



Bachelorgradsoppgave

Barn som pårørende
Children as next of kin

Når mor eller far får en uhelbredelig kreftsykdom
When mom or dad get incurable cancer

Kristin Hofstad Lund



Forsidebilde: "Mamma har kreft", 2009

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag, Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014

Antall ord:8774



Abstrakt

Introduksjon: Hvert år rammes ca.4000 barn av at en i nær familie får en kreftsykdom, noe som fører til at hverdagen til disse barna blir brått forandret. Barn med en syk forelder uttrykte ofte behov for å være med i behandlingen og få informasjon om sykdommen. I følge lovendringer fra 2010 skal sykepleiere ha fokus på informasjonsbehovet til barnet når en av foreldrene blir syk, noe som kan være vanskelig for sykepleieren hvis foreldrene ikke ønsker at barnet skal vite alt om sykdommen.

Hensikt: Å belyse hvordan sykepleieren kan hjelpe og støtte barn gjennom krisen når en av foreldrene får en uhelbredelig kreftsykdom.

Metode: En litteraturstudie med elleve kvalitative artikler og en artikkel som var både kvalitativ og kvantitativ. Artiklene ble funnet ved å bruke søkebasene Medline og forskningsbasen til publiseringbasen til Sykepleien.

Resultat: Resultatene fra de inkluderte artiklene omhandler hvor mye informasjon barna ønsker seg, og hva slags informasjon de ønsker. De handler også om hvilket behov de har for å prate både med en sykepleier eller annen person som ikke hører til familien. Informasjonen som barnet får må være tilpasset barnet sin alder og modenhet. Noen av artiklene gikk også inn på hvordan barna brukte mestringsstrategier for å komme seg gjennom denne krisen, der distraksjon er mye brukt.

Diskusjon: Studien viser at sykepleier og foreldre er viktige informasjonskilde; noe som også kan underbygges av teori. Resultatet ble diskutert opp mot relevant teori.

Konklusjon: Barna trenger informasjon som er tilpasset hvert enkelt barn, basert på barnets alder og barnets modenhet.

Nøkkelord: Barn, pårørende, kreft, mestring

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikten med bacheloroppgaven	3
1.3	Presisering av hensikten.....	3
2.0	Metode	3
2.1	Datainnsamling.....	4
2.1.1	Databaser for litteratursøk.....	4
2.1.2	Inklusjons – og eksklusjonskriterier	4
2.1.3	Søkestrategi	4
2.2	Gransking av artikler.....	5
2.2.1	Etiske overveielser.....	6
2.2.2	Kategorier og subkategorier	7
3.0	Resultat.....	8
3.1	Sykepleierens fokus på barns informasjonsbehov	8
3.2	Kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier	9
3.3	Mestringsstrategiene til barna	10
4.0	Diskusjon	12
4.1	Metodediskusjon.....	12
4.2	Resultatdiskusjon	13
4.2.1	Funn.....	13
4.2.2	Sykepleierens fokus på barns informasjonsbehov	13
4.2.3	Kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier	16
4.2.4	Mestringsstrategiene til barna	19
5.0	Konklusjon	21
	Kilder.....	22
	Vedlegg.....	
	Vedlegg 1	
	Vedlegg 2	
	Vedlegg 3	

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år rammes 1800 barnefamilier i Norge av ulike kreftsykdommer. Det er omtrent 4000 barn som opplever at mor, far eller søsken blir rammet av en slik sykdom (Dyregrov, 2012). Statistikk fra 2010 viser at 386 personer per 100 000 innbygger ble rammet av kreft (SSB), noe som igjen fører til at små barn hvert år mister et nært familiemedlem (Dyregrov, 2012). Det oppstår mange tanker hos barn i skolealder når noen i nær familie blir rammet av en kreftsykdom. Mange barn assosierer ordet "kreft" med ordet død (Dyregrov, 2012). Når en av foreldrene får en kreftsykdom fører dette til utrygghet og bekymring for de involverte barna. Endringene og utfordringene som skjer når en forelder får en slik sykdom fører til at det kommer forskjellige negative følelser, reaksjoner og tanker hos barna. Studier viser at barn med en forelder med kreft kan føre til negativ utvikling når det gjelder barns psykososiale utvikling (Dyregrov, 2012).

Når noen i familien blir rammet av en alvorlig sykdom kan ofte barn bli forsøkt skjermet ved og ikke fortelle dem alt. Det er derfor bedre å fortelle hva som skjer til barn med en gang i stedet for at barnet lager egne tanker om hva som skjer (Eide og Eide, 2007 og Dyregrov, 2012). Barn har et veldig stort behov for å få informasjon om foreldrenes sykdom (Dyregrov, 2012). Når en forelder blir syk kan barnet bli stille og tilbaketrukket, der de tilbringer mye av tiden alene på for eksempel rommet sitt med en bok eller lignende (Eide og Eide, 2007). Hvis barna ikke får den informasjonen om foreldrene som de trenger, kan dette føre til at barna mister tilliten til foreldrene sine, noe som ikke er gunstig når de er i en slik situasjon (Dyregrov, 2012). Det er viktig at sykepleieren samarbeider med forelderen for å finne ut hva barnet skal vite. Spørsmål som kan stilles mellom forelder og sykepleier kan være; hvordan skal barnet informeres, måter å trygge barnet på i familiens situasjon, hvor mye barnet skal involveres ut fra barnets alder og hva som er godt for barnet å vite (Bugge og Røkholt, 2009). Likevel sier mange av foreldrene at det er vanskelig å informere og kommunisere med barna sine om sykdommen (Dyregrov, 2012). Blant annet skyldes dette at foreldrene ønsker å skåne barnet for både den første informasjonen i sykdomsperioden, og videre i sykdomsforløpet (Grønseth og Markestad, 2011). Kommunikasjon mellom sykepleier og barnet som pårørende er viktig. Toveiskommunikasjon er viktig slik at både mottaker og sender forstår hva som blir fortalt (Grønseth og Markestad, 2011). Dette kan være både verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide, 2010).

Denne oppgaven skal handle om barn i alderen 6-12 år som nære pårørende når en av foreldrene blir rammet av uhelbredelig kreft. Når barnet kommer i denne alderen har Erik H. Erikson et stadium i sin utviklingsteori som han kaller for "pågangsmot versus underlegenhet", der han

forklarer at i dette stadiet begynner barnet å sammenligne seg selv med andre venner og kompiser. På denne måten måler barnet seg selv med andre mennesker (Håkonsen, 2011). Barn i denne alderen begynner nå å se forskjell på fantasi og virkelighet. Barna klarer nå å se seg selv i forhold til andre, og kan derfor ha nytte av å være med i sorggruppe eller andre samtalegrupper (Eide og Eide, 2007).

Johan Cullberg har en teori om kriseforløpet som har fire faser. Dette er sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen, 2010). Den første tiden etter en alvorlig livshendelse, for eksempel at et barn får høre at mor eller far er rammet av kreft, kalles sjokkfasen (Håkonsen, 2010). I denne fasen forstår ikke personene hensikten eller meningen med det som akkurat har skjedd. Etter noen dager går sjokkfasen over til reaksjonsfasen. I denne fasen kommer emosjonelle reaksjoner tydeligere frem (Håkonsen, 2010). Når barnet skjønner hva som har skjedd er det ikke unormalt at det kan skje atferdsendringer i form av sorg, depresjon eller fortvilelse. Når individet prøver å finne tilbake til det som skaper stabilitet og trygghet er personen kommet i stadiet som Cullberg kaller bearbeidingsfasen. Tilslutt kommer nyorienteringsfasen. I den fasen vil de emosjonelle reaksjonene være over. Hendelsen som skapte krisefasen er akseptert og personen kan fortsette livet. Dette betyr ikke at sorgen er over, men krisen vil ikke lenger prege livet på samme måte som før (Håkonsen, 2010). De to siste fasene er det i denne oppgaven valgt å se bort ifra.

1.januar 2010 ble helsepersonelloven revidert hvor det heter at "Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende". Denne loven sier at helsepersonell skal ivareta behovet for informasjon til barn som er mindreårige, og som har en forelder som lider av en psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom (helsepersonelloven, 1999, § 10a). Spesialisthelsetjenesteloven sier noe om barneansvarlig personell i sykehus. Dette personellet skal fremme og koordinere oppfølgingen de mindreårige barn der det er foreldre som er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller har en alvorlig somatisk sykdom trenger (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-7a). Juridisk sett blir barn sett på som pårørende frem til fylte 18 år (Ytterhus, 2012).

Grunnen til at barn som pårørende når en forelder blir rammet av uhelbredelig kreft ble valgt som emne til denne bacheloroppgaven, var på grunn av oppmerksomhet om emnet den siste tiden, statistikk og ønsket om å jobbe med barn eller være barnekontakt på en somatisk avdeling senere i yrkeslivet. Erfaring fra praksis har også innvirkning på emnet. Yngre kreftpasienter fører til yngre pårørende. Helt friske og velstående familier kan bli rammet av kreft, og barn blir ufrivillig pårørende til personer som rammes av denne type sykdom.

1.2 Hensikten med bacheloroppgaven

Hensikten i denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan hjelpe og støtte barn i alderen 6-12 år når en av foreldrene blir rammet av en uhelbredelig kreftsykdom. Videre skal også oppgaven se på hvilke mestringsstrategier barn kan ta i bruk for å komme seg gjennom krisen og hvordan familien kommuniserer sammen.

1.3 Presisering av hensikten

Denne bacheloroppgaven har fokus på situasjoner hvor sykeleier møter barna på en sykehusavdeling der den syke forelderen er innlagt. Det skal påpekes at alle barna som er pårørende har to foreldre, der bare den ene er syk. Gjennom hele oppgaven er det barnet som er i fokus, men foreldrene kommer også inn hvor samarbeid mellom dem og sykepleier kan være for hjelp for barnet. Oppgaven er avgrenset til å omhandle barn i alderen 6-12 år ut fra Erikson sin utviklingsteori.

