

BACHELOROPPGAVE

Barn som pårørende– når mamma eller pappa rammes av kreft

Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til forelder med kreft som er innlagt på sykehus?

Av

Kandidatnr. 41

Elise Wilhelmsen Haugmo

Bachelor i sykepleie
SK 152
November 2016
Antall ord: 6666
Sissel Hjelle Øygard



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 41

Navn: Elise Wilhelmsen Haugmo

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Barn som pårørende- når mamma eller pappa rammes av kreft

Bakgrunn for valg av tema: På sykepleierstudiet er det lite undervisning om informasjon og kommunikasjon med barn og barn som pårørende. Jeg ønsket derfor gjennom arbeidet med denne oppgaven å oppnå mer kunnskap på området. Barn og unge kan ofte føle seg oversett og ensomme i vanskelige livssituasjoner. Derfor mener jeg det er et viktig tema å belyse.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til forelder med kreft som er innlagt på sykehus?

Fremgangsmåte: Litteraturstudie basert på forskning og faglitteratur.

Oppsummering av funn: Barns viktigste informasjonskilde er foreldrene. Barn ønsker ærlig og direkte informasjon om sykdommen og behandling, i tillegg til informasjon om prognose (Larsen & Nortvedt). Barn og ungdom har behov for å snakke om situasjonen sin, og ikke alle får nok informasjon til å forstå omfanget av foreldrens sykdom (Ruud et. al, 2015). Barn er svært observante ovenfor foreldrenes følelser. Barn kan i vanskelige situasjoner utvikle mestringsstrategier for å håndtere vanskelige følelser foreldrens sykdom kan bringe med seg (Thastum et. al, 2008).

Konklusjon: Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til støtte av barn som pårørende. Et samarbeid mellom sykepleier og barnets foreldre er avgjørende for å på best mulig måte ivareta barnet. I samtale med barn, er det viktig at informasjon og kommunikasjon blir tilrettelagt på barnets premisser. Alle barn er forskjellige, og har derfor individuelle behov. Sykepleier kan fremme barnets følelse av mestring gjennom å forme tiltak av barnets egne mestringsstrategier.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	2
1.1 Samfunnsperspektivet.....	2
1.2 Sykepleierperspektivet	2
1.3 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.3.1 Problemstilling og avgrensing	3
2 Metode	4
2.1 Litteraturstudie som metode.....	4
2.2 Søkeprosessen etter forskning	4
2.3 Søkeprosessen etter litteratur	5
2.4 Kildekritikk.....	5
2 Teori	7
3.1 Litt om kreft.....	7
3.1.1 Psykologiske reaksjoner og familieforhold ved kreftsykdom	7
3.2 Kommunikasjon og Informasjon til barn.....	8
3.2.1 Å skape tillitt.....	8
3.2.2 Barn og informasjon.....	8
3.2.3 Kommunikasjon med barn.....	9
3.3 Barn og mestring.....	10
3.4 Joyce Travelbee og den mellommenneskelige prosess.....	10
3.5 Presentasjon av forskningsartikler	11
4 Drøfting	13
4.1 Foreldre som samarbeidspartnere	13
4.2 Kommunikasjon med barn	14
4.3 Mestringsstrategier.....	17
5 Konklusjon	19
Litteraturliste	20

1 Innledning

1.1 Samfunnsperspektivet

I 2015 ble 32 592 nordmenn diagnostisert med kreft. Av disse er 7,2 % mellom 25 og 49 år (Kreftregisteret, 2016). Det kan tenkes at mange av disse er foreldre til mindreårige barn. I 2012 ble antall barn og unge som har eller har hatt kreftsyke foreldre kartlagt. Flere enn 34000 barn og unge under 18 år i Norge, og nærmere 31000 unge voksne i alderen 19-25 år har en forelder som har eller har hatt kreft. Til sammen utgjør dette rundt 1,4% av befolkningen (kreftregisteret, u. å). Forskning viser at barn og ungdom ønsker ærlig og direkte informasjon om foreldrens sykdom og behandling (Larsen & Nortvedt, 2011). Til tross for dette, er det ikke alltid de får nok informasjon til å forstå foreldrens sykdom og konsekvensene som følger med (Ruud, Birkeland, Faugli, Hagen, Hellmann, Hilsen, Kallander, Kufås, Løvås, Peck, Skogerbø, Stavned, Thorsen & Weimand, 2015).

1.2 Sykepleierperspektivet

I 2010 ble en ny paragraf iverksatt i helsepersonelloven. Denne paragrafen skal sikre at barn som pårørende blir ivaretatt av helsepersonellet. Dette kan ifølge loven oppnås gjennom samtale med pasienten om barnets informasjon og oppfølgingsbehov. Dersom helsepersonellet ser det nødvendig å følge opp barnet, skal det innhentes samtykke. I tillegg skal helsepersonellet sørge for at barnet og barnets omsorgspersoner blir gitt informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Dette skal gjennomføres i overensstemmelse med regler om taushetsplikt (Helsepersonelloven, 2010).

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee hevdet at ved å skape et menneske- til- menneskeforhold kunne en hjelpe det enkelte individ. Hun mente at sykepleierens tjenester skulle rettes mot den som hadde behov for det, og understreker viktigheten av ivaretagelse av pårørende (Travelbee, 2001, s. 30).

I yrkesetiske retningslinjer blir det beskrevet hvordan sykepleier skal forholde seg til pårørende. Sykepleieren skal vise respekt og omtanke, og når barn er pårørende skal sykepleieren bidra til ivaretagelse av deres særskilte behov (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleiere er dermed lovpålagt å rette blikket mot også pasientens barn. For å kunne gjennomføre dette i praksis, kreves det kompetanse og kunnskap blant helsepersonellet.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Det er et faktum at barn og unge ofte kan føle seg oversett og ensomme i vanskelige livssituasjoner. Årsaken til dette er i mange tilfeller at voksne vegrer seg for å snakke direkte med barnet på grunn av usikkerhet (Ruud, 2011, s. 15). På sykepleierstudiet er det lite undervisning om kommunikasjon og informasjon til barn og barn som pårørende. Heller ikke alle studenter får muligheten til å jobbe med barn i løpet av praksisperiodene. For min del har jeg i praksis kommet i situasjoner der det har vært nødvendig å forholde seg til barn. I disse situasjonene har jeg kjent på usikkerhet, og har ønsket meg et sterkere kunnskapsgrunnlag og mer kompetanse på feltet. Jeg håper derfor at jeg gjennom arbeidet med denne oppgaven vil komme ett skritt nærmere dette. I tillegg har jeg selv erfaring med dette temaet, og brenner derfor ekstra sterkt for det.

