

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

**Bemötande av barn vars föräldrar är döende eller
har avlidit.
En litteraturstudie**

*Författare:
Kristina Löf och Camilla Johnsson
December 2007*

C-uppsats 10 poäng
Omvårdnadsvetenskap

**Specialistutbildningen Hälso- och sjukvård för barn och ungdom
Examinator: Elisabeth Häggström
Handledare: Gert Hedov**

Abstrakt

Varje år förlorar över 3000 barn i Sverige en förälder. Då ett barn förlorat en förälder innebär detta stora förändringar i deras liv som kan leda till konsekvenser för hälsan, både psykiskt och fysiskt. Syftet med denna litteraturstudie var att ta reda på hur vårdpersonal på olika sätt kan förhålla sig till och bemöta barn vars föräldrar är döende eller avlidit. Data samlades in genom sökningar i Pubmed, Academic Search Elite och Cinahl. Sökningen resulterade i sexton inkluderade artiklar. Av dessa var tio kvantitativa och sex kvalitativa. Tretton artiklar hade syftet att på olika sätt belysa frågan hur barn som hade en förälder som var döende eller avlidit reagerade och vad de behövde för att kunna gå vidare i sitt liv. Studierna hade både barnet, den överlevande föräldern och vårdpersonal som undersökningsgrupp. I tre svenska artiklar hade artiklarna ett annat syfte. De undersökte om det fanns rekommendationer för huruvida barn skulle besöka sina svårt sjuka anhöriga på en intensivvårdsavdelning och hur vårdpersonalen och föräldrarna tyckte om att barnen var på besök. Resultatet visade att det var värdefullt för både barn och föräldrar att få information och stöttning från vårdpersonal både under den döende förälderns sjukdom och även när föräldern avlidit. Om vårdpersonal eller någon annan vuxen regelbundet förklarar och pratar med barnet så minskar riskerna för att barnet skall få psykiska problem.

Nyckelord:

Barn, sorg, föräldrars död, smärtsam förlust.

Abstract

Each year over 3000 children in Sweden lose a parent. The loss of a parent may cause some grave changes in a child's life, leading to both mental and physical consequences. The purpose of this literature study is to examine the different ways in which health care personnel can better receive and relate to children whose parents are dying or have passed away.

Data was collected through such sources as Pubmed, Academic Search Elite and Cinahl, which resulted in the inclusion of sixteen subsequent articles, ten of which were quantitative and six of which were qualitative. Thirteen of the said articles illustrate how children act in response to a dying or deceased parent and what measures were needed for them to move on with their lives. The child, bereaved parent and health care personnel were all examined within the studies. However, the authors of the remaining three Swedish articles had quite a different purpose from those already mentioned. Their aim was to examine recommendations as to whether a child should visit a seriously ill relative at an Intensive Care Unit, as well as the subsequent opinions of both parent and health care personnel to this visitation. Results showed that it was very beneficial for children and parents alike to receive information and support from health care personnel both during and after the parents period of suffering and eventual death. It was found that, if health care personnel or other adult for that matter regularly engaged with the child, alleviating any fears, then the risk for further psychological problems was reduced.

Keywords:

Child, grief, parent's death, bereavement.

Innehållsförteckning	Sid.
1. Introduktion	1
1.1 Barns uppfattning om döden i olika åldrar	1
1.2 Sorg	2
1.3 Barns sorgereaktioner	2
1.4 Traumatisk sorg	3
1.5 Coping	3
1.6 Bemötande och stöd	4
1.7 Problemformulering	4
2. Syfte	4
3. Frågeställning	5
4. Metod	5
4.1 Design	5
4.2 Urval	5
4.3 Datainsamlingsmetod	5
4.4 Dataanalys	6
4.5 Forskningsetiskt övervägande	7
5 Resultat	7
5.1 Vid sjukdom och förväntad död	9
5.2 Efter död	12
5.3 Stöd till föräldrarna	15
5.4 Skolpersonalens stöd	16
6 Diskussion	16
6.1 Huvudresultat	16
6.2 Resultatdiskussion	17
6.3 Metoddiskussion	20
6.4 Allmän diskussion	21
Referenslista	22
Bilaga 1	
Bilaga 2	

1. Introduktion

Omkring en femtedel av Sveriges befolkning är barn i åldrarna 0-17 år (1). Varje år förlorar över 3000 barn i Sverige en förälder (2). En förälder är en person som står för kärlek och daglig omsorg (3). Då ett barn mister en förälder är det alltid en svår upplevelse. Föräldrarna är de viktigaste personerna i barnets liv både i verkligheten och i fantasin. En förälders död väcker både sorg, saknad och i bland vrede (4).

1.1 Barns uppfattning om döden i olika åldrar

Hur barn uppfattar förståelsen av döden är direkt relaterade till deras ålder. Den påverkas även av andra faktorer som känslomässig mognad, psykologisk utveckling, tidigare erfarenheter, omgivningen, kultur och föräldrarnas attityder (3,5).

Mindre barn, yngre än fem år, förstår inte begreppet död. Föräldrarna är deras stora trygghet. Även då deras uppfattning av döden inte är fullt utvecklad så kan de reagera starkt vid ett dödsfall. Det kan även visa sig som om barnen inte reagerar när de fått information om vad som hänt (3,5). Döden uppfattas som återkalleligt. Barnen är präglade av ett magiskt tänkande där de ser sig själva vara i centrum för det mesta som sker. Barnen tror att den döda snart skall vakna och frågar ofta när den döda skall komma tillbaka (6). Barnen reagerar på de närståendes sorg och märker av förändringar i vardagen (7).

Barn mellan fem och tio år utvecklar gradvis en förståelse om att döden innebär att personen inte kommer tillbaka (7). De kan komma in i en ifrågasättande period. Barnen i den åldern är fortfarande konkreta i sina tankar och de behöver konkreta uttryck som hjälp i deras sorgearbete. De kan ofta hålla inne med tankar och känslor. Reaktioner som rädsla och oro att bli övergiven finns. Dödsrädslan är störst i denna ålder (3,5).

Barn mellan tio och tolv har utvecklat mer abstrakta föreställningar om döden och de förstår konsekvenserna av ett dödsfall. Därför kan de resonera konkret om varför och hur döden kom (6). De kan hantera informationen på ungefär samma sätt som en vuxen (3,5). Kompisarna betyder väldigt mycket i denna ålder. Barnen är rädda för att deras sorg skall göra dem annorlunda jämfört med sina kompisar. De kan också se döden som ett straff (7).

Barn äldre än tolv år har i stort sett en vuxens dödsuppfattning och kan bearbeta döden som vuxna. De förstår att alla människor måste dö men tror att döden ligger i framtiden (6). Tonåringarna vill vara älskade, vackra och accepterande. De inser att döden gör slut på livet och det blir hotfullt för dem. Det blir en påminnelse om deras egen dödlighet (5).

1.2 Sorg

Sorg är ett känslomässigt tillstånd som utlöses av starka emotionella nervimpulser såsom till exempel bortgång av en anhörig eller sjukdom (8). Alla typer av förluster följs av sorg när förlusten upplevs som betydande av den som drabbats (9). Fyhirs definition av sorg är då förlusten ger psykiska sår, sorgens uppgift är att bearbeta förlusten och läka såret och läkningsprocessen kallas sorgearbete (9).

1.3 Barns sorgereaktioner

Efter en allvarlig förlust kommer alltid starka reaktioner. Sorg hos barn och vuxna uttrycker sig på olika sätt även då det finns likheter i reaktionerna. Det som skiljer sig mest är förmågan att förstå det som hänt och förmågan att bearbeta sin förlust (10).

Små barn, under tre år är rädda att bli övergivna eller lämnade av de personer som de knutit an till. De har fortfarande inte något riktigt språk och känslorna blir onämnbare. De uttrycker oftast känslorna kroppsligen (10). Barnet kan bli klängigt, svårtröstat, bråkigt och regrediera (6).

Barn mellan tre till sex år har nu utvecklat ett språk. Omvårdnaden och tryggheten är viktigast för barnet. En vanlig reaktion är rädsla, ångest för att bli ensam och övergiven (10). Ledsamhet, längtan och saknad är vanligt hos dessa barn (3). De kan få sömnstörningar, mardrömmar, få ont i magen eller kissa på sig. I den här åldern förekommer även aggressivitet och regression (6). De utvecklar även ett skydd som kan resultera i oberördhet (10). Barnen växlar ofta mellan sorg och lek (7).

Hos barnen mellan sex till nio år förekommer skuld, självföreläelser och fobier. De lägger skulden på sig själv för det som hänt. Dessa skuld känslor kan vara kopplade till vad barnet gjort eller tänkt innan dödsfallet (3,6). Barnen kan bli aggressiva (3). Koncentrationssvårigheter kan uppstå och de kan få svårigheter att finna ord för sin sorg. Psykosomatiska symtom som huvudvärk och magont är vanligt förekommande (6).

Mellan nio till tolv år dominerar fobier, försvar, aggressioner och psykosomatiska besvär (6). Barn som är över tolv år utvecklar antingen aggressivitet eller passivitet om de känner sig övergivna. De kan utveckla ett riskbeteende med droger – eller sexmissbruk och kan bli självmordsbenägna (3,6). Tonåringar kan känna skuld om dödsfallet kommit efter en period med mycket bråk och osämja i familjen. Man har även sett skillnader mellan pojkar och flickor. Pojkarna reagerar mer med aggressivitet och kan ha svårt att visa känslor. Flickor vill gärna ha sina kompisar som tröst och hjälp (7).

Studier visar att om ett barn inte får hjälp att bearbeta den traumatiska händelsen som förlusten av en förälder innebär, kan de utveckla känslö- och beteendestörningar (7). Barnen

reagerar också på den kvarvarande föräldrarnas känslor. Om de fick ett varmt omhändertagande av föräldern och en positiv fostran gjorde detta att barnen hade lättare att komma igenom sorgearbetet. Om föräldern mådde psykiskt dåligt, nonchalerade barnet och gav det en dålig omvårdnad, ökade detta riskerna att barnet skulle utveckla mentala hälsoproblem. Barnen som blev positivt bemötta och mådde psykiskt bättre klarade lättare av att möta svåra händelser senare i livet (11).

