

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Barn av foreldre med psykisk lidelse: deres subjektive opplevelse ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Sandnes/ 12.05.2021



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studie

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Rundt 410 000 barn i Norge har en eller to foreldre med psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Vi har dessverre erfart fra praksis i sykepleiestudiet at sykepleiere sjelden har god nok oppfølging av barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser. Årsaken til dette er uvisst. Vi ser derfor behov for å øke kunnskapen til sykepleiere om barnets subjektive opplevelse ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Det vil kunne bedre sykepleierens oppfølging av barn som pårørende.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å innhente kunnskap til sykepleiere om barn sine subjektive opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse.

Metode: En integrativ litteraturoversikt ble benyttet som metode i denne oppgaven, hvorav fem forskningsartikler ble analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant bakgrunns litteratur, og egne refleksjoner og erfaringer utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater: Flere barn opplevde en hemmelighetskultur i familien, mye på grunn av tabu. I tillegg opplevde flere mangel på informasjon og åpenhet fra familiemedlemmer og helsepersonell. Videre opplevde noen deltakere å ha støttespillere rundt seg, mens andre opplevde å ikke ha noen. Flere opplevde mobbing på skolen og blant venner. I tillegg opplevde flere ustabilitet og uforutsigbarhet i hjemmet. Det førte til en endret rollefordeling og barna opplevde at de alltid måtte være på vakt. Til slutt opplevde flere en følelse av å ikke leve et normalt liv. Her ble opplevelser som å være annerledes og ensom trukket frem, samt opplevelse av tap og sorg.

Nøkkelord: Sykepleie, psykisk lidelse, barn, pårørende, kunnskap, oppfølging, opplevelser, barndom

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	1
INNHALDSFORTEGNELSE	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Begrepsavklaringer og avgrensninger.....	6
1.2.1 <i>Psykisk lidelse</i>	6
1.2.2 <i>Barn</i>	6
1.2.3 <i>Helsepersonell</i>	6
1.3 Problemformulering.....	6
1.4 Hensikt med oppgaven.....	7
1.5 Perspektiv.....	7
1.6 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 TEORIKAPITTEL	8
2.1 Utviklingsteori.....	8
2.2 Barn som pårørende.....	9
2.3 Betydningen av familie, venner og skole.....	10
3.0 METODE	11
3.1 Hva er metode?.....	11
3.2 Integrativ litteraturoversikt.....	11
3.3 Litteratursøk.....	12

3.3.1	<i>Valg av databaser</i>	12
3.3.2	<i>Valg av søkestrategier</i>	12
3.3.3	<i>Valg av søkeord</i>	12
3.3.4	<i>Valg av artikler</i>	13
3.4	Analyse.....	16
4.0	RESULTATER	17
4.1	Hemmelighetskultur.....	17
4.1.1	<i>Mangel på informasjon og åpenhet</i>	17
4.1.2	<i>Tabu</i>	18
4.2	Støtte og motstand.....	19
4.2.1	<i>Støttespillere</i>	19
4.2.2	<i>Mobbing</i>	21
4.3	Ustabilitet og uforutsigbarhet.....	21
4.3.1	<i>Endret rollefordeling</i>	21
4.3.2	<i>Alltid på vakt</i>	22
4.4	Å ikke leve et normalt liv.....	23
4.4.1	<i>Tap og sorg</i>	23
4.4.2	<i>Føle seg annerledes og ensom</i>	24
5.0	DISKUSJON	25
5.1	Metodediskusjon.....	25
5.1.1	<i>Forskerne</i>	25

5.1.2	<i>Informantene</i>	25
5.1.3	<i>Forskningens utførelse</i>	26
5.1.4	<i>Artiklenes forskningsmetode</i>	27
5.1.5	<i>Etiske forhold</i>	28
5.1.6	<i>Bruk av integrativ litteraturoversikt</i>	28
5.1.7	<i>Valg av artiklene</i>	28
5.2	Resultatdiskusjon.....	29
5.2.1	<i>Hemmelighetskultur</i>	30
5.2.2	<i>Støtte og motstand</i>	31
5.2.3	<i>Ustabilitet og uforutsigbarhet</i>	32
5.2.4	<i>Å ikke leve et normalt liv</i>	33
6.0	ANVENDELSE I PRAKSIS	34
6.1	Videre forskning.....	35
	REFERANSELISTE	36
	VEDLEGG	38
	Vedlegg 1.....	38
	Vedlegg 2.....	39
	Vedlegg 3.....	40
	Vedlegg 4.....	41
	Vedlegg 5.....	42

Antall ord: 10 692

1.0 INNLEDNING

Det anslås at 410 000 barn har en eller to foreldre med psykisk lidelse, hvorav 260 000 kan oppleve redusert daglig fungering grunnet foreldrenes psykiske lidelse. Videre ser man en dobling i risiko for at disse barna kan oppleve uheldige utfall, sammenlignet med andre barn. Slike uheldige utfall kan være mishandling, omsorgssvikt, tidlig død og psykiske lidelser. Den økte risikoen for å oppleve uheldige utfall skyldes både genetiske forhold og miljø. Selv om barna har risiko for å oppleve uheldige utfall, kan de forebygges (Torvik & Rognmo, 2011). Det er derfor viktig at sykepleiere har gode kunnskaper om barnets opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Sykepleiere er også lovpålagt til å ta vare på barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999, §10 a). Dessverre har vi erfart fra praksis i sykepleierstudiet at barn som pårørende til en forelder med psykisk lidelse, sjelden får god nok oppfølging, ut fra det som forventes av en sykepleier. Årsaken til dette er uvisst. Vi ser derfor behov for å fremme kunnskap om barnets opplevelse, slik at sykepleieren kan bli mer bevisst på hvordan en kan utøve sykepleie til disse barna.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barns subjektive opplevelse ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse er et viktig og interessant tema. Vår erfaring fra praksis er at disse barna som pårørende ikke blir fulgt opp i like stor grad slik som de har krav på. I følge helsepersonelloven har barn krav på informasjon og nødvendig oppfølging, når en forelder har psykisk sykdom (Helsepersonelloven, 1999, §10a, første ledd). Barn har trolig behov for trygghet og noen å snakke med om deres opplevelser. Derimot opplever vi at psykiske lidelser kan være et svært tabubelagt tema å snakke om. Barna kan derfor gå alene med sine bekymringer og opplevelser relatert til foreldrenes psykiske lidelse. Konsekvensene dette kan få for barnet finnes det trolig lite forskning på. Vi ønsker derfor å tilegne oss mer kunnskap om barnets subjektive opplevelse ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Samtidig mener vi at sykepleiere trenger mer kunnskap om dette temaet, på bakgrunn av våre egne erfaringer fra praksis.

1.2 Begrepsavklaringer og avgrensninger

1.2.1 *Psykisk lidelse*

Med begrepet “psykisk lidelse”, menes mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra samfunnets normer, og som medfører lidelse eller uførhet (Torvik & Rognmo, 2011, s. 11). Eksempler på slike diagnoser er schizofreni og alvorlig depresjon. Psykiske lidelser klassifiseres i henhold til internasjonale diagnostiske kriterier, som revideres regelmessig. Diagnostisering av en psykisk lidelse gjøres av klinikere, og/eller ved hjelp av strukturerte kliniske intervju (Reneflot et al., 2018, s. 10).

1.2.2 *Barn*

Begrepet “barn” kan forstås på flere måter. I lovverket omtales barn som personer under 18 år (barne- og familiedepartementet, 1989, s. 9). Derimot velger vi i denne oppgaven å forstå begrepet “barn” som etterkommere (Hauge et al., 2017, s. 6). Det betyr at barna som har uttalt seg om sine opplevelser i våre utvalgte artikler, ikke er bundet til en viss aldersgruppe. Vi definerer dem som etterkommere av foreldre med psykisk lidelse, uansett alder. Barna/etterkommerne vil fortelle om sine opplevelser fra da de selv var barn. I denne oppgaven vil vi derfor omtale deltakerne i artiklene for “barn”.

1.2.3 *Helsepersonell*

I de utvalgte artiklene og i teorien snakkes det ofte om “helsepersonell”. I denne oppgaven vil vi erstatte begrepet “helsepersonell” med “sykepleier”. Årsaken er at begrepet passer bedre til hensikten med å skrive en bacheloroppgave i sykepleie. En del av denne hensikten er å tilegne seg faglig fordypning i sykepleiefaget (Harbin, 2020, s. 3). Det blir derfor naturlig for oss å vinkle oppgaven vår til sykepleiere.

1.3 Problemformulering

Barn til foreldre med psykiske lidelser har økt risiko for å utvikle negative utfall, slik som emosjonelle, kognitive og somatiske vansker (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Vi tenker at det derfor er viktig å få frem barnets opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Gjennom kunnskap om barnets opplevelser, tenker vi at sykepleieren vil kunne hjelpe barnet til å mestre sin hverdag, og forebygge uheldige utfall. Kjenner ikke sykepleiere til hvilke opplevelser barnet har, kan det være fare for at sykepleier overser

viktige observasjoner og tegn hos barnet. Dette kan sannsynligvis få negative konsekvenser for barnets livskvalitet, og deres evne til håndtering av egne opplevelser og foreldrenes psykiske lidelse.

1.4 Hensikt med oppgaven

Oppgavens hensikt er å innhente kunnskap til sykepleiere om barn sine subjektive opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse.

1.5 Perspektiv

Vi har valgt pårørendeperspektiv for å svare på oppgavens hensikt. Vi mener man får frem barnas opplevelser best gjennom pårørendeperspektiv, da opplevelsene vil komme direkte fra barnet. Dersom en hadde valgt andre perspektiver, ville en ikke fått frem barnas opplevelser, men andres tolkninger om hva barnet opplever.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med å presentere relevant teori for temaet. Deretter presenteres vår anvendte metode, fremgangsmåten ved litteratursøk og analysering av artiklene. Videre presenteres resultatene fra artiklene i fire hovedkategorier, med underkategorier. I diskusjonskapittelet diskuterer vi styrker og svakheter ved metoden vi har brukt. Her vil vi også diskutere artiklenes gyldighet og holdbarhet. Deretter vil vi i samme kapittel diskutere resultatene vi har funnet, sett i lys av teori fra teorikapittelet, egne refleksjoner og erfaringer. Oppgaven avsluttes med forslag til hvordan resultatene kan anvendes i praksis og til videre forskning.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Utviklingsteori

Vi vil ta utgangspunkt i psykologen Erik H. Erikson (1902-1994) sin psykososiale utviklingsteori. I utviklingsteorien anses de første leveårene som de viktigste for utviklingen til barnet. Denne utviklingen danner mye av grunnlaget, som barnet bringer med seg videre i livet. Begreper som nærhet, tillit, identitet og familie, mente Erikson var tilknyttet utviklingen i livet (Håkonsen, 2018, s. 55).

