



EKSAMENSINNLEVERING

**Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

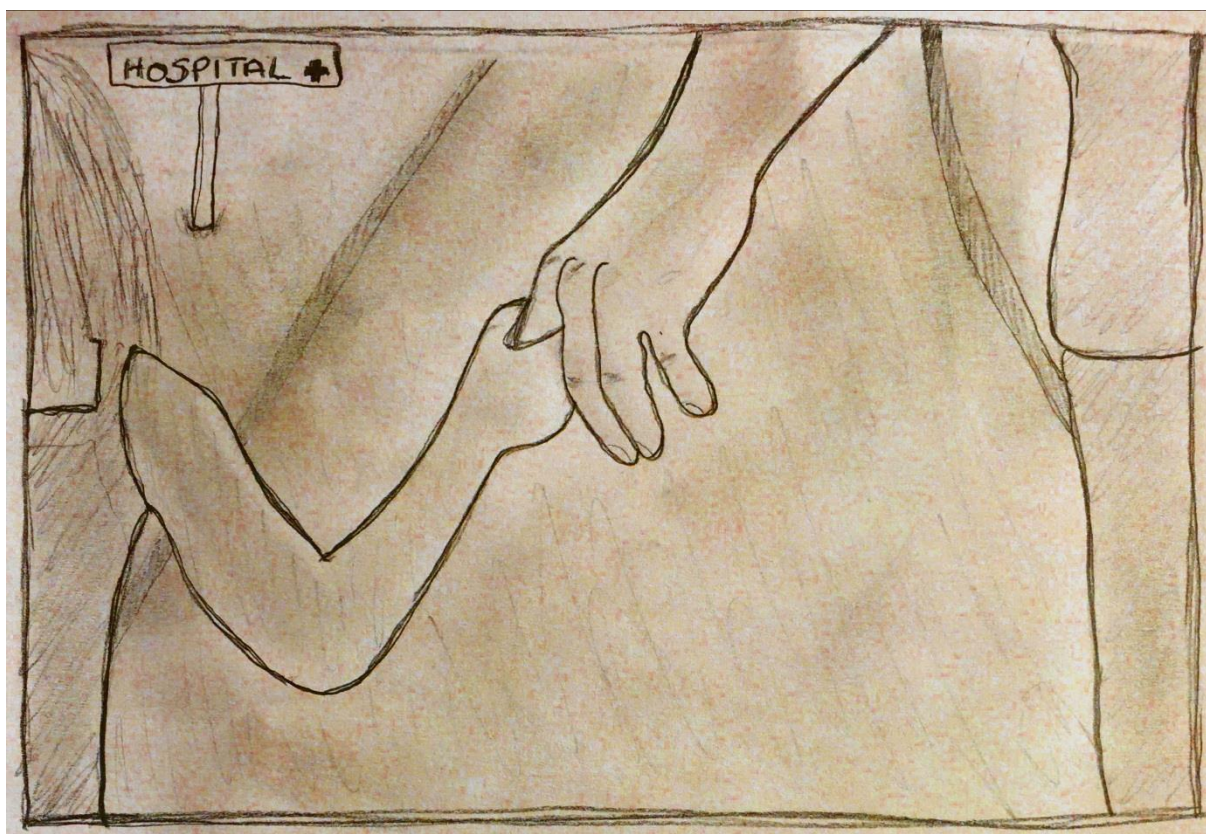
Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 581

Antall ord: 8699

«Barn som pårørende – treng også ei støttande hand»

«Children as next of kin – in need of a supporting hand»



Av: Ida Solheim-Gangstø

**Sjukepleie, forskning og fagutvikling – Bacheloroppgåve
Høgskulen på Vestlandet- Haugesund
Kull 2014
Ordmengde: 8699**

Samandrag

Bakgrunn: Kwart år opplever rundt 4000 barn og unge under 18 år, i Noreg, at mor eller far får kreft. Barn som pårørende er ei gruppe det tidlegare har vore lite fokus på, men i 2010 fekk barn som pårørende lovfesta rett til å bli ivaretatt av helsepersonell. Som sjukepleiar er det viktig å ha kunnskap om og kjennskap til desse lovene og forskriftene, i tillegg til å ha kommunikative ferdigheiter.

Problemstilling: «Korleis bidra til meistring hos barn som pårørende når mor eller far har ein alvorleg kreftdiagnose?»

Hensikt: Å få auka kunnskap om og forståing for barn og unge sitt behov for støtte og informasjon, for å kunne meistre foreldra sin sjukdom.

Metode: Litteraturstudie basert på relevant forskings og pensumlitteratur. Søkeprosessen er nøyaktig beskrive og funna er blitt kritisk vurdert ut frå haldbarheit, gyldigheit og etiske omsyn.

Funn: Mange av barna følte på redsel, angst, usikkerheit og bekymring når dei fekk vite om kreftdiagnosen til foreldra. Foreldra var den største informasjonskjelda. Barna ynskte ærleg og konkret informasjon om sjukdommen og prognosen til foreldra. Informasjonsbehov og forståing hang nøye saman med alder og forkunnskapar hos barna. Foreldra synest det var vanskeleg å kommunisere med barna om sjukdommen. Distraksjon var den mest brukte meistringsstrategien.

Konklusjon: Barna treng ulik oppfølging avhengig av alder og forkunnskapar. Informasjonen må tilpassast dei ulike behova og aldersnivåa. Foreldra treng vegleiing i korleis dei skal snakke med barna. Sjukepleiaren må ha kunnskap om bruk av meistringsstrategiar.

Abstract

Background: Each year, about 4.000 children and adolescents, under 18 year, in Norway, experience a mother or father having cancer. In 2010 children as relatives were given the right to be taken care of by healthcare professionals. Before this there was a small focus on the theme. As a nurse, it is important to have knowledge of the laws and regulations as well as communicative skills.

Question: “How to contribute to mastering in children who relate when mother or father has a serious cancer diagnosis?”

Aim: To increase knowledge and understanding of children and adolescents need for support and information in order to deal with parent`s illness.

Method: A literature study based on already existing literature and research articles. The search process is accurately described and the findings has been critically evaluated by durability, validity and ethical considerations.

Findings: Many of the children felt fear, anxiety and concerns when first hearing about the diagnosis of parental cancer. Parents were the main information source for the children. The children wanted honest and concrete information about the disease and the prognosis.

Information needs and understanding were closely linked to the age and knowledge of the children. Many of the parents think it was difficult to talk to the children about the disease. Distraction were described as the dominant strategy of coping for children.

Conclusion: The children needed to be taken care of in different ways, depending on their age and knowledge. The information must be adapted to the different needs and levels of age. As a nurse, it is important to have knowledge about children use of mastery strategies.

Innhold

Samandrag.....	3
Abstract.....	3
1.0 Innleiing.....	6
1.1 Hensikt og problemstilling.....	7
1.2 Presisering og avgrensing.....	7
1.3 Oppbygging av oppgåva.....	8
2.0 Teori.....	8
2.1 Barn og unge som pårørende.....	8
2.2 Barns kognitive utvikling og meistringsevne.....	9
2.3 Forståing av meistring.....	10
Lazarus og Folkemanns Meistringsstrategiar.....	10
Antonovskys salutogenese-teori.....	11
2.4 Psykologiske reaksjonar ved sorg.....	12
2.5 Sjukepleiaren sin vegleiande funksjon.....	14
3.0 Kvalitativ litteraturstudie som metode.....	15
3.1 Søkehistorikk.....	15
3.2 Kjeldekritikk.....	15
3.3 Metodekritikk.....	16
4.0 Resultat.....	16
4.1 Presentasjon av valde artiklar.....	16
4.2 Oppsummering av hovudfunn.....	19
5.0 Diskusjon.....	20
5.1 Å ivareta barns informasjonsbehov ved hjelp av vegleing.....	20
5.2 Bidra til å oppretthalde ein open kommunikasjon mellom foreldre og barn.....	23
5.3 Imøtekomme barns bruk av meitringsstrategiar.....	24
5.4 Korleis støtte opp om barn sine psykologiske reaksjonar:.....	25
Avslutning.....	26
Referanseliste.....	28
Vedlegg:.....	30
Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	30
Vedlegg 2: Sjekkliste for kvalitativ forskning.....	31

1.0 Innleiing

Årleg opplever ca. 4000 barn at mor, far eller søsken blir ramma av ein kreftsjukdom, og før lovendinga i helsepersonellova i 2010, som sikrar barn og unge sine rettigheter som pårørande, var det lite fokus på å forstå og hjelpe barn å meistre foreldra sin sjukdom (Dyregrov, 2012, s. 48). Barn som pårørande har i lita grad vore gjenstand for forskingsfagleg innsats. Det har vorte via meir merksemd frå fagfolk rundt barn av foreldre med ei diagnose som blir antatt å skape sosial uorden (psykiske lidingar og rusavhengigheit), enn barn av foreldre med diagnosar som ikkje skapar slik uorden (somatisk sjuke og skadde). Det er funne fleire studiar om barn av psykisk sjuke og rusavhengige foreldre, enn om barn av somatisk sjuke foreldre (Ytterhus, 2012, s. 23).

