



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 50

Antall ord: 7958

Sammendrag:

Bakgrunn og hensikt: Hensikten med oppgaven er å fremheve en gruppe mennesker som tidligere har vært en glemt gruppe og for å få mer kunnskap om dem. Dette vil si at oppgaven vil belyse hvordan en som sykepleier kan møte barn som har psykisk syke foreldre på en omsorgsfull måte.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier vise omsorg til barn med psykisk syke foreldre?

Metode: Oppgaven har et oppsett i tråd med en systematisk litteraturstudie. I litteraturstudiet har det blitt brukt ulike forskningsartikler med ulike metoder. Dette innebærer at det har blitt gjort søk i ulike databaser samt leting i biblioteket til skolen.

Resultat: Dersom en som sykepleier møter disse barna med omsorg, vil en kunne være et ledd i det å være en forebyggende faktor i forhold til barnets egen utvikling av psykisk sykdom. For å møte barnet må en tørre å snakke med dem og være en støttespiller. Ved bruk av ulike kommunikasjonsteknikker og behandlingsformer, vil barnet bli møtt på en omsorgsfull måte.

Abstract:

Aim: The aim of this assessment is to emphasize a group of people that often is forgotten about and to gain knowledge about them. The study will illustrate how nurses can meet children with mentally ill parents in a caring way.

Approach to the problem: How can nurses show care to children with mentally ill parents?

Method: This assessment is built up as a systematic literature study. In the literature study it has been used different researches that have different methods. This means that it has been done searches in several databases.

Result: If nurses meet the children in these situations with care, they can be an obviating factor, to prevent the children from getting a mental illness themselves. To meet them in the best possible way, you have to have the courage to talk to them and be a good support for them. While using different approaches in communication and different treatment techniques the children will experience the meetings as caring.

Med Barna i Fokus



Hentet fra: <http://permaliv.blogspot.com>

Ikke plag deg selv med tanker
dem du alltid har
Tenk i nye baner
ikke bare om alt som var
Nuet gir en mulighet
til å endre strategi
Jeg håper alt for din skyld
hva mer kan jeg si

Jeg liker at du trives
tross alt du er en venn
Ikke gå en ekstra runde
ikke gjør det om igjen
Ikke be om mere tid
den ødsles bare bort
Den du har er mer enn nok
til det du vil ha gjort

Av: Trond Rudslø

Innhold

1.0	Introduksjon.....	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Hensikt.....	7
1.3	Problemstilling	8
1.4	Avgrensing.....	8
2.0	Teori.....	8
2.1	Kari Martinsens omsorgsteori.....	8
2.2	Barns utvikling.....	9
2.3	Psykisk sykdom	10
2.4	Metoder å nå frem til barnet på.....	11
2.4.1	Kommunikasjon	11
2.4.2	Informasjon	11
2.4.3	Tillit	12
2.5	Pårørende	12
2.6	Barns påvirkning av arv og miljø.....	13
3.0	Metode	14
3.1	Hva er metode?	14
3.2	Etikk	15
3.3	Litteratursøk.....	16
3.3.1	Kildekritikk	16
3.4	Presentasjon av forskningsartikler	17
3.4.1	Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey.....	17
3.4.2	Child-Oriented Family Nursing Intervention Process in a Single-Encounter Setting	18

3.4.3 Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?	18
3.4.4 Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff	19
3.5 Resultat	19
4.0 Drøfting	20
4.1 Hvordan nå frem til barnet?	20
4.3 Tillitsbygging	24
5.0 Konklusjon	25
6.0 Kildeliste	27
Vedlegg 1:	30

1.0 Introduksjon

Denne oppgaven skal belyse et tema som i mange sammenhenger har lett for å bli glemt. Barn som er pårørende til psykisk syke, er svært aktuelt og som sykepleier kan en møte disse barna overalt. Men i størst grad møter vi dem dersom foreldrene er innlagt på institusjon. For å møte disse barna på best mulig måte, bør en vite hvordan man skal takle en slik situasjon. De siste årene har det også blitt et mer belyst emne, men fremdeles er det en lang vei å gå før en kan si at dette er et emne som blir tilfredsstillt helt.

1.1 Bakgrunn

I Soria Moria erklæringen fra 2005-2009 står følgende:

Regjeringen vil arbeide for at barn med psykisk syke og rusmisbrukende foreldre får oppfølging og hjelp.

Mindreårige barn som er pårørende til syke foreldre har lovskrevet rett til å bli sett. I 2009 ble det skrevet i helsepersonelloven §10a, at barna, innenfor taushetspliktens grenser, har rett på informasjon, veiledning og oppfølging. Eventuelt også gi et bidrag til å støtte de som har omsorg for barnet. En annen vesentlig oppgave for sykepleieren i disse situasjonene blir å vurdere barnets behov for oppfølging, eventuelt innhente samtykke om dette (Helsepersonelloven, 1999). Helsedirektoratet (2011) skriver at hele 410 000 barn lever med en eller to psykisk syke foreldre. Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, sier at om lag 15 000 barn har foreldre som er innlagt på institusjon (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, U.Å). I de praksisperiodene som nå har blitt gjennomført, føler jeg at det er generelt sett for lite fokus på barna. Når man ser på hvor mange barn dette påvirker, kan man klart se at det krever at menneskene som møter disse barna virkelig ser dem. Som sykepleier har man da en god mulighet til å utgjøre en forskjell. Selv om det har blitt mer fokus på disse barna de siste årene, er det dessverre enda for lite fokus på det.

1.2 Hensikt

Denne oppgaven har som hensikt å øke kunnskap om og å få mer fokus på barn som er pårørende til psykisk syke foreldre. Oppgaven vil få frem hvordan en sykepleier kan møte barna, la dem føle seg sett og hørt, og gi dem omsorg. For å klare dette vil sykepleierens evne til å dekke barnets informasjonsbehov være vesentlig.

1.3 Problemstilling

Denne oppgaven er bygget rundt problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier vise omsorg til barn med psykisk syke foreldre?

1.4 Avgrensning

Den forhenliggende oppgave skal omhandle sykepleieres oppgaver ved møte med barn som har enten en eller to foreldre med en psykisk sykdom. Barna som kommer frem i dette litteraturstudiet er mellom 6-12 år. Det blir tatt utgangspunkt i barna som har foreldrene sine på institusjon, da det er her en har mulighet til å kartlegge utilfredstilte behov og har muligheten til å finne en ordning for å følge opp barnas interesser. Oppgaven er også fokusert på barn som selv er psykisk friske. Samtidig som en ser på den forebyggende faktoren som kommer inn under temaet.

2.0 Teori

2.1 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen har skrevet en omsorgsteori for å bygge opp rundt sykepleiefaget. I denne teorien fremheves omsorg som et ontologisk fenomen. Med dette mener hun at omsorg er en grunnleggende forutsetning på alt menneskelig liv. Vi mennesker er avhengige av hverandre, det er grunnlaget for at Martinsen snakker om omsorgsbegrepets betydning med så store ord. Så ved å vise omsorg gir et menneske svar på et annet menneskes behov (Kirkevold, 2009). Kari Martinsen har i boka "Omsorg, sykepleie, medisin" (1989), sett opp 3 punkter som får frem ulike aspekter bak begrepet. Det første punktet omhandler et forhold mellom mennesker som er åpent og nært. Videre i punkt to får hun frem det faktum at omsorg har et moralsk prinsipp som handler om ansvar for de svake. I det siste punktet skriver Martinsen om omsorg som det å utføre det konkrete og det å komme opp i situasjoner hvor en handler med en forforståelse av hva som er det beste for den andre (Martinsen, 1989). Martinsens teori får frem at de menneskelige relasjonene er de som gir eksistensen i livet. Omsorg blir på den måten relasjonen som er mellom sykepleier og pasient. I denne relasjonen har sykepleieren som oppgave å ta vare på pasienten, med tanke på pasientens beste. Slike relasjoner krever

sanselig åpenhet, tydning og handlinger som blir basert på moralsk og faglig skjønn (Kirkevold, 2009).