Sykepleieperspektivet er hovedfokus i denne oppgaven, da hovedmålet er å se på hva sykepleieren kan gjøre for barna som har en forelder som er kreftsyk. I noen av artiklene er både de friske og syke foreldrene fokuset, og dette er for å få synet til foreldrene på hvordan sykepleiere kan hjelpe barna.

2.0 Metode

Metode er et redskap som vi bruker når vi ønsker å undersøke noe. Metoden hjelper oss da med å samle inn de data vi trenger for å gjennomføre undersøkelsen vi skal gjøre (Dalland, 2011).

Fremgangsmåter som intervju, observasjon eller spørreskjema kalles ofte metode. I denne oppgaven menes metode som datasamling og analyse av vitenskapelige artikler (Dalland, 2011).

Det finnes to typer metoder. Den ene er *kvantitativ metode*. Den gir oss data i form av tall. Dette kan hjelpe oss til å forta beregninger blant annet i forhold til gjennomsnitt eller prosentdel. Den andre metodetypen er *kvalitativ metode*. Denne typen metode blir annerledes, på grunn av at den tar for seg meninger og følelser. Kvalitativ metode legger vekt på analyse av test eller tale for å vise hva de forskjellige menneskene mener og føler, dette kan for eksempel være observasjoner eller intervjuer (Dalland, 2011). Siden det i denne oppgaven handler om barn, og deres følelser, har det blitt valgt å fokusere på kvalitativ metode.

2.1 Datainnsamling

2.1.1 Databaser for litteratursøk

Databasene som ble brukt for denne litteraturstudien var Medline og Svemed. Søkene i Svemed er ikke inkludert i søkehistorikken, da ingen av søkene her resulterte i noen inkluderte artikler.

Søkebasen Sykepleien forskning ble også benyttet.

2.1.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Artiklene skulle være om kvalitative studier. Dette for å få frem barns følelser når en av foreldrene er rammet av kreft. Barna i artiklene skulle være mellom 6-12 år gamle, men hvis artiklene omhandlet barn over og under denne aldergruppen kunne de bli inkludert så lenge barn i 6-12 år var med i studien. Det ble valgt å se bort ifra de to siste fasene i krisefasen til Cullberg. Dette på grunn av at disse fasene vurderes som ikke relevant for denne oppgaven. Oppgaven omhandler foreldre som blir syke eller dør av kreftsykdom, og dermed blir fasene som trer inn hos barna etter krisen oppstår ekskludert, altså bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen.

2.1.3 Søkestrategi

Etter at flere søkeord og sammensetninger ble prøvd ut i forskjellige kombinasjoner var det noe nøkkelord som ble benyttet. Dette var "parents", "child", "child of impaired parents", "neoplasm/cancer", "child – parent relation" og "coping".

Noen av søkene som ble gjort, fikk veldig mange treff. Søket ble da avgrenset med alder på barna til 6-12 år. Alle disse søkene ble gjort med å bruke ordet "AND" mellom alle nøkkelordene. Dette på grunn av at erfaring tilsier at å bruke ordet "OR" gir ett større og mer upresist litteratursøk. Alle søkene på medline ble avgrenset ved å bruke "include all subheadings" og "explode".

Ønsker nå å forklare noen av søkene i løpende tekst. Søkene i tabellen er bare søk der det er artikler som er inkludert i bacheloroppgaven. Se søkestrategi i vedlegg 1.

Søk 1: Ovid Medline

Denne søkebasen har blitt brukt under hele grunnutdanningen for sykepleien. Søkebasen er derfor kjent før artikkelsøket, og tabell 1 viser et eksempel på søkestrategien som ble brukt for denne søkebasen.

Tabell 1: søk fra 22.01.14

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Inkluderte
Medline	Abstrakt, 2009-current, child (6-12år), språk	Neoplasm AND parents AND Family nursing	4	1

	(dansk, norsk, svensk, engelsk)			
--	------------------------------------	--	--	--

Søk 2: Sykepleien Forskning

Etter å ha fått hørt i praksis at Sykepleien Forskning har mange gode forskningsartikler ble dette søket gjort. Ved å gå inn på nettsiden til sykepleien, og deretter søke i databasen kommer det opp både forskning – og fagartikler. I tabell 2 vises søkestrategien i for denne søkebasen.

Tabell 2: søk fra 22.01.14

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Inkluderte
Sykepleien Forskning	Alle ordene	Kreft, pårørende, barn	27	1

2.2 Gransking av artikler

Når artiklene blir analysert, er dette for å kunne finne ut resultatene de har å fortelle (Dalland, 2012). Før kvalitetssikringen av artiklene begynte, var det 15 artikler som virket relevant for denne bacheloroppgaven ut fra hensikten. Når kvalitetssikringen av artiklene ble gjennomført ble tre artikler ekskludert av oppgaven på grunn av at de ikke var så relevant for oppgavens hensikt likevel. Først ble skjemaet artikkelgransking fra Sjöblom og Rygg, 2012. Etter noen artikler ble dette skjemaet lagt vekk, og egen granskingsmetode ble brukt, noe som blir forklart mer under kap.4.1. Deretter ble de 12 inkluderte artiklene ført inn i en oversiktstabell over artiklene som ble gransket, dette for å få bedre oversikt. Ønsker nå å vise et eksempel, videre se vedlegg 2.

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design / intervensjoner/ instrument	Deltakere / Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Fearnley R. Supporting	Å undersøke barns opplevelser	Kvalitativ studie Intervju	28 deltok 7 barn og	Undersøkte hvilken alder barn bør være i	Godkjent fra etisk komité.

children when a parent has a life-threatening illness: the role of the community practitioner	med å leve med en forelder med en terminal sykdom		ungdom (9-24 år) 4 foreldre 1 dødssyk forelder 16 fagfolk 8 etterlatte barn (7-15 år)	for at de skal få all informasjon om foreldrenes sykdom. Viktigheten av kommunikasjon Den avgjørende rollen fagfolk har i å støtte barna	Barna og ungdommene var det høy alder på. Litt lavere alder på de etterlatte barna.
<i>Community Practitioner</i>					
2012					
England					

For å få mest mulig oversikt over de engelske artiklene, ble disse oversatt og lest gjennom flere ganger. Dette ble gjort for å redegjøre for alle funnene i alle artiklene, slik at det kunne komme frem kategorier i oppgaven. Resultatet av dette førte til at kategoriene "sykepleierens fokus på barns informasjonsbehov", "kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier" og "mestringsstrategier til barna" ble dannet. Etter å ha lest gjennom artiklene flere ganger, kom det frem forskjellige temaer hver gang. Dette førte da til at subkategorier også kunne dannes. Eksempel på subkategori og kategori er beskrevet under kap.2.2.2.

2.2.1 Etiske overveielser

Tre av artiklene som er inkludert er norske, og de er skrevet av Bugge, Helseth og Darbyshire (2008), Ensby, Dyregrov og Landmark (2008) og Helseth og Ulfset (2003). Alle disse tre er godkjent av både personvernombudet for forskning og Regional forskningsetisk komité (REK) for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Dette er for de som har forskningsprosjekter der hensikten er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom. REK vurderer prosjekter ut fra forskjellige synsvinkler. Dette kan være både etikk, personvernmessig eller hvordan prosjektet har innvirkning på deltakerne som er med på prosjektet (NTNU).

Av de 12 artiklene som er inkludert er 10 godkjent av forskningsetisk komité. Alle artiklene er utgitt i et anerkjent tidsskrift. Den artikkelen som er skrevet av Niemelä, Väisänen, Marshall, Hakko og Räsänen (2010) var ikke godkjent av etisk komité, men de har beskrevet dette i metoddelen i

artikkelen, noe som igjen er forklart under denne oppgavens gransking av artiklene. Artikkelen ble likevel inkludert på grunn av at den var relevant for denne oppgaven. Hvis denne artikkelen hadde vært utgitt i Norge, måtte den ha blitt godkjent av personombudet for forskning (NSD) på grunn av at reglene i Norge er annerledes enn i Finland (NSD, 2014).

Artikkelen som er skrevet av Forrest, Plumb, Ziebland og Stein (2009) er godkjent av Ethical approval Oxford Psychiatric Research Ethics Committee. Kennedy og Lloyd – Williams (2009a,b) har skrevet to av de inkluderte artiklene og er godkjent av en lokal etisk komité. Artikkelen som Thastum, Johansen, Gubba, Olsesen og Romer (2008) har skrevet er også godkjent av en lokal etisk komité. Campbell – Enns og Woodgate (2013) sin artikkel ble godkjent av The University of Nanitoba og artikkelen til Fernley (2012) ble godkjent av University of Berby, England. Artikkelen av Stiffler, Barada og Haase (2008) var godkjent av et review board. Den siste inkluderte artikkelen som er skrevet av Baele EA, Sivesind D og Bruera E (2004), der står det ikke noe om den er godkjent eller ikke.

2.2.2 Kategorier og subkategorier

Hvordan kategoriene og subkategoriene ble kommet frem til kommer beskrives videre i kap.4.1.

Tabell 3. Eksempler på subkategorier og kategorier, videre se vedlegg 3.

Meningsenheter	Subkategorier	Kategori
Eldre barn ønsket mer informasjon enn yngre barn (Larsen, 2011). For lite informasjon førte til at barnet laget egne forklaringer om sykdommen (Larsen, 2011).	Informasjonen som barna ønsker varierer hvilken alder barna er i.	Sykepleierens samarbeid med barns informasjonsbehov
Barnet ønsker informasjon om alvorret til sykdommen til forelderen sin (Stiffler m.fl, 2008).	De spørsmålene som oftest kommer opp er hva som kommer til å skje med den syke forelderen til barnet.	

