



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Startdato: | 20-11-2017 09:00 | Termin: | 2017 HØST |
| Sluttdato: | 01-12-2017 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinnskala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgåve i sjukepleie | Studiepoeng: | 15 |
| SIS-kode: | 203 SK152 1 S 2017 HØST | | |
| Intern sensor: | Sissel Hjelle Øygard | | |

Deltakar

| | |
|---------------------|---------------------|
| Namn: | Eline Aasgård Garen |
| Kandidatnr.: | 24 |
| HVL-id: | 246508@hvl.no |

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 6937 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barn som pårørende
Children as relatives

Eline Aasgård Garen

Bachelor i sykepleie

Avdeling for helsefag/ institutt for sykepleie/
campus Førde

01.12.2017

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Tittel: Barn som pårørende

Bakgrunn for valg av tema: Sykepleierstudiets hovedfokus er ofte på pasienten. Når barn blir pårørende kan de føle seg oversett og ensomme. Derfor ønsker jeg gjennom denne oppgaven å innhente mer kunnskap om temaet slik at jeg som sykepleier kan ivareta barn på best mulig måte. Barn som pårørende er en stor gruppe, derfor mener jeg dette er et viktig tema å belyse.

Problemstilling: Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta barn som pårørende?

Metode: En litteraturstudie basert på litteratur og forskning.

Resultat: Barn ønsker og trenger ærlig og konkret informasjon (Forrest et al., 2006; Larsen & Nordtvedt, 2011). De ønsker informasjon fra helsepersonell som har taushetsplikt (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009), da de ikke ønsker å bekymre sine foreldre med spørsmål. Forelderens sykdom er en stor belastning for barnet (Dyregrov, 2012, s. 48) og de opparbeider seg ulike forsvarsmekanismer for å beskytte seg selv (Gubba et al., 2008).

Konklusjon: Sykepleieren har et stort ansvar når det kommer til ivaretagelse av barn. Informasjon er et umøtt behov hos barn. God informasjon kan være med å fremme mestring hos barnet, og sykepleier har derfor ansvar når det kommer til å tilrettelegge dette. Sykepleiere må identifisere seg med barnets behov og vise genuin interesse for hva barnet har å si. I tillegg må en imøtekomme de behovene barnet har, og se barnet som et unikt individ (Eide & Eide, 2017, s. 364). Barn har ulike mestringsstrategier, men sykepleieren kan være med å forme tiltak som kan fremme følelse av mestring.

Kommunikasjon, informasjon og mestring.

Innholdsliste

| | |
|---|----|
| 1 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.2 Avgrensning av problemstilling..... | 2 |
| 1.3 Oppgavens oppbygning..... | 2 |
| 2 Metode..... | 3 |
| 2.1 Litteraturstudie..... | 3 |
| 2.2 Søkord og database..... | 3 |
| 2.2.1 Søk etter forskningsartikler..... | 3 |
| 2.2.2 Søk etter bøker og annen litteratur..... | 4 |
| 2.3 Kildekritikk..... | 4 |
| 2.3.1 Vurdering av forskningsartikler..... | 4 |
| 2.3.2 Vurdering av bøker..... | 4 |
| 3 Teori..... | 5 |
| 3.1 Joyce Travelbee..... | 5 |
| 3.2 Utviklingsteori..... | 5 |
| 3.2.1 Erik H. Erikson..... | 5 |
| 3.3 Barn som pårørende..... | 5 |
| 3.4 Barns informasjonsrett..... | 6 |
| 3.6 Krise..... | 7 |
| 3.7 Mestring..... | 7 |
| 3.7.1 Lazarus og Folkman..... | 7 |
| 3.7.2 Aaron Antonovsky..... | 8 |
| 3.7.3 Hilchen Sommerschild..... | 8 |
| 4 Resultat av forskning..... | 9 |
| 4.1 Breast cancer in the family – children’s perceptions of their mother’s cancer and its initial treatment..... | 9 |
| 4.2 Coping, sosial Relations and Communication..... | 9 |
| 4.3 Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft..... | 10 |
| 4.4 How children cope when a parent has advanced cancer..... | 10 |
| 4.5 Informations and communication when a parent has advanced cancer..... | 10 |
| 5 Drøfting..... | 12 |
| 5.1 Hvordan kan jeg som sykepleier sikre barns rett til informasjon..... | 12 |
| 5.2 Informasjon og kommunikasjon..... | 13 |
| 5.3 Fremme mestring..... | 15 |
| 6 Konklusjon..... | 18 |

Bibliografi

Vedlegg

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forskning gjort av Astrid Syse viser at flere enn 34 000 barn og unge under 18 år i Norge har eller har hatt en foreldre med kreft. I tillegg opplever nesten 3500 barn og unge under 18 år at en av foreldrene får kreft. Hvert år opplever rundt 700 barn og unge under 18 år å miste en foreldre av kreft (Syse, 2012). Lovendringen (2010) i Helsepersonell- og Spesialisthelsetjenesteloven skal sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar informasjons- og oppfølgingsbehovet til mindreårige barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010). Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a påpeker at helseinstitusjoner som omfattes av loven skal ha barneansvarlig personell som har ansvar for å fremme og koordinere barns oppfølging (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Formålet er å sikre at barn som pårørende tidlig blir fanget opp slik at helsepersonell kan sette i gang tiltak som fremmer mestring og forebygger problemer hos barn og foreldre (Helsedirektoratet, 2010).

Helsepersonelloven §10a påpeker at man som helsepersonell er pliktet til å ivareta mindreårige barn som pårørende. En skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og oppfølging som barn av alvorlig somatisk sykdom kan ha, som følge av foreldres tilstand (Helsepersonelloven, 1999). Videre presiserer Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer (1983) at sykepleieren skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt. Når barn er pårørende skal sykepleieren ivareta deres særskilte behov (NSF, 2011, s. 9).

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

Sitatet er fra en 10 år gammel gutt som mistet sin far til kreft viser til noen av de vanligste følelsene hos kreftrammede familier – angst og redsel. Selv om mange barn opplever å ha foreldre med alvorlig somatisk sykdommer, har det vært lite fokus på å forstå og hjelpe barna (Dyregrov, 2012, s. 44). Barn som er berørt av foreldres kreftsykdom har økt risiko for internaliserende problemer som angst, depresjon, sorgreaksjoner og i tillegg økt risiko for utvikling av psykososial helse både under og etter foreldres sykdomsforløpet. I tillegg sliter unge ofte med sosiale tilpasninger og eksistensielle spørsmål (Dyregrov, 2012, s.45). Barn som pårørende er en stor gruppe som inneholder barn av ulike alder, kjønn og bakgrunn. Det er viktig å se hvert barn ut i fra deres ressurser, sårbarhet, nettverk og helseapparatet de har rundt seg (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 11).

