

## Bacheloroppgave

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Alesund

Celina Five Hanstad  
Helga Oline Leivdal

# Hvordan opplever barn det når en forelder har kreft?

Antall ord: 8570

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Tove Bjørnland Vadset

Juni 2020



Celina Five Hanstad  
Helga Oline Leivdal

# **Hvordan opplever barn det når en forelder har kreft?**

Antall ord: 8570

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Tove Bjørnland Vadset  
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Studiens hensikt var å utforske hvordan barnet opplever det når en forelder har kreft, og videre hvilke konsekvenser dette får for sykepleien.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie. Ni artikler, herunder fire kvalitative og fem kvantitative, er inkludert.

**Resultat:** Funnene viser at det er utfordrende for barn å være pårørende til en forelder med kreft. Barn opplever en rekke psykiske påkjenninger slik som depresjon, stress, bekymringer og engstelse. Mangel på kunnskap om sykdommen og dårlig familiefungering er disponerende faktorer. For å lette de psykiske påkjenningene blir det tatt i bruk mestringsstrategier med både positiv og negativ virkning. Barna etterspør kunnskap om kreftsykdommen, egne reaksjoner og gode måter å mestre situasjonen på.

**Konklusjon:** For å lette barnas påkjenninger må sykepleier avklare barnets informasjons- og oppfølgingsbehov. Videre vil en god relasjon mellom barn og sykepleier være nødvendig for å bistå til å lette plagene. Barnets familie vil også ha behov for oppfølging for at barnet skal ha det bra, og det kan være nødvendig å koble inn andre bistandstjenester. For at sykepleier skal kunne gjennomføre slike tiltak er det nødvendig med kompetanse. Dette er et ansvar som påhviler både den enkelte sykepleieren og ledelsen på arbeidsplassen.

# Abstract

**Aim:** The aim of this bachelor thesis was to explore how children experience having a parent with a cancer diagnosis, and furthermore how this impacts the nurse practice.

**Method:** This is a systematic literature review. Nine articles are included, four qualitative and five quantitative.

**Results:** The findings in this study reveal that children find it challenging to be dependents of a parent with cancer. The children experience mental strain such as depression, stress, worries and apprehension. Lack of knowledge about the illness and dysfunctional family functioning are predisposing factors. In order to ease the mental stress, coping strategies with both positive and negative outcome are used. The children seek knowledge about the cancer disease, their own reactions and useful ways to deal with the situation in an effective manner.

**Conclusion:** To ease the children's mental stress, an important task for nurses will be to clarify the children's need for information and follow-up. Moreover, a good relationship between children and the nurse is necessary to help ease the stress. The children's family will also have a need for follow-up to ensure that the child is doing well, and sometimes it might be necessary to include other services. Correct competence is essential for the nurse to implement such actions. Ensuring this is a responsibility that lays on both the nurse and the leadership of the institution.







# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	11
1.1	Studiens hensikt og problemstilling .....	11
1.2	Begrepsavklaring og avgrensninger .....	11
1.3	Oppgavens oppbygning .....	12
2	Teoribakgrunn .....	13
2.1	Kommunikasjon med barn og unge .....	13
2.2	Lover og retningslinjer .....	13
2.2.1	Spesialisthelsetjenesteloven .....	13
2.2.2	Helsepersonelloven .....	13
2.2.3	Pasient- og brukerrettighetsloven .....	13
2.2.4	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere .....	13
2.2.5	Helsedirektoratets pårørendeveileder .....	14
2.3	Hva er ledelse? .....	14
2.4	Kunnskapsbasert praksis .....	14
2.5	Ulike vitenskapelige- og sykepleiefaglige teorier .....	14
2.5.1	Cullbergs kriseteori .....	14
2.5.2	Folkman og Lazarus stress- og mestringsteori .....	15
2.5.3	Eriksons utviklingsteori .....	15
2.5.4	Travelbees relasjonsteori .....	15
2.5.5	Antonovskys salutogenesemodell .....	15
3	Metode .....	17
3.1	Datainnsamling .....	17
3.1.1	Søkehistorikk .....	17
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
3.2	Sjekk av kvalitet og relevans .....	18
3.3	Etiske hensyn .....	18
3.4	Analyse .....	19
4	Resultat .....	21
4.1	Barnas reaksjoner og opplevelser .....	21
4.2	Barnas behov for informasjon .....	21
4.2.1	Informasjonskilder .....	21
4.2.2	Informasjonens innhold .....	22
4.3	Benyttede mestringsstrategier .....	22
4.3.1	Strategier med positiv virkning .....	22
4.3.2	Strategier med negativ virkning .....	22

4.4	Endringer i hverdagen.....	23
5	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon .....	24
5.2	Resultatdiskusjon .....	25
5.2.1	Barnas reaksjoner og opplevelser.....	25
5.2.1.1	Familiens behov for oppfølging .....	26
5.2.2	Barnas behov for informasjon .....	27
5.2.3	Barnas mestringsstrategier.....	29
5.2.3.1	Strategier med positiv virkning.....	29
5.2.3.2	Strategier med negative utfall .....	30
6	Konklusjon.....	32
7	Referanser .....	33
8	Vedlegg .....	38
8.1	Vedlegg 1: PIO-skjema .....	38
8.2	Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	39
8.3	Vedlegg 3: Sjekkliste .....	42
8.4	Vedlegg 4: Litteraturmatriser .....	45

# 1 Innledning

I 2018 ble det på verdensbasis oppdaget atten millioner nye tilfeller av kreft (Verdens helseorganisasjon, 2019), hvorav 34 000 var norske statsborgere (Kreftregisteret, 2020). Kreft er ifølge Folkehelseinstituttet (2018) "en fellesbetegnelse for sykdommer med ukontrollert celledeling", og rammer mennesker i alle aldersgrupper. Det å ha kreft påvirker ikke bare pasienten selv, men også de rundt den. Hvert år opplever om lag 3500 barn og unge under atten år at en forelder får kreft (Kreftforeningen, 2020a), og ifølge Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-7a) og Helsepersonelloven (1999, §10a) er sykepleiere lovpålagte å ivareta disse.

## 1.1 Studiens hensikt og problemstilling

I løpet av studietiden og praksisperiodene har vi opplevd lite fokus på hvordan en best mulig kan støtte barn som pårørende. Hensikten med studiet vil derfor være å undersøke hvordan barnet opplever det når en forelder har kreft, og videre hvilke konsekvenser dette får for sykepleien. Ved å kartlegge funn fra forskning, og å se disse i sammenheng med litteratur, håper vi å finne gode tilnæringsmåter for sykepleiere som dekker barnas behov.

På bakgrunn av temaet har vi utarbeidet følgende problemstilling:  
"Hvordan opplever barn det når en forelder har kreft?"

## 1.2 Begrepsavklaring og avgrensninger

Å være barn som pårørende til foreldre med kreft er utfordrende, og det følger gjerne med en del forandringer (Kreftforeningen, 2020a). Ved å inkludere begrepet opplever i problemstillingen ønsker vi å utforske hvordan barn erfarer det å ha en forelder med kreft.

I studiet ønsker vi ikke å ta for oss en spesiell krefttype, men heller kreftdiagnosen generelt. Vi kommer til å anvende forskning hvor kreftdiagnosen er av ulik alvorlighetsgrad, men vi vil ikke gå inn på situasjoner hvor forelderen har uhelbredelig kreft.

Med begrepet barn mener vi deltakere av begge kjønn i aldersgruppen tretten til atten år, med et slingringsmonn på ett til to år. Eriksons utviklingsteori (referert i Håkonsen, 2015, s. 57) beskriver denne alderen som dramatisk på grunn av hormonelle, fysiske og sosiale endringer. Han skriver videre at forutsigbarhet og kontroll over livet er viktige disponenter for at barnet utvikler egoidentitet. Vi kan tenke oss at alvorlig sykdom i nær familie kan true dette, og det er årsaken til at vi valgte å fokusere på denne aldersgruppen. En annen grunn var at vi ikke fant forskning på barn i yngre alder.

I begrepet forelder menes det at en av to omsorgspersoner er kreftsyk. Vi valgte å fokusere på foreldre fremfor andre familiemedlemmer, da foreldre for de aller fleste barn

er de viktigste personene i livet. Barnas relasjon til forelderen er fundamental for trygghet og videre utvikling (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018). På grunn av valg av perspektiv, som er pårørendeperspektiv/barnets perspektiv, vil vi ekskludere funn fra deltakende foreldre i studiene.

Arenaen for oppgaven vil være spesialisthelsetjenesten. Sykepleier vil møte barnet der forelderen får utredning, oppfølging og behandling.

### 1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven vil videre bestå av fem hovedkapitler med delkapitler. I kapittel to presenteres relevant kunnskap om det aktuelle temaet som senere vil brukes i diskusjonsdelen av oppgaven. I metodekapittelet, som er kapittel tre, inngår en detaljert fremgangsmåte for datainnsamlingen og analyse av det innsamlede materialet. Kapittel fire omhandler resultat som skal belyse problemstillingen og tar utgangspunkt i analysen. Her blir hovedfunnene fra artiklene presentert. I kapittel fem diskuteres disse funnene på tvers av hverandre, og på bakgrunn av relevant teori som er presentert i kapittel to. I dette kapittelet vil det og inngå en metodediskusjon. Avslutningsvis muner diskusjonen ut i en kort konklusjon som vil inneholde oppsummering av hovedfunnene, konsekvenser for utøvelse av sykepleie og anbefalinger for videre forskning.

## 2 Teoribakgrunn

I denne delen av oppgaven trekkes relevant kunnskap om temaet frem. Valget av litteratur baserer seg på studiens hensikt, og vil hjelpe oss i drøftingen av resultatene i diskusjonskapittelet.

### 2.1 Kommunikasjon med barn og unge

Ifølge Hansen (referert i Eide & Eide, 2017, s. 290) er rammebetingelser og kommunikasjonsformer viktige elementer i kommunikasjonen mellom barn og voksne. Rammebetingelsene omfatter de ytre forholdene slik som sted, tid og formål, og er selve fundamentet til samtalen. Kommunikasjonsformene baserer seg på hvordan dialogen blir spilt ut og deles inn i den nonverbale (ordløse), den metaforiske (indirekte) og den verbale dialogen (formidling via samtale).

### 2.2 Lover og retningslinjer

#### 2.2.1 Spesialisthelsetjenesteloven

Formålet med §3-7a i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er å sikre at mindreårige barn som pårørende til alvorlig somatisk syke får den oppfølgingen de har behov for. Dette skal sikres ved at helseinstitusjoner som berøres av loven utnevner et barneansvarlig personell som har ansvar for å koordinere og fremme ivaretagelsen av slike barn.

#### 2.2.2 Helsepersonelloven

Ifølge §10a i Helsepersonelloven (1999) skal helsepersonell bidra til å ivareta mindreårige pårørende til pasienter med alvorlig somatisk sykdom. I dette ligger det å avklare barnets informasjons- og oppfølgingsbehov, samt å tilby tiltak som dekker behovet.

#### 2.2.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som hensikt å sikre at alle har tilgang på like tjenester av god kvalitet, uansett bakgrunn. Loven skal fremme at forholdet mellom bruker eller pasient og omsorgsgiver bygger på respekt, trygghet, verdighet og integritet. Kapittel tre om rett til informasjon og medvirkning trekker frem at informasjon blant annet skal tilpasses mottakerens alder og erfaring (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

#### 2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere tar utgangspunkt i ICNs etiske regler og FNs menneskerettigheter, og kan brukes som verktøy for å fremme moralsk yrkespraksis. De yrkesetiske retningslinjene fungerer ikke som en lov eller et læreverk,

og gir ikke konkrete løsninger på dilemmaer. De kan likevel brukes som et hjelpemiddel i fatningen av vanskelige beslutninger (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

### 2.2.5 Helsedirektoratets pårørendeveileder

Pårørendeveilederen bygger på erfaringer fra helsepersonell og pårørende, samt forskning og fagkunnskap. Veilederen er et verktøy som er laget for å fremme støtte og involvering for pårørende i helse- og omsorgstjenesten, uansett tilknytning til pasienten. Reglene og anbefalingene er generelle og den som benytter seg av veilederen må ta hensyn til hvert enkelt individs behov (Helsedirektoratet, 2017).

