

MASKROSBARN BERÄTTAR -

Det dagliga livet med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder

MASKROSBARN RELATES -

Daily life with a mentally ill and/or an addicted parent

Examinationsdatum: 2011-09-28
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 35
Examensarbete, 15 högskolepoäng

Författare: Ann Häggström
Jane Josephson

Handledare: Camilla Tomaszewski
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

För att utvecklas och vara trygg är barn beroende av sina föräldrar under uppväxttiden. I familjer där en förälder har psykisk sjukdom och/eller missbrukar finns en risk att barnens fysiska och psykiska behov inte tillfredsställs. Detta kan leda till att barnen hamnar i ett destruktivt leverne eller att de själva upplever psykisk ohälsa. Majoriteten av denna grupp barn känner bland annat utanförskap, mindre välbefinnande, har problem i skolan, drogmissbruk eller kan komma att fungera som ”ung vårdgivare” åt sin förälder. Flertalet av dessa barn har även visats behöva stöd, men endast hälften har mottagit något. Det finns likväl barn som klarar sig bra i livet trots svåra upplevelser under uppväxttiden. Dessa barn kallas i folkmun för maskrosbarn och de vittnar om olika skyddsfaktorer som hjälpt dem genom livet. Det har visat sig att dessa barn inte uppmärksammas tillräckligt i sjukvården och att de sällan mottar information om den sjuke föräldern trots att barnen framhåller att de vill veta vad som händer. Sjuksköterskan har ett ansvar att ge råd, stöd och information till dessa barn, vilket är reglerat av en ny lagförstärkning i Hälso- och sjukvårdslagen. För att få ökad kunskap inför mötet med dessa barn är det av betydelse att känna till barnens levnadsvillkor i det dagliga livet med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder.

Syfte

Syftet var att beskriva maskrosbarns upplevelser i det dagliga livet under uppväxttiden med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder

Metod

Metoden som användes var kvalitativa intervjuer. Sex respondenter som i vuxen ålder identifierade sig som maskrosbarn deltog i studien.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån tre övergripande teman: Psykosociala aktiviteter/fritidsaktiviteter, Arbetsaktiviteter och Personlig omsorg. Resultatet visade att barnen upplevde en miljö där deras grundläggande behov inte blev tillgodosedda. Detta ledde till känslor av sorg, rädsla, och otrygghet vilket hanterades på olika sätt. Vidare visade resultatet att barnen hade behov av hjälp men att samhället brustit i att hjälpa dessa barn, samt att uppväxttiden även i vuxen ålder till viss del påverkade dem.

Slutsats

Slutsatsen som dras av studien är att föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk brister i sin omsorg till barn. Denna grupp barn är därför i behov av råd, stöd och information för att lättare kunna hantera det dagliga livet under uppväxttiden med en psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder. Sjuksköterskan bör ha kunskap kring denna grupp barns uppväxt för att kunna identifiera, uppmärksamma och förbättra bemötandet. På så sätt kan sjuksköterskan utgöra det stöd barnet behöver vid kontakt med sjukvården.

Nyckelord: Familj, Psykisk sjukdom, Missbruk, Upplevelser, Maskrosbarn.

ORDLISTA

Ataxi = oförmåga att samordna rörelser

Borderline = gränslinje; person som i psykiskt avseende befinner sig i gränsområdet mellan hälsa och sjukdom

Compliance = en patients förmåga att följa ordination

Copingstrategier = individs följsamhet eller förmåga att anpassa sig till yttre och inre omständigheter

Dysfunktionell = störd funktion; svårt att fullgöra en uppgift

Dyskinesi = abnorma rörelser, rörelsesvårigheter, smärtsamma rörelser

Empati = förmågan att sätta sig in i och förstå en annan människas känslor och psykiska situation

Eufori = känsla av välbefinnande

Inadekvat = icke fullt motsvarande, oriktig, olämplig

Konfusion = sammanblandning av verklighet och fantasi, psykisk förvirring

Paranoia = tillstånd vid sidan om förnuftet; vanvett; ofta kronisk psykisk sjukdom med orubbliga vanföreställningar

Sedation = sedativ= lugnande medel

Tremor = darrning, skälvning

(Lindskog, 2008)

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

ORDLISTA

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Maskrosbarn	1
Psykisk sjukdom	2
Missbruk	3
Föräldraskap vid psykisk sjukdom och/eller missbruk	4
Ett barns rättigheter	5
Ett barns behov	6
Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk	6
Risikfaktorer för barn till psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder	6
Skyddsfaktorer för barn med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder	7
Omvårdnad	8
Dagligt liv	9
SYFTE	10
METOD	10
Val av metod	10
Urval och urvalskriterier	10
Intervjuguide	11
Genomförande	11
Databearbetning	13
Forskningssetiska överväganden	14
RESULTAT	14
Psykosociala aktiviteter/fritidsaktiviteter	14
Arbetsaktiviteter	18
Personlig omsorg	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26
REFERENSER	27
BILAGA I-VI	

INLEDNING

Inom den psykiatriska vården i Sverige är cirka en tredjedel av de inneliggande patienterna föräldrar med hemmaboende barn. Majoriteten av barnen visade sig behöva hjälp på grund av deras förälders sjukdom, men endast hälften av dessa barn mottog något stöd i form av till exempel samtal med en professionell person i hälso- och sjukvården (Östman, 2008). När föräldrar till denna grupp barn vid tillfällen lagts in på sjukhus, gjort försök till självmord eller hämtats av polis, är barnen indirekt berörda. Trots det är det fortfarande ovanligt att uppgifter om barnen tas med i föräldrarnas journaler, speciellt inom vuxenpsykiatri. Det är heller inte självklart att sjukvårdspersonal tar sig tid att berätta för barnen vad som hänt och vad som kommer att ske med föräldern (Skerfving, 2005). Få studier är funna kring barnens dagliga liv och deras behov samt deras uppfattning om sina föräldrar. De flesta studier som genomförts har fokuserat på hur föräldrar men även hur andra vuxna ser på denna grupp barn (Skerfving, 1998; Östman, 2008, Mordock, 2010). Första januari 2010 trädde en förstärkning av Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) 2g § rörande barn till psykiskt sjuka/missbrukande föräldrar i kraft (Socialstyrelsen, 2010). Den framhåller betydelsen av att barn till förälder med psykisk sjukdom och/eller missbruk ska ges råd, stöd och information när föräldern har kontakt med sjukvården (Skerfving, 2005). Det är därför av intresse för författarna i föreliggande studie att studera maskrosbarns upplevelser av att hantera det dagliga livet under uppväxttiden, då kunskapen kan underlätta för sjuksköterskan att identifiera, bemöta samt stödja barn med en psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder.

BAKGRUND

Maskrosbarn

Olika definitioner av ordet maskrosbarn finns, alla med liknande betydelse. Begreppet maskrosbarn definieras av Cronström (2003) enligt följande:

Att som barn ha vuxit upp i hem som präglats av föräldrar som på grund av missbruk och/eller allvarlig psykisk störning under långa perioder inte har kunnat ta hand om sig själva, ännu mindre fungera som förälder för sina barn. Att som vuxen vara psykiskt frisk och ej missbrukande, och kapabel att ta hand om sig själv och eventuella barn. Att kunna kvalificera sig för ett arbete – och behålla det, och ha förmågan att etablera nära relationer – och behålla dem – med vänner såväl som med det motsatta könet (s.17).

I Svenska akademiens ordlista (SAOL, 2011) definieras maskrosbarn som ” barn som inte knäcks av en svår uppväxt”. I Norstedts ordbok 2011 återfinns denna definition: ”barn som växer upp under svåra förhållanden och lär sig bemästra dem” (Norstedt ord, 2011). Vårt svenska uttryck maskrosbarn härstammar från Norges ”Lövetannbarn” som syftar till blomman Lejontand där lejonet och blomman tillsammans står för styrka och uthållighet. Maskrosor beskrivs på liknande sätt vara livskraftiga och uthålliga eftersom de kan livnära sig i mager jord och överleva i ett kallt och torftigt klimat, de finner hela tiden nya vägar. Maskrosbarn kan beskrivas som kreativa, konstnärliga, stresståliga och motståndskraftiga (Cronström, 2003).

Maskrosbarn är sårbara men av olika anledningar klarar de påfrestningar och har bättre återhämtningsförmåga än andra. De har en förmåga att växa och blomma under svåra omständigheter (Skerfving, 2005). Överlevbarbarn är en beskrivning av maskrosbarn som syftar till att denna grupp barn genom tidiga svåra relationer till vuxna får skador. Överlevbarbarnen skaffar sig strategier för att ta sig fram i livet trots de skador de fått. Att de barn som har förmågan att skaffa sig dessa strategier ses som konstnärliga kan bero på att de har den kreativitet som gör att de skaffar sig dessa strategier. Alternativet kunde ha varit att de kanske inte orkat genomleva uppväxttiden. Risker att hamna snett finns hos denna grupp barn. De som klarat sig har beskrivit att de har en styrka som gjort att de klarat av alla möjliga och omöjliga situationer (Cronström, 2003).

Werner och Smith (1989; 1992) beskriver vad det är som gör att denna grupp barn trots svåra barndomsförhållanden utvecklas positivt i vuxenlivet. De såg att dessa barn hade en positiv läggning och en god förmåga att planera bland annat sina studier samt skaffa sig regelbundna vanor och arbetsuppgifter i hemmet. Vidare hade denna grupp barn god självkänsla och tillgång till stödjande personer i sin omgivning. De fann att möjligheten till förändring hade öppnat sig för dessa barn vid olika tillfällen i livet och de fördes på detta sätt in i ett normalt vuxenliv.

Psykisk sjukdom

Enligt Socialstyrelsen innefattar begreppet psykisk sjukdom olika tillstånd och symtom. De psykiska sjukdomarna brukar innefatta bland annat förstämningssyndrom, där depression och bipolär sjukdom med flera ingår; psykoser, där schizofreni ingår; och neurotiska syndrom (SoS rapport 1999:11).

Depression är en av de fem sjukdomar med högst prevalens i världen (Dwyer, Whitten & Hawrelak, 2010; Kruijshaar et al., 2005). Typiskt för depression är dämpad sinnesstämning, kognitiva svårigheter, minskat allmänintresse och fysiska besvär som huvudvärk, störd sömn, energilöshet och en förändring av sexlusten (Dwyer et al., 2010; Mann, 2005). Bipolär sjukdom utmärks av maniska perioder där en växling till depressiva perioder samt perioder av stabilitet mellan dessa växlingar kan ses (Gopin, Burdick, DeRosse, Goldberg & Malhotra, 2011).

Vid schizofreni kan både manier och depression ses (Gopin et al., 2011; Taylor, 1992) och enligt Gopin et al. (2011) och Hafner, Löffler, Maurer, Hambrecht och der Heigen (1999) samt Koreen et al. (1993) föregås ofta individens första schizofrena episod av depressiva symtom. Enligt Gopin et al. (2011) delar bipolär sjukdom och schizofreni unika kliniska drag trots att de är två skilda sjukdomar. De psykotiska drag som är kännetecknande för schizofreni kan ses i 50 procent av patienter med bipolär sjukdom (Goldberg, 1999; Gopin et al., 2011). En skillnad mellan sjukdomarna är att patienter med schizofreni visar mer allvarliga kognitiva brister än de med bipolär sjukdom (Goldberg, 1999; Gopin et al., 2011; Sanchez-Morla et al., 2009) och de kan också visa känslomässig ambivalens (Gopin et al., 2011; Trémeau et al., 2009) vilket kan vara relaterat till paranoida vanföreställningar (Bentall et al., 2009; Gopin et al., 2011).