Pasientar med kreft og hans pårørande er i ein sårbar og stressande situasjon, og dette utfordrar sjukepleiaren til å møte den kreftsjuke og hans pårørande med respekt, mot og empati. Sjukepleiaren må ha gode kommunikative ferdigheiter, og evna til å vere til stades er avgjerande (Lorentsen & Grov, 2013, s. 401). Sjukdom angår ikkje berre pasienten, men også dei som står pasienten nær og føler ansvar, omsorg og kjærleik for den som blir sjuk. Pårørande kan kjenne på bekymringar, sorg og stort ansvar, og kan slite med blanda kjensler og praktiske bekymringar. Difor kan pårørande trenge støtte, undervisning og vegleiing både for å ivareta eiga helse og livskvalitet, og for å kunne meistre situasjonen og omsorgsrolla. Dette kan vere relevant gjennom heile pasientførelaupet og uansett helsearena (Brataas, 2011, s. 25).

I helsepersonellova §10a står det at helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade kan ha som følgje av foreldra sin tilstand. Helsepersonell som gir helsehjelp må søke og avklare om pasienten har mindreårige barn (Helsepersonellova, 2017).

På bakgrunn av interessa mi for ivaretaking av barn som opplever at ein av foreldra blir alvorleg sjuke, har eg valt å skrive om barn som pårørande. Dette tema er viktig fordi det handlar om å legge merke til kva behov barn og unge har når mor eller far er sjuke, og korleis vi som sjukepleiarar kan gi støtte til barna slik at dei kan meistre situasjonen og kvardagen på best mogleg måte. Barn kan ha heilt andre behov i ein slik situasjon, enn det dei har til vanleg,

og alle barn er ulike og treng ulik støtte og oppfølging. Mi erfaring er at pasienten sjølv og dei vaksne pårørande får god oppfølging og informasjon ved alvorleg sjukdom og sjukehusinnlegging, men at barn ofte blir skjerma for inntrykk og får difor ikkje den informasjonen dei treng. Barn lagar ofte sine egne oppfatningar og bilete av situasjonar dei ikkje heilt forstår. Difor er det ekstra viktig med tilpassa informasjon og oppfølging til barn.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgåva er å få auka forståing for og kunnskap om barn og unge sitt behov for støtte og informasjon ved alvorleg sjukdom hos foreldre. Ved å fordjupe meg i dette temaet ynskjer eg å kunne ta vare på pårørande, i tillegg til pasientar, i min framtidige jobb som sjukepleiar. Mi problemstilling er som følgande:

«Korleis bidra til meistring hos barn som pårørande når mor eller far har ei alvorleg kreftdiagnose»

1.2 Presisering og avgrensing

Som sjukepleiar kan ein kome til å møte barn av sjuke foreldre både i heimen og på ulike institusjonar. I denne oppgåva vil det vere fokus på barn som er på besøk under mor eller far sitt opphald på sjukehuset, i høve si kreftdiagnose. Borna eg vil ha fokus på er i alderen seks til tolv år, for å få med dei ulike utviklingsstadia i skulealder. Barn som pårørande treng hjelp og støtte til å meistre kjensler og reaksjonar som oppstår gjennom heile sjukdomsførelaupet til foreldra. Dette er viktig for at dei skal kunne handtere situasjonen både på sjukehuset og i kvardagen utanfor sjukehuset, og slik at dei kan unngå å få psykiske problem, som kan bli ein konsekvens av alle inntrykka dei får i ein slik situasjon. Dei treng å få svar på spørsmåla sine gjennom at vi som sjukepleiarar gir dei riktig informasjon til riktig tid og på riktig måte. Det vil seie at alle barn treng ulik tilnærming og informasjon i dei ulike utviklingsstadia dei er i. Det vil også vere naudsynt å gi same informasjonen fleire gongar, då det vil variere kor vidt dei er mottakelege og klarer å oppfatte det som blir sagt, alt etter kva for fase av sjukdomsforlaupet ein er i. Hovudtema i oppgåva vil difor vere meistring, psykologiske reaksjonar og sjukepleiaren si vegleiande rolle overfor pårørande. Nærliggande omgrep som vil bli omtalt er meistringsstrategiar, forsvarsmekanismar, sorgfasar og barns ulike utviklingsstadium.

1.3 Oppbygging av oppgåva

Innleiingsvis presenterast ein introduksjon med bakgrunn for val av tema i eit teoretisk og personleg perspektiv, samt hensikt og problemstilling. Vidare blir presisering og avgrensing presentert. I teorikapittelet blir desse omgrepa omtalt: «barn og unge som pårørande», «barns utvikling», «forståing av meistring», «psykologiske reaksjonar ved sorg» og «sjukepleiaren sin vegleiande funksjon», då desse omgrepa er viktige å ha med, for å kunne svare på problemstillinga. Metodekapittelet fortel om litteraturstudie som metode, søkehistorikk, metodekritikk og kjeldekritikk. I resultatdelen blir dei inkluderte artiklane presentert, der hensikt og funn blir beskrive. I diskusjonskapittelet blir funna i forskingsartiklane drøfta opp mot den teoretiske litteraturen, som er lagt fram i oppgåva, for å svare på problemstillinga.

2.0 Teori

Følgande kapittel fortel kven som er barn som pårørande, Eriksons utviklingsteori, resiliens og meistringsevne hos barn, definisjonar på meistring, ulike meistringsstrategiar, forsvarsmekanismar, sorgreaksjonar og sjukepleiaren si vegleiande rolle. Eg har valt å utdjupe desse tema fordi eg meiner dei er relevante og aktuelle til å kunne svare på problemstillinga mi.

2.1 Barn og unge som pårørande

Barn som pårørande er tal-messig ei svært stor gruppe. Felles for desse barna er at foreldra har definerte sjukdomstilstandar innanfor ein av tre breie samlekategoriar: psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og somatisk sjuke. Ut over dette treng ikkje barna ha fellestrekk. Barna er likevel ulike med omsyn til alder og utvikling og også med omsyn til evner og personlegdom. (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 11).

Mange barn opplever å vere pårørande i løp av oppveksten. Kvardagen til barna vert påverka når noko skjer med foreldre eller søsken. Livet i familien består av små og store hendingar som kan gjer barn til pårørande på ulike måtar. For nokre er det å vere pårørande ein del av kvardagen, mens nokre barn opplever at det skjer noko akutt med mamma, pappa eller andre dei har eit nært forhold til. Det er heller ikkje uvanleg at barn er pårørande fleire gongar i løp av barne- og ungdomsåra. Det påverkar heile familien viss noko alvorleg skjer med mamma eller pappa, kvardagen endrar seg og livet er ikkje slik det plar vere. For barn og unge kan det

påverke deira tryggleik og oppleving av å vere beskytta og passa på. Barn lurar på kva som skjer og bekymrar seg, samtidig vil dei hjelpe til så godt dei kan. Likevel finnast det ikkje noko enkelt svar på korleis dei har det. Nokre meistrar det som er vanskeleg, mens andre strevar. Dette avhenger av kva som har skjedd med foreldra og kor gamle barna er. Sjukdom varierer i type, alvorsgrad og varigheit, og små barn reagerer annleis enn større barn (BarnsBeste, 2017).

2.2 Barns kognitive utvikling og meistringsevne

I synet på barns meistringsevne og kapasitet har det skjedd ei endring. Barn vart tidlegare sett på som sårbare, og gjennom utvikling vart dei utsett for kriser og risikofaktorar. I dag snakkar vi om det resiliente kompetansebarnet som har mogleik og eigenskapar til å meistre dei påkjenningar som livet gir dei. *Resiliens* betyr elastisitet, spenstigheit, ukueleg, evne til å rette seg opp igjen. Det betyr ikkje at barn ikkje er sårbare, men at sårbarheita ikkje er det typiske ved deira relasjon til omverden (Renolen, 2010, s. 58).