När dödsfallet föregås av sjukdom glömmar man ofta bort barnets behov av att få information och att bli uppdaterad om hur sjukdomen utvecklas och hur prognosen ser ut. Många barn har svårt att förstå vad sjukdomen, behandlingen och förändringar i sjukdomstillståndet innebär och behöver därför förklaringar på detta. De behöver veta vilka symtom som hör till sjukdomen och vilka som hör till biverkningarna av den behandling föräldern får (3).

1.4 Traumatisk sorg

Ordet trauma används nästan uteslutande om plötsliga och dramatiska händelser (12). Plötsliga, helt oväntade och dramatiska dödsfall ökar risken för traumatisk sorg. Traumatisk sorg är en komplicerad sorgereaktion efter till exempel förlusten av en förälder eller andra dramatiska händelser. Vid traumatisk sorg ökar risken för psykisk ohälsa (13). Barn som upplever traumatiska situationer behöver inte alltid utveckla posttraumatiska problem. Om barnet har en bra livssituation, tillräckligt med inre resurser och en väl fungerande omgivning gör detta att många barn kan klara sig bra efter dessa händelser (12). Vanliga symtom vid traumatisk sorg är, gråt, längtan, ilska, bitterhet, meningslöshet, påträngande eller smärtsamma minnen av den döda, undviker allt som påminner om den döda till exempel tankar, känslor, människor och platser, känslor av chock, bedövning och förtvivlan, svårighet att tänka sig livet kan fortsätta utan den döde eller funktionsförsämring (14,15).

I en studie från USA visade författarna att barn som förlorat en förälder visar högre risk att utveckla posttraumatiska stressymtom jämfört med de barn som varit med om naturkatastrofer, olyckor eller andra våldsamma händelser. Förlusten hotar barnets osårbarhet. Små barn, flickor och barn till föräldrar som mår psykiskt dåligt, löper högre risk att utveckla dessa symtom. De små barnen har på grund av åldern mindre kognitiv förmåga att handskas med en förälders död och det är svårare att se deras symtom. De såg även att de barn som i tidiga år blev utsatta för förluster hade senare i livet ökad mottaglighet för utveckling av posttraumatiska symtom (16).

1.5 Coping

Coping innebär att handskas med svåra situationer och att hjälpa barnet återfå kontrollen. Det innebär också att försöka återfå en meningsfullhet och att motverka rädslor. Barns

copingstrategier skiljer sig från de vuxnas eftersom barnen har mindre kunskap och svårare att överblicka situationen. Vilken strategi som passar för vilket barn är beroende av ålder och utvecklingsnivå samt personlighet och temperament (17). Barn under fem år använder ofta lek som en copingstrategi (7). I en studie av Silverman och Worden såg man att barn använde sig av många olika strategier för att handskas med sin sorg, några vänder sig till andra familjemedlemmar medan andra väljer att dra sig tillbaka. Några barn gick ut för att cykla, promenera eller gick till kompisar för tröst (18).

1.6 Bemötande och stöd

Sorgen är komplicerad då det är mycket som påverkar den. Sorgen påverkas av den drabbades eget inre och av hennes omgivning. Man skiljer på hur man bemöter sorgen och hur man tar hand om den. En del av de sörjande behöver hjälp men alla som sörjer behöver ett bra bemötande som tar hänsyn till deras behov. Sorgen är i de flesta fall en normal psykisk läkningsprocess som utför sitt arbete på egen hand. Den behöver oftast inget annat än tid, trygghet i omgivningen och ett bra bemötande för att den skall fortgå på ett hälsosamt sätt. Man måste alltså kunna ge barnet den trygghet som det behöver just då för att bli en trygg individ som vuxen (9).

När barn drabbas av sorg på grund av förlust av en förälder undervärderar vuxna ofta allvaret och djupet i barnets reaktioner. Vuxna kan förneka barnets behov. Om barnet lämnas utanför och blir hänvisade till sig själva i en sorgereaktion kan det få konsekvenser för hälsan, både psykiskt och fysiskt (19). Ett bra socialt nätverk kunde ge barnen en känsla av att de fick stöd och omsorg som gav dem resurser att klara av hela situationen. Likaså spelade sättet som informationen gavs på och hur det känslomässiga samspelet var stor roll för hur barnen kunde gå vidare enligt studien av Silverman m.fl (18).

1.7 Problemformulering

En stor uppgift för vårdpersonal är att ta hand om anhöriga till svårt sjuka och döende människor. Många gånger möter vi inom vården barn som har eller är på väg att förlora sin förälder. Det är viktigt att studera problemområdet så att vårdpersonal kan förhålla sig till dessa barn så att det på sikt inte medför allvarliga konsekvenser för barnets hälsa, såväl psykiskt som fysiskt.

2. Syfte

Syftet med denna studie var att ta reda på hur vårdpersonal på olika sätt kan förhålla sig till och bemöta barn vars föräldrar är döende eller avlidit.

3. Frågeställning

Hur kan vårdpersonal förhålla sig till och bemöta barn vars föräldrar är döende eller avlidit?

4. Metod

4.1 Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie. Författarna har fokuserat på den senaste tidens forskning inom valt ämne. Litteraturen utgör informationskällan och den redovisade datan bygger på vetenskapliga artiklar.

4.2 Urval

Urvalskriterierna vid databassökningen var att de skulle vara på engelska och av empirisk form. De skulle vara publicerade från 1999 och framåt. Studierna skulle vara gjorda på barn mellan 0-17 år. Först granskades titeln i urvalet och sedan lästes abstractet för att se om det stämde med studiens syfte och frågeställning. Exklusionskriterierna var att artiklarna inte fick handla om barns sorg i samband att annan anhörig än förälder eller kompisar var döende eller avlidit. Inte heller föräldrars sorg då barn är döende eller avlidit togs med.

4.3 Datainsamlingsmetod

Författarna har samlat in data för att få en systematisering av kunskap i syfte att nå en djupare förståelse för det ämne som författarna studerat (20). Författarna har gjort en beskrivande litteraturstudie med hjälp av högskolan Gävles –och Landstinget Gävleborgs biblioteks databaser där enskilda databaser som Academic Search Elite, Pubmed och Cinahl söktes i för att hitta vetenskapliga artiklar i ämnet. Sökorden som användes i olika kombinationer var: child, grief, parents death, bereavement, lifechangeevent och professional-family-relations. Karolinska Institutets, svenska MeSH (21) användes för att översätta svenska ord och den inkluderade även alternativa former i sökningen. Manuell sökning och användning av relevanta artiklars referenslistor kom att användas. Resultat av artikelsökning presenteras i tabellen nedan.

Databas	Söktermer	Antal träffar	Valda källor
Academic Search Elite	Parents death and child and bereavement (Mesh)	50	3
Cinahl	Child and grief (Mesh) and parents	21	0
Cinahl	Parentally bereaved children	4	1
Cinahl	Parents death and child	112	1

Pubmed	Child and grief (Mesh) and parents death	203	2
Pubmed	Parentally bereaved children	20	3
Pub med	Bereaved children	243	2
Pubmed	Parents and death and bereavement (Mesh) and life change event (Mesh)	35	0
Pubmed	Professional-Family Relations (Mesh) and Bereavement or Life change Events (Mesh)	81	0
Manuell sökning			3
Från artiklars referenslista			1
			Totalt 16

4.4 Dataanalys

Data bearbetades enligt analys av artiklarnas innehåll för att identifiera teman och mönster (20). Målet med analysen var att identifiera olika kategorier. De artiklar som var relevanta för författarnas problemområde valdes ut. Författarna bearbetade och analyserade dem flera gånger och vald information baserades på studiens syfte och frågeställning. Vid granskningen kontrollerades syftet, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod, resultat och kvalitet. Dessa artiklar som ligger till grund för resultatet redovisas i bilaga 2. Tio artiklar kom från USA, tre från England och tre från Sverige. Tio artiklar var kvantitativa och sex var kvalitativa. Fem av artiklarna hade frågeformulär, sex intervjuer, två både intervjuer och frågeformulär, en jämförde litteratur med intervjuer och två tog data från en annan interventionsstudie.

I tretton artiklar var syftet liknande men med något varierande focus, att se hur barn mår efter att deras förälder är döende eller avlidit, vad som påverkar deras psykiska hälsa efter en sådan händelse, skillnaden mellan förväntad -och plötslig död och hur man som förälder och personal kan stödja barnet i sorgen. Tre artiklar från Sverige med hög reliabilitet hade lite annat syfte då de studerade rekommendationer samt vad personal och föräldrar tyckte om att barn skulle besöka svårt sjuka eller ibland döende anhöriga på en intensivvårdsavdelning.

Sex studier hade litet urval eller var begränsade av olika anledningar. Åtta studier hade kriterier för validitet, reliabilitet eller nämnde metodologiskt innehåll. Varje artikel har poängsatts enligt en granskningsmall och som besvarades med ja, fick en poäng, noll poäng

fick de som besvarades med nej. De kvantitativa studierna granskades för sig och de kvalitativa för sig. Poängbedömningen och granskningsresultatet ses i bilaga 1 och 2. Kvalitetsbedömningen av artiklarna visade att nio hade hög kvalitet och sju hade medel. Ingen av de inkluderade artiklarna hade låg kvalitet.

4.5 Forskningsetiskt övervägande

Författarna har diskuterat forskningsetiska övervägande utifrån denna litteraturstudie. Vi fann inga etiska brister och ansåg att syftet med studien och metoden är etiskt försvarbart. Författarna redovisar alla artiklar som ingår i studien. De som inte var relevanta exkluderades. Artiklarna kommer att förvaras i tio år. Författarna presenterar alla resultat som stöder respektive inte stöder studierna (20).

5 Resultat

Resultatet av de analyserade artiklarna sammanfattas i fyra kategorier utifrån hur vårdpersonal kan förhålla sig till och bemöta barn vars föräldrar avlidit eller är döende.