Neurotiskt syndrom är ett karaktärsdrag som associeras med flera psykiatriska sjukdomar. Syndromet innebär en risk för att utveckla depression, ångest (Calboli et al., 2010; Christensen & Kessing, 2006; Kendler, Kuhn & Prescott, 2004) och demens (Calboli et al., 2010; Wang et al., 2009). Neurotiskt syndrom har visat sig vara mer vanligt hos kvinnor än män (Calboli et al., 2010; Jardine, Martin & Henderson, 1984). Om detta beror på kön, eller om män och kvinnor upplever levnadsförhållanden olika finns det lite kunskap om (Calboli et al., 2010., Eaves, Heath, Neale, Hewitt & Martin, 1998). Forskning har visat att en ärftlighetsfaktor finns i utvecklandet av neurotiskt syndrom (Bouchard & Loehlin, 2001; Calboli et al., 2010).

Behandling

Vid behandling av schizofreni och bipolär sjukdom används antipsykosläkemedel (Howland, 2011). Dessa läkemedel är effektiva men kan ge svåra biverkningar som till exempel dyskinesi, viktökning och sedation med mera. Detta gör att compliance vid användning av dessa läkemedel är mindre bra (Vacheron-Trystarn, Braitman, Cheref & Auffray, 2004). Litium är ett läkemedel som använts de senaste 60 åren vid behandling av bipolär sjukdom. Denna verkar som en stämningsreglerare (Malhi & Tanious, 2011) och kan användas i kombination med antidepressiva läkemedel eller antipsykosläkemedel (Quante, Zeugmann, Regen, Engelhardt & Anghelescu, 2010). Litium kan förvärra depressiva symtom om det används under lång tid och bör inte användas om personen är substansmissbrukare (Vacheron-Trystarn et al., 2004). Behandling av neurotiskt syndrom kan bestå av antidepressiva läkemedel, psykoterapi eller en kombination av dessa (Bebbington, et al., 2000). En kombinationsbehandling är väl lämpad även för individer med bipolär sjukdom (Dunner, 2001).

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) ger sjukvården möjlighet att tvångsvårda en individ om denne lider av allvarlig psykisk störning och på grund av detta har ett dygnet runt behov av vård. Ett beslut om tvångsvård får endast fattas efter att en särskild läkarundersökning gjorts där ett läkarintyg utfärdats (Svensk Författningssamling, 1991).

Missbruk

Missbruk ses då en person med substansbruk vid upprepade tillfällen misslyckas sköta sitt sociala liv. Detta kan gälla till exempel. arbete, skola och/eller hemförhållanden, om personen har upprepade problem med rättsinstanser eller att personen fortsätter bruka trots återkommande problem (Praktisk medicin, 2009).

Vanliga droger som ses vid missbruksproblem kan vara opioider, barbiturater, kokain, hasch och alkohol med mera. Karaktäristiskt för flera av de olika substanserna är att de kan ge ett psykiskt- och fysiskt beroende samt utvecklande av tolerans. Symtom som kan ses vid upprepade administration i höga doser kan vara sedation, ataxi, konfusion, emotionell instabilitet, eufori, sömnsvårigheter med mera. Symtom som kan ses vid abstinens är oro, tremor, yrsel, illamående, paranoia och så vidare. Vid svår abstinens kan konfusion och hallucinationer uppstå. Flertalet substanser påverkar personens tankeförmåga vilket kan leda till nedsatt omdöme och kontrollförmåga. Detta leder till olyckor, aggressivitet, mindre bra familjeförhållanden med mera. Skadan substansberoendet ger på omgivningen är relaterad till hur angelägen personen är att ta drogen och den emotionella instabiliteten (Eddy, Halbach, Isbell & Seevers, 1965).

Behandling

Behandling av missbruk kan bestå av copingstrategier, kognitiv beteende terapi (KBT) eller gruppsamtal (Sugarman, Nich & Carroll, 2010).

Copingstrategier hjälper individen att hantera behovet eller längtan efter till exempel en drog (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; Gholamzadeh, Sharif & Dehghan Rad, 2011). Kognitiv beteende terapi ger individen verktyg att behärska och förebygga känslomässiga svårigheter samt oönskat beteende som associeras med till exempel psykisk sjukdom eller missbruk (da Costa et al., 2011). Vidare finns allt ifrån självhjälpsprogram via datorn till behandlingshem för individer med missbruksproblem (Sugarman et al., 2010). Läkare som arbetar i primärvården kan hjälpa individer med missbruk på flera sätt, bland annat genom utbildning, kommunikation och klinisk support. Utbildningen kan bestå av rådgivning (Kahan, Wilson, Midmer, Ordean & Lim, 2009; Sears, Davis, Guydish & Gleghorn, 2009) och den kliniska supporten kan bestå av farmakologisk behandling (Harris, Kivlahan, Bowe & Humphreys, 2010; Kahan et al., 2009), avgiftning och/eller remiss till olika behandlingshem (Kahan et al., 2009).

Ytterligare behandlingsalternativ finns i lagen om vård av missbrukare (SFS 1988:870) i vissa fall. Denna ger sjukvården möjlighet att tvångsvårda en individ som missbrukar olika substanser. Beslut om tvångsvård tas om individen är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk, eller att vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Vidare kan beslut tas om individen till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en risk att förstöra sitt liv eller att det finns risk för att individen allvarligt skadar sig själv eller någon närstående (Svensk Författningssamling, 1988).

Föräldraskap vid psykisk sjukdom och/eller missbruk

Föräldrar med psykisk sjukdom kan ha svårigheter att tillhandahålla fysisk samt känslomässig omsorg och kan enligt Masten, Best och Germazy (1990) på så sätt misslyckas med att uppfylla sina barns behov. Dessa föräldrar har ofta svårt att utveckla ett fungerande förhållande till sina barn. Detta kan bero på föräldrarnas avvikande beteende (Miklowitz et al., 1986). Forskning har visat att akut deprimerade mödrar ofta visar ett ointresse för sina barns dagliga liv. Dessa mödrar har lägre förmåga att kommunicera och uttrycka känslor, samt visat sig var irriterade och hotfulla mot sina barn (Morton & Silverman, 1989).

Föräldrars missbruk kan riskera hälsan och utvecklingen hos barn redan från befruktningen. Vilka skador dessa barn riskerar beror på ålder, missbrukets karaktär och mönster, och i vilket sammanhang missbruket pågår (Manning, Best, Faulkner & Titherington, 2009). Forskning har även visat att föräldrar med missbruk vid upprepade tillfällen misslyckas att tillhandahålla en uppfostrande miljö (Johnson & Leff, 1999) samt uppvisar svårigheter att få det dagliga livet att fungera (Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987). Finansieringen av droger eller alkohol kan leda till att föräldrarna inte har råd att uppfylla de grundläggande behoven hos barn (Manning et al., 2009).

De eventuella skador dessa barn riskerar är inte nödvändigtvis begränsade till ett tungt missbruk. Dricka alkohol eller ta droger vid enstaka tillfällen kan påverka föräldrarnas kontroll av känslor, omdöme och förmåga att reagera. Detta gäller inte enbart under berusningen utan även då substanserna går ur kroppen vilket kan påverka föräldrarnas gensvar till barnets fysiska eller emotionella behov. Ett exempel är att spädbarn och små barns behov av stimulans inte blir uppfyllda samt att de äldre barnen får sköta hushållsarbetet och omvårdnaden av yngre syskon (Manning et al., 2009).

Ett barns rättigheter

Enligt föräldrabalken [FB] (FB 1949:381) har föräldrar/vårdnadshavare ansvar för barnets fostran, omvårdnad och trygghet till dess barnet fyller 18 år. Hänsyn ska tas till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter. I takt med att barnet utvecklas ska ökad hänsyn tas till dess önskemål och synpunkter. Vidare ska barnet förses med tillfredsställande försörjning samt stå under uppsikt för att förhindra skada för någon annan. Barnet ska behandlas med respekt för sin person och får inte utsättas för någon form av kränkande behandling (Regeringen, 2011).

Barnkonventionen antogs av Förenta Nationernas [FN] generalförsamling 1989 och innehåller bestämmelser om barns mänskliga rättigheter. Dessa fastslår att barn är individer med människovärde, egna rättigheter och dessa är universella. De betonar också barnets behov av skydd, stöd, uppfostran samt rättigheten till en levnadsstandard som främjar barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Dessa behov och rättigheter ska uppfyllas av vårdnadshavaren (Förenta Nationerna [FN], 1989).

Första januari 2010 trädde en förstärkning av Hälso- och Sjukvårdslagen [HSL] (HSL, 1982:763) 2g § Lagen om Yrkesverksamhet på Hälso- och Sjukvårdens område [LYHS] (LYHS, 1998:531) 2 kap. 1a § i kraft rörande barn till psykiskt sjuka/missbrukande föräldrar. Den säger att särskild hänsyn ska tas till denna grupp barns behov av råd, stöd och information, om dessa barns förälder/vårdnadshavare har psykisk störning/handikapp eller är missbrukare (Socialstyrelsen, 2010a). (LYHS, 1998:531) ersattes första Januari 2011 av patientsäkerhetslagen (2010:659) där ovanstående lagförstärkning kan ses i 6 kap. 5 § (Socialstyrelsen, 2011a). All Hälso- och sjukvårdspersonal lyder under Hälso- och Sjukvårdslagen. Därmed innefattas all Hälso- och Sjukvårdspersonal som kommer i kontakt med denna grupp barn av lagförstärkningen, så även sjuksköterskan (Socialstyrelsen, 2010a). Tillsammans med samhället delar sjuksköterskan ett ansvar att initiera och stödja handlingar som sörjer för svaga gruppers hälsa och sociala behov (ICN, 2005).

Socialtjänsten finns i alla kommuner, de är skyldiga att starta en utredning om misstanke finns att ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Oftast får socialtjänsten kännedom om sådana förhållanden genom en anmälan. Det är ett gemensamt samhällsansvar att göra en anmälan vid misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att göra det. Detta betyder att inte bara personer som kommer i kontakt med barn i sitt yrke ska anmäla missförhållanden utan att också allmänheten kan och bör göra en anmälan (Socialstyrelsen, 2011b). I de fall där socialtjänsten bedömer att utredning ej är nödvändig kan de förmedla kontakt med lämplig instans som kan utgöra ett stöd för familjen, till exempel i form av råd och information.

Vid bedömning att anmälan kan leda till åtgärd startas en utredning av socialtjänsten som bland annat bedömer föräldrarnas förmåga att ta hand om barnet. De observerar bland annat hur föräldrarna tillgodoser barnets fysiska, psykiska och emotionella behov i form av mat, dryck, sömn, att de är goda vuxna förebilder för sitt barn, att de tröstar barnet, skyddar barnet mot skador och faror med mera (Socialstyrelsen, 2011b). Med Socialtjänstlagen (SOS) som utgångspunkt tas beslut om eventuella åtgärder efter utredningen. Dessa kan vara till exempel att utse en stödperson eller ett omhändertagande av barnet (Socialstyrelsen, 2006).

Ett barns behov

För att utvecklas och känna trygghet är barn beroende av sina föräldrar under uppväxttiden. Om en förälder drabbas av psykiska problem och/eller missbruk kan familjens liv ändras och barn kan därmed uppleva komplexa och skrämmande händelser i hemmet. Mat, tvätt, väckning, nattning, läxhjälp och andra vanliga rutiner i en familj kan också sluta att fungera (Skerfving, 2005). Stening (1999) har definierat fyra för barn specifika psykiska grundbehov; att vara sedd, trygg, att duga och att vara behövd. När dessa behov tillfredsställs skapas en grundläggande trygghet, livslust, förmåga till utveckling och personlig mognad. Om behoven blir uppfyllda skapas en djup längtan som ofta uttrycks destruktivt. Henderson (1969) beskriver människans och därmed ett barns behov utifrån nödvändigheter som mat, husrum, kläder, kärlek, uppmuntran och av att känna sig nyttigt samt delaktig i sociala sammanhang. Dessa behov uppfattas på skilda sätt i olika delar av världen och på hur individer definierar dem samt förändras ständigt beroende på vilken fas i livet människan är.