Erikson beskrev den psykososiale utviklingen gjennom åtte faser. De er beskrevet ut fra hvilken alder barnet er i. Hver fase mennesket går gjennom er med på å danne deler av personligheten. Avgjørende vendepunkt, en livskrise, er noe alle fasene inneholder. På hver fase vil måten livskrisen løses på være påvirket av hvordan mennesket har løst tidligere livskriser. Det betyr at mennesket stadig tar med seg hendelser fra tidligere faser, og videre til andre faser. Hvordan mennesket løser livskriser i barne- og ungdomsårene vil påvirke hvordan livskriser løses i voksen alder (Håkonsen, 2018, s. 55). I denne oppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i de første fem fasene, da disse beskriver utviklingen til barn- og ungdom (0-20 år).

Den første fasen heter "Tillit versus mistillit" (0 – ca. 1,5 år). I denne fasen erverver barnet en grunnleggende tillit eller mistillit til omgivelsene. Barnet danner tillit til omgivelsene, når foreldrene møter barnets behov, er omsorgsfulle, og viser at omgivelsene er stabile og forutsigbare. Tillit vil hjelpe barnet til å danne relasjoner i fremtiden. Barnet kan derimot oppleve mistillit til omgivelsene, hvis barnet møter omgivelsene som ustabile, og foreldrenes omsorg er ustabil. Barnet vil da ikke klare å stole på omgivelsene, og vil ha vansker med å danne nære relasjoner (Håkonsen, 2018, s. 56).

"Autonomi versus tvil" (1,5 – ca. 3 år) er andre fase. Barnet vil i denne fasen kunne bli mer selvstendig. Livskrisen i denne fasen er å kunne oppnå kontroll uten å få redusert selvfølelse. Barnet vil stadig oppleve nederlag og skuffelser, med mindre noen viser barnet til rette og beskytter det mot farer. For at barnet skal oppleve økt selvstendighet og kontroll, må barnet oppleve å mestre situasjoner under kontrollerte forhold. Barnet vil derimot tvile på egen kompetanse, hvis det opplever lite uavhengighet og kontroll. Her er grensesettingen fra foreldrene avgjørende for utviklingen (Håkonsen, 2018, s. 56-57).

Tredje fase er “Initiativ versus skyld” (3 – 5 år). Initiativ er evnen til aktivitet gjennom både handlinger og tanker. Barnet danner seg bilder av hvordan verden er for de voksne gjennom imitasjon. Det utvikler samvittighet, og dermed evnen til å skille mellom rett og galt. De kan kjenne på følelser som skyld og skam, dersom de gjør noe uakseptabelt. Hvis følelsen av skyld er dominerende, kan barnet bli tilbakeholdent til å ta initiativ eller bli svært lydige (Håkonsen, 2018, s. 57).

Den fjerde fasen er “Kreativitet versus underlegenhet” (6 – ca. 14 år). Barnet vil i denne fasen sammenligne seg selv med andre, og bruke dette som indikator for sin egen utvikling (Håkonsen, 2018, s. 57).

“Identitet versus forvirring” (ca.14-20 år) er femte fase. Endringene som skjer her, kan være dramatiske. Dette skyldes den sosiale og biologiske utviklingen, men også fordi de nærmer seg verdenen til de voksne. I disse årene kan livskriser fra tidligere faser gjenoppleves, og barnet erverver større innsikt. Forvirring om egen person, hvem man er og hvem man skal bli, er livskrisen i denne fasen. En opplevelse av mening og forutsigbarhet, hvor individet kjenner på en følelse av å ha kontroll på livet, vil være et viktig resultat (Håkonsen, 2018, s. 57).

2.2 Barn som pårørende

Av foreldre med psykisk lidelse, som får oppfølging ved poliklinikk i Norge, ser en at om lag 80% av deres barn som pårørende også får oppfølging (Ose et al., 2014, s. 11). Sykepleiere er lovpålagt å ta vare på barn som er pårørende til en forelder som sliter med psykisk lidelse (Helsepersonelloven, 1999, §10 a). Ivaretagelsen skjer gjennom informasjonsarbeid og nødvendig oppfølging, som det mindreårige barnet kan ha (Juklestad & Aarre, 2018, s. 63). Mangel på informasjon og innsikt kan føre til at barnet håndterer stress og påkjenninger dårlig. Ved å gi barnet relevant informasjon, gir man barnet et signal om at en kan snakke åpent om opplevelsene (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 278).

Åpenhet står helt sentralt. Hvis åpenhet ikke er akseptert innad i familien, er det vanskelig for barnet å være åpen overfor andre om det de opplever (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 280). Det anbefales at foreldrene snakker om den psykiske lidelsen med barnet på et tidlig tidspunkt. Venter man for lenge, risikerer man at barnet får informasjonen fra andre. Man kan også risikere at barnet får en følelse av at noe er galt, og blir gående alene med sine bekymringer. Fantasien til barnet kan da ta overhånd, og barnet kan oppleve stor utrygghet (Bøckmann & Kjellevoid, 2015, s. 278).

2.3 Betydningen av familie, venner og skole

Psykologen Abraham Maslow (1908-1970) utviklet en teori om fundamentale menneskelige behov. Ifølge Maslow har mennesket behov for mat og drikke, men også trygghet, fellesskap og vennskap. Dette er behov som dekkes blant annet av familie og venner. Familie og venner danner det sosiale nettverket. Å gi mennesket følelsesmessig kontakt og støtte er den viktigste funksjonen det sosiale nettverket har. Menneskets evne til å mestre motgang er avhengig av graden av personer rundt mennesket, som gir det bekræftelse, bryr seg om det, gir trøst og oppmuntring. I vanskelige situasjoner kan det sosiale nettverket gi viktige opplysninger, veiledning, råd og praktisk hjelp. Mennesker med psykiske plager har ofte et svakt sosialt nettverk. Det skyldes at de ofte trekker seg bort fra andre mennesker, eller at de skyves bort fra sosiale fellesskap (Mæland, 2016, s. 194-196).

Videre er kanskje skolen den viktigste fasen i barn og unges liv. Det er tydelig sammenheng mellom skoleprestasjoner og helse. Elever som gjør det godt på skolen, får kunnskap, trygghet og selvtillit videre i livet. Elever som strever eller ikke fullfører skolen, er dårligere forberedt for voksenlivet. Disse har større risiko for arbeidsledighet og uførhet. De er også i risikogruppen for å utvikle negative helsevaner og psykiske helseplager. Det som kan avgjøre om problemene utvikler seg, er hvordan skolen møter disse elevene (Mæland, 2016, s. 198-199).

Mobbing er noe som kan gjøre skolehverdagen svært belastende for enkelte barn. Mobbing kan foregå gjennom eksempelvis ord, isolering og utestenging. Mobbeofrene kan kjenne på følelse av å være mislykket, ensomme og usikre. De har ofte lavere selvbilde enn andre, og kan være deprimerte (Mæland, 2016, s. 198-199).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte som forteller oss hvordan man skal gå til verks, for å fremkalle eller etterprøve kunnskap. Metoden hjelper oss med innhenting av data til undersøkelsen vår. Kvalitativ, kvantitativ eller en kombinasjon av disse, er metodene som hovedsakelig benyttes i empiriske studier. Valg av metode avhenger av hva man ønsker å undersøke (Dalland, 2018, s. 51-52).

En kvantitativ tilnærming gir data i form av målbare enheter. Metoden gir mulighet for en bred forståelse av et område. Det innhentes lite data om mange undersøkelsesenheter. Metoden får frem det representative, der tilskuer ser på et fenomen utenfra. Det gjøres systematiske og strukturerte observasjoner. Hensikten med resultatene er å gi en forklaring på det området som undersøkes (Dalland, 2018, s. 52-53).

En kvalitativ tilnærming gir data i form av meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. Metoden går i dybden på menneskelige fenomener, der dataen tar sikte på å finne sammenhenger og helheter. Den samler inn mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Hensikten med resultatene er å formidle forståelse av fenomener (Dalland, 2018, s. 52-53).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Vi har valgt å bruke integrativ litteraturoversikt som metode for oppgaven vår. Allmenn og integrativ litteraturoversikt er to eksempler på forskjellige måter å utføre en litteraturoversikt. Fellestrekkene til disse litteraturoversiktene er at de skaper en oversikt over et fagområde. Både kvantitative og kvalitative artikler kan brukes i litteraturoversikten (Friberg, 2017, s. 143).

I en integrativ litteraturoversikt skal en finne sammenhenger gjennom å granske og analysere data fra utvalgte forskningsartikler. Deretter skal en sammenstille funn fra disse, som skapes til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). Den integrative litteraturoversikten skiller seg fra allmenn litteraturoversikt ved at en vurderer hvordan resultatene i de ulike artiklene henger sammen, og drar egne konklusjoner på bakgrunn av dette. I en allmenn litteraturoversikt gjøres derimot en beskrivende presentasjon av artiklene, og resultatene sammenlignes ikke (Friberg, 2017, s. 143, 150).

Bakgrunnen for bruk av integrativ litteraturoversikt i vår oppgave, er at den passer bedre til vår hensikt. Dette mener vi, da en vil gjennom en integrativ litteraturoversikt, finne felles opplevelser som går igjen for flere barn på tvers av artiklene. Dersom en hadde brukt en allmenn litteraturoversikt, ville en fått en presentasjon over alle registrerte opplevelser i hver artikkel. En ville ikke fått en oversikt over felles opplevelser som går igjen i de ulike artiklene.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av databaser

Vi brukte Cinahl, Svemed+ og Oria, for å finne empiriske studier som samsvarte med vår hensikt. Bakgrunnen for bruk av disse databasene, er at de inneholder aktuell forskning for sykepleiefaget, og var tilgjengelige gjennom bibliotekets nettside. I søkeprosessen kom vi frem til at Cinahl og Svemed+ ikke hadde noen særlig relevante artikler som passet med vår hensikt. Vi fant det lettere å finne artikler i portalen, Oria. Oria er en portal som studenter ved universitetet i Stavanger kan bruke, og som inneholder ulike databaser, tidsskrifter og artikler. Her fikk vi flere gode resultater i søkeprosessen.

3.3.2 Valg av søkestrategier

Vi benyttet oss av strukturert litteratursøk som søkestrategi. Dette innebærer avgrensninger i blant annet utgivelsesår, språk, land og dokumenttype (Friberg, 2017, s. 77). Våre avgrensninger ble: artikler publisert etter 2011, fagfellevurdert, kvalitativ metode, skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk, og forskningsartikkel. I tillegg ønsket vi forskning utført i land som kan sammenlignes med Norges samfunn. Opplevelsene til barn fra andre nasjoner vil lettere kunne overføres til norske barn, da barna lever under liknende samfunn.

3.3.3 Valg av søkeord

For å finne relevante forskningsartikler, avgrenset vi søket ved hjelp av flere relevante søkeord. De første søkene ble gjort i Cinahl, Svemed+ og Oria, og bestod av søkeordene: “barn AND foreldre AND psykisk lidelse”. Da vi oppdaget at det var mest relevante artikler i Oria, ble det aktuelt å bruke engelske søkeord. Vi søkte da på “child* AND parent* AND mental illness”. Videre utvidet vi søket til “child* OR adolescent* AND mental illness OR mental disease AND parent”. De ulike søkene gav oss flere tusen treff. Vi valgte derfor å se

gjennom titlene og eventuelt sammendraget til de 50 første artiklene ved de ulike søkene. Flere gode artikler ble funnet gjennom denne fremgangsmåten. Derimot endte vi opp med å finne artiklene våre i referanselisten på identifiserte artikler. Det skyldes at vi fant disse artiklene som bedre rustet til vår hensikt.