Kategorier

- * Vid sjukdom och förväntad död
 - * Efter död
 - * Stöd till föräldrarna
 - * Stöd till skolpersonalen
-

I en studie gjord för att identifiera psykiska problem hos barn som förlorat en förälder relaterad till tillhandahållandet av stöd, visade författarna att barn som förlorat en förälder genom död löper ökad risk till psykisk ohälsa. De såg att man var sämre på att sätta in stöd till barn som var mindre än fem år trots att föräldrarna ville det. De såg även att man var bättre på att sätta in stöd då föräldern hade tagit livet av sig än om föräldern dött på ett mer naturligt sätt. De anser att det är av stor vikt att snabbt sätta in ett stöd för dessa barn och deras familjer, oberoende av åldern eller om de haft kontakt med vården innan. De menar att det skall vara en regel som innebär att vårdpersonal skall identifiera barn som mår psykiskt dåligt efter att ha förlorat en förälder och hjälpa dem och deras förälder att få den hjälp de behöver (22). Genom att låta barnen gå i samtals grupper och program, enskilt eller tillsammans med sin andre förälder så har det visat sig att man har minskat barnens och föräldrarnas relations problem (23).

I en studie från Sverige undersökte författarna om det fanns speciella riktlinjer eller rekommendationer för besök av barn på de olika intensivvårdsavdelningarna i Sverige. De flesta avdelningarna hade inga riktlinjer utan tyckte att familjen och barnet själv hade ansvar att ta beslut om att besöka en anhörig. Besöket skulle ske efter individuell anpassning och efter de omständigheterna som fanns. De flesta tillfrågade inom personalen tyckte dock att det var positivt för barnen att komma på besök. Man såg dock att det var cirka femtio procent av patienterna som hade besök av barn och endast tio procent hade besök av barn mellan noll till sex år. Personalen på avdelningarna tyckte att ett besök på intensivvårdsavdelningen var beroende på ålder, kontakten med föräldern/barnet och framför allt tillståndet. Om patienten var döende talade detta emot att barnet skulle komma på besök. Studien visade att föräldrar till barn mellan noll till sex år ofta rådfrågade personalen om de skulle ta med barnen eller inte. Föräldrarna ville ha personalens stöd och hjälp efter vad de har för erfarenheter och kunskaper angående besök av barn. Föräldrar med barn äldre än tolv år rådfrågade sällan personalen (24).

I en annan studie från Sverige tyckte sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar i Sverige att barn har samma behov som vuxna att göra ett besök på avdelningen. Det är en del av livet och viktigt för både barnet och patienten att behålla relationen. De menade att det finns många saker på en intensivvårdsavdelning som kan vara skrämmande som till exempel maskiner, ljud, dofter, omgivningen, patienten och döden. Genom att förbereda barnet på besöket, att personalen svarade på barnets frågor och att kontakten mellan patienten och barnet var bra, undviks de traumatiska upplevelserna för barnet. Barnet skall förstå vad som händer och de ska få vara delaktiga och inte bli utestängda från sorgen. De fick större förståelse för varför andra var ledsna och förtvivlade (25)

I en tredje studie från Sverige tittade man på vilka erfarenheter föräldrarna hade av att barnen var på en intensivvårdsavdelning och hälsade på sina svåra sjuka, döende anhöriga. Tre av fyra upplevde besöket som riskfritt för barnets framtida hälsa och välbefinnande. Cirka en fjärdedel tyckte att det fanns en lite risk att barnet kunde bli rädd och oroligt om man inte berättade och gav en information före, under och efter besöket. De flesta i undersökningen tyckte att personalens attityd mot barnen var trevlig, positiv och vänlig. De tyckte att personalen visade tålmod och att de brydde sig om barnet på ett lugnt och känslomässigt sätt. Uppmärksamheten låg på barnet. En liten del av de tillfrågade föräldrarna tyckte att personalen inte brydde sig om barnen. Tre av fyra föräldrar trodde att om barnet inte fick komma på besök skulle detta öka risken för framtida hälsoeffekter genom att de fick obesvarade frågor och att de kände skuld för att inte ha hälsat på. Barnen skulle kunna känna sig åsidosatta, betydelselösa och inte delaktiga i familjen om de inte fick vara med. De skulle

få ha sina egna funderingar och spekulationer. Föräldrarna menade att barnen själv skulle få ha möjlighet att bestämma om de ville besöka eller inte (26).

I en studie från USA kom de fram till att föräldern skall hjälpa barnet att fatta ett beslut då han själv inte är kapabel till det. Föräldern och vårdpersonalen skall försäkra barnet om att han inte skall ha dåligt samvete för att han eventuellt vill avstå besök hos sin förälder. Personal och förälder kan minska samvetet genom att uppmuntra barnet till alternativa sätt som till exempel brev, telefon och teckningar. Vårdpersonalen kan hjälpa föräldern att utforma bra besökstider med så mycket stöd, tröst och uppmuntran som möjligt. Även om barnet är välinformerat och förberett kan dessa situationer leda till traumatiska minnen för barnet och man måste ha detta i beaktan (27).

5.1 Vid sjukdom och förväntad död

Det visade sig att hur barn mår psykiska, fysiska och känslomässiga spelar en viktig roll i hur föräldrarna bemöter barnen när en av föräldrarna är svårt sjuk och skall dö. Vid vilken tidpunkt som barnen får information om sin döende förälder, om de får information i god tid eller nära förälderns död. Detta är avgörande för hur barnens förmåga blir att bearbeta sorgen av sin förälder. Om barnen fått information i ett tidigt skede så minskade det deras stressituation och deras psykiska problem (28).

I en studie från USA framkom det att en stor del av personalen som tillfrågades kände att barnen hade svårare att anpassa sig vid ett plötsligt dödsfall än vid ett förväntat. Att förlora en förälder genom självmord är mycket mer komplicerat än efter en långvarig sjukdom. Barnen fick inte tillräckligt med information om vad som hänt och de blev ensamma med sina funderingar om vad som inträffat. Den kvarvarande föräldern hade svårt att berätta på grund av att de själva hade svårt med omständigheterna kring dödsfallet. Föräldern var tvungen att få hjälp att hantera sin egen sorg och ha sitt eget stöd så att de kan bli mottagliga för barnet. Barnet måste få känna säkerhet, trygghet hos vårdaren och att de känner att föräldern har allt under kontroll och går att lita på. Personalen upplevde att om den friska föräldern gjorde sjukdomstiden till en mer harmonisk tid än enbart negativ, hade barnen lättare att anpassa sig. Man såg fördelen i anpassningsförmågan då barnen hann säga adjö i ett förväntat dödsfall (29).

I en kommunstudie på femtioåtta barn som förlorat en förälder såg man att en förväntad död gav barnet tid att förbereda sig och få en sista kontakt. Denna sista kontakt kunde innebära att förhållandet mellan den döende föräldern och barnet kunde stabiliseras. De kunde ägna sig åt varandra. De flesta döende föräldrar har en naturlig strävan att behålla en kontakt med barnen för deras egen skull och för barnets. Studien visade att det var mindre naturligt för den döende

föräldern att främja kontakt efter döden. De blev ofta tillsagda av personalen eller den kvarvarande föräldern att lämna något efter sig som till exempel ett videoband, brev eller andra minnen. Man såg att många av dessa föräldrar hade svårt med detta på grund av förnekelse eller att det blev för smärtsamt. Studien visade att familjen kunde ha nytta av hjälp från andra, som till exempel vårdpersonal, för att kunna använda sig av och utnyttja denna sista tid tillsammans på bästa sätt och se det som en unik möjlighet. De såg att vid en förväntad död blir kontakten mellan barnet och den döende föräldern en kompromiss mellan två faktorer, den fysiska, känslomässiga och förmågan att föräldern att nå barnet och barnets reaktion på föräldrarnas fysiska, mentala och känslomässiga försämring. Barnet hade enorma behov av en nära kontakt med sin döende förälder. Det visade sig att om föräldern blivit personlighetsförändrad och var annorlunda mot barnet, hade barnet förståelse för detta. Barnet vill fortsätta känna sig värdefull, älskad och viktig. Även vissa döende föräldrar hade svårt att ta kontakt med barnet och det fick bli den friska föräldern eller vårdpersonalen som fick övertala dem till detta. Man såg dock att många barn kunde bli oroliga och förvirrade då föräldern blev personlighetsförändrad. Enligt studien var personalen och den kvarvarande föräldern tvungen att ta med i beaktan då de ville att barnet skall ta farväl. Det är inte nödvändigt att vänta till sista minuten att låta barnen ta farväl. De kan ta farväl tidigare under denna sjukdomstid så att barnet inte känner sig rädd eller obekvämt. Vårdpersonalen behöver också vägledning beträffande detta. Det viktigaste för att barnet skulle klara av den svåra situation med en döende förälder var ett nära engagemang och ett fortsatt normalt familjeliv (30).

Man såg även i studien att två av tre barn till föräldrar som avlidit använde sig av objekt som förknippades med den avlidne som en strategi för att framkalla minnen av föräldern eller deras förhållande. Dessa objekt var till hälften gåvor från den avlidne. Betydelsen av dessa objekt var att upprätthålla den känslomässiga kontakten med den avlidne. Barnet ville ha objekt som var speciella för föräldern och inte sådana som var förknippat med den sista tiden innan döden. Vårdpersonalen kan hjälpa till att prata med patienterna om detta men skall inte övertala dem att ge barnet något om det inte vill. Förutsägbara kontakter kunde bara gå om den döende föräldern var psykiskt förberedd på en väntad död. Barn och föräldern måste kunna vara tillsammans. Om detta inte var så kunde ett försök att hjälpa dessa barn vara uppriktigt skadligt. Vårdpersonalen måste tänka på detta. Vilka gränser finns och vad klarar familjemedlemmarna av att hantera? (30).

I en studie av Christ studerades barns reaktioner, i olika åldrar, erfarenheter under sista tiden, sjukhusbesöket, döden och direkt efter döden. Adekvat familjeresurs, kompetent

ersättningsvård och ett känslomässigt stöd gjorde att barn som förlorat en förälder hade bättre möjlighet att gå tillbaka till tidigare funktionsnivåer. Vid förväntad död hade vårdpersonalen möjlighet att förbättra nedslaget av förlusten. De föreslog sätt att bättre förbereda familjer och vårdpersonal genom att främja barns anpassningsförmåga under den terminala fasen av föräldrarnas sjukdom, döden och direkt efter. Patienten själv ville att vårdpersonalen skulle hjälpa till med familjens behov och stöd. Läkarens, vårdpersonalens stöd och rätt service till familjen gynnade familjens omvårdnad. Det visade sig att familjen mådde bra av att tala med en kurator eller ha ett samtal med någon annan under perioden med hög stress och väntad förlust (31).