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller missbruk

Wang och Goldschmidt (1996) framhåller anledning till oro för barnens livssituation i familjer med psykisk sjukdom. Livssituationen för majoriteten av barn till psykiskt sjuka föräldrar kan vara problem i skolan, konflikter med sina föräldrar och inblandning i kriminalitet och drogmisbruk (Weissman et al., 1984). Denna grupp barn har också ofta ett mindre bra förhållande till föräldrarna vilket leder till olika svårigheter (Miklowitz et al., 1986), som till exempel aggressivitet eller utanförskap (Elkins, McGue, Malone och Iacono, 2004). Antalet barn som lever med missbrukande förälder är större än tidigare beräkningar visat. I de hem som inte får hjälp av professionella yrkesutövare inom den sociala vården, upplever barn de största motgångarna. Därför menar forskare att den sociala vården bör se över sin roll att ge stöd åt dessa familjer för att förhindra skada på denna grupp barn (Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint, 2007; Manning, et al., 2009). En av skillnaderna mellan barn till alkoholmissbrukare och barn som inte har en förälder med missbruk är det emotionella bandet som visade sig vara sämre mellan barnet och den missbrukande föräldern (Bennett, Wolin & Reiss, 1988). Barn till föräldrar med alkoholmissbruk associeras med känslomässig negativitet, aggressivitet, olika stressreaktioner, utanförskap och mindre välbefinnande. Barn till föräldrar med drogmisbruk förknippas med låg förmåga till självbehärskning, kontroll och till att undvika faror (Elkins et al., 2004).

Risikfaktorer för barn till psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder

Barn till psykisk sjuk förälder

För att avgöra riskfaktorer i de enskilda fallen är det av intresse att titta på hur gammalt barnet är när föräldern insjuknar, hur svårt sjuk föräldern är och vilka skyddsfaktorer som finns i omgivningen (Morton & Silverman, 1989). Riskfaktorer för barn till psykisk sjuk förälder har visat sig vara mindre bra fungerande familjeförhållanden, känslor av skuld för situationen samt att de i högre grad är utsatta för svårigheter att fungera i det dagliga livet. Problem med ömsesidiga relationer och tillgivenhet är ytterligare riskfaktorer för denna grupp barn (Beardslee, Versage & Gladstone 1998).

Forskning har visat att dessa barn löper en ökad risk att utveckla psykisk sjukdom som till exempel depression (Beardslee, Keller, Lavori, Staley, & Sacks, 1993; Cowling, McGorry & Hay, 1995; Jorgensen, Teasdale, Parnas, Schulsinger, & Mednick, 1987) samt en ökad risk för känslomässiga svårigheter, beteendeproblem och minskad social kompetens (Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000; Rutter & Quinton, 1984). Tio till sexton procent av barn till schizofren förälder löper risk att själv drabbas av sjukdomen (Rutter, 1985) och cirka 50 procent av denna grupp barn riskerar att drabbas av personlighetsstörning, paranoia, borderline, depression, alkoholism/drogmissbruk eller antisocial personlighet (Morton & Silverman, 1989).

Barn till missbrukande förälder

Risikfaktorer för barn till en missbrukande förälder har genom forskning visat sig vara genetiska, utvecklings, psykologiska, psykosociala, fysiska och sociala skador (Barnard & McKegany, 2004; Jaudes, Ekwo & Van Voorhis, 1995; Manning et al. 2009). Vidare har risken för ett dysfunktionellt uppförande hos dessa barn relaterats till tidig utsatthet för missbruk, inadekvat övervakning samt misslyckandet att tillhandahålla en uppfostrande miljö (Johnson & Leff, 1999; Manning et al. 2009). Forskare har även sett att genetiska- samt familjefaktorer påverkar denna grupp barns utvecklande av missbruk, brottslighet och andra beteendeproblem (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni, 2002; Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey & Catalano, 2008).

Skyddsfaktorer för barn till psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder

Denna grupp barn riskerar problem, men riskfaktorerna kan kompenseras på olika sätt. Bland annat har det visat sig att ett fungerande nätverk runt denna grupp barn är en av skyddsfaktorerna (Fristorp, Kollarik & Rädda Barnen, 1999; Morton & Silverman, 1989). Ömsesidiga relationer med vuxna menar även Shachnow (1987) vara en faktor som påverkar denna grupp barn positivt. Ytterligare skyddsfaktorer är att dessa barn har en fungerande relation till sina syskon samt att de får positiv uppmärksamhet av övrig omgivning (Morton & Silverman, 1989). En skyddsfaktor som visat sig vara av betydelse är att människan är anpassningsbar till olika situationer vilket gör att individen klarar motgångar och har förmåga till god anpassning i livet (Morton & Silverman, 1989; Rutter, 1985).

Sociala insatser kan leda till mer stabila familjeförhållanden, ge ökad föräldrakunskap, bättre kommunikation och minskad risk för utveckling av sjukliga processer hos denna grupp barn (Morton & Silverman, 1989).

Ett exempel på sociala insatser är stöd från skolhälsovården. Stödet kan till exempel utgöras av föräldrautbildning som kan handla om konflikthantering och att eleverna erbjuds hälsosamtal. Hälsosamtalen kan leda till att skolsköterskan fångar upp individer som mår mindre bra. Barnhälsovården (BVC) är ytterligare exempel på sociala insatser då de har skyldighet att ingripa vid upptäckt av problem i familjer med barn noll till sex år (Socialstyrelsen, 2010b). I Sverige finns vårdinrättningar, organisationer eller föreningar dit denna grupp barn kan vända sig för att få hjälp och stöd, bland annat barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning (BUP), Barnens rätt i samhället (BRIS) och Rädda barnen med flera. Det kan vara svårt för denna grupp barn att söka hjälp själva, eftersom lojaliteten mot föräldern ofta är mycket stor (Sigling, 2002). Via internet kan denna grupp barn finna ytterligare organisationer som genom sina hemsidor erbjuder hjälp och stöd.

Omvårdnad

Henderson (1969) har på International Council of Nurses (ICN) uppdrag sammanställt omvårdnadshandlingar till 14 kategorier baserade på allmängiltiga mänskliga behov. De kan appliceras på alla patienter/människor i olika slags omgivningar som hem, sjukhus, skola, industri och så vidare. Omvårdnadshandlingarna omfattar både en fysisk och psykisk dimension vilket betyder att omvårdnad är lika viktig fysisk som psykisk. En del av den psykiska omvårdnaden är bemötandet av såväl patient som anhörig.

Bemötande

Att bekräfta en närstående, vuxen såväl som barn, har genom forskning visat sig upplevas positivt av denne (Andershed & Ternestedt, 2001) likaså att bli sedd (Johansson & Fahlström, 1993). Detta kan göras genom att sjuksköterskan söker ögonkontakt och nickar för att visa att det den närstående sagt är uppfattat. Vidare är det av betydelse att sjuksköterskan talar ett språk som den närstående förstår och genom att konversera vid sidan av det som rör patienten kan en kontakt skapas. Kontakten ger den närstående trygghet samt att sjuksköterskan når de närstående som inte själva söker kontakt (Pilhammar-Andersson, 2003).

I mötet med barn är det angeläget att sjuksköterskan tänker på sitt språk. Att använda korta meningar, undvika långa resonemang och använda vardagliga ord skapar gynnsamma förutsättningar för att en kontakt skapas. Vidare bör sjuksköterskan undvika att använda ”babspråk” vilket kan göra att barnet inte tar budskapet på allvar. Det mest angelägna är att visa ett intresse för vad barnet säger, att lyssna aktivt och att bekräfta vad barnet sagt för att denne ska uppleva en känsla av att bli tagen på allvar (Fossum, 2007).

Stöd, råd och information

Genom sin kompetens är det sjuksköterskan som avgör vilket stöd, råd och vilken information individen ska ges. Information ges i syfte att patient eller närstående ska få veta något – de ska ges kunskap. Stöd, råd och information är åtgärder som i de flesta fall inte kan skiljas åt. Sjuksköterskor beskriver ofta sitt sätt att ge kunskap som en ostrukturerad kombination av information, ge råd, berätta, lära ut, förklara, upplysa, klargöra, uppmana, ge direktiv, hjälpa och prata (Fossum, 2007).

Vilket innehåll informationen sjuksköterskan ger den närstående bygger på kunskap sjuksköterskan anskaffat genom utbildning, yrkeserfarenhet samt livserfarenhet (Fossum, 2007; Pilhammar-Andersson, 2003).

Sjuksköterskan kan till exempel inhämta mer kunskap genom litteratur eller lyssna till vad de närstående ger för information. Kunskap rörande de närstående är angeläget för att sjuksköterskan ska kunna ge väl anpassad information, råd och stöd till denne. Ett av områdena i sjuksköterskans möte med den närstående är att ge kunskap om vem denne kan vända sig till i olika situationer. Ett annat betydelsefullt område för sjuksköterskan att undersöka är behovet av hjälpinsatser i hemmet såväl praktiska som emotionella (Pilhammar-Andersson, 2003). Målet med informationen är att den närstående ska hantera situationen och framtiden på bästa sätt (Paterson, Kieloch & Gmiterek, 2001).

Att ge stöd, råd och information i samtal med barn till psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder är en rättighet barnet har (SFS 2010:659), något som forskning visat att hälso- och sjukvården vid upprepade tillfällen förbiser (Mordoch, 2010; Philips, 1983).

Under 2005 informerade personal inom den psykiatriska vården färre än 15 procent av de barn till psykiskt sjuka föräldrar som var inlagda för sjukhusvård (Ostman, Wallsten & Kjellin, 2005). Detta gör att de förebyggande insatserna och ett tidigt ingripande hos denna grupp barn går förlorat. Följaktligen gör det att barnen har få resurser som hjälp. För att hantera sin situation har forskning visat att barn till psykisk sjuk förälder skaffar kunskap och information om sin situation på egen hand. Detta kan ske genom, "Fitting the Pieces Together", att se mönster av förändringar hos föräldern och få sporadisk information från till exempel lärare eller andra vuxna, vilket ger dem en möjlighet att uppleva en förståelse för sin förälder (Mordoch, 2010).

Barn vill veta vad som händer med deras förälder när denne får vård samt vad som ska hända i den nära framtiden (Lackey & Gates, 2001). Därför bör sjuksköterskor uppmärksamma att barn har frågor vilka kräver svar från en förtroendeingivande och empatisk vuxen (Mordoch, 2010). Sjuksköterskan har kompetens i omvårdnad vilket innebär att ansvaret för de omvårdnadsåtgärder som vidtas är sjuksköterskans. Rådgivning och information är åtgärder av betydelse för att barnet ska uppleva stöd. Fokus i mötet är att identifiera barnets behov av att veta och förstå (Pilhammar-Andersson, 2003).

Vuxnas perspektiv på barns upplevelser kan skilja sig från barnens egna (Lightfoot, Wright & Sloper, 1999; Mordoch, 2010). Därför är det av betydelse att ha kunskap om vad denna grupp barn önskar för information (Mordoch, 2010).

Barn är i de flesta fall medvetna om och kapabla att uttrycka sitt perspektiv på psykisk hälsa (Roose, Yazdani & John, 2003). Dessa perspektiv är viktiga att tillvarata för att säkerställa att barnen ska erhålla utvecklingsmässigt anpassad information. Forskning har förevisat att denna grupp barn upplevde ett stöd av att veta att det fanns andra barn som levde under liknande förhållanden. Detta gjorde att dessa barn inte kände sig lika ensamma i sin egen situation. Vidare har forskning visat att denna grupp barn uppskattar att ge andra barn i liknande situation råd och stöd om hur de ska hantera sin situation. Denna grupp barn framhåller att de vet att något är annorlunda i deras hemmiljö, att skydda dem från information orsakar därmed ökad oro (Mordoch, 2010).