Erik H. Erikson, har delt sin utviklingsteori inn i 8 delar, frå fødsel til død, og han seier at det oppstår ei utviklingskrise i byrjinga av kvar fase som er med på å prege mennesket sin personlegdom. Utfallet av desse utviklingskrisene er avhengig av korleis omgjevnadane imøtekjem dei behov som oppstår. Det vert danna ei grunnleggjande positiv haldning viss behova blir dekkja på ein tilfredsstillande måte, og viss behova ikkje vert dekkja vert det danna ei negativ grunnhaldning. Når Erikson forklarar kva ei grunnhaldning er, brukar han uttrykket «kjensle». Eit eksempel er at barn kan ha ei oppleving av å meistre noko, og denne kjensla av meistring ligg også i underbevisstheita hos barnet. Grunnhaldningane som dannast i kvar fase, blir ein del av personlegdommen vår (Renolen, 2010, s. 86),.

Barn i 5-6 års alderen og fram til puberteten er i ein fase som blir kalla for *ferdigheitsfasen*. I denne fasen er grunnhaldningane som blir lagt anten *ei kjensle av å vere kompetent* eller *ei kjensle av mindreverd*. Det sosiale nettverket vil bli utvida når barnet byrjar på skulen, og barnet får nye vener og lærarar som har stor betydning for vidare psykososiale utviklinga. Viktig for barnet er oppleving av meistring både fagleg og sosialt. Nokre barn legg så mykje vekt på å meistre ei bestemt ferdigheit at det går ut over andre evner som vedkommande har. Det kan føre til ei mindreverdskjensle hos barnet, viss det opplever at det ikkje strekker til verken på skulen eller blant venner. I *puberteten* er det grunnhaldningane *ego-identitet* eller

rolleforvirring som vert utvikla. Å vite kven du er og korleis du passar inn i resten av samfunnet er forklaringa på ego-identitet, og det krevjar at du set saman alt du har lært om deg sjølv og livet, til eit heilstøypt sjølvbilete. Det trengs ein vaksenkultur som er verdig respekt frå ungdommen, for at ego-identitet skal utviklast. Foreldre og andre nære vaksne var tidlegare rollemodellar for dei unge, mens i dagens samfunn har unge problem med å identifisere seg med vaksne rollemodellar, fordi ungdom og vaksne sjeldan samhandlar på same arenaer. Nokre vaksne er også lite tilgjengelege for ungdommane sine, slik at ungdom må ty til andre rollemodellar, gjerne i media, slik som fotomodellar og popstjerner. Rolleforvirring som er eit uttrykk for at ungdom ikkje er trygg på si rolle og identitet kan bli eit resultat (Renolen, 2010, s. 87-90).

2.3 Forståing av meistring

Meistring er eit allmennmenneskeleg fenomen og ein del av sosialiseringssprosessen. I daglegtale brukast ordet synonymt med uttrykk som å klare seg, å greie seg og å få til noko. Livet er meistring i den forstand at vi tilpassar oss, utviklar oss og lærer nye ferdigheiter. I motsetnad til dei spesielle sidene ved meistring, der menneske kjem i situasjonar som er så belastande at dei får problem med å meistre dei, eller når nokon bryt heilt saman, er dette generelle sider ved meistring. Meistring dreiar seg om korleis menneske møter belastande livssituasjonar. Grovt sett er det to ulike måtar å reagere på: anten kan ein forsøke å fortrenge ubehaget eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismar, eller ein kan sjå situasjonen i auga og mobilisere indre og ytre ressursar for å møte dei (Reitan, 2011, s. 74).

Lazarus og Folkemanns Meistringsstrategiar

Lazarus og Folkemann definerer meistring som: «kontinuerlig og skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressursar og truer velværet» (Reitan, 2011, s. 78).

Det vi gjer for å takle krav eller utfordringar kallast for meistringsstrategiar. Alle meistringsstrategiar ein person brukar, har som føremål å hjelpe vedkommande til å finne mening, bevare sitt sjølvbilete og oppretthalde personleg kontroll over dei ytre og indre krava og elles dei problema personen står ovanfor. Vi har ulike typar meistringsstrategiar, til dømes: problemorientert og emosjonsorientert meistring og meningsorientert meistring.

Problemorientert meistring dreiar seg om ulike strategiar for å løyse eit problem eller

hanskast med ein vanskeleg situasjon. Her stiller personen seg aktivt og direkte til problemet eller til det som situasjonen gjeld. *Emosjonsorientert meistring* omfattar strategiar som tar sikte på å endre opplevinga av situasjonen meir enn å endre sjølve situasjonen. Ved å redusere intensiteten i kjenslene som føler med opplevinga av fare, eller ved å endre meiningsinnhaldet, tar strategiane sikte på å endre ubehaget i situasjonen, og personen kan igjen få kontroll over seg sjølv, kjenslene sine og situasjonen. *Meiningsorientert meistring* omfattar strategiar som har til hensikt å støtte menneske i arbeide med skapande verdiar, opplevings- og innstillingsverdiar. Dette betyr i korte trekk at personen må gi det som skjer, ei mening, og om mogleg snu ein problemfylt situasjon om til ei utfordring, eller vurdere fordelane med situasjonen. Åtferda menneske har i ein meistringsprosess er individuell, avhengig av personen sin eigen meistringsstil, som er tileigna gjennom livserfaring (Reitan, 2011, s. 80).

I følgje Renolen (2010, s. 145), er meistringsstilar nemninga på karakteristiske trekk ved eit individ si meistring på tvers av situasjonar over tid. Døme på meistringsstilar er robustheit, optimisme og humor. *Robustheit* er nemninga på eigenskapar som modererer skadelege effektar av stress, og har vist seg å vere den meistringsstilen som er mest hensiktsmessig når det gjeld overleving og livslengde i forbindelse med kreft. Menneske med ei generell og stabil forventning til at dei vil oppleve gode ting i livet, ser ut til å tole påkjenningar betre enn menneske med eit pessimistisk syn på livet. Optimistar har betre helse enn pessimistar og kjem seg fortare etter sjukdom, fordi dei har trua på at ting vil ordne seg og at gode ting vil skje. Urealistisk mykje *optimisme* kan likevel gjere at ein trur at ingenting er farleg eller skadeleg og at ein føler seg ufeilbar. *Humor* har lenge hatt stor betydning for vår helse og rekonvalens, og tidlegare anbefalte kirurgane at pasientane fekk besøk av venner, etter operasjonen, som kunne underhalde dei med morosame historie. I 2001 var Haukeland det første sjukehuset som tilsette sjukehusklovnar, og sidan har fleire sjukehus gjort det same. Først og fremst er det barna desse klovnanne opptrer for, men også vaksne har glede av dei (Renolen, 2010, s. 146).

Antonovskys salutogenese-teori

I staden for å fokusere på patogenese og risikofaktorar i ein sjuk-frisk-dimensjon, valde Antonovsky å ha ei salutogen betraktning, det vil seie ei helsemessig ressursbetraktning av meistringsmekanisar. Denne teorien kan vi ta i bruk for å forstå kvifor nokre meistrar betre

enn andre i ulike situasjonar. Denne teorien handlar om at motstandskraft mot påkjenningar bygger på «ei oppleving av samanheng» (OAS), det vil seie den utstrekninga der ein opplever tilværa som meiningsfull, begripleg og mogleg å handtere. *Begriplegheit* dreiar seg om den utstrekning der ein opplever indre og ytre stimuli som fornuftsmessig fattbare. Med *håndterbarhet* meiner Antonovsky at dei indre og ytre ressursane er under eigen kontroll eller at dei kontrollerast av noko eller nokon ein kan stole på. *Meiningsfullheit*, dreiar seg om område i livet som har betyding, det som motiverer og er verd kjenslemessig investering og engasjement, og dei med høg kjensle av meiningsfullheit innstiller seg på å gjere sitt beste for å komme gjennom vanskar med verdigheit. Personens generelle motstandsressursar er avgjerande for utviklinga av OAS, og dei har til felles at dei er utvikla gjennom gjentatte livserfaringar og bidreg til at ein ser på verden som meiningsfull. For å ha ein sterk OAS, må ein skåre høgt på alle dei tre komponentane: begripeligheit, meiningsfullheit og håndterbarheit. Motstandsressursar kan vere med på å auke motstandsdyktigheita og handtering av spenningar i livets ulike situasjonar til personar i familiar til kreftpasientar, når dei står ovanfor vanskelege situasjonar (Blindheim & Thornes, 2011, s. 190).

2.4 Psykologiske reaksjonar ved sorg

For mange barn er ordet «kreft» synonymt med død, og forskning viser at barn lang ned i førskulealder blir sterkt rørte av foreldre sin kreftsjukdom og dei gjer seg mange tankar kring sjukdommen. Barna opplever sosiale og eksistensielle utfordringar, psykologiske og emosjonelle reaksjonar frå dei får vite om diagnosen, gjennom sjukdomsforløpet, og ved eventuell død. Vanskane kan for nokre fortsette i lang tid, vekslinga mellom håp og fortvilning i friske og sjuke periodar er slitande og belastande, og redsla for å sjølv få kreft kan vare heilt opp i vaksen alder. Frykt for å miste mor eller far, sorg over tap av livet som var før sjukdommen ramma, eller sorg over dødsfallet og usikkerheit i forhold til framtida, er sentralt for barna (Dyregrov, 2012, s. 48).