## 2.3 Hva er ledelse?

Johnsen (referert i Orvik, 2015, s. 43) definerer ledelse som "...et allment fenomen, en form for *samspill* som er kjennetegnet av målsetting, problemløsning og kommunikasjonsutvikling". I begrepet ledelse inngår det både et generelt ansvar og et spesifikt ansvar (Orvik, 2015, s. 43).

## 2.4 Kunnskapsbasert praksis

Graverholt, Jamtvedt, Nordheim, Nortvedt og Reinar (2014, s. 17) definerer kunnskapsbasert praksis slik: "Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen".

## 2.5 Ulike vitenskapelige- og sykepleiefaglige teorier

### 2.5.1 Cullbergs kriseteori

Johan Cullberg (referert i Hummelvoll, 2016, s. 509) skriver om fire ulike krisefaser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kan vare fra et par timer til flere dager og innebærer at personene ikke klarer å forstå eller bearbeide situasjonen de er i. Reaksjonsfasen starter når personene i krise klarer å se og forstå hva som har skjedd, og har en varighet på uker til måneder. Også her vil personene kjenne på en del følelser og reaksjoner slik som frykt, sinne og fortvilelse, samt at de gjenopplever selve krisehendelsen og tidligere erfarte kriser. Her er det normalt at vedkommende tar i bruk ulike forsvarsmekanismer som benektelse, fortrenning, isolasjon og undertrykkelse. I bearbeidingsfasen avtar de sterkeste følelsene og forsvarsmekanismene, og en starter arbeidet med å akseptere og redefinere den opplevde trusselen. Varigheten varierer fra person til person. En viktig side ved bearbeidingsfasen er at en arbeider fremtidsrettet og har et ønske om å komme seg videre i livet, noe som leder vedkommende inn i den siste fasen. I nyorienteringsfasen opplever de kontroll og får overskudd til å gjenoppbygge livet, og tidligere interesser og arbeidsoppgaver kommer i fokus.

### 2.5.2 Folkman og Lazarus sin teori om stress og mestring

Folkman og Lazarus (referert i Kristoffersen, 2017a, s. 249) skiller mellom to typer mestringsstrategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Med problemorientert mestring går man aktivt og direkte inn for å løse og håndtere vanskelige situasjoner. En viktig side ved denne typen mestring er at en stadig prøver å bearbeide følelsene, samt at vedkommende opplever god mulighet for å kunne lykkes med mestringen. Menneskets personlighet og forholdene rundt den aktuelle situasjonen er avgjørende faktorer for valg av strategi.

Emosjonelt orientert mestring baserer seg på ønsket om å endre opplevelsen av en situasjon. Denne strategien kan både være gunstig og ugunstig. I de situasjonene som ikke kan endres er det livsnødvendig å benytte seg av emosjonelt orientert mestring, men det kan og bli betraktet som et forsøk på å unngå fra problemer eller ubehag. Å ta i bruk rusmidler og forsvarsmekanismer, slik som fortrenning og isolering, er eksempler på emosjonelt orientert mestring.

### 2.5.3 Eriksons utviklingsteori

Ifølge Erik Erikson (referert i Håkonsen, 2015, s. 55) gjennomgår mennesket åtte psykososiale faser i løpet av oppveksten, hvor hver fase inneholder et vendepunkt med nye utfordringer fra omgivelsene. Fasene har stor betydning for utviklingen av personlighet og relasjoner til andre. Hvordan en løser problemer i tidligere faser har mye å si for hvordan en vil løse problemene i nye faser.

Den fjerde og femte fasen tar for seg viktige utviklingstrekk for ungdommer. I den tidlige ungdomsalderen står barna ovenfor konflikten mellom å være skapende versus å være underlegen, og det er vanlig at barna sammenligner seg med andre. Senere i ungdomsårene vil utviklingen av egoidentitet stå sentralt. De vil oppleve forvirring rundt hvem en er og hva en skal bli, og kompenserer dette ved å knytte vennskap med andre med lik identitet (Erikson, referert i Håkonsen, 2015, s. 57).

### 2.5.4 Travelbees relasjonsteori

Joyce Travelbees tolkning (referert i Eide & Eide, 2017, s. 364-365) av forholdet mellom sykepleier og pasient valgte hun å kalle "menneske til menneske forholdet". Denne tolkningen bygger på hennes syn på sykepleien som en mellommenneskelig prosess, hvor personlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier står sentralt. Sykepleierens oppgave er "å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ", "å utvikle et menneske til menneske forhold til pasienten", og "å møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiers hensikt".

### 2.5.5 Antonovskys salutogenesemodell

For å beskrive salutogenesen utviklet Antonovsky (referert i Kristoffersen, 2017c, s. 369) begrepet "opplevelse av sammenheng" (OAS). I dette inngår de tre kjernekomponentene forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet. Begrepet forståelse omhandler den kognitive dimensjonen, hvor målet er at situasjoner som oppstår skal oppleves som tydelig, ordnet og strukturert. Håndterbarhet inngår i handlingsdimensjonen, og går ut på at en opplever å ha tilstrekkelig med redskap for å kunne mestre en situasjon.

Meningsfullhet er den siste komponenten og er en del av den motivasjonelle dimensjonen. Meningsfullhet oppnås ved opplevelse av delaktighet, og at det en gjør er til nytte. Hvor sterke de ulike komponentene er hos hver enkelt person bestemmer opplevelsen av indre sammenheng. Sterk opplevelse av indre sammenheng er helsefremmende.



## 3 Metode

Ifølge Mulrow og Oxman (referert i Forsberg & Wengström, 2015, s. 27) tar metoden systematisk litteratursøk utgangspunkt i en valgt problemstilling, hvor denne blir besvart ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

### 3.1 Datainnsamling

#### 3.1.1 Søkehistorikk

Forsberg og Wengström (2015, s. 60) poengterer viktigheten av å bruke et PICO-skjema som tar utgangspunkt i problemstillingen, da dette forenkler prosessen med å finne en god søkestrategi. Vi benyttet oss av PIO (patients/population, intervention og outcome), da C (control) ikke var aktuelt for vår problemstilling (vedlegg 1). Dette resulterte i søkeordene "child", "parents", "neoplasms" og "experience", som vi kombinerte med den boolske operatoren AND (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69).

I første omgang søkte vi med de nevnte søkeordene i databasen CINAHL Complete. Når det gjelder begrepet "experience" foreslo databasen at vi, ved hjelp av den boolske operatoren OR, kunne kombinere det med fagtermet "life experiences". Dermed ble den første søkekombinasjonen slik: "child" AND "parents" AND "neoplasms" AND "experience OR life experience". Søkestrategien resulterte i 39 treff, men flesteparten av artiklene omhandlet feil tema. Vi måtte derfor endre søkestrategien vår.

I nøkkelordene til en av artiklene fant vi likevel et søkeord som var passende for vår problemstilling, nemlig "children of impaired parents". Ved å kombinere dette med "neoplasms", fant vi relevante artikler med riktig tema og perspektiv. Den endelige søkestrategien vår ble: "children of impaired parents" AND "neoplasms", og den ble brukt i alle databaser. Med denne kombinasjonen av søkeord gikk begrepet "opplever", som er en viktig del av problemstillingen vår, vekk. Dette går vi mer inn på i metodediskusjonen.

I det systematiske søket etter relevante forskningsartikler var vi innom flere ulike databaser for å utvide søket. De ni inkluderte artiklene ble hentet fra databasene ProQuest Health & Medicine, PubMed, CINAHL Complete og SveMed+. Vi gjorde også søk i Cochrane Library, Psychology & Behavioral Science- Collection og Medline.

Felles inklusjons- og eksklusjonskriterier ble brukt i alle databaser, og beskrives i neste delkapittel. I databasen CINAHL Complete fikk vi 28 treff, hvor vi bestemte oss for å bruke fem av dem. Databasen PubMed ga 11 treff, der to av artiklene ble inkludert. Søket i databasen ProQuest Health & Medicine resulterte i 88 treff. Her tok vi i bruk kun en artikkel. I databasen SveMed+ fikk vi fem treff og inkluderte en av disse. Prosessen for utvelging av artikler beskrives i kapittelet som går inn på sjekk av kvalitet og relevans. En systematisk oversikt over søkehistorikken er lagt ved (vedlegg 2).

### 3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å innskrenke antall treff i databasene opp mot vår problemstilling ble følgende inklusjonskriterier valgt: fagfelleevaluering, publikasjonsår mellom 2010 og 2019, skrevet på språkene norsk, engelsk, svensk eller dansk, og omhandle deltakere i aldersgruppen tretten til atten år (+/- to år).

I prosessen med å lese gjennom overskrifter, sammendrag og artikler ble artiklene ekskludert av følgende grunner: manglende IMRAD-struktur og feil perspektiv og/eller tema.

## 3.2 Sjekk av kvalitet og relevans

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 104) bør kvalitetsbedømmingen blant annet "...omfatta studiens syfte och frågeställningar, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning". I arbeidet med å velge ut artikler har vi derfor tatt utgangspunkt i dette.

Etter å ha gjort et systematisk søk gikk vi gjennom artiklene som virket interessante. Ved å se på overskrift og sammendrag kunne vi sikte oss inn på relevante artikler. Neste steg var å lese gjennom artiklene og å se på innholdet i dem. Etter å ha valgt ut artiklene gikk vi gjennom dem ved hjelp av sjekklister tilgjengelige på Helsebiblioteket (2016) sin nettside. Dette for å sikre kvaliteten på artiklene. En sjekkliste er lagt ved (vedlegg 3).

Vi benyttet oss av Norsk senter for forskningsdata sitt målesystem (2019a; 2019b; 2019c; 2019e; 2019f; 2019g) for publisering av forskning, da dette også er en god måte å vurdere artiklenes kvalitet på. Her blir de publiserte vitenskapelige tidsskriftene/forlagene delt inn i to nivåer, alt etter graden av kvalitet. Ifølge målesystemet var tidsskriftene Collegium Antropologicum, Psycho- Oncology, Sykepleien Forskning, Cancer Treatment Reviews og Supportive Care in Cancer nivå en, mens tidsskriftet Cancer var nivå to. At artiklene er godkjente av Norsk senter for forskningsdata (2019d) bekrefter også at de er fagfellevurderte, da dette er et krav for godkjenning.

## 3.3 Etiske hensyn

Etiske aspekter er sentralt i arbeidet med systematiske litteraturstudier (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Ifølge Dalland (2017, s. 238) skal all forskning som involverer mennesker, helseopplysninger eller menneskelig biologisk materiale, ha søkt om forhåndsgodkjenning fra en regional etisk komité. Her er det viktig å være oppmerksom på at de sårbare personene, eldre og barn, også har særegne krav på beskyttelse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018). Ettersom artiklene vi så etter skulle handle om barns opplevelser, blir automatisk de etiske prinsippene avgjørende i valget av artikler.

Etter nøye vurdering av alle ni artiklene følte vi at vi kunne ta dem i bruk av følgende grunner: Alle studiene anonymiserte deltakerne ved å fjerne personlig informasjon og karakteristika (Barkmann et al., 2014; Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Costas- Muniz, 2011; Giesbers, Kleverlaan, Van der Linden, Verdonck- de Leeuw & Van Zuuren, 2010; Hoekstra et al., 2010; Huang, Lee & O'Connor, 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). Noen barn fikk også

utdelt et pseudonym for å skjule identiteten sin (Larsen & Nortvedt, 2011). Det kommer også frem at barna fikk tilsendt skriftlige samtykker som både de og forelderen måtte signere før de kunne delta i undersøkelsene (Barkmann et al., 2014; Costas- Muniz, 2011; Hoekstra et al., 2010; Larsen & Nortvedt, 2011). Noen studier nevner også at de utførte sjekklister for kvalitet og sørget for å bli godkjente av etiske komiteer (Barkmann et al., 2014; Costas- Muniz, 2011; Hoekstra et al., 2010; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). En studie vektlegger viktigheten av å beskytte barna, og har i den grunn innhentet seg informasjon og veiledning for hvordan de skulle tilnærme seg barna i de forskjellige intervjuene (Lloyd- Williams & Kennedy, 2009).