Dagligt liv

I enlighet med Nortvedt, Skaug och Kristoffersen (2006) definieras begreppet dagligt liv i detta arbete enligt följande: Psykosociala aktiviteter/fritidsaktiviteter, Arbetsaktiviteter och Personlig omsorg. Psykosociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter, består av till exempel umgänge med familj, vänner, naturupplevelser, sport, konst, och föreningsliv.

Arbetsaktiviteter innebär att utföra lönearbete, hushållsarbete samt skolgång och utbildning. Med personlig omsorg menas aktiviteter i samband med till exempel matintag, personlig hygien, av- och påklädning samt kommunikation. Genom alla dessa aktiviteter tar individen vara på sig själv, skaffar det hon behöver, har kontakt med andra människor och skapar trivsel. Det innebär att dygnet struktureras i en bestämd rytm med arbete, lek, fritidsaktiviteter, vila och sömn. De aktiviteter som sedan ingår i det dagliga livet beror på, samt påverkas av individens kön, ålder, färdigheter, livs- och arbetsvillkor samt kunskap och kultur (Nortvedt, Skaug och Kristoffersen, 2006).

Faktorer som kan påverka individens val av aktivitet kan vara ålder, miljö och kultur. När det handlar om ålder innebär det att intresset förändras med tiden dels utifrån den fysiska förmågan men även den mentala kapaciteten. Miljön som kan påverka valet av aktivitet innefattar den fysiska miljön och den sociala omgivningen. I den fysiska miljön avses aktivitetsmöjligheter i närmiljön som hemmet, på arbetsplatsen och vilka fritidsområden och serviceutbud som finns tillgängliga. Den sociala omgivningen innefattar det sociala nätverket och de resurser som finns där till exempel hur ålderssammansättningen är, kulturen och de aktivitetsmöjligheter som finns i miljön. Vilken kultur individen tillhör påverkar individen i dess förhållande till aktiviteter. Omfattningen och valet av aktiviteter är ofta kopplat till bestämda åldersgrupper och sociala grupper. Det finns även ett samband mellan den fysiska aktivitetens omfattning, ekonomiska möjligheter och utbildning (Nortvedt et al., 2006). De ekonomiska bekymmer som är karaktäristiska för hem med missbrukande förälder, gör att flera av de aktiviteter i det dagliga livet barnen har behov av inte uppfylls tillfredsställande hos dem (Barnard & McKeagney, 2004; Haggerty et al., 2008; Keller, Catalano, Haggerty & Fleming, 2002).

Vidare påvisar studier risken för att det dagliga livet i en familj fungerar otillfredsställande när en av medlemmarna drabbas av psykisk sjukdom, oberoende av vilken psykisk sjukdom det är (Fadden et al., 1987). En av anledningarna till detta är att barnet kan komma att fungera som ”ung vårdgivare” åt sin förälder. Karaktärsdrag för dessa barn är att de är under 18 år och utför omvårdnadsåtgärder och tar ett ansvar i hemmet som vanligen tas av en vuxen. Det har visat sig att cirka 50 procent av barn till psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder fungerar som ung vårdgivare (Blyth & Millner, 1997). Att leva nära samt medverka i vården av en person med psykisk sjukdom kan innebära en betydande belastning, framför allt i ett akut skede av sjukdomen (Ostman et al., 2005). Vidare kan det dagliga livet för denna grupp barn innebära upplevelser i hemmiljön som är svåra att förstå, förutsäga och hantera. Barnen finner sig i den stress som situationerna framkallar vilket kan leda till ett flertal negativa känslor (SoS rapport 1999:11).

SYFTE

Syftet var att beskriva maskrosbarns upplevelser i det dagliga livet under uppväxttiden med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder

METOD

Val av metod

En kvalitativ intervjumetod valdes för datainsamling då studien syftade till att beskriva upplevelser. Metoden var lämplig då den gav författarna en bild av respondenternas upplevelser och erfarenheter inom det valda ämnet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Författarna använde sig av två olika former för datainsamling, dels face to face intervju det vill säga ansikte mot ansikte (Kvale & Brinkman, 2009) och elektronisk post intervju det vill säga E-postintervjuer (Beck, 2005; Gillham, 2008; Hunt & McHale, 2007; Lakeman, 1997; Polit & Beck, 2008), som även kallas datorstött intervjuande (Kvale & Brinkmann, 2009).

Urval och urvalskriterier

Respondenterna valdes utifrån kriterierna att de uppnått myndighetsåldern 18 år (Nationalencyklopedin, 2011), att de under uppväxttiden levde med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder samt att de identifierade sig som maskrosbarn. Antalet intervjupersoner anpassades efter studiens syfte och enligt Kvale och Brinkmann (2009) utgör ett för litet antal intervjuer besvär med att generalisera och ett för stort antal, hinder för att ingående tolka intervjuerna.

Urvalsgrupp

Sammanfattningsvis deltog sju kvinnor i åldrarna 25-49 år som bodde utspridda över hela Sverige. Dåvarande familjesituation för fyra av dem var ensamstående utan barn, en var omgift och hade barn, en var gift och hade barn och en var ensamstående med barn. Arbetsituationen för respondenterna var att fyra respondenter inte arbetade, men en hade författat böcker om sina upplevelser under uppväxttiden, en studerade till socialpsykolog och en var utbildad socionom. En av respondenterna drev ett eget företag och en annan besatt en hög befattning inom socialtjänsten. Uppväxttiden för alla respondenter utom en bestod av splittrade familjer där det fanns hel och/eller halvsyskon samt styvföräldrar samt deras barn. Antingen hade de bott hos båda, hos den ena föräldern eller varvat. En respondent hade bott på barnhem och i fosterhem

Intervjuguide

I enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) utformades en halvstrukturerad intervjuguide för att skapa en öppenhet i intervjusituationen (bilaga V). Med halvstrukturerad menas att författaren ges en möjlighet att tolka de beskrivningar respondenten ger av sin livsvärld. Totalt formulerades 12 intervjufrågor genom att göra en översikt av de ämnen som skulle täcka undersökningens syfte. Under varje ämne fanns förslag på frågor och under dessa fanns områden som svaret på frågan kunde involvera. Detta för att kunna följa upp respondenternas svar och de nya riktningar som kunde uppstå (Kvale & Brinkmann, 2009). Inför E-post intervjuerna lades frågor till i intervjuguiden (bilaga VI). Dessa handlade om respondenternas upplevelse av att blogga.

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes face to face för att pröva intervjuguidens utformning samt utforskning av ämnet, då författarna ansåg att ämnet för studien kunde uppfattas som känsligt. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är kvalitén på den ursprungliga intervjun en avgörande faktor för studiens analys, verifiering och rapportering. Kvalitén innefattar rika, relevanta och spontana svar samt relevanta intervjufrågor.

Revidering av intervjuguiden gjordes efter pilotintervjun då bland annat frågor som inte svarade på syftet exkluderades. Ett exempel på en fråga som inte svarade på syftet var: ”Hur många gånger har du varit i kontakt med socialtjänsten?”.

Pilotintervjun ingår i studien då författarna ansåg att den i sin helhet svarade väl mot syftet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Genomförande

Totalt tillfrågades åtta respondenter, varav sex inkluderades i studien. För att få kontakt med maskrosbarn använde sig författarna av Internet. Enligt Beck (2005) och Duffy (2002) är Internet ett värdefullt redskap för att få tag i stickprov ur vanligtvis dolda befolkningsgrupper. Flertalet organisationer så som Kuling, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH), Maskrosbarn, och PS Young Support, kontaktades för råd om hur respondenter skulle kunna nås. De jobbade alla med att på ett eller annat sätt uppmärksamma, nå och hjälpa barn till psykiskt sjuk/missbrukande förälder. Kontakt togs även med författaren och forskaren Skerfving via E-post för ytterligare råd. Rådet som gavs var att undersöka olika bloggar. Genom att söka på maskrosbarn och asfaltsblomma, som kan användas som en synonym till maskrosbarn, kunde kontakt tas med sex av respondenterna. Fem skrev i egna bloggar och den sjätte intervjupersonen som var författare, hade länkat till ett utdrag ur sin självbiografiska bok i en av respondenternas bloggar. Den sjunde respondenten kontaktades personligt via ett föredrag som organisationen Maskrosbarn höll i Stockholm i november 2010. Den åttonde respondenten tillfrågades via personliga kontakter.

En förfrågan (bilaga I) om medverkan i studien skickades via E-post till presumtiva respondenter via nätet. En respondent fick studien i korta drag presenterad för sig över telefon och förfrågan om medverkan. En respondent informerades muntligt om syfte och metod. Efter att alla respondenter accepterat förfrågan om medverkan skickades ett brev via E-post med information till sex av respondenterna (bilaga II) om att samtalet var strängt konfidentiellt, om frivilligt samtycke och att all data bevarades på säkert ställe. Ett brev till verksamhetschefen för organisationen Maskrosbarn skickades samt blankett för godkännande (bilaga III och IV).

Sex av respondenterna som kontaktades via Internet visade sig bo utspridda över hela landet varav en bodde i Stockholms län. Till de respondenter som inte bodde i Stockholms län skickades ännu en förfrågan om medverkan genom E-post intervjuer, vilket alla fem respondenter accepterade.

Den första face to face intervjun som var pilotintervjun, genomfördes i en av författarnas hem enligt respondentens önskemål. Miljön var lugn och i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) inledde författarna intervjun med en genomgång av hur intervjun skulle gå till genom att berätta kort om syftet med intervjun, användningen av ljudbandspelare och om respondenten hade några övriga frågor. Till hjälp hade författarna de redan utformade frågorna (bilaga IV). Vid face to face intervjuerna strävade författarna, som båda deltog, efter att skapa ett professionellt samtal där en interaktion mellan deltagarna kunde ske. Genom att aktivt lyssna, vara uppmärksam och tydlig med vad författarna ville veta gav samtalet uttömmande svar. För att undvika en känsla av spänning och tomhet efter intervjuns slut avslutade författarna med att fråga om respondenten hade något mer att tillägga samt hur personen uppfattat intervjusituationen (Kvale & Brinkmann, 2009). Den andra face to face intervjun ägde rum på ett café på respondentens begäran. Miljön var också där lugn då det var ett mindre café samt att författarna och respondenten satt i ett undanskymt läge. Liksom i föregående intervju startade och avslutade författarna på samma sätt.

Vad gäller de fem E-post intervjuerna gjordes dessa oberoende av tidpunkt och plats. Intervjufrågorna skickades samtidigt via Internet (bilaga IV) och tid sparades på så sätt (Beck, 2005; Gillham, 2008; Hunt & McHale, 2007; Polit & Beck, 2008). Respondenterna informerades om att de kunde komma att få kompletterande frågor samt ombads svara under nästkommande vecka (Hunt & McHale, 2007). Detta är i enlighet med Gillham (2008) som säger att ett klargörande av tidsramen ska sättas upp för arbetet. Detta innebär att intervjupersonerna anges tidpunkten när ett svar förväntas ha inkommit. Tidsutrymmet gav också författarna möjlighet att skicka kompletterande frågor (Hunt & McHale, 2007). Allt eftersom författarna fick svar från E-post respondenterna lästes intervju svaren av båda författarna. Sedan diskuterade författarna kompletterande frågor som skickades tillbaka till respondenterna. Även då ombads deltagarna svara inom en vecka. Eftersom E-post meddelanden inte är lika påträngande som ett telefonsamtal är det inte heller opassande att artigt påminna om att ett svar väntades (Gillham, 2008), något författarna behövde göra med en respondent. Efter att författarna erhållit det material de eftersökt informerades respondenter om att intervjun var avslutad och de tackades för deltagandet. Deltagarna gavs även möjlighet att ställa ytterligare frågor och/eller ge kommentarer angående studien och deltagandet. Det möjliggjordes även för dem att kunna kontakta författarna om de hade frågor i framtiden (Hunt & McHale, 2007).

