (Trondsen, 2012). Flere av barna påpeker hvor viktig den friske forelderens har vært i denne prosessen. Noen av barna forteller om opplevelsen av at den syke forelderens får all oppmerksomheten og at der blir lite rom for aktiviteter for barna. Tenåringene skulle ønske at foreldrene kunne diskutere hverdagslige situasjoner sammen med dem (Östman, 2008). Barn som har deltatt i grupper sammen med andre barn forteller hvor viktig det er å vite at andre er i samme situasjon (Pihkala et al., 2011).

3.2. Mestringsstrategiene til barna

Barna forteller at en av strategiene de brukte for å håndtere foreldrenes sykdom var å ta ansvar innad i familien og i hjemmet. De beskriver den støtten de ga til sin syke forelder og den friske forelder like mye praktisk som emosjonelt (Knutsson-Medin et al., 2007; Trondsen, 2012). Barna kunne for eksempel gjøre praktiske gjøremål som å lage mat, ta vare på søsknene og foreldrene (Pihkala & Johansson, 2008; Trondsen, 2012; Foster, 2012; Stallard et al., 2004). Et av barna beskriver at hun passet på småsøsken slik at deres bråk og lek ikke skulle provosere fram negative reaksjoner fra foreldrene (Trondsen, 2012). Barna beskriver seg selv som en ekstra voksen i familien, og at de føler seg tilfreds med å kunne hjelpe til i perioder der foreldrene er syke. Av og til kunne de også oppleve det som en byrde og lidelse å måtte ta ansvar når ingen andre gjør det (Östman, 2008; Trondsen, 2012). De fremhever at det er foreldrene som gjør hverdagslig oppgavene i gode perioder. Barna beskriver at det var vanskelig å skulle legge fra seg voksenrollen når den syke foreldereren hadde en god periode (Trondsen, 2012).

Barna beskriver at de justerte sin egen atferd og utførte aktiviteter ved å se an foreldrenes humør. Hensikten med dette var å unngå vanskelige situasjoner, spesielt de som fikk foreldrene til å bli sinte eller lei seg. De prøvde å bidra til å skape en god atmosfære i hjemmet ved å unngå å si noe for å provosere den voksne (Knutsson-Medin et al., 2007; Trondsen, 2012). Hvis for eksempel barna opplever at foreldrene er aggressive, kan de tro at det beste er å gå på rommet sitt å være der til at foreldrene ikke er synlige sinte lengre (Fjone et al., 2009). Barna beskriver at de hele tiden må være på vakt for unngå å gjøre noe galt (Trondsen, 2012).

Barna forteller at når tanker og følelser ble for vanskelig å takle, trakk de seg tilbake og tok en time-out. De kunne for eksempel gå på rommet sitt og lese, dra ut i naturen, dra på kafé eller høre på musikk (Fjone et al., 2009; Trondsen, 2012; Fudge & Mason, 2004; Pölkki et al., 2005; Foster, 2010). Støtte gjennom musikk og sangtekster var til hjelp for barna. Sangene bekreftet at andre kunne ha den samme følelsen, og dermed ble barnas følelser akseptable og normalisert (Fjone et al., 2009). Det å gi uttrykk for tanker og følelser gjennom tegning og maling var også en mestringsstrategi (Fudge & Mason, 2004). Barna påpeker viktigheten av å

skape en fysisk og emosjonell distanse fra vanskelige situasjoner, og at det å ta en timeout er verdifullt (Trondsen, 2012).

Studier viser at barna bruker tid sammen med venner som en mestringsstrategi. De kan oppsøke venner fordi de vil fortelle om problemene sine, få en følelse av at de er verdsatt eller for å ha en trivelig stund (Trondsen, 2012). Noen av barna søker selskap hos barn som også er annerledes fordi de føler at de er lik dem selv, for eksempel barn som bor i fosterhjem. Barna kan også velge å være med andre barn i samme situasjon der en av foreldrene er psykisk syk. Dermed deler de identiteten av og ikke å være verdsatt av samfunnet og av å være annerledes (Fjone et al., 2009). I perioder der foreldrene var bedre beskrev barna en følelse av lettelse når de kunne være mer hos venner i stedet for å se etter foreldrene (Pihkala et al., 2011).

En annen strategi barna bruker for å mestre vanskelige situasjoner er å være så mye som mulig borte fra hjemmet. På denne måten kunne barnet glemme at familien hans/hennes er annerledes fra andres. Utenfor hjemmet så oppførte barnet seg på en måte som ikke skulle gi mistanke om at foreldrene er syke, noen prøvde også å være usynlige på skolen, slik at lærerne ikke så at de skilte seg ut. De kunne også bruke tid alene utendørs i naturen for å glemme hvordan det er hjemme (Fjone et al., 2009)

Barna beskrev muligheten for å flytte hjemmefra som en strategi. De beskriver også at det ikke ble like godt mottatt av foreldrene, og at det at de skulle flytte for å studere ble brukt som en unnskyldning ovenfor foreldrene (Trondsen, 2012). Barna nevnte også mestringsstrategier som ikke var sunne, som bruk av narkotika eller andre aktiviteter som ga adrenalinkick (Fudge & Mason, 2004).

3.3. Barns opplevelse i møte med helsevesenet

Barna forteller at de visste at det var noe som ikke stemte i forhold til foreldrenes atferd, men de assosierte det nødvendigvis ikke med en psykisk lidelse. De fleste barna hadde ikke blitt informert om foreldrenes sykdom med mindre de hadde spurt eller arbeidet aktivt med å få informasjon fra helsepersonell. Barna forteller at de savnet åpenhet rundt foreldrenes sykdom både innad i familien men også med andre utenfor familien (Trondsen, 2012; Pölkki et al., 2005; Riebschleger, 2004; Foster, 2010). Det at barna ikke visste at foreldrene hadde en

psykisk lidelse, gjorde at de ikke klarte å skille mellom sykdommen og personen (Foster, 2010).

Barna forteller at det at de fikk dårlig informasjon førte til mange ubesvarte spørsmål som igjen var kilde til bekymring, frykt og frustrasjon. De beskriver viktigheten av tidlig informasjon. Flere forteller at de hadde observert forandringer i foreldrenes humør og atferd som hadde bekymret og forvirret dem (Trondsen, 2012). Barna så ikke foreldrenes atferd som symptomer på en sykdom, men som mindre oppmerksomhet fra foreldrene (Riebschleger, 2004).

Det ble identifisert tre typer vokabular barn brukte i samtalen om foreldrenes sykdom. De brukte et vokabular som beskriver bekymringene og barna la spesielt vekt på sosial stigmatisering og økonomiske problemer. De brukte også det profesjonelle vokabularet for å beskrive hvorfor de deltok i familierapi og i studien. Det som ble mest brukt var det empiriske vokabularet som vil si at barna beskriver foreldrene ut i fra hverdagslige observasjoner som atferd og humør (Alasuutari & Järvi, 2012)

I Fjone et al. (2009) sin studie var bare halvparten av barna informert om foreldrenes situasjon og sykdom, enten av foreldrene selv, av nære familiemedlemmer eller profesjonelle. De barna som ikke var informert om foreldrenes situasjon beskrev en følelse av å være annerledes. Barna ønsket å forstå hvordan foreldrene ble syke, symptomene deres og kunnskap om behandlingen de fikk (Fjone et al., 2009). I Stallard et al. (2004) sin studie kom det frem at nesten halvparten av barna ikke hadde fått informasjon om foreldrenes tilstand. Videre viser studien at nesten halvparten ikke ønsket å få mer informasjon om foreldrenes sykdom fordi de var redd det skulle bli en byrde og dermed påvirke hvordan de følte seg. Alasuutari & Järvi (2012) sin studie viser også at barn har lite informasjon om foreldrenes sykdom.

Barn som fikk mer informasjon og kunnskap om foreldrenes sykdom var i stand til å forstå foreldrene og hele situasjonene bedre. Ved å delta i familierapi ble det mer åpenhet og bedre kommunikasjon som igjen førte til et nærmere bånd mellom barn og forelder. På grunn av bedre forståelse fikk barna færre bekymringer angående forelderen, og de ble mindre redd for at noe skulle skje dem. Det gjorde det mulig for barna å bruke mer tid sammen med vennene sine. Følelsen av lettelse var også knyttet til at barna følte seg hørt (Pihkala et al., 2011).