I følgje Renolen (2010), er det er mange ulike situasjonar og hendingar som kan utløyse ei krise, for eksempel sjukdom, skade, ulykke og dødsfall. Felles for desse hendingane er at den kriseramma opplever ulike former for tap, tap av funksjon, tap av andre eller tap av nettverk. Omgrepet *krise* blir i psykologiens samanheng brukt som betyding av at personen har komme opp i ein livssituasjon som overstig si meistringsevne. Reaksjonar som viser seg i kjensler,

tankar og åtferd utløyast av ei krise, og dei fleste vil oppleve eit kjenslemessig kaos med ein gong etter at krisa er blitt eit faktum. Det dukkar opp kjensler som frykt og angst, tristheit, depresjon, skuld, sinne og meningslausheit. Desse kjenslene gjer det vanskeleg å halde orden på tankane, og ein kan få problem med å konsentrere seg og få med seg ny informasjon. Gjennom eit kriseforløp går ein gjennom fire fasar: *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *tilarbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*. I sjokkfasen er personen prega av ei kjensle av uverkelegheit, mange har problem med å hugse kva som blir sagt og informasjonen som blir gitt i denne fasen blir ofte gløymt. Denne fasen varer i alt frå eit lite augeblink til eit døgn. Reaksjonsfasen varer i cirka seks veker og blir ofte saman med sjokkfasen kalla den akutte fasen. Den kriseramma personen byrjar å ta inn over seg verkelegheita, slepp kjenslene til og prøver å finne ei mening med kaoset. I denne fasen tar personen i bruk ulike forsvarsmekanismar for å ta inn over seg litt etter litt det som har skjedd. tilarbeidingsfasen har ei varigheit på eit halvt år, og den kriseramma byrjar å erkjenne og godta det som har skjedd, og ser meir framover. Det opnast opp for nye erfaringar og personen tar fatt på gamle aktivitetar. Nyorienteringsfasen som er den siste fasen i kriseforløpet har ingen ende, men personen lærer seg å leve med «arret». Ei krise vil alltid vere ein del av eit menneske si livshistorie (Renolen, 2010, s. 163-172).

I følge Dyregrov, (2012, s. 48), opplever også barn ulike former for sorgreaksjonar, både før og etter eventuelle død av ein forelder. *Antesipert sorg* eller *ventesorg* er omgrep brukt på sorga som ein opplever før døden, det handlar om moglegheita for at den sjuke kjem til å døy eller sorg over tap av livet og forelderen slik han/ho var før. Denne sorga vert ofte heldt skjult frå barna si side, fordi at dei skammar seg over slike tankar, og fordi ingen kanskje har snakka med dei om at det å «ta døden på forskot» er vanleg.

Forsvarsmekanismar er ubevisste psykiske reaksjonsmåtar som har til oppgåve å redusere opplevinga av og bevisstheita om trussel og fare for Eg-et. I situasjonar der den kriseramma personen meir eller mindre fortrenger opplevinga og oppfatninga av hendinga eller årsaka som utløyste stress, verkar forsvarsmekanismen som eit filter. I nokre tilfelle, fører forsvarsmekanismane til at situasjonen varer lenger og blir vanskelegare, eller at personen ikkje handlar adekvat i skadelege situasjonar, fordi overgangen til bearbeiding av det som har skjedd vert forsinka. Dei vanlegaste forsvarsmekanismane er forneking, projeksjon, regresjon, rasjonalisering og isolering og undertrykking av kjensler (Reitan, 2011, s.79-82).

Forneking å ikkje innsjå realitetane. Små barn kan for eksempel fornekte at døden er ugjenkalleleg, og tru at den daude vil komme tilbake. Denne forsvarsmekanismen vil gradvis avta når barnet veks til, men kan dukke opp seinare i livet vet til dømes krise. Ved *projisering* kastast det ein opplever som problematisk hos seg sjølv, over på nokon andre eller noko i omgjevnadane. Dette kan for eksempel vere at viss ein føler på eit enormt sinne, så kan ein ved projisering seie at andre er sinte. Barn kan vise denne forsvarsmekanismen i situasjonar der dei er sinte på seg sjølv for noko, viss dei har øydelagd ei leike, projiserast skulda over på andre, for å dempe angsten som vekkast i dei sjølv. Ein forsvarsmekanisme som særleg kjem til uttrykk i situasjonar der ein føler seg utrygge er *regresjon*. Ein ynskjer seg tilbake til eit utviklingstrinn der ein følte seg tryggare og blei tatt vare på. Hos barn visast dette gjennom barnsleg tankegang, som til dømes magisk tenking eller ukontrollerte kjensleutbrot. Ved *rasjonalisering* prøver ein å rettferdiggjere eller å finne ei akseptabel forklaring på ei uakseptabel handling eller kjensle. På grunn av at det kan vere vanskeleg å innsjå at ein mislykkast i noko, dukkar det opp eit behov for ei fornuftig forklaring på ei hending eller handling. *Isolering av kjensler* er eit forsvar mot vonde opplevingar, der det kan verke som den kriseramma personen tar hendinga mes fatning og opptrer fornuftig og balansert, men ofte er dette ein midlertidig beskyttelse mot dei vonde kjenslene. Dette kan seinare føre til at dei isolerte kjenslene kjem til uttrykk på andre måtar, for eksempel gjennom angstreaksjonar (Renolen, 2010, s. 167).

2.5 Sjukepleiaren sin vegleiande funksjon

«Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot styrking av pasientens mestringskompetanse gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2012, s. 184).

Ein sjukepleiar kan vegleie familien til å ha ein open kommunikasjon, slik at dei kan samtale om tankar og kjensler, sjukdommen og vise toleranse for ulike reaksjonsformer. I tillegg til vegleieing om korleis foreldra kan snakke med barna, treng dei og vegleieing i korleis dei kan vidareføre informasjonen til skulen til barna. Aksept for reaksjonar hos barn som er i ei pårønderolle, er lettare å få ved at ein har eit godt samarbeid med skulen. Alminnelege reaksjonar i ein situasjon kan vere både sinne, tristheit, apati og konsentrasjonsvanskar. Skulen får mogleik til å iverksette pedagogisk krisehandtering, ved at dei får informasjon om

sorg og krise i familien. Då kan krise og trauma omskapast til pedagogiske moglegheiter, og både barn og pedagogar kan oppleve meistring (Reitan, 2011, s. 101).

3.0 Kvalitativ litteraturstudie som metode

I følgjande kapittel blir litteraturstudie som metode omtalt, søkehistorikken min blir presentert, samt kort om metodekritikk og kjeldekritikk.

I følgje Olsson og Sörensen (2009, s. 91), skal litteraturstudiar som alle andre oppgåver bestå av bakgrunn, føremål, spørsmålsstillingar og innsamlingsmetode, osv. På same måte som respondenten er informasjonskjelda i eit intervju, er litteraturen informasjonskjelda i ein litteraturstudie. Ein set innsamlingsdata frå litteraturen i dialog med bakgrunslitteraturen og drøftar desse ut frå formål og spørsmålsstillingar.

3.1 Søkehistorikk

Eg har utført fleire systematiske søk gjennom høgskulen sine helsefaglege databasar: Cinahl og Svemed+. Eg valde å søke etter engelske artklar i tillegg til norske, då dette var mest hensiktsmessig for å få flest mogleg treff. Søkeorda eg brukte var: Children of impaired parents, cancer, tumor, neoplasms, children as relatives, og information needs. Søkeorda vart brukt kvar for seg og samansett for å få mest mogleg treff. Etter gjennomgang av fleire artklar, sat eg igjen med fire kvalitative sjukepleievitskapelege artklar. Søkehistorikken er oppført i tabell, sjå vedlegg 1.

3.2 Kjeldekritikk

Kriteriene for artklane var at dei skulle vere relevante med tanke på alder, tema, geografisk område og fagnivå. Artklane skulle vere publisert seinare enn 2077, for at innhaldet skulle vere mest mogleg oppdatert og riktig i forhold til dagens lovar og reglar. Dei skulle seie noko om barn mellom seks og tolv år som er pårørende til foreldre med ein alvorleg kreftdiagnose, barns meistringsstrategiar og barns behov for støtte og informasjon. Artklane skulle vere frå eit land som har same kvalitet på helsesystemet som Noreg har, slik at forskjellane ikkje skulle vere for store. Kravet til det faglege nivået på artklane var at dei skulle vere sjukepleievitskapelege. Artklane er kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister frå kunskapsbasertpraksis.no, Sjå vedlegg 2.