<p>Barnet ville ofte være på sykehuset for å være mest mulig sammen med forelderen (Thastum m.fl., 2008).</p>		
<p>Sykepleieren har taushetsplikt, dette kan føre til at barna føler en trygghet til denne pleieren (Kennedy og Lloyd-williams, 2009b).</p>	<p>Mange barn ønsker samtale med sykepleier.</p>	
<p>Barn over 10 år hadde gode erfaringer med å ha individuelle møter med klinikere (Niemelä m.fl.).</p>		

3.0 Resultat

3.1 Sykepleierens fokus på barns informasjonsbehov

Resultat i studiene viser at når foreldrene til barn rammes av kreft er det viktig at sykepleiere imøtekommer barna og hele familien (Niemelä m.fl., 2010). Siden barn har ulike behov i alderen de er i, er det svært viktig at sykepleieren erkjenner behovene til hvert barn på en unik måte (Bugge og Darbyshire, 2008, Niemelä m.fl., 2010). Det kan derfor være en utfordring å vite når og hvordan barna skal få informasjon om sine foreldres sykdom (Bugge og Dabyshire, 2008). Barna fortalte også at de var redde for å stille spørsmål, de var redde for at spørsmålene ville gjøre at foreldrene ble triste (Bugge og Darbyshire, 2008).

Studier viser at individuelle møter med klinikere er nødvendig for barn over 10 år. Barna over denne aldergruppen har lettere for å dele sine tanker om sine foreldres sykdom (Niemelä m.fl., 2010). Det kommer også frem at gruppesamtaler for de barna som har mistet en forelder hjelper mer for barna enn de gruppesamtalene for barna som har en syk forelder. Der kan de prate med andre barn som forstår hva de går gjennom og som skjønner hva de opplever (Ensby m.fl., 2008). Videre viser studier at en gutt i denne alderen først sa at alt var greit med han, men at han i møte med kliniker fortalte at han var engstelig for sin far som hadde kreft (Niemelä m.fl., 2010). Jenter ønsker

ofte å vite om de trenger å teste seg for kreft når de kommer i en viss alder. Dette gjelder spesielt barn som har mødre med brystkreft (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a).

Barna som var med i studiene forteller at de ønsker informasjon av sykepleiere, spesielt informasjon om behandling av sykdommen og alvoret med sykdommen. De ønsker bekreftelse om at ikke alle mennesker dør av kreft, og de ønsker at de ikke blir ekskludert fra samtalene som handler om kreft (Stiffler m.fl., 2008). Barna etterstreber å få vite mer om sykdommen, slik at barna kan bli mer forberedt på det fremtiden bringer (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a).

Når barna skal få informasjonen kan være en vanskelig avgjørelse. Barna som har vært med i studiene sier selv at de ønsker å få mer kunnskap om sykdommen til sine foreldre (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a, Thastum m.fl., 2008). Når barna får spørsmål om hva de ønsker for andre barn i samme situasjon, sier mange barn at de vil ha mer informasjon. Dette for å være tilstede for foreldrene slik at de kan gi omsorg. Hvis barna ikke får informasjonen ser de likevel at foreldrene er syke (Thastum m.fl., 2008).

”My father doesn’t feel good. He doesn’t actually say anything, but you can see it in his eyes, girl, aged 8” (Thastum m.fl.2008, s.131).

Noen av barna fra studiene visste at barna var redd for å reise i fra sine syke foreldre på sykehuset. De visste at forelderen ble tatt vare på der, men de ville alltid være der med den syke. Barna syntes det var rart å komme hjem når en av foreldrene ikke var hjemme, selv om for eksempel bilen var hjemme (Thastum m.fl., 2008).

Studiene viser at helsepersonell, for eksempel sykepleiere, var en viktig informasjonskilde for barna. Sykepleierne har taushetsplikt, og derfor kunne barna prate med de uten at foreldrene viste hvordan de egentlig følte seg med tanke på foreldrenes sykdom (Kennedy og Lloyd-williams, 2009b).

3.2 Kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier

Mødre med kreft beskrev sjelden hvordan kreften påvirket dem, men at beslutningene deres påvirket både barna og familien deres. Beslutningene foreldrene gjorde mens de var syke, var for å opprettholde mor - barn forholdet (Campbell-Enns og Woodgate, 2013). Studier viser at når det er samarbeid med fedre, som ikke har kreft, at det er viktig med riktig informasjon. Fedrene ville berolige barna sine, men følte de ikke strakk til med informasjon (Forrest m.fl., 2009). Foreldrene ville redusere de negative påvirkningene på barna sine (Campbell- Enns og Woodgate, 2013). Videre sa fedrene at de ønsket mer informasjon om moren sin kreftdiagnose, noen detaljer om operasjonen eller ulike behandlingstyper. Fedrene fortalte at de hadde fått skriftlig informasjon om hvordan de skulle prate med barna sine om kreft, men de følte at dette ikke var nok siden de ikke hadde nok

kunnskap fra før (Forrest m.fl., 2009). Foreldrene uttrykte at i de familiene som man pratet åpent om kreftsykdommen, mestret barna dette bedre enn de familiene som ikke pratet åpent om det (Fearnley, 2012).

Omsorgspersonene som deltok i studien pratet med foreldrene for å diskutere når barna skulle få informasjon om foreldrenes sykdom. Foreldre ville ikke gi barna sine bekymringer, noe som de kunne få ved å fortelle barna om sykdommen (Fearnley, 2012). Hovedfunnet i studien var viktigheten i å klare å kommunisere med barna, på en slik måte at barna forsto det sykepleieren fortalte (Fearnley, 2012). Mange av foreldrene ønsket å minske de negative sidene av sykdommen til barna sine. Derfor prøvde foreldrene at barna skulle ha så normal hverdag som mulig, der de var med på de daglige aktivitetene (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009b). Resultatet i en annen studie viste at konfrontasjon mellom barn og foreldre førte til en stor forverring for barna. Barna fikk en større frykt om at foreldrene sine kunne dø (Baele m.fl., 2004). Andre grunner til at de voksne ikke ville prate med barna om sykdommen var at samtalene ville ta lang tid. Det å bruke ordene som mulig død skapte frykt (Fearnley, 2012). Mange barn syntes også det var vanskelig å prate med foreldrene sine om sykdommen, men fordi barna ikke ville gjøre foreldrene sine mer lei seg la de være å prate med dem (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a).

De som var med i studiene syntes det var veldig godt å prate med andre enn de i nærmeste familie. Dette kunne være både venner, bekjente eller helsearbeidere. Det å ha noen å prate med som forsto hva de mente og sa ble beskrevet som veldig viktig. Det var ikke alle som fikk dette valget, men de som fikk tilbudet takket ja, og hadde god erfaring med dette (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a).

3.3 Mestringsstrategiene til barna

Resultatet i den ene studien viste at kurs der deltakerne lærte gode mestringsstrategier var bra for barna. Barna som var med på ulike samlinger for de som hadde mistet en forelder eller hadde en forelder som var syk, fortalte at det var meget bra å være med for å lære seg ulike metoder for å komme seg gjennom dagen med mange uforutsigbare hendelser (Ensby m.fl., 2008). Barna som var med i studiene forklarte at de hadde flere mestringsstrategier når foreldrene var dårlige av kreft. Dette kunne være mestringsstrategier som resonnement, prøve å holde det i hodet eller distraksjon (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009b). Det ble beskrevet mange måter å komme seg gjennom sykdommen til foreldrene, men den som ble nevnt mest var det "å gå ut og inn av situasjonen". Dette gjorde barna ved at de på en måte kom seg vekk fra sykdommen samtidig som de hadde det moro (Helseth og Ulfset, 2003).

Distraksjonen ble nevnt som en forsvarsmekanisme i studiene, og ble gjort ved å delta på forskjellige aktiviteter. Dette bidro til at barnet kunne komme seg litt bort, og tankene kunne komme

på noe annet for en liten stund (Helseth og Ulfset, 2003, Kennedy og Lloyd-Williams, 2009b). Denne distraksjonen kunne også være at barna gikk på rommet sitt for å se tv eller spille på datamaskinen. Noen av barna ville ikke tenke på sykdommen i det hele tatt, og da forklarte de at de heller hørte på musikk, lekte med dukker eller lignende (Helseth og Ulfset, 2003). Noen av barna brukte også forsvarsmekanismen distraksjon som fornektelse eller som en defensiv strategi (Helseth og Ulfset, 2003).

Barna i studiene pratet om mestringsstrategien "å holde det i hodet", dette beskrev de som at de ikke ville prate med andre om sykdomsrelaterte tanker (Thastum m.fl., 2008). Videre beskrev barna at de hadde ønsketenkninger. De fortalte at de håpet det skulle gå bra til slutt (Thastum m.fl., 2008). Mange barn var redde for at sykdommen var arvelig, og at da barnet selv skulle få sykdommen senere (Helseth og Ulfset, 2003). Studier viser også at barna ofte "gikk ut av situasjonen" både tankemessig og emosjonelt. Barna forklarer dette med at de kom seg vekk fra sykdommen en stund, samtidig som de fikk ha det gøy. Når barna hadde disse "friminuttene" fra sykdommen, ville de heller ikke ha spørsmål om sykdommen eller sine følelser. Når barna fikk være sammen med venner borte i stedet for hjemme der sykdommen preget hverdagen. I de familiene der sykdommen ble forverret, forklarer barna at det var vanskelig å komme seg bort. Det var også vanskelig å klare å få en normal hverdag i livet (Helseth og Ulfset, 2003).