Barn som pårørende på sykehus kan i en travel hverdag fort bli oversett. Dette da sykepleierens prioriteringsetikk har utgangspunkt i omsorg for den syke. For den enkelte sykepleier er det viktig å yte god omsorg og pleie til den enkelte pasienten (Nordtvedt, 2016, s. 249). På bakgrunn av dette har jeg valgt barn som pårørende som tema for oppgaven. I praksis har jeg erfart at barn ofte ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Mange barn holder ofte igjen tanker og følelser rundt foreldrenes sykdom, noe som medfører stor belastning. Som sykepleier er det viktig å fremme mestring og trygghet for å ivareta barn som pårørende på best mulig måte. Dersom barn ikke blir ivaretatt kan det i senere tid føre til konsekvenser på individ- og samfunnsnivå. Barn som blir utsatt for traumatiske livshendelser med varige belastninger som å leve med alvorlig syke foreldre, kan stå i fare for å utvikle psykiske plager (Grøholt, Garløv, Weidle, & Sommerschild, 2015, s. 372). På individnivå kan barnet utvikle psykiske plager, som videre kan føre til at barnet i senere alder ikke er i stand til å delta i arbeidslivet. Dette kan få konsekvenser på samfunnsnivå, for eksempel med tanke på økt arbeidsledighet som påvirker samfunnsøkonomien og velferden. Statistikk fra 2014 viser at 35% av uføretrygde lider av psykiske lidelser (NAV, 2017).

På bakgrunn av relevans for dagens sykepleie og min egen interesse for temaet har jeg valgt problemstillingen:

Hvordan kan jeg som sykepleier ivareta barn som pårørende?

1.2 Avgrensning av problemstilling

Sykepleiere kan møte barn som pårørende på mange ulike arbeidsplasser. Jeg har valgt å avgrense meg til barn som pårørende på sykehus. Barn jeg møter er mellom 14-18 år. Det som kjennetegner denne gruppen er at de har en forelder med diagnosen kreft. Jeg møter barn i en fase hvor de har fått vite at mor eller far har en alvorlig kreftsykdom. I oppgaven har jeg valgt å ikke konkretisere prognose da utfallet i mange tilfeller er uvisst. Selv om foreldre har en viktig rolle med tanke på ivaretagelse av barn har jeg valgt å konkretisere hvordan jeg som sykepleier skal ivareta barnet i en nyoppstått krise.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en innledning der jeg gjør greie for valg av tema og problemstilling. Deretter gjør jeg greie for oppgaves metodedel. Videre presenteres teori som jeg ser som relevant for å belyse ulike aspekter av problemstillingen. I drøftingen studerer jeg ulike sykepleietiltak for å ivareta barn som pårørende. Til slutt i oppgaven kommer konklusjon.

2 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Problemstillingen bestemmer hvilke metode som er mest hensiktsmessig (Thidemann, 2015, s. 76). I bacheloroppgaven er litteraturstudie som metode brukt.

2.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie som metode er brukt da retningslinjer krever at jeg skal drøfte en sykepleiefaglig problemstilling i lys av teori, forskning og erfaringsbasert kunnskap. Kjennetegn med metoden er at den systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder rundt temaet. Dette ved å gjøre systematiske søk, gå kritisk igjennom dem og sammenligne litteratur opp mot problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79).

2.2 Søkeord og database

For å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar har jeg brukt rammeverket PICO (Thidemann, 2015, s. 86), se vedlegg 1. Der har jeg brukt tre kolonner med P for å få frem ulike kjennetegn ved person som problemstillinger belyser. Kolonnen med O beskriver utfallet eller effekten jeg ønsker å oppnå med dette tiltaket. Rekkene under kolonnene er engelske emne- og søkeord fra Svemed+.

Søkestrategien handler om å bestemme emneord/søkeord og kombinere disse til søk i ulike databaser. Emneordene beskriver innholdet i artikler og fungerer som søkeord i databasene (Thidemann, 2015, s. 87). Jeg har brukt Svemed+ til å finne emne- og søkeord. Det er en fordel å benytte de søkeordene som databasen har i sitt emneordsystem. Veileder til ulike databaser gir informasjon om blant annet emneord og synonymer (Thidemann, 2015, s. 87).

2.2.1 Søk etter forskningsartikler

Academic Search Elite er en tverrfaglig database som er blitt brukt for å søke etter forskningsartikler. Her er de fleste artiklene fagfellevurdert. Jeg har kombinert søkeordene fra Svemed+ med enten "OR" og "AND" for å søke frem aktuelle artikler til min oppgave. For å begrense søkene har jeg avgrenset søket til CINAHL og Medline. Ved å finne synonymord og kombinere ord i søk er det lett å finne frem til aktuelle artikler som omhandler temaet (Thidemann, 2015, s. 87), se vedlegg 2.

I tillegg til systematiske søk etter artikler har jeg også gjort enkeltsøk. Noen av enkeltsøkene har jeg gjort i ORIA, biblioteket databaser. Jeg har da søkt etter forskere som har gått igjen i litteratur jeg har brukt.

2.2.2 Søk etter bøker og annen litteratur

Flere av lære- og fagbøkene har jeg funnet fra pensumlister fra tidligere undervisning om temaet. Jeg har i tillegg utført søk i bibliotekets database (ORIA) ved hjelp av emne- og søkeord fra Svemed+. I ORIA har jeg også søkt etter kjente navn for faget og utviklingsteoretikere som er aktuelle for å forstå barnets forutsetninger for kommunikasjon og mestring (Dalland, 2007, s. 75).

Helsedirektoratet og Norsk sykepleieforbund er brukt for å finne retningslinjer for hvordan man som sykepleier kan møte barn som pårørende. I tillegg er lovdata brukt for å innhente loververk som regulerer yrkesutøvelse for sykepleie og barns rett til informasjon.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som fastslår om en kilde er sann eller ikke. Kilder i oppgaven blir vurdert og karakterisert. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i refleksjon over det jeg har skrevet og hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2007, s. 64). Hovedsakelig har jeg brukt nyere forskning og litteratur. Dette da forskning og litteratur ofte blir oppdatert. Jeg har valgt å ekskludere studier som er sterkt preget av kulturbetingede faktorer, slik at studiene skal kunne ses igjen i vår kultur.

2.3.1 Vurdering av forskningsartikler

For å vurdere den metodiske kvaliteten på artiklene har jeg brukt sjekklister for kvalitative forskning. Fra sjekklisten har jeg vurdert om kilden er pålitelig, om hovedfunnene i undersøkelsen kommer klart frem og om resultatene er relevant for problemstillingen og utøvelse av sykepleie (Kunnskapsenteret, 2014). Primær- og sekundær forskningsartikler har blitt brukt. Primærlitteratur er original- og teoretiske artikler, hvor forfatteren presenterer sitt eget forskningsarbeid. Sekundærlitteratur er oversiktsartikler som inneholder tolkning av andres arbeid (Dalland, 2007, s. 79). Forskningsartiklene som er fortolket av primærkilden har gitt meg en større forståelse for temaet, da sekundærkilden får frem ulike vinkler av temaet.