Barna beskriver at de ønsker mer kontakt med helsepersonell, mer informasjon og flere forklaringer angående deres foreldres sykdom (Knutsson-Medin et al., 2007). Barna beskriver også at de ønsker mindre stigmatisering, økt kunnskap og bedre forståelse av psykiske lidelser i det offentlige helsevesenet (Fudge & Mason, 2004). De opplevde mangelfull støtte og kontakt med helsevesenet. De fikk generelt ingen informasjon fra de som jobber på avdelingen. Noen av barna hevder at de ikke fikk informasjon i etterkant av et selvmordsforsøk (Knutsson-Medin et al., 2007).

Få av barna hadde fått profesjonell hjelp (Pölkki et al., 2005). Barna hadde ikke bare behov for å snakke om seg selv, men også om forelderens sykdom. Dette opplevde de at de ikke ble møtt på (Östman, 2008). De som hadde vært i kontakt med helsevesenet fokuserte på sin egen sårbarhet. De opplevde det som vanskelig å etablere tillit når de hadde så lite tid til rådighet, og de opplever det som vanskelig å forholde seg til mange forskjellige personer. Stabilitet og forutsigbart i forholdet til helsepersonell ble påpekt som viktig (Trondsen, 2012).

Flere av barna fortalte at det psykiske helsevesenet ikke hørte på hva familiemedlemmer sa om den syke forelderen sin oppførsel, eller om hvordan de reagerer på medikamentene. Barna bekymret seg også for at helsepersonellet ikke ga grunnleggende informasjon til familie medlemmer om foreldrenes sykdom og behandling (Fudge & Mason, 2004). Noen av barna følte at sykehusets omgivelser og miljø var skummelt og utrivelig (Knutsson-Medin et al., 2007). Noen av barna assosierte sykehuset som en plass hvor folk dør (Riebschleger, 2004).

Barna kunne ikke identifisere noe negativt ved at helsepersonell visste at foreldrene hadde barn under 18 år. Mye positivt ble nevnt, som for eksempel at barnas behov kunne bli møtt med større forståelse og at barna kan nyttegjøre seg av helsepersonells kunnskap om hvilke støttegrupper som finnes (Fudge & Mason, 2004).

4. DISKUSJON

Hensikten med studien er å belyse barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder. Funnene fra de vitenskapelige artiklene vil i resultatdiskusjonen bli diskutert opp mot relevant litteratur. I metodediskusjon vil en se på forhold som kan virke både positivt og negativt for oppgaven i sin helhet.

4.1. Resultatdiskusjon

I resultatet kom en frem til tre hovedkategorier som også vil gjenspeiles i resultatdiskusjon. Det er i tillegg et ekstra kapittel som har som hensikt å fremheve sykepleierens rolle ovenfor barn som er pårørende til psykisk syke. En har valgt å belyse resultatet opp mot Eriksons psykososiale utviklingsteori, Lazarus og Folkmans mestringsteori og sykepleierens funksjonsområder.

4.1.1. Barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder.

Erik Homburger Erikson var en psykolog kjent for sin psykososiale utviklingsteori. Denne teorien bygger på Freud sin utviklingsmodell, men i motsetning til Freud la Erikson vekt på at barnets sosiale miljø var en medbestemmende faktor for menneskets utvikling. Eriksons beskrev til sammen åtte stadier som strekker seg gjennom hele livsforløpet. Hvert stadie omtales som en krise hvor det er to mulige utfall, og som begge vil prege den enkeltes personlighet. Disse utfallene blir omtalt som grunnholdninger (Bunkholdt, 2000). Hvilke erfaringer mennesket gjør seg er avgjørende for om det blir et negativt eller positivt utfall (Helgesen, 2011).

I denne studien har fokuset vært på stadie fire og fem. Den fjerde fasen som strekker seg fra seksårsalderen og til barnet er ca tolv år, har Erikson kalt ferdighetsfasen. I denne fasen vil barnet utvikle grunnholdningen arbeidslyst eller mistriivsel. Den viktigste oppgaven for miljøet rundt barnet er å tilrettelegge for at barnet skal oppleve mestring gjennom nye og vanskeligere oppgaver. Skolen har her et viktig ansvar (Bunkholdt, 2000). Puberteten, som Erikson kaller det femte stadiet, strekker seg fra tolvårsalderen og til barnet er ca. tyve år. I dette stadiet vil barnets grunnholdning enten være en stabil identitet eller en identitet- og rolleforvirring (Bunkholdt, 2000). For at barnet skal få en positiv grunnholdning forutsetter det at barnets miljø er konsekvent i sine reaksjoner.

4.1.1.1. Emosjoner

Resultatet viser at de fleste barna bekymrer seg for om de selv kommer til å bli psykisk syk, og at de vet at de har en høyere risiko for å utvikle en psykisk lidelse. Som nevnt i innledningen er risikoen 3,4 ganger høyere for å utvikle psykiske lidelser hvis begge foreldrene er psykisk syke, enn hvis begge foreldre er friske. Hvis den ene forelderen er syk er risikoen 2,1 ganger høyere (Deen et al., gjengitt i Helgeland, 2012). Det er vanskelig å si hvilke barn som kommer til å utvikle en psykisk lidelse og ikke. Det er mange faktorer som spiller inn. Noen av barna har en genetisk disposisjon som gjør de ekstra sårbare. Andre omstendigheter som barnets motstandsdyktighet, støtten fra det sosiale nettverket og barnets mestringsevne vil kunne påvirke barnets psykiske helse. Forholdet mellom barn og foreldre er et viktig element, om de har en god tilknytning og et godt samspill. En annen viktig faktor er i hvor stor grad den syke forelderen er påvirket av sykdommen (Ruud, 2011). Om en blir syk eller ikke handler altså mye om hvilket miljø en lever i. Noen barn har trygge rammer som er i overensstemmelse med barnets behov, mens andre kan vokse opp under mangelfulle, forvirrende og skremmende, eller voldelige rammer (Sølvberg, 2011). Til tross for at disse barna har en økt risiko for sykdom, vil det i de aller fleste tilfellene gå bra. Halvparten av barna vil utvikle symptomer, men de vil likevel fullføre skolen, begynner i arbeid og etablerer sin egen familie (Ruud, 2011). En anslår at ca. halvparten av Norges befolkning i løpet av livet vil ha en psykisk lidelse (Knudsen & Myklebust, 2010).

Når mor eller far blir psykisk syk kan barnets liv få en dramatisk endring, noe som kan føre til at barnet får en stressreaksjon. Resultatet viser at barna ofte bekymrer seg over foreldrenes helsetilstand, og at de er redde for at foreldrene skal begå selvmord. Det er påvist at det å leve under stress over lengre tid er skadelig. Stress kan defineres som *“fysiologiske og psykologiske reaksjoner og subjektive opplevelser i møte med belastninger”* (Kristoffersen, 2012, s. 134). Stressreaksjoner er opprinnelig beregnet til korttidsbrukt, og en konstant aktivering av det sympatiske nervesystemet kan føre til at kroppens reserver tømmes, som igjen leder til utmattelse og utbrenthet. Det er også vist at stress over lengre tid kan føre til sykdom i fordøyelsessystemet, muskel og skjelett, og immunsystemet samt det kardiovaskulære systemet (Kristoffersen, 2012). Dette viser viktigheten av at sykepleieren så tidlig som mulig avdekker om pasientene har barn, og om barnet har behov for støtte. Når en forelder blir syk innebærer dette ofte en krise, ledsaget av mye engstelse og usikkerhet (Eide & Eide, 2012).

4.1.1.2. Sosiale konsekvenser

Resultatet viser at barna erfarer at de må håndtere vanskelige og vonde følelser selv. Det kan være godt og nødvendig for barna å kunne dele smerte og følelser med noen. I følge Helgesen (2011) er sosial støtte en av de mest betydningsfulle beskyttelsesfaktorene barnet har mot skadelige stressfaktorer. Hvis barnet opplever at de voksne er tause og at de ikke lytter, vil de kunne oppleve en økt belastning. Barn er veldig forskjellige, og noen trenger hjelp til å bearbeide opplevelsene mens andre har behov for respekt for at de ikke ønsker å dele tanker og følelser med andre. Det er viktig at barna blir behandlet som enkeltindivid i en slik situasjon. Søsken vil ikke nødvendigvis ha de samme behovene, og sykepleieren må møte hvert enkelt barn på deres premisser. Til tross for at barn som er pårørende til psykisk syke har et stort behov for å bli sett, blir ikke disse barna møtt på dette (Ruud, 2011). En kan stille seg spørsmål om hva som forårsaker dette. Houlihan, Sharek & Higgings (2013) sin forskning viser at sykepleiere rapporterer at de har for lite utdanning og kunnskap om temaet, og at de synes det er vanskelig å skulle snakke med barna. Det konkluderes med at det er for liten vekt på barn som pårørende i grunnutdanning og at dette bidrar til at barna ikke blir sett av helsepersonell. Det har i nyere tid blitt satt fokus barn som pårørende, og helsedirektoratet (2010) har laget en veileder for helsepersonell som arbeider med denne gruppen. Veilederen tar utgangspunkt i lovverket og beskriver hvordan en skal forholde seg til disse barna og hvem som har hvilket ansvar.