1.3.1 Problemstilling og avgrensning

Jeg vil i denne oppgaven ta for meg det viktige temaet om barn som pårørende til forelder med kreft. Jeg vil ha fokus på barn til kreftsyke som er innlagt på sykehus, fordi det er her en ofte kommer i kontakt med denne gruppen. Barn i forskjellige aldre har ulike forutsetninger for kommunikasjon og forståelse (Bugge & Røkholt, 2009, s. 97). Jeg har derfor sett det nødvendig å avgrense problemstillingen, og velger å fokusere på barn i alderen ca. 6-12 år.

Problemstillingen min er:

Hvordan kan sykepleier ivareta barn som pårørende til forelder med kreft som er innlagt på sykehus?

2 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Metode er et verktøy og en fremgangsmåte som bidrar til å oppnå ny kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Jeg har i denne oppgaven valgt å gjøre en litteraturstudie. Denne metoden innebærer at en ved hjelp av skriftlige kilder systematiserer kunnskap (Thiedemann, 2015, s. 79). Jeg vil i denne oppgaven bruke tidligere forskning og faglitteratur for å drøfte problemstillingen min.

2.2 Søkeprosessen etter forskning

Jeg vil nå presentere søkeprosessen som ledet meg til mine tre utvalgte forskningsartikler. Søkeprosessen foregikk i perioden 08/10-16 til og med 16/10-16. Det har vært viktig for meg at artiklene jeg har valgt er av god kvalitet. Jeg har derfor tatt i bruk sjekklister for vurdering av forskning funnet på kunnskapssenterets hjemmesider (Kunnskapssenteret, 2016). Disse har vært gode verktøy for å finne ut om en kan stole på resultatene av forskningsartiklene. Ifølge Dalland bør en avgrense litteratursøkene av forskning til de siste ti år (Dalland, 2012, s. 72). Jeg har derfor hatt fokus på å velge artikler som ikke har vært eldre enn dette. Det er viktig å dokumentere søkehistorikken når en gjennomfører et litteratursøk (Thiedemann, 2015, s. 88). Søkende ble derfor dokumentert så jeg kunne se tilbake på hva jeg hadde søkt på tidligere.

Ved hjelp av databasen "Academic search elite" fant jeg én av forskningsartiklene mine. Denne databasen har jeg blitt anbefalt av medstudenter og forelesere, og ser derfor på som troverdig. Jeg begynte søket med en kombinasjon av søkeordene "children", "parent" og "cancer". Her fikk jeg 585 treff. Jeg la til ordet "qualitative" i kombinasjonen, da jeg visste at jeg ønsket en artikkel med et kvalitativt design. Dette fordi kvalitativ metode har som mål å fange opp mening og opplevelse (Dalland, 2012, s. 112). Søket resulterte i 17 treff. Jeg leste artikkelens tittel, og fant min første artikkel: *"Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory study of Children of Parents With Cancer"* (Thastum, Johansen, Gubba, Olesen & Romer, 2008). Jeg syntes tittelen virket relevant for min problemstilling, og kunne bekrefte dette etter å ha lest artikkelens abstrakt.

Jeg ønsket å finne noen norske artikler om temaet. Dette fordi resultater av en norsk studie vil være relevant for min problemstilling. En av mine norske artikler fant jeg ved å gjøre et søk i tidsskriftet sykepleien.no. Jeg brukte søkeordene "barn", "informasjon" og "kreft". Jeg så gjennom resultatene,

og fant artikkelen *"barn og ungdoms informasjonsbehov når mor og far får kreft"* (Larsen & Nortvedt, 2011). Jeg leste gjennom sammendraget, og fant denne relevant for min problemstilling.

Den siste artikkelen hadde jeg kommet over før, og visste at fantes på helsedirektoratets hjemmesider. Derfor gikk jeg inn på helsedirektoratet.no. Her kombinerte jeg "barn som pårørende" og "studie". Da fant jeg artikkelen *"Barn som pårørende, resultater fra en multisenterstudie"* (Ruud, et. al, 2015).

2.3 Søkeprosessen etter litteratur

For å finne god litteratur har jeg brukt Søkemotoren ORIA som en kan finne på Høgskolen i Sogn og Fjordane sine hjemmesider. Her har jeg brukt søkeordene barn som pårørende, kreft, informasjon og barn, kommunikasjon og barn. Jeg har også blitt anbefalt litteratur av veileder og funnet fine bøker ved å lete i hyllene på biblioteket i de samme hyllene jeg har funnet annen litteratur. Dersom det i kapitler av relevante bøker har vært oppgitt andre primærkilder, har jeg lett etter disse i referansene bakerst i kapitlet.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene en tar i bruk for å bekrefte om en kilde er til å stole på. En vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes (Dalland, 2012, s. 67). Jeg har valgt å bruke tre forskningartikler. I en av artiklene er det tatt i bruk kvalitativ metode. Med denne metoden får en svar på spørsmål som dreier seg om blant annet meninger, opplevelser, tanker og erfaringer. En får dermed en dypere kunnskap om det man forsker på (Thiedemann, 2015, s. 78). Kvalitative metoder kan i noen tilfeller være preget av forskerens personlighet, og vil dermed kunne påvirke arbeidet (Dalland, 2012, s. 114). Likevel ser jeg på dette som en styrke i forhold til min problemstilling fordi jeg mener det er en nødvendighet å få innblikk i barns subjektive følelser for å kunne forme tiltak rettet i deres retning.

En av forskningsartiklene er skrevet på engelsk, og er utført i Danmark. Ulempen med å velge engelske forskningsartikler er at teksten kan mistolkes. For å unngå dette har jeg brukt ordbøker, og brukt god tid på å gå igjennom teksten. Artikkelen som er utført i Danmark er gjennomført blant pasienter fra to avdelinger på Aarhus sykehus.