Riktlinjer som gavs:

Barn i åldern tre till fem behöver en stegvis överensstämmande förklaring på de förändringar som beror på sjukdomen och behandlingen utan att vara för pessimistisk eller optimistisk.

Barn kan förstå delar av händelser men inte fullt ut förstå meningen och betydelsen.

Patientens svaghet eller att han inte klarar av barnets känslor kan leda till att han inte orkar ta emot besök av barnet. För att motverka att barnet känner sig åsidosatt måste personalen eller föräldern förklara detta för barnet. De kan annars tro att de varit dumma eller dåliga. Hjälpa den friska föräldern att komma på en lösning som gör att barnet och denne inte skall vara separerade under så långa tider då detta är väldigt bekymmersamt i denna ålder. Låt barnet få en fast tid där barnet kan komma på besök, ställa frågor och delge känslor. Studien visade att om barnet, föräldern och vårdpersonalen var förberedda på besöket och att personalen förklarade tillståndet för barnet var besöket positivt och patienten blev inte ihågkommen på något negativt sätt. Barnet kan få ha med sig leksaker så att det har något att göra med den sjuka föräldern under vistelsen. Användning av lek och konst är ett bra sätt för att förklara svåra saker. Informera föräldrarna att det kan vara mer skrämmande än befriande att öppet gråta för mycket tillsammans. Koppla in kurator eller någon annan som familjen kan prata med om ökande oro och bekymmer. Det är viktigt för dessa barn med en kompetent ersättare (31).

Barn i ålder sex till åtta år är det viktigt med konkret fakta där vårdpersonal förklarar allt om sjukdomen, olyckan eller annan orsak till deras förälders död. Det är även viktigt vid förälders sjukdom att vårdpersonal enkelt förklarar orsaken till förhållandet mellan patientens beteende, uppträdande och symtomen och behandlingen av sjukdomen. De skall få veta prognosen när döden är nära. Denna ålder är svårast att hantera under en terminal fas. De behöver mycket och upprepad information. Många föräldrar fann det värdefullt att få hjälp av personalen eller av andra vuxna för att lyssna till barnets smärta och sorg. Dessa barn kan må dåligt om de inte

får komma på besök. De kände sig mer nonchalerade av att inte få komma för den döende patienten än av patientens beteende. Om de får komma och besöket är planerat kan detta minska ångesten och förbättra beteendet hemma. Prata med barnet, besvara frågor och utredd missförstånd. Barn klandrar sig själva när dåliga saker händer. Uppmuntra telefonkontakt, brev och personliga sker (31).

Barn i åldern nio till elva år behöver få en detaljrik och konkret information om sin förälders sjukdom samt syftet med föräldrarnas behandling för att barnen ska känna att de har kontroll över sin situation. Det visade sig att de barn som fått information mådde bättre efteråt än de barn som inte fått information under sjukdomsförloppet. Barnen har ett behov av att få hjälpa till i vården av sin döende förälder. Vårdpersonalen kan hjälpa till med detta. Det är viktigt att man som vårdpersonal ska se till att barnen inte lämnas ensamma och tar för stort ansvar för sin döende förälder. Det skulle bli en tung börda för barnen om det skulle ske några komplikationer som leder till att föräldern dör. Det är även viktigt för barnen att komma ihåg och ha positiva minnen av sin förälder innan sjukdomen trädde in. Barn i denna ålder upplevde en stor stress angående att deras föräldrar tillbringade mycket tid på sjukhus. Det blev en förändring i barnets vardag där familjen inte planerade några gemensamma aktiviteter längre eller planerade någon framtid. Även den friska föräldern tillbringade mycket tid på sjukhuset. Barn i dessa åldrar undvek ofta sina egna och andras starka känslor som kopplas till sorgen. Vårdpersonal kan hjälpa till genom att låta barnen gå i olika samtalsgrupper, terapier eller annan samtalsbehandling. Genom detta hjälper man barnen att bli mera öppna och att våga visa sina känslor. Föräldrarna ska få förståelse för olika beteenden och vikten av att sätta gränser, stötta och uppmuntra sina barn (31).

5.2 Efter död

I en studie undersökte författarna hur barn mår efter att en förälder har avlidit. Barnens sorg var kopplad med rädsla för att bli lämnad och övergiven, dålig självkänsla och psykiska besvär. Barns stress av att ha förlorat en förälder kan tas bort helt eller minskas genom att vårdpersonal tidigt sätter in resurser som samtalskontakter eller andra sociala kontakter. Även att i ett tidigt stadium hjälpa barnen med att aktivera sig och umgås med vänner. Det är viktigt att barnen skapar en god kontakt med sin andra förälder tidigt. Vårdpersonal kan hjälpa föräldern genom att skapa positiva strategier och handlingar för barnet vid stress och då de mår dåligt. Detta kan göra att stressen minskar för barnet. Föräldern som själv sörjer och mår psykiskt dåligt. Om vårdpersonal hjälper barnen att gå i olika samtalsgrupper eller liknande för att bearbeta deras sorg så minskar barnens psykiska besvär och stress. I dessa grupper

aktiveras barnen och barnen tillåts att uttrycka sina behov, barnen får även hjälp på olika sätt att våga prata med sin förälder eller annan viktig vuxen om deras oro och bekymmer (32). En studie gjordes där författarna kommit fram till att det var värdefullt för både barn och föräldrar att få information och stöttning från vårdpersonal både under den döende förälderns sjukdom och även när föräldern avlidit. När föräldern avlidit erbjöds barn och överlevande förälder att få hjälp i terapi och samtals grupper och detta mottogs positivt. Man fokuserade på att hjälpa föräldern att hantera känslor och kommunicera med barnen, att hjälpa föräldern med olika strategier att hantera barnens reaktioner. Resultatet med denna studie visade att barnen och föräldrarna som var med i dessa grupper hade lättare att kommunicera med varandra och med andra människor. Detta gjorde att barn och föräldrar fick det lättare att bearbeta sina känslor (33).

Riktlinjer (31)

Barn i åldern tre till fem år där är det viktigt att ge konkret fakta om vad som händer när en person avlidit. Använda sig av konkreta detaljer för att förklara att när en person avlidit så upphör alla kroppsliga funktioner och personen kommer inte tillbaka. Använda lekar, teckningar och andra uttrycksfulla aktiviteter till att intensifiera barnets förståelse. Att människor som känner personen som dör kan känna sig ledsen, arg eller ha andra känslor och att det är tillåtet att känna så. Normalisera de känslor barnet och andra kan känna så att de kan reagera på ett sätt som andra förstår. Barn i dessa åldrar har ett behov av att fråga och pratar ofta om sin förälder som har avlidit, därför är det bra om vuxna tillåter barnen att göra detta. Förstärk barnets behov att fortsätta med sina vanliga aktiviteter. Uppmuntra barnet om deras förmåga och beslutsamhet att tillfredsställa fortsatt kärlek och omsorg. Samla, spara på saker som verkar viktiga för barnet som brev, gåvor som kan ha lämnats kvar till barnet. I denna åldersgrupp tyckte barnen om att gå i olika gruppverksamheter för att leka och att prata. Detta bör stödjas. Det kan även vara bra om barnen tillåts att prata med andra vuxna som till exempel mor och far föräldrar om sin förälder som är döende eller avlidit. Dessa personer kan vara ”ersättare” under tiden då mamma eller pappa är på sjukhuset med den andre föräldern. Dessa samtal kan göra att barnen har lättare att förstå och har lättare att gå vidare i sin sorgprocess. De små barnen har lättare att relatera till ersättare än de större barnen (31).

Barn 6-8 år behöver information om vad som hänt. Sörj för ett kraftfullt stöd för de direkta reaktioner som kommer efter förälderns död. Låt barnet närvara och delta vid farväl och vid traditionella ritualer när det är möjligt. Förbered barnet väl vid detta sista möte med den avlidne om barnet vill ta farväl. Svara på de raka frågor som dessa barn ofta frågar i samband med dödsfallet. Var duktig på att berömma barnen. Låt barnen ha med ägodelar som tillhört

den avlidne. Hjälptill att försäkra barnet om föräldrarnas styrka och engagemang för fortsatt omsorg och kärlek fast de själva är i sorg. Uppmuntra till samtal med andra vuxna eller professionella. Det är bra om barnen fortsätter med sin vanliga vardag så fort som det är möjligt. Att de går till skolan, leker med sina vänner och aktiverar sig med sina fritidsintressen. Som vårdpersonal är det viktigt att informera förälder och anhöriga om detta. (31).

Studien visade att om vårdpersonal eller annan vuxen regelbundet förklarar och pratar med barnen och att de är observanta mot barnets beteende samt ger utrymme för samtal, då är barnet mer öppet och vågar fråga mera samt att det är lättare att förklara och rätta till eventuella missuppfattningar. En del barn har svårt att lämna sin förälder när de skall åka till skolan. Vårdpersonal kan hjälpa föräldrarna att förstå hur barn i de olika åldrarna reagerar i en sorgereaktion. Det kan även förekomma att barnen själv uttrycker en önskan om att själv dö så att de kan träffa och vara med sin döda förälder. Här är det viktigt att vårdpersonal förklarar för förälder och anhöriga att detta är ett önsketänkande från barnen och inte en vilja eller eget planerande om självmord. Det bör även förklaras att detta är vanligt förekommande i dessa åldrar. Man bör även tillägga att föräldrarna kan samtala mycket med barnen om detta för att se om deras tankar förändras och att professionell hjälp finns att få om föräldrarna anser att barnen behöver det (31).