3.3.4 Valg av artikler

Gjennom valg av artikler brukte vi ulike eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier. Vi ønsket å utelukke artikler som hadde funnet sine deltakere gjennom en eller to spesifikke institusjoner. I tillegg ønsket vi artikler som omhandlet minst to psykiske lidelser. Artiklene måtte også omhandle både mødre og fedre med psykiske lidelser. Bakgrunnen for disse tre kriteriene, er at vi ville finne opplevelser som er representative for majoriteten av barna som har foreldre med psykisk lidelse. Videre ønsket vi at opplevelsene fra barndommen skulle være barnas egne i ung eller voksen alder. Gjennom å finne artikler som primært foretok seg barnets egne opplevelser, og ingen andres, mener vi at man får frem de viktigste opplevelsene. Vi mener at det er barnet selv som vet hva som er de viktigste opplevelsene for dem selv. I tillegg sjekket vi om tidsskriftene artiklene var publisert i, var relevante for sykepleiefaget. Samtidig vurderte vi om artiklene fulgte krav om innhold- og form etter IMRaD- strukturen, som er beskrevet i Dalland (2018, s. 163). Flere artikler ble derfor ekskludert, da de ikke innfridde de ovennevnte kriteriene. Deretter ble det undersøkt hvilke eksklusjons- og inklusjonskriterier som ble brukt for utvalget av deltakere. Til slutt undersøkte vi om det var tatt stilling til etiske hensyn i gjennomførelsen av forskningen. Slike etiske hensyn kunne være om artiklene var godkjent i etikkomite, om samtykke var innhentet og anonymisering.

Fire av våre brukte artikler tilfredsstilte de ovennevnte kravene som er beskrevet i underkapittelet; "litteratursøk". Derimot var Foster (2010) sin artikkel 11 år gammel, men tilfredsstilte de andre kravene.

Tabell 1. Oversikt over analyserte artikler

Tittel, forfattere, årstall	Hensikt	Perspektiv	Metode (utvalg, analyse, mm)	Database
<p>Tittel: Adult children of parents with mental illness: navigating stigma</p> <p>Forfatter(e): Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. & Jackson, D.</p> <p>Tidsskrift: Child & Family Social Work</p> <p>Årstall: 2015</p>	<p>Søkte etter voksne barns opplevelser av å ha en barndom preget av foreldres psykiske lidelser.</p>	<p>Pårørende-perspektiv</p>	<p>Kvalitativ tilnærming med intervju av hver enkelt deltaker. 13 voksne barn: 10 kvinner og 3 menn. Alder: 30- 78 år. Foreldrenes diagnoser: schizofreni, psykose, depresjon eller andre psykiske lidelser. Deltakerne er fra Australia.</p>	<p>Oria, gjennom referanselisten på identifisert artikkel.</p>
<p>Tittel: Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small-scale society: A qualitative study</p> <p>Forfatter(e): Dam, K., Joensen, D. G. & Hall, E. O. C.</p> <p>Tidsskrift: Psychiatric mental health nursing</p> <p>Årstall: 2017</p>	<p>Å utforske hvordan voksne barn av foreldre med psykiske lidelser erfarte å bo sammen med ens psykisk syke forelder.</p>	<p>Pårørende-perspektiv</p>	<p>Kvalitativt semistrukturert intervjustudie. 11 deltakere fra Færøyene: 8 kvinner og 3 menn. Alder: 18-49 år. Foreldrenes diagnose: bipolar lidelse eller schizofreni. Deltakerne ble stilt spørsmål om støtte, familie og erfaringer fra deres daglige liv. Data ble analysert ved hjelp av en innholdsanalyse.</p>	<p>Oria, gjennom referanselisten på identifisert artikkel.</p>
<p>Tittel: Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives</p> <p>Forfatter(e): Trondsen, M. V.</p>	<p>Ungdommers erfaringer i hverdagen med å leve med en forelder som har psykiske lidelser.</p>	<p>Pårørende-perspektiv</p>	<p>Kvalitativ tilnærming, handlingsorientert Data ble samlet inn ved å samle inn rundt 600 meldinger i løpet av 2 år som ble lagt ut på en anonym selvhjelpenettgruppe 16 norske deltakere: kun 1 gutt, resten jenter. Alder: 15-18 år.</p>	<p>Oria, gjennom referanselisten på identifisert artikkel.</p>

<p>Tidsskrift: Qualitative Health Research</p> <p>Årstall: 2012</p>			<p>Deltakerne var fra forskjellige plasser i Norge.</p> <p>Diagnose: Ikke alle foreldrenes diagnose var kjent, men alle led av alvorlig psykiske lidelser f.eks. bipolar lidelse, psykose og suicidal.</p>	
<p>Tittel: Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness.</p> <p>Forfatter(e): Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., Simpson, W., Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M. & Dawson, I.</p> <p>Tidsskrift: Mental health nursing</p> <p>Årstall: 2016</p>	<p>Analysere behov, forventninger og konsekvenser fra barn med hensyn til å leve med en forelder med psykiske lidelser</p>	<p>Pårørende-perspektiv, helsepersonell-perspektiv og pasientperspektiv</p>	<p>Kvalitativ tilnærming med intervju.</p> <p>Deltakere: 50 helsepersonell, 12 voksne barn, 3 øvrige familiemedlemmer og 31 foreldre med psykisk lidelse ble intervjuet.</p> <p>Deltakerne var fra England, Finland, Tyskland, Italia, Norge, Polen og Skottland.</p> <p>Spørsmålene som ble stilt var:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hva er de viktigste konsekvensene for barn av foreldre med psykiske lidelser? 2. Hva er de viktigste behovene og forventningene til barn? 	<p>Oria, gjennom referanselisten på identifisert artikkel.</p>
<p>Tittel: You`d think this roller coaster was never going to stop` : Experiences of adult children of parents with serious mental illness</p> <p>Forfatter(e): Foster, K.</p> <p>Tidsskrift: Journal of clinical nursing</p> <p>Årstall: 2010</p>	<p>Utforske erfaringer ved å være et voksent barn av foreldre med alvorlig psykisk sykdom og hvordan voksne barn har håndtert deres opplevelser.</p>	<p>Pårørende-perspektiv</p>	<p>Kvalitativ tilnærming: Et ustrukturert fortellende intervju.</p> <p>Deltakere: 10 stk (inkl. forfatteren).</p> <p>Alle var fra Australia.</p> <p>Alder: 25-57 år.</p> <p>Foreldrenes diagnoser: schizofreni, bipolar lidelse, depresjon eller schizoaffectiv lidelse.</p> <p>Foreldrene besto av 9 mødre og 2 fedre.</p> <p>Et spørsmål alle deltakerne fikk var: "kan du fortelle meg hvordan det var å vokse opp med en forelder som hadde alvorlig psykisk lidelse?"</p>	<p>Oria, gjennom referanselisten på identifisert artikkel.</p>

3.4 Analyse

Vi har brukt Friberg (2017, s. 148-151) sin analysemetode ved analysering av våre artikler, for å danne en integrativ litteraturoversikt. Metoden består av fem faser. I første fase leste vi gjennom de valgte artiklene flere ganger, for å forstå innholdet og se sammenhenger. Vi valgte i tillegg å oversette artiklene fra engelsk til norsk. Videre i fase to foretok vi en datareduksjon. Vi valgte ut resultater fra hver artikkel som sammenfalt med vår hensikt, og satte det inn i et eget dokument. Andre enn barnas perspektiv og konsekvenser de voksne barna levde med, var temaer som ble valgt bort. De manglet relevans for vår hensikt. I fase tre skapte vi en oversikt over dataene våre. For å få en tydelig oversikt, brukte vi fargekoder. Det gjorde det lettere å finne likheter og ulikheter i resultatene. Videre i fase fire sammenlignet vi artiklenes resultater med hverandre, og identifiserte underliggende mønstre. Til slutt i fase fem dannet vi et forståelig bilde av resultatene, som ble presentert i en oversiktstabell. I oversiktstabellen kom vi frem til fire hovedkategorier, med underkategorier.

Tabell 2. Oversikt over hoved- og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Hemmelighetskultur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mangel på informasjon og åpenhet 2. Tabu
Støtte og motstand	<ol style="list-style-type: none"> 1. Støttespillere 2. Mobbing
Ustabilitet og uforutsigbarhet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endret rollefordeling 2. Alltid være på vakt
Å ikke leve et normalt liv	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tap og sorg 2. Føle seg annerledes og ensom

4.0 RESULTATER

Hensikten med oppgaven er å innhente kunnskap til sykepleiere om barn sine subjektive opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Opplevelsene til barna belyses nedenfor.

4.1 Hemmelighetskultur

Opplevelse av mangel på informasjon og åpenhet fra både familien og helsepersonell er en gjenganger i studiene (Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). En av årsakene til dette var at flere opplevde psykisk lidelse som tabubelagt. Det skulle ikke snakkes om, det var en skam (Dam et al., 2017; Murphy et al., 2015; Tabak et al., 2016).

4.1.1 Mangel på informasjon og åpenhet

Flere barn opplevde mangel på informasjon og åpenhet om forelderens psykiske lidelse fra familiemedlemmer (Murphy et al., 2015, s.334-335; Trondsen, 2012, s. 178). I Trondsen (2012, s. 178) var et barn svært frustrert over å ikke ha blitt informert om forelderens diagnose. Barnets mor hadde hatt en diagnose i 10 år, men moren ønsker fortsatt ikke å fortelle nøyaktig hvilken diagnose hun hadde. Barnet følte det var noe familien skjulte for henne.