Ettersom vi tar i bruk andres forskning er det viktig at vi selv er observante på egen etikk. For å behandle artiklene på en etisk måte henviser vi til forfatterne på korrekt måte med utgangspunkt i APA-stilen. I tillegg gjengir vi funnene slik de er skrevet i artiklene uten å trekke fra eller legge til noe. I oversettelsen fra engelsk til norsk har vi forsøkt å bruke ord av samme betydning for å få frem det originale budskapet.

### 3.4 Analyse

Etter å ha funnet relevante artikler som møter kravene våre, og som svarer på problemstillingen, vil det neste steget i en systematisk litteraturstudie være å analysere funnene i de forskjellige forskningsartiklene. Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 152) handler analyseringsprosessen om å dele artiklenes innhold opp i små biter, bearbeide og vurdere dem hver for seg, for så å sette det sammen igjen til en helhet. I vårt analysearbeid valgte vi å ta utgangspunkt i fremgangsmåten til Evans (2002), en analyseringsmetode som baserer seg på fire steg.

Ifølge Evans (2002) handler det første steget om å finne relevante artikler som tar utgangspunkt i problemstillingen. Vi har forklart hvordan vi gjorde dette i de tre tidligere delkapitlene. Steg to baserer seg på å identifisere artiklenes hovedfunn gjennom en grundig gjennomlesning og sortering av funnene (Evans, 2002). For å bli kjent med artiklene og funnene ble det lest gjennom artiklene gjentatte ganger, samt tatt notater underveis. Vi benyttet oss av ulike fargekoder for å kategorisere funnene. Dette fører oss inn i neste steg i analysen som går ut på å se på likheter og ulikheter ved de forskjellige artiklene (Evans, 2002). Dette gjorde vi ved å samle alle funnene på et felles dokument og å kategorisere hovedgruppene etter farger. Disse hovedgruppene var reaksjon og opplevelse, informasjon, mestringsstrategier og endringer i hverdagen. Hovedgruppene ble også delt opp i undergrupper med ulike representerte tema.

<b>Tema</b> <i>Undertema (matrisenummer)</i>
<b>Barnas reaksjoner og opplevelser</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)</li> </ul>
<b>Barnas behov for informasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informasjonskilder (5, 7)</i></li> <li>• <i>Informasjonens innhold (5, 6, 7)</i></li> </ul>
<b>Benyttede mestringsstrategier</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Strategier med positiv virkning (4, 5, 6, 7, 9)</i></li> <li>• <i>Strategier med negativ virkning (4, 5, 6, 7, 9)</i></li> </ul>
<b>Endringer i hverdagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1, 4, 5, 6, 7)</li> </ul>

**Tabell 1** - Oversikt over tema og undertema med tilhørende studier.

## 4 Resultat

Resultatdelen i en systematisk litteraturstudie beskrives som en fase hvor en bearbejder, analyserer og samler data (Evans, 2002). Fremgangsmåten for analysen ble beskrevet i punkt 3.4 i metoden, og vi vil her gå videre med å presentere funnene fra analysen med utgangspunkt i de fire hovedgruppene reaksjon og opplevelse, mestringsstrategier, informasjon, og endringer i hverdagen.

### 4.1 Barnas reaksjoner og opplevelser

Et gjentagende funn viser at barn av foreldre med kreft scorer høyere enn gjennomsnittet på emosjonelle problemer og endring i oppførsel (Barkmann et al., 2014; Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). En medvirkende faktor her er familiefunksjonen, hvor dårlig samspill mellom familiemedlemmer fører til en høyere forekomst av psykiske plager. Å delta i familieøkonomien, og ikke å delta i husarbeid, påvirker barna negativt. Andre faktorer som har negativ innvirkning på barnet er foreldrenes helsestatus og psyke, avstand fra dem ved sykehusopphold, uvitenhet om behandlingen, og lite egentid for barna (Barkmann et al., 2014; Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Hoekstra et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016).

Barn opplever psykiske påkjenninger slik som bekymring, frykt, stress, angst, sinne, skyldfølelse, tristhet, ensomhet og utrygghet (Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Costas- Muniz, 2011; Giesbers et al., 2010; Hoekstra et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). Når det kommer til bekymringer reduseres de over tid, men de vil alltid være der (Lyseng & Purc- Stephenson, 2016).

Barns reaksjoner og forståelse henger sammen med alder, kjønn, modenhet, tidligere erfaringer og hva de blir fortalt. Jenter har en høyere forekomst av psykiske påkjenninger og endring i oppførsel, enn gutter (Barkmann et al., 2014; Costas- Muniz, 2011; Hoekstra et al., 2010; Larsen & Nortvedt, 2011; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). Deltakerne i en av artiklene rapporterer flere symptomer ved lavere alder, noe som kobles til avhengigheten til foreldrene (Barkmann et al., 2014). En annen artikkel trekker frem eldre barn som utsatte, på grunn av større forståelse for alvorligheten av situasjonen (Hoekstra et al., 2010).

### 4.2 Barnas behov for informasjon

#### 4.2.1 Informasjonskilder

Hovedinformasjonskildene er foreldrene, internett og skolen, og for de fleste barn er foreldrene den viktigste kilden. Anbefalte informasjonssider og skriftlig tilpasset informasjon er noe de etterspør. Behovet for å prate med helsepersonell er stort, og enkelte unngår å prate med foreldrene på grunn av frykt for å bekymre dem. I tillegg sitter helsepersonell på nødvendig kunnskap om sykdommen. Andre funn som trekkes

frem er at informasjonen må tilrettelegges mottakeren, og at det er enklere å følge med dersom informasjonen blir gitt på tomannshånd (Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009).

#### 4.2.2 Informasjonens innhold

To av artiklene (Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011) fokuserer på hva slags informasjon barn ønsker. Etterspurt informasjon er informasjon om endringene sykdommen vil medbringe, diagnosen og behandlingen, bivirkninger, og forventede fysiske og psykiske symptomer hos forelderens. Barn har god nytte av informasjon om normale psykiske reaksjoner hos dem selv, og om mestringmuligheter og tilgjengelig støtte.

Behovet for informasjon øker med alderen, men hvor detaljert informasjonen bør være varierer fra person til person. Å motta informasjon er en prosess som tar tid. De aller fleste ønsker informasjon fra diagnosetidspunktet, og ved endringer i sykdomstilstand eller behandlingsopplegg. Noen barn opplever mangelfull informasjon, noe som kan bidra til at de lager seg egne forklaringer. Andre barn ønsker ikke så mye informasjon, da det kan føre til komplikasjon og forvirring (Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011).

### 4.3 Benyttede mestringsstrategier

#### 4.3.1 Strategier med positiv virkning

I studiene trekkes det frem flere forskjellige mestringsstrategier, blant annet argumentering, å ha en positiv innstilling, å delta på aktiviteter, å skrive ned tanker, å fortsette som normalt, å tilpasse seg den nye hverdagen, å snakke om det, og å bruke ekstra mye tid med forelderens (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Tre artikler legger vekt på religionsutøvelse og å holde håpet oppe (Costas- Muniz, 2011; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011), og to andre vektlegger distraksjoner som en ny hobby eller å være med venner (Giesbers et al., 2010; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). For å bedre takle besøk på sykehus opplever barn det som positivt at de selv er forberedt og at besøket er tilrettelagt (Larsen & Nortvedt, 2011).

Den mestringsstrategien som nevnes i flest artikler og som barn opplever størst nytte av, er å snakke om tanker og følelser med andre. Enten det er på chatteforum, i samtalegrupper, med ansatte på skolen, helsepersonell eller med venner (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009).

#### 4.3.2 Strategier med negativ virkning

En av strategiene som tas i bruk er å holde følelser og bekymringer tilbake i frykt for å uroe foreldrene. Dette blir særlig tatt i bruk av eldre barn, og fungerer som en barriere for god kommunikasjon i familiene. Noen skjuler følelsene av andre grunner; som ikke å ville såre familien, å være til bry, og et ønske om å være normal (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011).

Noen studier beskriver følgende mestringsstrategier som ugunstige: benektelse, lite aksept, lite bruk av humor, uhensiktsmessig håndtering av situasjonen, stoffmisbruk og følelsesmessig avflatelse. Medvirkende faktorer til slike strategier er usikkerhet knyttet til forelderens sykdom, den fysiske avstanden til forelderen ved behandling, mangel på støtte, mangel på informasjon, at forelderen opplever fysiske symptomer, økt ansvar hjemme, og uhyggelige kommentarer (Costas- Muniz, 2011; Giesbers et al., 2010; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009).

#### 4.4 Endringer i hverdagen

Barn opplever rolleendringer i familien som følge av sykdommen. Barn får mindre tid til normale aktiviteter og har redusert kontakt med jevnaldrende på grunn av husarbeid og pass av yngre søsken, pleie av den syke forelderen og medansvar for inntekter (Celebioglu & Küçükoglü, 2012; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Enkelte barn opplever mindre tilstedeværelse fra foreldrene i hverdagen og prioriterer derfor annerledes for å komme tettere på familien. Bursdager og helligdager settes pris på, da dette betyr at familien kan samles (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Tre av artiklene (Celebioglu & Küçükoglü, 2012; Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013) trekker frem skolerelaterte konsekvenser slik som dårligere konsentrasjon, mangel på tid til lekser, og mobbing på grunn av forelderens sykdom.

Noen barn går inn i en ny rolle som emosjonell støtte for forelderen, i form av å holde humøret deres oppe, være sterk for dem og å trøste dem. Dette påvirker barna både positivt og negativt (Huang et al., 2013; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Andre føler de bryr seg for lite, som følge av et ønske om å fortsette som normalt, noe som gir dem skyldfølelse (Larsen & Nortvedt, 2011). Barn opplever bekymring for hvordan sykdommen vil påvirke familierollene, økonomien og fremtidsplaner (Huang et al., 2013).

# 5 Diskusjon

## 5.1 Metodediskusjon

I denne systematiske litteraturstudien tar metoden utgangspunkt i pensumlitteratur av Forsberg og Wengström (2015) og Evans (2002). Bruk av flere kilder styrker oppgaven, da vi dermed kan sammenligne fremgangsmåter og trekke ut det mest relevante.

I arbeidet frem mot en god søkestrategi valgte vi å benytte oss av et PIO-skjema. Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 60) er PICO et nyttig verktøy for å bearbeide problemstillingen om til søkeord, men i vårt tilfelle ga det oss en søkestrategi hvor artiklene hadde feil vinkling. Vi gikk derfor bort fra å bruke PIO-skjemaet, noe som førte til at begrepet "opplever" ble fjernet fra søkeordene. Dette kunne ha svekket søkestrategien vår. Likevel ga søkekombinasjonen "children of impaired parents" AND "neoplasms" fokuset vi ønsket, med artikler som svarte på problemstillingen vår. Ved å inkludere kvalitative artikler dekker vi den opplevelsesmessige tilnærmingen, da disse fokuserer på menneskers opplevelser og erfaringer (Forsberg & Wengström, 2015, s. 44). Et pluss i databasen CINAHL Complete var muligheten for å krysse av for psykososiale faktorer. Dette hjalp på innskrenkingen av artikler inn mot riktig tema.