3.3 Metodekritikk

Ved å bruke litteraturstudie som metode, har eg funne relevante artiklar for å kunne svare på problemstillinga mi. Fordelen med metoden er at ein står fritt til å velje problemstilling, ein har klare rammer å førehalde seg til og ein treng ikkje ta etiske omsyn eller omsyn til teieplikta overfor pasientar og pårørande, på same måte som ved bruk av andre metodar. Ein anna metode som ville vore hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga mi, er direkte intervju av barn som pårørande, sjuke og friske foreldre, men av etiske omsyn til pasientane og dei pårørande, let ikkje dette seg gjere. Metoden var førehandsbestemt og problemstilling måtte veljast ut i frå dette.

4.0 Resultat

I følgjande kapittel blir kvar enkelt artikkel presentert med bakgrunn, hensikt, metode, resultat og konklusjon. Deretter blir hovudfunna oppsummerte og hovudtema til diskusjonen blir presentert.

4.1 Presentasjon av valde artiklar

Artikkel 1: «Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft»

Hofset Larsen, B., & Wammen Nortvedt, M. (2011).

Bakgrunn: Kwart år opplever rundt 4000 barn i Noreg å bli pårørande når ein i nær familie, ofte mor eller far, får kreft. kreftsjukdom hos ein av foreldra kan vere ei påkjenning for barn og ungdom ved trusselen om tap og ved dei endringane i familien sine roller og kvardagsliv som føl med sjukdom og behandling. Frå januar 2010 er barns sjølvstendige rett til informasjon styrka gjennom endringar i Helsepersonellova.

Hensikt: Målet med denne litteraturstudien er å gjennomgå eksisterande forskning som utdjupear og konkretiserer barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft.

Metode: Kvalitativ litteraturstudie, der det vart søkt systematisk etter relevant forskingslitteratur i følgjande kjelder: Johanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, PsycInfo, Medline, Cinahl og Svemed+. Alle enkeltstudiane som vart inkludert hadde kvalitativt studiedesign, sjølv om søket ikkje var avgrensa til type studie. Oversiktsartikkelen sumerar 52 enkeltstudiar som hadde ulike forskingsdesign og fokus, men som alle handla om korleis kreftsjukdom hos ein av foreldra innverkar på barna og familien.

Resultat: Til saman vart elleve enkeltstudiar og ein oversiktsartikkel inkludert. Studiane synleggjer informasjonsbehovet hos barn og ungdom innanfor seks område: barnets forståing, informasjonens innhald, omfang, timing, informasjonskjelder og gjensidig beskytting.

Konklusjon: Studiane viser at foreldra er barns viktigaste informasjonskjelde. Barn ynskjer ærleg og konkret informasjon om sjukdom og behandling, inklusiv prognotisk informasjon. Ved manglande informasjon konstruerte barna sine egne forklaringar. Informasjonen barna fekk var tidvis mangelfull og blei nokre gongar gitt på ein lite hensiktsmessig måte. Barnas forståing og reaksjonar hang saman med alder og kor modne dei var. Resultata korresponderer med dei nye lovbestemmingane og føringane som blir gitt i tilhøyrande rundskriv.

Artikkel 2: «Coping, social relations, and communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer»

Thastum, M., Johansen, M., Gubba, L., Olesen, L., & Romer, G. (2008).

Hensikt: Hensikta med studien var å finne måtar å informere barn på, om sjukdommen til foreldra, korleis barna oppfattar foreldra sin kjenslemessige tilstand, korleis barna meistrar foreldra sin sjukdom og kor vidt ein kan samanlikne meistring hos barna og meistringa hos foreldra.

Metode: Dette er ein kvalitative studie basert på intervju, der 21 barn, og foreldra deira, frå 15 ulike familiar vart intervjuja. I 13 av familiene var det mor som var sjuk, og i dei to andre var det far som var sjuk.

Resultat: Barna viste seg å bruke fem forskjellige meistringsstrategiar: hjelpe andre, ta på seg omsorgsrolla/foreldrerolla, distraksjon, stenge inne kjenslene og magisk tankegang. Kommunikasjonsmønster og foreldra si meistringsevna hang nøye saman med barna si meistringsevne. Dei fleste barna var sterkt påverka av foreldra sin sjukdom, sjølv om det kunne sjå ut som dei meistra det bra.

Artikkel 3: «School-aged and adolescent children`s experience when a parent has non-terminal cancer» Huang, X., O`Connor, M., & Lee, S. (2014)

Hensikt: Hensikta studien var å finne relevante artiklar som omhandla barn og unge si oppleving av å ha ein kreftsjuk forelder.

Metode: Dette er ein systematisk litteraturstudie og meta-syntese av kvalitative studiar, der sju databasar vart søkt gjennom og 16 artiklar var inkludert i studien.

Resultat: Fem tema vart identifisert i artiklane: å bli informert om foreldra sin kreftdiagnose, emosjonelle bekymringar, endringar i dagleglivet, å skaffe seg informasjon og emosjonell støtte. Alle barna som var deltakarar i studien var blitt informert om kreftdiagnosen til mor eller far. Det kom fram av resultatata i studien at samlege av barna hadde vore i gjennom fleire emosjonelle fasar etter dei fekk beskjeden om diagnosen til foreldra, og liva deira blei avbrotne i ulik grad, at barnas behov for informasjon og støtte var blitt dårleg ivaretatt, eldre barn fekk detaljert informasjon om foreldra sin diagnose, mens dei yngre barna blei meir skjerma, anten det var meininga eller ikkje. Nokre av barna som vart skjerma, fekk likevel vite sanninga gjennom å snakke med andre. Barna viste ulike former for kjensler og rekasjonar som sjokk, bekymring, redsel, tristhet, sinne, uro og usikkerhet. Foreldra sin diagnose viste seg å påverke dagleglivet og rollene i familien. Mange av barna tok på seg meir ansvar og oppgåver i kvardagen, slik at det gjekk ut over si eiga tid med venner. Barna si forståing av informasjonen som vart gitt, varierte veldig med alder, personleg erfaring, kunnskap og måten informasjonen vart gitt på.

Konklusjon: Opplevinga for barn når far har ei kreftdiagnose bør bli vidare forska på. Også kva innverknad sjukdommen har på barna både over korte periodar og over lengre tid, spesielt på barn med ulik kulturell bakgrunn, burde bli meir undersøkt.

Artikkel 4: «How children cope when a parent has advanced cancer»

Kennedy, V. L., & Lloyd-Williams, M. (2009)

Bakgrunn: Når foreldre får ei kreftdiagnose, opplever barn stor grad av stress og bekymring. Det er funne lite informasjon om barn som pårørande når mor eller far får kreft.

Hensikt: Hensikta med denne studien var å finne ut korleis barn meistra situasjonen når ein av foreldra har alvorleg kreft og å finne ut om det fantes arenaer der barn kunne få tilgang på støtte, slik at dei kunne bli i stand til å meistre sjukdommen til mor eller far.

Metode: Dette er ein kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervju som vart gjennomført på kreftsjuke foreldre, friske foreldre og barn over 7 år (28 deltakarar). Intervjua vart tatt lydopptak av og etterpå transkribert etter retningslinjer.

Resultat: Fire store tema vart trekt fram: reaksjonar på diagnostisering, meistringsmekanismer, livsendringar og positive sider. Barna beskreiv at dei følte seg fortvila over diagnosen til foreldra, at dei var bekymra for foreldra og si eiga helse og korleis dei kom til å meistre situasjonen viss sjukdommen utvikla seg til å bli meir alvorleg. Distraksjon og å oppretthalde normalitet var dei meistringsmekanismane som vart mest brukt blant barna, men

både resonnering, å ha ei positiv haldning, informasjon og å gå vidare, var strategiar som vart beskrive. Auka ansvar og arbeidsoppgåver, redusert sosiale aktivitetar og endringar i relasjonar og roller var dei største forandringane i dagleglivet. Det kom fram at foreldra ikkje alltid oppfatta i kor stor grad sjukdommen hadde innverknad på barna, og fokuserte på å redusere innverknaden ved å forsøke å oppretthalde det normale livet. Dei positive momenta som vart beskrive var styrking av relasjonar, å få meir tid ilag med familie og at dei lærte seg å setje meir pris på familiemedlemmer og dei viktige tinga i livet.

Konklusjon: Open kommunikasjon i familien vil føre til raskare meistring og meir positive opplevingar for barn som har kreftsjuke foreldre.