2.3.2 Vurdering av bøker

Bøkene jeg har brukt inneholder både sekundær- og primærkilder. Hovedsakelig har jeg prøvd å holde meg til primærkilde i pensumbøkene, men grunnet manglende tilgang på noen av disse har jeg brukt sekundærkilder (Dalland, 2007, s. 77). Fagbøker som har blitt brukt ser jeg på som relevant for oppgavens problemstilling og gir rom for videre drøfting.

3 Teori

Teorien jeg har brukt er valgt for å belyse ulike aspekter ved problemstillingen og legger grunnlag for drøfting.

3.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var sykepleier og er blant annet kjent for sine teorier (Eide & Eide, 2017, s. 364). Travelbee var kritisk til å bruke objektive begrep som pasient og sykepleier da dette skapte stereotype rolleoppfatning. Ved å se mennesket som et subjekt kunne man se det unike i det enkelte individet. I møte med mennesker ønsket hun å fremme et «menneske-til menneske-forhold» slik at en som sykepleier kan hjelpe vedkommende til å unngå eller mestre opplevelser av sykdom, lidelser og eventuelt finne meningen i slike opplevelser (Eide & Eide, 2017, s. 364-365). Som sykepleier er det viktig å forstå og oppfatter det vedkommende formidler både verbalt og nonverbalt for så å bruke denne informasjonen til å planlegge og iverksette sykepleietiltak (Eide & Eide, 2017, s. 366).

3.2 Utviklingsteori

Når en som sykepleier skal møte barn som pårørende er det viktig å ha kunnskap om barns utvikling for å kunne få en større forståelse for hvordan en på best mulig måte kan ivareta dem.

3.2.1 Erik H. Erikson

Erik H. Erikson var en psykolog som er kjent for sin psykososiale teori om personlighetsutvikling (Renolen, 2008, s. 86). Erikson deler psykososialutvikling inn i åtte faser. I starten av hver fase oppstår det en utviklingskrise som preget menneskets personlighet. Utfallet styres av hvordan omgivelsene imøtekommer de behovene som oppstår. Om behovene blir dekket dannes en positiv holdning, når det ikke dekkes dannes negativ holdning. I pubertetsfasen utvikles ego-identitet eller rolleforvirring. Denne fasen er preget av store endringer og utfordringer, hvor ungdommen streber må å finne sin identitet og plass i samfunnet. I ung voksen alder isolerer barnet seg for å forsvare sin identitet (Renolen, 2008, s. 87-90). Barn i livskriser kan være dårlig rustet for å mestre andre kriser (Renolen, 2008, s. 91).

3.3 Barn som pårørende

Barn som pårørende er et begrep som kan være lett og vanskelig å definere da jus og hverdagslivet har ulike definisjon (Ytterhus, 2012, s. 19). I følge Vergemålsloven §1 er vi juridisk sett mindreårige til vi fyller 18 år og det er pasientens mindreårige barn Helsepersonelloven §10a omfatter (sitert i Ytterhus, 2012, s. 19). Mindreårige barn skal sikres i oppfølging av helsetjeneste. (Ytterhus, 2012, s. 19). Når en forelder får diagnosen kreft kan barn havne i en situasjon hvor de veksler mellom håp,

fortvilelse og frykt, som blir en stor belastning. Sentralt for barn som pårørende er frykten for å miste en foreldre og sorg over endringer i livet (Dyregrov, 2012, s. 48).

3.4 Barns informasjonsrett

I møte barn som pårørende kan en møte på ulike dilemma som kan gjøre det vanskelig å ivareta barn. Et kjent dilemma er at pasienten ikke ønsker at barnet skal få informasjon. Da kommer sykepleierens valgsituasjonen i konflikt med hverandre, ved at sykepleieren er pliktet å gi barn informasjon samtidig som taushetsplikten til pasienten skal overholdes. Her blir det viktig at sykepleier bruker sine erfaringer, fagkompetanse og kommunikasjonsevne til å fremme hvorfor det er viktig at barnet får informasjon. På denne måten kan man også skape tillit og oppnå samtykke fra pasienten. Etisk bevissthet og refleksjon forebygge konflikter og gi nye perspektiv og løsninger hvis et slikt etiske dilemma skal oppstå (Helsedirektoratet, 2017).

Når samtykke er innhentet er det rom for å gjennomføre en samtale med barn som pårørende. Hvis barnet oppsøker uformelle samtaler med sykepleier, må en møte det på en støttende og møtende måte. Barnet må få informasjon om at det som blir sagt i samtalen ikke blir videreformidlet til foreldrene, med mindre det er alvorlig forhold som foreldrene må få kjennskap til for å ivareta foreldreansvaret (Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig at sykepleieren etablerer tillit og relasjon for at en samtale skal kunne ta sted. I samtalen er det viktig at barnet får snakke mest mulig fritt og spontant om sine følelser og erfaringer. Når samtykke ikke er innhentet kan sykepleier snakke om ting som allerede er kjent for barnet og gi generell informasjon innenfor taushetsplikten rammer (Helsedirektoratet, 2017). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) står det at informasjon som blir gitt til barnet skal være tilpasset alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal gis på hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.5 Kommunikasjon og informasjon

Barn trenger og ønsker informasjon (Forrest, Plumb, Ziebland & Steins, 2006). Når barnet får konkret og direkte informasjon unngås fantasier og forvirring. Ved å gi klar informasjon kan forvirring og frykt øke hos barnet. Tillitsforholdet hos barn kan i tillegg svekkes når en unnlater å snakke med barnet og holder igjen informasjon (Dyregrov, 2006, s. 93-94). Forskning gjort av Raveis (1999) viser at åpen kommunikasjon kan føre til redusert risiko for depresjon og angst hos barnet (sitert i Dyregrov, 2006, s. 95). Sist men ikke minst er det viktig at informasjon blir gitt gjentatte ganger slik at en sikrer seg at barnet har forstått det som har blitt sagt (Dyregrov, 2006, s. 95). Barnet må få følelsen av at de er anerkjent i samtalen, slik at barnet bevarer sin verdighet (Ruud, 2011, s. 29). Barn

unngår å snakke om det som er vanskelig da de ønsker å glemme det som er vanskelig og trist. Samtidig ønsker de å fremstå som oppegående og mestrende personer (Ruud, 2011, s. 44)

Vedeler beskriver gjennom sin forskning at ulikt syn og oppfatning av barnet kan prege samtalsituasjonen. Når en anser barnet som et offer som må tas vare på, kan konsekvensen bli at man som pleier unnlater å snakke direkte til barnet (sitert i Ruud, 2011, s. 28). Barn som er utrygge vil i nye og ukjente situasjoner ha behov for at den voksne er konkret og aktivt strukturert i situasjonen. I noen tilfeller etterspør barn informasjon spontant og organiserer kommunikasjon ut fra sitt utviklingsnivå. Andre barn opptrer regressivt, det vil si at de reagerer og organiserer seg på et mer barnslig nivå enn hva alderen tilsier. Hvis dette blir møtt med irritasjon, korreksjon og avvisning fra voksne vil kommunikasjonsvansker oppstå eller forsterkes (Øvreide, 2009, s. 117).