Barn fra ca. seksårsalderen er ofte redde for å bli sett på som annerledes og for å bli hengt ut på skolen (Grønseth & Markestad, 2011). Psykisk sykdom er tabubelagt og mange barn skammer seg over å ha en psykisk syk forelder. Barna oppfatter raskt hva en kan, og hva en ikke kan snakke høyt om. Som en konsekvens av at psykiske lidelser er tabubelagt vil barna bli fratatt muligheten til å bearbeide det traumet en forelders sykdom kan være (Vik, 2002). Mange av barna vil føle seg alene og ensom (Ruud, 2011). Tabubelagte temaer er usynlige, noe som også gjør dem ugyldige. Det vil derfor være vanskelig for barna å dele smerte og skape forståelse. *“Hvordan skal barna forholde seg til noe som er ugyldig, noe som ikke finnes?”* (Vik, 2002, s. 1). Dette er noe som gjenspeiles i resultatet. Barna forteller at de opplever foreldrenes sykdom som skamfullt. I følge Erikson utvikles evnen til å forstå hva som er rett og galt allerede i tidlig barndom. Som følge av dette vil barnet også kunne kjenne skyldfølelse (Bunkholdt, 2000). Resultatet viser at barna ofte føler skyld fordi de ikke er i

stand til å hjelpe forelderen. Noen av barna opplevde også at den friske forelderen la skylden på barnet, eller fremstilte det slik at barnet tolket situasjonen som om det var hans feil.

4.1.2. Mestringsstrategiene til barna

Richard Lazarus og Susan Folkman skiller mellom to hovedtyper strategier for å mestre stressende situasjoner. Den ene er problemorientert mestring som vil si at en anvender en aktiv og direkte strategi for å løse problemet. Denne type problemløsning velges oftest i situasjoner der personen tror han har gode sjanser til å mestre situasjonen. Den andre strategien er emosjonelt orientert mestring som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon i stedet for å endre selve situasjonen. Emosjonelt orientert mestring blir sett på som en nødvendig strategi for å holde ut i situasjoner en ikke kan gjøre noe med (Kristoffersen, 2012). Lazarus og Folkman definerer mestring som *“Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser”* (Kristoffersen, 2012, s. 144).

Resultatet viser at barn som har en psykisk syk mor eller far ofte gikk inn i en voksenrolle. De følte seg tilfreds med å kunne støtte familien i perioder der forelderen var syk, men til tross for dette påpekte de at det også opplevdes som en byrde å måtte ta ansvar når ingen andre gjorde det. Ruud (2011) understreker at når barnet hjelper til i hjemmet, vil dette kunne gi barnet en opplevelse av å være betydningsfull. Dette kan være en motivasjon i seg selv da dette er en følelse disse barna kanskje ikke opplever så ofte. Sett i sammenheng med Folkman og Lazarus mestringssteori kan dette ses på som en problemorientert strategi.

I alderen 6 - 12 år beskriver Erikson at det er viktig med tilpassede oppgaver som gir barnet en opplevelse av mestring (Helgesen, 2011). Som nevnt kan det å skulle ta ansvar i hjemmet oppleves som en byrde. Over tid kan det tenkes at dette vil kunne føre til belastninger for barnet, og i verste fall hindre normal utvikling. Det er ikke normalt at et barn skal ta ansvar for foreldrene. Sølvsberg (2011) påpeker at desto yngre barnet er, desto mer avhengig er det av kjærlige, trygge og modne støttepersoner for at mestring skal finne sted. Som menneske er det viktig å ha en person man har tillit til og som gir uttrykk for trygghet, slik at det går an å mestre både situasjonen og egne følelsesmessige reaksjoner. Følelser og mestring har en nær sammenheng. Hvilken mestringsstrategi en bruker blir vurdert ut i fra hver enkelt situasjon

(Eide & Eide, 2012). Valg av strategi er nært knyttet til personligheten, og etter hvert innarbeider man en måte å håndtere vanskelige situasjoner (Kristoffersen, 2012).

Emosjonelt orientert mestring kan ses på som et forsøk på å unngå, unngå eller flykte fra problemer eller ubehag (Kristoffersen, 2012). Resultatet viser at barn har behov for å skape en emosjonell og fysisk distanse fra vanskelige situasjoner. Det å kunne trekke seg bort fra situasjonen er viktig. Det artikkelene ikke sier noe om er hvordan de minste barna kan ta en time-out. En syvåring vil ikke ha samme mulighet til å dra ut av huset som en på femten. Den muligheten de kan ha er at de kan trekke seg tilbake til soverommet sitt. Det er mulig at de også deler soverom med andre søsken, og på den måten vil de aldri få tid for seg selv. Selv om det å ha en søster eller bror å prate med om vanskelige ting også er verdifullt.

Resultatet viser at barnet oppførte seg på en måte som ikke skulle gi mistanke om at foreldrene er syke. Dette er også et eksempel på en emosjonell orientert mestringsstrategi.

Ruud (2011) skriver at barnet kan unnlate å fortelle om situasjonen fordi de vil fremstå som vanlige oppegående personer. Som videre gjør at det kan se ut som at barna oppfatter foreldrenes sykdom som noe man ikke snakker høyt om. Det kan være at de selv har kjent på følelsen av at dette er noe man ikke forteller om, eller at foreldrene ikke lar barna fortelle om det som også studier viser. På en annen side kan barnet også velge og ikke fortelle om foreldrenes sykdom, fordi ofte vil barn beskytte nære personer de er følelsesmessig knyttet til. De er veldig lojale mot foreldrene sine, og som regel blir det lettere for barnet å snakke om erfaringene sine når de vet at de har tillatelse (Helgesen, 2011).

Resultatet viser at barna opplever foreldrenes hyppige endringer i humør og aktivitetsnivå som en belastning, og at det kan være en utfordring og vanskelig å takle (Ruud, 2011). Barna beskriver at de justerte sin egen atferd ut i fra foreldrenes atferd og humør, og hensikten med dette var å unngå vanskelige situasjoner. Dette kan tenkes å være en problemorientert mestringsstrategi da barnet søker informasjon om situasjonen og ut i fra det tar en beslutning om hva det skal gjøre. I dette tilfellet å justere egen atferd (Kristoffersen, 2012). Det er slitsomt å leve i en slik situasjon da de hele tiden må tenke på hva de sier og gjør. Hvis en skal trekke frem noe positivt så kan barna få en spesiell kompetanse til å lese andre sine følelser og tanker, noe som kan tenkes å være god egenskap å ha med seg videre i livet. Samtidig er det viktig at en er oppmerksom på sine egne følelser og behov, slik at barnet ikke blir ukjent med seg selv (Sølvberg, 2011).

Erikson beskriver stadiet mellom 12 og 20 år som det stadiet barnet tester ut selvstendighet under veiledning og korreksjon av en voksen. Et barn som ikke får tilbakemelding og bekreftelse på hvem en er vil kunne utvikle et usunt forhold til seg selv, som kan føre til en identitetskrise (Helgesen, 2011). Når et barn ikke har en trygg voksen som kan følge de opp, vil ikke barnet lære hva som er sunt og usunt. Dette kan føre til at noen bruke mestringsstrategier som kan være skadelig. Resultatet viser at barna for eksempel kan eksperimentere med rusmidler eller andre aktiviteter. Bruk av rusmidler er et eksempel på emosjonelt orientert mestring. Samtidig er viktig å huske på at litt eksperimentering er normalt hos ungdom, men i normale situasjoner blir disse ungdommene korrigert av en voksenperson. Erikson beskriver at barnet skal ha en sunn og gradvis løsrivning fra foreldrene. Det å utvikle en sunn identitet er avhengig av hvilke utfall de tidligere stadier har fått (Helgesen, 2011). En kan tenke seg at barn som har psykisk syke foreldre i mange tilfeller ikke får den bekreftelsen de trenger, og at dette kan gjøre dem utrygge på seg selv slik at de ikke får utviklet en sunn identitet.