I søket etter artikler tok vi i bruk sju ulike databaser, hvor vi fant relevante artikler i fire av dem. Å gjøre systematiske søk i flere databaser øker sannsynligheten for å finne artikler som svarer på problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 64-68). Ved å bruke like inklusjons- og eksklusjonskriterier i alle databasene øker sjansen for å finne artikler som omhandler samme tema. For å sikre kvaliteten på artiklene, var ett av kriteriene at de skulle være publisert mellom 2010 og 2019. På denne måten garanterer vi at artiklene baserer seg på nyere forskning, noe som styrker oppgaven. Ifølge Norsk senter for forskningsdata sitt målesystem (2019a; 2019b; 2019c; 2019d; 2019e; 2019f; 2019g) er alle artiklene publisert i tidsskrift i nivå en eller to. Dette er også med på å sikre kvaliteten på artiklene, da det blant annet forsikrer at alle artiklene er fagfelleurderte. Ved å ta i bruk sjekklister kunne vi forsikre oss om at artiklene svarte på problemstillingen (vedlegg 3).

Åtte av de ni inkluderte artiklene baseres på forskning som er utført i land som kan sammenlignes med Norge (Barkmann et al., 2014; Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Giesbers et al., 2010; Hoekstra et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). Den siste artikkelen avviker noe fra norske forhold, men vi valgte å inkludere den på grunn av relevans og kvalitet (Costas- Muniz, 2011).

Noen av artiklene støtter bare delvis opp mot vårt perspektiv, da de inkluderer foreldre som deltakere i studiet (Barkmann et al., 2014; Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). For å sikre at oppgaven har et pårørendeperspektiv har vi ekskludert data som var innhentet fra foreldrene. I problemstillingen og temaet for oppgaven har vi valgt å ikke



fokusere på en spesifikk kreftsykdom og/eller fase i sykdommen, med unntak av uhelbredelige kreft, men heller kreft generelt. Dette kunne ført til et alt for bredt omfang på oppgaven, men ved å gå inn på felles hovedtemaer i artiklene har det likevel resultert i en strukturert oppgave. Hensikten med studiet var å fokusere på barns opplevelser rundt en forelders kreftdiagnose, og å se dette i sammenheng med konsekvenser for sykepleien. Dermed var det nødvendig med en generell tilnærming.

Når det kommer til forskning med barn som deltakere er etikken særs viktig. En svakhet med oppgaven er at fire av artiklene ikke nevner noe om godkjenning fra en etisk komite (Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011). De har likevel lagt vekt på anonymisering og signert samtykke, og alle tidsskriftene som artiklene er publisert i har egne retningslinjer med tanke på etikk. Forfatteren må blant annet gjøre endringer i artikkelen dersom det ikke er i tråd med disse retningslinjene (Cancer, 2020).

Seks av de ni valgte artiklene har et flertall av jenter som deltakere (Barkmann et al., 2014; Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Costas- Muniz, 2011; Hoekstra et al., 2010; Lloyd-Williams & Kennedy, 2009; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). Dette er en mulig svakhet ved oppgaven, da konsekvensene for sykepleien i stor grad diskuteres på bakgrunn av data innhentet fra jenter. Årsaken til denne skjevfordelingen er usikker. Vi ser likevel at de deltakende guttene også har et behov for støtte og hjelp.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I denne ekstraordinære tiden hvor Covid-19 preger samfunnet, har vi ikke hatt tilgang til all den litteraturen som vi skulle ønsket. Vi vil derfor diskutere resultatene presentert i forrige hovedkapittel på bakgrunn av tilgjengelig litteratur, samt trekke frem konsekvenser for sykepleien.

### 5.2.1 Barnas reaksjoner og opplevelser

I et flertall av artiklene opplevde barna psykiske påkjenninger som følge av uvitenhet om behandlingen, synlige symptomer hos forelderen og avstand fra forelderen ved sykehusopphold (Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). Gjentakende påkjenninger var stress, bekymring, depresjon, somatisering, dårlig selvtillit, utrygghet og tristhet (Celebioglu & Küçükoglu, 2012; Costas- Muniz, 2011; Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009), og er ifølge Kreftforeningen (2020c) normale hos barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom hos en forelder.

Belastningene barna forteller om har likhetstrekk med opplevelsen av en krise, slik Cullberg (referert i Hummelvoll, 2016, s. 508-512) beskriver det i sin kriseteori. De som opplever en krise trenger hjelp til å lette den akutte lidelsen og å gjenopprette selvstendig fungering, samt å forebygge ettervirkninger og posttraumatisk stress-syndrom. Prosessen med å hjelpe mennesker i krise deles inn i tre faser; kartlegging av behov, planlegging av tiltak og gjennomføring av tiltak (Hummelvoll, 2016, s. 512-513). For å kvalitetssikre rutinene rundt dette vil det være nødvendig med en prosedyre. Prosedyren bør sette rammer for tid, sted, inkluderte parter og innhold, og være basert på forskning og erfaring. Prinsippet for kunnskapsbasert praksis understøtter viktigheten

av dette (Graverholt et al., 2014, s. 20). Planleggingen og gjennomføringen av tiltakene kan gå utenfor sykepleierens kompetanse. Det vil derfor være nødvendig med en tverrprofesjonell tilnærming hvor både lege, psykolog og sosionom er inkludert (Stubberud, 2018, s. 56).

Barkmann et al. (2014), Costas- Muniz (2011), Hoekstra et al. (2010), og Lyseng og Purc- Stephenson (2016) påpeker at jenter har en høyere forekomst av psykiske påkjenninger enn gutter. Mulige årsaker til dette kommer ikke frem i forskningen. Ifølge Håkonsen (2015, s. 94-96) skal det ikke være noen tilgrunnliggende forskjell på hvor sårbar barna er ut ifra kjønn, men at det avhenger av miljøet. På den andre siden skriver Kristoffersen (2017a, s. 245) at hormonsystemene som regulerer stressreaksjoner fungerer ulikt hos kvinner og menn. Funnene i artiklene tyder på at tilnærmingen sykepleier har til barn og unge bør individualiseres ut ifra deres behov. Hendersons sykepleieteori (referert i Kristoffersen, 2017b, s. 39) støtter opp under dette, og vektlegger bruken av pleieplan for å dekke disse. En pleieplan utarbeides ved at sykepleier observerer barnets behov og videre at barnet bekrefter disse. Deretter vurderer sykepleier om egen kompetanse er tilstrekkelig for å dekke behovet, eller om annen kompetanse må trekkes inn. Sykepleier må legge en plan for hvordan tiltakene skal gjennomføres, og til slutt evaluere virkningen av tiltakene (Travelbee, referert i Kristoffersen, 2017b, s. 34).

En annen påvirkende faktor for utviklingen av psykiske påkjenninger er alder. Ifølge Barkmann et al. (2014) er yngre barn mer utsatt på grunn av deres avhengighet til foreldrene. I Hoekstra et al. (2010) kommer frem at eldre barn påvirkes mer, da de er mer oppmerksomme på foreldrenes følelser og bekymringer. På grunn av disse motstridende funnene kan en tenke seg at reaksjonen avhenger av barnets biologiske forutsetninger, utviklingsfase og livshistorie, og ikke bare alder og kjønn (Eide & Eide, 2017, s. 287). Dette bekreftes av Eriksons utviklingsteori (referert i Håkonsen, 2015, s. 59). Teorien poengterer at barn i denne fasen veksler mellom å ha sterk tro på seg selv i en situasjon, og å være avhengige av foreldrene i en annen. Erikson (referert i Håkonsen, 2015, s. 59) trekker også frem at stabilitet i nære nettverk, slik som familien, er viktig for barn i denne utviklingsfasen. Konsekvenser for sykepleien relatert til dette diskuteres i kommende delkapittel.

#### **5.2.1.1 Familiens behov for oppfølging**

Flere av artiklene trekker frem hvordan familiefunksjonen og relasjonen mellom barn og forelder står sentralt i utviklingen av emosjonelle problemer (Hoekstra et al., 2010; Larsen & Nortvedt, 2011; Lyseng & Purc- Stephenson, 2016). En mulig forklaring på dette kan være at familien er det viktigste nettverket for barnet i vanskelige perioder, og har en avgjørende betydning for helsen, livskvaliteten og tryggheten til barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 133). I tider med sykdom kan det være utfordrende å ha en åpen kommunikasjon innad i familien, da hvert enkelt familiemedlem sitter med ulike reaksjoner og følelser. Sykepleier kan være til hjelp ved å invitere til en familiesamtale. Dermed kan alle parter i familien fortelle om sine problemer og perspektiv, og det åpner opp for forståelse og læring. En slik samtale vil starte med at alle forteller om sine forventninger til sykepleieren. Videre kan sykepleier lede samtalen inn på ulike tema, slik som behandling, endringer i hverdagen og reaksjoner på sykdommen (Eide & Eide, 2017, s. 306-307). For å dekke kompetansen om nevnte tema poengterer Stubberud (2018, s. 56) at tverrprofesjonelt samarbeid er et viktig tiltak. Det vil være aktuelt for sykepleier å

kartlegge hva slags støtte familien får fra omgivelsene, og eventuelt vurdere videre behov. I en slik samtale er det viktig at sykepleier lar alle komme til i dialogen (Eide & Eide, 2017, s. 306-307).

Ifølge Hoekstra et al. (2010) kan det være en sammenheng mellom de psykiske reaksjonene til barna og foreldrene. Studien viste at dersom foreldrenes atferd preges av stress, opplever barnet selv også mer stress. Dette kan henge sammen med at de nære omgivelsene og samfunnet spiller en stor rolle i individets utvikling, og at utviklingen gjenspeiles i miljøet en er oppvokst i (Håkonsen, 2015, s. 245). En viktig del i ivaretagelsen av barnet vil derfor være å sørge for at foreldrene og er ivaretatt. Kreftforeningen (2020b) nevner ulike støtteapparat for de med kreft og deres familier. Deriblant pasient- og likepersonsorganisasjoner hvor en kan møte andre i samme situasjon, Kreftforeningens rådgivningstjeneste hvor en kan snakke med kreftsykepleier, og kreftkoordinator i kommunen som kan bidra i tilretteleggelse av hverdagen. Hjemmesykepleie og psykisk helseteam blir også nevnt. For at alle familier skal få det samme tilbudet, uansett hvilket helsepersonell som hjelper dem, bør det bli utarbeidet et informasjonsskriv som sykepleier kan ta i bruk. Informasjonsskrivet må ta utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap, erfaringer og familienes etterspørsler (Graverholt et al., 2014, s. 17).

I Celebioglu og Küçükoglu (2012) og Lloyd- Williams og Kennedy (2009) kom det frem at en direkte konsekvens av foreldrenes kreft var at barna måtte hjelpe til mer hjemme. Dette førte til mindre egentid for barna noe som i mesteparten av tilfellene påvirket dem negativt. Erikson (referert i Håkonsen, 2015, s. 57) poengterer at barn i denne aldersgruppen utvikler en mer voksen tankegang. Det kan være årsaken til at barn ofte behandles som mer voksne enn det de er (Eide & Eide, 2017, s. 289). En viktig oppgave for sykepleier vil være å sikre at barnet ikke sitter på ansvar som går utover dets kompetanse og forutsetning. Barnet må anerkjennes for den jobben de gjør, samt få hjelp til de oppgavene som går utenfor barnets ansvarsområde (Ytterhus, 2012, s. 23). De oppgavene som overskrider barnets forutsetninger må overtas av andre, for eksempel kommunalhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018c).

### 5.2.2 Barnas behov for informasjon

Tre av artiklene hadde funn relatert til barnas behov for informasjon og innhold i denne, samt hvordan de reagerte på den gitte informasjonen (Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Barna trakk frem foreldrene som en av de vanligste og viktigste informasjonskildene. Hvorfor foreldrene var viktige med tanke på informasjon kommer ikke frem i artiklene, men ifølge Eide og Eide (2017, s. 289-290) er det naturlig at foreldrene trår inn i en slik rolle, da det er de som står barnet nærmest. Selv om foreldrene spiller en stor rolle i formidlingen av informasjon, opplever også de en krise som kan påvirke deres emosjonelle tilstand. Kunnskapen de sitter på kan være mangelfull, noe som kan føre til at barna lager seg egne forklaringer (Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011). Ifølge Helsepersonelloven (1999, §10a) skal sykepleier bidra til at barnets behov for informasjon dekkes. Ved å veilede foreldrene i å støtte barna, samt hvordan de kan informere dem om sykdommen og behandlingen, kan dette oppnås. Helsedirektoratets pårørendeveileder (2019) trekker frem følgende råd sykepleier kan gi til foreldre: tenk gjennom hva en ønsker å si og hvordan, og forbered svar på forventede spørsmål. Erikson (referert i Håkonsen, 2015, s. 57-59) vektlegger viktigheten av å bruke begrep som barnet forstår. Sykepleier bør hjelpe foreldrene til å

forberede samtalen, samt tilby støtte underveis. Snakketøyet er et eksempel på en nettside som kan være til nytte for foreldre i tilnærmingen til barnet sitt (BarnsBeste, u.å.).