Jeg har tatt i bruk en systematisk oversiktsartikkel. Systematiske oversiktsartikler er sekundærlitteratur og består av en tolkning av andre studier (Thidemann, 2015, s. 71). Jeg har tatt en vurdering av dette, og mener at artikkelen fortsatt er relevant for min problemstilling.

Den siste artikkelen er en multisenterstudie og en utforskende tverrsnittstudie. Dette er en stor studie som inkluderer 34 % av befolkningen i Norge. Studien tar for seg barn som pårørende i ulike deler av spesialhelsetjenesten. Dette kan være en svakhet fordi resultatene ikke er rettet direkte mot min problemstilling om barn som pårørende til kreftpasienter, kun til barn som pårørende til somatisk syke generelt. Likevel vil jeg ha med denne artikkelen i min oppgave fordi den inkluderer en stor del av befolkningen. I tillegg er studien fra 2015. Teksten er dermed ny, noe som er positivt da kunnskap fort kan bli utdatert i fagområder som stadig er i utvikling (Dalland, 2012, s. 76). Teksten er også utført i Norge og skrevet på norsk, noe som også styrker den i forhold til min problemstilling. Med tanke på faglitteratur, har jeg vært nøye med å bruke primærlitteratur. Dette fordi sekundærlitteratur er skrevet på grunnlag av primærlitteraturen og dermed kan ha blitt endret på (Thidemann, 2015, s. 71).

2 Teori

3.1 Litt om kreft

Kroppens celler vokser og deler seg hele tiden, og de fleste cellene byttes ut over tid. Gener holder celledelingen og vekst under kontroll ved å starte og stoppe vekstprosessen. I noen tilfeller kan disse genene endre seg, og miste denne kontrollfunksjonen. Kreft er en fellesbetegnelse på en gruppe sykdommer der kroppen har mistet kontroll over celledelingen, og det skjer en ukontrollert vekst og spredning av celler (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2011, s. 127). I Norge var det fra 2010-2014 brystkreft som var den vanligste formen for kreft blant kvinner, mens prostatakreft var den hyppigste kreftformen blant menn (Norsk helseinformatikk, 2014).

3.1.1 Psykologiske reaksjoner og familieforhold ved kreftsykdom

Kreftsykdom kan føre til sterke psykiske reaksjoner både for personen som er syk, og også pasientens pårørende (Dahl, 2016, s. 17). Den kreftsyke vil kunne reagere på sykdommen med et bredt spekter av følelser. Vanlige reaksjoner er angst, tristhet, sinne, skyld og skam. Den syke kan ofte ha et ønske om å skåne barna, og vil derfor forsøke å dekke over og skjule følelsesreaksjonene. I familier er en ofte mer tilgjengelig for hverandres følelser, og dermed kan barna merke en endring i foreldrens væremåte (Dahl, 2016, s. 337). I tillegg til de psykologiske endringene til den syke, vil barn også kunne merke praktiske endringer i hjemmet. Dette ved at husarbeid som tidligere har blitt gjort, ikke lenger blir det (Dahl, 2016, s. 340-341).

Sykdom hos en forelder kan føre til at begge foreldre bli utslitt, og mister motivasjon til å hjelpe til med lekser, leke og gjøre andre ting for barnet. Det er viktig at foreldre som er i en vanskelig livssituasjon får støtte og hjelp, da barn ofte tar på seg ansvar når foreldrene strever (Bugge og Røkholt, 2009, s. 84). Det er også vanlig at barn tar på seg skyld når vanskelige situasjoner oppstår. Barn har ofte et annet perspektiv enn voksne, og kan danne en forestilling om at ting kunne vært annerledes eller at de kunne forhindre at noe skulle skje. Dette blir ikke alltid fanget opp av foreldrene, fordi barnet holder tankene for seg selv (Bugge og Røkholt, 2009, s. 43).

Somatisk sykdom hos foreldre blir sett på som en risikofaktor som kan gjøre mindreårige barn mer sårbare (Dahl, 2016, s. 341).

3.2 Kommunikasjon og Informasjon til barn

3.2.1 Å skape tillitt

Små barn er ofte skeptiske til nye mennesker, og det kan derfor være en utfordring å skape et tillitsforhold til dem (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Barn er sensitive og observante ovenfor sykepleieren sitt toneleie og kroppsspråk. Som sykepleier er det derfor viktig å fremtre rolig, snakke vennlig, lytte og tilbringe tid med barna. Å sette seg ned på barnets nivå, slik at det en får øyekontakt kan også være hjelpsomt. Fysisk og psykisk tilstedeværelse er også en viktig faktor for at barnet skal etablere tillitt til sykepleieren. Det kan ofte lønne seg å snakke med barnets omsorgspersoner før en henvender seg til barnet. Dette for at barnet kan få tid til å venne seg til og bli kjent med sykepleierens tilstedeværelse (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Det er viktig å forklare hvem man er og hva en gjør. I tillegg kan man vise barnet rundt, og gi barnet noe å leke med fra sykehuset. Dette kan bidra til at barnet kan forbinde sykehuset med noe positivt. Det er viktig å ikke være redd for avvisning. Ofte trenger barnet tid for å bli vant til tilstedeværelsen til helsepersonellet (Bugge & Røkholt, 2009, s. 129-130).

3.2.2 Barn og informasjon

Informasjon til barn bør gis i samarbeid med foreldrene, og dersom det er mulig av foreldrene selv (Helsedirektoratet, 2010). I møte med barn som pårørende bør informasjonen en gir bidra til at barnet får en forståelse av hva som skjer med den syke forelderen, familien og også seg selv. Informasjonen skal også gi barnet økt forutsigbarhet og håndterbarhet av situasjonen. Informasjon kan dempe angst for eksempel smitte og arv. Barn trenger tid for å bearbeide ny informasjon (Helsedirektoratet, 2010).

Når små barn blir informert om noe kan de fornemme at det er en forklaring, men forstår ikke alltid hva som foregår. Mange er usikre på hva, og hvor mye et barn skal informeres. Barn har bruk for nok informasjon til at de forstår sin egen livssituasjon. Mengden informasjon en gir, bør variere etter hvilken aldersgruppe barnet er i. Samtidig er det kjent at mangel på informasjon kan skape utrygghet for barn (Ruud, 2011, s. 105).