Bortfall

Personen som tillhörde organisationen Maskrosbarn som från början tackat ja till att delta, valde senare att tacka nej. Författarna valde också att utesluta en respondent.

Databearbetning

Efter att face to face intervjuerna utförts, transkriberade författarna en intervju var, sedan läste de varandras material för att ta del av all data (Kvale & Brinkmann, 2009). För att få en helhetsbild av det samlade materialet från face to face- och E-post intervjuerna, lästes det av båda författarna som sedan reflekterade tillsammans över innehållet. Författarna delade sedan upp texten genom att klippa ut varje intervjufråga samt svaren som sedan lades i kuvert vilka författarna konstruerade, ett för varje intervjufråga. På varje kuvert skrevs en mening eller ett ord som speglade innehållet. Sedan gick författarna igenom ett kuvert i taget och började klippa ut meningsenheter ur texten. Vissa meningsenheter flyttades till andra kuvert där författarna ansåg att de passade bättre. Dessa meningsenheter kondenserades och kodades. Vissa koder använde forskarna som underkategorier som efter jämförelse av innehållet blev kategorier. Teman som baserades på texten som helhet kunde ses som en process under hela analysarbetet. Detta gjorde att författarnas uppfattning om teman förändrades under arbetets gång eftersom känslan för det underliggande budskapet framkom under tiden. Under hela arbetets gång diskuterades innehållet i texten för att båda författarna skulle ha en gemensam uppfattning om hur texten skulle tolkas (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Trovärdighet

En genomarbetad intervjuguide samt pilotintervju ökade trovärdigheten i studien då datainsamlingen handlar om att forskaren bör sträva efter att skapa tillförlitligt insamlad data utifrån två aspekter: att studien genomförs på ett sätt som ökar tilliten till fynden samt genom att vidta steg för att bevisa trovärdigheten för utomstående läsare (Polit & Beck, 2008).

Genom att båda författarna läste och diskuterade intervjuernas innehåll ökades trovärdigheten till materialet. Intervjuerna genomfördes med en ödmjuk inställning och ett etiskt förhållningssätt med tanke på att ämnet kunde uppfattas som känsligt. Detta gjorde att tilliten till fynden ökade eftersom författarna strävade efter ett klimat som ingav respondenten trygghet och förtroende under intervjuerna. Författarna är medvetna om att alla människor är olika och därför kan fynden variera (Polit & Beck, 2008). För att illustrera och stärka respondenternas svar har citat använts i resultatet, dessa har tagits direkt från den transkriberade texten utan att skrivas om (Kvale & Brinkmann, 2009).

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden har gjorts genom informerat samtycke, vilket innebär att deltagarna informerades om studiernas syfte och om hur studien var upplagd. Att informera om att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas utan några frågor eller konsekvenser gjordes, vilket hör till god forskningsetik, samt att det endast var författarna som hade tillgång till materialet. Konfidentialitet innebär att data som insamlades och var av privat natur inte redovisades på ett sådant sätt att identiteten på deltagarna röjdes, samt att deras privata integritet skyddades vilket genomfördes i enlighet med forskningsetiska principer som också innefattar informationskravet, samtyckeskravet, krav kring konfidentialitet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2007). Konsekvensanalys av den kvalitativa studien gjordes genom att göra en bedömning av den skada som deltagarna kunde bli lidande, samt vilka vetenskapliga fördelar deltagandet gav (Kvale & Brinkmann, 2009). De ljudinspelade intervjuerna samt transkriberingarna förvarades skyddat och i lösenordsskyddade datorer och raderades när författarna fick fram ett resultat vilket Vetenskapsrådet (2007) framhåller. De etiska principerna kan och får inte ersätta författarnas egna reflektioner av sitt arbete (Helgesson, 2006).

RESULTAT

Resultatet presenteras med utgångspunkt från tre övergripande teman; Psykosociala aktiviteter/fritidsaktiviteter, Arbetsaktiviteter och Personlig omsorg med utgångspunkt att beskriva det dagliga livet, under uppväxten med en psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder. Övergripande teman redovisas vidare i underrubriker. Representativa citat illustrerar resultatet.

Psykosociala aktiviteter/fritidsaktiviteter

Hemmiljön

Ett gemensamt drag hos samtliga respondenter var att hemmet de delade med den psykiskt sjuke och/eller missbrukande föräldern inte var en miljö de gärna vistades i. Detta berodde ofta på upplevelser av att föräldern var oförmögen att tillgodose barnets behov av kärlek och trygghet, vilket beskrevs orsaka känslor av bl.a. smärta och sorg.

"(...) svarta eller mörkt grå, det fanns ingen glädje, skratt, kramar av kärlek (från hjärtat), Jag var ingen individ som var önskad eller älskad."

Att skydda sig själv och försöka överleva på egen hand genom att stänga av alla känslor och intryck, beskrevs som ett sätt att hantera smärtan och sorgen hemmiljön skapade.

Avsaknaden av känslomässig omsorg resulterade för flera respondenter i en frånvaro av känslor hos sig själva, men även för hemmiljön. Att inte veta vad känslor var eller att inte känna något beskrevs.

”Det första jag gjorde var att lära mig att inte tala, inte känna, inte se, de förutsättningarna blev grunden för mitt liv, och jag var tvungen att leva efter dem för att inte bli tokig eller sinnessjuk.”

”Jag visste ju inte ens vad sorg var, fast jag var full av den. Jag tror helt enkelt att jag ”frös in sorgen” i mig själv, läste, och slängde nyckeln.”

Vidare belystes att det var hos den friska föräldern som ny livskraft samlades. Men även upplevelsen av att inte kunna glädjas, slappna av och leva i nuet under tiden med den friska föräldern. Detta beskrevs ofta bero på att livskraften som samlades under vistelsen tappades lika fort då det var dags att återvända till den sjuka föräldern. För att hantera denna situation var det därför nödvändigt att låtsas som om allt var bra.

”Jag hanterade det på det enda vis jag kunde – jag bet ihop. Jag grät i mörkret när jag var ensam och log inför alla andra. När alla frågade hur jag mådde, mådde jag såklart förträffligt – jag var lycklig.”

Känslan av att må som bäst beskrevs när den missbrukande föräldern var borta från hemmet. Då var hemmiljön lugn. Att vara ensam i hemmet eller att vara med den friska föräldern upplevdes som att tillvaron var bra trots allt.

”En sån dag kunde jag känna mig glad och lite tacksam, och tycka att jag kanske hade det ganska bra.”

Bristen på omsorg i hemmiljön skapade en längtan hos flera av respondenterna. En längtan efter att den missbrukande eller sjuka föräldern skulle bli frisk och sig själv igen. Längtan efter att bli av med smärtan och ”den stora svarta stenen” de kände inombords eller att få uppleva hur det är att ha en annan mamma. Någon som tar hand om en när man är sjuk eller håller en om ryggen.

”Det värsta var att se när andra barn eller tonåringar fick kramar och kärlek av sina föräldrar, på det viset jag aldrig fick.”

Rädsla var ofta närvarande i flera respondenters vardag. Hemmiljön kunde innehålla en aggressiv och/eller paranoid förälder som ofta uttryckte hat eller hot om våld. Att hela tiden känna sig oönskad, att vara ”en nagel i ögat” på föräldern, och rädslorna som tidigt föddes genom föräldrarnas sätt att vara och tala beskrevs. Detta skapade otrygghet.

”Den rädsla jag hade på nätterna påverkade mig på olika vis, dels så kunde jag aldrig djupsova, jag vaknade av det minsta lilla ljud som ett knäpljud från elementet. Och jag låste ofta in mig på mitt rum på nätterna och var livrädd att pappa skulle döda mig.”

Rädslan för den sjuka föräldrarnas paranoida utspel beskrevs. Att hålla sig undan och gömma sig och att vara totalt isolerad med sin sjuka förälder i en lägenhet ända fram till skolåldern var ytterligare upplevelser som ledde till rädsla.

"(...)hon tog ut sin sjukdom på mig med hallucinationer och paranoida tilltag och jag ingick i hennes jättekonstiga värld (...) hon knuffade mig nerför trappen."

Att ha självmordstankar i tidig ålder upplevdes vara helt normalt.

"När jag var någonstans i slutet av mellanstadiet så hade jag redan då väldigt mycket mörka tankar som jag inte delade med människor. Jag hade ganska tidigt tankar om att inte vilja leva."

Att hantera vardagen under uppväxttiden beskrevs på flera sätt där flykt från hemmet kunde vara en utväg.

Men även genom litteratur och media med dess möjligheter att kunna drömma sig bort. Vidare belystes styrkan att aldrig ge upp utan att fortsätta kämpa som ett sätt att hantera sin situation. Ytterligare sätt var helt enkelt att hantera situationen utan att fundera.

"(...) flykt, flykt från hemmet och verkligheten på vissa sätt genom att inte vara hemma mer än nödvändigt och genom att "festa" ganska rejält periodvis."

"I den åldern tänker man inte på hur man hanterar situationen utan kampen att överleva blir automatisk."

Den dolda hemmiljön

Att det fanns hemligheter i vissa familjer var det inget det talades högt om. Ett ansvar att inte berätta för någon om hur det var hemma, att dölja sanningen förekom. Några var medvetna om att deras hem inte var som alla andras och andra var det inte.

"Eftersom vår familj ofta höll sig för sig själv trodde jag att jag hade det som alla andra, vilket jag först senare kom på att jag inte hade."

En av hemligheterna som belystes var att missbruk inte skulle avslöjas, inte ens inom familjen. Det smusslades med alkohol och de ekonomiska svårigheterna missbruket medförde kunde leda till att till exempel elen stängdes av. Dessa incidenter förklarades med att det blivit något missförstånd. Barnet förstod dock mycket väl vad som var orsaken.

"Även om jag var ett barn förstod jag varför allt kändes kusligt kallt och mörkt – pappa hade druckit upp pengarna och inte kunnat betala räkningarna."

De respondenter som var medvetna om att deras hem inte var som alla andras tog inte gärna hem kompisar till vardags eller på kalas. Detta kunde bero på känslor av skam hos barnet på grund av att den sjuka föräldern betedde sig konstigt eller att det var smutsigt och stökigt hemma. Dessa tankar kunde ge ständigt dåligt samvete.

"(...) hela tiden dåligt samvete för att man tyckte ju att hon var dum för hon var ju sjuk och det var ju inte hennes fel."

Vidare hade dessa respondenter ofta en frisk förälder att relatera till. De såg hur en frisk förälder "ska" vara och dennes kärlek betydde mycket. Vetskapen om att det egentligen är en vuxen som ska ta hand om barnet och inte tvärtom, upplevdes som en trygghet.

Det framkom även att det bara var vid vistelse hos den friska föräldern som barnen kunde koppla av och träffa kompisarna. Hos den sjuka föräldern fanns behovet av att dölja problemen, vilket upplevdes som påfrestande.

”Utan i alla fall en vettig förälder vet jag inte hur min vardag sett ut”

”Hos mamma hade jag inte samma behov av kontroll och kunde därför leka och vara ute på ett helt annat vis”

En alternativ hemmiljö

Kompisar kunde i vissa fall bli en alternativ familj. Det var dock inte alltid kompisarna själva mådde bra.

Några befann sig på samhällets baksida där droger och alkohol förekom även på vardagar. Flera respondenter redogjorde för sina erfarenheter av denna alternativa familj.

”Som tonåring orkade inte jag med alla tankar av min uppväxt, så jag använde mig av alla droger jag kunde få tag i, det var enda sättet att överleva.”

Gemenskap med kompisars familjer gav en känsla för vad som var en ”normal” hemmiljö. Ett vuxet nätverk samt att bli betraktad som en medlem i sina kompisars familjer upplevdes som en trygghet och de blev mycket viktiga för flera respondenter under uppväxttiden. Gemenskapen med ungdomar i en församling och tron på Gud hjälpte några av respondenterna att hantera sin tillvaro och det fanns en övertygelse om att Gud varit en hjälp för att klara av uppväxttiden.