I Trondsen (2012) og Foster (2010) forteller barna at de også opplevde lite informasjon og åpenhet fra helsepersonell som behandlet den syke forelder. I Trondsen (2012) ble det beskrevet som en følelse av å være usynlig i situasjonen til familien, da situasjonen også påvirket barnet. Flere i Foster (2010, s. 3145) sin studie opplevde at de ikke fikk informasjon om sykdommen, med mindre de aktivt gjorde en innsats for å få informasjon fra helsepersonellet. Dette førte til at noen så på forelder og sykdommen som den samme, da de ikke visste at vedkommende hadde en psykisk lidelse. Et barn utdyper dette:

..., looking back when I was little, because I didn't have that label or I didn't have anything to sort of distinguish her weird behaviour from her, that was just her, it was all her... I'm not sure how that, if that would have been different and I know that she had a mental illness... it might have worked out a little more respect for her. (Foster, 2010, s. 3145)

Videre opplevde flere å være uvitende under oppveksten, på grunn av mangel på informasjon (Dam et al., 2017; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). Trondsen (2012, s. 178) forteller at dette førte til mange ubesvarte spørsmål, bekymringer, frykt og frustrasjon. I Dam et al. (2017, s. 82-83) står det at barna ikke var klar over forelderens sykdom. Uvitenheten og det å

ikke forstå, medførte til følelser som sorg, angst og usikkerhet. Det resulterte ofte til urealistiske syn av forelderen. Videre forteller barn i Trondsen (2012, s. 178-179) om ulike tegn de observerte hos den syke forelderens humør og atferd før de visste at forelderen var syk. Dette gjorde barna forvirret og bekymret. Samtidig forteller barna fra studien til Murphy et al. (2015, s. 334) at mangel eller begrensning på informasjon- og åpenhet, kan medføre forvirring og isolasjon. Et barn reflekterte om viktigheten av å få informasjon om morens psykiske lidelse:

... As a child it would have helped very much. As a teenager it was critically important, as a young adult, trying to sort out their life, again, critically important. The schizophrenia would explain why there was no help for my mum. (Murphy et al., 2015, s. 334)

I Murphy et al. (2015, s. 334) forteller flere at de fikk økt innsikt i den psykiske lidelsen til forelderen i tenårene. De kunne også se tydeligere foreldrenes forskjeller fra andre foreldre. Et barn beskrev denne endringen:

These changes of mood, I think, we just got accustomed to as children. It was only later when I was kind of looking after her or just doing the things that need to be done, that I got a chance to see this from some distance and with some measurable objectivity. (Murphy et al., 2015, s. 334)

Samtidig opplevde flere økt forvirring og emosjonelle vanskeligheter i tenårene, som en reaksjon på den økte innsikten (Murphy et al. 2015, s. 334). I tillegg som reaksjon, opplevde noen av barna i Foster (2010, s. 3146) en identitetskrise og økt usikkerhet i tenårene.

I to av studiene beskrev barna sin frykt for å være eller bli psykisk syk selv (Foster, 2010; Trondsen, 2012). Et barn fra Trondsen (2012, s. 180) beskrev frykten slik: «I am still terrified of one thing: turning out like my father! I am so scared that I too will get that disease». I Foster (2010, s. 3148) ble denne frykten så stor, at flere var usikre på om de ville få barn selv. Flere var redde for å ikke bli en god nok forelder, dersom en selv ble psykisk syk. I tillegg var flere redde for å overføre sykdommen videre til sine egne barn.

4.1.2 Tabu

Barn i tre av artiklene så behovet for å holde forelderens psykiske lidelse hemmelig for andre (Dam et al., 2017; Murphy et al., 2015; Tabak et al., 2016). Barn i studiene til Dam et al. (2017) og Tabak et al. (2016) forteller at behovet kom på grunn av skam. Et barn i Murphy et al. (2015, s. 335) forteller at det ikke var før morens selvmord at han snakket om forelderens psykiske lidelse. Han fortalte:

.... I can't remember ever talking about that until much later on in the piece, where Mum suicided, and at that point, well, I was forced to talk about it, I guess. But up until then, any sort of family issues or anything like that, definitely didn't discuss with anyone in my friendship group or teachers or anyone like that. (Murphy et al., 2015, s. 335)

Videre skriver Dam et al. (2017, s. 83) at psykisk lidelse var tabu. Barna opplevde diskriminering og tabu på skolen om forelderens psykiske lidelse. Et barn sier følgende: "The teachers did not talk to me, not at all. It would have been much easier if they talked to me instead of hiding it" (Dam et al., 2017, s. 83).

4.2 Støtte og motstand

Flere barn opplevde å få støtte fra personer rundt seg (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Trondsen, 2012). Derimot opplevde flere mangelfull støtte av ulike årsaker (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012). Dessverre erfarte også flere motstand gjennom mobbing (Dam et al., 2017; Murphy et al., 2015).

4.2.1 Støttespillere

Opplevelsen av støtte barna fikk fra familiemedlemmene kommer frem i to artikler (Dam et al., 2017; Foster, 2010). Barn i Dam et al. (2017, s. 81-82) sin studie forteller at de opplevde støtte og omsorg fra den andre forelder, besteforeldre, tanter og onkler.

Familiemedlemmene tok på seg oppgaver som matlaging, rengjøring, og passing av barna. Et barn forteller om støtten hun fikk fra familiemedlemmer:

My grandmother and aunt stepped in every time, all these years ... I do not know where I had been today if they had not been there, because my mother did not manage to be "mum" for several long periods of time. (Dam et al., 2017, s. 82)

Barn i Foster (2010, s. 3146) forteller at støtten som ble gitt av besteforeldre og søsken, var viktig. Forholdet til søsknene ble presisert som svært viktig. Noen av barna forteller også at de fikk et nærere forhold til den friske forelder.

Støtte fra venner var også sentralt i noen artikler (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012). Hvilken støtte barna fikk fra sine venner, var avhengig av i hvilken grad de selv ønsket å fortelle om situasjonen til vennene sine. Noen kjente på en redsel og usikkerhet om å åpne seg til sine venner (Trondsen, 2012, s. 180), mens andre følte på en lettelse (Dam et al., 2017, s. 83).

Trondsen (2012, s. 180-181) forteller at barna visste at de hadde gode venner rundt seg, men at de holdt mye av tristheten for seg selv. De syntes det var vanskelig å snakke om

situasjonen de sto i. De gav uttrykk for at det tok lang tid og var vanskelig å skape god tillit til vennene. Redselen for å være til plage for andre med sine problemer, var også en faktor som spilte inn. De var bekymret for å misbruke vennskapet, ved å være den eneste som snakket om problemene sine og som trengte emosjonell støtte. Samtidig fant barna det vanskelig å stole på noen nok til å fortelle om problemene. De følte seg ikke forstått, da det ikke var en gjensidig likhet mellom familiesituasjonene. Et barn reflekterte over hvorfor hun synes det var vanskelig å snakke om problemene sine med vennene:

In general, I feel like I'm bothering people when I begin talking about my problems or what's wrong. I have a sort of feeling like it's not a good enough reason to be sad, even though other people say it is. (Trondsen, 2012, s. 181)

Derimot kom det frem motstridende opplevelser fra artikkelen til Dam et al. (2017, s. 83). Her forteller barna at de synes det var en lettelse å fortelle om sine problemer til vennene. Det medførte en indre ro. Det skapte tillit og en nær relasjon mellom vennene, da de snakket åpent om slike temaer. Barna fikk en opplevelse av å være lik, anerkjent og akseptert. Et barn fortalte om sin opplevelse ved å være åpen med vennene sine: "I remember how relieved I was after telling my friends about the situation at home. I got peace in mind" (Dam et al., 2017, s. 83).

Videre opplevde noen barn støtte fra helsepersonell (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012). Noen barn fra Trondsen (2012, s. 182) beskriver det å snakke med helsepersonell ofte ble sett på som en strategi, for å håndtere sine smertefulle følelser. De anbefalte også andre barn å ta kontakt med helsepersonell for samtale. Et barn forteller at han gjennom samtale med helsepersonell opplevde økt selvtillit og reduserte krav til seg selv.

Derimot var det få barn i Trondsen (2012, s. 182) som hadde tatt kontakt med helsepersonell. Det var flere grunner til dette. Barna opplevde det vanskelig å betro seg til ukjente personer. De synes det var vanskelig å etablere tillit til helsepersonellet, da det var liten tid og det var flere forskjellige personer å forholde seg til. Et barn forteller om sin opplevelse relatert til å ta kontakt med helsepersonell: "I have tried to talk to a psychologist, but can't do it, have tried many times. I think it's really difficult to sit in front of a total stranger and unfold all of my problems and thoughts" (Trondsen, 2012, s. 182).

Samtidig kom det frem misnøye av støtten helsepersonellet gav i artikkelen til Dam et al. (2017, s.83). Barna i denne studien hadde behov for hjelp til å håndtere utfordrende opplevelser knyttet til den syke forelderen. De uttrykket et ønske om at noen kunne lytte til

dem om den vanskelige situasjonen. Mange barn husker å bli tatt godt imot av helsepersonellet, da de besøkte den syke forelderen, men at de fort ble ignorert. Et barn beskriver: “My mother was admitted to hospital after she attempted suicide, but nobody talked to me about it” (Dam et al., 2017, s. 83).

4.2.2 *Mobbing*

Flere barn opplevde å bli holdt avstand til, ignorert og mobbet (Dam et al., 2017, s. 82, 84; Foster 2010, s. 3146; Murphy et al., 2015, s. 332-333). “I was bullied, the others laughed at me” står det i Dam et al. (2017, s. 84). Barn fra denne studien forteller at de andre barna ignorerte dem og tok avstand fra dem. Følelsen av å ikke ha nære relasjoner ble forsterket ved å bli ignorert, mobbet og ledd av. Et barn forteller: “My mother went around the city and behaved embarrassing. Others teased me and said “I saw your mother with a whip” ... it has always been terrible” (Dam et al., 2017, s. 84).

4.3 Ustabilitet og uforutsigbarhet

Flere barn opplevde en endring i rollefordelingen, hvor barnet tok vare på forelderen (Dam et al., 2017; Tabak et al., 2016). Det skjedde en endring i familien, hvor barna opplevde seg forpliktet til å ta mer ansvar hjemme (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Trondsen, 2012). Barn fra enkelte studier forteller også at de alltid var på vakt, på grunn av ustabilitet og uforutsigbarhet i hjemmet (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012).

4.3.1 *Endret rollefordeling*

Barna opplevde en endring i rollefordelingen hjemme, hvor de selv måtte ta vare på den syke forelderen og bidra hjemme (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Tabak et al., 2016; Trondsen, 2012). I Dam et al. (2017, s. 82) forteller flere barn at de måtte legge til side sitt eget liv, når forelderen hadde dårlige dager. Det kommer frem at barna ønsket å være lojale og beskyttende mot forelderen. De følte seg forpliktet til å lytte til dem og hjelpe dem når det trengtes. Noen barn fortalte at de måtte hjelpe forelderen med å stå opp og ta medisinerne. De følte seg alene, og opplevde at det var en tung byrde. Et barn sa følgende: “I used to sit for hours listening to her. Everything she said was so depressing, everything was black talk, it was awful and hard to hear, but I couldn't leave her, I had to stay” (Dam et al., 2017, s.82).