I Huang et al. (2013) og Larsen og Nortvedt (2011) kom det frem at mange av barna hadde nytte av å prate med helsepersonell for å få dekket informasjonsbehovet. Barna foretrakk også å prate med helsepersonell til fordel for foreldrene på grunn av frykt for å bekymre dem (Huang et al., 2013; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Tilnærmingen sykepleier har i samtale med barn og ungdom vil være annerledes enn med voksne, og kompetanse om dette er derfor viktig (Eide & Eide, 2017, s. 289-290). Ledelsen på avdelingen er pliktig å legge til rette for fagutvikling hos de ansatte. Personalet må få tilgang til relevante e-lærings-, - og andre kurs, samt få tid til å gjennomføre disse ved at arbeidsoppgaver på avdelingen omorganiseres. For at sistnevnte skal oppnås vil det være nødvendig med tilstrekkelig bemanning (Befring, 2017, s. 44-46; Orvik, 2015, s.150). Sykepleier selv har også et ansvar i å holde seg oppdatert om ny kunnskap og forskning (Befring, 2017, s. 46; Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleier må utføre kursene som tilbys, samt etterspørre muligheter for læring ved opplevelse av manglende kompetanse. Viktigheten av dette understøttes av Graverholt et al. (2014, s. 22-23), som understreker at dette fører til kvalitet og troverdighet i tjenesten.

I tilnærmingen til barn og ungdom vil det være viktig å skape tillit og trygghet uansett tilknytningsmønster, da dette bidrar til en god relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 291-292). Ifølge Travelbee (referert i Eide & Eide, 2017, s. 364-366) er fremgangsmåten for kommunikasjonen elementær for om relasjonen blir god eller ikke. For å oppnå dette må sykepleier tilpasse seg barnet og tone seg inn på dets oppmerksomhet. Verbalt kan sykepleieren "... stille åpne spørsmål, utforske verdier og oppmuntre den andre til å utdype sitt perspektiv" (Eide & Eide, 2017, s. 119). Ved å i tillegg ta i bruk nonverbal kommunikasjon slik som øyekontakt, kroppsholdning og stillhet styrker det budskapet i det verbale (Eide & Eide, 2017, s. 119).

I ett av studiene etterspurte barna skriftlig informasjon og nettsider om sykdommen som var tilpasset deres alder og forståelse (Larsen & Nortvedt, 2011). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) skal all informasjon være "... tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn". Loven sier og at en skal forsikre seg, så langt det lar seg gjøre, om at informasjonen er forstått. Antonovskys teori om salutogenese (referert i Kristoffersen, 2017c, s. 369) bekrefter viktigheten av dette, da det bidrar til opplevelse av sammenheng (OAS). Det finnes både bøker, nettsider og apper som er beregnet for barn som pårørende til kreftsyke (Kreftforeningen, 2020a). At sykepleier er orientert om dette kan bidra til at barns informasjonsbehov dekkes.

I Huang et al. (2013) og Larsen og Nortvedt (2011) kom det frem at barna ønsket informasjon om forelderens diagnose, prognose og behandling. Noen barn ønsket mye informasjon, mens andre opplevde komplikasjon og forvirring ved for mye informasjon (Huang et al., 2013). Ifølge Pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2018a) er det viktig å respektere at enkelte barn ikke ønsker å snakke om sin situasjon. Dersom sykepleier opplever usikkerhet i tilnærmingen til barna kan det hjelpe å henvende seg til avdelingens barneansvarlig for råd. Barneansvarlig sykepleier har ansvar for å koordinere oppfølging av mindreårige barn som er pårørende, og skal derfor sitte på kunnskap om dette (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a).

De fleste barna ønsket å få informasjonen fra diagnosetidspunktet. I de tilfellene hvor foreldrene unnlot å informere barnet merket barnet likevel at noe var galt. Dette skapte bekymring hos barnet (Larsen & Nortvedt, 2011). Uvitenhet kan føre til at det oppleves farligere enn det er i realiteten, og dette kan ifølge Bowlbys tilknytningsteori (referert i Eide & Eide, 2017, s. 292 og s. 372) sette barnets relasjon til foreldrene i fare. Det er derfor bedre for barna at de vet hvorfor foreldrene er bekymret. Å informere foreldrene om barnas nytte av informasjon er derfor en viktig sykepleieoppgave (Helsedirektoratet, 2019).

### 5.2.3 Barnas mestringsstrategier

#### 5.2.3.1 Strategier med positiv virkning

Det å få muligheten til å snakke om tanker og følelser er viktig for barna. Denne mestringsstrategien ble trukket frem i flest artikler, noe som tyder på at det er et sterkt funn (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd-Williams & Kennedy, 2009). Dette kan sammenlignes med problemorientert mestring slik Folkman og Lazarus (referert i Kristoffersen, 2017a, s. 249) beskriver det, hvor en følelsesmessig bearbeider problematiske situasjoner som ikke kan forandres. For barna var viktige plattformer for dette å delta i chatteforum og samtalegrupper, og å snakke med ansatte, helsepersonell og venner (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011; Lloyd-Williams & Kennedy, 2009). Som sykepleier er det viktig å fortelle barna at de ikke er alene i den vanskelige situasjonen. En kan snakke med barna og foreldrene om tilbud slik som familieundervisningsdager, kommunale gruppetilbud, ferieleirer, støttetelefoner og aktuelle nettsider. Det kan også være nyttig å dele ut brosjyrer slik at partene kan se på det i ro hjemme (Helsedirektoratet, 2018a).

I Celebioglu og Küçükoglu (2012), Giesbers et al. (2010) og Huang et al. (2013) fortalte barna om konsentrasjonsvansker på skolen, lite tid til lekser og mobbing fra andre. Dette tyder på at det er vanskelig for barna å legge fra seg bekymringene når de er på skolen. Noe som kan lette slike plager, kan være at lærere og elever på skolen får informasjon om sykdommen, ulike krisereaksjoner og hvordan en best kan håndtere disse (Eide & Eide, 2017, s. 292). Helsedirektoratet (2019) støtter opp under dette og poengterer at et samarbeid mellom sykepleier og skolen kan bidra til bedre oppfølging av barnet. Med informasjon fra sykepleier kan lærerne lettere støtte barnet, samt vurdere behov for samtaler med andre profesjoner som helsesøster eller psykolog (Helsedirektoratet, 2018b). Før en gjennomfører et slikt tiltak må den syke forelderen samtykke om at informasjonen kan gis. Informasjonens innhold må også avklares (Helsepersonelloven, 1999, §22).

Andre mestringsstrategier som ble nevnt i artiklene var argumentering, positiv innstilling, å delta på aktiviteter, å fortsette som normalt, å tilpasse seg den nye hverdagen og å holde håpet oppe (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Lloyd-Williams & Kennedy, 2009). Religionsutøvelse og å ha håp var en gjenganger i flere av artiklene (Costas-Muniz, 2011; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011). Kristoffersen (2017a, s. 256) trekker frem at mange kan oppleve trygghet og ro ved å ha en personlig tro i vanskelige tider, og for noen kan det være nyttig å prate med sykehuspresten. Hos noen er troen så sterk at de setter all lit til sin Gud. Dette har både positive og negative sider, da slik tillit kan føre til at de selv tar avstand fra situasjonen og ikke engasjerer seg. Ved

at sykepleier foretar en kulturell datainnsamling med familien kan sykepleier gjøre seg kjent med de reglene som er gjeldende for den aktuelle kulturen. Dette gjør det enklere å respektere disse i yrkesutøvelsen (Hanssen, 2017, s. 98).

Giesbers et al. (2010) og Lloyd- Williams og Kennedy (2009) skriver om viktigheten av distraksjoner som en mestringsstrategi. Ifølge Folkman og Lazarus (referert i Kristoffersen, 2017a, s. 251) blir distraksjon sett på som emosjonelt orientert mestring, hvor en tar avstand til problemet eller ubehaget. Denne typen mestring blir oftest sett på som uhensiktsmessig, men i dette tilfellet trekker barna det frem som noe positivt. En ny hobby og å være med venner var distraksjoner som barna hadde god nytte av (Giesbers et al., 2010; Lloyd- Williams & Kennedy, 2009). Som sykepleier er det derfor viktig at en informerer både foreldre og barn om viktigheten av at barna får rom til slike distraksjoner (Helsedirektoratet, 2019).

I Larsen og Nortvedt (2011) kom det frem at besøk på sykehus var en god opplevelse dersom barnet var forberedt og forholdene var tilrettelagt. Helsedirektoratet (2019) skriver om viktigheten av å besøke og/eller bli med den syke forelderen på sykehus, da barna dermed kan oppleve fellesskap og bedre oversikt. I sammenheng med dette er det viktig at sykepleier informerer foreldrene om hvordan de best mulig kan forberede barnet på besøket. Punkter som bør nevnes i forberedelsen er synsinntrykk, lukter, lyder og medpasienter. Det kan være nyttig å vise bilder og videoer av rommet og avdelingen slik at barnet vet hvordan det ser ut på forhånd. Slike tiltak bidrar til problemorientert mestring hos barnet slik Folkman og Lazarus (referert i Kristoffersen, 2017a, s. 249) beskriver det.

### **5.2.3.2 Strategier med negative utfall**

Ifølge Folkman og Lazarus sin mestringssteori (referert i Kristoffersen, 2017a, s. 248) vil alle mennesker som står ovenfor en krise prøve å håndtere disse på en best mulig måte. Håndteringene kan fungere både hensiktsmessig og veltilpassende, eller uhensiktsmessig og lite egnet. Noen av artiklene trekker frem funn som viser til sistnevnte, som det å holde følelser og bekymringer tilbake. Årsaker til en slik håndtering var frykt for å uroe foreldrene eller å være til bry, et ønske om å være normal eller lite støtte fra nærmiljøet (Giesbers et al., 2010; Huang et al., 2013; Larsen & Nortvedt, 2011). Ifølge Håkonsen (2015, s. 262) er fortrenkning den vanligste og mest brukte forsvarsmekanismen. I mange tilfeller er hensikten med en forsvarsmekanisme at den skal redusere ubehag (Folkman & Lazarus, referert i Kristoffersen, 2017a, s. 248), men i studiene kommer det frem at en slik håndtering bidrar til dårlig kommunikasjon innad i familien (Larsen & Nortvedt, 2011). Barna tar også i bruk andre strategier med ugunstige utfall slik som følelsesmessig avflating og benektelse (Costas- Muniz, 2011). Benektelse handler om det å ikke ville erkjenne realiteten og kan bli sett på som både positivt og negativt (Håkonsen, 2015, s. 262). Det er som sykepleier viktig å ta hensyn til en slik håndtering ved å la barna få tid til å akseptere situasjonen (Håkonsen, 2015, s. 262).

I Larsen og Nortvedt (2011) kom det frem at barna hadde vansker med å forstå egne reaksjoner, og at de hadde nytte av kunnskap om mestringsmuligheter og tilgjengelig støtte. For å møte barnas ønsker må sykepleier i samtale med barna informere og veilede om ulike mestringsmuligheter, og poengtere hvilke som er gunstige og ugunstige. På denne måten får barna bedre forståelse for egne reaksjoner. Dette styrker

opplevelsen av håndterbarhet og meningsfullhet, og vil virke helsefremmende for barna (Antonovsky, referert i Kristoffersen, 2017c, s. 369).