3.6 Krise

Krisemestring omhandler å forholde seg til en plutselig stor belastning som inntreffer ved alvorlig sykdom og reaksjoner som følger med (Eide & Eide, 2017, s. 49). Hos mange utløser krise følelser som tristhet, depresjon, sinne, skyldfølelse, aggresjon, frykt, angst og meningsløshet (Renolen, 2008, s. 164-166). Når kriser truer individets ego eller identitet opparbeides forsvarsmekanismer for å beskytte det. Ulike forsvarsmekanismer er benektelse av realiteten, splittelse av to motstridende følelser eller opplevelser av seg selv eller andre, projisering som vil si å kaste følelsene sine over på noen andre og fortrengning av følelser hvor man prøver å glemme dem. Andre forsvarsmekanismer kan være reaksjonsdannelse hvor man opptrer motsatt av hva følelsene tilsier, isolering av følelser for å forsvare seg mot vonde følelser og regresjon som ofte sees ved at personer blir svært hjelpeløse og krevende (Renolen, 2008, s. 164-169).

3.7 Mestring

Mestring er en dynamisk prosess. Denne veksler mellom å lukke seg ved å skyve ting unna og åpne seg for å slippe ting til. I tillegg veksler prosessen mellom kaos og kontroll, forvirring og forståelse og mellom det å forsvare seg og miste taket på situasjonene (Eide & Eide, 2017, s. 47).

3.7.1 Lazarus og Folkman

Lazarus og Folkman definerer mestring som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (sitert i Renolen, 2008, s. 149). Lazarus og Folkman utarbeidet to mestringsstrategier. Problemfokuset mestringsstrategi, hvor man setter i gang tiltak som fokuserer på problemløsning, for eksempel ved å søke hjelp eller støtte og emosjonsfokuset mestring som prøver å endre følelsesreaksjoner som oppstår i forbindelse med stress (Renolen, 2008, s. 148-151).

3.7.2 Aaron Antonovsky

Sosiolog og forsker Aron Antonovsky har forsket på forholdet mellom stress, helse og velvære. Han mente at stress og sykdom ser et naturlig fenomen i menneskets liv som potensielt kan være helsefremmende. Uro og spenninger mente han var normale reaksjon når en står overfor utfordringer (sitert i Renolen, 2008, s. 151). Et sentralt begrep innenfor teorien til Antonovsky er salutogenese. Dette fokuserer på hva som gjør- eller holder oss friske, i motsetning til patogenese som fokuserer på årsak til utvikling av sykdom eller sykelige tilstander. Begrepet salutogenese fokuserer på hva som fremmer god helse og hva som gir individet økt mestring og velvære, uten å fokusere på sykdom. Antonovsky mente at en person på tross av sykdom kunne ha god helse, altså høy grad av OAS (opplevelse av sammenheng). OAS består av tre komponenter: håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet (Renolen, 2008, s. 151-153).

3.7.3 Hilchen Sommerschild

Hilchen Sommerschild er lege og professor i barnepsykiatri. Hun så på mestring som et styrende begrep hos barn (Sommerschild, 1999, s. 21). Videre mente hun at mestringsperspektivet i større grad enn sykdomsperspektivet kunne lede hjelperen til å se nye muligheter og ubrukte sider hos pasienten og dens omgivelser (Sommerschild, 1999, s. 22). I hennes modell for mestringsvilkår vektla hun tilhørighet og kompetanse. Det å ha en nær fortrolig rundt seg så hun som mest avgjørende for barnets utvikling. For at barnet skal opparbeide seg kompetanse utnevnte Sommerschild fem komponenter. Barnet måtte kunne noe, være til nytte, få og ta ansvar, utfolde nestekjærlighet og møte og mestre motgang (Sommerschild, 1999, s. 57-59).

4 Resultat av forskning

I denne delen av oppgaven blir det presentert forskningsartikler som belyser barns opplevelse av å være pårørende.

4.1 Breast cancer in the family – children’s perceptions of their mother’s cancer and it’s initial treatment

Formålet med denne kvalitative studien er å utforske hvordan barn hos mødre som nylig har fått påvist brystkreft, oppfattet mors sykdom, hvilke informasjon barnet ønsket og tilsynelatende trengte og andre reaksjoner rundt dette. Totalt ble 37 mødre med nyoppdaget brystkreft og 31 av barna i alderen 6-18 intervjuet. Mødrenes og barnas resultater ble satt opp mot hverandre (Forrest, Plumb, Ziebland & Steins, 2006).

Bevissthet om kreft som livstruende sykdom eksisterte selv blant de yngste barna som ble intervjuet. Barn beskriv spesifikke aspekter av deres mors behandling som svært stressende og barnet hadde negativ følelser i forbindelse med dette. Flertall av barn hadde mistanke om at noe var galt før de ble informert om mors sykdom. Et av hovedfunnene i studien var at barn ønsket og trengte informasjon om mors diagnose og behandling. Mødrene ønsket å skjerme barna sine og misforstod dermed barnets behov for informasjon. De ønsket råd fra helsepersonell om hvordan de skulle håndtere situasjonen (Forrest et al., 2006).

4.2 Coping, sosial Relations and Communication

Formålet med denne kvalitative studien av familier hvor en foreldre har kreft, var å utforske måter å informere barnet om forelderens sykdom, hvordan barnet oppfatter foreldrenes følelsesmessige tilstand, hvordan barnet mestret forelderens sykdom. Det ble videre sett på hvordan foreldrenes mestring påvirket barnet (Thastum, Johansen, Gubba, Olesen & Romer, 2008).

Totalt ble 15 familier med til sammen 20 barn intervjuet. I 13 familier var mor syk, mens i to var far syk. Barna var informert om forelderens sykdom og de følte seg da mer involvert, men det var lite kommunikasjon om sykdommen ellers i familiene. Barna var svært observant på følelsene til den friske og den syke forelder. Observasjoner og uttrykk hos barnet førte forskerne til å identifisere fem mestringsstrategier: å hjelpe andre, distraksjon, å holde tanker for seg selv, ønsketekning og rollereversering. De fleste barna håndterte situasjonen tilsynelatende bra, men var sterkt preget av den (Thastum et al., 2008).

4.3 Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft

I denne sekundær studien har det blitt søkt systematisk etter relevant forskningslitteratur i følgende kilder; Joanna Briggs Institute, Evidence Based Nursing, PsycInfo, Medline, Cinahl og Svemed+. Det er samlet inn totalt 11 enkeltstudier og en over oversiktsartikkel er inkludert. Primærstudiene synliggjør informasjonsbehov hos barn og ungdom innen seks ulike områder: barns forståelse, informasjonens innhold, omfang, timing, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse (Larsen & Nortvedt, 2011).