Vi møter mennesker daglig. I slike daglige sammenkomster beskriver Knud Eilert Løgstrup at vi møter hverandre med noe som kalles naturlig tillit. Dette har vi til både kjente mennesker samt fremmede. Han skriver at mennesket er avhengig av tillit for å kunne leve. Tillit blir karakterisert som en livsyttring for at mennesker skal kunne samhandle med hverandre (Løgstrup, 2000).

2.2 Barns utvikling

En deler barns utvikling inn i faser. Barn i alderen 6-12 år er i fasen som blir kalla den konkret-operasjonelle fasen i følge Jean Piagets utviklingsteori. Tankestrukturer som gjør at barnet kan lete etter, ordne og systematisere informasjon er nå utviklet. Barnet klarer nå i større grad å fokusere på det som foregår, og vil også klare å skille mellom viktig informasjon kontra uviktig informasjon. Tankegangen deres gjør at de nå kan tenke tilbake på hvordan det var før en spesiell hendelse, det vil si den er reversibel. I denne alderen vil også barnet kunne se flere sider ved en situasjon, gjenstand eller en person. Når barnet er i 9-10 års alderen vil det starte å reflektere over egne og andres erfaringer samt over egne tankeprosesser. Det er i denne alderen barnet vil søke mer informasjon, og selv kontrollere om det som er forstått er riktig (Piaget & Inhelder, 2002).

Erik H. Erikson skrev i 1950 en teori som omhandler menneskets psykososiale utvikling, og han legger vekt på sosialmiljøet innvirkning på denne utviklingen. I alderen 6 til puberteten skriver Erikson at barnet er i en overgangsfase, og møter en periode i livet som byr på utfordringer og krav. Ofte kan barna ha et ustabil humør, da humøret hurtig kan skifte mellom håp og fortvilelse. Det vil være et stort behov for å mestre noe og det å føle seg nyttig, dette vil igjen bidra til bedre selvtillit og arbeidsglede. De mest vesentlige faktorene som spiller inn på om barnet skal ha tro på seg selv er oppmuntring, støtte, klare grenser, omsorg og anerkjennelse. Kompetansen som barnet sitter på bør bli brukt, slik at de føler seg støttet i å være ansvarlig og uavhengig. Det sosiale nettverket blir enda viktigere i denne tiden (Erikson, 2000).

For barn er det forbundet stor risiko i forhold til å leve med en eller to psykisk syke foreldre. Det kan medføre at barnet selv vil oppleve å få en psykisk lidelse en gang i løpet av livet.

Heldigvis finnes det forebyggende tiltak for disse barna. Som helsepersonell har en plikt til å kartlegge familiesituasjoner (Helsenorge, 2011). Barnet må ikke få for mange oppgaver og for mye ansvar i hjemmet. Selv om de kan være en del av prosessen og selv om de har et behov for informasjon for å skjønne hva som foregår, betyr ikke det at de skal være sine foreldres omsorgspersoner (Skagestad, 2008).

2.3 Psykisk sykdom

Psykisk sykdom kan deles inn i mange ulike diagnoser, men felles for dem alle er at denne type sykdom rammer personens sosiale nettverk, tanker, atferd, følelser og væremåte. Man ser på psykisk lidelse og psykisk helse som fenomener som er vanskelige og kompliserte å forholde seg til, og kan ansees som å være gåtefulle. Det er mange faktorer som spiller inn på vår psykiske tilstand. Tidligere kunne en se på dette som sinnets eller sjelens lidelser. Nå er det mer vanlig å se på det i sammenheng med menneskelig kroppslighet. Livskriser, livsproblemer, samlivs- og arbeidslivets belastninger kan ses på som en del av psykiatri, og noen ganger også som årsak til lidelser. Traumatiske opplevelser kan gi psykiske skader, dette kan være opplevelser som vold mot deg eller noen av de nærmeste, alvorlige ulykker og lignende. Men like belastende som traumer er de daglige og vedvarende belastningene, som for eksempel økonomiske problemer, sykdom, problemer med barna osv. Sammensatte problemer over lang tid kan gi utslag i en psykisk lidelse. Psykisk helse kan også sees på som hvordan vi har det (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

For å ikke glemme pasienten som personen den er/var før sykdommen inntraff, vil det være vesentlig å tenke at ingen *er* sykdommen sin, ”hun er schizofren”, ”han er manisk depressiv”. Personer har sykdommen, men er fremdeles sin egen person (Lemvik, 2006).

Dersom man ser på begrepet sykdom kan en se på det som en forstyrrelse eller et problem i den levende organismens funksjon, mange seier også at sykdom er det motsatte av helse. Siden ordet sykdom blir brukt ved alle diagnoser, skiller en ikke mellom kropp og sjel, men personers funksjon. Ved mange ulike sykdommer kan en se forstyrrelse både i de funksjonene som er kroppslige samt de funksjonene som påvirker tankene eller følelseslivet. Dersom man skal se på fellesbetegnelsen på psykisk lidelse eller sinnslidelse, ser man på de lidelsene som kommer innenfor sykelige eller behandlingsskrevende (Snoek & Engedal, 2005).

2.4 Metoder å nå frem til barnet på

2.4.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon er samtale eller dialog som er toveis. I møte med barn må man ta hensyn til barnets virkelighetsforståelse, legge opp samtalen slik at barnet føler seg kompetent og forklare og hjelpe slik at begge parter forstår hverandre (Grønseth & Markestad, 2005). I slike samtaler skal kommunikasjon sees på som en prosess som er vedvarende, dynamisk og foranderlig, samtidig som et symbolsk samspill (Hummelvoll, 2004).

Terapeutisk kommunikasjon blir i denne oppgaven sett på som kommunikasjonen mellom sykepleier og barna. For å få til en slik kommunikasjon kreves tillit. Dersom en skal se på en slik form for kommunikasjon må man se på den non-verbale kommunikasjonen på lik linje med den verbale. Som sykepleier må man observere og lytte, men også bruke rette teknikker for å nå akkurat den pasienten. På den måten kan sykepleieren dekke behovene til pasienten, samtidig som forståelsen blir bedre. I bruk av denne teknikken kan det være hensiktsmessig å bruke navnet til pasienten, og på lik linje blir det vesentlig å identifisere seg selv å si hvem en er. Slik blir det dannet en terapeutisk interaksjon. Det er vanlig at pårørende fornekte og bortforklarer symptomer og diagnoser, som sykepleier må man derfor vise støtte og ha forståelse for at dette oppleves som en sorgprosess. For barn er det ekstra vanskelig da de svært ofte ikke forstår hva symptomene og diagnosene innebærer. Ved å lytte til bekymringer og frykt, og å bruke terapeutisk kommunikasjonsteknikk kan man nå langt (O'Connell, 2006).