3.2.3 Kommunikasjon med barn

Kommunikasjon skjer når individer og grupper bruker et felles system av symboler som hjelpemiddel for å utveksle menings- eller betydningsinnhold (Hanssen, 2012, s. 145).

For at en skal kunne kommunisere med barn i krevende situasjoner, er en avhengig av kunnskap om hvordan barn oppfatter og tenker rundt hendelser. Individuelle forskjeller teller mye, men utviklingspsykologien er også til stor hjelp på dette området. Jean Piaget er kjent for sin teori om kognitiv utvikling. Med denne teorien kan en få et innblikk i barns forutsetninger i ulike aldre (Ruud, 2011, s. 65). Jeg vil ved hjelp av denne teorien avgrense problemstillingen min, og har valgt å fokusere på barn mellom cirka 6-12 år. Denne fasen kalles konkret-operasjonell fase. I denne fasen har barnet kognitiv evne til å systematisere erfaringer på en kvalitativt annen måte. Barnet kan se en situasjon fra en annen synsvinkel enn sin egen. Barnet klarer å holde lenger på oppmerksomheten, og skille mellom viktig og mindre viktig informasjon. Dette er viktig for evnen til å kommunisere med andre (Ruud, 2011, s. 67).

I forkant av en samtale med barn, kan det være hensiktsmessig å forberede seg (Helsedirektoratet, 2010). En bør kartlegge med foreldrene om de ønsker at helsepersonell skal være til stede, og dersom dette er ønskelig hvem som skal si hva til barnet. I tillegg kan en planlegge hva som skal sies, og hva som ikke skal sies. En samtale med barn bør legges til rette på barnets premisser. Samtalerommet bør tilrettelegges etter barnets alder (Helsedirektoratet, 2010). En bør justere samtalen etter barnets virkelighetsforståelse. I tillegg bør en sørge for at barnet føler seg kompetent i samtalen, og hjelpe barnet å finne mening i budskapet (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82).

Det finnes mange hjelpemidler en kan bruke som verktøy i samtale med barn. Tegning er ett av disse. Ved hjelp at tegning kan hjelperen begynne å tegne, og barnet kan overta hvis han eller hun har lyst til det. Dermed kan det bli et samarbeid, der barnet også kan delta (Ruud, 2011, s. 90). Tegning er naturlig måte for barnet å utrykke seg på. For barn er tegning et verktøy som de kan forholde seg til og takle, da det er lettere å forstå enn ord (Ruud, 2011, s. 104). Å tegne seg selv kan være en pekepinn for den voksne på hvordan barnet har det. Ved å stille spørsmål om tegningen kan en reflektere med barnet og få mer informasjon (Ruud, 2011, s. 95-96). Leker, metaforer, bøker og eventyr kan også være gode hjelpemidler (Ruud, 2011, s. 99). Boken "Hva er egentlig kreft?" er en barnebok skrevet av Dr Sarah Roxana Herlofsen. I denne boken blir kreftsykdommen beskrevet og illustrert gjennom bilder (Herlofsen, 2016).

BarnsBeste er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende (Sørlandet sykehus, u. å.). Nettverksmedlemmene har i samarbeid med psykiater Anne Kristine Bergem og barnepsykolog Svein Øverland utviklet et digitalt kommunikasjonsverktøy som de kaller "snakketøyet". Verktøyet har sin egen hjemmeside. Målet er å kunne hjelpe helsepersonell og andre voksne med et godt, praktisk og tilgjengelig hjelpemiddel for samtaler med foreldre og barn. Bakgrunnen for at snakketøyet ble laget, var at det var stor etterspørsel etter et konkret samtaleverktøy for helsepersonell. Det er også tilrettelagt for at foreldre og andre voksne i barnets liv kan bruke snakketøyet som en mal i samtale med barnet (Snakketøyet, u. å.).

3.3 Barn og mestring

Mestringsmekanismer er strategier eller handlinger en utvikler for å mestre noe (Malt, 2009). Hvert barn er unikt og har ulike forutsetninger, sin egen livshistorie og personlighet (Bugge & Røkholt, 2009, s. 11). Barn kan utvikle individuelle mestringsstrategier i stressende situasjoner. Det å hjelpe andre kan for barnet øke følelsen av egenverd. I en situasjon fylt av angst og stress, kan barnet synes det er godt å ha betydning og gjøre en forskjell (Bugge & Røkholt, 2009, s. 51).

Lazarus og Folkman har utviklet en stressmestringsmodell. De så på mestring som en prosess, der en veksler mellom to typer mestringsstrategier (Renolen, 2008, s. 45). De to typene mestringsstrategiene var problemfokuserede mestringsstrategier der personen leter etter tiltak for problemløsning, og emosjonsfokuseret mestring der personen forsøker å endre følelsesreaksjonene som oppstår i forbindelse med stress (Renolen, 2011, s. 150). De hevdet at en mestringsstrategi i seg selv ikke kan betegnes som god eller dårlig, men at dette måtte vurderes ut ifra den situasjonen personen var i (Renolen, 2008, s. 19).

Håp er et viktig begrep viktig når det kommer til menneskers mestring av situasjoner. Håpet kan gi et menneske energi til å takle motgang (Renolen, 2008, s. 153). Ved å være ærlig, hjelpsom, omsorgsfull og vise respekt kan en bidra til å øke et menneskets følelse av håp (Renolen, 2008, s. 153).

3.4 Joyce Travelbee og den mellommenneskelige prosess

I følge sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess (Travelbee, 2001, s.30-31). Hovedessensen i hennes teori er at en ved å skape et menneske- til- menneske

forhold kan hjelpe det enkelte individ, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Menneske- til- menneskeforhold i sykepleie mener Travelbee er opplevelser og erfaringer som deles mellom sykepleieren og den som er syk, eller den som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 2001, s. 41). For å kunne oppnå et slikt forhold, kreves det at rollen som "sykepleier" og "pasient" blir lagt til side, og at en heller kan møte hverandre som to individer (Travelbee, 2001, s. 171). Sykepleieren hjelper andre. Ikke bare pasienten, men pårørende eller de som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 2001, s. 30).