Barna som var med i flere av de inkluderte studiene forklarer at det ofte skjedde rollebytte i familiene som var rammet av kreft. Oppgaver i hjemmet som egentlig var beregnet for to personer, ble nå gjort av bare en person siden den ene forelderen var syk. Oppgaver som foreldrene gjorde som for eksempel å handle, gjøre husarbeid eller passe mindre søsken ble nå oppgaven til det eldste barnet (Helseth og Ulfset, 2003).

"Before, she fetched the mail, threw away garbage and bought her own newspaper, but when she got ill, I had to do all of that. I think it is hard that my mommy is ill", gutt 8 år
(Helseth og Ulfset, 2003 s.358)

Ønsketenkning som mestringsstrategi ble også ofte brukt. Når barna fortalte om denne mestringsstrategien mente de at de ofte tenkte gode tanker, og at ingenting kom til å gå galt (Kennedy og Lloyd-Williams, 2008b).

Barna som var med i studien viste høye nivåer av aggressiv atferd. De viste også høye nivåer av separasjonsangst. Dette både før og etter en forelder hadde gått bort. Barna prøvde å være deltakende i foreldrenes sykdom for å gjøre alt de kunne for å hjelpe sin syke eller døende forelder (Baele m.fl., 2004).

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan sykepleiere kan støtte barn som har en forelder med en uhelbredelig kreftsykdom. Med dette menes både hvordan sykepleieren jobber med barna, hvordan kommunikasjonen innenfor familien er og hvilke mestringsstrategier barna bruker, og hvordan de bruker dem. Diskusjonsdelen består av to deler. Dette er metodediskusjon og resultatdiskusjon.

4.1 Metodediskusjon

Startfasen i denne oppgaven var å finne tema som var interessant og fengende. Deretter begynte søket etter gode artikler som var relevant for denne bacheloroppgaven. Fra litteratursøket begynte var det kvalitative studier som var ønskelig, dette på grunn av at disse studiene best får frem kunnskapen om barns følelser. En av studiene som ble med i de relevante artiklene var både kvalitativ og kvantitativ. Artikkelen var relevant, så den ble derfor inkludert. Flere kvantitative artikler ble lest, men de ble vurdert som ikke relevant og ble derfor ekskludert fra denne studien. Artikler som omhandlet eksakte kreftsykdommer ble først ekskludert, men etter at søket ikke fant så mange artikler ble disse artiklene inkludert igjen.

De første søkene etter artikler gav lite treff. De søkeordene som ble brukt kom bare frem til foreldre som pårørende til barn med kreft. Dette ble det motsatte av det som var hensikten i denne oppgaven. Etter å ha funnet andre søkeord som kunne brukes, snudde søket og flere relevante artikler ble funnet. Siden denne oppgaven handler om barn som er i alderen 6-12 år, var det lite artikler som omhandler bare disse barna. Det ble derfor bestemt at artikler som omhandler både yngre og eldre barn ble inkludert. Selv om artiklene handlet om yngre eller eldre barn kom funnene om barn i alderen 6-12 år godt frem i artiklene som ble inkludert. I søkene som ble gjort ble noen av søkene begrenset. Dette var begrensninger som aldersgruppe, språk og hvilket år de ble publisert. De 3 norske artiklene som ble inkludert i denne studien skulle egentlig ha vært nyere. Dette for at da hadde artiklene i denne studien støttet opp revideringen av helsepersonelloven som ble gjort i 2010.

Etter at mange artikler ble funnet og de skulle granskes og kvalitetsvurderes, ble først skjema fra Sjöblom og Rygg (2012) brukt. Dette skjemaet var det ikke mulig å legge som vedlegg, da det ligger som en PDF – fil inne på Fronter. Etter noen gjennomgåtte artikler ble det funnet en annen måte å jobbe på som passet bedre. Dette var å skrive ned de relevante funnene og det som var relevant i forskningsartikkelen i en skrivebok selv, noe som passet best i denne oppgaven. Denne arbeidsmåten var kanskje mer krevende, men for min del mer oversiktlig. En av artiklene var på norsk, de resterende var på engelsk. Det engelske språket gjorde det litt vanskelig å forstå helheten

av alle artiklene, men med ordbok ble det litt lettere. Selv om dette oversettelsesverktøyet ikke var helt til å stole på, var det fortsatt til hjelp.

Etter at alle artiklene var funnet ble funnene skrevet ned slik at kategorier kunne dannes. Det ble da satt streker mellom hver artikkel som hadde fellesnevner, og kategoriene ble dannet. Flere av artiklene kom innenfor flere kategorier, eller at flere hadde sammenfallende eller lignende funn. På grunn av at noe av teorien som skulle brukes ikke var mulig å skaffe, ble noe sekundærlitteratur valgt som litteratur.

Den egentlige planen var å finne statistikk fra SSB fra 2012 eller nyere, men på denne nettsiden var det nyeste som var mulig å finne fra 2010, og ble derfor vurdert som godkjent litteratur. Resultatdiskusjonen er basert på pensum og relevant litteratur, og er bygd opp fra introduksjon og resultatkapitlet. Under diskusjonskapitlet er det også brukt sekundærlitteratur, da primærlitteratur ikke var mulig å lete opp på grunn av at disse bøkene ikke tilgjengelig eller at de var lånt eller reservert på skolens bibliotek. Noen steder i teorien kom det ikke godt frem hvilken primærlitteratur som hadde sagt hva, derfor ble sekundærlitteratur brukt. For godkjenning av bilde på fremsiden ble det sendt forespørsel til Luther forlag om tillatelse til å bruke dette bildet på denne oppgaven, noe som de godkjente.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Funnet

Under resultatdiskusjonen er det de tre kategorier som skal diskuteres. Disse kategoriene kom frem under resultatet av artiklene som ble inkludert i denne litteraturstudien. Kategoriene som denne bacheloroppgaven har fokus på er; sykepleierens fokus på barns informasjonsbehov, kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier, og tilslutt mestringsstrategiene til barna.

4.2.2 Sykepleierens fokus på barns informasjonsbehov

Som sykepleier kan det være episoder der en må formidle dårlige nyheter til barn (Eide og Eide, 2011). Sykdommen til barnas foreldre kan ha forandret seg til det verre, og en samtale om døden kan være aktuelt. Når en slik samtale er gjennomført kan det være forskjellige reaksjoner hos hvert enkelt barn. Noen kan reagere med gråt, aggresjon eller redsel, mens andre barn ikke trenger å vise noen reaksjon i det hele tatt (Eide og Eide, 2011). Dette er også noe som blir forklart mer om i kap.4.2.4.

De inkluderte artiklene viser at barn som har foreldre med kreft ønsker informasjon av sykepleieren. Dette er kanskje for å få riktig informasjon om sin forelder. Siden den friske foreldereren føler på manglende kunnskap om kreftsykdommen er det viktig at barnet får god og konkret

informasjon av sykepleieren. Barna har et stort informasjonsbehov som omhandler informasjon om prognosen og sykdomsforløpet. Det er da viktig at barnet får riktig informasjon, slik at ikke fantasien skaper egne ideer (Dyregrov, 2012, Grønseth, Markestad, 2011). Et spørsmål som kom frem under resultatene i de inkluderte artiklene er når barna skulle inkluderes. Barna selv ønsker å bli inkludert så tidlig som mulig, og helst fra begynnelsen av (Larsen og Nortvedt, 2011). Det er viktig at barna får riktig informasjon fra sykepleieren, men ikke sikkert at barna trenger å få all informasjon. Dette må bestemmes ut fra hvert enkelt barn og familie (Grønseth og Markestad, 2011). Hvis barnet får for mye informasjon eller at informasjonen ikke passer til barnets modenhet, kan dette føre til at barnet blir forvirret (Larsen og Nortvedt, 2011).

Videre viser resultatene mine at barn ofte ikke tør å spørre sine foreldre spørsmål om sykdommen deres. Barna i studiene sier ofte at de ikke vil spørre fordi de ikke vil at foreldrene skal bli mer lei seg. Det kan derfor være viktig at sykepleiere kommer med sin kunnskap om det barnet lurer på. I følge resultatene i de inkluderte artiklene viser det seg at sykepleiere også ofte vegrer seg for å informere barna om forelderens kreftsykdom. Dette kan komme av at den syke foreldereren ikke vil at barnet skal vite alt om sykdommen, kan ikke sykepleieren gi denne informasjonen (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). I 2010 kom loven om at helsepersonell skal bidra til å ivareta barn som pårørende. Dette betyr at sykepleieren skal ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging der en av foreldrene er pasient (Helsepersonelloven, 1999, § 10a). Sykepleieren kommer da opp i et dilemma. I følge lovene skal sykepleieren bare gi barnet den informasjonen som foreldereren har gitt tillatelse for, men sykepleieren skal også passe på at barnet får den informasjonen som barnet trenger. Hvordan skal da sykepleieren klare å gjøre jobben sin med å hjelpe barnet til å komme seg gjennom denne tunge perioden i situasjoner når lovene sier i mot hverandre? For at barnet skal klare å komme seg gjennom denne perioden er det viktig at barnet får den informasjonen det trenger. I følge resultatene ønsker også barnet å få all informasjon om sykdommen til sin forelder, men når sykepleieren ikke kan gi den blir det vanskelig for sykepleieren å være til stede og danne et godt tillitsforhold til barnet. Det er derfor da viktig at sykepleieren informerer foreldrene om barnets informasjonsbehov, videre beskrevet i kap. 4.2.3.