2.4.2 Informasjon

Ved å gi god og klar informasjon og hjelpe barna å forstå sykdommen samt behandlingen som blir gjennomført, er vesentlige oppgaver for en sykepleier i møte med barn i en slik situasjon. Å gi informasjon til pårørende kan i noen tilfeller være like viktig som å gi det til pasienten. Kunnskap er et steg i retning forståelse, samtidig vil det kunne gjøre det enklere for de pårørende å takle situasjoner som oppstår som er påvirket av sykdommen. Mange barn føler seg emosjonelt og fysisk neglisjert av foreldrene, og noen kan føle at de ikke bare mister den syke forelder men også barndommen. Noen blir redde for at de selv skal bli slik, og på den måten ikke vil ha for mange relasjoner utenom familie. Andre kan synes den syke forelder er skremmende, på grunn av at barnet ikke vet hvilket humør de befinner seg i, derfor kan det hjelpe å ha barna med på samtaler hvor de får sagt hva de føler og eventuelt klargjøre misforståelser. Som sykepleier må en identifisere barna. I de fleste tilfeller vil det også være

behov for å inkludere helsesøster og skole, for å sikre barnets oppfølging. Det bør derfor være et åpent forhold til pasienten og la prosessen være et samarbeid mellom pasient, sykepleier og pårørende. Alt dette er selvsagt innen taushetspliktens normer (O'Connell, 2006).

Det viktigste og største behovet barna har, vil være å få forståelig informasjon. I de fleste tilfeller vil det være en hjelp om barnet får komme på besøk på sykehuset, samt får snakke med forelderens behandlere, vil dette kunne gi mer svar og forståelse. Men dette er selvsagt med pasienten samtykke om innenfor taushetspliktens lover (Snoek & Engedal, 2005).

2.4.3 Tillit

For det første må en sykepleier som møter barn i en så vanskelig situasjon prøve å opparbeide seg tillit hos barnet. Og for å få tillit hos barn må vedkommende like barn og ungdom, barn merker om det er motsatt. Ved å vise interesse, bruke litt tid som er til overs og tilby å gjøre noen hyggelige ting sammen med barnet vil gjøre at de blir kjent med hverandre på andre premisser enn sykepleier-pasient rollen. En må kunne gi litt av seg selv, da er det lettere for barnet å åpne seg. Dersom sykepleieren har et tillitsforhold med foreldrene vil også det hjelpe med å skape tillit mellom sykepleier og barn. Men viktigst av alt vil det å være ærlig og hjelpe barnet å forstå hva som foregår være med på å skape en tillitsfull relasjon (Grønseth & Markestad, 2005).

2.5 Pårørende

Å være en pårørende er ikke en jobb en kan si opp eller rømme unna. Det er noe man er, selv om det ikke er ønskelig, og selv om man kanskje ikke en gang har noe bra forhold til personen man er pårørende til (Lemvik, 2006). Pårørende trenger å oppleve å bli møtt med omsorg, verdighet og løsninger. Opp gjennom historien har dette tema vært tabubelagt, heldigvis har mye skjedd de siste 10-20 årene, men likevel har vi en lang vei å gå enda (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, U.Å). Pårørende er individuelle mennesker med sine egne utfordringer og behov. Derfor vil de også trenge støtte og veiledning for å kunne mestre oppgavene som kommer i forhold til sin rolle. En kan også se ulike reaksjoner hos de pårørende, noen får psykiske reaksjoner selv, som nedstemthet, sorg, utmattelse, skyld og lignende. Noen vil også føle liten tid til eller føler det blir galt å bruke tid på å ivareta seg selv. Med slike symptomer er det vanlig å være utmattet, derfor er det fort gjort å miste sitt sosiale nettverk. Å snakke om sine problemer kan hjelpe mange, selv om man ikke tror at deres problemer er store nok til å be om hjelp for dem (Halvorsen, U.Å).

I en slik situasjon blir familie berørt på godt og vondt, og deres måte å opptre på kan spille en viktig rolle i pasientens videre prosess. Det er også vanligvis slik at familien er pasientens største og viktigste kilde til støtte og tilhørighet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

Måten familien fungerer på og hvordan dens følelsesmessige utfordring blir håndtert har en innvirkning på barnets generelle utvikling samt sjanse til å utvikle psykiske lidelser. For barnet er familien den første sosiale gruppen som det må forholde seg til. På denne måten er familiebehandling et viktig hjelpemiddel i psykiatrien. Ved slik behandling er det ikke poenget å finne skyldige eller endre noen. Familieterapi skal ha fokus på samhandling og kommunikasjon innad i familien (Snoek & Engedal, 2005). Familieterapi er helt nødvendig i slike situasjoner, på den måten vil sykepleieren få større tilgang til å forstå pasientens sykdom, samt avdekke familiens behov (Mason & Subedi, 2006). En annen behandlingsform er gruppeterapi. Denne behandlingsformen skal få vedkommende til å sette ord på egne tanker og følelser, slike som er aktuelle i det faktiske tidsrom. Her må en tørre å eksponere seg selv. Gruppeterapi kan gi resultater som økt evne til mentalisering og økt toleranse for sine egne og andres tanker og følelser (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

2.6 Barns påvirkning av arv og miljø

Flere og flere barn sliter med psykiske problemer. Rundt 49 000 barn er registrert i Norsk pasientregister, under behandling av sine psykiske lidelser, imens står ca. 4000 barn i kø for behandling (Paulsen, 2008). Barn som opplever å ha en eller to foreldre som har en psykisk lidelse, er allerede sårbare for utvikling av en psykisk lidelse selv. Dette kommer av at barna i slike situasjoner har en arvelig faktor som utgjør en risiko, samt vil miljøet i hjemmet til disse barna spille inn som en risikofaktor (Vinsrygg, 2006). Det vil si at i tillegg til miljøbelastningen barna vil oppleve, har et antall av psykiske diagnoser et sterkt element av arvelighet. Faktorene vil i mange tilfeller gi foreldrene bekymring, noe som vil tilsi at det er viktig å ta med i behandlingen. Mange barn opplever også å bli belastet med ansvar, noe som kalles parentifisering. Selv om barna får gode tilbakemeldinger på ansvaret de har, kan dette medføre til overbelastning på barna, denne overbelastningen gir økt risiko for barnets utvikling av psykisk lidelse på et senere stadium (Snoek & Engedal, 2005).

Frem til i dag har arvelighetsstudier innen psykiatri vært basert på opptelling av forekomst. Men fra statistisk arvelighetsforskning vet en nå at det foreligger en komponent av arvelighet ved en del av lidelsene (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

En metode sier noe om hvordan en skal fremgå for å enten skaffe eller etterprøve kunnskap. En bør også velge metode ut fra hva som vil gi best data og hvordan det vil belyse spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2000). Vilhelm Aubert blir sitert i Dalland (2000) om hva metode er:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2000, s.71).

Det er to typer metoder som er mest vanlig: Kvalitativ og kvantitativ metode.

Kvalitativ metode går inn på opplevelsen av noe eller en mening. Det vil si noe som verken kan tallfestes eller måles. Som for eksempel opplevelse av smerte eller ensomhet. Tar utgangspunkt i menneskets følelser (Holme & Solvang, 1996). Metoden går i dybden av temaet. En kvalitativ vinkling får frem det som er spesielt eller for noen tilfeller hva som er avvikende. Det er en intervjuform som er preget av fleksibilitet, som gjør at intervjuet ikke har faste svaralternativ. For å samle inn data blir det skapt en direkte kontakt mellom forsker og feltet. Det blir også tatt sikte på å formidle forståelse, sammenhenger og helhet. Fenomenet blir sett innenfra (Dalland, 2000).