4.1.3. Barns møte med helsevesenet

Resultatet viser at barn som er pårørende til en psykisk syk forelder erfarte at de fikk lite informasjon om foreldrenes helsetilstand, og at dette er noe de ønsket mer av. Barn har behov for informasjon, og manglende kunnskap kan skape misforståelser, forvirring og smerter. Det en vet er at barn har en tendens til å sette sammen sin egen versjon ut i fra det de har hørt eller sett (Helgesen, 2011). Et hvert barn og ungdom er unikt, og det er derfor ikke noe oppskrift på hvordan man best kan kommunisere med barn og unge (Eide & Eide, 2012).

Det kan være utfordrende for helsepersonell å informere barna om foreldrenes helsetilstand. Som sykepleier er en underlagt taushetsplikten og en er avhengig av foreldrenes samtykke for å kunne informere barna (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Dersom foreldrene ikke ønsker at barna skal informeres om sin helsetilstand, kan en som sykepleier kun gi barnet generell informasjon (Helsedirektoratet, 2010). Foreldrene kan også velge at sykepleieren skal unnlate å informere barnet om enkelte deler av historien. Dette kan være utfordrende fordi barnet uansett kan komme til å høre det gjennom både familie og nærmiljø (Helgesen, 2011). Det sykepleieren kan gjøre er å snakke med mor eller far og forklare situasjonen og hvorfor det er viktig at barnet får informasjon. En kan stille spørsmål om det faktisk er sykepleierens jobb å

informere barnet, eller om fokuset burde være på å øke den friske forelderens ressurser slik at han eller hun kan snakke med barnet.

Når en skal snakke med barnet er det viktig at en finner ut av hva barnet tenker på og hvilke spørsmål barnet har. Individuelle samtaler må prioriteres da søsken nødvendigvis ikke trenger å ha samme opplevelse av å ha en psykisk syk forelder (Ytterhus, 2012). Det er viktig å huske at en ikke alltid trenger å fortelle alle detaljene, men begrense informasjonen til det som er forståelig og nyttig for barnet. Resultatet viser at barn bruker det empiriske vokabularet for å beskrive erfaringer de har med foreldrenes atferd og humør. Dette er derfor kunnskap sykepleieren kan nyttiggjøre seg når hun skal snakke med barna i den forstand at hun bruker normale ord og uttrykk og ikke medisinske termer som er vanskelig å forstå. Samme studie viser også at barna brukte det profesjonelle vokabularet for å forklare hvorfor barnet deltar i samtale, men det er usikkert om barnet faktisk skjønner hva disse ordene betyr og om de bruker de fordi de høres finere ut enn hverdagslige termer og dermed reduserer skamfølelsen. Resultatet viser også at ikke alle barn ønsker informasjon om foreldrenes sykdom fordi det oppleves som en byrde. Helgeland (2012) beskriver dette som en måte å beskytte seg selv på i en vanskelig situasjon.

I Helsepersonelloven (1999) § 10 a står det at barn har rett til å bli hørt. Denne rettigheten gjelder alle forhold barnet blir berørt av, ikke bare når barnet er hovedperson. Det vil si at barnets beste skal være i fokus når mor eller far er pasient. I Barneloven (1981) § 31 er det skrevet at barnet fra syvårsalderen skal høres i personlige forhold. Til tross for dette viser resultatet at barna erfarte at de ikke ble hørt av helsepersonell når de fortalte om foreldrenes atferd. *“Jeg prøvde å fortelle mors behandlere hvordan jeg hadde det, at det var vanskelig for meg. Men de sier bare at jeg må jo skjønne at hun er syk”* (Sølvberg, 2011, s. 30). Dette er et sitat som viser hvordan denne personen ble møtt av helsevesenet, og hvorfor det er så viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan en skal møte barna.

Filosofen Feinberg beskriver at barn har to typer rettigheter (Ytterhus, 2012). Den ene er avhengighetsrettigheter som vil si grunnleggende behov som for eksempel mat, klær og en plass å bo. Den andre er tillitsbaserte rettigheter. Det er rettigheter som går på at man har rett til å lære, ytre seg, motta emosjonell støtte og anerkjennelse, og praktisere sin religion. Som barn er man avhengig av at voksne ivaretar disse rettighetene. For barn der foreldrene på grunn av sin sykdom ikke er i stand til å ivareta disse behovene, er det ekstra viktig at

helsevesenet tar ansvar. For sykepleiere vil den største utfordringen være å ivareta de tillitsbaserte rettighetene. Graden av ivaretagelse av de tillitsbaserte rettighetene danner et grunnlag for våre verdier og er med på å avgjøre hvem vi sosialiseres til å bli. De valgene som sykepleieren tar skal i størst mulig grad gjenspeile hva foreldrene ville ha gjort hvis de hadde hatt muligheten, og det skal ikke begrense barnets muligheter. I vårt samfunn er det et faktum at mange av disse rettighetene blir organisert på kommunalt nivå, som betyr at hvis disse barna skal bli tatt på alvor så må situasjonen bli vurdert i kommunehelsetjenesten (Ytterhus, 2012).

I spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-7 a er det en lovpålagt ordning med barneansvarlig. En barneansvarlig er en person som har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonellens oppfølging av barn som er pårørende. Den barneansvarlige skal sikre at loven følges. En svakhet er at kommunehelsetjenesten ikke omfattes av denne loven. Som nevnt så er det i stor grad de som jobber ute i kommunen som vil følge opp familiene og barna, og kan i større grad dekke Feinbergs tillitsbaserte rettigheter. Det er derfor viktig at barna har en kontaktperson som kan gjøre denne viktige jobber også i kommunen (Ytterhus, 2012).

4.1.4. Sykepleierens rolle

“Å utdanne seg til sykepleier innebærer å ta på seg et grunnleggende samfunnsmessig ansvar, og at en forplikter seg på noen viktige moralske verdier og idealer”

(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012a, s. 16).

Det er ikke bare den syke, men også den sykes nærmeste som blir utsatt for stor belastning (Sølvberg, 2011). Ofte blir barn av psykisk syke foreldre omtalt som de barna som ikke blir sett eller hørt. Mange sykepleiere er usikre på hvordan de kan hjelpe dem, og hvor mye de skal spørre (Ruud, 2011). Som da gjør at det kan tenkes at barn som pårørende er et tema som oppleves som litt vanskelig for sykepleieren, noe som da viser viktigheten av å ha kunnskap om denne gruppen. Sykepleieren må se barna, og de må lære hvordan de skal møte dem og hvordan de skal kunne ivareta dem. Korhonen, Pietila & Vehviläinen-Julkunen (2010) sin studie viser at det er sykepleiere med mest erfaring, og gjerne de med videreutdanning som ivaretar barna i størst mulig grad. Det kan tenkes å være et resultat av erfaring, noe som igjen kan tyde på at temaet er lite belyst i sykepleiestudiet.

Sykepleieren møter disse barna i mange ulike arenaer. Det kan være for eksempel på psykiatrisk akuttpost, allmennpsykiatrisk avdeling, somatiske sykehusavdelinger og for eksempel i hjemmesykepleie og på legekontor. Noe som er viktig da, er at en som sykepleier vet at en har plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende (*Helsepersonelloven*, 2000, § 10 a). Hvilken rolle sykepleieren har i møte med disse barna vil variere ut i fra hvor en møter barna, foreldrenes diagnose og alvorlighetsgrad, og om det er andre voksne i barnets nærmeste krets. Uansett skal sykepleieren bidra til å ivareta behovet for informasjon, og gi nødvendig oppfølging som barnet kan ha som følge av foreldrenes tilstand. En skal blant annet bidra til at barnet og omsorgspersoner for barnet får informasjon om pasientens sykdomstilstand og behandling.

Når man jobber med barn som er pårørende til psykisk syke er det viktig å tenke helhetlig. Skal en kunne støtte barna må også de voksne i familien bli ivaretatt. Virginia Henderson definerer sykepleierens særegne funksjon som å hjelpe et individ i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse, som individet selv hadde gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper (Kristoffersen, 2012). Personer som ikke mestrer foreldrerollen på grunn av psykisk sykdom kan få veiledning av sykepleieren til å mestre situasjonen. Dette kan ses i sammenheng med at sykepleieren funksjon i familier der barn blir presset inn i en voksenrolle (Sølvberg, 2011). Sykepleieren har en helsefremmende funksjon, og ovenfor barn som er pårørende til psykisk syke, har sykepleieren et medansvar for at disse barna skal få en så god oppvekst som mulig. Ved for eksempel å hjelpe foreldrene med å finne en ordning på praktiske utfordringer vil dette kunne ha en positiv virkning på barna (Foster, O-brien & Mcallister, 2005). En kan også hjelpe familien med å ta ansvar for å koordinere de ulike tjenestene. Dette kan kreve ganske mye av en familie som lever i en vanskelig situasjon, og det kan da tenkes å være bra å ha en sykepleier til å hjelpe.