Resultatene fra de inkluderte artiklene viser at sykepleieren er en viktig person i barnas hverdag etter foreldrene er blitt dårlig. Det er derfor viktig at sykepleieren skaper et godt forhold til barna. Når barn prater med en sykepleier, bør barnet være den som leder samtalen (Grønseth og Markestad, 2011). Sykepleieren bør ha stor forståelse, toleranse og respekt for barnet under slike samtaler. Det er også veldig viktig at sykepleieren klarer å lytte til det barnet sier. For at barnet skal få et godt og trygt forhold til sykepleieren er det viktig med toveiskommunikasjon (Grønseth og Markestad, 2011). Mange barn synes det er vanskelig å prate med en sykepleier som er ukjent. Derfor er det sykepleierens oppgave å skape tillit og trygghet for at barnet skal få hjelp. Sykepleieren

kan da prøve å finne ut barnets interesser (Reinertsen, 2012). For at sykepleieren skal klare å danne en god relasjon med barnet, kan sykepleieren gjøre dette gjennom leken til de minste barna. Hvis pappa ligger på sykehuset, kan de leke at for eksempel dukken eller bamsen også må være på sykehuset. På denne måten å kommunisere på kan barnet komme med ulike følelser eller bekymringer som barnet kan ha. Det å tegne, lage fortellinger eller bruk av bilder kan også være positivt for at sykepleieren og barnet skal få en god relasjon, og videre at barnet skal åpne seg for sykepleieren (Eide og Eide, 2010). Eide og Eide (2010) sier videre at det er viktig at sykepleieren ser hvert enkelt barn og ikke ser alle barna som barn. Hvis barnet er 6 eller 12 år har det mye å si for kommunikasjonen. Resultatet viser også at barn hadde god erfaring av å være med grupper eller kurs. Ved slike tilbud som barna får, deltar fagfolk som hjelper barn til å komme seg bedre gjennom hverdagen. Barna får også hjelp til å sette ord på de følelsene de har (Dyregrov, 2012). I følge Grønseth og Markestad er det viktig å bruke barnets navn flere ganger under samtalene, på grunn av at dette fører til at barnet føler en trygghet og tillitt ovenfor sykepleieren (Killingberg og Akselbo, 2013).

”Det var vanskelig. Det var litt sånn at jeg ikke skjønnte alvorret når de sa så lite. De sa jo også at det ikke var så farlig. Det hørtes jo så greit ut. De sa at alt skulle gå greit. Jeg trodde på det hele tiden, Gutt 13 mistet pappa i kreft” (Dyregrov, 2012, s.46).

Problemer som vondt i magen eller hodet, utslett eller allergier kan oppstå hos barn som har en forelder med kreft (Dyregrov, 2012). Resultatene i studiene viser også at barna reagerer med distraksjon, der de vil være alene på rommet. De forklarer at de gjør dette fordi de ikke vil ha spørsmål om hvordan de føler seg, og hva de føler angående sykdommen til foreldrene sine.

Minuttene eller dagene etter å ha fått en slik nyhet, kan dette føre til at barnet kommer inn i det som Cullberg kaller sjokkfasen. Denne fasen er den første i krisesituasjoner, og er preget av avvergingsreaksjoner (Håkonsen, 2010). Det er viktig at foreldre og sykepleiere forteller slike nyheter på dagtid, og ikke sent på kvelden. Dette kan føre til at barnet ikke får sove på grunn av mye tenking (Eide og Eide, 2011). Barn kan oppleve utfordringer både emosjonelt, psykologisk og sosialt etter at de fikk vite om sykdommen (Dyregrov, 2012). Når en krise oppstår opplever ofte barn problemer med søvn og matvaner (Eide og Eide, 2011). Når det skjer dødsfall eller hendelser som kan oppleves skremmende, kan barn kjenne seg utrygge og at de ikke vil sove alene. Når natten kommer, kommer også tankene og følelsene som er tilstede (Bugge og Røkholt, 2009). Søvn er noe vi ikke har kontroll over. Drømmene gjenspeiler de indre tankene vi har. Derfor kan de følelsene oppstå i drømmene til barna når de sover. Drømmene er som oftest usensurert, og barna har ikke kontroll

over drømmene sine. Dette kan derfor føre til søvnevansker hos barna (Fahrman, 1993). Derfor er det viktig med praktisk sykepleie der man observerer og overveier barnets behov i lys av kunnskap.

4.2.3 Kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier

Funnene i resultatet viser at foreldrene synes det var vanskelig å prate med barna om sykdommen. Dette er Grønseth og Markestad (2011) enig i. Spørsmålene som barna har kan virke veldig truende, på grunn av at spørsmålene er konkrete og direkte (Grønseth og Markestad, 2011). Når barn opplever at mor eller far blir rammet av en alvorlig kreftsykdom kan det være viktig at familien samles for samtaler sammen med sykepleier og/eller andre helsepersonell. For at disse samtaler skal bli best mulig er det da viktig å finne ut hvem som er nær familie, og som derfor skal være med på samtaler. Når slike samtalegrupper gjennomføres er det lettere for deltakerne å få frem følelser og problemer. Derfor er også slike samtalegrupper veldig viktig (Eide og Eide, 2011). Hvis barna får riktig mengde informasjon til å begynne med, og at informasjonsmengden blir mindre etter hvert kan dette føre til at barnet kan bli engstelig og at de ikke stoler på sykepleieren eller forelderen. Hvis barnet har direkte spørsmål, skal det svares på disse spørsmålene. Hvis spørsmålene ikke blir besvart eller at barna ikke får all informasjon, er det viktig at foreldrene får informasjon om negative konsekvenser dette kan føre til. Får ikke barnet riktig informasjon, kan dette føre til at tilliten mellom barnet og forelder eller sykepleier blir svekket (Grønseth og Markestad, 2011). Barna som er i skolealder har annerledes ordforråd enn andre barn og voksne. Barn som er i denne alderen ordlegger seg som oftest veldig konkret både om opplevelser de selv har opplevd eller de tenker på. Det er viktig at barn i denne alderen får konkret forklaring. Hvis dette ikke skjer kan barna stille spørsmål flere ganger, for å forsikre seg om at det som er sagt fortsatt stemmer. Det er også viktig at barna får sannheten fra foreldrene og sykepleieren, men informasjonen må være aldersbestemt (Bugge og Røkholt, 2009). Det er ikke sikkert en 6-åring trenger å få høre det samme som en 12-åring, men de må fortsatt få høre sannheten. Selv om det er informasjon som er dramatisk eller trist som skal videreformidles, må fortsatt informasjonen være sann (Bugge og Røkholt, 2009). Hvis sykepleieren eller en annen voksen skal prate med barnet om døden, er det viktig å bruke de riktige ordene. Dette kan være for eksempel å gi nøyaktig informasjon om hva som har skjedd. Det er viktig å fortelle barnet at personen kommer ikke tilbake mer, og det er viktig og unngå å prate om reise eller søvn som en uriktig forklaring på at denne personen er død. Abstrakte forklaringer er viktig å unngå, det å forklare med enkle ord, slik at barnet forstår det er viktig. Dette må vurderes opp mot barnets alder og modenhet (Dyregrov, 2010).

Funn viste at barn kan være veldig fantasifull, der de selv konkluderer hva som skjer med foreldrene under sykdomsperioden. Det er viktig at de mindre barna i denne aldersgruppen får prate med noen etter en forelder har blitt syk eller har dødd. Selv om barna i 6-8 års alderen klarer å tenke

mer logisk enn før, er barnet fortsatt selvsentrert. Siden barn i denne alderen ofte tror det er deres skyld at foreldrene blir syke (Bugge og Røkholt, 2009, Eide og Eide, 2010), er det viktig å prate med barnet å fortelle at det ikke er barnet sin skyld at mor eller far er blitt syk (Eide og Eide, 2010). Når barnet er blitt litt eldre, klarer barnet nå å se forskjellen på fantasi og virkelighet. Barnet klarer nå også å se og forstå andre sine reaksjoner (Eide og Eide, 2010). Det er viktig å tenke på at barn kan gå tilbake i utviklingen når det skjer hendelser som barnet ikke klarer å håndtere, som også kalles regresjon. Dette kan være at barn som egentlig har et godt språk begynner å prate babyspråk etter mor eller far har blitt syk. Barn og unge som har hatt et normalt forhold til sine foreldre, kan nå bli mer eller helt avhengig av sin forelder (Grønseth og Markestad, 2011). Ut fra resultatene i de inkluderte artiklene og det teorien sier, kan dette tyde på at barna som var med i studien, har hatt en regresjon og derfor at mange skaper egne ideer om hva som skjer med mor eller far.

”En sykepleier fortalte om en åtte år gammel gutt som hadde voldsomme fantasier om strålebehandlingen moren fikk. Moren fikk jevnlig behandling, og gutten fikk ingen forklaring på hva dette var. Det fanget sykepleieren opp, og foreslo for moren at gutten kunne være med på neste behandling. Gutten fortalte at han trodde moren ble utsatt for et ”Science fiction-angrep”. Han ble tydelig lettet over at det ikke var så voldsomt som han hadde tenkt.” (Antonsen, 2004, s.43)

Noen foreldre synes det er greit å prate åpent om døden og sykdommen, mens andre familier synes dette er vanskelig. I følge resultatene fra de inkluderte artiklene ønsker ikke foreldrene at barna skal ha enda mer å tenke på. Grunnen til at noen familier ikke ønsker å prate om det, kan ofte være på grunn av at de ønsker å skåne barna sine for de vanskelige tankene (Grønseth og Markestad, 2011). Eide og Eide (2011) mener at å starte slike samtaler ved å la de voksne få begynne med forventninger til helsepersonellet er en bra start. Videre sier Eide og Eide (2011) at barna kan komme med innspill med deres kunnskap om sykdommen, der sykepleieren etter hvert stiller spørsmål om hverdagen til barna. Larsen og Nortvedt (2011) sier at informasjonskilden til barna ofte var foreldrene og helsepersonell. Mange av barna som har en forelder med kreft ønsker å prate med noen utenfor familien for å forstå hvordan det var når en i familien var rammet av kreft. Hvis forholdene var tilrettelagt, ønsket også barnet å være med på sykehuset (Larsen og Nortvedt, 2011). Samtidig som barn er på kurs og samlinger, får også foreldre denne muligheten. På disse samlingene får de mulighet til å prate med andre foreldre som er i samme situasjon. Også på disse samlingene er det fagfolk, så foreldrene får da lære måte å prate med barna sine. De lærer også å forstå sine egne reaksjoner og de lærer mer om hvordan de kan være bedre foreldre til sine barn (Dyregrov, 2012).