Kvantitativ metode tar derimot utgangspunkt i det som er målbart. Dette gir videre mulighet til å regne ut gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Holme & Solvang, 1996). En slik metode går i bredden, og vil få frem mest mulig eksakt avspeiling av variasjonen. Målet er å fremheve det som er felles, altså det som er representativt for denne gruppen. Kvantitativ metode har et spørreskjema med faste svaralternativ, dette gir en systematisk og strukturert tilbakemelding. Til forskjell fra kvalitativ metode, vil kvantitativ metode skje uten kontakt med feltet, og fenomenet blir sett på utenfra (Dalland, 2000).

To av artiklene som er representert i oppgaven har en metode som heter cross-sectional studie. Dette er en metode som henter data fra grupper med ulik alder eller ulike utviklingsgrupper. Det er data som er innhentet på et visst tidspunkt av et fenomen (Polit & Beck, 2004).

Det jeg skal fremstille i denne oppgaven er en litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2003) har forklart at denne form for studie har en rekke kriterier som må oppfylles for å bli gjennomført. For eksempel blir det sagt at en må ha flere studier av god kvalitet for å kunne begrunne resultater. Forsberg og Wengstrøm sier videre at en litteraturstudie er et klart definert spørsmål som skal besvares ved analyse, vurdering og ved å drøfte teori og forskning (Forsberg & Wengstrøm, 2003). Likevel har denne litteraturstudien visse rammer å innrette seg etter, som størrelse. Derfor må man styre oppgavens omfang deretter.

3.2 Etikk

Helsinkideklarasjonen ble skrevet for å beskytte forsøkspersoner, og har lagt grunnlaget for nasjonale og internasjonale retningslinjer. Dette viser igjen i mange lands lovgivning, i Norge kan man til en viss grad se at deklarasjonen har hatt innvirkning. Det vil si at deklarasjonen ligger i bakgrunnen når det blir sett på om forskningen er god, på den måten blir ikke alle punkter relevante i Norge, men den ligger i bakgrunnen for alt. For eksempel er det blitt anbefalt å ha komiteer for å sikre kvaliteten på forskninger, noe som har bidratt til de Regional etiske komiteene i Norge. Hovedpunktene her blir brukt aktivt over store deler av verden og setter rammer og prinsipper for all medisinsk forskning. Deklarasjonen setter rammer for internasjonal forskning og tar spesielt hensyn til sårbare grupper. Dette gjør at for å gjennomføre forskningen må man innhente samtykke av på berørte partene (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2007)

I Norge har vi syv regionale komiteer, som går under navnet REK (regional etisk komité). Komiteene er satt sammen av mennesker med ulike bakgrunn samt representanter fra pasientforeninger og lekrepresentanter. Jobben deres er å gjøre en vurdering om forskning blir utført på en forsvarlig måte. På den måten er målet til regional etisk komité å få frem god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Komiteene bruker norsk lovverk for å avgjøre forsvarligheten ved ulike forskninger. For å kunne utføre en forskning må altså forslaget bli godkjent av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, U.Å).

Men også som student har en visse rammer å holde seg innenfor. Slike rammer blir fremstilt i våre læreplaner. På den måten vil oppgavene ha en oppbygning og innhold som er riktig i forhold til vår rolle som student. Med riktige kildehenvisninger og referanser kan en bruke

andres forskning og fagkunnskap, uten at det er plagiat. Direkte avskrivning og kopiering blir sett på som fusk.

3.3 Litteratursøk

Når en skal gjennomføre en litteraturstudie, må man søke etter litteraturen som skal brukes og hjelpe med å finne svar på problemstillingen. Derfor er det vesentlig å finne relevante artikler som passer inn i oppgaven. Hovedsakelig var det databasen Cinahl som ble brukt. Det var her jeg fikk flest relevante og interessante treff. Da søkeprosessen startet, var det SveMed+ som hjalp til å finne gode søkeord, hvor søket ”syke foreldre” gav ”impaired parents”. I denne databasen fant jeg ikke så mange relevante artikler. Med søkeordene ”Children with impaired parents” kombinert med ”nurs*” resulterte det i 85 treff i Cinahl. Det ble satt en avgrensning på artikler fra 2002-2011, da ble resultatet 53 treff. Videre ble det satt en begrensning med ”psyc*”, dette gav 44 treff. Med nok en begrensning som avgrenser barna til å være mellom 6-12 år, gav det 28 treff. Videre ble det valgt ut de mest relevante artiklene ut fra en vurdering av sammendragene. Var innom databasene Ovid og Ovid Psyc også i løpet av søkeprosessen. En artikkel ble funnet i databasen Ovid, med søkeordene ”impaired parents”, som videre ble kombinert med ”mentally ill persons” og ”child of impaired parents”. Hadde begrensning fra år 2010 til 2012 og engelsk språklig. Artikkelen ble valgt ut på grunn av relevans i sammendrag ut fra 377 treff.

For å finne litteratur i bøker, brukte jeg forskjellige metoder. I noen tilfeller var bøker referert til i andres litteraturlister, ved å bruke BIBSYS fant jeg dens tilgjengelighet på biblioteket. Andre bøker ble funnet ved å gå langs reolene på biblioteket på Høgskulen Stord/Haugesund og deretter finne de plassene hvor det fantes relevant fagstoff.

Ved å bruke sjekklister fra Kunnskapsbasert praksis, kan en se om artiklene er gode nok og at de er relevante for egen problemstilling. Sjekklisterne hjelper til med å vurdere artiklene med et kritisk blikk. Ved først å se på artikkelens problemstilling, og så gå videre og se på resultatet av forskningen. På den måten kan en på best mulig måte finne artikler som passer egen problemstilling. Da jeg fant mine artikler, brukte jeg sjekklister for å se at de var relevante for min problemstilling (Kunnskapsbasert praksis, 2011).

3.3.1 Kildekritikk

Ved hver artikkel som ble funnet og vurdert, ble det sjekket om forskningen hadde skrevet noe om deres kritiske vurdering. Samt hvor stor forskningen hadde vært, og hvilke

fremgangsmetoder de hadde brukt. I dette litteraturstudie er det brukt både store forskninger og små forskninger. Og de har ulike fokusområder, noen er fra sykepleierens ståsted, mens andre fra familiene selv. Det er også artikler som har brukt ulik metode.

Barn i denne situasjonen, er en sårbar gruppe, derfor er det lite forskning som har en kvalitativ metode, som går direkte på hvordan barna selv ser på utfordringene sine. Her kommer Helsinki deklarasjonen inn, med at forskningen ikke skal gå utover de involverte på en negativ måte.