Flere barn fra Tabak et al. (2016, s. 323) opplevde at de måtte være hjemme fra skolen, for å ta mer ansvar hjemme. Barna var redde for å forlate forelderens sin hjemme alene. Et barn sa følgende om bytte av rollene:

You can sometimes observe a reversal of roles, so that a child is watchful; for example, over her mother, and that she senses when the parent's condition worsens, and children are overstrained with that. (Tabak et al., 2016, s. 323)

I Trondsen (2012, s. 181) tok flere mer ansvar i hjemmet. Dette ble brukt som en strategi for å håndtere forelderens psykiske lidelse. Dette kunne inkludere husarbeid, matlaging og å ta vare på søsknene og forelderens. Flere beskrev seg selv som en ekstra voksen i familien. Barna gav uttrykk for at de likte å være til hjelp for familien, men at ansvaret kunne være en tung byrde. Det var i tillegg en utfordring at pleie-rollen var periodevis. I perioder kunne forelderens ta vare på barna, andre ganger ikke. Dette medførte ustabilitet i hjemmet. Studien til Foster (2010, s. 3146-3147) beskriver også ansvaret barna hadde for de praktiske oppgavene i familien. Barna tok på seg en beskyttende og omsorgsfull rolle for søsknene og forelderens. Barna opplevde at de ikke hadde noe annet valg enn å ta mer ansvar hjemme. Et barn forteller om bytte av rollene:

My role as the child was never as a child, mine was as a parent and so I had to raise my younger brothers and sisters and do the cooking, so I probably learned to do the cooking when I was 3. (Foster, 2010, s. 3147)

4.3.2 *Alltid på vakt*

Flere barn fortalte om opplevelsen av å alltid måtte være på vakt, for å unngå vanskelige situasjoner som kunne føre negative reaksjoner hos den psykisk syke forelderens. Noen vurderte foreldrenes humør, og justerte deretter sin egen oppførsel (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012). Dersom den psykisk syke forelderens hadde en dårlig dag, kunne barna gjøre husarbeid, ta vare på yngre søsken, unngå å si noe provoserende og unngå støy (Trondsen, 2012, s. 181). Et barn fra Dam et al. (2017, s. 82) sin studie beskrev det slik: «It was a balancing act... I had to adapt, adapt, adapt...»

Videre opplevde flere barn ustabilitet og uforutsigbarhet, på grunn av den psykisk sykes hyppige humør- og atferdsendringer (Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). Et barn beskrev denne bekymringen:

I was constantly afraid of making him angry. I was simply terrified that he was going to do something that would make him blow up at me... I was afraid that he was going to do something to my mom (...) to my siblings (...) to me. It's not easy to lead a normal life when you walk around and are constantly afraid. (Trondsen, 2012, s. 179-180)

Noen barn opplevde å ikke vite hva som skulle skje fra en dag til den neste (Foster, 2010, s. 3145). Andre var redde for at forelderen skulle ta selvmord, da flere hadde opplevd suicidale foreldre (Trondsen, 2012, s. 180). Videre oppga flere i samme studie at ustabiliteten og uforutsigbarheten kunne være vanskelig å håndtere, og kunne påvirke deres eget velvære. Samtidig avslørte to av studiene at flere barn slet med å konsentrere seg om skolearbeid og planlegging av hverdagen (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012).

4.4 Å ikke leve et normalt liv

I tre av studiene kunne en fange opp barnas opplevelser av tap og sorg, relatert til å ikke leve et normalt liv (Murphy et al., 2015; Tabak et al., 2016; Trondsen, 2012). Flere barn kjente også på en opplevelse av å være ensom og annerledes (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012).

4.4.1 Tap og sorg

Noen kjente på sorg over å ikke ha et normalt familieliv (Trondsen, 2012, s. 181). Andre oppga at sorgen ble tydelig gjennom mangel på oppmerksomhet og engasjement fra sin syke forelder (Tabak et al., 2016; Trondsen, 2012). I Trondsen (2012, s. 181) sin studie erfarte flere barn at den psykisk syke forelderen ikke klarte å involvere seg i deres dagligliv. Blant annet erfarte flere mangel på involvering i skolearbeid, fritidsaktiviteter eller i samtaler. I to studier fortalte barna at de også kjente en sorg over å ikke ha et bra forhold til sin psykisk syke forelder (Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). Et barn fra Trondsen (2012, s. 181) fortalte: “When I see that my friends have good relationships with their parents, it kind of stings inside, and I think about how it would have been if my parent hadn’t been sick”.

Barna opplevde det følelsesmessig vanskelig ovenfor den psykisk syke forelderen, på grunn av forelderens manglende nærhet (Foster, 2010; Trondsen, 2012). I Foster (2010, s. 3146) sier alle barna seg enig i at de har problemer med å koble seg følelsesmessig med sin psykisk syke forelder. Samtidig beskrev flere av barna i artikkelen til Trondsen (2012, s. 181) at de hadde ambivalente følelser overfor foreldrene.

Flere barn i to av studiene kjente også på opplevelsen av tap av ens forelder (Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). Et tap over å ha mistet sin mor eller far til en psykisk sykdom. I Trondsen (2012, s. 181) var det dokumentert at flere kjente en lengsel etter deres psykisk syke forelder, selv om de bodde sammen med dem. Et barn utdyper dette:

I often miss my dad so much that it hurts, even though he lives with me and I see him almost every day. The problem is that I see the man, but not my father. I see the man who threatens, and screams and yells and fumes with anger, or the man who sits on the sofa and just stares out in space and says that life isn't worth living anymore. That kind of man isn't a father. (Trondsen, 2012, s. 181)

4.4.2 *Føle seg annerledes og ensom*

Flere barn kjente på en opplevelse av å være ensom og annerledes (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). I Trondsen (2012, s. 180-181) opplevde de seg ensomme og triste. Det var flere grunner til det. Barna hadde ikke noen å snakke med om familiesituasjonen. Andre hadde vansker med å stole nok på andre til å fortelle om situasjonen, da de opplevde for store forskjeller mellom familiesituasjonene. Noen opplevde at de ikke kunne snakke med vennene sine, da de var redde for å misbruke vennskapet. Et barn forteller om opplevelsen av ensomhet: «Some of my best friends say that I can talk to them when I need to, (...), but regardless of how much I tell them, they will never really understand. I feel very alone in the middle of all this» (Trondsen, 2012, s. 180). Flere opplevde at de var alene med praktiske utfordringer, tunge tanker, smertefulle følelser og vanskelige situasjoner.

Videre opplevde flere en sorg ved å ikke leve et «normalt» familieliv, slik som alle andre (Trondsen, 2012, s. 181). Barn fra Dam et al. (2017, s. 82) fortalte at de følte seg annerledes og ensomme, når de selv oppdaget forskjeller hos sin psykisk syke forelder sammenlignet med andre foreldre. I Murphy et al. (2015, s. 332-333) var det flere som ikke klarte å forstå hva som var annerledes med sin forelder. Noen la merke til forskjellene i tidlig barndom, men kunne ikke sette ord på familielivets forskjeller fra andre familier. Et barn beskrev følelsen av å være annerledes:

I think as a child it's kind of a bit misty as to what a normal home should be like. So I think there's this kind of idea that you're not in a normal home but you can't specifically put your finger on it. (Murphy et al., 2015, s. 333)

5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuteres artiklenes gyldighet og holdbarhet. I tillegg ser vi på svakheter og sterke sider ved bruk av integrativ litteraturoversikt i vår oppgave. Videre vil vi i resultatdiskusjonen diskutere våre resultater i sammenheng med teori, for å danne en ny helhet. Våre personlige refleksjoner og erfaringer blir også inkludert.

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen diskuterer vi artiklenes gyldighet og holdbarhet, gjennom å følge Dalland (2018, s. 159) sine anbefalinger. Ved vurdering av artiklenes gyldighet og holdbarhet har vi sett på forfatterens bakgrunn og erfaringer, informantene, forskningens utførelse, artiklenes forskningsmetode og etiske forhold. I tillegg vil vi diskutere svakheter og sterke sider ved bruk av integrativ litteraturoversikt i vår oppgave.

5.1.1 *Forskerne*

For å vurdere artiklenes gyldighet og holdbarhet, undersøkte vi forskernes faglige bakgrunn og erfaringer. Flere av studienes forfattere arbeidet innen helsefag, og hadde enten en doktorgrad, var forskere eller professorer. De fleste forfatterne hadde skrevet mellom syv til over 20 artikler fra tidligere. Vi mener derfor at forfatterens troverdighet er ivaretatt, da de er erfarne forskere og har kunnskaper innenfor helse. Derimot kan det diskuteres om Foster (2010) sin studie har like god troverdighet som de andre artiklene, da forskeren selv er deltaker i studien. På den ene siden vil forskeren som deltaker få frem viktige erfaringer om det å leve med en forelder med psykisk lidelse. Hun stiller kanskje bedre spørsmål enn de andre forskerne, da hun selv har hatt en forelder med psykisk lidelse. På en annen side kan hennes deltakelse gjøre at studien preges i stor grad av hennes egne erfaringer. Dette kan gjøre de andre deltakernes erfaringer mindre representative.

5.1.2 *Informantene*

Studiene inkluderte ulike aldersgrupper hos informantene. I studiene var informantene mellom 15-18 år (Trondsen, 2012), 18-49 år (Dam et al., 2017), 25-57 år (Foster, 2010) og 30-78 år (Murphy et al., 2015). I Tabak et al. (2016) var aldersgruppen ukjent, men informantene ble omtalt som «voksne barn». Det kan være en ulempe at informantene er

mellom 15 til 78 år. Erfaringene fra barndommen til et 78 år gammelt menneske, kan være totalt annerledes fra erfaringene til et 15 år gammelt barn. De eldste informantene vil trolig ha glemt viktige opplevelser fra barndommen. Hadde en kun brukt informanter som er barn etter biologisk alder, vil en trolig fått frem opplevelser som er viktige i «her og nå»- situasjonen. Derimot ville en risikert at barnet ikke har utviklet et stort nok ordforråd til å beskrive sine opplevelser. Videre kan samfunnet også være forandret mye fra da de eldste informantene selv var barn, og frem til nyere tid. Derfor er det sjans for at de eldste sine opplevelser fra barndommen ikke kan sammenlignes med opplevelser barn i nåtiden erfarer. På en annen side mener vi at ved bruk av en integrativ litteraturoversikt har vi fått frem opplevelser, som er representativt på tvers av informantene i artiklene, uavhengig av alder.

Videre hadde informantene foreldre som hadde bipolar lidelse, schizofreni, alvorlig depresjon, psykose, stemningslidelse eller suicidalitet. Derimot var flere informanter i Trondsen (2012) usikre på hva foreldrenes psykiske lidelse var. På bakgrunn av de dokumenterte diagnosene foreldre hadde, mener vi at vi har klart å inkludere flere ulike psykiske lidelser. Vi mener derfor at resultatene våre er representativt for flertallet av barn som har foreldre med psykiske lidelser.

I tillegg besto informantene av 31 kvinner og ni menn. I studien til Tabak et al. (2016) sto det ikke noe om de 14 informantenes kjønn. Ulempen med et kvinnedominert resultat er at en trolig vektlegger kvinnenens opplevelser i studiene. Disse opplevelsene kan være forskjellig fra menn sine opplevelser. Samtidig kan det tenkes at barnets opplevelser ikke er avhengig av hvilket kjønn opplevelsene kommer fra, da begge kjønn lever med forelder som har psykisk lidelse.

5.1.3 Forskningens utførelse

De utvalgte studiene ble gjennomført i Færøyene (Dam et al., 2017), Australia (Foster, 2010; Murphy et al., 2015), England, Finland, Tyskland, Italia, Polen, Skottland (Tabak et al., 2016) og Norge (Tabak et al., 2016; Trondsen, 2012). Dette er land som vi tenker er representative for det norske samfunnet, da disse landene har flere likhetstrekk med Norge. Dette gjør at forskning som er utført i disse landene, er overførbare til Norge. På en annen side hadde det vært optimalt med studier som kun er utført i Skandinaviske land, da en trolig ville fått mer representative studier.