Som sykepleier har en flere funksjoner og ansvarsområder, blant annet undervisning og veiledning. Dette er viktige områder i møte med barna og foreldrene med en psykisk lidelse. Barna kan ha mange ubesvarte spørsmål om foreldrenes tilstand, mens foreldrene kan ha behov for veiledning i foreldrerollen. Sykepleieren har også en lindrende funksjon, og i denne sammenhengen kan det tenkes at det betyr at en skal redusere og begrense den psykiske belastningen disse barna lever under (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012b).

4.2. Metodediskusjon

Det er 12 inkluderte forskningsartikler i oppgaven, og alle er skrevet på engelsk.

Oversettingen av engelsk til norsk og det å forstå betydning av det som er skrevet i artiklene har tatt lang tid. Av artiklene så er 2 fra Norge, 4 fra Sverige, 2 fra Finland, 2 fra Australia, 1 fra England og 1 fra USA. Det at artiklene er fra flere forskjellige land kan være en styrke for oppgaven i den forstand at den blir relevant for flere sykepleiere. Det kan også være en svakhet fordi andre land har andre kulturer og helsevesenet trenger nødvendigvis ikke å være bygd opp på samme måte. Men fordi barnas erfaring er i sentrum har ikke det så stor relevans som hvis en skulle ha sett på sykepleierens måte å jobbe på.

En har valgt å skrive generelt om psykiske lidelser, og ikke om en spesifikk sykdom. Dette var et valg som ble tatt på grunn av lite artikkeltreff når en søkte etter spesifikke sykdommer. Det at en har psykiske lidelser generelt kan være både positivt og negativt for oppgaven. Ved å generalisere kan man nå en større gruppe barn, og man ser jo at de fleste barna har mange av de samme utfordringene på tvers av foreldrenes sykdomsbilde. Man ser også at det er enkelte forskjeller i hvordan barn erfarer ting, som for eksempel at forelderen snakker usammenhengende og at det er vanskelig å skille realitet fra fantasi når forelderen har en psykose. En annen svakhet kan være at omfanget ble for stort, og at det derfor var vanskelig å tak i alle de viktige momentene i funnene i artiklene.

Av de 12 inkluderte artiklene så er 9 godkjent av etisk komité. De 3 resterende står det ikke om er godkjent eller ikke. To av artiklene er fra Finland og USA, og en har valgt å ta de med da de er relevant for studien. Tidsskriftet til artiklene er på nivå 1 av kvalitet. Den tredje artikkelen er fra Australia og tidsskriftet artikkelen er publisert i er ikke vurdert til nivå 1 eller 2. En har likevel valgt å ta med artikkelen da den er veldig relevant for oppgaven. Den har tydelig IMRaD struktur, og en tydelig beskrevet metode.

I oppgaven er 11 av 12 inkluderte artikler kvalitatif, og en er kvantitativ. Det at en har et flertall av kvalitative kan tenkes å være positivt for oppgaven, da hensikten går på barns erfaringer. En svakhet kan være at en har med en kvantitativ artikkel, da den er mer generell og ikke går i dybden. En kunne ha avgrenset til kun kvalitative, men en har valgt å ta med kvantitativ artikkelen da også den inneholder barns erfaringer og er relevant for oppgaven.

Det en kunne ha gjort var å avgrense kun til kvalitative studier fordi temaet er barns erfaringer.

En av artiklene i oppgaven omhandler voksne barn, som har vokset opp med psykisk syke. De forteller om hva de husker fra sin barndom og sine erfaringer med å ha psykisk syke foreldre. Dette kan ha både være en styrke og en svakhet for oppgaven. Svakheten kan være at det de forteller som voksen ikke stemmer overens med det de faktisk erfarte i barndommen. De gjengir det de husker, men en kan ikke ta høyde for at alt de erfarte som barn sitter friskt i minne og dermed ikke blir gjengitt i forskningen. En styrke er at de som voksen har et større ordforråd og dermed kan sette ord på og forklare sine erfaringer i større grad enn et barn kan.

En har valgt og ikke å bruke problemstilling, noe som kan være både en styrke og en svakhet. Svakheten er at med en problemstilling kunne hensikten i oppgaven blitt mer tydelig, og resultatet kunne blitt mer konkret. Styrken med det er at en ikke må svare på et konkret spørsmål i oppgaven, slik at det blir et mer bredere omfang og mer nyttig og relevant.

5. KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syk forelder. Denne konklusjonen er basert på funn i resultatdel og i diskusjonsdel.

- Barn av psykisk syke får for lite informasjon om foreldrenes sykdom. Dette medfører bekymringer for barnet og skaper negative emosjoner. I 2010 kom det et nytt lovverk som forplikter sykepleieren i å gi nødvendig oppfølging og å ivareta barns behov for informasjon. Dette kan by på utfordringer da helsepersonell har taushetsplikt.
- Å vokse opp med en forelder som er psykisk syk kan ha negative konsekvenser. Noen, men ikke alle utvikler psykiske lidelser i voksen alder. Det er mange faktorer som virker inn, og i den siste tiden har det blitt mer fokus på betydningen av miljøfaktorer.
- Når barn tar ansvar for den syke forelderens kan det oppleves både positivt og negativt. Barna kan oppleve at de gjør nytte for seg og at de er til hjelp. Samtidig kan denne ansvarsfølelsen påvirke barnet i negativ retning ved at de opplever situasjonen som en byrde. Over tid vil dette kunne gi negative virkninger hos barnet.

- Barna bruker ulike typer mestringsstrategier i hverdagen for å takle foreldrenes psykiske lidelse. Mange barn tar på seg en voksenrolle og sørger for at hverdagslige gjøremål blir gjort. Ofte endrer barna sin egen atferd ut i fra foreldrenes humør for å unngå vanskelige situasjoner. Utenfor hjemmet oppfører barna seg slik at ingen skal få mistanke om at foreldrene er syke.
- Som sykepleiere møter en disse barna på mange ulike arenaer. Sykepleiere har generelt for lite kunnskap om barn som har psykisk syke foreldre. En trenger mer kunnskap om hvordan det normale barnet utvikler seg, og normale reaksjoner hos barn som lever i en stressende livssituasjon. På den måten vil sykepleieren i større grad kunne hjelpe disse barna.

Det en har erfart under arbeidet med denne studien er at det generelt trengs mer forskning på barn med psykisk syke foreldre. I de artiklene en har brukt har de fleste vært enige om at disse barna har en økt risiko for selv å bli psykisk syk. Det kunne ha vært interessant og funnet forskning som sier noe om hvordan en kan forebygge at barna blir syke, og mer konkret om hvilke kunnskaper sykepleieren må ha for å kunne hjelpe.

Litteratur

Alasuutari, M., & Järvi, A. (2012). "My dad got depression, or something": How do children talk about parental mental disorder. *Qualitative research in psychology*, 9(2), 134-150. Doi: 10.1080/14780880903414250.

Barneloven (1981). (2013, 21. juni). *Lov om barn og foreldre (Barneloven)*. Hentet 24 mars 2014 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>

Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjone, H., Ytterhus, B., & Almvik, A. (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. Doi: 10.1177/0907568209343743

FN. (1989). FN's konvensjon om barns rettigheter. Hentet 23. april 2015 fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

Forsberg, C., & Wengstöm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (1. utg). Stocholm: Natur & Kultur.

Foster, K. (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(21-22), 3143-3151. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x

Foster, K., O'Brien, L., & Mcallister, M. (2005). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: Current approaches. *Contemporary Nurse*, 18(1-2), 67-80. Doi: 10.5172/conu.18.1-2.67.

Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e-journal for the Advancement of mental health*, 3(2), 50-58. Doi: 10.5172/jamh.3.2.50

Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatric og pediatrik sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagforlaget.

Gude, T., Dørheim, S. K., Bjørgaas, H. M., & Maridal, H. K. (2012). Husk mental helse. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 132(20), 2263-2264. Doi: 10.4045/tidsskr.12.0818

Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. Haugland, B. Ytterhus., & K. Dyregrov(Red.), *Barn som pårørende*. (s. 185-201). Abstrakt forlag: Oslo

Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende: Mor og far er syk*. Rundskriv IS-5/2010. Hentet 8. april 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>

Helsedirektoratet. (2015). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. rev.). Hentet 15. mai 2015 fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>

Helsepersonelloven (1999). (2015, 1. mai). *Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven)*. Hentet 3. mai 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices

of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 287-295. Doi: 10.1111/J.1365-2850.2012.01923.X

Knudsen, A. K., & Myklebust, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 342-343.