I åldern nio till elva är en normalisering av både känslomässigt undvikande och känslomässiga utbrott viktigt. Även att normalisera en ökande separationsångest samt beteende- och psykiska symtom. Erbjud barnen att vara med i ceremonier, ritualer direkt eller indirekt genom att skriva om föräldern eller genom att beskriva sin syn för de andra. Barnet skall uppmuntras att återgå till skolan efter dödsfallet. Hjälpa barnet att hitta lämpliga minnessaker. Informera skolan om dödsfallet och undersök om det finns någon stödjande hjälp för barnet. Informera barnet och familjen om att det finns stöd och hjälp att få (31). Vårdpersonalen kan hjälpa barnen att ta ett sist farväl. Det är viktigt för ett barn att få säga adjö till sin döende förälder. Då får barnen konkret bevis på verkligheten av att föräldern är på väg att dö och det ger barnen ett tillfälle för ett sista farväl. Det är viktigt för barnet att få hålla i föräldrarnas hand, ge en sista kram och att säga något. Om det inte finns någon möjlighet för barnen att träffa sin förälder för att säga adjö så kan vårdpersonalen hjälpa barnet att skriva ett brev om deras tankar och att brevet sedan läggs hos den döda föräldern. För att underlätta sorgen hos barnen kan det vara bra om de tillåts att lägga brev eller någon personlig sak i kistan hos deras döda förälder (31).

5.3 Stöd till föräldrarna

För att den friska föräldern skall kunna förbereda barnet på att den andra föräldern är döende måste han själv inse verkligheten. I bland kan den friska föräldern behöva stöd av vårdpersonalen för att kunna ge barnen den information de behöver för att förstå att deras förälder är döende. Vårdpersonalen behöver bygga upp ett ärligt, stabilt förhållande med den friska föräldern så att de inte känner sig ensamma i denna känslomässiga och svåra tid. Många föräldrar vill ha hjälp att hantera situationen. Det är avgörande att sjukhus kan erbjuda speciell rådgivning och stöd i syfte att hjälpa par som har som önskemål att gemensamt prata om döden och hur de ska berätta för barnen. Vuxna som är betydelsefulla för barnen, som till exempel lärare och andra vårdare behöver lämplig, passande information så att de kan prata med barnet. Vårdpersonalen kan få föräldrar att förstå vikten av information och genom detta stödja föräldern i att förbereda sig själv och barnet (34).

I en artikel från USA tittade författaren på effekterna av sorgutvecklingen på 157 barn i åldrarna tre till sjutton år som mist en förälder genom cancer. Genom att förstå barns olika sätt att reagera vid sorg beroende av i vilken ålder de har kan vårdpersonalen hjälpa föräldrarna att utveckla mer specifika åtgärder att hjälpa barnet att använda sig av sina copingstrategier. Till de små barnen tre till fyra år kan man uppmuntra dem att använda sig mycket av minnen från den avlidne och att vara en närvarande förälder (35).

Barnen mellan sex och åtta behöver mycket föräldrastöd, tröst och godkännande för att behålla självförtroendet. Det är även viktig med kontakten med skolan och andra vuxna. Vara uppmärksam på att lyssna på dessa barn då de ofta vill prata (35).

Hos barn mellan nio och elva var svårigheten för föräldern att hitta en balans mellan att stödja barnet undvikande av känslor och främja barnets behov av att sörja. Känslomässiga utbrott var ofta kortvariga (35).

Hos barnen mellan tolv och fjorton, som är i förpuberteten, behövde föräldern sätta gränser på ett nytt sätt då de blev ensamma. Svårt att handskas med den akuta känslan av självständighet, tillåta lämplig fysisk och psykisk tillbakadragenhet, ofta tillsammans med kompisar. De hade ofta ett sämre beteende hemma än borta speciellt om könet på den avlidne var lika som barnet. Barnen skall uppmuntras att använda sig av och ta hjälp av andra vuxna (35).

Tonåringarna mellan fjorton och sexton oroade föräldern genom deras intensiva sorg som kunde karaktäriseras av synliga depressiva symtom. Föräldrarna fick ofta prata med lärare och skolsköterskor. Uppmuntrade barnen att prata med vänner eller att gå med i stödgrupper. Tonåringar behöver stöd och uppmuntran för deras ökande rädsla för att inte kunna vara oberoende av den avlidne föräldern (35).

I en annan studie från USA belyste författarna vikten av positivt föräldraskap som en förutsättning till att barnet skall få så lite psykiska problem som möjligt efter förlust av en förälder. Ett positivt föräldraskap som har en stark stödjande funktion, regler och ger värme till barnet är ett skydd mot att barnen skall utveckla mentala hälsoproblem. Detta är oberoende av antalet negativa livshändelser i barnet liv eller vilket kön det är på barnet. Resultatet har en stor betydelse för att kunna använda sig av förebyggande åtgärder för att gynna den mentala hälsan hos barnen som mist en förälder. Man föreslår att familjer med barn som mist en förälder har fördel av stöd som gynnar positivt föräldraskap oavsett stressnivån som följer efter förälderns död. Programmen, stödet kan minska de mentala hälsoproblemen hos dessa barn. Det skulle vara användbart med en screening för dessa livshändelser och på detta sätt försäkra sig om att dessa barn får hjälp (36).

5.4 Skolpersonalens stöd

Vårdpersonal kan även hjälpa till med att informera skolpersonal. Skolpersonalen kan vara ett stort stöd i barnens skolgång, då de kan uppmärksamma reaktioner och känslor hos barnen. Barnen får ofta en sämre koncentration i skolan och en försämring av studie resultaten. Det är då viktigt att barnen får en förklaring och en förståelse från skolpersonal och andra vuxna att detta är förklarligt och tillfälligt för att barnen skall kunna återhämta sig (31).

I en studie från England undersökte författarna studieresultaten hos barn som förlorat en förälder. De såg att effekten av förlusten kan bli förlängd och att det kan behövas stöd en tid framåt. Professionella skall veta att vid fem och tolv års ålder kan barnen bli mer påverkade. Det är viktigt att skolan frågar om familjens dödsfall då barnet kommer tillbaka till klassen. Speciellt viktigt är det om barnet börjar en ny klass. Barn i denna situation känner ofta att de inte klarar av att berätta för skolan. Likaså är det extra svårt för de barn vars överlevande förälder är arbetslös, då pojke förlorar pappa eller flicka förlorar mamma (37).

6 Diskussion

6.1 Huvudresultat

Barn som förlorat en förälder genom död löper en ökad risk till psykisk ohälsa. Det är viktigt att vårdpersonal identifierar barn som mår dåligt, så att de kan få den hjälp de behöver. Studien visar att det är värdefullt för både barn och föräldrar att få information och stöttning från vårdpersonal både under den döende förälderns sjukdom men även när föräldern har avlidit. Barnet skall inte hållas utanför sorgen i samband med att föräldern är döende eller har avlidit utan kan vara delaktigt i vården av föräldern, men detta beroende efter barnets ålder och förutsättningar. Närvaro, besökstider, alternativa kontaktsätt, riktlinjer, information,

minnen, lek, stöd och positivt föräldraskap är några av de viktigaste bitarna för ett barn då föräldern är döende eller har avlidit.

6.2 Resultatdiskussion

I en studie av Downey med flera kommer man fram till att barn som förlorat en förälder genom död har en ökad risk till psykisk ohälsa. De anser att det är viktigt att snabbt sätta in stöd för barnen och deras familjer. Det bör vara en regel att vårdpersonal skall identifiera barn som mår psykiskt dåligt samt att hjälpa dem att få den hjälp de behöver (22). Detta bekräftas även i en studie gjord av Wolchik med flera där de kommer fram till att barns stress av att ha förlorat en förälder kan tas bort helt eller minskas genom att vårdpersonal tidigt sätter in resurser som samtals- eller andra sociala kontakter (32). Undersökningar har gjorts där det framkommit att barnens och föräldrarnas relationsproblem minskar genom att låta barnen gå i samtalsgrupper och program, själva och även tillsammans med sin andre förälder (23).

Wolchik med flera anser även att vårdpersonal kan vara till stor hjälp genom att stödja och hjälpa föräldrarna genom att skapa positiva strategier och handlingar för barnet vid stress eller då de mår dåligt. Detta kan reducera barnets stress. Barnen kan också bli hjälpt genom att delta i olika gruppverksamheter och aktiviteter. Barnen tillåts att uttrycka sina behov och de får hjälp på olika sätt att våga prata med sin förälder eller annan viktig vuxen om deras oro och bekymmer (32).

I Christ studie kom de fram till riktlinjer som uttrycker att det är viktigt att barn tillåts att använda lekar, teckningar och andra uttrycksfulla aktiviteter till att intensifiera barnets förståelse. Barnets behov bör förstärkas genom fortsatta vanliga aktiviteter. Det är viktigt att förklara för barnet att det och andra människor som känt personen som dött kan känna sig ledsen, arg eller ha andra känslor och att det är tillåtet att känna så (31). Barnet och den överlevande föräldern kommer att gå igenom en krisreaktion, som Johan Cullberg skriver om i sin bok kris och utveckling. En krisreaktion bestäms av den grad av skada som traumat innebär. En förlust av en förälder som barnet varit sammanvuxen med och beroende av eller som betytt väldigt mycket är en händelse som går djupt och kan ge långvarig smärta. Cullberg delar in krisen i fyra naturliga faser som alla måste igenom såväl stora som små (38).