Resultatene viser at foreldre ofte synes det er vanskelig å ta viktige avgjørelser, men at avgjørelsene som blir gjort er for å opprettholde foreldre – barn forholdet. Som sykepleier er det også en oppgave å hjelpe foreldre til å ta en slik avgjørelse, som for eksempel å gi en dårlig beskjed om foreldrenes sykdom til barna. Når en slik beskjed skal gis til barna er det viktig å finne ut hvor mye informasjon barnet skal få. Dette må bestemmes ut fra barnets alder og modenhet (Grønseth og Markestad, 2011, Larsen og Nortvedt, 2011). Hvor mye og hvilken informasjon må derfor avtales med foreldrene, det er de som kjenner barnet sitt best (Grønseth og Markestad, 2011). Når det er en dårlig nyhet til barna, er det foreldrene som helst skal gi denne nyheten. Foreldrene trenger ofte hjelp og støtte av sykepleier i denne perioden. Det kan derfor være en ide at foreldre og sykepleier prater og planlegger før dette møtet skjer, slik at alle parter vet hva som skal fortelles. Det er da viktig at beskjeden blir gitt med konkrete og forståelige ord, slik at det er helt sikkert at barnet skjønner hva som kommer til å skje fremover (Eide og Eide, 2011). For at barna lettere kan forstå hva som skjer med foreldrene under behandling eller sykdomsperioden, kan barnet med på sykehuset for å se hva som skjer der. Det de hører fra sykepleiere eller foreldrene, kan føre til at barna lager egne tanker om hva som skjer på sykehuset. Disse tankene er som regel verre enn virkeligheten (Antonsen, 2004). Det er da viktig at sykepleieren vet hvordan god kommunikasjonen fungerer. Nonverbal kommunikasjon kan ofte avsløre reaksjoner som kan være ubevist for oss selv, dette kan være et smil, en bekymret rynke eller et utålmodig kremt. Dette gjelder både for det pårørende barnet og sykepleieren. Det er viktig at sykepleieren lytter til barnet når det gjelder både det verbale- og nonverbale språket slik at informasjonen blir tolket riktig (Eide og Eide, 2010). Eide og Eide, 2010 sier videre noe om måter å kommunisere nonverbalt.

”Seks gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter kan sammensettes i seks hovedpunkter

- *Å ha øyekontakt, men uten å stirre*
- *Å innta en mottaende, åpen kroppsholdning (og unngå kryssede armer/ben)*
- *Å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning (og unngå å henge likegyldig tilbakelent)*
- *Å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekræftende ”med mer”, eller også beroligende berøring*
- *Å være avslappet, naturlig og vennlig i stemme og bevegelse (og ikke spent, urolig og rastløs)*
- *Å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (lukke munn, glatt panne, senkede øyenbryn, osv)” (Eide og Eide, 2010 s.198-199).*

4.2.4 Mestringsstrategiene til barna

Det kan skiller mellom umodne personlighetsstrategier for mestring og modne personlighetsstrategier for mestring. Den umodne personlighetsstrategien gjenspeiler seg i funnene fra artiklene. Mestringsstrategier som er nevnt i denne modellen er utagering, passiv aggresjon, avvising/klaging, dissosiasjon, tilbaketrekning og projeksjon (Håkonsen, 2009). Funn viser at mange barn bruker distraksjon som mestringsstrategi, der resultatet forklarte at dette vil si å være med på fritidsaktiviteter eller lignende. Resultatet viste videre at distraksjon ble forklart ved at barnet trakk seg unna for å distansere seg fra de negative tankene. Relevant teori beskriver dissosiasjon som en mestringsstrategi. Dissosiasjon beskrives som *"en skaper et skille mellom følelser, atferd og realiteter ved å fantasere, dagdrømme, fornekte eller undertrykke vanskelige tanker."* (Håkonsen 2009, S.284). Ut fra disse beskrivelsene kan også dette være en mestringsstrategi som barn bruker aktivt for å trekke seg unna, selv om den ikke kom frem i resultatet.

Barn i alderen 6 til 12 år inngår i den fjerde fasen til Erikson som han kaller pågangsmot versus underlegenhet. Denne fasen omhandler barn i alderen 5 år og opp til puberteten (Håkonsen, 2011). Fasen handler om at barnet nå har evnen til å føle mestring. Videre er dette viktig for at barnet skal klare å utvikle et selvbylde og en egen identitet. Erikson mener at ulike livshendelser som kan være vanskelig for voksne å mestre, kan føre til at barn mister troen på seg selv og kan ofte bli sårbare (Bugge og Røkholt, 2009). Erikson mener at et gunstig resultat i denne fasen er at barnet utvikler både kompetanse og ferdigheter som vil være med på å hjelpe barnet til å komme seg videre i livet (Håkonsen, 2011).

Som nevnt i resultatet finnes det ulike mestringsstrategier barn bruker når de kommer opp i vanskelige situasjoner som for eksempel hvis en av foreldrene får kreft. Resultatene viste at barna ofte ønsket å ha en så normal hverdag som mulig, der de kunne være med på aktiviteter. Når det kommer til mestring, betyr dette å forholde seg fornuftig til situasjonen som har skjedd og sine egne følelser og reaksjoner (Eide og Eide, 2011). Mange barn opplever at det er godt å ha tid som er "friminutter". På disse fristundene kan de for eksempel være med venner og bearbeide følelsene sine. Det kan også være det å høre på musikk, gå på skolen eller være med på en idrett eller annen aktivitet. Noen barn sier også at de føler seg bedre av å skrive et brev til sin avdøde eller syke forelder (Dyregrov, 2012).

Resultatene i denne studien viser at mange barn vil sitte på rommet sitt alene for og ikke få spørsmål om sine følelser. I følge Dyregrov anbefaler barn som selv har hatt erfaring med kreftsyke foreldre, at det ikke er så lurt å isolere seg. Det er viktig med åpenhet ovenfor andre mennesker, og hvis barnet ikke klarer å skaffe hjelp kan det være lurt å få en voksen til å skaffe hjelpen (Dyregrov, 2012). Når sykepleier har samtaler med barn skal ikke samtalen ha fokuset på foreldrene, men på barnet. Målet til sykepleieren gjennom disse samtalen bør være at barnet skal kunne forstå sine

egne reaksjoner ut fra det som har skjedd, og videre at barnet skal få profesjonell støtte (Nordenhof, 2012).

Flere barn i de inkluderte artiklene forklarte at rollebytte innenfor familien var vanlig når en av foreldrene blir rammet av sykdom. Siden en av foreldrene er syk, eller eventuelt har dødd av sykdommen, er det bare en forelder i husholdningen. På grunn av dette beskriver mange barn at de "bråmodnes" eller at de blir "bråvoksne" (Dyregrov, 2012). På grunn av at den ene forelderens ikke kan være like deltakende i familien lenger, kan det føre til at barnet prioriterer annerledes enn tidligere, og samtidig får et annet syn på livet. Flere barn sier at de vil "leve mer i nuet" og "gripe dagen", noe man sjelden hører barn si. Da en av foreldrene ble syk eller døde når barnet var i en ung alder, kan dette føre til at barnet "mister" litt av barne- og ungdomstiden (Dyregrov, 2012).

"Når jeg gråter, er jeg mest alene. Forteller det ikke til noen. Jeg er veldig redd for å gjøre mamma mer trist. Det var sånn da pappa var syk også. Det var så vanskelig å snakke om de tingene, at jeg var redd og sånn. Vet ikke helt hvorfor. De sa heller aldri til meg at de var redde. Det har vært vanskelig alt sammen, 10-åring som har mistet sin pappa", (Dyregrov, 2012, s.44).

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven var hensikten å belyse hvordan sykepleiere kan hjelpe barn når en av foreldrene blir diagnostisert med en uhelbredelig kreftsykdom.

Barna trenger konkret og rett informasjon fra sykepleieren om sin syke forelders tilstand, der informasjonen er tilpasset barnets alder og modenhet. Det er viktig at sykepleieren vet hvordan det er best å prate med foreldrene angående det å gi informasjon til barnet, slik at foreldrene skjønner hvilke uønskede hendelser som kan oppstå hvis barnet ikke får riktig informasjon. En utenforstående person eller en "tredjeperson" kan være viktig for barnet, for å få pratet med noen utenfor familien, for eksempel en sykepleier. Det er viktig at familien er åpen for å prate om sykdommen innenfor familien, slik at alle får luftet sine tanker og følelser. I slike situasjoner kan også en sykepleier delta.

Når det gjelder barnas mestringsstrategier i en krise er det viktig at sykepleieren klarer å tolke barna sine reaksjoner. Hvis barnet får riktig informasjon, kan dette før til at barnet klarer å mestre hele situasjonen bedre. Ofte kan det skje en rollebytte innenfor familien når en forelder blir syk, der barnet kan ta over rollen som forelder, noe som ikke trenger å ha et positivt utfall for dette barnet.