3.4 Presentasjon av forskningsartikler

3.4.1 Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey

Hensikten med forskningen er å beskrive samspillet mellom sykepleierne og barn som har foreldre som mottar hjelp for sin psykiske sykdom. Med problemstillingen ”er barn av pasienter synlige eller usynlige for sykepleiere i voksen psykiatri?” vil Korhonen et al. fremheve barnas behov, før problemer oppstår. Denne forskningsartikkelen har brukt en metode som kalles cross-sectional studie. Det er sendt ut spørsmål til sykepleiere som jobber på 45 ulike psykiatriske avdelinger/institusjoner og 5 universitetssykehus i Finland. Til sammen fikk de svar fra 222 registrerte sykepleiere og 88 psykiatrisk sykepleiere Mange av sykepleierne som svarte, sa at de sjelden møtte klientenes barn, men at de samlet informasjon om familiesituasjon jevnlig. Sykepleierens alder, kjønn og livssituasjon spilte også inn på deres aktive arbeid for barna, som om de for eksempel hadde barn selv. Studien viste at barn til en viss grad er synlige for sykepleierne, og at dersom det hadde vært større fokus på risikofaktorene det er for disse barna på grunnutdanningen i sykepleie, ville fokuset vært enda bedre (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2010).

Artikkelen til Korhonen et al. (2010) resulterer i at sykepleierne har en unik mulighet til å ha en rolle som nøkkelpersoner for barna og deres familie. Det vil si at sykepleieren kan velge å være initiativtaker for barna. Et eksempel som kommer frem fra artikkelen som noe av det viktigste en sykepleier kan gjøre i slike tilfeller er å lære barna om foreldrenes sykdom og behandling. Her finnes det måter å gjøre dette alene med barnet eller i grupper (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2010).

3.4.2 Child-Oriented Family Nursing Intervention Process in a Single-Encounter Setting

Hensikten er å finne ut ulike metoder og intervensjoner man skal bruke sammen med familien til den syke, slik at det skal fungere og bo sammen etter sykehusopphold. Artikkelen skriver om hvordan man kan planlegge og det å legge opp slike samtaler etter barns behov utover et familieperspektiv. Metoden som er brukt i forskningen er kvalitativ. Dette er en artikkel som bygger på en forskning som er gjort ved intervju, hvor de har intervjuet 5 familier. Funnene ble at ved bruk av tre steg i prosessen, vil det kunne gi god omsorg til barna som er pårørende. Det første steget er oppbygging av pålitelige forhold, steg nummer to er å orientere ulike problemer og siste punktet omhandler oppbygging av håp (Hung, Shiau, & Huang, 2009).

Hung et.al (2009) sin artikkel kommer frem til sine tre ulike stadier i familierapi, ved å gjennomføre stadiene selv i sin forskning. Disse tre stegene kan kategoriseres innen oppbygging, problem orientering og dannelse av en bro mellom håp og forståelse. Studien viser også til at familierapi spiller en viktig rolle for å forebygge utvikling av psykisk sykdom hos barna. Artikkelen sier at sykepleierne skal fylle rollene og funksjonene som spirituell omsorgsgiver, lærer og det å være henvisende (Hung, Shiau, & Huang, 2009).

3.4.3 Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?

Hensikten med forskningen er å få informasjon om sykepleieres initiativtaking i forhold til familier med psykisk syke foreldre. Metoden som ble brukt i forskningen er cross-sectional. Med problemstillingen ”om sykepleiere som arbeider i voksen psykiatrien tar hensyn til støttenettverket til familier som er rammet av foreldre med mental forstyrrelse”, skal informasjon og metoder kartlegges. Metodene sykepleierne kan bruke i møte med pasientens pårørende kommer frem i denne artikkelen. Den forteller også om barnets oppvekst med syke foreldre, og da en oppvekst med mange utfordringer. Hvordan forholdene i familien ellers er, og hvordan kartlegge dette. Det er blitt gjort en spørreundersøkelse hvor de fikk svar fra 311 sykepleiere, både psykiatriske sykepleiere og vanlig autoriserte sykepleiere. Ut fra spørreundersøkelsen ble det oppdaget hvor stor innvirkning sykepleierens eget karakteristikk spilte inn på deres aktive arbeid for barna. For eksempel om sykepleieren selv hadde barn, familie og lignende (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2008).

I artikkelen ”Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?” viser de ulike fremgangsmåter for

å nå frem til familien til pasientene. Dette vil si familiesentrert omsorgsplan, gi og evaluere omsorg mellom familie og helsepersonell. Artikkelen får også frem hvordan sykepleierens private livssituasjon påvirker deres engasjement for pasientens familie og barn. Sykepleiere kan direkte støtte familien til å få et nettverk og være en del av forebygging av risikofaktorene for barna (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2008)

3.4.4 Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff

Siden barn som er i slike situasjoner har fått lite fokus tidligere, vil denne artikkelen beskrive familiesentrert behandling, og hvordan bidra til at barna har det bra. Hensikten med forskningen er å få en forståelse av barnas opplevelser, og hvordan man kan gjøre barnas besøk på sykehus til en best mulig situasjon for alle involverte. Studien har brukt en kvalitativ metode, hvor informasjon ble hentet via intervju. Til sammen ble 9 personer intervjuet, alle med ulik yrkeskompetanse, men flertall av sykepleiere. Det ble funnet ut at personell som arbeider med psykisk syke foreldre synes det er problematisk når barna kommer på besøk. Dette kan komme av manglende opplæring og veiledning rundt slike situasjoner, noe som gjorde personellet usikre på sin rolle, og de mente de hadde for lite kunnskap til å hjelpe barna.

I resultatet kommer studien frem til to hovedpunkter som beskriver problemstillingene i disse situasjonene. I det ene punktet kommer dilemmaene rundt barn som kommer på besøk frem. Det vil si ansvarsspørsmålet og hva som trengs fra de ulike partene. Det andre punktet går inn på hvordan være familievennlig på sykehuset (O'Brian, Brady, Gillies, & Anand, 2011).

3.5 Resultat

Ser man artiklene sammen kan man se likheter i resultatene. Ved å bruke familierapi og samtaler hvor en inkluderer barna, vil en kunne skape en trygghet samt et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og barn. Informasjon gis slik at barnet skal få en forståelse av hva som foregår og på den måten kan føle seg trygge. Ved å inkludere hele familien, vil en få bedre innblikk i pasienten, og større mulighet for å kartlegge familiens behov, samtidig som en vil forebygge slik at risikoen for at barna selv blir syke ikke blir større.

4.0 Drøfting

4.1 Hvordan nå frem til barnet?

Korhonen et al. (2008) skriver at som sykepleier i møte med barn som har psykisk syke foreldre, er det de som har jobben som initiativtakere. Men en kan velge å ta dette ansvaret eller velge å overse det. I studien ser man også hvordan sykepleierne er påvirket av deres hverdagsliv og livssituasjon, og hvordan disse faktorene spiller inn på hvordan barna blir møtt. Med slike utgangspunkt vil barna oppleve å bli møtt på helt ulike måter. Noe som kan virke urettferdig og uforståelig (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2008). Likevel er kan det være utfordrende å komme opp i slike situasjoner. Som O'Brian et al. (2011) skriver vet mange sykepleiere ikke hvordan de skal være rundt barna. Dersom en føler mangel på kunnskap og ikke har retningslinjer som forklarer hvordan slike situasjoner skal håndteres kan det for mange være enklest å ikke se disse barna. På den måten slipper i alle fall sykepleieren å føle at det blir gjort noe galt (O'Brian, Brady, Gillies, & Anand, 2011). For å nå frem til barna, må sykepleieren tørre å bruke tid på å se og snakke med barnet. Som helsepersonell er en pliktig til å kartlegge familiesituasjoner, det er derfor vår jobb å ta dette på alvor (Helsenorge, 2011).