Knutsson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14(8), 744-752. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01181.x

Korhonen, T., Pietila, A.-M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients`visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian journal of caring science*, 24(1), 65–74. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 1. 2. utg., s.207-280). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2012a). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 1, 2. utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E.-A. (2012b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 3. 2 utg., s. 133-189). Oslo: Gyldendal akademisk

Malt, U. (2009, 14. februar). Psykiske lidelser. I N. E. Ryste (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 15. mai 2015 fra https://snl.no/psykiske_lidelser

Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.

NSD. (2015). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*. Lastet ned 18.03.15 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pihkala, H., & Johansson, E. (2008). Longing and fearing for dialogue with children – depressed parents way into Beardslee`s preventive family intervention. *Nord J Psychiatry*, 62(5), 399-404. Doi: 10.1080/08039480801984800

Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederström, A. (2011). Children in Beardslee`s family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness. *International journal of social psychiatry* 58(6), 623-628. Doi. 10.1177/0020764011419055

Pölkki, P., Ervast, S.-A., & Huupponen, M. (2005). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Sosial work in health care*, 39(1-2), 151-163. Doi: 10.1300/J010v39n01_10

Riebeschleger, J. (2004). Good days and bad days: The experience of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28(1), 25-31. Doi: 10.2975/28.2004.25.31

Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). (2013, 21. juni). *Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet 24. mars 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 9(1), 39-52. Doi: 10.1177/1359104504039767

Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende: Samtalegruppen som friggjørende redskap* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trondsen, M. (2012). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative health research*, 22(2), 174-188. Doi: 10.1177/1049732311420736

Vik, K. (2002). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien*, 90(7), 43-46. Doi: 10.4220/sykepleiens.2002.0021

Ytterhus, B. (2012). Hva er et pårørende barn? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (Red.). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag:

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness – investigating their everyday situation. *Nord J Psychiatry*, 62(5) s. 354 – 359. Doi: 10.1080/08039480801960065

Vedlegg 1

Analyse av vitenskapelige artikler.

Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
Barna beskriver følelser som frykt, ensomhet, tap og sorg (Trondsen, 2012).	Barn har mange ulike følelser i forhold til foreldrenes psykiske lidelse.	Barns erfaring med å vokse opp med en psykisk syk forelder.
Barna fryktet at de selv skulle bli psykisk syk (Trondsen, 2012).	Mange av barna er redde for selv å bli syk.	Mestringsstrategiene til barna
Barna fokuserer på hva den psykiske lidelsen betyr for dem. De ser ikke sykdommen, men at foreldrene for eksempel gir mindre oppmerksomhet (Riebschleger, 2004).	Ofte gir barna seg selv skylden for at foreldrene er syke. Barna bekymrer seg mye for at foreldrene skal forsøke eller lykkes i å begå selvmord.	Barns møte med helsevesenet.
Felles for barna var de hadde en følelse av flauhet, skam, skyld, stigmatisering og frykt (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009).	Hverdagens utfordringer kan være vanskelig og håndtere. Barn har vansker med å konsentrere seg om skole og planlegge hverdagen pga foreldrenes sykdom.	
Barna beskriver at de er redde for at foreldrene skal forsøke eller begå selvmord (Östman, 2008).	Barna måtte ofte ta ansvar for hverdagslige oppgaver når foreldrene hadde en dårlig periode.	
Barna hadde bekymringer for foreldrenes helse, og om		

<p>foreldrene skulle begå selvmord (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007).</p> <p>Barna beskrev følelser som skam, redsel, usikkerhet, ensomhet, sinne og vondt i magen. De beskrev også at de hadde vansker med å glede seg over ting som de fikk glede av før (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007).</p> <p>Barna gir seg selv skylden for at foreldrene er syke og de er redde for at de selv skal bli syk (Riebschleger, 2004).</p> <p>Barna bekymret seg for foreldrenes helse og om de kom til å begå selvmord (Stallard et al., 2004).</p> <p>Barna legger skylden på seg selv for at foreldrene er syke (Östman, 2008).</p> <p>De bekymret seg også for hvordan de skulle klare å fullføre skolen, og om foreldrene var i stand til å følge dem til skolen (Stallard</p>	<p>Barna beskriver at når foreldrene hadde en god periode gjorde foreldrene de hverdagslige gjøremålene.</p> <p>Barna ble ofte etterlatt alene og hadde ingen å snakke med om følelser og tanker.</p> <p>Det å snakke med andre hjalp til å avlaste trykket av situasjonen.</p> <p>Barn bruker det empiriske vokabularet når de skal fortelle om foreldrenes sykdom.</p> <p>Barna hadde både positive og negative opplevelser i møte med helsevesenet.</p> <p>Det å fortelle om situasjonen hjemme er noe barna opplever som tabubelagt.</p> <p>Barn beskriver at de opplever sin egen familie som annerledes enn andres.</p> <p>Barn håndterte det å ha en psykisk syk forelder på ulike måter.</p>	
---	--	--

<p>et al., 2004).</p> <p>Ingen av barna bekymret seg over om de selv kom til å bli syke (Stallard et al., 2004).</p> <p>Det er vanskelig for barna å forholde seg til andre (Foster, 2010).</p> <p>De syntes det var vanskelig å håndtere alle opp og nedturene som var i løpet av hverdagen (Östman, 2008).</p> <p>Barna mente de trengte hjelp til omsorgsoppgaver og til å kommunisere innad i familien (Fudge & Mason, 2004).</p> <p>På grunn av foreldrenes sykdom hadde barna vansker med å konsentrere seg om skole og det gjorde det vanskelig å planlegge hverdagen (Trondsen, 2012).</p> <p>Barna tok mer ansvar hjemme (Pihkala & Johansson, 2008).</p> <p>Barna beskriver at de dagene</p>	<p>Det ble fremhevet hvor viktig det er å skape en emosjonell og følelsesmessig distanse fra situasjonen.</p> <p>Barn tilpasset sin egen atferd for å ikke fremprovosere negative reaksjoner hos foreldrene.</p> <p>Etter familieterapi opplevde barna å sitte igjen med mer kunnskap og en følelse av lettelse.</p> <p>Barn beskriver at de har ingen eller lite informasjon om foreldrenes sykdom.</p>	
--	--	--

<p>foreldrene var i god form, var de mer sammen med barna og de hadde en bedre dialog. De nevnte også at foreldrene gjorde de daglige gjøremålene på de gode dagene (Riebschleger, 2004).</p> <p>På de dårlige dagene fikk barna mindre oppmerksomhet. Disse dagene hjalp barna til mer hjemme for å redusere stress hos foreldrene (Riebschleger, 2004).</p> <p>Ofte måtte barna ta ansvar i familien fordi foreldrene mistet sin rolle som forsørger på grunn av sykdom (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).</p> <p>Barna beskrev praktiske og emosjonelle problemer med å leve med en psykisk syk forelder (Trondsen, 2012).</p> <p>Barna ble ofte etterlatt alene med sine tanker og følelser, de opplever at ingen snakker om situasjonen med dem (Östman, 2008).</p>		
---	--	--

<p>Barna fortalte at samtaler med andre hjalp til å lette/avlaste trykket av situasjonen. De vektla viktigheten av tillitt (Östman, 2008).</p> <p>Det ble identifisert tre typer vokabular barn brukte i samtalen om foreldrenes sykdom (Alasuutari & Järvi, 2012).</p> <p>De brukte også et vokabular som beskriver bekymringene, barna la spesielt vekt sosial stigmatisering og økonomiske problemer (Alasuutari & Järvi, 2012).</p> <p>De brukte også det profesjonelle vokabularet, da for å beskrive hvorfor de deltok i familierapi og i studien (Alasuutari & Järvi, 2012).</p> <p>Det som ble mest brukt var det empiriske vokabularet, det vil si at de beskriver foreldrene ut i fra observasjoner som atferd og humør (Alasuutari & Järvi,</p>		
--	--	--

2012).

Det ble lettere for barna og forstå foreldrene og det ble mer åpenhet (Pihkala et al., 2011).

Barna hadde delte meninger om møtet med det psykiske helsevesenet. Noen var kritisk til helsepersonellens holdninger, og mangel på støtte ble nevnt (Foster, 2010).

Barna hadde positive, negative og ønskede erfaringer med helsevesenet (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007).

Barna beskrev at de syntes det var en lettelse at noen andre hadde ansvaret for foreldrene (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007).