”..och kyrkan med sitt förlåtande budskap och så, det tror jag gjorde mycket.”

Majoriteten av respondenterna beskrev att de önskade en alternativ hemmiljö men ett ansvar för att föräldern skulle vara frisk och må bra gjorde att de var tvungna att släppa tanken på att flytta.

”Det är klart att alla de tankar man hade på att vilja flytta, de fick man ju lägga på hyllan för man hade ju bokstavligen hennes liv på sina axlar.”

Över tiden fick några respondenter uppleva att få en ny hemmiljö. Den beskrevs som att känna sig som ett styvbarn, som askungen, och trots att det kunde bli en hel del konflikter i den nya miljön upplevdes det positivt att få en ny hemmiljö.

”(...)även den tiden var ju verkligen ingen dans på rosor, utan det var en ganska svår tillvaro, men för mig så var det rena paradiset.”

Positiva minnen

Trots många svåra stunder så fanns ändå en del positiva minnen från hemmiljön för några av respondenterna. Att få känna sig märkvärdig och stolt över att familjen hade en sommarstuga beskrevs vara en ljuspunkt. En sommar med tält och camping tillsammans med en psykiskt sjuk förälder upplevdes som ”skitroligt” och en förundran över hur bra den sjuka föräldern klarat av det uttrycktes.

”Vi hade ju roligt också det tror jag nog att jag blivit bättre på att komma ihåg på äldre dar.”

Ytterligare positiva minnen var att ensam få umgås med den friska föräldern efter konflikter i hemmet. Detta beskrevs som en höjdpunkt i tillvaron.

”(...)och vi myste bara mamma och jag.”

Arbetsaktiviteter

Skola/Fritids

Några respondenter berättade att skolan var en fristad där de kunde koppla av och vara duktiga och utåtriktade. Några var tvärtom blyga och tillbakadragna och osäkerheten på vad som väntade hemma efter skolan eller fritids var påfrestande för flertalet respondenter.

”Jag var ofta rädd att det skulle hända mamma nåt, t.ex. att hon skulle dö medan jag var i skolan. Hon sa ibland att det nog skulle hända under dagen, vilket givetvis gjorde att skolan inte fungerade.”

Ytterligare svårigheter som kunde vänta när barnet kom hem från skola eller fritids var att föräldrarna hade fest. En lägenhet eller ett hus fullt med berusade människor, aggressivitet, sexuella övergrepp och till och med risken att bli skjuten.

”(...) mina föräldrar hade fest (...) spritflaskorna fyllde hela vardagsrumsbordet och människorna myllrade runt som myror i en myrstack.”

”Vi tre barn sprang in på toaletten och låste dörren. Då smällde geväret av så det blev jättemånga hål i dörren.”

Svårigheterna i hemmiljön kunde för respondenterna leda till problem att klara av skolgången och resulterade i sämre resultat i skolan. För några respondenter var lärarna betydelsefulla, inte bara som en hjälp för att klara av skolarbetet bättre, utan även som en trygghet i tillvaron.

”(...) jag har haft vissa väldigt starka relationer till lärare, vilket har betytt otroligt mycket.”

Ung vårdgivare

En stor del av tillvaron i hemmet gick för några respondenter ut på att agera ung vårdgivare åt den sjuka eller missbrukande föräldern på olika sätt. Till exempel genom att göra allt för att den sjuka föräldern inte skulle vara ledsen. Detta gjorde att behovet av att ge tröst hela tiden fanns hos barnet samt att stänga in sin egen sorg för att vara stark för den sjuka föräldern.

”Jag hade helt enkelt inte tid att själv sörja, jag hade ju fullt upp med att ta hand om mammans sorg.”

Ytterligare sätt att agera ung vårdgivare kunde beskrivas som att ge stöd åt den sjuka föräldern vid sjukdomsutbrott.

Att vara ett stöd när de skulle gå ut och att snabbt hjälpa den sjuke hem vid till exempel en panikattack beskrevs som en skyldighet mot föräldern. En skyldighet som påtalades av den sjuke föräldern.

”Det gjorde jag naturligtvis, genom att leda hem mamma och uppmuntra så gott jag kunde som liten...”

Andra sätt att hjälpa sina föräldrar framställdes som att gå emellan vid konflikter i hemmet och att hålla med den sjuke föräldern.

En vana att ta hand om sin sjuka förälder redan från tidig ålder beskrevs och även kontakt med sjukvården angående den sjuka föräldern. Det stöd som sjukvården erbjöd var i flera fall bristfällig.

”Läkaren sa till mig att om jag var riktigt, riktigt snäll så behöver hon inte åka in till sjukhuset (...) det är klart att hon las naturligtvis in på sjukhuset och som barn fanns ju bara en rimlig förklaring, jag hade inte varit tillräckligt snäll.”

Personlig omsorg

Att sköta sin personliga hygien förekom inte i alla respondenters hemmiljö och att vara tvungen att gå till skolan i smutsiga kläder hörde inte till ovanligheten.

”(...) nej borsta tänderna gjorde jag inte och badade vet jag inte om jag gjorde, det antar jag.....” (...) däremot uppmuntrade mina föräldrar inte mig att hålla hygien, därför var jag ibland smutsig i skolan.”

Att inte få äta sig mätt hade flera respondenter erfarenhet av. Detta kunde bero på ekonomiska problem eller att föräldern inte kunde eller ville ge barnet mat.

Anledningen till det kunde vara att föräldern ansåg att barnet var ”rund” och skulle dricka minimjolk, inget eller minimalt med margarin på brödet samt extra små portioner mat och så vidare.

”Det fanns inga bra dagar, det fanns enstaka tillfällen när kroppen var lugn, och det var när jag äntligen fick äta mig mätt, och det hände inte ofta.”

För att hantera sin hunger beskrevs en möjlighet vara att stjäla mat från affären eller att lita till att en släkting kom förbi med mat. Ytterligare sätt att hantera hungern var att acceptera den.

Kommunikation

Kommunikationen mellan familjerna och till exempel socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP) var oftast mindre bra. Trots svårigheter i skolan, ovanligt smal kropp, dålig hygien, smutsiga kläder, hunger eller hög frånvaro i skolan såg inte socialtjänsten de bakomliggande problemen. Oftast startades flertalet utredningar för att undersöka vad problemet var men i de flesta fall misslyckades de att se vad som verkligen pågick.

”Detta för att utreda om mina problem berodde på en eventuell utvecklingsstörning, eftersom ingen verkade se sambandet mellan mina svårigheter och hemförhållandena.”

Även kommunikationen i skolan kunde vara bristfällig. Otillräcklig information till lärare om barnens situation kunde leda till sämre förståelse från lärarens sida om barnet till exempel grät under lektionstid. Majoriteten av respondenterna betonade vikten av information till barnen om föräldrarnas sjukdom och situation.

”Det är otroligt viktigt att prata med barnet om föräldrarnas sjukdom. Det är det ingen som gjort med mig förrän jag själv krävde det och då var jag femton år.”

”(...) se barnets situation. Man tycker inte man ska behöva säga det men det är något som tappas bort inom vården.”

En respondent betonade att en yrkestitel som till exempel sjuksköterska, ger mycket makt och det därför är av vikt att se barnets situation och våga fråga hur barnet mår och har det. Vidare underströk respondenten att det inte alltid är lätt att tyda tecknen men att uppmärksamhet bör riktas mot hur skolan sköts, är barnet aktivt eller passivt, negativ eller destruktiv, vilka kompisar har barnet, hur är kontakten med kompisarnas föräldrar, hur sover barnet, är barnet trygg i skolan/hemmet? Att inte lyssna allt för mycket på föräldrarna utan på barnet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarnas syfte var att beskriva maskrosbarns upplevelse av att hantera det dagliga livet under uppväxttiden med en psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder och genom detta överföra kunskap från intervjupersonens upplevda vardagsliv utan att göra generaliseringar, vilket är en intervjustudies styrka (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvalitativ intervjumetod var en passande metod för att beskriva upplevelser kring att hantera sitt dagliga liv då metoden syftar till att ge en rik beskrivning av respondentens upplevelser. Författarna anser att det skulle varit svårt att genomföra en litteraturoversikt till exempel och få fram liknande resultat som i föreliggande studie. Detta eftersom forskningen i de allra flesta fall är inriktad på hur vuxna ser på barnen. Få studier har funnits som redovisar barns upplevelser och ur deras synvinkel.

Respondenterna rekryterades genom deras bloggar på internet samt genom personliga kontakter. Detta passade bra eftersom det från början var svårt att rekrytera lämpliga personer till studien (Beck, 2005; Duffy, 2002). Att författarna själva kontaktade respondenterna kan ses som en svaghet i studiens trovärdighet eftersom författarna själva valde vilka som skulle kontaktas. Respondenterna deltog frivilligt och ansåg sig själva passa in på de urvalskriterier författarna informerade om vilket författarna anser stärker studiens trovärdighet eftersom författarna då ansåg respondenterna motiverade att berätta om sina upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009).

De bortfall som fanns i föreliggande studie var att personen på organisationen Maskrosbarn som tackat ja till att delta, på grund av tidsbrist senare tackade nej till deltagande. Vidare valde författarna att utesluta en respondent av skälet att respondenten inte svarat på kompletterande frågor samt inte svarat på förfrågan om respondenten ville dra sig ur studien vilket enligt Hunt och McHale (2007) är ett brukligt förfarande.

En halvstrukturerad intervjuguide utformades vilket gjorde det möjligt att ställa öppna frågor samt följdfrågor. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) stärks studiens tillförlitlighet då en halvstrukturerad intervjuform används eftersom den kan öka respondentens spontanitet. Båda författarna närvarade vid face to face intervjuerna samt läste de transkriberade intervjuerna. Detta ökar studiens tillförlitlighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008; Polit & Beck, 2008). Författarna är medvetna om att människor är individer och därmed kan fynden variera (Kvale & Brinkmann, 2009).

Under pilotintervjun upplevde författarna vid flera tillfällen att ämnet var känsligt att prata om för respondenten, likaså vid den andra face to face intervjun, därför genomfördes intervjuerna med en ödmjuk inställning. Detta anser författarna gjorde att mängden fynd i svaren ökade eftersom författarna strävade efter ett klimat som ingav respondenten trygghet och förtroende under intervjuerna. En känsla av att ”tycka synd” om respondenten upplevdes från författarnas sida och risken att intervjuerna kunde blivit en terapistund fanns (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna erfor dock att så inte var fallet men däremot uppfattade författarna att en av respondenterna tyckte att det var skönt att berätta om sina upplevelser för någon. Författarna upplevde även vid face to face intervjuerna att det stundtals var svårt att inte ställa följdfrågor som inte hörde till syftet. Detta eftersom vissa berättelser eller upplevelser var så intressanta och svåra att få grepp om. Användandet av ljudbandspelare bidrog till att korrekta citat garanterades samt att författarna kunde koncentrera sig på att lyssna på respondenten i stället för att samtidigt anteckna. Författarna upplevde inte att respondenten besvärades av närvaron av ljudbandspelaren

Författarna valde att göra E-post intervjuer bland annat eftersom det enligt Gillham (2008) visat sig att vissa personer har lättare att formulera sig i skrift än muntligt. Respondenterna i föreliggande studie var antingen författare eller vana bloggare vilket av författarna i föreliggande studie betraktades som att vara van användare av Internet (Hunt & McHale, 2007; Polit & Beck, 2008). Långa detaljerade intervjuer eller intervjuer innehållande känsliga frågor är oftast inte lämpliga för telefonintervjuer vilket annars var författarnas grundtanke när det visade sig att respondenterna bodde utspridda över landet (Polit & Beck, 2008).