Travelbee understreker også viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk. Dette kan en oppnå gjennom kunnskap, og gjennom å bruke sin personlighet bevisst. Det krever også at en har dyp innsikt i det å være menneske (Travelbee, 2001, s. 44).

Travelbee mente at kommunikasjon er viktig verktøy for å skape menneske- til- menneskeforholdet. Hun mente at kommunikasjon ikke bare består av det verbale, men også det en uttrykker med kroppsspråk (Travelbee, 2001, s. 135).

3.5 Presentasjon av forskningsartikler

Forskningsartikkel nr. 1

"Barn og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft"

Forfattere/år: Larsen & Nortvedt, 2011

Studiedesign: Litteraturstudie

Innhold: 11 enkeltstudier og 1 oversiktsartikkel ble inkludert. Studiene belyste informasjonsbehovet for barn og ungdom innenfor barnets forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse.

Funn: Studiene viser at barnas viktigste informasjonskilde er foreldrene, og at barn ønsker ærlig og direkte informasjon om sykdommen og behandling i tillegg til informasjon om prognose. Barn i alle aldre var gode til å observere endringer i foreldrens helse, og trakk slutninger om foreldrenes emosjonelle tilstand ut ifra endringer i kroppsspråk. Det kom også frem at besøk på sykehuset bidro til avmystifisering og økt kunnskap dersom barnet var forberedt og forholdene tilrettelagt (Larsen & Nortvedt, 2011)

Forskningsartikkel nr. 2

"Barn som pårørende, resultater fra en multisenterstudie"

Forfattere/år: Ruud, Birkeland, Faugli, Hagen, Hellman, Hilsen, Kallander, Kufås, Løvås, Peck, Skogerbø, Skogøy, Stavned, Thorsen & Weimand, 2015

Studiedesign: Multisenterstudie, utforskende tverrsnittstudie

Innhold: Prosjektet hadde et utvalg av familier fra fem helseforetak, og inkluderer til sammen 1660000 mennesker som er 34 % av befolkningen i Norge. Studien inkluderer hver del av spesialhelsetjenesten; somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Funn: I hovedfunn om barn som pårørende viser studien at barn og ungdom tar vesentlig mer omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig. Det kommer også frem at barn og ungdom har behov for å snakke om situasjonen sin, men at ikke alle får nok informasjon til å forstå foreldres sykdom og konsekvensene den medfører.

Forskningsartikkel nr. 3

"Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory study of Children of Parents With Cancer"

Forfattere/år: Thastum, Johansen, Gubba, Olesen & Romer, 2008

Studiedesign: Kvalitativ metode

Innhold: Kvalitativ studie av familier der en av foreldrene har kreft. Formålet med studien var å utforske måter å informere barnet om moren eller farens sykdom, hvordan barnet oppfatter foreldrens emosjonelle tilstand, hvordan barnet takler foreldrens sykdom, og hvordan dette relateres til foreldrens håndtering og bekymring for barnet. 21 barn fra 15 familier ble intervjuet.

Funn: Barna var klar over hva sykdommen gikk ut på, men det var begrenset emosjonell kommunikasjon mellom generasjonene. Studien viser at barnet er svært observant, både ovenfor den syke og den friske foreldrens følelser. Studien fant fem håndteringsstrategier barna brukte; hjelpe andre, distraksjon, ta rollen som forelder, holde det inni seg, og ønsketenking. Studien viser at de fleste barna håndterer situasjonen greit, men at alle barna var sterkt påvirket av sykdommen. Studien viste også at mange av barna ønsket å bli godt informert om forelderens sykdom, da dette kunne gjøre de mer avslappet. Studien viste også at de fleste av barna som deltok i studien evaluerte deres sykehusbesøk som noe positivt, fordi de følte seg mer involvert og kunne se hva forelderens gikk gjennom

4 Drøfting

4.1 Foreldre som samarbeidspartnere

I møte med barn som pårørende, kan en utfordring være å skape et tillitsforhold til barnet. Ifølge Grønseth og Markestad er små barn av natur skeptiske til nye mennesker, og kan derfor være sensitive ovenfor sykepleieren sitt toneleie og kroppsspråk. Det kan derfor være hensiktsmessig å henvende seg til barnets omsorgspersoner i begynnelsen, slik at barnet kan få tid til å venne seg til sykepleieren sitt nærvær (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Rundskrivet om barn som pårørende understreker også viktigheten av å samarbeide tett med foreldrene når det skal gis informasjon til barnet (Helsedirektoratet, 2010).

Sett fra et annet perspektiv, kan det tenkes at det å henvende seg til omsorgspersonene kan virke mot sin hensikt. Bugge og Røkholt understreker at å være åpen og inkludere barnet i sykehusets daglige rutiner, er viktig for å gjøre barnet tryggere (Bugge og Røkholt, 2009, s. 129). Det kan tenkes at barnet på denne måten kan lære å kjenne sykehuset, og dermed blir det ikke lenger noe som er ukjent. Dette understrekes også i resultat av en av studiene, der det kom frem at sykehusbesøk kunne bidra til avmystifisering og økt kunnskap hos barnet (Larsen og Nordtvedt, 2011).

I tillegg kommer det frem i forskningen at mange av barna som besøkte en kreftsyk forelder på sykehus opplevde sykehusbesøkene som noe positivt, nettopp fordi de ble involvert og kunne se hva den syke forelder gikk gjennom (Thastum et al., 2008). Med denne kunnskapen kan en derfor stille spørsmål ved om det å ikke henvende seg til barnet i begynnelsen fører til ytterligere usikkerhet, og kan gjøre at barnet forbinder sykehuset med noe ukjent og skummelt. Det kan tenkes at det også kan bli vanskeligere å oppnå kontakt og tillitt til barnet når det har gått en stund, i motsetning til å søke kontakt ved første møte.

Forskning kan fortelle oss at barns viktigste informasjonskilde er foreldrene (Larsen og Nortvedt, 2011). Foreldre kjenner i de fleste tilfeller sine barn best, og derfor kan det tenkes at de har erfart hvordan barnet reagerer på ny informasjon og hvordan den bør gis.