Studien av Christ visade också att om vårdpersonal eller annan vuxen regelbundet förklarar samt pratar med barnet och att de är observanta mot barnets beteende samt ger utrymme för samtal leder detta till att barnet blir mer öppet och vågar fråga mera samt att det är lättare att förklara och rätta till eventuella missuppfattningar (31). Utifrån de studier som vi har granskat så bekräftas även detta i en litteraturstudie av stödverksamhet för barn som förlorat en förälder gjord av Bergerius med flera (39). I de beskrivna stödgruppernas pedagogiska

metoder i deras studie anser de att man har beaktat barnens utveckling och sorgprocesser genom att låta barnen delta i olika stödgrupper med andra sörjande barn. Gruppverksamheten kan leda till att barnen inser att deras tankar, fantasier, känslor och beteenden är normala. Barnen ges även möjlighet i dessa grupper att beskriva, känna, diskutera och bearbeta sina känslor genom att olika aktiviteter. Det kan vara aktiviteter som att skriva brev, leka, rita och måla. Genom att samtala med barnen så hjälps barnen att acceptera verkligheten och sorgprocessen kan gå vidare. Samtalen hjälper även barnen i deras kommunikation med sin förälder eller annan viktig vuxen så att de får lättare att prata om sina funderingar och problem med sina närstående. Barnens bristande kunskap om döden, missuppfattningar och otillräcklig information kan leda till att barnen bland annat känner sig rädda, oroliga och arga. Flera barn upplever att de förlorar kontrollen och de kan även få skrämmande fantasier. I samband med en förälders sjukhus vistelse så är det viktigt att vårdpersonalen informerar föräldrar och anhöriga om barnens behov. Vårdpersonal skall hjälpa barnen att närvara och vara delaktiga i deras förälders sjukdomstid. Det är även viktigt att vårdpersonalen kontinuerligt har samtal med barnen om döden, att de ger barnen information och fakta om deras förälders sjukdom och behandling. De kommer även fram i denna studie att det är bra om vårdenheterna har tillgång till lekmaterial som till exempel pennor, kriter, papper och dockor. Genom detta så ges barnen möjlighet att uttrycka sina känslor, vårdpersonalen och andra vuxna kan få förståelse för vad barnen upplever och hjälpa barnen att sätta ord på sina känslor samt att korrigera eventuella missuppfattningar. Minnen är viktigt för barnen därför är det bra att hjälpa barnen få positiva minnen av sin döda förälder och att barnen får säga adjö till sin förälder. Om barnen inte får möjlighet till detta så är det bra att uppmuntra barnen att skriva ett brev eller en dikt. Detta kan hjälpa barnen vidare i sorgprocessen, döden görs verklig och skapar en förutsättning för barnet att säga något till sin förälder (39).

I flertalet studier som granskats så har författarna tittat på hur viktigt det är för ett barn att få besöka sin döende förälder som vårdas på sjukhus. I studien av Salinger visar de att det var av stor vikt att familjerna erbjöds hjälp av vårdpersonal för att få den sista tiden tillsammans så bra som möjligt. Det visade även att barnet hade ett stort behov av en nära kontakt med sin döende förälder (28). I en annan studie kom författarna fram till att det är viktigt att vårdpersonal och föräldrar hjälper och stöttar barnen i beslut om att besöka den sjuka föräldern. Det är även viktigt att minska barnets dåliga samvete genom att uppmuntra alternativa sätt till kontakter som till exempel brev, telefonsamtal och teckningar (27). I studien av Christ kom de fram till att barn oavsett ålder har stort behov av att få besöka sin döende förälder på sjukhuset, att barnen får bekanta sig med miljön som föräldern vistas i och

att vårdpersonal förklarar orsaken till förhållandet mellan patientens beteende, uppträdande, symtomen och be-handlingen av förälders sjukdom. De menar att vårdpersonalen kan hjälpa barnet att ta ett sista farväl. Det är viktigt för ett barn att få säga farväl till sin förälder. Barnet kan hålla handen, ge en sista kram eller säga något (31). Öppenhet, ärlighet och delaktighet är honnørsorden för författaren och psykologen Atle Dyregrov. Han har många års erfarenhet av barn och sorg och betonar vikten av att barnen skall få vara med, både vid visning av den döde och vid begravning. Barnet måste dock vara väl förberett så att upplevelsen inte blir så traumatisk. Det är viktigt att någon vuxen, som barnet känner eller har förtroende för är närvarande. Ritualerna har flera viktiga psykologiska funktioner hos barn. De medverkar till att reducera överklighetskänslor, förhindrar fantasier, hjälper barnet att försöka förstå dödsfallet, stimulerar barnet att ge uttryck för sina känslor, ger barnet möjlighet att ta farväl av den döde och ger barnet och den vuxne en gemensam upplevelse som kan ha betydelse för senare samtal och kontakt (40).

För att studera hur vi i Sverige har det med riktlinjer i bemötandet av barn vid förälders sjukhus vistelse så granskades tre studier gjorda av Knutsson m fl. I den första studien har de undersökt om det fanns speciella riktlinjer eller rekommendationer för besök av barn på de olika intensivvårdsavdelningarna i Sverige. Undersökningen visade att de flesta avdelningarna inte hade några riktlinjer utan familjen fick själva ta beslut om barnet skulle besöka sin anhörig. De kom även fram till att personalen på avdelningarna upplevde att det var positivt för barnen att komma på besök. Föräldrar med yngre barn, under sex år ville ofta ha personalens stöd och hjälp angående att bestämma om barnen skall komma på besök eller inte (24). I en annan studie av Knutsson m fl där de tillfrågade var sjuksköterskor på intensivvårdsavdelningar i Sverige, kom de fram till att sjuksköterskorna anser att ett barn har samma behov som vuxna att göra ett besök på avdelningen. De menar att det är viktigt att behålla relationen, att låta barnen bli delaktiga och få förståelse (25).

I en den tredje studien av Knutsson m fl tittade de på föräldrarnas upplevelse och erfarenheter av att barnen var med på intensivvårdsavdelningarna och hälsade på. Det visade att större delen av föräldrarna upplevt det positivt för barnen (26). Aron Antonovsky, grundaren av begreppet Sense of Coherence, SOC eller KASAM på svenska menar att en grundläggande upplevelse av det som sker i och utanför individen är förutsägbara, begripliga och strukturerande (begriplighet) och att de resurser dessa skeenden kräver finns tillgängliga (hanterbarhet) samt att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i (meningsfullhet). Han menade att anledningen till att vissa människor klarar av svåra motgångar med hälsan i behåll är just att de har högt KASAM. Stress och traumatiska

upplevelser minskar en persons KASAM medan socialt stöd bidrar till att öka den. Om barnet får en balans mellan de inre och yttre krav som ställs på barnet och om barnet kan hantera dem lägger detta grunden till känslan av hanterbarhet, delaktighet och medbestämmande (41).

6.3 Metoddiskussion

Metoden som använts är en beskrivande litteraturstudie av de senaste årens forskning inom området. Litteratur har utgjort informationskällan och den redovisade datan bygger på vetenskapliga artiklar. Datasamlingen gjordes genom att författarna sökte i enskilda databaser för att hitta artiklar som skulle vara relevanta för ämnet. Författarna använde sig även av manuell sökning och användning av relevanta artiklars referenslistor för att ytterligare komma så nära ämnet som möjligt. Totalt inkluderades sexton artiklar. Vid fortsatt artikelsökning där vi använde våra sökord i olika kombinationer fick vi enbart träffar på redan inkluderade eller inte relevanta artiklar. Om vi använt oss av fler databaser hade det kanske kunnat leda till fler träffar. Exklusionskriterierna var att artiklarna inte fick handla om barns sorg i samband att annan anhörig än förälder var döende eller avlidit eller om det var deras kompisar som avlidit. Vid datasökningen på våra sökord kom dessa områden upp vid ett flertal tillfällen. Författarna analysera och tolkade artiklarna utifrån det beskrivna problemområdet. Målet med analysen var att identifiera teman och mönster som i vårt fall handlade om hur vårdpersonal kan förhålla sig till och bemöta barn vars föräldrar är döende eller har avlidit. Det resulterade i fyra kategorier. Många av de artiklar som vi analyserat svarade inte vid första analysen på vår frågeställning, men då vi granskade dem djupare hittade vi material som stämde bra in på vårt problemområde.

I de tre svenska artiklarna (24, 25, 26) belyser författarna inte exakt frågeställningen om hur man bemöter barn vars föräldrar är döende eller har avlidit utan de belyser hur barn generellt mår och skall bemötas då de har anhöriga som ligger på en intensivvårdsavdelning. Vi anser att detta ändå svarar på vår fråga eftersom intensivvård innebär att patienten är väldigt sjuk och det kan innebära att det finns risk för att patienten inte kan räddas. Dessa tre artiklar har ett högt validitets- och reliabilitetsinnehåll. I de andra inkluderade artiklarnas var det både barn, föräldrar och vårdpersonal i undersökningsgrupperna. Vissa studier hade kriterier för reliabilitet och validitet eller nämnde metodologiskt innehåll. Vissa hade litet urval eller var begränsade av olika anledningar. I vårt resultat använde vi oss mycket av en artikel (31) som svarade till väldigt stor del på vår frågeställning. Vår kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna resulterade i nio med hög kvalitet och sju med medel. Ingen av de inkluderade artiklarna hade låg kvalitet. De insamlade artiklarna har granskats objektivt och författarna har återgett resultatet så sanningsenligt som möjligt, men med tanke på att artiklarna varit på

engelska och uppsatsförfattarenas modersmål är svenska, så kan det finnas risk för feltolkningar.

6.4 Allmän Diskussion

Efter att ha gjort denna litteraturstudie håller vi med flertalet författare om att det är av stor vikt att vi identifierar barn som har sorg och att vi på bästa sätt kan hjälpa dem igenom deras svåra tid. Det är viktigt att vi sätter upp riktlinjer eller rekommendationer för hur vi tar hand om dessa barn då vi träffar dem. Detta skall göras både på sjukhusen, inom primärvården, i skolan, inom socialtjänsten eller inom andra instanser och organisationer. Alla inblandade skall vet hur man ska bemöta barn och deras familjer vid förväntat dödsfall eller vid plötslig död av en förälder. Detta kan bidra till att man minskar eller eliminerar eventuell ohälsa hos barnen. Vårdpersonalen kan hjälpa föräldrarna genom att få förståelse för barnens olika beteenden och att sätta gränser, stötta och uppmuntra sina barn. Oberoende hur en förälders dödsfall har ägt rum så är det viktigt att vi hjälper barnen i bearbetningen av deras sorg. Det är viktigt att samarbetet mellan sjukhus, primärvård, skola, socialtjänsten eller andra instanser fungerar. Detta för att barnen skall få ett bra omhändertagande genom hela vårdkedjan och inte bli lidande på vägen för att det finns brister i kommunikationen mellan de olika instanserna. Genom att ge hjälp och stöd till barn i sorg och deras familjer så kan detta leda till hälsobefrämjande arbete på både kort och lång sikt.

Vi anser att det finns mycket att forska inom detta område. Det skulle vara av intresse att fortsätta titta på de studier som är gjorda på intensivvårdsavdelningarna men att man då studerar barnets erfarenheter av att deras föräldrar varit döende eller avlidit där. Man kan titta på barn i specifika åldersgrupper. Fler forskningsområden skulle kunna vara att man tittade på olika reaktioner hos barn vid olika dödsorsaker av en förälder, som till exempel vid självmord, olycka eller vid en specifik sjukdom. Man kan titta på om det finns skillnader i att förlora sin mamma eller sin pappa, mellan pojkar och flickor. Man kan titta på barns reaktioner när de förlorar ett syskon eller en bästa vän.