Ved å ha en åpen kommunikasjon mellom de berørte partene i situasjonen, vil barna på et tidlig tidspunkt bli et hovedfokus. Med åpen dialog vil familiesituasjon kartlegges, og man kan vurdere ulike behov. I kommunikasjon med barn som pårørende må man være observant på hvordan man oppfører seg. Dette vil si en holdning og kroppsspråk som tilsier at en er interessert, og si hva en heter for å personliggjøre seg selv. I en relasjon med åpen kommunikasjon vil informasjon og spørsmål gå begge veier, og det bør være enkelt å komme med det en har på hjertet. For barna blir det å ha noen å gå til en vesentlig faktor, for å oppnå trygghet og forståelse (O'Connell, 2006). Som sagt er kommunikasjon toveis, sykepleieren må legge opp samtalen slik at barnet føler seg kompetent (Grønseth & Markestad, 2005). Prosessen er dynamisk og er bygget som opp som et samspill (Hummelvoll, 2004). Familieterapi kan være en god måte å danne et samspill med barna samtidig som det er en måte å bli kjent med pasienten, via en annen inngangsport. Som Hung et al. (2009) skriver kan en slik familieintervensjon deles inn i tre stadier. Dersom en sykepleier arbeider seg gjennom disse punktene, sammen med familien og helst med et hovedfokus på barna, vil det kunne gi trygghet, gjensidig forståelse og skape et samarbeid i prosessen. Dersom vi tar

punktene foran oss kan vi se at punkt en omhandler oppbygging av pålitelige forhold. Dette er et punkt som man starter med for å kunne sette rammene for intervensjonen, og her bør også sykepleieren tilpasse atmosfæren og sin egen holdning for å gi barna trygghet og la dem føle seg respektert. I punkt nummer to kommer man frem til problemorientering. Her skal det kartlegges eventuelle bekymringer eller ønsker fra familien. Stille spørsmål for å klargjøre hvordan forholdene er innad i familien og få en forståelse av dette. Videre må en jobbe seg gjennom problemene, ved å vise empati og ved å oppmuntre deltagerne til å kjenne på sine indre følelser, tanker, frustrasjoner og hva enn som sitter i dem. I den prosessen må sykepleieren ta ansvar som støttenettverk, og gi positiv oppmuntring. Samtidig kan det kreves at familien trenger korleksjon på hvordan de kan snakke sammen, eller hvordan de skal fordele og utgjøre sin rolle i hjemmet. Samtaler som dette må også innholde et aspekt hvor det gis informasjon som er konkret og direkte. Sist men ikke minst må familien og spesielt barna få positive tilbakemeldinger. Det siste stadiet blir kallet oppbygging av håp. Her bør det bli uttrykt takknemlighet for at deltagerne har gjort et forsøk på å snakke og åpne seg. På den måten viser sykepleieren at det ikke er en selvfølge at de gjør det, og at det blir satt pris på deres vilje til å starte eller opprettholde et samarbeid. I tillegg bør en dele helseinformasjon og få familien til å bli observant på sine standpunkter, samt å legge en videre plan på samarbeidet i fortsettelsen (Hung, Shiau, & Huang, 2009). På denne måten kan sykepleiere jobbe kontinuerlig med disse barna, slik at oppfølgingen blir optimal. Familieterapi kan avdekke familiens behov, samtidig som sykepleieren vil få en bedre forståelse av situasjonen (Mason & Subedi, 2006).

Men hva sier det oss, at noen sykepleiere velger å ikke gjøre noe mens andre gjør alt de kan for disse barna? Jo, det vil være en urettferdig behandling, noen vil være så uheldige å møte den sykepleieren som ikke tar seg tid eller som ikke tør. Som en forebyggende faktor, som sykepleieren har mulighet for å være, vil det kunne slå ut motsatt dersom barnet blir oversett også av dem. En har mulighet til å være med på å legge grunnlaget for en helsemessig god oppvekst for barna. Siden disse barna har stor risiko for å utvikle en psykisk sykdom selv, viser studien til Hung et al. (2009) at familieterapi kan ha en stor forebyggende rolle. Dersom dette skal gjennomføres er det visse roller som sykepleieren må inn i. Dette er roller som omsorgsgiver og lærer. Barna skal ha muligheten til å lære om foreldrenes sykdom og behandling. Samt ha et sted å komme, dersom de trenger omsorg, og føle at de blir sett (Hung, Shiau, & Huang, 2009). Når et barn får rollen som pårørende kan det være en tøff påkjenning,

det er en oppgave som kan kreve mye. Rollen er også nærmest umulig å rømme fra, men den kan gjøre det lettere å rømme fra sitt eget sosiale nettverk. Rett og slett fordi det blir for mye å takle (Lemvik, 2006). Dersom barna ikke skjønner hva som foregår, kan det bli vanskelig å være i sosiale settinger med tanke på spørsmål som kan komme, angående foreldrenes sykdom. Fordi psykisk sykdom er inndelt i mange ulike diagnoser, har de også ulike måter å utarte seg på hos personer. Men fellestrekkene er at det rammer personers sosiale nettverk, tanker, oppførsel, følelser og væremåte. Dersom et barn ser at en av deres forelder endrer væremåte eller oppførsel, uten å vite noe om hvorfor eller hva som skjer, kan dette oppleves som skremmende (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Som man kan se i artikkelen til O'Brian et al. (2011) kan selv sykepleierne og annet helsepersonell som møter barna, føle seg skremte og truet av slike situasjoner. Og det på tross av at de faktisk har grunnleggende kunnskap om emne. Barna kommer inn, som regel helt uvitende om hva som foregår (O'Brian, Brady, Gillies, & Anand, 2011).

Dersom en ser på barnets utvikling, vil barna i denne alderen lete etter informasjon og de er i et stadium som gjør at de fokuserer på det som foregår i livene deres. Det skal også tas hensyn til at barn som befinner seg i denne alderen, har humørsvingninger. Dette vil si at selv om man føler at man har gjort en del for barna, vil det svinge, derfor er det viktig å være der i de vanskelige stundene samt de gode, eventuelt snakke om dette. Humøret kan veldig raskt skifte fra håp til fortvilelse, det er da viktig å bygge opp under håpet (Piaget & Inhelder, 2002). Alle barn er ulike og det er sykepleierens oppgave å observere dette, samtidig som en skal legge opp samtaler etter barnets behov. Det må tas hensyn til barnets virkelighetsforståelse, og for å få dem til å dele sine tanker og følelser, må samtalene være lagt slik at barnet føler seg kompetent. For å kunne gjøre dette må en være en aktiv observatør og villig til å bli kjent med barnet (O'Connell, 2006). Kommunikasjonen må omhandle hva barna ønsker, men noen ganger vet de ikke hva de trenger å vite, da er det sykepleierens ansvar å dra frem hovedaspekter, som barna trenger å vite. Siden barn i denne alderen er avhengig av sitt sosiale nettverk, må det kartlegges hvordan barna har det i dagliglivet. For eksempel hvilke spørsmål barna opplever å få. Ved å vise interesse i barnet og deres bekymringer, vil dette være å vise omsorg, som Martinsen får frem i sin teori at mennesker er avhengige av hverandre, ved å vise omsorg vil et menneske få tilfredstilt behov fra et annet menneske (Kirkevold, 2009). For at ting skal fungere, må ikke barnet bli foreldrenes omsorgspersoner. Barna bør heller ikke få

for mye ”voksen” ansvar i hjemmet, da dette kan frarøve barnas barndomstid (Skagestad, 2008).