I denne oppgaven ble det ikke sett på resultatet ut fra kjønn. I noen av artiklene kom det litt frem om hvordan jentene følte det fremfor guttene, men ikke så mye at det ble tatt hensyn til for denne oppgaven. Likevel hadde det i ettertid vært spennende å se om det er store forskjeller på jenter og gutter når det kommer til sterke følelser, når tidligere forskning viser at jenter utvikler seg tidligere enn gutter. Dette kan det være aktuelt å forske videre på. Noe annet det kan være aktuelt å forske videre på er virkingen av revideringen av helsepersonelloven fra 2010. De artiklene som er inkludert i denne bacheloroppgaven ble publisert før dette året, og derfor er denne endringen ikke beregnet i disse artiklene. Nå i ettertid kan det være aktuelt å forske på om denne loven faktisk hjelper barnet, eller om loven kan revideres igjen.

Kilder

- Antonsen EB (2004) Skolebarn er også pårørende, *Sykepleien*, 92(11), S.42-45
- Baele EA, Sivesind D og Bruera E (2004) Parents dying of cancer and their children, *Palliative & Supportive Care*, 2(4), S.387-393
- Bugge K E, Helseth S og Darbyshire P (2008) Children's experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer, *Cancer Nursing*, 31(6), S.426-434
- Bugge K E og Røkholt E G (2009) *Barn og ungdom som sørger. Faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Campbell-Enns HJ og Woodgate RL (2013) Decision making for mothers with cancer: maintaining the mother-child bond, *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), S. 261-268
- Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Dyregrov K (2012) Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den, i: Dyregrov K (red.), Haugland B S M og Ytterhus B, *Barn som pårørende*, S.44-65, Oslo, Abstrakt Forlag AS, S. 44 - 65
- Dyregrov A (2010) Til de voksne, i: *Hva skjer når vi dør?*, Bergen, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide T og Eide E (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2.utgave, Oslo, Gyldendal akademisk
- Ensby T, Dyregrov K og Landmark B (2008) Å treffe andre som virkelig forstår, *Sykepleien Forskning*, 3(3), S.118-127
- Fahrman M (1993) *Barn i krise*, Oslo, Ad Notam Gyldendal AS
- Fearnley R (2012) Supporting children when a parent has a life-threatening illness: the role of the community practitioner, *Community Practitioner*, 85(12), S.22-25
- Forrest G, Plumb C, Ziebland S og Stein A (2009) Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer, *Psycho-Oncology*, 18(1), S.95-103
- Forsidebilde: *Mamma har kreft*, Luther forlag (2009), Tilgjengelig fra: http://www.lutherforlag.no/avenir-forlag/barn_2/mamma-har-kreft [Lastet ned: 11.05.14]
- Grønseth R og Markestad T (2011) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*, 3.utgave, Bergen, Bokforlaget
- Helseth S og Ulfsæt N (2003) Having a parent with cancer: coping and quality of life of children during serious illness in the family, *Cancer Nursing*, 26(5), S.355-362
- [Helsepersonelloven (1999)] (2012) Lov om helsepersonell av 02.juli 1999 nr. 64, Helse og omsorgsdepartementet
<http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html> [lastet ned:18.02.14]

- Håkonsen (2010) *Innføring i psykologi*, 4.utgave, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kennedy VL og Lloyd-Williams M (2009a) Information and communication when a parent has advanced cancer, *Journal of Affective Disorder*, 114(1-3), S.149-155
- Kennedy VL og Lloyd-Williams M (2009b) How children cope when a parent has advanced cancer, *Psycho-Oncology*, 18(8), S.886-892
- Killingbo H og Akselbo I (2013) Hvordan samtale med barn?, i: Engvold H O (red.) og Johnsen K, *Klinisk kommunikasjon I praksis*, Oslo, Universitetsforlaget
- Larsen B H og Nortvedt M W (2011) Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft, *Sykepleien Forskning*, 6(1), S.70-77
- Niemelä M, Väisänen L, Marshall C, Hakko H og Räsänen S (2010) The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients, *Cancer nursing*, 33(6), S.18-27
- Nordenhof I (2012) *Pårørendesamtaler med barn og unge*, Bergen, Fagbokforlaget
- NSD (2014) Personvernombudet for forskning
www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema [lastet ned: 07.03.14]
- NTNU (2012) Regional forskningsetisk koimté (REK) og Personvernombudet for forskning
<http://www.ntnu.no/svt/forskning/innmelding> [lastet ned: 20.02.14]
- [Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)] (2013) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 02.juli 1999 nr.63, Helse og omsorgsdepartementet
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [lastet ned: 07.03.14]
- [Spesialisthelsetjenesteloven (1999)] (2013) *Lov om spesialisthelsetjenesten* av 02. juli 1999 nr.64, helse – og omsorgsdepartementet
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> [lastet ned:18.02.14]
- SSB (2010) Statistisk sentralbyrå
<http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-124.html> [lastet ned: 12.04.14]
- Stiffler D, Barada B, Hosei B og Haase J (2008) When mom has breast cancer: adolescent daughters' experiences of being parented, *Oncology Nursing*, 35(6), S.933-940
- Thastum M, Johansen MB, Gubba L, Olesen LB og Romer G (2008) Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer, *Clinical Child Psychology & psychiatry*, 13(1), S.123-138
- Ytterhus (2012) Hva er et "påførende barn", i: Dyregrov K (red.), Haugland B S M og Ytterhus B, *Barn som påførende*, S.18-43, Oslo, Abstrakt Forlag AS, S. 18-43

Vedlegg

Vedlegg 1: oversikt over søkestrategi

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Inkluderte
Sykepleien.no	Alle ordene	Barn, pårørende, kreft	27	1
Medline	Abstrakt, 2009-current, child (6-12år), språk (dansk, norsk, svensk, engelsk)	Neoplasm AND parents AND Family nursing	4	1
Medline	Ingen	Child AND child of impaired parent AND father-child relations	68	1
Medline	Ingen	Child AND child of impaired parents AND parent-child relations AND nurse's role	5	1
Medline	Abstrakt, child 6-12 år, språk (norsk, engelsk, dansk, svensk)	Neoplasm AND family relations AND coping AND child	103	2
Medline	Abstrakt, fulltekst, child 6-12 år, 2003-current, språk (norsk, engelsk, dansk, svensk)	Child AND preeschool AND family relations AND neoplasm	97	1
Medline	Ingen	Neoplasm AND Coping AND child of impaired parent	21	2
Medline	Ingen	Neoplasm AND	41	1

		child of impaired parents AND child AND parent-child relations		
Medline	Ingen	Neoplasm AND communication AND child AND parent	151	1
Medline	Ingen	Neoplasm AND communications AND child AND palliative care AND adult	11	1

Vedlegg 2:Oversikt over de inkluderte artiklene

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design / intervensjoner / instrument	Deltakere / Bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Niemelä M, Väisänen L, Marshall C, Hakko H og Räsänen S. The experiences of mental health professional s using structured family- centered intervention s to support children of cancer patients <i>Cancer Nursing</i> 2010 Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't Finland	Å undersøke klinikerne sine opplevelser når det gjelder barn – og familiesentrerte tiltak for å ivareta barn behov.	Kvalitativ studie Intervju	7 klinikere	4 temaer; samarbeid, fokus på barn, død og effekten av intervensjoner	Ikke spesifisert hvilken aldersgruppe barna var i. Ikke godkjent av etisk komité. Dette på grunn av at det var en undersøkelse blant klinikere. Hadde godkjennelse fra sykehuset
Campbell- Enns HJ og Woodgate RL Decision	Å undersøke hvordan mødre reagerer på konsekvensene på valgene de tar når de får	Kvalitativ studie Intervjuer	8 mødre	Mødrene skulle ta avgjørelsene, spesielt de beslutningene som ble gjort	Godkjent fra etisk komité. Mødre med barn yngre enn 11 år ble

<p>making for mothers with cancer: maintaining the mother-child bond</p> <p>European Journal of Oncology Nursing</p> <p>2013</p> <p>Canada</p>	<p>kreftdiagnosen.</p>			<p>for å ivareta mor-barn forholdet</p>	<p>ekskludert</p>
<p>Fearnley R.</p> <p>Supporting children when a parent has a life-threatening illness: the role of the community practitioner</p> <p>Community Practitioner</p> <p>2012</p> <p>England</p>	<p>Å undersøke barns opplevelser med å leve med en forelder med en terminal sykdom</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>28 deltok</p> <p>7 barn og ungdom (9-24 år)</p> <p>4 foreldre</p> <p>1 dødssyk forelder</p> <p>16 fagfolk</p> <p>8 etterlatte barn (7-15 år)</p>	<p>Undersøkte hvilken alder barn bør være i for at de skal få all informasjon om foreldrenes sykdom.</p> <p>Viktigheten av kommunikasjonen</p> <p>Den avgjørende rollen fagfolk har i å støtte barna</p>	<p>Godkjent fra etisk komité.</p> <p>Barna og ungdommene var det høy alder på.</p> <p>Litt lavere alder på de etterlatte barna.</p>
<p>Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A</p> <p>Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with</p>	<p>Å undersøke far-barn-kommunikasjon en når mor har kreft.</p> <p>Undersøke forskjeller i forståelsen av sykdommen. Identifisere hunn i deres behov for støtte og informasjon.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>28 fedre (26 bodde med mor, 26 biologisk far og 3 stefar)</p> <p>De 2 som ikke bodde med mor ble ekskludert i studien</p> <p>31 barn (6-18 år)</p>	<p>Fedre var opptatt av å berolige barna, uttrykte selv at de manglet informasjon – særlig bivirkninger.</p> <p>Barna var ofte klar over faren emosjonelle tilstand.</p>	<p>Godkjent fra etisk komité.</p> <p>Stort alderspråk på barna, fleste barna var mellom 6-15 år</p> <p>Jevnt med gutter og jenter</p>