På en annen side kommer det frem i en av studiene at det er begrenset emosjonell kommunikasjon mellom foreldre og barn (Thastum et al., 2008). Foreldre ønsker å skåne barnet når familien står i vanskelige livssituasjoner (Dahl, 2016, s. 337). I forskningen kommer det også frem at foreldre ofte holder tilbake informasjon. Dette fordi foreldrene er redd barna ikke vil forstå. Grunnen til dette var at noen foreldre følte at de manglet kunnskap, andre ville beskytte barna, og noen var redd for spørsmål om død (Larsen & Nortvedt, 2011). I studien "barn og ungdoms informasjonsbehov når mor

eller far får kreft”, kommer det i tillegg frem at barn setter pris på å få snakke med helsepersonell, og kunne stille spørsmål til noen som hadde kunnskap om sykdommen (Larsen & Nortvedt, 2011). Med dette i bakhodet, kan en reise spørsmål ved om barnet vil få tilstrekkelig informasjon til å forstå situasjonens omfang dersom foreldre er barnets eneste informasjonskilde.

I en av mine praksisperioder på sykehuset, var det en episode der jeg fikk oppleve nettopp denne usikkerheten fra en pasients ektefelle. Pasienten var i store smerter, og dette utrykte han svært tydelig både verbalt og via kroppsspråk. Jeg sto i samtale med ektefellen i korridoren utenfor pasientrommet. Hun var fortvilet over hele situasjonen, og fortalte at hun hadde fulgt sønnen inn i stuen i håp om at han kunne skånes for det som skjedde. Der satt han og så på TV og leste i blader. Mens vi sto utenfor stuen og pratet, kunne en se tydelig på kroppsspråket hennes at hun ville unngå at sønnen så henne gråte. Hun fortalte meg at hun var usikker på hvordan hun skulle formulere seg ovenfor sønnen, og hva hun skulle fortelle og informere han om. Hun uttrykket at hun ønsket hjelp fra personalet på avdelingen. I dette tilfellet, oppsøkte jeg min kontaktsykepleier. Jeg fortalte henne om situasjonen, og vi gikk sammen for å snakke med pasientens ektefelle. Vi diskuterte og pratet en stund med henne. Vi kom sammen frem til at det skulle legges til rette for en samtale med barnet der både foreldre og sykepleier var til stede.

I dette tilfellet ble vi enige om at et samarbeid mellom foreldre og helsepersonell var det beste for barnet. På denne måten kunne vi både inkludere foreldrenes erfaringer med barnet og sykepleiers kunnskap for å sammen informere barnet på best mulig måte. Hvert barn er unikt og har ulike forutsetninger, sin egen livshistorie og personlighet (Bugge & Røkholt, 2009, s. 11). Derfor kan det bety at et annet barn kan ha behov for en annen tilnærming enn den vi praktiserte i eksempelet over. Jeg har erfart at en god dialog mellom sykepleier og forelder er avgjørende når en slik beslutning skal tas.

4.2 Kommunikasjon med barn

Jeg vil i dette kapittelet av drøftingen ta utgangspunkt i en situasjon jeg opplevde i praksis. Personene jeg forteller om er anonymisert, dette ved navn, kjønn og alder er tilfeldig. I tillegg har jeg bevisst valgt å ekskludere informasjon som kunne sagt noe om personenes identitet.

I løpet av en av mine praksisperioder, var en kvinnelig pasient med kreft innlagt på avdelingen over en lengre periode. Pasienten hadde en mann og en datter. La oss kalle datteren Ida. Ida var 7 år. Hun og faren kom jevnlig på besøk i avdelingen. Når Ida var avdelingen, virket hun skeptisk til omgivelsene, og så nærmest litt bestemt ut. Hun holdt seg tett inntil faren, og møtte sjelden blikket til personalet.

Pasienten og ektefellen oppsøkte en dag personalet, og spurte om det var mulig å ha en samtale for Ida der både sykepleier og foreldrene var til stede.

Sykdom og behandling kan være en psykisk påkjenning både for pasienten og pårørende (Dahl, 2016, s. 17). I tillegg er det kjent at somatisk sykdom blir sett på som en risikofaktor som kan gjøre mindreårige mer sårbare (Dahl, 2016, s. 342). Barn er svært observante ovenfor sine foreldrene, og vil kunne merke endringer i deres humør og væremåte. Dette til tross for at foreldrene prøver å dekke over disse reaksjonene (Dahl, 2016, s. 337). Dette kan skape usikkerhet hos barnet, som kan føre til forestillinger om at de har gjort noe galt (Bugge & Røkholt, 2009, s. 43). Det kan tenkes at dette er grunnen for at barn i vanskelige situasjoner ofte kan ta på seg skyld. Dette kan i noen tilfeller ikke bli fanget opp av foreldrene, fordi barnet holder det for seg selv (Bugge og Røkholt, 2009, s. 43). Forskning viser at barn har behov for å snakke om situasjonen sin, men at de ikke alltid får tilstrekkelig informasjon til å forstå foreldrens sykdom (Ruud et al., 2015). Det kan tenkes at dette fører til usikkerhet hos barnet. På bakgrunn av denne kunnskapen kan det virke hensiktsmessig å ha en informasjonssamtale med Ida. Ifølge Travelbee, skal sykepleier hjelpe de som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 2001, s. 41). I denne situasjonen kan en tolke det som at Ida har behov for en samtale.

Ida's kroppsspråk forteller meg at hun er redd og ukomfortabel. Små barn er ofte skeptiske til nye mennesker (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). For å kunne ha en samtale med Ida, bør det derfor opprettes et tillitsbånd mellom oss. Litteraturen kan fortelle meg at barn er svært observante og sensitive ovenfor sykepleier sitt toneleie og kroppsspråk (Grønseth og Markestad). Travelbee understreker i sin bok at en viktig del av kommunikasjon er nettopp kroppsspråket. Hun mener at menneske- til menneskeforholdet skapes gjennom kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 135). Derfor kan det tenkes at en rolig tilnærming vil være viktig når jeg skal hilse på, og skape et tillitsforhold til Ida. Ifølge Grønseth og Markestad er det viktig at barnet får tid til å venne seg til sykepleieren sin tilstedeværelse og at det kan lønne seg å prate med foreldrene først (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Dette kan jeg for eksempel oppnå ved å tilbringe korte perioder om gangen på pasientrommet. Dette er muligens også noe som vil skje naturlig i en slik situasjon. Med tanke på at det er moren som er pasient, vil de fleste henvendelser fra sykepleier handle om prosedyrer og andre pasientrelaterte

ting. Derfor vil fokuset være rettet mot pasienten i første omgang, og Ida kan da få tid til å gjøre sine observasjoner av sykepleieren.