Barn hadde mistanke om at noe var galt før de fikk informasjon. De ønsket ærlig og konkret informasjon om sykdom, behandling og prognose fra starten av. Barns viktigste informasjonskilde er forelderen, men barn ønsker også informasjon fra helsepersonell med fagkunnskap. Foreldre misforsto barnas informasjonsbehov og ønsket å skjerme sine barn. En konsekvens av dette ble manglende informasjon, noe som igjen førte til misforståelser og bekymring hos barna. Barn og foreldre hadde et gjensidig behov for å beskytte hverandre med spørsmål og informasjon (Larsen & Nortvedt, 2011).

4.4 How children cope when a parent has advanced cancer

Formålet med studien var å undersøke hvordan barn mestret foreldrenes kreftsykdom. Det blir identifisert områder som kunne være en barriere for at barn fikk den støtten de trengte for å mestre. Metoden som blir brukt er semi-strukturerte intervju av barn med kreftsyke foreldre. Barn over syv år og deres foreldre ble intervjuet. Totalt ble 28 deltakere intervjuet (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

I studien kom det frem at barna opplevde stor bekymring for deres syke forelder. Samtidig hadde de bekymringer for sin egen helse. Distraksjon og opprettholdelse av dagliglivet ble beskrevet som de dominerende strategiene for å håndtere barnas situasjon. Økt ansvar og redusert sosial aktivitet ble ansett som de mest merkbare livsendringene hos barnet. Foreldrene til barna misforsto deres behov for informasjon. Studien viser at åpen kommunikasjon i familien kunne føre til større mestring og positiv opplevelse for barnet. Dette var først og fremst med å styrke relasjon i familien (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

4.5 Informations and communication when a parent has advanced cancer

Denne studie gjort av Kennedy og Lloyd-William går inn på viktigheten av informasjon og kommunikasjon. Metoden som ble brukt er semi-strukturerte intervju av foreldre med kreft og deres barn som er over syv år. Totalt ble 28 familiemedlemmer intervjuet (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

Det som kom frem i studien er at barna ønsker ærlig informasjon om forelderens helse og behandling. Jentene som ble intervjuet ønsket informasjon om sin egen helse i fremtiden. I intervjuet kom det frem at barna ikke bare ønsket informasjon fra foreldre, men også av andre som ikke var familie, blant annet helsepersonell. De ytret et ønske om informasjon fra andre som hadde forståelse for det de gikk gjennom og som samtidig hadde taushetsplikt. Barna ønsker å kommunisere og få informasjon av helsepersonell uten at dette skulle bekymre foreldrene (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøfter jeg hvordan en som sykepleier skal ivareta barns informasjon og mestringsbehov.

5.1 Hvordan kan jeg som sykepleier sikre barns rett til informasjon

Resultat av forskning sier at barnets behov for informasjon er stort (Forrest et al., 2006; Larsen & Nordtvedt, 2011; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Det kommer også frem at barn ikke får tilstrekkelig informasjon, da foreldre misforstår informasjonsbehovet (Forrest et al., 2006). Videre kommer det frem at flere barn ønsker å få informasjon av helsepersonell (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Foreldre unnlater seg ofte å gi informasjon til barna for å skjerme dem (Larsen & Nordtvedt, 2011). Når barn fikk informasjon økte forståelse, samtidig som de følte seg mer involvert (Gubba et al., 2008).

I 2010 inntraff endringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2010). Disse lovendringene skulle sikre at helsepersonell identifiserte og ivaretok informasjons- og oppfølgingsbehov til mindreårige barn. På den ene siden stiller jeg spørsmål ved om barns informasjon- og oppfølgingsbehov er tilstrekkelig i dagens praksis. Gjennom bachelorutdanning i sykepleien har det vært lite fokus på barns rett til informasjon. Hovedfokuset slik jeg ser det har vært hos pasienten, noe som kan sees igjen i sykepleiens prioriteringsetikk som har utgangspunkt i omsorg til den syke (Nordtvedt, 2016, s. 249). På den andre siden er man som helsepersonell pålagt å holde seg oppdatert på lover og regler som omhandler yrkesutøvelsen. Endringer som inntraff i 2010 i Spesialisthelsetjenesteloven stilte i tillegg krav om at helseinstitusjoner som er omfattet av denne loven skal ha barneansvarlige helsepersonell som sikrer at barn blir ivaretatt (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Gjennom praksis erfarte jeg at den ene avdelingen hadde gode rutiner for å ivareta barn som pårørende. På denne avdelingen var det barneansvarlige som kartlagte barn som pårørende og satt i gang tiltak for å ivareta dem. Videre har jeg erfart at andre avdelinger jeg har vært i praksis, ikke har barneansvarlig. Det ble kartlagt om pasienten hadde barn som er under 18 år, men ingen tiltak ble iverksatt. Hvorfor er det slik at den ene avdelingen fikk det til og den andre ikke? Skyldes det mangelen på kompetanse, ressurser, rutiner, prioriteringer og/eller erfaringer?

Sykepleiere har taushetsplikt når det kommer til utlevering av informasjon til pårørende (Helsepersonelloven, 1999). For at sykepleieren skal kunne gi informasjon til barn som pårørende må en først innhente samtykke fra pasienten. Hvis pasienten ikke samtykker til at informasjon skal bli gitt barn som pårørende blir sykepleieren satt i et etisk dilemma og valgsituasjoner kommer i konflikt

med hverandre (Helsedirektoratet, 2017). Sykepleiere er på den ene siden pliktet til å gi barn som pårørende informasjon, og på den andre siden skal sykepleieren overholde taushetsplikt til pasienten (Helsepersonelloven, 1999). I slike situasjoner kan det være hensiktsmessig for sykepleieren å snakke med barnets forelder om hvorfor informasjon blir holdt igjen. Det er også viktig å presisere at en konsekvens av manglende samtykke, som igjen fører til manglende informasjon, kan hindre skolen å se barnets behov for støtte og hjelp. Her kan en som sykepleier bruke erfaring, fagkompetanse og kommunikasjonsevne til å informere pasienten om viktigheten av at barnet får informasjon (Helsedirektoratet, 2017). Dette gir rom for å støtte opp familiens samhold samtidig som barnet blir ivaretatt. Det er også viktig at en som sykepleieren forbereder seg før slik samtaler. Sykepleier bør innhente seg informasjon om pasientens tilstand og sykdomsforløp slik at pasienten får en følelse av at sykepleieren bryr seg. I slike samtaler er det viktig å skape relasjon og tillit mellom sykepleier og pasienten. Etisk bevissthet og refleksjon kan forebygge konflikter mellom sykepleier og pasient og kan gi nye perspektiv og løsninger (Helsedirektoratet, 2017), noe som igjen kan øke sjansen for samtykke til å snakke med barn som pårørende. Travelbee så på kommunikasjon som et middel til å bli kjent med vedkommende. Dette for å kunne forstå dem og hjelpe dem med å oppnå mestring av den situasjonen de står i (Eide & Eide, s. 366). Her må en som sykepleier passe på at en ikke legger for mye av sine egne følelser, tanker og forventninger i kommunikasjon. Først og fremst da dette kan føre til at sykepleier ser på barn som pårørende som et objekt og ikke lengre et selvstendig individ (Eide & Eide, 2017, s. 367). I samtale med barn er det viktig at sykepleiere trykker barnet på at det som blir sagt i samtalen ikke blir videreformidlet til foreldrene. Dette med forbehold alvorlige forhold som foreldre må få informasjon om for å ivareta foreldreansvaret (Helsedirektoratet, 2017).