Videre ønsket vi å utelukke studier som hadde funnet sine deltakere gjennom en eller to spesifikke institusjoner. Studiene hadde funnet deltakerne sine gjennom e-post, kontakter i psykisk helsevern, frivillige sektorer, sosiale velferdssentre, massemedier, snøball prøvetaking og universiteter. På bakgrunn av dette, mener vi at deltakerne er mer enn nok representative for majoriteten av barn i Norge som har en forelder med psykisk lidelse.

5.1.4 Artiklenes forskningsmetode

Vi valgte å bruke artikler som brukte kvalitativ forskningsmetode, da vi så dette som mest egnet for vår hensikt. En vil gjennom kvalitativ forskningsmetode få frem personlige opplevelser og erfaringer. Denne personlige beskrivelsen kunne ikke blitt oppnådd gjennom en kvantitativ forskningsmetode, da den ofte bruker spørreskjema med faste svaralternativer (Dalland, 2018, s. 53). Kvantitative forskningsartikler ble derfor ekskludert fra analysearbeidet vårt. Dette kan samtidig ses på som en svakhet, da det kan føre til mangel på bredde og dybde i oppgaven.

Videre brukte Dam et al. (2017), Tabak et al. (2016), Foster (2010) og Murphy et al. (2015) intervju som kvalitativ forskningsmetode. Alle de fire nevnte artiklene hadde hensikter som ønsket å få frem opplevelser, erfaringer og/eller barnas synspunkter. Vi mener at de har svart godt på sin hensikt, da en får frem ulike personlige opplevelser, erfaringer og synspunkter gjennom intervju. Videre ser en at Trondsen (2012) innhentet data gjennom et nettforum, og ikke gjennom intervju. Hensikten hennes var også å få frem erfaringer. Metoden hennes fungerer godt til hensikten, da en også vil få frem erfaringer gjennom tekst. Derimot mener vi det hadde vært best å bruke intervju. Da ville en fått frem deltakernes stemme, mimikken i ansiktene og kroppsspråket, som kan fortelle oss mer om opplevelsene til deltakerne.

I tillegg la vi merke til ulike måter intervjuene ble gjennomført på. Samtlige av forfatterne brukte åpne spørsmål (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Tabak et al., 2016). Dette medførte at deltakerne står mer fritt til å fortelle om hvordan de oppfattet barndommen sin. På denne måten får forfatteren et ærlig og personlig svar. I Murphy et al. (2015) ble det i tillegg stilt veiledende spørsmål. Intervjuene hennes ble utført gjennom lydopptak på 60-90 minutter, grunnet geografiske hindringer. Deltakerne fikk spørsmål i forkant av lydinnspillingen. Ulempen med denne metoden er at man kan veilede deltakerne inn i spesifikke temaer. Da vil en kanskje ikke få frem de viktigste opplevelsene og erfaringene for deltakerne selv. Trondsen (2012) unnlot derimot å stille spørsmål, og lot

samtalen bli styrt av deltakerne. Deltakerne tok opp temaer som betydde mye for dem, og diskuterte disse sammen med andre deltakere. På denne måten ble ikke deltakerne veiledet av konkrete spørsmål, men fikk ta opp temaer som hadde betydning for deltakerne selv.

5.1.5 Ethiske forhold

I alle studiene var etiske forhold ivaretatt. Studiene til Dam et al. (2017), Foster (2010) og Murphy et al. (2015) ble godkjent gjennom ulike etikkomiteer. Derimot var ikke studien til Tabak et al. (2016) godkjent i fem av syv land som deltakerne var rekruttert fra. Etikkomiteen i de ulike landene, mente at etisk godkjenning ikke var nødvendig for denne studien. I Trondsen (2012) var det heller ikke nødvendig med godkjenning fra etikkomiteen, da data ble innhentet fra et anonymt og passord beskyttet nettforum. Ifølge Dalland (2017, s. 237) er ikke en studie meldepliktig, dersom man utelukkende skal registrere anonyme opplysninger. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke kan identifiseres til enkeltpersoner.

5.1.6 Bruk av integrativ litteraturoversikt

Metoden vi har brukt er integrativ litteraturoversikt. En svakhet med denne metoden er at det er begrenset mengde litteratur som grunnlag for oversikten (Friberg, 2017, s. 143). Det er derfor svært viktig å være kritisk til utvalget av forskningsartikler, da det er umulig å inkludere all forskning som er gjort på fagområdet. En annen svakhet er risikoen for et selektivt utvalg av artikler. Forskeren kan da velge studier som ubevisst støtter sin egen hensikt, og dermed ekskluderer artikler som motstrider med hensikten (Friberg, 2017, s. 143). Fordelen med bruk av integrativ litteraturoversikt er at den er mindre tidkrevende sammenlignet med andre metoder. Samtidig trenger en ikke deltakere. En annen styrke er at det dannes en oversikt over fagområdet, og kunnskapen blir organisert på samme plass. Dette gjør at kunnskapen blir mer tilgjengelig (Friberg, 2017).

5.1.7 Valg av artiklene

De utvalgte artiklene ble funnet i referanselisten på identifiserte artikler gjennom Oria. Dette kan ses på som en styrke med oppgaven, da man ser andre forfattere har brukt artiklene. Det kan tyde på at forfatterne mener artiklene er god forskning. Derimot har vi ikke undersøkt bakgrunnen til forfatteren i de identifiserte artiklene. Dermed kan vi ikke legge for stor vekt på deres mening om artiklene.

Videre er Foster (2010) sin artikkel 11 år gammel. Vi valgte å beholde denne artikkelen, da vi mener vi ikke hadde nok resultater å analysere, for å danne en ny helhet. I tillegg var det vanskelig å finne en siste artikkel som samsvarte med vår hensikt, og som var yngre enn 10 år. Dette kan være en ulempe, da artikkelen kan inneholde utdatert kunnskap. Derimot mener vi at den inneholdt oppdatert kunnskap, da en kunne se klare sammenhenger mellom Foster (2010) sine resultater og resultatene til de nyere artiklene vi har brukt.

Når det gjelder avgrensning, har vi ikke avgrenset til en spesifikk diagnose i vår oppgave. Vi ønsket at oppgaven skulle omhandle flere diagnoser. En ville da finne felles opplevelser, som kunne representere majoriteten av barna som lever med en forelder som har psykisk lidelse. Dette kan også ses på som en svakhet, da foreldrenes ulike diagnoser kan prege barna ulikt. Resultatene kan derfor bli overfladiske og ikke gjelde for alle disse barna.

Til slutt mener vi at artiklene har vært tilstrekkelige for vår hensikt, ut fra det som er blitt diskutert og drøftet i metodediskusjonen. I ettertid ser vi at vi kunne valgt artikler som hadde en jevnere fordeling mellom kvinner og menn som deltakere. Vi kunne også valgt ut artikler som hadde yngre deltakere, for å få frem opplevelser som er mer aktuelle for nåtiden. Derimot så vi det vanskelig å finne artikler som oppfylte disse kravene under litteratursøkingen. Det vil kanskje være mer aktuelt å oppfylle disse kravene om noen år, når det trolig finnes flere studier som omhandler samme tema.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende delkapittel skal vi diskutere våre hovedfunn fra resultatene, mot teori fra teorikapittelet, relevant bakgrunns litteratur fra innledningen, egne erfaringer fra praksis og egne refleksjoner. Hovedfunnene våre viser at flere barn opplevde en hemmelighetskultur i familien, mye på grunn av tabu. I tillegg opplevde flere mangel på informasjon og åpenhet fra familiemedlemmer og helsepersonell. Videre opplevde noen deltakere å ha støttespillere rundt seg, mens andre opplevde å ikke ha noen. Flere opplevde mobbing på skolen og blant venner. I tillegg opplevde flere ustabilitet og uforutsigbarhet i hjemmet. Det førte til en endret rollefordeling og barna opplevde at de alltid måtte være på vakt. Til slutt opplevde flere en følelse av å ikke leve et normalt liv. Her ble opplevelser som å være annerledes og ensom trukket frem, samt opplevelse av tap og sorg.

5.2.1 Hemmelighetskultur

Resultatene viser at flere opplevde mangel på åpenhet og informasjon fra både familien og helsepersonell (Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). En av årsakene til dette var at flere opplevde psykisk lidelse som tabubelagt (Dam et al., 2017, Murphy et al., 2015; Tabak et al., 2016). Mangel på informasjon og åpenhet om sykdommen, medførte at barna opplevde bekymringer, frykt, frustrasjon (Trondsen, 2012), sorg, angst, usikkerhet (Dam et al., 2017), forvirring og isolasjon (Murphy et al., 2015). Ifølge teorien til Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 280) vil mangel på informasjon og åpenhet føre til at barnet takler stress og påkjenninger svært dårlig. Det kan derfor tyde på at disse barna mestrer hverdagen dårligere enn andre barn. Dette støttes også av barnas følelser nevnt ovenfor.

På en annen side ser en at om lag 80% av barn får oppfølging i Norge, når deres psykisk syke forelder får oppfølging ved poliklinikk (Ose et al., 2014, s. 11). Opplevelsen av mangel på informasjon og åpenhet hos barna er motstridende til disse tallene. Vi ville trodd at dersom 80% av alle barna får oppfølging, ville flertallet av barna oppleve å bli informert om situasjonen, og oppleve åpenhet. Sykepleiere er i tillegg lovpålagt å ta vare på barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999, §10 a). Ivaretagelsen skjer gjennom å gi relevant informasjon og nødvendig oppfølging som barna kan ha (Juklestad & Aarre, 2018, s. 63). Barnas opplevelse av mangel på informasjon støttes også av våre egne erfaringer fra praksis. Vi opplevde at barna ikke ble fulgt opp, slik som de hadde krav på. Det kan derfor diskuteres hvor god denne dokumenterte oppfølgingen er for barna.

Derimot ser en at dersom det er lite åpenhet i familien, vil det være vanskelig for barn å være åpne overfor helsepersonell om deres opplevelser (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 280). Det kan derfor tenkes at det blir vanskelig for sykepleiere å gi relevant informasjon. Sykepleier vil trolig ikke kjenne til barnas opplevelser, og dermed barnas behov. Ifølge Bøckmann og Kjellevold (2015, s. 278) bør sykepleier motivere den psykisk syke til å snakke åpent med barnet om sykdommen. Dersom barnet mangler viktig informasjon, vil barnet kunne gå alene med sine bekymringer. Fantasien kan da ta overhånd, og barnet kan oppleve stor utrygghet.