For å finne ut hvordan jeg skal gå frem i samtalen med Ida, vil jeg bruke kommunikasjonsverktøyet "snakketøyet" til hjelp. Snakketøyet kan jeg finne ved å gå inn på verktøyets egen nettside.

Snakketøyets samtaleguide anbefaler at en forbereder seg godt før samtalen begynner (Snakketøyet, u. å). Dette blir også nevnt i rundskrivet om barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010).

Ifølge Helsepersonelloven §10a -3 skal helsepersonellet innhente samtykke fra foreldre for å kunne følge opp barnet (Helsepersonelloven, 2010). I og med at det var pasient og ektefelle som oppsøkte personalet, kan det fortelle meg at de ønsker at helsepersonellet skal inkluderes i prosessen. For videre forberedelse, kan det være hensiktsmessig å inkludere Ida's foreldre. I samtale med dem, kan jeg planlegge hvem som skal si hva, og hva som skal sies (Helsedirektoratet, 2010). Snakketøyet anbefaler også å sette frem noen form for mat eller drikke til samtalen (Snakketøyet, u. å) Det kan være lurt å spørre foreldrene om Ida har noen preferanser eller allergier når det kommer til dette.

Ida er 7 år gammel. Ifølge Jean Piagets teori, er Ida i den konkret- operasjonelle fasen (Ruud, 2011, s.67). Teorien kan fortelle meg at barn i denne fasen nå kan systematisere erfaringer på en annen måte enn tidligere. Med denne kunnskapen i bakhodet kan det tenkes at Ida nå kan forstå sammenhengen av morens sykdom bedre enn tidligere. Teorien sier også at barnet har begynt å utvikle evnen til å skille mellom mindre viktig og viktig informasjon (Ruud, 2011, s.67). Dette kan også være en viktig faktor i barnets helhetlige forståelse av informasjonen en gir. Barnet kan også holde lenger på oppmerksomheten enn tidligere. Dette forteller meg at Ida har evnen til fokusere på det jeg forteller. Likevel er det viktig at jeg gir Ida pauser, slik at hun får tid til å bearbeide den nye informasjonen (Helsedirektoratet, 2010).

Snakketøyet understreker viktigheten av å tilpasse informasjonen til barnet (Snakketøyet, u. å). Mengden informasjon en gir bør variere etter hvilken aldergruppe barnet er i (Ruud, 2011, s. 105). Det kan også være lurt å tilpasse samtalen etter Ida's virkelighetsforståelse (Grønseth & Markestad, 2011, s. 82). Dette kan jeg for eksempel gjøre ved å bruke en bamse eller andre leker å vise på for at Ida kan forstå bedre det jeg beskriver til henne. Informasjonen jeg gir bør bidra til at Ida får en forståelse for hva som skjer med den syke moren, familiesituasjonen og seg selv (Helsedirektoratet, 2010).

Litteraturen kan fortelle meg at bøker kan være et godt hjelpemiddel i samtale med barn, fordi bøkene kan hjelpe barnet med å mestre angst og stress (Ruud, 2011, s. 99). Boken "hva er egentlig

kreft?” kan derfor være et godt verktøy gjennom samtalen med Ida. I boken finner en konkret og beskrivende informasjon om sykdommen, noe snakketøyet også anbefaler. Boken har samlet spørsmål fra barn og familier som er rammet av kreft. Disse er fordelt gjennom hele boken, og blir besvart av forfatteren (Herlofsen, 2016). Det kan tenkes at Ida kan ha godt utbytte av dette, da hun kan se at andre barn befinner seg i samme situasjon som henne. Hun er ikke alene.

Et annet godt hjelpemiddel i samtalen kan være tegning. Tegning er en naturlig måte for barn å uttrykke seg på (Ruud, 2011, s. 90). Det kan derfor virke hensiktsmessig å ha et tegneskrin på avdelingen som en kan ta frem i slike anledninger. Jeg kan stille spørsmål ved Ida sin tegning, og vi reflektere sammen rundt hva tegningen betyr. Jeg kan også spørre om Ida vil tegne seg selv, da dette kan gi en pekepinn på hvordan hun har det (Ruud, 2011, s. 95-96).

Snakketøyet sier at en skal planlegge avslutningen av samtalen. Det er også viktig å oppsummere det vi har snakket om for å kartlegge hva barnet har fått med seg (Snakketøyet, u. å). Det kan tenkes at en slik samtale kan være mye for Ida å ta innover seg. Derfor kan et alternativ være å låne Ida boken som vi har sett i, slik at hun selv får tid til å lese og se på bilder uten at noen andre er til stede. Det å bekrefte at en er der hvis hun lurer på noe i ettertid kan også virke hensiktsmessig.

4.3 Mestringsstrategier

Det er kjent at barn kan utvikle individuelle mestringsstrategier i vanskelige livssituasjoner (Bugge & Røkholt, 2009, s. 51). Kreftsykdom kan være en fysisk og psykisk påkjenning både for pasient og pårørende (Dahl, 2016, s. 337). Det kan derfor tenkes at kreft hos forelder kan være et eksempel på en situasjon der et barn utvikler mestringsstrategier for å håndtere de vanskelige følelsene.

I forskningsartikkelen ”Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer” var et av målene med studien å finne ut hvordan barna håndterte foreldrens sykdom. Det kommer frem i resultater at barna i studien tok i bruk fem mestringsstrategier. Disse var distraksjon, ønsketenking, ta rollen som forelder, holde tankene for seg selv, og å hjelpe andre (Thastum et. al, 2008).