4.2 Oppsummering av hovudfunn

Foreldra er barnas viktigaste informasjonskjelde, dei ynskjer ærleg og konkret informasjon, inklusiv informasjon om prognose. Ved manglande informasjon konstruerte barna sine egne forklaringar på sjukdommen. Informasjonen barna fekk var tidvis mangelfull og blei nokre gongar gitt på ein lite hensiktsmessig måte. Eldre barn fekk detaljert informasjon om foreldra sin diagnose, mens dei yngre barna blei meir skjerma, anten det var meininga eller ikkje. Nokre av barna som vart skjerma, fekk likevel vite sanninga gjennom å snakke med andre. Barna si forståing av informasjonen som vart gitt varierte veldig med alder, personleg erfaring, kunnskap og måten informasjonen vart gitt på. Både dei vaksne og barna ynskja å ha ein open kommunikasjon, men begge partar heldt tilbake kjenslene sine for å beskytte kvarandre. Dei meistringsstrategiane som var dominante bland barna var distraksjon og fornektning. Mange av barna tok på seg meir ansvar og oppgåver i kvardagen, slik at det gjekk ut over si eiga tid med venner. Barna beskreib at dei kjente på angst ved diagnostisering av mor eller far og dei hadde bekymringar overfor foreldra si helse og si eiga helse. Forståing av informasjon og reaksjonar hang saman med alder og kor modne dei var. Barna hadde vore i gjennom fleire emosjonelle fasar etter dei fekk beskjeden om diagnosen til foreldra og dei viste ulike former for kjensler og reaksjonar som sjokk, bekymring, redsel, tristheit, sinne, uro og usikkerheit.

Samlege artklar tok føre seg både informasjonsbehov, ulike meistringsstrategiar, psykologiske reaksjonar og kommunikasjon med foreldre. Difor fann eg det nyttig å samle funna frå artiklane i dei hovudtema, som vil bli overskriftene i diskusjonsdelen.

5.0 Diskusjon

I diskusjonskapittelet vil funna frå forskingslitteraturen bli drøfta opp mot ulike teoretiske perspektiv, lovar og forskrifter og pensumlitteratur, i desse hovudtema: Å ivareta barns informasjonsbehov ved hjelp av vegleiing, bidra til å oppretthalde ein open kommunikasjon mellom foreldre og barn, imøtekomme barns bruk av meistringstrategiar og korleis støtte opp om barns psykologiske reaksjonar. Alle tema vil ta føre seg korleis ein som sjukepleiar kan bidra til barn si meistring av mor eller far sin kreftsjukdom, som vil vere svar på problemstillinga mi.

5.1 Å ivareta barns informasjonsbehov ved hjelp av vegleiing

Borna meiner foreldra er den viktigaste informasjonskjelda, når mor eller far får kreft (Larsen & Nordtvedt, 2011). I ei studie av Thastum et al. (2008), kjem det fram at dei fleste barna hadde fått informasjon av foreldra rett etter at dei fekk diagnosen. På den andre sida har det vist seg at i situasjonar der barn har ein forelder som er alvorleg sjuk, er det ikkje alltid at forelderen eller andre nærstående klarer å ivareta barnets behov for informasjon (Molven, 2011, s. 342). I følgje Blindheim et al. (2011, s. 186), er det mange måtar ein sjukepleiar kan vegleie, informere og undervise barn, ungdom og vaksne pårørende på. Sjukepleiaren kan for eksempel gi informasjonen saman med foreldra og kanskje vegleie mor og far om korleis dei kan møte barnet i denne vanskelege situasjonen. Å gi tilbod om kurs for pårørende er ein anna måte å undervise/vegleie på. I desse kursa kan pårørende møte andre som er i ein tilsvarende situasjon, og det har vist seg at det er viktig å tilby kurs for barn, ungdom og vaksne kvar for seg, på grunn av gruppa sine ulike behov. På den måten er det lettare å snakke utan å ta omsyn til andre i familien, og ein unngår at dei beskyttar kvarandre med å ikkje fortelje alt (Blindheim & Thorsnes, 2011, s. 186). Det viser seg at sjukepleiaren si støtte og vegleiing til barn som pårørende, foreldre og andre omsorgspersonar er ein svært viktig del av krisehandteringa, for barnet si meistring av situasjonen og for å unngå at ungane lagar sine egne fantasiar om situasjonen.

Borna ynskte ærleg og konkret informasjon om foreldra sin sjukdom, inkludert informasjon om prognose og behandling (Larsen et al., 2011). Dette underbygger også ei anna studie, ved at det var viktig for barna å få presis informasjon, slik at dei kunne få betre kunnskap om sjukdommen til foreldra, og slik at dei kunne føle at dei kunne vere til hjelp (Thastum et al., 2008). Helsepersonell på sjukehus og i kommunehelsetenesta må dekke familiemedlemmene

sitt behov for informasjon og at informasjonen som blir gitt bør omhandle diagnose, prognose og sjukdomsprosessen, samt moglege belastningar på familiemedlemmer og familiesystemet, praktiske gjeremål i forhold til den nye situasjonen, meistringsstrategiar og korleis foreldra kan gi barna omsorg og støtte (Dyregrov, 2012, s. 57). Ofte vil ein tenke at barn ikkje har godt av å høyre heile sanninga eller alle detaljar, så ein prøver gjerne å tone ned vonde opplevingar slik at borna skal få eit finare bilete på det. På den andre sida har det vist seg at dess meir ein pyntar på sanninga og skjermar borna for, dess meir usikkerheit og utrygghet skapast det, og jo lengre tid tar det før barnet kan akseptere og handtere situasjonen. Her kjem vi tilbake til teorien om det resiliente barnet som har mogleik og eigenskapar til å meistre dei påkjenningane som livet gir dei, og som er mindre sårbart enn ein tidlegare trudde. Ein kan difor konkludere med at jo tidlegare jo betre er det at barn får ærleg informasjon.

Borna si forståing av informasjonen som vart gitt varierte veldig med alder, personleg erfaring, kunnskap og måten informasjonen vart gitt på (Huang et. al, 2014). Barn og ungdom må få ærleg og open informasjon, som er tilpassa deira kognitive forståing om at mor eller far er alvorleg sjuk og kanskje kjem til å døy i nærmaste framtid. Det skapast tillit og tryggleik hos barn og unge når vaksne fortel konkret og direkte om kva som har skjedd, og ein kan unngå at dei skapar seg fantasiar om situasjonen, ved at dei får vite sanninga (Reitan, 2011, s. 101). Viss ein ser tilbake på Eriksons utviklingsteori ser ein at barn i ferdigheitsfasen, (frå fem år og fram til puberteten), har mogleik til å danne ei grunnhaldning med ei kjensle av å vere kompetent, at ein meistrar, eller på den andre sida, ei kjensle av mindreverd. Det ein kan konkludere med her er at for å unngå at barna føler seg mindreverdige i situasjonar der ein av foreldra er alvorleg sjuk, må andre vaksne, i dette tilfelle sjukepleiaren, vere rollemodellar og skape tillit til borna, ved at dei ser kvar enkelt barn sitt behov for informasjon.

Informasjonen som vart gitt til barna var tidvis mangelfull og i nokre tilfelle vart den gitt på ein lite hensiktsmessig måte, til dømes når barna ikkje var førebudde. Og ved manglande informasjon, konstruerte barna sine egne forklaringar (Larsen et al., 2011). Barn har eit stort behov for informasjon om forelderen sin prognose og sjukdomsføreløp, for elles skapar dei seg fantasiar som er verre enn verkelegheita. Barna kan miste tilliten til foreldra, som dei i den nye situasjonen er endå meir avhengige av å stole på, viss dei blir heldt utanfor viktige forhold som angår familien og dei sjølv (Dyregrov, 2012, s. 50). Barn er knytt til foreldra sine både på godt og vondt, og treng hjelp til å meistre den situasjonen dei står i. Dersom ikkje andre signifikante vaksne støttar opp om barnet og familien, der foreldre har alvorlege

helseproblem, er barnet utsett og står sjølv i fare for å utvikle problem (Gjesdahl, 2012, s. 6). Eg vil bruke Antonovsky sin salutogenese teori og omgrepet *handterbarheit* i dette avsnittet, for å få fram viktigheita av at barn har vaksne personar dei kan stole på. For Antonovsky meiner nemleg at viss at ein situasjon skal vere handterbar, må dei indre og ytre ressursane hos eit menneske vere under eigen kontroll eller at dei kontrollerast av noko eller nokon ein kan stole på. For barn er det ikkje lett å kontrollere desse sjølv, og dei treng difor trygge vaksne til å støtte dei i denne meistringa. Det kan difor tenkast at viss ein skal kunne oppretthalde tillit mellom foreldre og barn eller sjukepleiar og barn, må barna få vite alvora av sjukdommen til foreldra og heile tida bli oppdatert på vidare sjukdomsførelaup, slik at dei slepp å konstruere sine egne oppfatningar.