Internet är en opersonlig värld där mänskliga fysiska interaktioner inte förekommer och vid E-post intervjuerna kunde författarna inte överföra sina ansiktsuttryck genom att uttrycka förvåning, skaka på huvudet eller nicka och på så sätt påverka respondenten (Hunt & McHale, 2007; Polit & Beck, 2008). Ett potentiellt problem med E-postintervjun kan vara feltolkning. Eftersom inga ansiktsuttryck eller röstlägen kunde avläsas var det svårt att uppfatta känslomässiga tonlägen, (Beck, 2005; Fawcett & Buhle, 1995; Gillham, 2008; Hunt & McHale, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009) vilket kunde ha lett till användandet av ”smilies” för att visa känslouttryck (Gillham, 2008), detta gjordes dock inte. Genom kompletteringarna av E-post intervjuerna och en väl fungerande intervjuguide anser författarna att de fick en bra bild av vad respondenterna ville förmedla.

E-post intervjuerna gav tid för reflektion då respondenterna kunde fundera över de frågor som ställts och då ge uttömmande svar. Detta observerade författarna i E-post svaren då de var uttömmande och välformulerade. Tidsaspekten gav även författarna möjlighet att fundera över svaren och ställa lämpliga följdfrågor. Detta gjorde att viktig information inte gick till spillo (Beck, 2005; Hunt & McHale, 2007; Lakeman 1997). Tidsaspekten är också bra då blyga och mindre värtaliga personer gavs mer tid att putsa på sina svar (Gillham, 2008).

Författarna var tacksamma att kunna ge dessa respondenter det tidsutrymme eftersom det underlättade för dem att berätta om känsliga och intima ämnen vilket kan vara svårare face-to-face (Kvale & Brinkmann, 2009; Hunt & McHale, 2007; Fawcett & Buhle, 1995; Beck, 2005). Den ”tunga stämning” som stundtals infann sig under face to face intervjuerna, gjorde att författarna upplevde att det var skönt att utföra E-post intervjuer. Likväl märkte författarna även där hur känsligt ämnet var. Den ”tunga stämning” som upplevdes under intervjuerna tros inte påverkat resultatet, men upplevelsen gav författarna en större känsla för hur svårt dessa respondenter faktiskt haft det under sin uppväxttid.

I praktiken kunde författarna inte vara säkra på att respondenterna i E-post intervjuerna var den de utgav sig för att vara (Hunt & McHale, 2007; Polit & Beck, 2008). Eftersom författarna till största delen kommunicerade via deras personliga E-post adresser och deras bloggadresser tvivlade författarna aldrig på sanningshalten i materialet även om svaren bitvis varit ofattbara. Eftersom författarna arbetade med flera intervjuer samtidigt ställde det krav på författarna att undvika att blanda ihop deltagarna. Detta löstes genom att allt intervju material var försett med namn, datum samt E-post adress i sidhuvudet (Hunt & McHale, 2007).

Transkriberingen av den ena face to face intervjun gjordes inte i direkt samband med intervjun vilket Kvale och Brinkmann (2009) menar bör göras. På grund av tidsbrist transkriberades den cirka fem veckor efter intervjutillfället, vilket kan anses som en svag punkt. Författarna diskuterade detta och eftersom endast två intervjuer fanns att transkribera var det inte svårt att hålla dem isär eller komma ihåg intervjusituationen. Författarna anser därför att den sena transkriberingen inte har påverkat resultatet negativt.

Eftersom E-post intervjuerna levererades färdigtranskriberade kunde författarna snabbt komma igång med analysen (Beck, 2005; Fawcett & Buhle, 1995; Gillham, 2008; Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). Enligt Gillham (2008) är E-post intervjun informell och då kan materialet bli både beskrivande, personligt och ge exempel på vardagsspråk, något författarna också fick erfaras. Under analysen av materialet såg författarna dessutom att E-post intervjuerna var lättare att bilda meningsheter ur eftersom svaren ofta var mycket direkta och konkreta. Det gav, liksom vid face to face intervjuerna, data av god kvalitet som ofta var intressant och specifikt. I efterhand konstaterades dock att analysen kunde genomförts på ett bättre sätt, eftersom författarna vid flera tillfällen var tvungna att återgå till originaltexten för att konfirmera om det var en eller flera respondenter som sagt samma sak. Något som tog extra tid i anspråk då målet hela tiden var att ge en så korrekt och sanningsenlig bild som möjligt. Genom att ge transkriberingarna olika typsnitt eller varsin färg, en för varje respondent, kunde materialet hållits isär på ett bättre sätt.

Genom att ställa öppna frågor vid intervjuerna fick respondenterna själva välja vad som skulle lyftas fram av deras upplevelser och författarna erhöll ett rikt material som belyste varje individs enskilda upplevelser. Svaren författarna fick var i vissa fall så ofattbara att författarna frågade sig om detta var möjligt. Efter diskussioner bestämde sig författarna att det inte låg på författarna att ifrågasätta respondenternas berättelser. I flera fall har författarna diskuterat kring respondenternas svar och valt sin egen tolkning för att resultatet skulle bli begripligt och meningsfullt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Majoriteten av respondenternas upplevelser var negativa. Det fanns en risk att ha kvar ”tycka synd om”-känslan vid bearbetningen av materialet vilket kunde göra att fokus hamnade på de värsta upplevelserna. Detta gjorde att författarna diskuterade sina känslor och försökte på så sätt bearbeta dem. Trovärdigheten kan diskuteras på grund av majoriteten av negativa upplevelser och författarna diskuterade om det var just det respondenterna ville förmedla eller om de mest övervägande kom ihåg valda händelser. Författarna ansåg det då viktigt att få med det som ändå sades vara positivt. Författarna har givit läsaren goda förutsättningar att själv avgöra studiens giltighet genom den noggranna beskrivningen av studiens utförande. Citat från olika respondenter presenteras i studien vilket även stärker giltigheten (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Några av citaten har omarbetats till skriftspråk för att underlätta förståelsen av meningen (Kvale & Brinkmann, 2009). I enlighet med Granskär och Höglund-Nielsen (2008) ansågs studiens resultat ha god giltighet då den beskrev vad som var avsett, nämligen maskrosbarns upplevelser av att hantera det dagliga livet under uppväxttiden med en psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder. Däremot kan studiens resultat inte överföras på en större grupp eftersom antalet intervjuer var lågt och endast speglade kvinnors upplevelser (Granskär och Höglund-Nielsen, 2008).

Författarna reflekterade över det faktum att det bara var kvinnor som återfanns som respondenter till studien eftersom inga män hittades som identifierade sig som maskrosbarn. Författarna diskuterade om det hade något att göra med att kvinnor har lättare att tala om känslor eller om de hade ett större behov av att ”prata av sig” än män och på så sätt uttrycker sig i sitt bloggande. Något vetenskapligt material i denna fråga har författarna inte sökt efter, utan det är som nämnts enbart reflektioner. Hur detta påverkade studien är svårt att avgöra, kanske hade en man uppfattat och därmed svarat på frågorna på ett annorlunda sätt?

Då författarnas kunskap om intervjumetoden E-post intervjuer var begränsad fanns ett intresse av att fråga respondenterna om deras upplevelse av att bli intervjuade på detta sätt. Alla svarade att det varit ett bra sätt även om en tyckte att hon kanske fått med mer information om vi suttit tillsammans. En annan tyckte att det var bra med betänketiden då genomtänkta svar kunde ges.

Resultatdiskussion

Forskningen författarna använt sig av i delen för bakgrunden är i de flesta fall uppdelad i barn till psykisk sjuk förälder eller barn till missbrukande förälder (Beardslee et al., (1998); Manning et al. (2009). I föreliggande studie har författarna inte kunnat göra någon åtskillnad eftersom flera respondenter haft antingen en psykiskt sjuk eller missbrukande förälder eller både och. Därför har ingen uppdelning gjorts och resultat och resultatdiskussion innefattar på grund av detta båda grupperna barn. De benämns som denna grupp barn. Vidare har inte författarna kunnat se några nämnvärda skillnader i respondenternas upplevelser beroende på om de haft en psykiskt sjuk eller missbrukande förälder vilket styrker att det går att innefatta dessa barn i samma grupp.

Resultaten av föreliggande studie visar att barnens grundläggande behov och rättigheter som påtalas av Stening (1999), föräldrabalken (FB 1949:381) samt barnkonventionen (FN, 1989) inte uppfyllts. Istället för en hemmiljö som skapar trygghet, vara sedd, att duga och att vara behövd blev hemmet en symbol för rädsla, sorg, ensamhet, hunger, skam med mera.

En möjlig förklaring skulle kunna vara att föräldrarna i de flesta fall var så sjuka att det omöjliggjorde för dem att uppfylla de grundläggande behov barn behöver i form av fysisk och känslomässig omsorg. Detta resultat överensstämmer med Masten, Best och Germazy (1990) som menar att detta är en riskfaktor för denna grupp barn. Det bör noteras att avsaknaden av fysisk och emotionell omsorg vilket alla respondenter talar om i föreliggande studie påverkade dem negativt i form av känslor som smärta, sorg, rädslor och längtan.

En nödvändig fråga var hur respondenterna hanterade sitt dagliga liv under dessa förhållanden. I föreliggande studie framkom att några av respondenterna hanterade sina känslor och sitt dagliga liv med ett destruktivt leverne där alkohol och droger förekom för att döva sina känslor och på så sätt skydda sig själva. Detta resultat styrker Weissman et al.'s. (1984) påstående om att det är en risk för denna grupp barn att bli inblandad i drogmisbruk. Detta resultat kan vidare inte generaliseras till alla respondenter då några av dem fann andra vägar att hantera sin situation. I stället för destruktivitet sökte sig dessa till kompisar och deras familjer samt andra vuxna kontakter vars stöd var till stor hjälp. Shachnow (1987) har i sin studie funnit att relationer med andra vuxna är en av skyddsfaktorerna som påverkar denna grupp barn positivt.

Det bör noteras att i samtliga sex fall i denna studie var det ingen som själv tog kontakt med någon organisation för hjälp och stöd. Detta resultat har tidigare visats av Sigling (2002) som menar att det kan vara svårt för denna grupp barn att söka hjälp själva eftersom lojaliteten mot föräldern är stor. Lojaliteten mot föräldern kunde ses i studien då flera respondenter påtalade att de hade dåligt samvete i samband med att de tyckte att den sjuke föräldern var konstig, fast de visste att denne var sjuk och att det inte var dennes fel. Författarna anser dock att fler barn idag tar kontakt eller har möjlighet att ta kontakt med internetbaserade organisationer för att få råd, stöd och information. Det eftersom tillgången till dessa, samt bloggandet är så mycket större än det var för ett antal år sedan, på grund av dagens teknik och tillgänglighet.

Somliga respondenter uttryckte en önskan om en annan hemmiljö eller till och med att få bo med en annan förälder. Författarna anser att detta starkt belyser vikten av att uppmärksamma dessa barn inom hälso- och sjukvården. Detta för att förebyggande insatser ska kunna göras i ett tidigt skede.

I studien kunde författarna skönja att vuxna runt omkring dessa barn tyckte att de fungerade väl och mår bra, medan barnen i verkligheten endast höll skenet uppe. Detta kan försvåra för skolan, sjukvården eller andra vuxna att se bakom den duktiga fasaden som hålls upp för att inte avslöja hemligheterna de bär på. Att vara anpassningsbar beskrivs av Morton och Silverman (1989) och Rutter (1985) som en betydande skyddsfaktor för att kunna hantera olika situationer. Denna skyddsfaktor är en egenskap människan har, vilket gör att personen klarar motgångar och har förmåga till god anpassning i livet. Respondenterna har under hela barndomen tvingats hantera och anpassa sig till svåra situationer under längre perioder. Vad som påverkar individens anpassningsförmåga har författarna frågat sig. Författarna anser att alla individer har olika anpassningsförmåga. Detta skulle kunna vara ytterligare en förklaring varför vissa använt destruktiva metoder för att hantera sin situation medan andra hanterat situationen på annat sätt.