## 6 Konklusjon

Målet i denne studien var å belyse hvordan barn opplever det når en forelder har kreft, og videre hvilke konsekvenser dette får for sykepleien. Resultatene viser at det er utfordrende for barn å være pårørende til en forelder med kreft. I mange tilfeller fører det til psykiske påkjenninger slik som stress, bekymring, depresjon, somatisering, dårlig selvtillit, utrygghet, tristhet og konsentrasjonsvansker. Lite eller dårlig informasjon om sykdommen, avstand fra forelderen i sammenheng med sykehusopphold, lite egentid og dårlig familiefungering er faktorer som disponerer for de nevnte påkjenningene. For å mestre situasjonen tar barn i bruk ulike strategier. Noen fungerer positivt, slik som å snakke med andre, å ha en hobby eller å være med venner, og å praktisere sin tro. Andre påvirker barnet negativt, slik som fortrenghing og benektelse. Barn som pårørende har et stort informasjonsbehov, og de har størst nytte av informasjon som tilpasses hvert enkelt individ ut ifra deres egne ønsker.

Besvarelsen viser at sykepleier må avklare barnets informasjons- og oppfølgingsbehov. For å kunne hjelpe barnet med å dekke behovet er det i første omgang viktig å opparbeide en god relasjon mellom barn og sykepleier. Dette kan oppnås gjennom aktiv lytting, nonverbal kommunikasjon og å tone seg inn på barnets oppmerksomhet. Resultatene viser at barn har nytte av informasjon om egne reaksjoner, nyttige mestringsstrategier og tilgjengelig støtte. Det er likevel viktig å respektere at enkelte barn ikke ønsker å prate med sykepleier, da noen foretrekker å kun prate med foreldrene. For å sikre at barnet får god og tilpasset informasjon vil det derfor være en viktig sykepleieoppgave å veilede forelderen til dette. I enkelte tilfeller vil det ikke være bare barnet som trenger oppfølging, men hele familien. Gjennom en familiesamtale kan sykepleier få oversikt over familiefungeringen, for å videre vurdere om andre instanser og bistandstjenester må kobles inn. For at sykepleier skal kunne gjennomføre slike tiltak er det nødvendig med kompetanse. Dette er et ansvar som ligger på den enkelte sykepleieren og ledelsen på arbeidsplassen.

Gjennom denne litteraturstudien ble det oppdaget mye forskning om ulike påkjenninger som barn opplever når de har en forelder med kreft. Det kom frem hvordan barna opplevde hverdagen med en kreftdiagnose i familien, samt hvilke behov de hadde for å lette plager rundt dette. Resultatene viser at jenter har en større forekomst av psykiske plager enn gutter. Det hadde derfor vært interessant med mer forskning som undersøker om tilnærmingen sykepleier har til barnet må tilpasses kjønnnet. I de inkluderte forskningsartiklene var det et overtall av jenter som deltok. For videre forskning anbefaler vi derfor at det fokuseres mer på gutters opplevelser, slik at deres behov kommer tydeligere frem.



## 7 Referanser

- Barkmann, C., Beierlein, V., Bergelt, C., Brähler, E., Ernst, J., Flechtner, H-I., ... Romer, G. (2014). Children of Cancer Patients: Prevalence and Predictors of Emotional and Behavioral Problems. *Cancer*, 120(15), 2361-2370. <https://doi.org/10.1002/cncr.28644>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 17. september). Relasjoner og nettverk. Hentet fra [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/oppvekst/Familie\\_omsorg\\_og\\_relasjoner/Relasjoner\\_og\\_netverk/#heading7411](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Relasjoner_og_netverk/#heading7411)
- BarnsBeste. (u.å.). Snakketøyet: For å trygge voksne og barn når foreldre er syke. Hentet fra [kaketoyet.no/vilduvitemer\\_om\\_prosjektet.html](http://kaketoyet.no/vilduvitemer_om_prosjektet.html)
- Befring, A. K. (2017). *Helsepolitikk og ledelse: Styringssystemet for staten, velferdsstaten og helsetjenesten* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Cancer. (2020, 02. januar). Author guidelines. Hentet fra <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10970142/homepage/forauthors.html>
- Celebioglu, A. & Küçükoglu, S. (2012). Effects of Difficulties Experienced by Adolescents Who Have a Parents with Cancer on Their Psychological Condition. *Collegium Antropologicum*, 36(3), 879-883. Hentet fra <https://search.proquest.com/health/docview/1237092167/B43D85C55C2941C3PQ/3?accountid=12870>
- Costas- Muniz, R. (2011). Hispanic adolescents coping with parental cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(2), 413-417. Hentet fra <https://search.proquest.com/health/docview/912294662/B43D85C55C2941C3PQ/5?accountid=12870> / 10.1007/s00520-011-1283-9
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018, 17. september). Forskningsetisk veileder for internettforskning. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/veileder-for-internettforskning/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. Hentet fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 24. januar). Kreft i Norge. Hentet 16. april 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/#datagrunnlaget>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Giesbers, J., Kleverlaan, N., Van der Linden, M. H., Verdonck-de Leeuw, I. M. & Van Zuuren, F. J. (2010). Coping with parental cancer: web-based peer support in children. *Psycho-oncology* 19, 887-892. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1636>
- Graverholt, B., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Nortvedt, M. W. & Reinart, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribes AS.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Hanssen, I. (2017). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 81-103). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, 16. januar). Om veilederen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>
- Helsedirektoratet. (2018a, 18. januar). Enkle støttetiltak for barn som pårørende. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parorende/enkle-stottetiltak-for-barn-som-parorende>
- Helsedirektoratet. (2018b, 16. januar). Oppfølging i samarbeid med andre tjenester. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parorende/oppfolging-i-samarbeid-med-andre-tjenester>
- Helsedirektoratet. (2018c, 16. januar). Plikt til pårørendeinvolvering og støtte. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte>

- Helsedirektoratet. (2019, 28. januar). Veiledning og hjelp til familien. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/informasjon-og-stotte-til-barn-som-parorende/veiledning-og-hjelp-til-familien>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_10](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_10)
- Hoekstra, H. J., Hoekstra- Weebers, J. E. H. M., Huizinga, G. A., Stewart, R. E., Van der Graaf, W. T. A. & Visser, A. (2010). Family- oriented multilevel study on the psychological functioning of adolescent children having a mother with cancer. *Psycho- Oncology*, 2011(20), 730-737. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1779>
- Huang, X., Lee, S. & O' Connor, M. (2013). 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(5), 493-506. <https://doi.org/10.1002/pon.3457>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen. (2020a, 17. februar). Når barn og ungdom blir pårørende. Hentet 05. april 2020 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/barn-og-unge/nar-barn-og-unge-blir-parorende/>
- Kreftforeningen. (2020b, 06. januar). Psykiske reaksjoner. Hentet 29. april 2020 fra [https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/?gclid=Cj0KCQjwy6T1BRDXARIsAIqCTXoYpuDgAsmGw0pDS8dpE6e9Wr2A2Y3jBYe4jWLqMjJmhY8hIyPUwcMaAjvVEALw\\_wcB](https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/?gclid=Cj0KCQjwy6T1BRDXARIsAIqCTXoYpuDgAsmGw0pDS8dpE6e9Wr2A2Y3jBYe4jWLqMjJmhY8hIyPUwcMaAjvVEALw_wcB)
- Kreftforeningen. (2020c, 02. januar). Sorgreaksjoner hos barn og ungdom. Hentet 19. april 2020 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/barn-og-unge/krise-og-sorgreaksjoner-hos-barn-og-ungdom/>
- Kreftregisteret (2020, 15. april). Nøkkeltall om kreft. Hentet 17. april 2020 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 237-294). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kristoffersen, N. J. (2017b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2017c). Å styrke pasientens ressurser: -sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349-406). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Larsen, B. H. & Nortvedt, M. W. (2011). Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 70-77.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0068>
- Lloyd- Williams, M. & Kennedy, V. L. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-oncology*, 18, 886-892. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1455>
- Lyseng, A. & Purc- Stephenson, R. (2016). How are the kids holding up? A systematic review and meta- analysis on the psychosocial impact of maternal breast cancer on children. *Cancer Treatment Reviews*, 49(2016), 45-56.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.07.005>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019a). Cancer. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=343257&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019b). Cancer Treatment Reviews. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=343287&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019c). Collegium Antropologicum. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=439241&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019d). Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019e). Psycho-Oncology. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=446213&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019f). Supportive Care in Cancer. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=447299&bibsys=false>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019g). Sykepleien Forskning. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo.action?id=470663&bibsys=false>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 09. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_3)
- Stubberud, D- G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleiers funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Verdens Helseorganisasjon. (2019, mars). All cancers fact sheet. Hentet fra <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt forlag AS.

# 8 Vedlegg

## 8.1 Vedlegg 1: PIO-skjema

<b>P</b> Patiens/ Populations/ Problems	<b>I</b> Interventions/ Actions	<b>O</b> Outcome
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Barn</li><li>○ Barn som pårørende</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Foreldre med kreft</li><li>○ Mor/far med kreft</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Opplevelser</li><li>○ Barns opplevelser/ påvirkninger</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Child</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Parents with cancer</li><li>○ Parental cancer</li><li>○ Parent</li><li>○ Cancer / Neoplasms</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Experiences</li><li>○ Life experiences</li></ul>

## 8.2 Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<b>SØK 1</b>	21.11.2019	CINAHL Complete				
<b>S1:</b> Child			792,864			
<b>S2:</b> Parents			159,721			
<b>S3:</b> Neoplasms			564,810			
<b>S4:</b> Life experiences OR Experience			48,944			
<b>S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4</b>			39	2	1	0
<b>SØK 2</b>	25.11.2019	CINAHL Complete				
<b>S1:</b> Neoplasms			20,963			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			574			
<b>S3: S1 AND S2</b>			28	12	10	0
<b>SØK 3</b>	12.12.2019	CINAHL Complete				
<b>S1:</b> Neoplasms			20,963			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			558			
<b>S3: S1 AND S2</b>			28	13	8	5
<b>SØK 4</b>	17.03.2020	ProQuest Health & Medicine				
<b>S1:</b> Neoplasms			-			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			-			

<b>S3: S1 AND S2</b>			5	3	3	0
<b>SØK 5</b>	17.03.2020	ProQuest Health & Medicine				
<b>S1:</b> Neoplasms			-			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			-			
<b>S3: S1 AND S2</b>			88	10	4	1
<b>SØK 6</b>	17.03.2020	Medline				
<b>S1:</b> Neoplasms			3,321,320			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			5,232			
<b>S3: S1 AND S2</b>			191	20	11	0
<b>SØK 7</b>	17.03.2020	Psychology & Behavioral Science-Collection				
<b>S1:</b> Neoplasms			14,770			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			71			
<b>S3: S1 AND S2</b>			0	0	0	0
<b>SØK 8</b>	17.03.2020	ProQuest Health & Medicine				
<b>S1:</b> Neoplasms						
<b>S2:</b> Children of impaired parents						
<b>S3: S1 AND S2</b>			149	16	5	0
<b>SØK 9</b>	18.03.2020	SveMed+				



<b>S1:</b> Children of impaired parents			-			
<b>S2:</b> Neoplasms			-			
<b>S3: S1 AND S2</b>			5	5	3	1
<b>SØK 10</b>	23.03.202 0	Cochrane Library				
<b>S1:</b> Neoplasms			-			
<b>S2:</b> Children of impaired parents			-			
<b>S3: S1 AND S2</b>			2,892	2	2	0
<b>SØK 11</b>	23.04.202 0	PubMed				
<b>S1:</b> Children of impaired parents			-			
<b>S2:</b> Neoplasms			-			
<b>S3: S1 AND S2</b>			11			2

### 8.3 Vedlegg 3: Sjekkliste

**Artikkel:** Barkmann, C., Beierlein, V., Bergelt, C., Brähler, E., Ernst, J., Flechtner, H-I., ... Romer, G. (2014). Children of Cancer Patients: Prevalence and Predictors of Emotional and Behavioral Problems. *Cancer*, 120(15), 2361-2370.  
<https://doi.org/10.1002/cncr.28644>