Referenslista

1. Statistiska centralbyrån. Barnen-en femtedel av Sveriges befolkning. Tillgängligt: http://www.scb.se/templates/tableOrChart_151499.asp. Datum 2007-10-08.
2. Rädda barnen. Barns sorg finns. Tillgängligt: <http://www.rb.se/sv/stodorad/Sorg/>. Datum 2007-10-08
3. Dyregrov A. Sorg hos barn. En vägledning för vuxna. Studentlitteratur; 2007.
4. Sjukvårdsrådgivningen. Sorg i familjen vad händer med barnen?/Barn reagerar olika. Tillgängligt: <http://www.sjuvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=24167>. Datum 2007-10-08.
5. Huntley T. Du, barnet och sorgen. Örebro: Libris; 1996.
6. Busch T, Kimble C S. Grieving Children: Are We Meeting the Challenge? Pediatric Nursing 2001; 27(4):414-418.
7. Kirwin K M, Hamrin V. Decreasing the Risk of Complicated Bereavement and Future Psychiatric Disorders in Children. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 2005; 18 (1):62-78.
8. Wikipedia. Sorg. Tillgängligt: <http://sv.Wikipedia.org/Wiki/Sorg>. Datum 2007-10-08.
9. Fyhr G. Hur man möter människor i sorg. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
10. Barn och unga i sorg och trauma. Om stödgrupper efter flodvågen. Gothia förlag; 2007.
11. Lin K K, Sandler I N, Ayers T S, Wolchik S A, Luecken L J. Resilience in Parentally Bereaved Children and Adolescents Seeking Preventive Service. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 2004; 33(4): 673-683.
12. Dyregrov A. Barn och trauma. Lund: Studentlitteratur; 1997.
13. http://www.pfizer.se/upload/productimages/13/Reaktion_Svenska.pdf. Datum 2007-10-08
14. Melhem N M, Day N, Shear K M, Day R, Reynolds C F, Brent D. Traumatic Grief Among Adolescents Exposed to a Peer's Suicide. American journal Psychiatry 2004; 161(8):1411-1416.
15. Melhem N M, Moritz G, Walker M, Shear K M, Brent D. Phenomenology and Correlates of Grief in Children and Adolescents. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007; 46 (4): 493-499.
16. Stoppelbein L, Greening L. Posttraumatic Stress Symptoms in Parentally Bereaved Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent 2000; 39(9): 1112-1119.
17. Olsson G, Jylli L. Smärta hos barn och ungdomar. Lund: Studentlitteratur; 2001.

18. Silverman P R, Worden W. Children's Reactions in the early month After the Death of a Parent. *American journal Orthopsychiatri* 1992; 62(1): 93-104.
19. Andersson N. Att möta små barns sorg. En bok för förskolan. Rädde Barnen; 1995.
20. Forsberg c, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskningen. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
21. Karolinska Institutet. Svensk medicinsk terminologi-Svenska MeSH. Tillgängligt: <http://mesh.kib.ki.se/swemesh-se.cfm>. Datum 2007-10-08.
22. Dowdney L, Wilson R, Maughan B, Allerton M, Schofield P, Skuse D. Psychological disturbance and service provision in parentally bereaved children: prospective case-control study. *British medical journal* 1999; 319: 344-357.
23. Schmiede S J, Khoo S T, Sandler I N, Ayers T S. Symptoms of Internalizing and Externalizing Problems. Modeling Recovery Curves After the Death of a Parent. *American Journal of Preventive Medicine* 2006; 31 (6S1): 152-160.
24. Knutsson S EM, Otterberg C L, Bergbom I L. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004; 20: 264-274.
25. Knutsson S, Bergbom I. Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nursing in Critical Care* 2007; 12 (2): 64-73.
26. Knutsson S EM, Bergbom I L. Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 362-371.
27. Saldinger A, Cain A, Porterfield K. Managing Traumatic Stress in Children Anticipating Parental Death. *Psychiatry* 2003; 66 (2): 168-181.
28. Saldinger A, Cain A, Kalter N, Lohnes K. Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1999; 69(1):39-48.
29. Hope R M, Hodge D M. Factors Affecting Children's Adjustment to the Death of a parent: The Social Work Professional's Viewpoint. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2006; 23 (1): 107-126.
30. Saldinger A, Cain A C, Porterfield K, Lohnes K. Facilitating Attachment Between School-Aged Children and a Dying Parent. *Death Studies* 2004; 28: 915-940.
31. Christ G H, Christ A E. Current Approaches to Helping Children Cope with a Parent's Terminal Illness. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 2006;56 (4):197-212.
32. Wolchik S A, Tein J-Y, Sandler I N, Ayers T S. Stressors, Quality of the Child-Caregiver Relationship, and Children's Mental Health Problems After Parental Death: The

- Mediating Role of Self-System Beliefs. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006; 34(2):221-38.
33. Christ G H, Raveis V H, Siegel K, Karus D, Christ A E. Evaluation of a Preventive Intervention for Bereaved Children. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 2005; 1(3):57-81.
 34. Macpherson C. Telling children their ill parent is dying: a study of the factors influencing the well parent. *Mortality* 2005; 10(2): 113-126.
 35. Christ G H. Impact of Development on Children's Mourning. *Cancer Practice* 2000; 8 (2):72-81.
 36. Haine R A, Wolchik S A, Sandler I N, Millsap R E, Ayers T S. Positive Parenting as a Protective Resource for Parentally Bereaved Children. *Death Studies* 2006; 30: 1-28.
 37. Abdelnoor A, Hollins S. The Effect of Childhood Bereavement on Secondary School Performance. *Educational Psychology in Practice* 2004; 20(1): 43-54.
 38. Cullberg J. *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur; 2006.
 39. Bergius A, Palmqvist G, Holm, A-K, Öhlen J. Stödverksamhet för barn som förlorat en förälder. En litteraturstudie. *Vården i Norden* 2004; 24 (3): 41-44.
 40. Dyregrov A. *Att ta avsked. Ritualer som hjälper barnet genom sorgen*. Rädda Barnen; 1994.
 41. Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur; 2005.
 42. Stoltz, W A, Bahtsevani, C. *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur; 2006.

Bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

Granskningsmallarna är modifierade efter Forsberg & Engström (20) samt Willman, Stoltz & Bahtsevani (42). Granskningsmallarna har ja- och nej- frågor och artiklarna har utefter relevans poängbedömts, där ja= 1 poäng och nej= 0 poäng. Kvalitetsbedömningen har sedan delats in i tre nivåer.

Nivå 1	100-80% av den totala poängsumman	Hög kvalitet
Nivå 2	79-60% av den totala poängsumman	Medel kvalitet
Nivå 3	Mindre än 60 % av den totala poängsumman	Låg kvalitet.

Bilaga 2. Beskrivning av de inkluderade studiernas forskningsupplägg

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datansamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Referens Nr.25 Dowdney, L Wilson, R Maughan, B Allerton, M Schofield, P Skuse, D England, 1999.	Psychological disturbance and service provision in parentally bereaved children: Prospective case-control study.	Kvantitativ, prospektiv studie.	45 familjer med barn mellan 2- 16 år där någon av föräldern avlidit. 63 % gick med på intervju och 56 % svarade på frågeformulären.	Halvstrukturerade intervjuer Frågeformulär-vid föräldrarnas mentala hälsa. Standard checklist vid barns mentala hälsa. Samlade in data genom register under 18 månader.	Att fastställa om psykisk störning hos barn som haft en förälder som avlidit och hos överlevande förälder är relaterade till tillhanda- hållandet av vård.	Både den överlevande föräldern och barn till förälder som avlidit visar högre än förväntat på psykiska svårigheter. Tilhanda- hållandet av vård, stöd var högre på barn mindre än fem år och då föräldern tagit livet av sig.	Hög
Nr.26 Schmiege,S Khoo, S Sandler, I Ayers,T Wolchik,S USA, 2006.	Symptoms of Internalizing and Externalizing Problems.	Kvantitativ Interventions- studie. Longitudinell.	244 barn från 156 familjer och deras vårdnadshavare. 156/617 deltagande. Stort bortfall.	Frågeformulär. Beskrivna skalor. Familjerna randomiserades efter att ha annonserat efter dessa via media, brev, mail och sjukhus. Kriterier för validitet. Reliabilitet.	Man tittar på hur barn mår en tid efter deras förälders död. Jämföra barn som gick i stress- hanterings- program med barn som själva tog reda på information via Internet.	Det visar att det inte fanns någon skillnad mellan flickor och pojkar om de gick i stresshanterings- program eller själv införskaffade information. För pojkar i båda grupperna visade det att symtomen minskade med tiden.	Medel

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datinsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Nr.27 Knutsson, S Otterberg, C Bergbom, I Sverige 2004.	Visits of children to patients being cared for in adult ICU:s policies, guidelines and recommendations.	Kvantitativ, deskriptiv studie.	56 intensivvårdsavdelningar i Sverige där avdelningsförestandaren svarade. 56/72 avdelningar svarade	Frågeformulär. Högt validitetsinnehåll Reliabiliteten var 0.92.	Att titta på svenska intensivvårdsavdelningars riktlinjer eller rekommendationer och undersöka orsaken för och emot att begränsa barnens besök på avdelningen.	Positivt föräldraskap hade direkt effekt på barnens mentala hälsa oberoende av antalet negativa livshändelser i barnets liv.	Hög
Nr.28 Knutsson, S Bergbom, I Sverige 2007.	Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adults ICUs.	Kvantitativ, deskriptiv studie	291 sjuksköterskor och läkare på 72 intensivvårdsavdelningar i Sverige. 291/384,76 % svarade.	Frågeformulär Innehållsvaliditet. Reliabiliteten 0.92.	Att beskriva och jämföra orsaker som sjuksköterskor och läkare uttryckt om att ha besöksrutiner för barn på vuxen intensivvårdsavdelningen.	Majoriteten av sjuksköterskorna och läkarna var positiva till besök av barn men de hade restriktioner beträffande besöken. Sjuksköterskor var mer positiva till besök av mindre barn än läkarna.	Hög