Dei eldste barna fekk presis og detaljert informasjon om diagnosen til foreldra (Huang et. al, 2014). Det særleg viktig at ikkje ungdommane blir gløymde av sjukepleiarane når dei skal følge opp familiar til pasientar med kreft, med tanke på ungdom si sårbarheit. På grunn av denne usikkerheita, har det vist seg at ungdommane ikkje er alltid er så lette å få i samtale, få med i grupper eller på kurs, då dei vegrar seg på å møte andre i same situasjon. Det er difor svært viktig at ein som sjukepleiar ikkje gir opp, sjølv om ein i første omgang vert avvist av ungdommen med at «alt er ok», men at ein fortsette å vise at ein bryr seg. Det viktigaste er at sjukepleiaren ser at ungdom som pårørande har behov for informasjon, å bli sett og møtt i desse situasjonane er viktig førebyggjande arbeid (Blindheim & Thorsnes, 2011, s. 188). Viss ein igjen ser på Eriksons utviklingsteori, ser ein at ungdom i puberteten er i ein fase der dei skal utvikle grunnhaldningane ego-identitet eller på den andre sida rolleforvirring. For å unngå at ungdommane utviklar rolleforvirring i plassen for ego-identitet, må dei ha trygge vaksne å støtte seg til, særleg i situasjonar der ein av foreldra er alvorleg sjuk. Her kjem sjukepleiaren si viktige vegleiande rolle inn.

Informasjonsbehovet til barna viser seg å vere ivaretatt i svært ulik grad, i følgje funna frå forskinga, og det bør framleis settast meir fokus på dette.

5.2 Bidra til å oppretthalde ein open kommunikasjon mellom foreldre og barn

Foreldra hadde tru på å ha ein open kommunikasjon med barna sine om kreftdiagnosen sin, men heldt likevel ofte tilbake informasjon. Dette gjorde dei fordi dei trudde at barna ikkje ville forstå, eller at barna ville stille spørsmål om eventuelt død. I tillegg viste det seg at fleire av barna heldt igjen kjenslene og spørsmåla sine for å ikkje uroe foreldra, og denne gjensidige beskyttelsen vart ein barriere for den opne kommunikasjonen i familien (Larsen & Nordtvedt, 2011). På den eine sida finn ein at barn underkommuniserer vanskane sine, fordi dei meiner at foreldra har meir enn nok å tenke på sjølv, og at foreldra difor ikkje i tilstrekkeleg grad er klar over kva barna slit med (Dyregrov, 2012, s. 50). På den andre sida ser ein kor viktig det er at sjukepleiarar som arbeidar med familiar i situasjonar der den eine forelderen har ein kreftdiagnose, kjenner til dei beskyttande mekanismane som familiemedlemmene nyttar ovanfor kvarandre, for å kunne hjelpe dei vidare. Foreldre vil automatisk beskytte barna sine, og «kjærleikens skjold» gjer at dei vil unngå å snakke opent om sjukdommen med barna, sjølv om barna ofte blir meir usikre av å ikkje vere orientert om situasjonen. Difor er det viktig at familiar får hjelp til å minske dette beskyttande skjoldet, slik at dei klarer å snakke saman, det kan vere med på å auke deira meistring i den situasjonen dei er i (Blindheim & Thorsen, 2011, s. 187). Det kan tenkast at jo fortare ein sjukepleiar kjem på bane og fangar opp kommunikasjonsvanskane i familien, jo mindre utryggheit og usvarte spørsmål blir det rundt sjukdommen til foreldra.

Nokre av foreldra fortalte ikkje barna kor alvorleg sjukdommen var, men såg likevel tydelege åtferdsproblem hos barna frå dei fekk vite om diagnosen (Kennedy et. al, 2009). På den eine sida seier Dyregrov (2012, s. 50), at mange foreldre gir uttrykk for at det er vanskeleg å kommunisere med og informere barna om kreftsjukdommen, og at dette har vist seg å henge nøye saman med vanskar for barna. På den andre sida blir fellesskapet og familien si evne til meistring i dagleglivet styrka av å ha ein open kommunikasjon, og om barna får handfaste og konkrete svar som ikkje blir endra, kan dei stole på foreldra og andre vaksne (Reitan, 2011, s. 101). For barn blir opplevinga av at mor eller far får kreft ei så stor krise at det overstig meistringsevna deira, og kjensler som frykt og tristheit kan komme ut i reaksjonar som angst, skuld og sinne. Og sjølv om barna ikkje får vite kor alvorleg sjukdommen er, forstå dei at

noko er svært gale og at foreldra oppfører seg på ein annleis måte enn normalt, og ein kan som tidlegare nemnt tenke seg at barna lagar sine egne oppfatningar av situasjonen viss dei ikkje får vite sanninga. Difor er det igjen ekstra viktig at barna får den forklaringa dei treng og hjelp til å handtere dei kjenslene og reaksjonane som dei har.

For at barna skal kunne stole på foreldra og andre vaksne er det viktig å ha ein open og ærleg kommunikasjon.

5.3 Imøtekomme barns bruk av meitringsstrategiar

Mange av dei pårørande barna brukte meistringsstrategiar som gjekk ut på å hjelpe andre, der i blant småsøsken, og å hjelpe til i huset med praktiske oppgåver. I tillegg tok mange av dei på seg foreldrerolla, ved å skyve vekk sine egne behov for å ta vare på foreldra og for å oppretthalde stabilitet i familien (Thastum et al., 2008). På den eine sida er ikkje barn pårørande slik vaksne er pårørande og dei skal få sleppe plikter, belastningar og omsorgsoppgåver som er større enn dei kan meistre. På den andre sida er barn unike individ med egne rettigheter og ressursar, og har ofte viktige oppgåver i familien (Gjesdal, 2012, s. 6). På ei tredje side må barn som pårørande sjåast ut frå eit meistrings- eller resiliensperspektiv, sjølv om dei er sårbare og har utfordringar. Det er svært viktig å ha fokus på positiv fungering, samt dei ferdigheitene og den vekst ein kan finne hos barn, som gjennomlever vanskelege erfaringar og utfordringar (Dyregrov et. al, 2012, s. 11). Det kan ut i frå desse påstandane konkluderast med at det er svært viktig å ha ein god balanse mellom det å la barn få lov til å vere barn og det å la barn ta på seg oppgåver og ansvar.

Ei anna form for meistringsstrategi som vart brukt av barna var distraksjon. Barna beskreiv at dei pleidde å teikne, sjå film eller spele på pc`en, for å sleppe å tenkje på sjukdommen til foreldra (Thastum et al., 2008). Det er viktig for barna å skape «friminutt». Gjennom å gjere kjekke ting, som å vere med venner og å arbeide med kjenslene sine, skapar dei seg «friminutt» som får dei til å slutte å tenke på sjukdommen. Friminutta kan for eksempel bestå av å lytte til musikk, skrive brev, vere i fysisk aktivitet eller å gå på skulen (Dyregorov, 2012, s. 59). Det kan virke som at barn er gode på å halde seg opptatt, eller distrahere seg sjølv med ting dei synest er kjekt å halde på med, for å få avstand frå sjukdommen og den vanskelege situasjonen. På ei anna side, kan det tenkast at ved å distrahere seg sjølv frå vonde kjensler, kan prosessen med krisehandteringa ta lengre tid, fordi dei ikkje lar situasjonen gå inn på seg.

Som sjukepleiar er det viktig å fange opp slike signal tidleg, slik at barn ikkje står åleine om opplevingane og kjenslene sine, men at dei får snakka ut om det dei slit med.

Barna ynskja ofte å snakka med andre vaksne, gjerne utanfor familien, om den vanskelege situasjonen. Dette gjorde dei for å ikkje uroe foreldra med sine kjensler, og brukte dette som ein meistringsstrategi (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Barn har blitt anbefalt å søke trøyst hos vaksne, og å be dei om å søke hjelp for dei. Det har vist seg at barna ser betydninga av å vere open mot andre enn foreldra, for å meistre den vanskelege situasjonen (Dyregrov, 2012, s. 59). For den emosjonelle og sosiale utviklinga er det viktig å knytte seg til andre menneske. Barnet si evne til å danne emosjonelle band og sosiale relasjonar til andre, er ein prosess som kallast tilknytning og gjennom heile livet dannast det nye relasjonar til andre menneske, ved at vi knytt oss til familie, venner, lærarar, naboar og kollegar. I løp av livet vil også mange av desse relasjonane bli brotne, anten ved at kontakten kuttast eller at nokon dør, og tilknytning og skilling er begge naturlege delar av livet. Sjukdom og medisinsk behandling medfører skilling i større eller mindre grad hos menneske i alle aldrar, og særleg for barn er dette vanskeleg å takle. I dag tenker vi at barn har kompetanse til å knytte seg til fleire, til dømes besteforeldre, søsken og barnehage- og skulepersonale, og dette kan bidra til at barn er mindre sårbare viss dei blir skilt frå foreldra (Renolen, 2010, s. 66-73). Det kan tenkast at born synest det er skummelt å støtte seg til framande vaksne i sårbare situasjonar, og ein bør trø varsamt når ein skal møte desse barna og ungdommane, for å skape eit tillitsforhold hos dei. Då kan det vere viktig nytte seg av personar som barnet kjenner og er trygge på. Samtidig er det viktig at ulike tenester er orinerterte om kvarandre når det gjel tilbud rundt barn som pårørande. Det finns oversikter over ulike tenester som kan bidra til å ivareta barna, for eksempel eit familievernkontor (Helsetorgmodellen, 2017).