	JA	UKLART	NEI
<b>1.</b> Er problemstillingen i studien klart formulert?	<b>X</b> Studien skal undersøke forekomsten av emosjonelle- og oppførselsproblem hos barn av pasienter med kreft, samt hvilke faktorer som kan disponere for dette.		
<b>2.</b> Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet?	<b>X</b> Ja, fordi informasjonen blir samlet ved hjelp av spørreundersøkelser på en planlagt måte. Undersøkelsen omfatter et spesifikt utvalg deltagere på et gitt tidspunkt, og beskriver prevalensen av problemstillingen som er nevnt ovenfor.		
<b>3.</b> Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	<b>X</b> Ja. 235 familier ble rekruttert ved forskjellige sykehus, der 402 foreldre og 324 barn mellom alder 11-21 år ble undersøkt. Studien inneholder også en oversikt over deltagernes kjønn, alder og krefttype.		
<b>4.</b> Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	<b>X</b> Ja. Inkluderende faktorer: en forelder måtte være diagnostisert med kreft, familien hadde barn mellom 0-21 år, barn og voksne måtte snakke godt tysk. Påvirkende variabler: barnet (alder, kjønn), foreldre (sykehistorie), familien (eneforeldre, gift, familiefungering), kreftrelaterte faktorer (om sykdommen), sosioøkonomisk status.  Studien gjør også rede for hvorfor noen familier ikke deltok.		
<b>5.</b> Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	<b>X</b> Ja. 118 familier ble ekskludert/ville ikke delta fra studien grunnet dårlige karakteristika. Det ble utført en sammenligning av de		

	inkluderte/ekskluderte familiene opp i mot de normale gjennomsnittsverdiene for å vurdere forskjellen.		
<b>6.</b> Er svarprosenten høy nok?	<b>X</b> Ja, dette kommer frem i resultatdelen.		
<b>7.</b> Bruker studien målmetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	<b>X</b> Ja. Undersøkelsen var en del av forskningsprosjektet Psychosocial Support for Children of Parents with Cancer, der de samlet informasjonen ved hjelp av spørreundersøkelser og ved kliniske undersøkelser. Grunnet tidligere undersøkelser og funn fra de, så endret de måten de vurderte scoren på.		
<b>8.</b> Er datainnsamlinga standardisert?	<b>X</b> Ja, det ble blant annet brukt foreldrerapport (for yngre barn, voksne) og selvrapport (for barn over 11 år). Separate spørreundersøkelseskjemaer ble sendte til familiene, der de alene måtte svare.		
<b>9.</b> Er dataanalysa standardisert?	<b>X</b> Ja, dette kommer frem i analysedelen.		
<b>10.</b> Hva er resultatet i denne studien?  Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	<b>X</b> Barn av kreftpasienter opplever økt forekomst av endringer i oppførsel og emosjonell tilstand. Dysfunksjonalitet i familien var en hoveddisponibel, i tillegg til faktorer hos barnet.  Screeninger av familiens dysfunksjonalitet og barnets mentale helse kan identifisere de familiene som trenger mest psykososial støtte. Denne støtten må fokusere på familiedysfunksjonaliteter, og bør deles inn i familieorienterte- og barnesentrerte- temaer.		<b>X</b> Nei, resultatene er ikke tilfeldig. Dette kommer frem i metode- og resultatkapittelet.
<b>11.</b> Kan resultatene overføres til praksis?	<b>X</b> Ja. De ulike funnene som kommer frem i studien er svært relatert til våres problemstilling. I oppgaven vil vi kunne trekke frem funn med tanke på hvordan en kreftdiagnose kan gå utover barnas		

	emosjonelle tilstand og oppførsel. I tillegg vil vi ta med hvilken rolle sykepleier vil kunne ha i en slik screeningsprosess som artikkelen beskriver.		
<b>12.</b> <i>Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier</i>	<b>X</b> Ja. Fra studien kommer det frem flere funn som er gjentakende fra tidligere studier.		

## 8.4 Vedlegg 4: Litteratormatriser

<b>Matrise 1</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Celebioglu, A. &amp; Küçükoglu, S. (2012). Effects of Difficulties Experienced by Adolescents Who Have a Parents with Cancer on Their Psychological Condition. <i>Collegium Antropologicum</i>, 36(3), 879-883. Hentet fra <a href="https://search.proquest.com/health/docview/1237092167/B43D85C55C2941C3PQ/3?accountid=12870">https://search.proquest.com/health/docview/1237092167/B43D85C55C2941C3PQ/3?accountid=12870</a></p>	<p>Dette er en kvalitativ studie med hensikt å identifisere hvilke psykologiske utfordringer ungdommer opplever når de har en forelder med kreft.</p>	<p>Children, parental cancer, nursing</p>	<p>Det er en beskrivende studie som inkluderte barn i alderen 13-18 år. De deltagende barna hadde foreldre som holdt på med kreftbehandling, og som hadde vært diagnostisert fra 6 måneder til fem år. Barna kunne lese og skrive, og var selv friske.</p> <p>Disse barna ble intervjuet sammen med foreldrene sine, der "the Brief Symptom Inventory" og spørreskjemaer ble nyttet for å få frem ungdommenes psykologiske utfordringer. Funnene ble så analysert og kategorisert.</p>	<p>Studien viser at ungdommene som deltok viste høyere scorer på psykologiske symptom. Funna ble kategorisert i tre hovedtemaer: funn mtp at barna på at barna må ta på mer ansvar hjemme, funn mtp ting barna måtte gjøre og funn mtp vanskeligheter som de opplevde. Disse tre hovedkategoriene ble så vurdert opp i mot de psykologiske symptoma som ungdommene opplevde, slik som angst, depresjon, dårlig selvfølelse, somatisering og aggresjon/fiendtlighet.</p> <p>Det kom blant annet frem at ungdommer som måtte pleie den syke forelderen og som ikke fikk nok alenetid viste tegn til psykologiske endringer. Dette gjaldt også barn som måtte ta på seg mer husarbeid og delta i familieøkonomien, samt de barna som ikke kunne tilbringe tid med venner.</p>	<p>Denne studien er svært relevant mtp våres problemstilling, da den belyser ungdommenes psykologiske utfordringer når de har en forelder med kreft. Studien vektlegger hvordan barnet psykisk reagerer i ulike situasjoner, både med tanke på familie, venner, skole og alenetid. De ungdommene som må gjøre endringer i hverdagen blir også vurdert opp i mot de som ikke må det, noe som også belyser forskjellen mellom disse.</p>

<b>Matrise 2</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Barkmann, C., Beierlein, V., Bergelt, C., Brähler, E., Ernst, J., Flechtner, H-I., ... Romer, G. (2014). Children of Cancer Patients: Prevalence and Predictors of Emotional and Behavioral Problems. <i>Cancer, 120</i>(15), 2361-2370. <a href="https://doi.org/10.1002/cncr.28644">https://doi.org/10.1002/cncr.28644</a></p>	<p>På bakgrunn av forskning som viser at barn av en pasient med kreft har økt risiko for å utvikle emosjonelle og oppførselsmessige problemer, så var hensikten med studiet å utforske forekomsten og risikofaktorene for disse.</p>	<p>Neoplasms, parents, child, risk factors, psychology, medical oncology</p>	<p>Forskningen tar utgangspunkt i en tverrsnittstudie. Deltakerne ble rekruttert av fem forskjellige universitetsmedisinske senter i Tyskland. Pasientene var passende for studiet dersom minst en forelder var diagnostisert med kreft, dersom familien inkluderte et barn (0-21 år), og dersom forelder og barn pratet flytende tysk. Etter informert samtykke fra familiene ble det sendt ut spørreundersøkelser som foreldre og barn fra 11 år og oppover besvarte individuelt uten å diskutere svarene med hverandre. Barnas emosjonelle og oppførselsmessige problemer ble undersøkt ved hjelp av SDQ, som er et screeningverktøy som tar for seg positive og negative aspekter ved barnets oppførsel og emosjonelle tilstand. Deltakerne svarer på spørsmålene ut ifra en tredelt skala (sant, litt sant, ikke sant). Foreldre til barn (3-21 år) svarte på en foreldrerapport, mens barn fra 11 år og oppover svarte på en egenrapport.</p>	<p>Sammenlignet med normalen har barn av kreftpasienter høyere forekomst av emosjonelle symptomer og oppførselsendringer. Svar fra både barnet, den syke forelderen og den friske forelderen viser til at hoveddisponenten for symptomene hadde bygde på dysfunksjonaliteten i familien, samt barnets mentale helse(nivå). Resultatene indikerer at dersom en inkluderer en screening av barnets mentale helse og familien dysfunksjonalitet i behandlingen/oppfølgingen, kan man plukke ut de familiene som er sårbare og som har behov for ekstra psykososial støtte. I tillegg viser resultatene at denne støtten må deles inn i familiesentrert og pårørende(barn)sentrert.</p>	<p>I oppgaven vil vi kunne trekke frem funn med tanke på hvordan en kreftdiagnose kan gå utover barnas emosjonelle tilstand og oppførsel. I tillegg vil vi ta med hvilken rolle sykepleier vil kunne ha i en slik screeningsprosess som artikkelen beskriver.</p>

<b>Matrise 3</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Hoekstra, H. J., Hoekstra- Weebers, J. E. H. M., Huizinga, G. A., Stewart, R. E., Van der Graaf, W. T. A. &amp; Visser, A. (2010). Family- oriented multilevel study on the psychological functioning of adolescent children having a mother with cancer. <i>Psycho- Oncology</i>, 2011(20), 730-737. <a href="http://dx.doi.org/10.1002/pon.1779">http://dx.doi.org/10.1002/pon.1779</a></p>	<p>Studiens hensikt er å identifisere forutsettende faktorer, slik som barnet, forelderens og sykdommens karakteristikk, og deretter forstå hvordan slike faktorer kan påvirke barnas fungeringsevne når moren har kreft.</p>	<p>Adolescent, parent, family, cancer, psychosocial functioning, oncology</p>	<p>Et til fem år etter kreftdiagnostisering utfylte 221 barn/ungdommer, 128 mødre med kreft og 96 ektefeller standardiserte spørreskjemaer. Innholdet fra spørreundersøkelse ne ble så analysert, både beskrivende og på flere nivåer. Flernivåanalyser var relevant, da de kunne skille ulike uavhengige observasjoner i en familie/gruppe. Til slutt ble funnene, samt betydningen av effektene, kalkulert og sammenfattet.</p>	<p>I den beskrivende analysen kommer det frem at symptomer på stress er forhøyet hos 20% av sønnene og 30% av døtrene, og at døtrene ofte opplever flere internaliserende problemer enn sønnene.</p> <p>De flernivåanalysene vektlegger forutsettende faktorer som kan påvirke et barns funksjonsevne. De mest fremtredende faktorene er kjønn, alder, høye nivå av angst hos forelder, misnøye i ekteskap, og dårlig kommunikasjon mellom barn og forelder.</p>	<p>I oppgaven vil vi trekke frem statistikker som viser den høye andelen av emosjonelle påvirkninger som stress og angst blant deltakerne. I tillegg vil vi kunne se på hva som er risikofaktorer hos den enkelte. Dette håper vi å koble opp mot funn i andre artikler.</p>

<b>Matrise 4</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
Giesbers, J., Kleverlaan, N., Van der Linden, M. H., Verdonck-de Leeuw, I. M. & Van Zuuren, F. J. (2010). Coping with parental cancer: web-based peer support in children. <i>Psychoncology</i> 19, 887-892. <a href="http://dx.doi.org/10.1002/pon.1636">http://dx.doi.org/10.1002/pon.1636</a>	Hensikten med studiet var å undersøke bruken av og innholdet i internettbasert støtte av barn til kreftpasienter.	Parental cancer, psychosocial oncology, children, adolescents, online support.	I løpet av en tremåneders periode ble 158 diskusjoner mellom barn over tolv år gjennomført på et forum analysert. Data som alder, kjønn, antall samtaler, deltakelse og hovedinnhold i samtale ble analysert kvantitativt. Innholdet i samtale/diskusjonene ble analysert kvalitativt. Forumet som dataen ble innhentet fra ble laget til barn som pårørende av kreftpasienter, og var ment for å informere dem, og for at de skulle kunne møte barn i samme situasjon. For å beskytte deltakernes identitet ble navn, sitat og emailadresser fjernet, og meldingene ble analysert anonymt. Både de kvantitative og kvalitative dataene ble delt inn i kategorier.	Kvantitative data: i løpet av de tre månedene deltok 129 barn og åtte voksne i 158 diskusjoner i forumet. 80% av deltakerne var jenter. Sett bort ifra de åtte voksne var gjennomsnittsalderen fjorten år og åtte måneder. I gjennomsnitt startet deltakerne 1,15 samtaler, og deltok i 4,42 samtaler. 57% av deltakerne var hovedsakelig i forumet for å dele informasjon, eller for å få informasjon og råd. De kvalitative dataene viste at barna ofte opplevde emosjonelle problemer og mangel på forståelse og kommunikasjon om situasjonen. En sammenfattet konklusjon av studiet er at barn av kreftpasienter opplever en rekke problemer, og at internettbasert kan være en mulighet for disse.	Artikkelen beskriver godt hvordan barna opplever at en forelder har en kreftdiagnose. Artikkelen har gode statistikker og den trekker frem problemene barna har, samt hvordan de nytter seg av støtteverktøyet beskrevet i artikkelen.