Samtidig forteller flere barn at de opplevde økt innsikt i tenårene om den psykiske lidelsen til forelderen (Foster, 2010, s. 3146; Murphy et al., 2015, s. 334). Ifølge Eriksons utviklingsteori (Håkonsen, 2018, s. 57) ser en at barna kan oppleve den femte fasen, «identitet versus

forvirring», i tenårene. I denne fasen kan barn gjenoppleve livskriser fra tidligere faser, og dermed erverve større innsikt. Dersom disse erfaringene gir mening for barnet, vil barnet oppleve forutsigbarhet og kontroll i livet (Håkonsen, 2018, s. 57).

Derimot opplevde flere barn mangel på informasjon og åpenhet, som førte til at de tidligere livskrisene ble forvirrende. Flere barn erfarte økt forvirring, emosjonelle vanskeligheter (Murphy et al., 2015, s. 334), identitetskrise og økt usikkerhet (Foster, 2010, s. 3146) i tenårene. Disse barna vil trolig ikke oppleve mening og forutsigbarhet. De vil sannsynligvis oppleve tvil om hvem de er og hva de skal bli (Håkonsen, 2018, s. 57).

5.2.2 Støtte og motstand

Resultatene viser at barna ikke hadde mennesker de kunne snakke med om det vanskelige, av forskjellige årsaker (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012). Mæland (2016, s. 194-196) presiserer viktigheten av å ha støttespillere rundt seg. Han poengterer at barnas evne til å mestre motgang er avhengig av graden av mennesker rundt dem som gir dem bekreftelse, bryr seg om dem, gir trøst og oppmuntring. I tillegg vil støttespillere bidra med viktige opplysninger, veiledning, råd og praktisk hjelp. Videre ser en i fase to i utviklingsteorien til Erikson (Håkonsen, 2018, s. 56-67), at dersom barnet opplever lite støtte og ingen viser barnet til rette, vil barnet oppleve mindre kontroll og uavhengighet. Vi tenker derfor at barna sannsynligvis håndterer motgang dårligere enn andre. I tillegg vil disse barna trolig oppleve lite kontroll og uavhengighet.

Derimot ser en at flere barn også hadde støttespillere rundt seg i form av venner (Dam et al., 2017), familiemedlemmer (Foster, 2010) og helsepersonell (Dam et al., 2017; Trondsen, 2012). Disse barna vil kunne mestre motgang bedre, på grunn av støtte fra mennesker rundt seg. De vil kunne oppleve økt uavhengighet og kontroll til å mestre situasjoner. I tillegg vil de kunne oppleve god tro på egen kompetanse (Håkonsen, 2018, s. 56-67).

Videre ser en at flere opplevde motstand gjennom å bli mobbet av venner og barn på skolen (Dam et al., 2017; Murphy et al., 2015). Skolen er kanskje den viktigste fasen i barnas liv. Mobbing på skolen kan gjøre skolehverdagen svært vanskelig for barn. Barna som strever med skolen er dårligere forberedt for voksenlivet, og har større risiko for arbeidsledighet, rusmisbruk, uførhet og psykiske helseplager (Mæland, 2016, s. 198-199). I tillegg har barn av foreldre med psykisk lidelse en dobling i risiko for å oppleve uheldige utfall, slik som mishandling, omsorgssvikt, tidlig død og psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011, s. 32-

33). Det kan derfor tenkes at dersom sykepleier hadde fulgt barn som pårørende bedre opp, vil en kunne hjelpe barnet til å mestre hverdagen og forebygge uønskede konsekvenser. Sykepleier kunne bidratt til å skape åpenhet om sykdommen gjennom samarbeid med skolen. Dersom det var mer åpenhet rundt sykdommen og oppfølging i hverdagen til barnet, vil barnet sannsynligvis fokusere bedre på skolen, og forebygge uheldige utfall. Ifølge Mæland (2016, s. 198-199) vil barn som gjør det bedre på skolen oppleve økt trygghet og selvtillit.

5.2.3 Ustabilitet og uforutsigbarhet

Resultatene viser en opplevelse av ustabilitet og uforutsigbarhet i hjemmet. Dette gjaldt særlig rollefordeling, og foreldrenes humør- og atferd. Det medførte økt ansvar hjemme, og opplevelse av å alltid måtte være på vakt for å unngå vanskelige situasjoner (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). Resultatene forteller videre at barna også hadde vansker med å stole nok på helsepersonell og venner, for å kunne åpne seg om problemene sine (Trondsen, 2012). På bakgrunn av disse resultatene, tenker vi at disse barna vil kunne oppleve mistillit til personene rundt seg. Dette støttes opp av Eriksons utviklingsteori, i første fase. Teorien belyser at barn som opplever seg utrygg, og lever i et ustabil og uforutsigbart miljø, vil oppleve mistillit. Dette vil påvirke barnets evne til å stole på omgivelsene og danne nære relasjoner (Håkonsen, 2018, s. 56). Vi tenker at dersom barnet hadde opplevd forutsigbarhet og stabilitet i ung alder, ville kanskje barnet opplevd det lettere å betro seg til helsepersonell og venner. Da ville barnet trolig oppleve tillit, og fått hjelp til å mestre sine opplevelser.

Samtidig ser en også i Eriksons utviklingsteori, i andre fase, at barn trenger kontrollerte omgivelser for å kjenne på uavhengighet og mestring. Med ustabile og uforutsigbare foreldre, er kontrollerte omgivelser ofte urealistisk for flere av deltakerne. Barnet kan med dette tvile på egen kompetanse. Denne tvilen kan følge med videre i andre utviklingsfaser (Håkonsen, 2018, s. 56-57).

Videre viser statistikk at om lag 63% av barn i Norge, som har en eller to foreldre med psykisk lidelse, kan oppleve redusert daglig fungering grunnet foreldrenes psykiske lidelse (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). På bakgrunn av denne statistikken, mistilliten i første utviklingsfase, og mangelen på mestring- og uavhengighet i andre utviklingsfaser, tenker vi at barnet trolig vil oppleve vansker videre i livet. Vi tenker at barnet trolig vil oppleve vanskeligheter gjennom jobb, sosiale sammenhenger og ved å finne en eventuell partner.

5.2.4 *Å ikke leve et normalt liv*

Resultatene viser at flere barn opplevde sorg over mangel på oppmerksomhet, involvering i dagligliv og engasjement fra forelderen med psykisk lidelse (Tabak et al., 2016; Trondsen, 2012). Hvorfor forelderen ikke mestret dette kan forklares av Mæland (2016, s. 196). Her står det at mennesker som lider av psykiske plager, oftere har lettere for å trekke seg bort fra andre mennesker.

På bakgrunn av dette vil vi trekke frem Eriksons utviklingsteori, tredje fase, hvor barna lærer av foreldrenes atferd og imiterer atferden (Håkonsen, 2018). Det kan tenkes at barna observerer at foreldrene er lite oppmerksomt til stede, involverer seg lite i det daglige og er lite engasjerte. Barnet kan da tro at det er slik voksenlivet er, og imitere dette. Som tidligere nevnt, kan barnet ta med det en har lært i tidligere faser, og inn de neste fasene (Håkonsen, 2018, s. 57). Det kan derfor være sannsynlig at barnets imitasjon av forelderen får en påvirkning for hvordan de blir som voksne, og hvordan de selv vil oppdra sine egne barn.

Videre viste resultatene at flere barn opplevde sorg over å ikke leve et normalt familieliv slik som alle andre (Murphy et al., 2015; Tabak et al., 2016; Trondsen, 2012). I tillegg opplevde flere seg annerledes, og sammenlignet seg med andre. De så også tydelige forskjeller hos sin egen og andres foreldre (Dam et al., 2017; Foster, 2010; Murphy et al., 2015; Trondsen, 2012). Disse opplevelsene stemmer overens med Eriksons utviklingsteori, i fase fire. Barnet vil i denne fasen sammenligne seg med andre, og bruke dette som en indikator for sin videre utvikling (Håkonsen, 2018, s. 57). Vi tenker at dersom barna opplever seg og sin familiesituasjon som svært annerledes fra andre, vil barnet trolig kunne oppleve redusert tilhørighet og økt ensomhet. Å ha disse opplevelsene som grunnlag, vil trolig føre til at barnet står mindre rustet til å mestre de neste fasene i utviklingen.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Oppgavens hensikt var å innhente kunnskap til sykepleiere om barn sine subjektive opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Hovedfunnene våre viser at flere barn opplevde en hemmelighetskultur i familien, mye på grunn av tabu. I tillegg opplevde flere mangel på informasjon og åpenhet fra familiemedlemmer og helsepersonell. Videre opplevde noen deltakere å ha støttespillere rundt seg, mens andre opplevde å ikke ha noen. Flere opplevde mobbing på skolen og blant venner. I tillegg opplevde flere ustabilitet og uforutsigbarhet i hjemmet. Det førte til en endret rollefordeling og barna opplevde at de alltid måtte være på vakt. Til slutt opplevde flere en følelse av å ikke leve et normalt liv. Her ble opplevelser som å være annerledes og ensom trukket frem, samt opplevelse av tap og sorg. På bakgrunn av dette, ser vi at sykepleiere har en viktig oppgave i oppfølgingen av disse barna. Dessverre ser vi fra både praksis og våre funn, at oppfølgingen bør bedres. Vi ser derfor konkrete forslag som kan gjennomføres i praksis. Gjennom disse konkrete forslagene, vil sykepleier kunne innhente kunnskap om barnas subjektive opplevelser ved å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse. Forslagene er som følgende:

- Vi foreslår tydelige og lett tilgjengelige rutiner på hver aktuell arbeidsplass, som sier noe om; når sykepleier skal ta kontakt med barnet, og hvilke spørsmål en skal/bør spørre foreldrene og barnet om. Disse kan lages gjennom personalmøter, og evalueres hyppig, slik at sykepleiere blir bevisst på sine oppgaver relatert til barnet. I tillegg anbefaler vi at rutinene legges frem på en synlig plass, slik at de er lett tilgjengelig for de ansatte.
- Vi foreslår også å øke sykepleiernes kunnskap om barns subjektive opplevelse, relatert til å vokse opp med en forelder med psykisk lidelse, gjennom å sette temaet opp som et læringsmål i sykepleierutdanningen. Samtidig kan det være aktuelt å tilrettelegge for studiedager, kurs og undervisning om temaet ved de aktuelle arbeidsplassene.
- I tillegg foreslår vi at sykepleier tilbyr barnesamtale ved inkomstsamtalen til den psykisk syke forelderen. Gjennom barnesamtale kan en kartlegge barnets opplevelse, og hjelpe barnet med å finne ulike mestringsstrategier. I tillegg anbefaler vi sykepleiere å kartlegge hvilke oppfølging og støttespillere barnet har hjemme og utenfra. Dersom sykepleier oppdager at barnet kan ha behov for mer oppfølging, bør sykepleier gi relevant informasjon om støttespillere som finnes. Sykepleier bør også

etablere kontakt med aktuelle. Dersom barnet ikke ønsker barnesamtale, bør sykepleier kartlegge oppfølgingen barnet får gjennom foreldrene.