5.4 Korleis støtte opp om barn sine psykologiske reaksjonar:

Mange av borna beskrev at dei kjente på angst ved diagnostisering av mor eller far og dei hadde bekymringar overfor foreldra si helse og si eiga helse (Kennedy et. al, 2009). Forsking har vist at barn blir sterkt rørt ved foreldre sin kreftsjukdom/død og det er blitt konkludert med at det er auka risiko for internaliserande problem som angst, depresjon, sorgreaksjonar, men også at dei unge slit med eksistensielle spørsmål og sosiale tilpassingar (Dyregrov, 2012, s. 44-48). I sjokkfasen av ei krise, som for eksempel ved diagnosetidspunkt, er det mange måtar

å reagere på, ein av dei vanlegaste måtane barn kan reagere på er ved fornektning. Ofte fornektar barn sjukdommen til foreldra og vil ikkje akseptere det som har hendt. Dette kan igjen gjere det vanskeleg for foreldra å oppretthalde den opne kommunikasjonen med barna. Det er difor særleg viktig at sjukepleiar bidrar med å ta vare på barna ved diagnosetidspunkt, slik at dei får utløp for reaksjonane og svar på spørsmåla sine. På denne måten kan ein kanskje minske risikoen for psykiske problem hos barna seinare i livet.

Barna hadde vore gjennom fleire emosjonelle fasar etter dei fekk beskjeden om diagnosen til foreldra, og dei viste ulike former for kjensler og reaksjonar som sjokk, bekymring, redsel, tristheit, sinne, uro og usikkerheit (Huang, et. al, 2014). Det har vist seg at foreldra sin kreftdiagnose kan medføre ein så stor belastande familiesituasjon at den utgjer ein stor risiko for barna sin psykososiale helse også over tid. På den eine sida er det ein del barn som fortel at dei har vondt i hovudet, vondt i magen, allergiar og andre symptom. På den andre sida er det barn som ikkje snakkar så mykje om kva dei slit med, men som i staden for held tankane og bekymringane for seg sjølv. Nokre barn mister matlysta og får redusert energinivå, mens andre blir oftare sjuke. Ein del barn opplever også søvnproblem og konsentrasjons- og læringsvanskar, noko som innverkar på skulesituasjonen (Dyregrov, 2012, s. 44-48). Mange barn isolerer kjenslene sine, som er ei form for forsvarsmekanisme. Som tidlegare nemnt er isolering av kjensler berre ei midlertidig beskyttelse mot dei vonde kjenslene, og kan seinare før til at dei isolerte kjenslene kjem til uttrykk på andre måtar, for eksempel gjennom angstreaksjonar. Det viser seg ut frå desse funna at barn reagerer på svært ulike måtar, og ein skal ikkje nødvendigvis behandle alle likt, sjølv om alle er pårørande til foreldre med kreft. Ein sjukepleiar skal kunne sjå barna som unike individ som treng ulik oppfølging, nokre treng kanskje å snakke ut om dei vonde kjenslene sine, andre har gjerne behov for fysisk kontakt og nokre kan nøye seg med å få teikne ei teikning for å uttrykke seg.

Avslutning

I arbeidet med barn som pårørande krevjar det at sjukepleiaren har oppdatert kunnskap om lover og forskrifter, rutinar og ferdigheiter, slik at barna får den oppfølginga dei har rett på. Hensikta med oppgåva var å undersøke korleis vi som sjukepleiarar kan imøtekomme barn som pårørande og bidra til meistring, når mor eller far får kreft. Gjennom drøfting av funna i forskingsartiklane har eg komme fram til at det er variasjonar i oppfølging av barn og unge som pårørande. Informasjonsbehovet og forståinga av informasjonen varierte med alderen på

barna og etter kor mykje dei kunne om sjukdommen frå før. Ulike meistringstrategiar vart tatt i bruk, mange av barna heldt tilbake sine egne kjensler for å beskytte foreldra og omvendt. For meg seg det ut som at etter lovendringa i 2010, det barn fekk lovfesta rett til oppfølging av helsepersonell, har det blitt tydeleg meir fokus på området. Likevel har eg erfart at det framleis ein lang veg å gå for å fange opp alle barn som treng støtte til meistring når mor eller far er sjuke. Vidare forskning og auka fokus på området kan bidra til betring av sjukepleiepraksis og djupare forståing.

Referanseliste

- BarnsBeste. (2017). *Fakta om barn som pårørende*. Henta 26. april 2017 frå <http://ss.prod.fpl.nhn.no/SiteCollectionDocuments/Gunder/Gunder%200113/Fastleger%20-%20faktaark%20PDF.pdf>
- Brataas, H. V. (2011). Sykepleiens pedagogiske funksjon på ulike praksisarenaer. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis- pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 18-30). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blindheim, K., & Thorsnes, S. L. (2011). Ungdom som pårørende- læring og mestring. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis- pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 185-198). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dyregrov, K. (Red.). (2012). *Barn som pårørende* (1. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum- hva vil vi løfte frem?. I K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (1. utg., s. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helspersonellova. (2017). *Lov om helsepersonell*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonellova#KAPITTEL_2
- Helsetorgmodellen. (2017). *Nettverk for barn og unge*. Henta 25. april 2017 frå: <http://www.helsetorgmodellen.net/samhandling/fagnettverk/nettverk-for-barn-og-unge/>
- Kennedy, V. L. & Lloyd-Williams, M. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 18: 886-892. DOI: 10.1002/pon.1455.
- Larsen, B. H., & Nortvedt, M. W. (2011). Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 70- 9. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0068>.

- Huang, X., O'Connor, M., & Lee, S. (2014). School-aged and adolescent children's experience when a parent has non-terminal cancer: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Psycho-Oncology* 23: 493-506 (2014). DOI: 10.1002/pon.3457. Henta frå: bestilt frå biblioteket på høgskulen i Haugesund.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2011). Helsepersonells rettigheter og plikter. I T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggen kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 328-350). Oslo: Akribe.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reitan, A. M. (2011). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 74-107). Oslo: Akribe AS.
- Renolen, Å. 2010. *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen:Fagbokforlaget.
- Thastum, M., Johansen, M. B., Gubba, L. Olesen, L. B. & 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.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (2. utg., s. 173-194). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (1. utg., s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søk i Svemed+

Januar 2017:

Søkeord:	Avgrensing:	Treff:	Relevante artiklar:
«Barn med kreftsyke foreldre»	2010-2016	1	«Reinertsen, K. (2012). Barn til kreftsyke vil vite mer. <i>Sykepleien</i> , 100(8), 66-9.»
«Children information needs»	2010-2016	9	«Hofset Larsen, B., & Wammen Nortvedt, M. (2011). Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft. <i>Sykepleien Forskning</i> , 6(1), 70- 9.»

Søk i Cinahl

Februar 2017:

Søkeord:	Avgrensing:	Treff:	Relevante artiklar:
- «Children of impaired parents» - «AND Neoplasms» - «OR Cancer» - «OR Tumor»	2010-2016	42	«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. <i>Clinical Child Psychology & Psychiatry</i> , 13(1), 123-138.» «Kennedy, V., & Lloyd-Williams, M. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. <i>Psycho-Oncology</i> , 18(8), 886-892. doi:10.1002/pon.1455.» «Huang, X., O'Connor, M., & Lee, S. (2014). School-aged and adolescent children`s experience when a parent has non-terminal cancer»

Vedlegg 2: Sjekkliste for kvalitativ forskning

Vurdering av artikkel 1

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
Kommentar:			
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? <i>TIPS:</i> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
Kommentar:			
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? <i>TIPS:</i> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
Kommentar:			

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 							
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Funna blir identifisert med Rundskrive E fra helsedirektoratet</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar:</p>		

HVA ER RESULTATENE?

	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Kommentar:</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Draft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p> <p>Funna er viktige fordi dei handlar om same aldersgruppe som mi problemstilling omhandlar.</p>
--	---