<b>Matrise 5</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Larsen, B. H. &amp; Nortvedt, M. W. (2011). Barns og ungdoms informasjonsbehov når mor eller far får kreft. <i>Sykepleien Forskning</i>, 6(1), 70-77.  <a href="https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0068">https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0068</a></p>	<p>Målet med studien er å bruke eksisterende forskning til å undersøke informasjonsbehovet til et barn med forelder med kreft.</p>	<p>Neoplasms, child, adolescents, communication, patient education/client education, information, Parent-child relations, child of impaired parents, cancer, children&amp;youth</p>	<p>Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i seks ulike databaser. Det ble så nyttet forskjellige inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense antall treff i de ulike databasene. Artiklene ble kvalitetssikret og vurdert opp i mot relevans og etikk. Krav til artiklene var at de inneholdt barn og ungdom opp til 18 år og at den ene forelderen var diagnostisert med kreft.</p>	<p>11 enkeltstudier og en oversiktsartikkel ble vurdert. I studien kommer det frem at barn og ungdom har et stort behov for informasjon, og deler informasjonsbehovet inn i seks kategorier: barnets forståelse, informasjonens innhold, timing, omfang, informasjonskilder og gjensidig beskyttelse.</p> <p>Studien beskriver foreldrene som den viktigste informasjonskilden til barnet, og at barna ønsker konkret og ærlig informasjon om både sykdom og behandling.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oss da den fokuserer på informasjonsbehovet til barna når en forelder har kreft. Å gi informasjon er en viktig sykepleieroppgave i arbeid med barn som pårørende, og spiller en avgjørende oppgave i barnas liv i slike situasjoner.</p>

<b>Matrise 6</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
Lloyd- Williams, M. & Kennedy, V. L. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. <i>Psycho-oncology</i> , 18, 886-892. <a href="http://dx.doi.org/10.1002/pon.1455">http://dx.doi.org/10.1002/pon.1455</a>	Studiet bygger på tidligere forskning som viser at barn av kreftpasienter opplever en benevnelsesverdig mengde engstelse. Fokuset er særlig på barn av pasienter med alvorlig kreft. Studiets hensikt var å finne årsaken til denne engstelsen, samt hvordan barna generelt håndterer/takler det at en forelder har fått en kreftdiagnose.	Advanced cancer, children, coping, palliativ care , oncology, cancer.	De deltagende familiene ble rekruttert gjennom forskjellige typer instanser; et kreftsentor, to sykehus, fem GP praktiser og ett gynekologisk onkologteam. Helsepersonell ved instansene valgte ut pasienter med alvorlig kreft, som også hadde barn. Disse mottok skriftlig informasjon om studiet, og de som var interesserte kontaktet forskerne og ga kontaktinformasjonen sin. Noen deltakere kontaktet forskerne direkte, da de hadde hørt om studiet i media. Samtykke ble gitt både av foreldrene og de deltagende barna. Dataen ble samlet inn ved bruk av semistrukturerte intervju hvor det ble gått gjennom forskjellige tema. Intervjuene ble tatt opp, og for anonymiteten sin del ble hver deltaker gitt et pseudonym.	28 familier deltok i studiet, og resultatet deles opp i barnas perspektiv og foreldrenes perspektiv. Fra intervjuene ble trukket fire temaer som det ble snakket mest om. Disse var barnas respons på diagnosen, hvordan de taklet det, livsendringer med tanke på diagnosen, samt positive sider av situasjonen. Barna opplevde engstelse i forhold til foreldrenes diagnose, og de var bekymret både for foreldrenes og sin egen helse. Barna taklet situasjonen bedre ved å distrahere seg selv og å holde hverdagen til normalen/slik det var før. Økt ansvar og mindre sosial aktivitet ble sett på som de største livsstilsendringene. Studiet tyder også på at foreldrene ikke var klare over hvor mye situasjonene gikk utover barna sin hverdag. Konklusjonen i studiet var at situasjonen styrket relasjonen mellom familiemedlemmene, og de lærte seg å sette mer pris på hverandre og de viktige tingene i livet.	Artikkelen her fokuserer på livsstilsendringer hos barn som forekommer når en forelder i familien får kreftdiagnose. Dette er nyttige fakta å trekke frem i diskusjonsdelen, da dette vil kunne gi ringvirkninger for det psykososiale hos barnet.

<b>Matrise 7</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Huang, X., Lee, S. &amp; O'Connor, M. (2013). School- aged and adolescent children's experience when a parent has non- terminal cancer: a systematic review and meta- synthesis of qualitative studies. <i>Psycho-Oncology</i>, 23(5), 493-506.  <a href="https://doi.org/10.1002/po.n.3457">https://doi.org/10.1002/po.n.3457</a></p>	<p>Hensikten med studien var å systematisk gjennomgå studier som tok for seg ungdommers opplevelser rundt det å ha en forelder med diagnostisert ikke-terminal kreft.</p>	<p>Neoplasms, parent-child relations, child, adolescent, adaption, psychological, stress</p>	<p>Det ble gjennomgått en systematisk og meta-syntetisk prosess, der de nyttet seg av ulike søkestrategier for å søke i syv ulike databaser. De innskrenket antall artikler ved å ta i bruk ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt vurdere kvalitet, relevans og etikk. De stod da igjen med 16 relevante artikler. Innholdet i disse artiklene ble så analysert og delt opp i ulike hovedkategorier.</p>	<p>Studien resulterte i fem hovedkategorier: å ha blitt informert om at forelderen var syk, emosjonelle bekymringer, hverdagsendringer, å behov for mer informasjon, behov for emosjonell støtte. Det kommer også frem at ungdommene kjente på mange bekymringer rundt situasjonen og at hverdagen deres var blitt endret. Ungdommene tok derfor i bruk ulike mestringsstrategier.</p>	<p>Denne studien er relevant grunnet deres fokus på hvordan ungdommer blir påvirket når en forelder har kreft. Den tar for seg hvilke konsekvenser dette kan ha for ungdommen, samt hva/hvordan ungdommen reagerer og håndterer situasjonen. Et sentralt funn som kommer frem her er ungdommenes mestringsstrategier; hva disse er og hvordan de brukes.</p>

<b>Matrise 8</b>					
<b>Referanse</b>	<b>Studiens hensikt/mål</b>	<b>Keywords</b>	<b>Metode</b>	<b>Resultat/konklusjon</b>	<b>Relevans</b>
<p>Lyseng, A. &amp; Purc-Stephenson, R. (2016). How are the kids holding up? A systematic review and meta- analysis on the psychosocial impact of maternal breast cancer on children. <i>Cancer Treatment Reviews</i>, 49(2016), 45-56. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.07.005">https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.07.005</a></p>	<p>Denne studien tar for seg hvordan et barn blir psykososialt påvirket når de har en mor med bryskreft. Studien undersøker også hvilke faktorer som påvirker dens forhold.</p>	<p>Breast cancer, meta- analysis, systematic review, children, psychosocial functioning</p>	<p>Ved å ta utgangspunkt i retningslinjene til PRISMA, så ble det systematisk søkt i fem ulike databaser. Det ble så tatt i bruk noen inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt gjort en vurdering av kvalitet, etikk og relevans, før de til slutt stod igjen med 15 relevante artikler. Innholdet i disse analysene ble så analysert og kategorisert</p>	<p>Funnene fra studien viser at barn som har mødre med brystkreft opplever flere interne problem, mindre totale problem og ingen endring i eksterne problem. Barna kan oppleve mer depresjon, angst og mentalt stress, men samtidig vise større sosial kompetanse og ha tendenser til aggresjon og en forstyrrende atferd.</p> <p>Studien konkluderer med at dissa barna er i risikozonen for å utvikle interne problem, spesielt dersom også deres syke mor er deprimert og opplever bivirkninger av sykdommen.</p>	<p>Denne studien er relevant for oss grunnet mødrenes påvirkning på barnet, da det kommer frem at flere barn opplever og utvikler flere interne problem. Funnene hjelper oss med å lage en oversikt over de områdene som barnet blir påvirket på, når en mor/forelder har kreft.</p>

Matrise 9					
Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Costas- Muniz, R. (2011). Hispanic adolescents coping with parental cancer. <i>Supportive Care in Cancer, 20</i>(2), 413-417. Hentet fra <a href="https://search.proquest.com/health/docview/912294662/B43D85C55C2941C3PQ/5?accountid=12870/10.1007/s00520-011-1283-9">https://search.proquest.com/health/docview/912294662/B43D85C55C2941C3PQ/5?accountid=12870/10.1007/s00520-011-1283-9</a></p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere mestringsstrategiene som spanske ungdommer tok i bruk når de hadde en forelder med kreft. Studien fokuserte også på hvordan kjønn og psykologiske symptom, slik som depresjon og angst, var relatert til disse strategiene.</p>	<p>Hispanics, cancer, coping, oncology, adolescence</p>	<p>Foreldrene til ungdommene, og dermed også ungdommene, ble rekruttert på arrangement arrangert av American Cancer Society of Puerto Rico. 51 ungdommer deltok, der de først måtte gi samtykke for å delta. Videre fikk de utdelt og skulle besvare flere spørreundersøkelsesskjemaer som handlet om angst, depresjon og mestringsstrategier rundt det å ha en forelder med kreft. Innholdet i barnas svar ble så analysert ved hjelp av tre steg, før funnene så ble analysert.</p>	<p>Funnene fra studien viser at de mest brukte mestringsstrategiene var de som ble sett på som positive og følelsesrelaterte: emosjonell støtte, akseptering og religion. Fra studien kommer det ikke frem noen kjønnsforskjeller.</p> <p>De viktigste forutsette faktorene for at ungdommene kom til å utvikle depresjon og angst var å ta i bruk ugunstige mestringsstrategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresjon var relatert til to ugunstige mestringsstrategier (benektelse og oppførselsproblemer) og en følelsesrelatert strategi (akseptering).</li> <li>- Angst var relatert til en følelsesrelatert strategi (akseptering) og to ugunstige strategier (stoffmisbruk og oppførselsproblem).</li> </ul>	<p>Denne studien er relevant for våres bacheloroppgave og problemstilling da den belyser utfordringene som ungdommene står ovenfor når en forelder har kreft. Studien baserer seg på mestringsstrategiene som ungdommene tar i bruk, der funnene gir oss en bedre forståelse over barnas evne til å mestre/håndtere det at foreldre har kreft. I tillegg viser studien også hvordan slike mestringsstrategier kan relateres til økende psykologiske symptom, og dermed også viktigheten av å bruke gode mestringsstrategier.</p>