Fåtallet av barna hadde vært på besøk mens mor eller far var innlagt. De beskrev lite privatliv (Riebschleger, 2004).

<p>Barna assosierer sykehus med en plass folk dør (Riebschleger, 2004).</p> <p>Barna beskrev at de kjente på det at psykisk sykdom er skamfullt, og er ikke noe man skal snakke om. Stigmatisering var noe barna var redde for (Pihkala & Johansson, 2008).</p> <p>Barna merket at det var forskjell på deres foreldre og andre sine foreldre (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).</p> <p>Barna beskriver at andre utenfor familien ser på de på en annen måte (Östman, 2008).</p> <p>Barna fikk ikke lov til å fortelle andre om situasjonen hjemme. På grunn av at det var skambelagt (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).</p> <p>Barna passet på foreldrene og var veldig lojale. De fortalte ingen om hvordan situasjonen var hjemme (Pihkala & Johansson, 2008).</p>		
---	--	--

<p>De hadde manglende støtte og opplevde stigmatisering (Fudge & Mason, 2004).</p> <p>Barna hadde hobbyer for å distansere seg fra problemene (Fudge & Mason, 2004).</p> <p>Barna hadde flere måter å håndtere situasjonen på, for eksempel å ha en sosial støtte å dele erfaringer med (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).</p> <p>Barna tok i bruk ulike mestringsstrategier. De tok blant annet ansvar for daglige gjøremål. De gjorde andre aktiviteter som for eksempel å lese eller å dra ut av huset (Foster, 2010).</p> <p>Barna brukte forskjellige metoder for å mestre situasjoner som for eksempel å søke likestilling, unngå eksponering, søke ensomhet, bruke kunst som uttrykksform (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009).</p>		
---	--	--

<p>Barna brukte ulike strategier for å mestre hverdagen, som å ta ansvar for daglige gjøremål, være oppmerksom på foreldrenes atferd, ta time-out, søke profesjonell hjelp og flytte hjemmefra (Trondsen, 2012).</p> <p>Fordi barna fikk mer kunnskap satt de igjen med en følelse av lettelse og de fikk færre bekymringer ovenfor foreldrene og kunne bruke mer tid sammen med venner (Pihkala et al., 2011)</p> <p>Barna visste at det var noe annerledes med foreldrene, men de klarte ikke å sette ord på hva (Foster, 2010)</p> <p>Barna opplevde at helsepersonell ikke ga nok informasjon om sykdom og behandling, og at de ikke hørte på hva barna sa (Fudge & Mason, 2004)</p> <p>Barna mente det måtte bli økt offentlig kunnskap og forståelse (Fudge & Mason,</p>		
--	--	--

<p>2004).</p> <p>Barna gjenspeilte foreldrenes frykt i forhold til å få mer informasjon om sykdommen. Det kunne ha potensiell negativ effekt og det kunne oppleves som en byrde (Stallard et al., 2004).</p> <p>Barna hadde fått lite eller ringen informasjon om foreldrenes sykdom (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).</p> <p>Barna beskriver at de fikk lite informasjon om behandlingen til foreldrene (Riebschleger, 2004).</p> <p>Barna beskriver lite eller ingen støtte fra helsepersonell. De beskriver også at de fikk lite informasjon, og at lokalene var lite barnevennlig (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007).</p> <p>Mange av barna hadde ikke blitt informert om sykdommen. Det gjorde det vanskelig å skille mellom</p>		
--	--	--

<p>person og sykdom (Foster, 2010).</p> <p>Kun halvparten av barna var informert om foreldrenes psykiske lidelse (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009).</p> <p>Barna hadde fått lite informasjon om foreldrenes sykdom og de hadde mange ubesvarte spørsmål (Trondsen, 2012).</p> <p>Barna fikk mer informasjon og kunnskap om foreldrenes sykdom og behandling etter å ha deltatt på familierapi (Pihkala, Sandlund & Cedestrøm, 2011).</p>		
---	--	--

Vedlegg 2

Tabell Vurdering av forskningsartikler. Et eksempel

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Resultater: _____

Kommentarer: _____

Kvalitetsbedømming _____

Viktige stikkord:

Vedlegg 3.

Tabell. Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
<p>Tidsskrift, tittel</p> <p>År</p> <p>Land</p>					
<p>Fjone & Ytterhus</p> <p>Childhood</p> <p>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> <p>2009</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse hvordan det er å vokse opp med en psykisk syk forelder ved å undersøke hvordan barna fremstiller seg selv som normal for å unngå stigmatisering og selvstigmatisering.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Dybdeintervju</p>	<p>20 barn mellom 8 og 22 år.</p>	<p>Det var vanlig at barna kjente på følelsen av forlegenhet, skam, skyld, frykt og stigmatisering.</p> <p>Hvor gammel barna var da de innså at deres foreldre var annerledes enn andre sine foreldre varierte.</p> <p>Barna brukte forskjellige mestringsstrategier for å mestre hverdagen.</p>	<p>Godkjent av "Regional Committee for Medical Research Ethics" og "The Norwegian Social Science Data Service".</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 2.</p>

Norge					
Trondsen Qualitative health research Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents experiences and perspectives 2012 Norge	Hensikten med studien er å få mer innsikt i barn og unges erfaringer og perspektiv i deres hverdag med en psykisk syk forelder.	Kvantitativ Et prosjekt gjennom 2 år, der det er analysert meldinger gjennom en selvhjelps nettside for barn med foreldre med psykiske lidelser.	16 ungdom mellom 15-18 år.	Ungdommene i studien uttrykte at det var mangelfull informasjon og åpenhet rundt foreldrenes sykdom. De nevnte utfordringer som for eksempel foreldrenes humør og atferd som gjør hverdagen ustabil og uforutsigbar. Ungdommen opplever at det var lite informasjon og åpenhet rundt sykdommen, og at de kjente på følelser som frykt, ensomhet, tap og sorg. Ungdommer har flere måter å takle det å leve med foreldre med psykiske lidelser.	Godkjent av “Regional Committee of Medical Research Ethics” og “Norwegian Social Science Data Services”. Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 2.

				For eksempel å ta ansvar for hverdagslige gjøremål, ta en time out, det unngå å skape vanskelige situasjoner der foreldrene kan bli sinte eller lei seg eller å søke profesjonell hjelp eller flytte hjemmefra.	
Östman Nord J psychiatry Interviews with children of persons with a severe mental illness- Investegati ng their everyday situation 2008	Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer barn har med å leve i en familie der en av foreldrene har en psykisk lidelse.	Kvalitativ	8 barn mellom 10 og 18 år ble intervjuet.	Det å ha noen å kommunisere med lettet situasjonen, og det er noe barna i studien har savnet i hverdags aktiviteter. Artikkelen sier noe om barnas følelser i forhold til kjærlighet til foreldrene, det å bli fort voksen, frykt, skyldfølelse, ensomhet, ansvar og stigmatisering.	Godkjent av "Research Ethics Committee of The Medical Faculty of The University of Lund". Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.

Sverige					
Pihkala, Sandlund & Cederström International journal of social psychiatry Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness 2011 Sverige	Hensikten med studien var og utforske barns erfaringer med FI. Hva det betydde for dem å delta og å utforske foreldrenes perspektiv på hvordan FI var for deres barn. FI: Family talk intervention	Kvalitativ	9 familier deltok i studien. 14 barn mellom 6 og 17 år. 7 jenter og 7 gutter.	Tre kategorier ble identifisert. Den første var økt kunnskap og mer åpen kommunikasjon om foreldrenes sykdom. Den andre kategorien er barnas følelse av lettelse, og den tredje er at man blir sterkere som forelder.	Godkjent av "Local Ethics Committee of Umeå University". Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1. Den tredje kategorien er lite relevant for oppgavens resultatdel.
Foster Journal of	Hensikten med studien er å undersøke	Kvalitativ	10 deltakere i alderen 25 – 57 år.	Flere av de voksne barna rapporterte at de	Godkjent av "University Human