Familiesentrert omsorgsplan vil kunne være en hjelp med å gi og evaluere omsorg mellom helsepersonell og i dette tilfellet barna. Med en plan vil det bli kontinuitet i arbeidet og det er større sjanse for at barnet føler seg velkommen ved alle sine besøk. Samtidig vil sykepleieren få en mye mer oversiktlig forståelse av familiens behov og begrensninger. Sykepleieren kan direkte og indirekte bidra til å motivere og legge til rette for å skape et nettverk rundt familien. Dette vil igjen være med på å redusere barnets risikofaktor for egen utvikling av sykdom (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2008).

Å inkludere hele familien er også en måte å gi trygghet for familien til å komme med sine bekymringer eller spørsmål. I noen tilfeller er det også godt for barnet å se at andre familiemedlemmer har de samme spørsmålene som barnet har hatt. På denne måten kan en også være en del av oppbygging av gode relasjoner mellom familiemedlemmer. Ved å bruke familierapi, med et fokus på barna, vil en kunne bygge pålitelige forhold, som gir en gjensidig respekt og forståelse. Videre vil en ha muligheten til å kartlegge problemområder og virkelig finne ut hvilke behov som ikke blir tilfredstilt (Hung, Shiau, & Huang, 2009). Som sykepleier kan en få en rolle som nøkkelperson. Og det i følge Korhonen et. al (2010) er noe av det viktigste en sykepleier kan gjøre for barna, er å lære dem om foreldrenes sykdom og behandling. På den måten kan en bidra til forståelse og en kan indirekte bidra til å styrke barnets sosiale nettverk (Korhonen, Pietilä, & Julkunen, 2010)

Dersom sykepleierne skal kunne gi omsorg og være en brikke i den forebyggende prosessen til disse barna, bør de være retningslinjer og mer fokus på dette i grunnutdanningen. Med mer kunnskap vil de kunne gi barna et bedre tilbud og ikke bare hjelpe barnet, men en hel familie. I mange tilfeller er det kanskje andre familiemedlemmer som er omsorgsgivere til disse barna, og også de vil bli tryggere i sin rolle, dersom de fikk veiledning i hvordan det er mulig å ha en åpen dialog med barna (O'Brian, Brady, Gillies, & Anand, 2011). Erik H. Eriksen beskriver hvordan miljøet påvirker barnet og hvordan det har innvirkning på barnets psykososiale utvikling. Dersom barnet da i stor grad møter mennesker som er usikre på situasjonen, unngår dem, unngår å snakke om foreldrene og lignende, kan dette påvirke barnets tanke om situasjonen. Det kan skape unødvendig frykt og misforståelser (Erikson, 2000).

I et tilfelle hvor det blir oppdaget barn som har en eller to foreldre som har en psykisk sykdom, bør det bli opprettet kontakt med for eksempel helsesøster i kommunen familien kommer fra. For at barnet skal oppleve å bli ivaretatt på en omsorgsfull måte, må det være kontinuitet i arbeidet. Derfor vil slike tilfeller ofte bli et samarbeidsprosjekt mellom flere instanser. For og da se på sykepleierens jobb, vil det ofte være det første leddet i denne prosessen, og i mange tilfelle den første som har mulighet til å registrere behovsområdet.

Å gi ærlig informasjon om den sykes tilstand, generelt om sykdommen og behandlingen til pårørende, er et stort steg i retning forståelse. For barn er dette vesentlig dersom de skal føle trygghet rundt sin forelder og situasjonen familien befinner seg i. Dette kan også få innvirkning på familieforholdene etter utskrivning fra sykehus. Barn i alderen 6-12 år klarer å skille mellom viktig informasjon og uviktig informasjon. Likevel der det vesentlig å gi kun den nødvendige informasjonen, slik at barnet vet helt sikkert hva som er virkelig omhandler deres situasjon, og ikke hva som er vanlig eller hva som omhandler andres situasjon. Informasjonen barna mottar, blir vesentlig for deres måte å takle hverdagen, både med sine egne spørsmål og spørsmål som kommer fra andre kanter. Dess bedre forståelse barnet har av sykdommen, dess bedre vil barnet takle og bli møtt med spørsmål og eventuelle utsagn (Piaget & Inhelder, 2002). Mange vet nok ikke hva det vil si å ha psykisk syke foreldre, det vil si at de ikke kjenner til verken hvordan det kan påvirke barna, samt ikke risikoen som disse barna er utsatt for. Dersom mennesker som ikke vet hva de snakker om skal informere barnet om foreldrenes sykdom eller behandling, kan det oppstå forvirring og misforståelser. Det er derfor vesentlig at de som har ansvar for barnet i hverdagen vet hva som er blitt sagt og hvordan en skal opprettholde håpet hos barnet. Som Piaget et al. (2002) skriver er barnas tankegang nå reversibel, derfor må en være med på å huske personen før sykdommen inntraff. Dersom barnet hører at mor/far *er* sykdommen sin vil det kunne skape utrygghet, misforståelser og være med på å skape avstand (Lemvik, 2006).

4.3 Tillitsbygging

For å kunne skape gode samtaler og ha en åpen kommunikasjon, må det bygges opp en grunnmur bestående av tillit. Omsorg blir av Kari Martinsen karakterisert som blant annet et åpent og nært forhold mellom to mennesker. For å åpne seg til nye personer, må man ha tillit til personen (Martinsen, 1989). For at et barn skal få tillit til et nytt menneske, vil det være lurt å starte med å bygge et forhold med foreldrene. På den måten vil barnet innse at den nye personen (sykepleieren) ønsker både barnet og familien alt vel. Å bygge opp et tillitsforhold

er første steget i retning å kunne gi best mulig helhetlig omsorg til barnet. Løgstrup beskriver tillit som noe vi er avhengige av for vår eksistens. Men vi har noe som kalles forbeholden tillit, som gjør at vi kan beskytte oss. Dette er noe barn ikke enda har lært, og derfor vil utrygghet og mistillit kunne gi mer alvorlige konsekvenser enn hos voksne (Løgstrup, 2000).

Å bygge en relasjon med en pårørende, kan for noen være vanskelig. For å kunne greie det, må man gi litt av seg selv. Likevel bør det være slik at barnet skal bli møtt likt, uavhengig av sykepleierens egen livssituasjon. Det kan til tider være krevende å finne balansegangen mellom å gi av seg selv og det å bli altfor emosjonelt involvert. Hung et al. (2009) sine tre steg i familieintervensjon begynner med oppbygging av pålitelige relasjoner. På den måten kan en bygge opp en slags ”grunnmur” i forholdet og videre i behandlingen.

Noen vil også si at det ikke alltid er den gode terapeutiske samtalen, som gjør at pasienten føler omsorg fra sykepleieren. I mange tilfeller der det de små minuttene i en travel hverdag, hvor sykepleieren viser at han/hun bryr seg, og kanskje bruker et par minutt ekstra med vedkommende. Alle samtaler trenger heller ikke å være om forelderens sykdom, og barnets opplevelse av det, men rett og slett hverdagslige ting. For de fleste vil det være naturlig å kunne snakke om vanlige ting, før en åpner seg opp og forteller om de vanskelige temaene.