<p>their children following the diagnosis of maternal breast cancer</p> <p><i>Psycho-Oncology</i></p> <p>2009</p> <p>England</p>					
<p>Kennedy VL og Lloyd-williams M</p> <p>How children cope when a parent has advanced cancer</p> <p><i>Psycho-Oncology</i></p> <p>2009b</p> <p>England</p>	<p>Identifisere områder som kan være til hinder for at barn takler at mor eller far får kreft.</p>	<p>Kvalitativ studie Semi – trukturerte intervjuer</p>	<p>28 deltakere fra 12 familier.</p> <p>11 barn (8-18 år)</p> <p>2 gutter, 9 jenter</p>	<p>4 temaer; respons på diagnose, mekanismer for å mestre, forandringer i livet og positive aspekter</p>	<p>Godkjent fra etisk komité.</p> <p>Står ikke noe om hvor mange av de 11 barna som er mellom 8-12 år</p> <p>Ingen barn mellom 6-7 år</p>
<p>Bugge KE, Helseth S og Darbyshire P</p> <p>Children's experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer</p> <p><i>Cancer</i></p>	<p>Å undersøke om familie-støtte-program hjelper barna når mor eller far får kreft</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Dybdeintervju i støttegruppe</p>	<p>11 pasienter fikk tilbud</p> <p>1 takket nei</p> <p>4 klarte ikke å fullføre (utvikling av sykdommen)</p> <p>Alle barn i de 6 familiene ble med</p> <p>12 barn (6-16 år)</p> <p>Gjennomsnitt alder 9 år</p>	<p>2 viktige temaer; barnas bekymringer i situasjonen og barns opplevelser i å være med i dette størreprogrammet</p>	<p>Godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Norge og det Norske data register</p> <p>Deltakernes konfidensialitet ble bevart og opptakene av intervjuene ble låst inn. Deretter ble de ødelagt, noe som samsvarer</p>

<i>Nursing</i> 2008 Norsk			8 jenter, 4 gutter		med retningslinjene til Norsk dataregister
Thastum M, Johansen MB, Gubba L, Olsesen LB og Romer G Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer <i>Clinical Child Psychology & Psychiatry</i> 2009 Danmark	Å beskrive hovedfunksjonene til familiene	Kvalitativ studie Semi-strukturert intervju	31 familier fikk være med 12 familier takket ja Bare barna ble intervjuet 21 barn 8 gutter (gj.sn.alder 11) 13 jenter (gj.sn.alder.11)	Barna vil ha informasjon, slik at de kan gi omsorg 5 mestringsstrategier; å hjelpe andre, rollebytte, distraksjon, tenke klart og ønsketenkning	Godkjent etisk komité. Står ikke hvor mange av barna som er i alderen 8-12 år, men ingen i alderen 6-7 år. Står i resultatet hva de yngre barna har sagt
Helseth S og Ulfseth N Having a parent with cancer: coping and quality of life of children during serious illness in the family <i>Cancer</i>	Undersøke hvordan kreften til mor eller far påvirker barns velferd	Kvalitativ studie Dybdeintervju	Familier med barn 7-12 år der mor eller far hadde alvorlig kreft 15 familier meldte seg – 10 familier ble med 11 barn (7-12 år) 7 gutter 4 jenter	4 temaer; familiesykdommer, reaksjoner, tiltak og følelser	Godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Norge. Skriftlig samtykke fra barna og foreldrene ble samlet inn. Få deltakere, ingen barn som er 6 år

<i>nursing</i> 2003 Norsk			10 mødre 8 fedre		Flest gutter
Stiffler D, Barada B, Hoseti B og Haase J When mom has breast cancer: adolescent daughters' experiences of being parented <i>Oncology nursing</i> 2008 USA	Å undersøke opplevelser når mødre blir diagnostisert og behandlet for brystkreft. Perspektivet fra unge døtre	Kvalitativ studie Intervju	8 barn (10-15 år)	8 temaer; veden snudde opp-ned, behov for å komme seg bort, mor kan ikke dø, tomrom, fyller hullet etter mor, blir det vanskelig eller enkelt? Og lettelse	Godkjent av et review board. Barna var i alderen 10-15
Kennedy VL og Lloyd- Williams M Information and commu- nication when a parent has advanced cancer <i>Journal of Affective Disorders</i> 2009a England	Å identifisere informasjonsbe- hovet til barn når en av foreldrene blir rammet av avansert kreft	Kvalitativ studie Semi-intervju	7 familier 11 barn	Barn ønsker seg ærlig informasjon om foreldrenes helse og behandling 4 temaer; behov for informasjon, kilder til informasjon, kommunikasjo n med foreldre og kommunikasjo n med andre	Godkjent av etisk komité. Alle barna var 7 år Er ikke nevnt hvor i sykdomsforløp et den syke forelderen er
Ensby T, Dyregrov K og Landmark B	Pilotprosjekt for å undersøke barns reaksjoner når mor eller far	Kvalitativ og kvantitativ studie Pilotstudie	107 barn fikk tilbud – 78 takket ja 6-18 år	Barna opplevde dette kurset som veldig positivt.	Godkjent av personvernom- budet forskning og Regional

<p>Å treffe andre som virkelig forstår</p> <p><i>Sykepleien forskning</i></p> <p>2008</p> <p>Norsk</p>	<p>blir rammer av kreft/død</p>	<p>Spørreskjema og fokusgruppeintervju</p>	<p>(gj.sn.alder. 11 år)</p> <p>58 barn (32 jenter, 26 gutter) hadde mor eller far som var dårlig</p> <p>20 hadde mistet en forelder</p>	<p>Mye uforutsigbare hendelser i hverdagen.</p>	<p>komité</p> <p>Deltakerne kunne når som helst trekke seg fra prosjektet, uansett tidspunkt</p> <p>Ingen av barna var mellom 6-9 år, men på grunn av den er norsk er den viktig for denne studien</p>
<p>Baele EA, Sivesind D og Bruera E</p> <p>Parents dying of cancer and their children</p> <p><i>Palliative & Supportive Care</i></p> <p>2004</p> <p>England</p>	<p>Undersøke hvilke problemer klinikere bør være oppmerksomme på når foreldre og barn havner i situasjoner der mor eller far er døende</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Intervju</p>	<p>28 barn</p>	<p>Barna søkte trygghet</p> <p>Noen anså seg selv for å være omsorgsperson for sin døende forelder</p> <p>10 år gammel gutt fikk høre om mor sin sykdom – lagde egne bilder i hodet – førte til blodige tegninger</p>	<p>Står ikke noe i artikkelen om den er godkjent eller ikke.</p> <p>Veldig stort sprik på alderen til barna 3-18 år</p> <p>Barnepsykiater eller sykepleiespesialist intervjuet barna</p> <p>Liten studie</p>

Vedlegg 3: subkategorier og kategorier

Meningsenheter	Subkategorier	Kategori
<p>Eldre barn ønsket mer informasjon enn yngre barn (Larsen, 2011).</p> <p>For lite informasjon førte til at barnet laget egne forklaringer om sykdommen (Larsen, 2011).</p> <hr/> <p>Barnet ønsker informasjon om alvoret til sykdommen til forelderen sin (Stiffler m.fl., 2008).</p> <p>Barnet ville ofte være på sykehuset for å være mest mulig sammen med forelderen (Thastum m.fl., 2008).</p> <hr/> <p>Sykepleieren har taushetsplikt, dette kan føre til at barna føler en trygghet til denne pleieren (Kennedy og Lloyd-williams, 2009b).</p> <p>Barn over 10 år hadde gode erfaringer med å ha individuelle møter med klinikere (Niemelä m.fl.).</p>	<p>Informasjonen som barna ønsker varierer hvilken alder barna er i.</p> <hr/> <p>De spørsmålene som oftest kommer opp er hva som kommer til å skje med den syke forelderen til barnet.</p> <hr/> <p>Mange barn ønsker samtale med sykepleier.</p>	<p>Sykepleierens samarbeid med barns informasjonsbehov</p>
<p>Barnet vil ikke at foreldrene skal bli mer lei seg (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a).</p> <p>Mange barn tør ikke å stille spørsmål til sine foreldre om sykdommen til den syke forelderen (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009a).</p> <p>Konfrontasjon mellom barn og foreldre fikk stor forverring (Baele m.fl., 2004).</p>	<p>Barn var redde for å stille spørsmål.</p>	<p>Kommunikasjon mellom barn, foreldre og sykepleier</p>

<p>_____</p> <p>Dette spesielt bivirkninger av medisiner. Forelderen føler da hun/han kommer kort i forhold til eventuelle samtaler med barna sine (Forrest m.fl., 2009).</p>	<p>_____</p> <p>Den friske forelderen føler også på for lite kunnskap om sykdommen.</p>	
<p>Denne tiden brukte mange til å høre musikk eller lese bøker (Helseth og Ulfset, 2003).</p> <p>Dette fikk barna til å tenke på andre ting, der de fikk være seg selv (Kennedy og Lloyd-Williams, 2009b).</p> <p>Noen barn ønsket også å være med på forskjellige fritidsaktiviteter etter at mor eller far ble syk (Helseth og Ulfset, 2003).</p> <p>_____</p> <p>Barna forklarte at da hadde de ønsker om at mor eller far skulle bli frisk, og at alt skulle bli som før (Kennedy og Lloyd-Williams, 2008b).</p> <p>_____</p> <p>Hverdagslige oppgaver som handling eller hente posten ble oppgaver til barnet (Helseth og Ulfset, 2003).</p>	<p>Barna distanserer seg. Barna forteller at de distanserer seg ved å trekke seg tilbake til for eksempel rommene sine for å være alene.</p> <p>_____</p> <p>En annen mestringsstrategi som ble nevnt var ønsketenkning.</p> <p>_____</p> <p>Rollebytte</p>	<p>Mestringsstrategiene til barna</p>