5.2 Informasjon og kommunikasjon

Barn som pårørende på sykehus blir ofte først møtt av en sykepleier. Slike situasjoner kan for en sykepleier med lite erfaring og kompetanse om det å ha samtale med barn, være skremmende og frykten for å si noe feil kan være stor. Mitt første møte med barn som pårørende i praksis var preget av dette.

Forskning viser at barn ønsker ærlig informasjon om forelderens sykdom, behandling og prognose (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Forrest et al., 2006; Larsen & Nordtvedt, 2011). I tillegg ønsker barn å få informasjon fra helsepersonell som både har fagkompetanse og taushetsplikt (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Larsen & Nordtvedt, 2011). Når samtykke fra pasienten er innhentet kan sykepleier ha samtaler med barn som pårørende. Sykepleier kan da gi den informasjon barnet ønsker og trenger og dermed ivaretar man barnets informasjonsbehov som igjen kan få barnet til å føle seg mer involvert (Gubba et al., 2008). I samtalen er det viktig at barnet blir møtt på en støttende måte. I

tillegg er det viktig at sykepleier lar barnet få snakke spontant om sine egne erfaringer og følelser (Helsedirektoratet, 2017). Hvis barnet opptrer regressivt må sykepleier unngå å møte barnet med irritasjon, korreksjon eller avisning da dette kan føre til, eller forsterke kommunikasjonsvansker (Øvreide, 2009, s. 117). Informasjon må være tilpasset barnets alder, erfaring og modenhet og den må gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Forskning viser at flertall av barn har en følelse av at noe er galt før de får informasjon (Forrest et al., 2006; Larsen & Nordtvedt, 2011). Når samtykke ikke er innhentet er det begrenset hva man som sykepleier kan utlevere av informasjon. Her kan sykepleiere snakke om ting som allerede er kjent for barnet og gi generell informasjon (Helsedirektoratet, 2017).

Joyce Travelbee vektla å fjerne rolleoppfatning mellom sykepleier og vedkommende som får hjelp. Hun mente at ved å se på vedkommende som et objekt dekket man over det unike hos den enkelte personen. Travelbee ønsket å fremmet et «menneske-til menneske-forhold» slik at en som sykepleier kan hjelpe pårørende til å mestre sykdommen til forelderen og skape mening i den situasjonen barnet nå står i, for å skape en likeverdig relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 364-365). Vedelers forskning beskriver hvordan ulikt syn og oppfatning av barn som pårørende vil prege samtalsituasjonen. Når man ser på barnet som et offer, kan det føre til at man unnlater å snakke direkte til personen (sitert i Ruud, 2011, s. 28). Som sykepleier er det viktig å se det unike hos vedkommende som får hjelp. Dette kan på den ene siden hjelpe sykepleieren til å få et større innblikk i barn som pårørendes situasjon, for så å sette i gang tiltak for å ivareta barnet og skape mening og mestring i situasjonen de står i. På den andre siden kan det å fjerne rolleoppfatninger gjøre at barn som pårørende ser på sykepleieren som et mennesket med en genuin interesse og et ønsket om å hjelpe (Eide & Eide, 2017, s. 364-365).

I samtale med barn viktig at sykepleier har kunnskap om barnets personlighetsutvikling. I Eriksons teori om barnets psykososiale utvikling viser han til utviklingskriser som preger dette (Renolen, 2008, s. 87). Det som kjennetegner personlighetsutviklingen hos barna jeg møter er utvikling av ego-identitet, rolleforvirring og at barnet isolerer seg for å forsvare seg mot å miste sin identitet (Renolen, 2008, s. 89-90). Barn som opplever en krise som alvorlig sykdom hos en foreldre kan ha følelse av tristhet, frykt, skyld, sinne og meningsløshet (Renolen, 2008, s. 164-165). Disse følelsene kan være med å true barnets identitet og ego. For å beskytte disse opparbeider barnet seg forsvarsmekanismer som benektelse av realiteten, splittelse av motstridende følelser, projisering og fortregning av følelser. Barn kan opptre motsatt av hva følelser tilsier og de isolerer seg for å forsvare seg mot vonde følelser (Renolen, 2008, s. 166-169). Først og fremst er det viktig at sykepleieren har kunnskap om barns utvikling og forsvarsmekanismer slik at man kan kartlegge hva

som truer barns ego og identitet, for så å forme tiltak som ivaretar det. Ved å identifisere seg med barnet kan en presisere at det å ta imot hjelp ikke nødvendigvis betyr at sykepleier ser på barnet som et offer (Ruud, 2011, s. 28) eller som er et mindre oppgående eller mestrende individ, da dette i mange tilfeller er årsaken til at barn unnlater seg å snakke om det som er vanskelig (Ruud, 2011, s. 44). Sist men ikke minst må sykepleieren åpne opp og vise at det er greit å vise følelser i slike situasjoner. Selv om barn tilsynelatende klarer seg bra (Gubba et al., 2008) er det viktig at en som sykepleier stiller spørsmål rundt dette. Sykepleier må være observant på at forsvarsmekanismer kan overskygge hvordan barnet egentlig har det. Det er desto viktig at en som sykepleier oppfatter barnets verbale og nonverbale kommunikasjon når en skal planlegge og iverksette sykepleier tiltak (Eide & Eide, 2017, s. 366).

Forskning viser at barn ønsker ærlig og konkret informasjon rundt forelderens sykdom. Videre kan manglende informasjon føre til misforståelse og bekymring (Larsen & Nordtvedt, 2011). Barn som ikke får informasjon har også lett for å fantasere om hva som er reelt (Dyregrov, 2006, s. 93-94). Det er derfor spesielt viktig at den informasjon sykepleier gir er konkret og direkte, slik at en unngår å skape forvirring og unødvendig frykt hos barnet. Ved at sykepleier fremstår som en voksen som er konkret og strukturert i samtalen, kan det for et barn som er utrygg i situasjon virke tryggende (Øvreide, 2009, s. 117). Selv om foreldre ønsker å skjerme sine barn fra informasjon som kan virke skremmende, kan det å holde igjen informasjon svekke tillitsforholdet dem imellom (Dyregrov, 2006, s. 93-94). Raveis (1999) forskning viser også at åpen kommunikasjon kan minske risiko for depresjon og angst hos barnet (sitert i Dyregrov, 2006, s. 95).