- Samtidig foreslår vi at sykepleier tilbyr familiesamtale ved inntakssamtalen til den psykisk syke forelderen. Dette kan bidra med å bryte hemmelighetskulturen i familien og skape åpenhet.
- Videre foreslår vi at det etableres et godt samarbeid med helsesykepleier på skolene. Helsesykepleier kan bidra med å skape åpenhet og gi informasjon rundt den psykiske lidelsen til klassekamerater.
- I tillegg foreslår vi at avdelingen etterstreber at barna har få sykepleiere å forholde seg til. Det kan lette relasjonsbyggingen med barnet. Dette kan løses gjennom primærsykepleie, eller gjennom at den barneansvarlige på avdelingen har ansvar for barna.
- Til slutt foreslår vi at hver aktuell arbeidsplass etablerer gruppesamtaler for barn som er i lignende situasjoner. Gjennom slike gruppesamtaler kan barna oppleve tilhørighet, og redusere tabu rundt den psykiske lidelsen til foreldrene.

6.1 Videre forskning

I våre resultater oppdaget vi et motstridende funn mot statistikken. I Ose et al. (2014, s.11) står det at av foreldre med psykisk lidelse, som får oppfølging ved poliklinikk i Norge, ser en at om lag 80% av deres barn også får oppfølging. Derimot ser en i våre resultater at majoriteten av barna opplever mangel på informasjon og åpenhet hos helsepersonell. Vi ville trodd at dersom 80% av barna får oppfølging, ville flertallet av barna opplevd å bli informert om situasjonen og oppleve åpenhet. Det kan derfor forskes videre på hvor god oppfølgingen av barn som pårørende til en forelder med psykisk lidelse faktisk er.

REFERANSELISTE

- Barne- og familiedepartementet. (1991). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: vedtatt av De Forente Nasjoner den 20.november 1989. Ratifisert av Norge den 8.januar 1991* (p. 33). Dept.
- Bøckmann, K. & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal
- Dam, K., Joensen, D. G. & Hall, E. O. C. (2017). Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small- scale society: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(2), 78-87. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.1111/jpm.12446>
- Foster, K. (2010). You`d think this roller coaster was never going to stop´: experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), 3143-3151. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uis.no/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x>
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Studentlitteratur
- Harbin, E. (2020). *Veiledningshefte for bacheloroppgave i sykepleie*. Helsevitenskapelig fakultet: Universitetet i Stavanger
- Hauge, I., Hendriks, C., Hokstad, Ø. & Hustoft, A., G./ Statistisk sentralbyrå (1999) *Standard for begreper og kjennemerker knyttet til familie- og husholdningsstatistikken* (Vol. 99/44, p.37). https://www.ssb.no/a/histstat/not/not_9944.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A710a
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal
- Juklestad, S. I. & Aarre T. F. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet: Pårørende og nærmeste nettverk. I T., F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., 61-63). Fagbokforlaget

- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. & Jackson, D. (2015). Adult children of parents with mental illness: navigating stigma. *Child & Family Social Work*, 22(1), 330-338.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uis.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1bca4804-be75-44db-8c0e-39f08ef361d9%40pdc-v-sessmgr03>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget
- Ose, S. O., Ådnanes, M. & Pettersen, I. (2014). Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013 <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2500494>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Tabak, I., Zablocka-Zytka, L., Ryan, P., Poma, P. R., Joronen, K., Vigano, G., Simpson, W., Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M. & Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 319–329. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/inm.12194>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser (Vol. 2011:4, p. 48). Folkehelseinstituttet.
- Trondsen, M. V. (2012). Living With a Mentally Ill Parent. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174–188. <https://doi.org/10.1177/1049732311420736>

VEDLEGG

Vedlegg 1.

Artikkel 1	
Tittel	Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small- scale society: A qualitative study
Tidsskrift/ årstall	Journal of psychiatric and mental health nursing (2017)
Forfattere	Dam, K., Joensen, D. G. & Hall, E. O. C
Perspektiv	Pårørendeperspektiv
Problem	Lite kjent hvordan barn som har foreldre med psykisk lidelse opplever sin barndom når de bor i et småsamfunn.
Hensikt	Å utforske hvordan voksne, som barn bodde sammen med foreldre som opplever mental sykdom i et mindre samfunn, husket deres barndomsliv.
Metode	Kvalitativt semistrukturert intervjustudie. 11 deltakere fra Færøyene, hvorav 8 kvinner og 3 menn. Alder mellom 18-49 år. Foreldrene led av bipolar lidelse eller schizofreni. Deltakerne ble stilt spørsmål om støtte, familie og eller erfaringer fra deres daglige liv. Dataene ble analysert ved hjelp av en innholdsanalyse.
Resultater	Å leve som barn med en forelder som har psykisk lidelse i et mindre samfunn (Færøyene) ble beskrevet som «å leve i et paradoks». Dette ble beskrevet i tre kategorier: <ul style="list-style-type: none"> · Hjelp og omsorg fra andre generasjoner (bestemor, tante ol). · Hindrer forståelse av foreldres sykdom

	<ul style="list-style-type: none"> · Alle kjenner alle- vanskelig å være anonym. <p>Barna fikk liten eller ingen støtte fra familiemedlemmer, og heller ikke fra helsepersonell.</p>
--	---

Vedlegg 2.

Artikkel 2	
Tittel	Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents`experiences and perspectives
Tidsskrift/ årstall	Qualitative health research (2012)
Forfattere	Trondsen, M. V.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv
Problem	En mengde undersøkelser har beskrevet konsekvensene av foreldrenes psykiske lidelser, mens perspektivene til barn og ungdom har sjelden blitt adressert.
Hensikt	Utforske ungdommers erfaringer i hverdagen med å leve med en forelder som har psykiske lidelser.
Metode	<p>Kvalitativ tilnærming, handlingsorientert.</p> <p>Data ble samlet ved å samle inn rundt 600 meldinger i løpet av 2 år som ble lagt ut på en anonym selvhjelper-nettgruppe.</p> <p>16 norske deltakere. Alle unntatt 1 var jenter.</p> <p>Alder fra 15-18 år.</p> <p>Deltakerne kom fra forskjellige plasser i Norge.</p> <p>Ikke alle foreldrenes diagnose var kjent, men alle led av alvorlig psykiske lidelser f.eks. bipolar lidelse, psykose og suicidalitet.</p>

Resultater	Ungdommene opplevde en rekke vanskelige utfordringer knyttet til foreldrenes psykiske lidelser: mangel på informasjon og åpenhet, uforutsigbarhet og ustabilitet, frykt, ensomhet, tap og sorg. Imidlertid diskuterte de også strategier for aktiv styring av utfordringene som følge av familiesituasjonen
-------------------	---

Vedlegg 3.

Artikkel 3	
Tittel	Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness.
Tidsskrift/ årstall	International journal of mental health nursing (2016)
Forfattere	Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., Simpson, W., Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M. & Dawson, I.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv, helsepersonell perspektiv og pasientperspektiv
Problem	Mangel på pan- europeiske retningslinjer for å styrke barn av foreldre med psykisk sykdom førte til EU- prosjektet CAMILLE (empowerment of children and adolescents of mentally ill parents through training of professionals working with children and adolescents). En så derfor behov for å analysere behov, forventninger og konsekvenser fra barn med hensyn til å leve med en forelder med psykisk lidelser, for deretter å kunne lage retningslinjer.
Hensikt	Analysere behov, forventninger og konsekvenser fra barn med hensyn til å leve med en forelder med psykiske lidelser.
Metode	Kvalitativ tilnærming med intervju. 50 helsepersonell, 12 voksne barn, 3 øvrige familiemedlemmer og 31

	<p>foreldre med psykisk lidelse ble intervjuet.</p> <p>Diagnosene til foreldrene var ukjent.</p> <p>Deltakerne var fra England, Finland, Tyskland, Italia, Norge, Polen og Skottland.</p> <p>Spørsmålene som ble stilt var:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hva er de viktigste konsekvensene for barn av foreldre med psykiske lidelser? 2. Hva er de viktigste behovene og forventningene til barn?
Resultater	<p>Resultatene viser at viktigste konsekvensene for barn av foreldre med psykisk lidelser var bytte av roller, emosjonelle- og atferdsproblemer, mangelen på foreldres oppmerksomhet og stigma.</p> <p>Hoved behovene til disse barna ble beskrevet som emosjonell støtte, sikkerhet og tverrfaglig hjelp.</p>

Vedlegg 4.

Artikkel 4	
Tittel	‘You`d think this roller coaster was never going to stop’: experiences of adult children of parents with serious mental illness
Tidsskrift/ årstall	Journal of clinical nursing (2010)
Forfattere	Foster, K.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv
Problem	Vært lite forskning av den subjektive opplevelse av å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser.
Hensikt	Utforske erfaringer ved å være et voksent barn av foreldre med alvorlig psykisk sykdom, og hvordan voksne barn har håndtert deres erfaringer.

Metode	<p>Kvalitativ tilnærming: Et ustrukturert fortellende intervju.</p> <p>10 deltakere (inkl. forfatteren) fra Australia. Kjønn er uvisst.</p> <p>Deltakerne var 25-57 år.</p> <p>Foreldrene hadde schizofreni, bipolar lidelse, depresjon eller schizoaffektiv lidelse.</p> <p>Et spørsmål alle deltakerne fikk var: “kan du fortelle meg hvordan det var å vokse opp med en forelder som hadde alvorlig psykisk lidelse?”</p>
Resultater	<p>Fire temaer som fanget opplevelsen av å være det voksne barnet til en forelder med alvorlig psykisk sykdom ble avslørt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Å være usikker. “du tror denne berg- og dalbanen aldri kom til å stoppe. 2. Sliter med å få kontakt. “vi var super nærme og nå er vi ikke”. 3. Å være ansvarlig: “jeg tror jeg har vokst opp i en hast”. 4. Søker balanse: “jeg måtte ha kontroll over situasjonen så forferdelige ting ikke ville skje”.

Vedlegg 5.

Artikkel 5	
Tittel	Adult children of parents with mental illness: navigating stigma
Tidsskrift/ årstall	Child & family Social work (2015)
Forfattere	Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. & Jackson, D.
Perspektiv	Pårørendeperspektiv
Problem	Finnes begrenset mengde kunnskap i forhold til individets langsiktige opplevelser.
Hensikt	Søkte etter voksne barns opplevelser av å ha en barndom preget av foreldres

	psykiske lidelser.
Metode	<p>Kvalitativ tilnærming med intervju av hver enkelt deltaker.</p> <p>13 voksne barn, hvorav 10 kvinner og 3 menn.</p> <p>Alder: 30- 78 år.</p> <p>Foreldrene hadde schizofreni, psykose, depresjon eller andre psykiske lidelser.</p> <p>Deltakerne er fra Australia.</p>
Resultater	<p>Gir innsikt i barns bevissthet om det sosiale stigma og barns atferdsendringer for å unngå avsløring av foreldrenes psykiske lidelser.</p> <p>Deltakerne forteller at de var klar over at det sosiale stigma var forbundet med psykiske lidelser under deres barndom. Deres frykt for avsløring for andre bidro til en kultur av familiehemmeligheter, som forsterket barnas egen følelse av å være annerledes.</p>