<p>Clinical nursing</p> <p>You`d think this roller coaster was never going to stop:</p> <p>Experince s of adult children of parents with serious mental illness</p> <p>2010</p> <p>Australia</p>	<p>erfaringer voksne barn av psykisk syke foreldre har, og hvordan de har mestret det å leve i en vanskelig situasjon.</p>			<p>hadde psykiske sykdommer som angst og depresjon.</p> <p>De rapporterer at de i barndommen hadde en følelse av at noe var annerledes og at de ikke fikk informasjon om foreldrenes lidelse. Mange var redde for selv å bli syke.</p> <p>Som barn tok de på seg mye ansvar i hjemmet som for eksempel daglige gjøremål.</p> <p>I voksen alder opplever de det som vanskelig å etablere et emosjonelt forhold til andre.</p> <p>Erfaringene med helsevesenet er blandet. De var</p>	<p>Research Ethics Committee”.</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 2</p> <p>Forskeren har inkludert sin egen erfaring med å leve med en psykisk syk forelder.</p> <p>Artikkelen ble vurdert som relevant fordi voksne forteller om erfaringer de hadde som barn.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>ofte kritisk på grunn av helsepersonells holdninger mot seg selv eller foreldrene, og fordi deres behov ikke ble oppdaget og fulgt opp.</p> <p>Det har vært viktig for dem som barn å ha aktiviteter som gjorde dem trygge og som fikk tankene på noe annet</p>	
<p>Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint</p> <p>Journal of Psychiatric and mental health nursing.</p> <p>Experiences in a group of</p>	<p>Hensikten med studien var og utforske barns erfaringer med å vokse opp med en psykisk syke forelder.</p> <p>Videre ville de se på barnas erfaringer med helsevesenet, i hvilken grad de hadde kontakt, og</p>	<p>En kvalitativ undersøkelse som er tolket kvantitativt.</p> <p>Spørreundersøkelse</p>	<p>87 voksne barn av psykisk syke fikk tilbudet om å delta i forskningsprosjektet</p> <p>36 deltok.</p>	<p>De identifiserte tre kategorier for opplevelsen i møte med det psykiske helsevesenet: Positive, negative og ønskede erfaringer.</p> <p>Fire kategorier ble identifisert i forhold til det å ha en psykisk syk forelder:</p>	<p>Godkjent av lokal etisk komité.</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.</p> <p>Artikkelen ble vurdert som relevant fordi deltakerne forteller om opplevelser de hadde som</p>

grown p children of mentally ill parents 2007 Sverige	deres meninger om hvordan de ble møtt.			Bekymring, økt ansvar, negative emosjoner og endring i barn/foreldre relasjonen.	barn.
Riebschle ger Psychiatri c Rehabilitat ion Journal Good days and bad days: The experience of children of a parent with a psychiatric disability 2004 USA	Hensikten med studien var å utforske barnas perspektiv på hverdagen der en av foreldrene er psykisk syk.	Kvalitativ. Fokusgruppe. Sekundærstu die.	22 barn mellom 5 og 17 år. 11 gutter og 11 jenter	Det ble identifisert fire hovedkategorier i forhold til å leve med en psykisk syk forelder: Bra dager, dårlige dager, barns beskrivelse av psykiatriske funksjonshemnin ger og barn oppfatning av det psykiatriske behandlingstilbud et.	Står ikke om den er godkjent av etisk komité eller ikke. Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.
Pihkala & Johansson	Hensikten med studien var og utforske hvilke	Kvalitativ	10 foreldre. 20 barn mellom 7 og 17 år.	I resultatet kom de fram til tre kategorier,	Godkjent av ”The local Ethics

<p>Informa healthcare</p> <p>Longing and fearing for dialogue with children- Depressed parents' way into Beardslee's preventive family interventio n</p> <p>2007</p> <p>Sverige</p>	<p>faktorer deprimerte foreldre</p> <p>vurderte som hinder og hvilke som gjorde det lettere for dem å delta i Beardslee's familie- intevensjon.</p>			<p>vanskeligheten av å snakke om depresjon, foreldrenes bekymring om barna og ønskene deres om å vite hva barna egentlig følte.</p>	<p>Committee at Umeå University".</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.</p> <p>Mange av de voksne i studien hadde selv vokst opp med en psykisk syk forelder. Derfor er artikkelen vurdert til relevant.</p>
<p>Stallard, Norman, Huline- Dickens, Salter & Cribb</p> <p>Clinical child psycholog y and</p>	<p>Denne studien har en tredelt hensikt.</p> <p>1. Å identifisere hvor mange av barnas foreldre som er i kontakt med det psykiske helsevesenet.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>24 voksne og 26 barn deltok i studien. 10 jenter og 16 gutter mellom 6-17 år.</p>	<p>Flere barn var bekymret for foreldrenes helse og skolen.</p> <p>Ingen av barna uttrykte bekymring om at de selv kom til å bli syke i fremtiden.</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.</p>

<p>psychiatry</p> <p>The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the view of parents and children</p> <p>2004</p> <p>England</p>	<p>2. Å kartlegge emosjonelle og atferdsproblem er hos barn.</p> <p>3. Å se på hvilken effekt foreldrenes psykiske lidelse har på barna.</p>			<p>De hadde bekymring om praktiske ting som penger, og at det ikke var noen voksen som så etter dem.</p> <p>Ungene ønsket å forstå hvorfor foreldrene ble syk og hvilken behandling de fikk.</p>	
<p>Alasuutari & Järvi</p> <p>Qualitative research in Psychology</p> <p>“My dad got depression or</p>	<p>Artikkelen utforsker hvilket ordforråd barn bruker når de snakker om foreldrenes psykiske sykdom.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>10 barn mellom 8 og 12 år, og deres foreldre blir intervjuet.</p>	<p>Det viser seg at barn bruker 3 forskjellige vokabular når de snakker om foreldrenes psykiske lidelse. Det er det profesjonelle, empiriske og emosjonelle. Det profesjonelle vokabular virker</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.</p>

<p>something ”. How do children talk about parental mental disorder?</p> <p>2012</p> <p>Finland</p>				<p>ikke å være en ressurs for barnet for å forstå foreldrenes psykiske lidelse.</p> <p>Flere av barna fortalte ikke vennene sine om foreldrenes psykiske lidelse, på grunn av at de var redde for å bli mobbet.</p>	
<p>Fudge & Mason</p> <p>Australian e-Journal for the Advancem ent of Mental Health</p> <p>Consulting with young people about service guidelines relating to</p>	<p>Hensikten med studien er å kartlegge hva barn og ungdom med foreldre med psykisk lidelse trenger hjelp og støtte til.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Dybde intervju</p>	<p>Barn mellom 7-20 år.</p>	<p>Barna og ungdommene gir forslag i forhold til hjelp og støtte som kan hjelpe familier med foreldre som lider av psykisk lidelse.</p> <p>Problemer som de rapporterte var blant annet kommunikasjon, praktisk og emosjonell støtte.</p> <p>Støttende voksne, søsken eller venner, relevant</p>	<p>Står ikke om den er godkjent av etisk komite.</p> <p>Tidsskriftets kvalitet er ikke vurdert til nivå 1 eller 2.</p> <p>Vurdert som relevant da artikkelen gir mye kunnskap om hva barna opplever at de ikke blir møtt på. Tydelig IMRaD og</p>

parental mental illness 2004 Australia				informasjon, ”time out” og noen å snakke med som kunne hjelp de unge å mestre når foreldrene er syke.	tydelig beskrevet metode.
Pölkki, Ervast & Huuppone n Social work in health care Coping and resilience of children of a mentally ill parent 2008 Finland	Hensikten med studien var å få informasjon om personlig erfaring fra yngre og eldre barn, som lever med foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse.	Kvalitativ Studien er basert på to forskjellige datasamlinge r. Den første er basert på en skrivekonkur ranse der temaet var ” hvordan livet endret seg etter at et familiemedle m ble psykisk syk”. Den andre datasamlinge n er basert på intervju med 6 barn.	Datasamling 1: 17 barn. Yngste 15 år og voksne. Datasamling 2: Intervju av 6 barn mellom 9-12 år.	De yngre barna fortalte at de ikke fikk informasjon om sykdommen til foreldrene, og at de krevet å få mer informasjon. De voksne barna var uforberedt på at foreldrene forandret seg når de ble syke. De fleste eldre barna nevnte at forelderen mistet den voksne rollen som forsørger. I de fleste tilfellene var det ikke ektefelle som tok ansvar for familien, var	Står ikke om den er godkjent av etisk komite. Tidsskriftets kvalitet er målt til Nivå 1.

				<p>moren syk tok ofte faren å jobbet mye og lot besteforeldrene eller barna ta ansvar. Var faren syk prøvde mor å holde sammen familien, men der måtte også barna ta ansvar.</p> <p>I flere familier var foreldrenes sykdom en skamfullhet, barna fikk ikke lov til å fortelle om situasjonen til andre.</p> <p>Ungene følte at det å hjelpe foreldrene var deres plikt.</p> <p>Som barn prøvde de å bruke flere typer praktiske og emosjonelle strategier for å mestre situasjonen.</p>	
--	--	--	--	--	--