På den ene siden kan en se på mestringsstrategier som noe positivt, og noe som kan være avgjørende for at et barn skal komme seg gjennom den vanskelige hverdagen kreft kan bringe med seg. Som sykepleier vil derfor en naturlig tanke være å ha en samtale med barnet der målet er å finne

ut hva som gir akkurat han eller henne en følelse av mestring, for så å forme et tiltak der denne strategien tas i bruk. En av de fem mestringsstrategiene som kommer frem i studien er å hjelpe andre (Thastum et. al, 2008). Bugge og Røkholt sier at det å hjelpe andre kan føre til økt følelse av egenverd hos barnet, i tillegg til å gjøre at barnet kan føle at han eller hun gjør en forskjell. I en av studiene nevnt over, kommer det frem at barn som pårørende tar på seg mer husarbeid og omsorgsarbeid enn vanlig (Ruud et al., 2015). Det kan tenkes at bakgrunnen for dette er håndteringsstrategien å hjelpe andre.

Sett fra et annet perspektiv kan en undre seg om mestringsstrategier kan være destruktive for barnet i lengden. Som eksempel kan en trekke frem strategien "distraksjon" nevnt i studien. Distraksjon ble i studien beskrevet som noe barna gjorde med hensikt å avlede negative tanker og følelser (Thastum et al, 2008). Dette kan på en side virke hensiktsmessig, da det kan tenkes at det ville vært en enorm påkjenning for barnet å tenke på foreldrens kreftsykdom til en hver tid. På en annen side, kan dette over lengre tid muligens føre til undertrykkede følelser hos barnet. "Holde det for seg selv" er også en strategi som kan tenkes at kan ha destruktive resultater dersom barnet bruker den for mye over lengre tid. Hvis dette er tilfellet, vil det da være gunstig å forme sykepleietiltak som bruker barns mestringsstrategi som verktøy?

Sett ut ifra Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell, er mestring en prosess. De mente at en mestringsstrategi i seg selv ikke kan betegnes som god eller dårlig. Dette må vurderes ut ifra hvert enkelt individ og ut ifra den situasjonen personen er i (Renolen, 2008, s. 19). Dette kan derfor tolkes som at en sykepleier må se an hvert enkelt barn, og hvilken situasjon barnet er i. Det kan også tenkes at det vil være viktig å finne en balanse for å hindre at mestringsfølelsen kan gå over til å bli destruktiv.

På en sykehusavdeling kan en for eksempel ta med barnet og spille et spill i stuen, for å hjelpe barnet med å få tankene på noe annet i en periode. En kan også spørre om barnet vil være med å bære inn mat til den kreftsyke forelderen, for å fremme en følelse av egenverd hos barnet. Ønsketenking blir også nevnt som en mestringsstrategi i studien. Det er viktig at barn beholder håpet når forelderen er alvorlig syk. Håpet kan gi mennesker energi til å takle motgang (Renolen, 2008, s. 153). For å fremme håp hos barnet kan en være omsorgsfull, hjelpsom, vise respekt og være ærlig. På denne måten kan en bruke seg selv terapeutisk, noe sykepleieteoretikeren Travelbee understreker viktigheten av i sin bok (Travelbee, 2001, s. 44).

5 Konklusjon

I en hektisk hverdag som sykepleier, kan det være en utfordring å ivareta barn som pårørende. Jeg har gjennom denne oppgaven fått en større forståelse for sykepleiers viktige funksjon i forhold til å ivareta barn. Det er viktig å ikke glemme bort sykdommen, da det er åpenbart at barnet i mange tilfeller forstår hva som foregår. Litteratur og forskning viser at kreftsykdom hos forelder også kan være en stor belastning for barnet. Derfor er det tydelig for meg at sykepleiers støtte på avdeling kan være avgjørende for barnets opplevelse av sykehusbesøk i en vanskelig tid. I mine øyne er sykepleiers kunnskap om kommunikasjonsverktøy essensielt for å oppnå en god kommunikasjon med barn. Det å finne ut hvilke mekanismer barnet bruker for å mestre situasjonen, er også noe en som sykepleier kan benytte for å hjelpe barnet. I tillegg er også foreldrenes kjennskap til barnet svært viktig for sykepleier når fremgangsmåte for formidling av informasjonen skal vurderes. Dette fordi alle barn er forskjellige, og har derfor individuelle behov som ivaretas best gjennom kjennskap til barnet.

Litteraturliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K., Thoresen, L. (2011). Svulster. S. Ørn, J. Mjell, E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1 utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bugge, K. E., Røkholt, E. G. (2009). *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom, Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Grønseth, R., Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Hanssen, I. (2012). Interkulturell sykepleie. A. E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2 utg., s. 135- 157). Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsepersonelloven. (2010). *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta minreårige barn som pårørende*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6
- Herlofsen, S. R., (2016). *Hva er egentlig kreft?* Latvia: Herosa AS
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende* (IS-5/2010). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS5-2010.pdf>
- Kreftregisteret. (U.å.). *Antall barn med kreftsyke foreldre er kartlagt*. Hentet 5 oktober 2016 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Antall-barn-med-kreftsyke-foreldre-er-kartlagt/>
- Kreftregisteret. (2016, 27. oktober). *Cancer in Norway 2015*. Hentet 5 november 2016 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-innorway-2015/>
- Kunnskapscenteret. (2016, 19. april). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 8 oktober 2016 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Larsen, B. H., Nortvedt, W. N. (2011). Barn og ungdomsinformasjonsbehov når mor og far får kreft. *Sykepleien forskning*, 6(1), 70-77. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0068
- Malt, U. (2009, 13 februar). *Mestring*. Hentet fra <https://sml.snl.no/mestring>
- Norsk helseinformatikk. (2014, 1 mai). *Kreft*. Hentet 29 oktober 2016 fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kreft/kreft-1808.html?page=3>

- Norsk sykepleierforbund. (9 august, 2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 4 november fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Ruud, K. R., (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, K. E., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E., Weimand, B. M. (2015). Barn som pårørende, resultater fra en multisenterstudie, *Helsedirektoratet*, Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20pårørende-IS-0522.pdf>
- Snakketøyet. (u.å). *Om prosjektet*. Hentet 11. november 2016 fra http://www.snakketoyet.no/vilduvitemer_om_prosjektet.html
- Sørlandet sykehus. (u.å). *Barnsbeste*. Hentet 11. November 2016 fra <https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/barnsbeste/>
- Thastum, M., Johansen, M., Gubba, L., Olesen, L. & Romer, G. (2008). Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory study of Children of Parents With Cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 123-138. doi: 10.1177/1359104507086345
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thiedemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: universitetsforlaget.