5.3 Fremme mestring

Hos mange utløser kriser ulike følelser (Renolen, 2008, s. 164-166). Disse følelsene kan true barnets utvikling av ego-identitet, noe som igjen gjør barnet mindre rustet til å takle krisesituasjoner som alvorlig kreftsykdom hos en forelder (Renolen, 2008, s. 91). Hvis barn ikke får hjelp til å mestre situasjonen kan det få konsekvenser på individ- og samfunnsnivå senere. Barn som er utsatt for traumatiske livshendelser som å leve med en alvorlig syk forelder kan i senere tid utvikle psykiske plager (Grøholt et al., 2015, s. 372), som videre kan få konsekvenser på individnivå når de skal inn i arbeidslivet. Statistikk fra NAV (2014) viser at hele 35% av uføretrygde lider av psykiske lidelser (NAV, 2017). Dette får konsekvenser på samfunnsnivå med tanke på økt arbeidsledighet og ikke minst samfunnsøkonomien og velferden. Som sykepleier kan en hindre at dette skjer ved å identifisere barn som pårørende tidlig og sette i gang tiltak for å fremme mestring som kan forhindre disse konsekvensene. Sykepleier kan man ha innflytelse på mestringsprosessen og komme med innspill

som letter mestring. God informasjon kan være med å rette opp feilforestillinger barn har og kan gi dem en større forståelse av situasjonen (Renolen, 2008, s. 151).

Lazarus og Folkman så to ulike mestringsstrategier hos barn, problemfokuset- og emosjonsfokuset mestringsstrategi (Renolen, 2008, s. 150). Innenfor disse mestringsstrategiene er det både fordeler og ulemper. Fordelen med problemfokuset mestringsstrategi er at barn oppsøker informasjon, noe som forskning viser kan hjelpe å oppnå mestring og gir barnet en mer positiv opplevelse av situasjon (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Samtidig føler de seg mer involvert (Gubba et al., 2008). På en annen side kan febrilsk innhenting av informasjon skape usikkert, forvirring og økt stressnivå (Renolen, 2008, s. 150). Fordelen med emosjonsfokuset mestring er at barnet får et pusterom fra det som er vanskelig. Denne mestringsstrategien demper det følelsesmessige ubehaget når barnet distanserer seg fra problemet og situasjonen. Når en forelder får kreft og utfallet er uvisst kan en slik form for mestring være nødvendig for at barnet skal kunne klare å leve med den vanskelige situasjonen (Renolen, 2008, s. 150). Ulemper med denne formen for mestringsstrategi er at det i mange tilfeller er en midlertidig løsning som på et tidspunkt må håndteres (Renolen, 2008, s. 150). I praksis erfarte jeg at barneansvarlig ofte benyttet seg av problemfokuset mestringsstrategi som metode. Her utforsket sykepleierne sammen med barnet hvilke situasjoner som utløste stress, for så å tilpasse individuelle tiltak som fremmet mestring. Barn fikk opplæring i ulike stressmestringsmetoder som tok høyde for å redusere, avdempe eller unngå situasjoner som utløste stress. Selv om denne metoden fungerte bra i mange tilfeller, kan en annen kontekst ha større nytte av emosjonsfokuset mestringsstrategi som metode.

Aron Antonovsky så på stress og sykdom som naturlige fenomener i menneskets liv. Ved å fokusere på å fremme god helse, øke mestring og velvære, kunne en på tross av sykdom oppnå god helse. Antonovsky mente at man kunne oppnå høy grad av opplevelse ved hjelp av håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet (Renolen, 2008, s. 151-153). Barn som opplever alvorlig sykdom hos sin forelder kan fortsatt ha en høy grad av opplevelse. Dette kan oppnås ved at barnet får en større forståelse av forelderens sykdom og ved at barnet tar tak i sitt eget liv og oppsøker hjelp som kan fremme mestring. Når en har høy grad av opplevelse klarer en å finne dypere mening med sykdommen, i motsetning til barn som har lav grad av opplevelse. De tenker ofte at det er ubegripelig at forelderens er syk, og sliter med å finne ressurser til å håndtere situasjon og finner heller ikke mening i situasjonen (Renolen, 2008, s. 152-153). Det som skiller seg ut i teorien til Antonovsky er at han fokuserte på salutogenese (Renolen, 2008, s. 152). Som helsepersonell er det viktig å tenke over hvordan informasjon blir formidlet til pasient og pårørende. Vi må tenke gjennom om vi hemmer eller fremmer opplevelse av sammenheng. Hvis informasjon blir gitt i forbifarten og

sykepleier ikke har tid til å sitte seg ned å snakke med pasienten eller pårørende kan vedkommende bli sittende igjen med angst og mange ubesvarte spørsmål. Innsiktsfull kommunikasjon gitt i rolig omgivelser kan være med å fremme mestring av situasjonen (Renolen, 2008, s. 153). Sommerschild så på mestringsperspektivet som større en sykdomsperspektivet slik Antonovsky gjorde (Sommerschild, 1999, s. 22). I tillegg kunne dette åpne opp for at sykepleieren kunne se nye muligheter og ubrukte sider hos vedkommende. I mestringsmodellen vektla hun to komponenter. Tilhørighet og det å ha fortrolige rundt seg som avgjørende for barnets utvikling og at barnet opparbeidet seg kompetanse til å ta ansvar og møte og mestre motgang (Sommerschild, 1999, s. 57-59). Her er det viktig at en som sykepleier ser vekk fra rolleoppfatninger slik som Travelbee gjorde (Eide & Eide, 2017, ss. 364-365). Ikke minst er det viktig å inkludere barnet i utarbeidelse av tiltak som kan fremme mestring da barn kan ha erfaringer om hvordan de tidligere har mestret vanskelige situasjoner.