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datainsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
NR.29 Knutsson, I Bergbom, I Sverige, 2007.	Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit.	Kvantitativ, deskriptiv studie.	30 stycken vårdnadshavare 26/30,87 % svarade.	Frågeformulär Reliabiliteten var 0,9.innehållsvaliditet fastställd.	Att beskriva vårdnadshavarnas erfarenheter av att låta deras barn besöka deras sjuka skadade anhöriga på intensivvårdsavdelningen.	Hur viktigt det är att ge sörjande barn adekvat information före, under och efter besöket.	Hög
Nr.30 Saldinger, A Cain, A Porterfield, K USA, 2003.	Managing Traumatic Stress in Children Anticipating Parental Death.	Kvalitativ, deskriptiv studie. Longitudinell.	58 skolbarn som förlorat en förälder och deras överlevande föräldrar. Begränsad studie pga homogent urval.	Halvstrukturerade intervjuer som spelades in på band. Standard dokument för barn och vuxna. Data hämtades från en kommunstudie av barn i skola som förlorat en förälder.	Att beskriva hur barn som har en förälder som är döende ska kunna klara den traumatiska stress som detta innebär på bästa sätt.	Betonar betydelsen av att personalen uppmärksammar traumatisk stress hos barn som har föräldrar som är döende eller avlidit.	Medel

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datainsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Nr31. Saldinger, A Cain, A Kalter, N Lohnes, K USA, 1999.	Anticipating Parental death in families with young children.	Kvantitativ, deskriptiv studie. Longitudinell.	Barn mellan 3- 15 år från 41 familjer och de överlevande föräldrarna. 70 % medverkan.	Intervjuer Self-report mätning. Intervjuer med föräldrarna och self-report mätning på barnen. Data från en kommunstudie.	Att jämföra hur barn mår efter att ha förlorat en förälder genom plötsligt död eller vid en förväntad död.	Om barnet fått förvarning före en förälders död så minskades riskerna att de skulle må psykiskt dåligt.	Medel
Nr.32 Hope, R Hodge, D USA, 2006.	Factors Affecting Children's Adjustment to the Death of a Parent: The Social Work Professional's Viewpoint.	Kvalitativ, deskriptiv studie.	5 professionella socialarbetare med 1 ½- 22 års erfarenhet av rådgivning av barn som förlorat en förälder. En man och fyra kvinnor.	Litteraturstudie. Semistrukturerad intervju. Snöbollsurval. Data från sjukhus och kommunala hälsocentraler. Telefonkontakt med de tänkbara subjekten innan intervjuerna började. Den lilla under- sökninggruppen och metoden gjorde att den yttre validiteten var begränsad.	Att jämföra litteraturen och resultat från intervjuer för att undersöka de faktorer som påverkar barn som förlorat en förälder att anpassa sig till livet efteråt.	Resultaten från intervjuerna var mestadels överensstämmande med litteraturen. Resultatet är uppdelat i speciella ämnen men speciellt viktigt är att barn som förlorat en förälder lider väldigt mycket och behöver någon som lyssnar och ger dem möjlighet att uttrycka sig.	Hög

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datainsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Nr. 33 Saldinger, A Cain, A Lohnes, K USA, 2004.	Facilitating Attachment Between School-Aged Children and a Dying Parent.	Kvalitativ, Interventions- studie. Longitudinell.	58 barn mellan 6-16 år som förlorat en förälder och deras överlevande föräldrar. Litet urval.	Halvstrukturerade Intervjuer. Inspelade intervjuer. Data hämtades från ett kommunalt familjeprojekt med skolbarn som handskades med förlust av en förälder.	Se hur familjen tog fördel av den sista tiden innan döden och hur man främjar kontakten med den döende föräldern och dess barn.	Barnet och föräldern visar stark längtan att behålla kontakt den sista tiden men att skapa stöd för att kunna behålla kontakten efter döden var mer känsligt.	Hög
Nr.34 Christ, G Christ, A USA, 2006.	Current Approaches to Helping Children Cope with a Parent's Terminal Illness.	Kvalitativ, deskriptiv studie.	87 barn och dess familjer. Barnen delades in i ålders- grupperna 3-5 år, 6-8 år och 9- 11 år.	Denna studie hämtades från en annan studie där man jämförde två interventioner, föräldrarrådgivning och telefonsupport. De studerade 157 barn från 88 familjer. I den här studien studerade man de barn vars familjer deltagit i föräldrarrådgivningen.	Att ta reda på barns upplevelser under slutskedet i föräldrarnas sjukdom, sjukhusbesök, döden, reaktionerna direkt efter, föräldrarnas sörjande och framtida problem.	När en förälder vistas en längre tid på sjukhus visade det att barn som inte hade planerade besök hos sin förälder drabbades av långvarig oro medan de som planerade sina besök blev lugnare. Vikten av att samtala och informera barnet om föräldrarnas sjukdom så att de känner tillit och trygghet.	Hög

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datainsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Nr.35 Wolchik, s Tein, J-Y Sandler, I Ayers, T USA, 2006.	Stressors, Quality of the child- Caregiver relationship, and Children's mental health problems After Parental Death: the Mediating Role of Self- System Beliefs.	Kvantitativ, prospektiv Studie. Longitu- dinell	Tvårsnittsstudie Tvårsnittsgrupp- en 339 barn och ungdomar från 207 familjer. Longitudinell grupp var 100 barn och ungdomar från 60 familjer.	Intervjuer. Data insamlades via brev, media och genom presentation till service- inrättningar som haft kontakt med barn som förlorat en förälder. Lämp- ligheten att delta gjordes på telefon. Reliabilitet. Validitet adekvat. Bra metodologisk styrka i studien.	Att undersöka vilken roll de tre parametrarna, rädsla för att bli övergiven, coping effekt och självförtroende spelade i utvecklingen av mentala hälsoproblem hos barn som förlorat en förälder.	Detta resultat ökar förståelsen för vilken roll dessa parametrar spelar i utvecklingen av mentala hälsoproblem hos barn som förlorat en förälder.	Medel
Nr 36. Ghrist, G Raveis, V Siegel, K Karus, D Christ, A USA, 2005.	Evaluation of a Preventive intervention for Bereaved Children.	Kvantitativ, interven- tionsanalys. Longitu- dinell.	184 familjer med barn mellan 7-17 år. 184/275 familjer deltog, 0,66%. Stor kontroll- grupp, 556 barn från 434 familjer som inte hade mist en förälder genom död.	Strukturerande intervjuer. Två interventioner: Föräldrarstödinter- vention eller telefon- stödintervention. Datainsamling via sjuksköterskor, läkare och social-arbetare som arbetat med cancerpatienter med barn mellan 7-17 år.	Att ta reda på om stöd och utbildning hjälpade barn och föräldrar då den ena föräldern var döende eller avlidit.	Att både barn och föräldrar värdesatte och kände sig hjälpta av utbildning och stöd intervention inte bara efter döden utan även under den terminala sjukdomstiden av den sjuka föräldern.	Medel

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datainsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Nr37 Macpherson, C England, 2005.	Telling children their ill parent is dying: a study of the factors influencing the well parent.	Kvalitativ, tematisk studie.	11 föräldrar. 9/11 svarade. Liten studie. begränsningar pga att alla hade i förväg fått hjälp och stöd i samband med dödsfallet.	Halvstrukturerade intervjuer. Information. Intervjuprogram skickades ut i förväg. Datainsamling via brev som skickades hem till alla föräldrar som var kända på ett palliativt center.	Att få en ökad förståelse i hur svårt det är för den friska föräldern att tala om för sitt barn att den andra sjuka föräldern är döende.	Många av deltagarna menade att de ville ha hjälp av vårdpersonal med att tala om för deras barn att föräldern var döende och hur föräldrarna känslomässigt skulle klara det.	Hög
Nr.38 Christ, G USA, 2000.	Impact of Development on children's Mourning.	Kvalitativ, deskriptiv studie.	157 barn mellan 3-17 år från 88 familjer som förlorat en förälder i cancer.	Intervjuer Frågeformulär. Ursprungsdatan för analysen kom från en interventionsanalys där man gjorde utförliga intervjuer, telefonkonversation, bandinspelning. Delade in barnen i fem grupper efter liknande utveckling. Begränsad studie pga begränsad population endast av medelklassen.	Att analysera effekten av sorgutveck- lingen hos barn efter att de har förlorat en förälder genom död.	Visade hur barnen i olika åldrar sörjer och hur föräldrar och vårdpersonal kan göra för att stödja barnen i att kunna hantera sin förälders död på bästa sätt.	Hög

Författare, Land och år	Titel	Design	Unders.- Grupp/Bortfall	Datainsamlings- metod	Syfte	Resultat	Kvalitet/ Bevisvärde
Nr.39 Haine, R Wolchik, S Sandler, I Millsap, R Ayers, T USA, 2006.	Positive Parenting as a Protective Resource for Parentally Bereaved Children.	Kvantitativ, prospektiv studie.	313 barn i åldern 8-16 år som nyligen haft en förälder som avlidit och deras vårdnadshavare. 313/339 barn från 200 familjer svarade.	Intervjuer, checklista, videoinspelad och frågeformulär. Familjen rekryterades med referenser från skolan, polisen och vården. Reliabilitet.	Att undersöka om positivt föräldraskap var skyddande mot barns mentala ohälsa som utlöstes av de negativa livserfarenheter som att mista en förälder.	Positivt föräldraskap hade direkt effekt på barnens mentala hälsa oberoende av antalet negativa livserfarenheter i barnets liv.	Medel
Nr.40 Abdelnoor, A Hollins, S England, 2004.	The effect of Childhood Bereavement on Secondary School Performance.	Kvantitativ studie.	Skolbarn i England som förlorat en förälder (73) eller syskon(24) genom död.	Frågeformulär. Föräldrar fick fylla i frågeformuläret. Insamlingen av data pågick i två år. Viss metodologisk brist pga svårigheter av undersökningen i detta område.	Fastställa om skolbarn som förlorat en förälder eller syskon genom död fick påverkat skolresultat på långsikt, ångest och minskad självkänsla.	Skolnärvaron var inte påverkad. Ångest och självsäkerhet var signifikant påverkat speciellt vid förlust av förälder. Det behövs stöd under skolgången.	Medel