5.0 Konklusjon

Ut fra artiklene og fagterminologien kan man se at sykepleieren har en unik mulighet til å gi barna den omsorgen de måtte trenge. Ved å bruke ulike metoder innen kommunikasjon og informere barnet, kan en være en omsorgsperson. Samtidig vil en være et ledd i en forebyggende prosess for barna, slik at en kan unngå at det blir utviklet en psykisk sykdom hos dem. Med en sykepleier som tar initiativ og en familie som er villige til å samarbeide kan en nå lang. Omsorgen gis ved at en bryr seg og bruker tid med barnet, og at en er villig til å ta det første steget. Det kommer frem at familierapi er en metode som gjør at barna lettere finner trygghet og lettere åpner seg, og som kan være en behandlingsform som er forebyggende og en har mulighet til å vise omsorg for hverandre.

For å bygge opp en relasjon med barna, trenger man ikke spesialutdanning. Med grunnleggende kunnskap er det mulig å gi sykepleie som oppleves som omsorgsfull og god. Kanskje dersom det var litt mer fokus på emne i grunnutdanningen, ville sykepleierne føle seg tryggere i sin rolle. Og på den måten lettere gi trygghet videre.

Med en innstilling fra sykepleier kan en minske risiko for barnets utvikling av psykisk lidelse. Dette kan være et emne som er bekymringsfullt for både foreldrene og barnet. Som sykepleier kan en være en nøkkelperson for barnet.

6.0 Kildeliste

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Halvorsen, K. (U.Å). *Veiledingssenteret for pårørende*. Hentet Januar 12, 2012 fra <http://www.veiledningssenteret.no/no/tilbud/Om+p%C3%A5r%C3%B8rende.9UFRjW0B.ips>

Helsedirektoratet. (2011, Desember 6). *Helsedirektoratet*. Hentet Januar 9, 2012 fra Barn som lever med foreldre som er psykisk syke eller har rusproblem. : <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/barn-og-unge/barn-som-parorende/Sider/default.aspx>

Helsenorge. (2011, Juni 5). *Helsenorge.no*. Hentet Januar 11, 2012 fra <http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Barn-som-lever-med-foreldre-som-er-psykisk-syke-eller-har-rusproblem-.aspx>

Helsepersonelloven. (1999). *krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Hentet Januar 9, 2012 fra §10a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende: <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-064-002.html#10a>

Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal.

Hung, C.-A., Shiao, S.-J., & Huang, J.-Y. (2009, Juni 1). Child-Oriented family nursing intervention process in a single-encounter setting. *Journal of nursing research*, 17 (2), ss. 120-126.

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal.

- Korhonen, T., Pietilä, A.-M., & Julkunen, K. V. (2010, Mars 9). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 24 (1), ss. 65-74.
- Korhonen, T., Pietilä, A.-M., & Julkunen, K. V. (2008, Juni 3). Do the nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing* ,15 (9), ss. 767-776.
- Kunnskapsbasert praksis. (2011). Hentet Februar 2, 2012 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklister/>
- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse. (U.Å). *LPP - verdighet, omsorg, løsninger*. Hentet Januar 12, 2012 fra <http://www.lpp.no/omoss.asp?meny=2,317>
- Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Løgstrup, K. E. (2000). *Den etiske forandring*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie, medisin*. Oslo: Tano.
- Mason, C., & Subedi, S. (2006, Juli). Helping Parents with mental illnesses and their children- a call for family-focuses mental health care. *Journal of Psychosocial nursing* , ss. 36-41.
- O'Brian, L., Brady, P., Gillies, D., & Anand, M. (2011, Mars 9). Children og parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff. *International Journal of Mental Health Nursing* , 20 (5), ss. 358-363.
- O'Connell, K. L. (2006, Mars). Needs og families affected by mental illness. *Journal of psycosocial* , ss. 40-47.
- Paulsen, C. T. (2008). *Psykisk helse*. Hentet Januar 20, 2011 fra <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28398>
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2002). *Barnets Psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag AS.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (U.Å). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. Hentet Januar 22, 2012 fra

http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?lan=2&_ikbLanguageCode=n

Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og Helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal.

Skagestad, T. (2008). *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre*. Oslo: Noras ark.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykatriboken - sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Snoek, J. E., & Engedal, K. (2005). *Psykatri*. Oslo: Akribe.

Soria Moria erklæringen. (2005, Oktober 13). *Regjeringen.no*. Hentet Januar 9, 2012 fra http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2005/regjeringsplattform_SoriaMoria.pdf

Vinsrygg, G. (2006). *Sinnetshelse.no*. Hentet Januar 20, 2012 fra Bedre hjelp til barn og unge med psykiske problem: http://www.sinnetshelse.no/artikler/hjelp_bu_psyk.html

Vedlegg 1:

	Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff
Hensikt	Få forståelse av barnets opplevelser. Samt gjøre sykehusbesøket best mulig for alle.
Problemstilling	Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff
Teori	Intervju med helsepersonell med forskjellig bakgrunn
Metode	Kvalitativ
Resultat	Helsepersonell synes det kan være problematisk når barna besøker foreldrene på sykehus.
Drøfting	På grunn av manglende kunnskaper og retningslinjer, syntes personellet at de ikke var egnet til å gi god nok hjelp til barnet.
Konklusjon	To hovedpunkter kommer frem som setter lys på dilemmaet. Det ene er ansvarsfordelingen og hva som trengs fra de ulike partene, det andre omhandler hvordan en kan være familievennlig på sykehuset.

	Child-Oriented family nursing intervention process in a single-encounter setting
Hensikt	Utvikle sykepleier intervensjon teknikker
Problemstilling	Child-Oriented family nursing intervention process in a single-encounter setting
Teori	Intervju med pårørende. Både barn og voksne
Metode	Kvalitativ
Resultat	Familie sykepleie intervensjon kan deles i tre stadier; oppbygging, problemorientering og oppbygging av håp.
Drøfting	Rollen og funksjonen til sykepleierne skal være spirituell omsorgsgiver, lærer og henvisende agent.
Konklusjon	Å gi en slik behandling kan være dyrt å kreve en del ressurser, men likevel er det nødvendig i vårt samfunn med tavle hverdager, forskjellige familieoppbygginger og lignende.

	Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey
Hensikt	Beskrive forholdet mellom sykepleier og barna
Problemstilling	Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry?
Teori	Intervju med 310 sykepleiere med forskjellig bakgrunn og som arbeidet på 45 ulike plasser
Metode	Cross- sectional
Resultat	Sykepleierens kompetanse, videre familie utdanning og bruk av familiesentrert pleie øker deres samhandling med pasientens barn
Drøfting	Barna er ikke helt usynlige for alle sykepleierne
Konklusjon	Kunnskap om risikofaktorene som er for disse barna og kunnskap om forebygging av disse faktorene burde det vært mer fokus på ved grunnutdanningen i sykepleie

	Do Nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?
Hensikt	Få informasjon om sykepleiernes aktive holdning rundt det å være støtte for familien rundt
Problemstilling	Do Nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder?
Teori	Intervju med 311 sykepleiere om deres jobb
Metode	Cross-sectional
Resultat	Informasjon om familieforhold, og sosio-økonomiske forhold ble samlet inn jevnlig. Men sykepleierens individuelle karakteristikkk spilte inn på hvordan de jobbet
Drøfting	Familieforhold og sosialt nettverk, er vesentlig å kartlegge for å gi god pleie
Konklusjon	Sykepleiere kan jobbe direkte med enten å få foreldrene til å styrke nettverket rundt seg, eller ved å hjelpe mer aktivt