Antonovsky vektlegger individets egne ressurser i mestringsprosessen. Hans teori bygger på de tre komponentene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, såkalte mestringsressurser som potensielt kan fremme mestring (Renolen, 2008, s.152). Jeg mener barn som har støttende personer rundt seg som veileder og gir informasjon har større forutsetninger for håndtere vanskelige situasjoner. Dersom Sommerschilds to komponenter, tilhørighet og kompetanse, blir tilfredstilt kan konsekvensen føre til økt mestring hos barnet (Sommerschild, 1999, s. 22). I motsetning til Antonovsky viser Erikson og Lazarus og Folkman til ytre faktorer som har innvirkning på barns mestring. Erikson vektlegger nære sosiale miljøer og samfunn som har ansvar for å imøtekomme barns behov (Renolen, 2008, s. 91). Han mente at utfallet av utviklingskrisene hengte sammen med hvordan omgivelsene imøtekom behovene som oppsto. Når behovene ble tilfredstilt dannes en positiv holdning, i motsetning til når behovene ikke tilfredsstilles (Renolen, 2008, s. 87). Lazarus og Folkman bygger på hvordan helsepersonell kan ha stor innvirkning på mestring. Sykepleieren kan være med å fremme mestring hos barn ved å gi god informasjon slik at barnas feilforestillinger korrigeres, for så å komme med innspill som kan lette mestring (Renolen, 2008, s. 151).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å få mer kunnskap og en større forståelse for hvordan jeg som sykepleier kan ivareta barn som pårørende på best mulig måte. Både forskning og teori viser at barn har umøtte behov hvor informasjon er sentralt. Barn som fikk ærlig og konkret informasjon hadde en større forståelse for situasjonen, og de følte seg mer involvert. God informasjon kan i tillegg bidra til bedre stresshåndtering og økt mestring. Som sykepleier må en tilrettelegge for individuelle behov ut fra barnets alder, modenhet, utviklingsnivå og deres ønske om informasjon. Barn utpeker sine foreldre som primærkontaktkilde, men ønsker også å få informasjon fra helsepersonell med fagkunnskap og taushetsplikt. Lovendringen som inntraff i 2010 skulle sikre barn rett til informasjon. Selv om en som sykepleier kan oppleve det som skremmende å møte barn som pårørende er jeg pliktet til å ivareta dem. Det er derfor viktig at en har kunnskap, erfaring og mot til å møte disse vanskelige situasjonene, da en som sykepleier ofte er en støttespiller i barns mestring. Barn i vanskelige situasjoner tar i bruk forsvarsmekanismer for å beskytte sitt ego og identitet. Hvis barn ikke får mulighet til å bearbeide reaksjonene og mestre situasjonen kan det få konsekvenser senere. Som sykepleier er det viktig å skape tillit og relasjon slik at informasjon blir gitt på en tilfredsstillende måte, som videre kan føre til mestring hos barnet. Slik jeg ser det er det ikke noe fasit på hvilke mestringsstrategi som er best. Derfor er det spesielt viktig at sykepleier kartlegger barns forutsetninger for å mestre og imøtekommer de behovene barnet har, samt former ulike mestringsstrategier tilpasset hvert enkelt barn slik at de blir ivaretatt på best mulig måte.

Bibliografi

- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dyregrov, A. (2006). *Sorg hos barn: En håndbok for voksne* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. (2012). Når foreldre har alvorlig kreftsykdom - eller dør av den. I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov, *Barn som pårørende* (ss. 44-65). Oslo: Abstraks forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. (2006, 29. April). Breast cancer in the family - children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: qualitative study. *BMJ* 54 (332), 998-1003. doi:10.1136/bmj.38793.567801.AE
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B., & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugland, B. S., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum - hva vil vi løfte frem? I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov, *Barn som pårørende* (ss. 9-17). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2010, 30. Mars). *Barn som pårørende*. Hentet 12. Oktober 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende>
- Helsedirektoratet. (2017, 5. Oktober). *Pårørendeveileder*. Hentet 20. Oktober 2017 fra Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>
- Helsepersonelloven. (1999, 7. Februar). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet 6. November 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Kennedy, V. L., & Lloyd-Williams, M. (2009, 9. Januar). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-Oncology* 18, 886-892. doi: 10.1002/pon.1455
- Kennedy, V. L., & Lloyd-Williams, M. (2009, 3. April). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorder* 114, 149-155. doi: 10.1016/j.ad.2008.06.022
- Kunnskapscenteret. (2014, 4. Oktober). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 9. November 2017 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Larsen, B. H., & Nortvedt, M. W. (2011, 14. April). Barns og ungdomsinformasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 70-77. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0068
- NAV. (2017, 23. Mars). *Diagnoser uføretrygd*. Hentet 8. Oktober 2017 fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd/Diagnoser+uforetrygd>
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk .

- Norsk Sykepleieforbund. (2011, 9. August). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 8. November 2017 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, 7. Februar). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 20. Oktober 2017 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sommerschild, H. (1999). Mestring som styrende begrep. I B. Gjørum, B. Grøholt, & H. Sommerschild (Red), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (2. utg., ss. 21-63). Aurskog: Tano Aschehoug.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999, 7. Februar). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet 20. Oktober 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Syse, A. (2012, 1. Februar). *Kreft registeret*. Antall barn med kreftsyke foreldre er kartlagt: Hentet 15. Oktober 2017 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Antall-barn-med-kreftsyke-foreldre-er-kartlagt/>
- Thastum, M., Johansen, M. B., Gubba, L., Olesen, L. B., & Romer, G. (2008, 1. Januar). 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
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov, *Barn som pårørende* (ss. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn* (3. utg.). Kristiansand : Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1

PICO-skjema med søkeord fra Svemed+

| | | | |
|-------------------|-------------------|--------------------|------------------------|
| P=Patient/Problem | P=Patient/Problem | P=Patient/ Problem | O=Outcome/Resultat |
| Barn | Pårørende | Kreft | Mestring/støtte |
| Children | Caregivers | Cancer | Support |
| | Carer | Breast cancer | Coping |
| | Relatives | Advanced cancer | Needs/need |

Vedlegg 2

Søke ord fra Svemed+ i databasen Academic Search Elite. Her har jeg avgrenset til MEDLINE og CINAHL. Søkeord har blitt kombinert OR og AND.

| Database/søkemotor/ nettsted | Søke nr: | Søkeord/emneord/ søkekombinasjon | Antall treff | Kommentar |
|--|----------|-------------------------------------|--------------|---|
| Academic Search Elite (MEDLINE, CINAHL) | S1 | Children | 637,682 | |
| | S2 | Coping | 27,792 | |
| | S3 | Cancer | 631,103 | |
| | S4 | Perception | 737,308 | |
| | S5 | Information | 1,048,141 | |
| | S6 | Communication | 281,461 | |
| | S7 | Advanced cancer | 9,080 | |
| | S8 | Breast cancer | 96,394 | |
| | S9 | Relatives | 138,982 | |
| | S10 | Needs | 428,117 | |
| | S11 | Childrens perspective | 7,489 | |
| | S12 | Parents | 627,255 | |
| | S13 | S1 AND S2 AND S3 OR S7 AND S6 | 5 | Lest 5. Brukt: How children cope when parent has advanced cancer. |
| | S14 | S1 AND S2 AND S3 AND S6 AND S12 | 130 | Lest 10. Brukt: Coping, sosial Relatios, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer. |
| | S15 | S1 AND S3 OR S8 | 135 | Lest 7. Brukt: Breast cancer in the family – children’s perceptions of their mother’s cancer and it’s inital treatment |
| | S16 | S1 AND S5 AND S6 AND S7 | 21 | Lest 5. Brukt: Informations and communication when a parent has advanced cancer |