Resultaten från denna studie styrker tidigare forskningsresultat som handlade om ansvar, vilket visats av Blyth och Millner (1997) i form av att vara ung vårdgivare. Några av respondenterna vittnade om att de tvingades uppträda som vårdgivare åt sin sjuke förälder och genomförde på så sätt omvårdnadsåtgärder i hemmet. Det är något förvånande att de respondenter som fungerade som ung vårdgivare i högre grad verkade ha en positiv inställning till livet än de som inte varit i den situationen. Det visar sig svårt att ge en förklaring till detta resultat, men författarna anser det vara möjligt att de som fungerade som ung vårdgivare upplevde en känsla av att vara behövd, något som Stening (1999) påpekade vara ett viktigt psykiskt grundbehov hos barn. Författarna undrar om det är möjligt att de respondenter som fungerat som ung vårdgivare i hemmet känt ett sådant ansvar att de inte ”vågat” eller ”haft tid” att leva destruktivt, av rädsla för att ingen annan tar hand om föräldern. Och att de istället fann andra vägar för att uppfylla sina behov. Detta är något författarna anser speglar dessa barns förmåga till anpassning, samt vittnar om vikten av att ha kunskap om dessa barns situation för att förstå och kunna se bakom barnets fasad.

Ett intressant resultat som sågs i föreliggande studie var att flertalet av respondenterna fick dålig eller ingen information om sin förälders tillstånd. En av respondenterna fick i tonåren själv kräva att få information. Författarna frågar sig vari orsaken ligger att samhället brustit i att ge råd, stöd och information till dessa barn när information enligt Mordoch (2010) ger barnet en möjlighet till förståelse för sin förälder samt minskad oro. Dessutom vill enligt Lackey & Gates (2001) barn veta vad som händer föräldern när denne får vård. Svaret enligt författarna i föreliggande studie är att det bland annat handlar om okunskap inför barnets situation. Vad ska man säga? Vad ska man fråga? Enligt Pilhammar-Andersson, (2003) är det bra om sjuksköterskan har kunskap om den individ som ska informeras. Författarna vill förstärka detta genom att säga att det är nödvändigt att ha kunskap och förståelse för hur det dagliga livet kan se ut för den individ som ska ges råd, stöd och information (Mordoch, 2010). En respondent poängterade dessutom vikten av information även till barn som inte är så gamla. Detta resultat styrks av Lackey och Gates (2001) genom deras forskning. Författarna har diskuterat detta och anser att information är angeläget eftersom den gör att barnet inte behöver känna skuld, att det är hennes eller hans fel. Författarna anser vidare att genom att ge information till barnet om föräldrarnas sjukdom och hur den kan ge sig uttryck, skapas en förståelse hos barnet och många frågetecken och känslor kan rätas ut. Detta styrks av Paterson et al. (2001) som säger att målet med informationen är att den närstående ska klara av situationen och framtiden på bästa sätt.

Ett bifynd i studien gjorde att begreppet maskrosbarn fick en ny betydelse för författarna. Det blev tydligt för författarna att respondenternas uppväxt påverkar deras vuxna liv. Detta är relaterat till den skada de fick i både kropp och själ under uppväxttiden. Om sorgen som alltid funnits över att inte ha fått uppleva en barndom med lek, skratt och trygghet. Att aldrig få ha känt sig villkorslöst älskad och trygg. Det gav en dubbelhet av att vara trasig inombords men även stark. Om hur kroppen blev sjuk och själen skadad på grund av alla instängda känslor och spänningar under uppväxttiden samt att respondenterna inte tar något gott för givet utan gläds åt det lilla. Dessa upptäckter var oväntade och tyder på att begreppet maskrosbarn som för författarna från början förknippades med positivitet fick ett vidare perspektiv. Författarna förstår nu Cronströms (2003) beskrivning av överlevbarbarn, att denna grupp barn får skador som följer dem genom livet och att de skaffar sig strategier för att ta sig fram trots sina skador.

I föreliggande studie har vuxna som under uppväxttiden levt med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder undersökts. De återgav sin bild av hur de upplevde samt hanterade sitt dagliga liv under uppväxttiden. Denna studie kan därför användas kliniskt av sjuksköterskor som söker information om denna grupp barns upplevelser i det dagliga livet tillsammans med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder. Pilhammar-Andersson (2003) menar att det är av betydelse att sjuksköterskan har kunskap om den närstående för att kunna ge rätt anpassade råd, samt stöd och information.

Med det begränsande antalet informanter måste emellertid försiktighet påkallas vid tillämpning av resultaten i den kliniska verksamheten, då det kan se annorlunda ut för andra individer med liknande bakgrund. Vikten av att se till varje enskilt fall och att inhämta kunskap från fler än enbart denna studie bör påpekas.

Slutsats

I detta examensarbete har maskrosbarns upplevelser i det dagliga livet under uppväxttiden studerats. Slutsatsen är att de behov och rättigheter barn har under uppväxttiden inte uppfylldes tillfredsställande i det dagliga livet för barn med förälder med psykisk sjukdom och/eller missbruk. Barnen hanterade sin situation på olika sätt bland annat genom destruktivt leverne eller genom att söka sig till andra vuxna. Att anpassa sig till sin verklighet var ytterligare ett sätt att hantera sitt dagliga liv. Det visar sig även att uppväxtförhållande upplevdes påverka individen hela livet och att bearbetningen av upplevelserna är ett ständigt pågående arbete. Vidare visade det sig att den information om föräldrarnas tillstånd dessa barn mottagit under uppväxttiden inte varit tillfredsställande. Upptäckterna tillför värdefull kunskap som kan underlätta för sjuksköterskan att identifiera, bemöta samt stödja barn med psykisk sjuk och/eller missbrukande förälder.

Förslag till fortsatta studier

Författarna fann av intresse att vidare undersöka om den nya lagförstärkningen i Hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen, 2010) har påverkat sjuksköterskor att mer aktivt se och informera denna grupp barn. Resultatet av en sådan studie skulle kunna belysa vari bristerna i att ge information till denna grupp barn ligger och på så sätt stimulera verksamheter inom hälso- och sjukvården att förbättra sina rutiner i att ge information, råd och stöd till dessa barn. Ytterligare en studie av intresse vore att utforska begreppet maskrosbarn i samband med män. Frågan är om det är färre män som identifierar sig som maskrosbarn? Och hur hanterar de sin situation? Resultatet av en sådan studie skulle kunna belysa det manliga perspektivet av maskrosbarns upplevelser och eventuellt kunna berika de kunskaper som redan finns om denna grupp barn.

REFERENSER

Andershed, B. & Ternstedt, B-M. (2001). Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 554-562.

Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., Catalano, R.F & Baglioni, A.J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviours. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 28, 399-427.

Barnard, M. & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can we do to help? *Addiction*, 99, 552-559.

Beardslee, W.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Staley, J. & Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 723-730.

Beardslee, W.R., Versage, EM. & Gladstone TR. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-41.

Bebbington, P.E., Brugha, T.S., Meltzer, H., Jenkins, R., Ceresa, C., Farrell, M. & Lewis, G. (2000). Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychological medicine*, 6, 1369-76.

Beck, C.T. (2005). Benefits of Participating in Internet Interviews: Women Helping Women. *Qualitative health research*, 15, 411.

Bennett, L.A., Wolin, S.J. & Reiss, D. (1988). Cognitive behavioral, and emotional problems among school-age children of alcoholic parents. *The American journal of psychiatry*, 145, 185-90.

Bentall, R.P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., ...Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry*, 66, 236-247.

Blyth, E. & Millner, J. (1997). *Social Work with Children and Youth: The Educational Perspective*. *Edinburgh Gate: Addison Wesley Longman Limited*.

Bouchard, T.J. & Loehlin, J.C. (2001). Genes evolution and personality. *Behavior genetics*, 31, 243-273.

Calboli, F.C., Tozzi, F., Galwey, N.W., Antoniadis, A., Mooser, V., Preisig, M. & Balding, D.J. (2010). A genome-wide association study of neuroticism in a population-based sample. *PLoS One*, 9;5, 1504.

- Christensen, M.V. & Kessing, L.V. (2006). Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nordic journal of psychiatry*, 60, 79-88.
- Cowling, V.R., McGorry P.D. & Hay, D.A. (1995). Children of parents with psychotic disorders. *Medical Journal of Australia*, 163, 119–120.
- Cronström, S. (2003). *Dansa med träben, maskrosbarn och andra – om överlevnadens konst och pris*. V Frölunda: Mareld.
- Duffy, M.E. (2002). Methodological issues in Web-based research. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 83-88.
- Dunner, D.L. (2001). Acute and maintenance treatment of chronic depression. *The journal of clinical psychiatry*. 62, 10-6.
- Dwyer, A.V., Whitten, D.L. & Hawrelak, J.A. (2010). Herbal Medicines, other than St. John's Wort, in the Treatment of Depression: A Systematic Review. *Alternative medicine review*, 16, 40-49.
- Eaves, L.J., Heath, A.C., Neale, M.C., Hewitt, J.K. & Martin, N.G. (1998). Sex differences and non-additivity in the effects of genes on personality. *Twin research*, 1, 131-137.
- Eddy, N.B., Halbach, H., Isbell, H. & Seevers, M.H. (1965). Drug Dependence: its Significance and Characteristics. *Bulletin of the world Health Organization*, 32, 721-733.
- Elkins, I.J., McGue, M., Malone, S. & Iacono, W.G. (2004). The Effect of Parental Alcohol and Drug Disorders on Adolescent Personality. *American Psychiatric Association*, 161, 670-676.
- Fawcett, J. & Buhle, E.L. (1995). Using the Internet for data collection: An innovative electronic strategy. *Computers in Nursing*, 13, 273-279.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). Caring and its burdens: A study of the spouses of depressed patients. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 151, 660–7.
- FB 1949:381. *Föräldrabalken*. Hämtad 11 februari, 2011, från Regeringskansliets Rättsdatabaser:
http://62.95.69.15/cgi-bin/thw?%24%7BHTML%7D=sfst_1st&%24%7BHTML%7D=st_dok&%24%7BSHTML%7D=sfst_err&%24%7BBASE%7D=SFST&%24%7BTRIPSHOW%7D=format%3DTHW&BET=1949:381
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and social psychology*, 50 (3), 571–9.
- Fossum, B. (Red.). (2007). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Fristorp, L., Kollarik, P. & Rädda Barnen. (1999). *Överlevnadshandboken för dig som har en psykiskt sjuk förälder*. Fälth & Hässler: Värnamo.

Förenta Nationerna. (1989). *Barnkonventionen*. Hämtad 11 februari, 2011, från Unicef.se: <http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-i-olika-versioner/barnkonventionen-hela-texten>

Gholamzadeh, S., Sharif, F. & Dehghan Rad, F. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(1), 42-47.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Goldberg, T.E. (1999). Some fairly obvious distinctions between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 39, 127-132.

Gopin, C.B., Burdick, K.E., DeRosse, P., Goldberg, T.E. & Malhotra, A.K. (2011). Emotional Modulation of Response Inhibition in Stable Patients with Bipolar I Disorder: A Comparison with Healthy and Schizophrenia Subjects. *Bipolar disorders*, 13, 164-172.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hafner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & der Heigen, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-118.

Haggerty, K.P., Skinner, M., Fleming, C.B., Gainey, R.R., & Catalano, R.F. (2008). Long-Term Effects of Focus on Families on Substance Use Disorders Among Children of Parents in Methadone Treatment. *Addiction*, 103, 2008-2016.

Harris, A.H.S., Kivlahan, D.R., Bowe, T. & Humphreys, K.N. (2010). Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorders in the Veterans Health Administration. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 61, 392-398.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Henderson, V. (1969). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Borås: Centraltryckeriet AB.

Howland, R.H. (2011). Update on newer antipsychotic drugs. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 49, 13-5.

Hunt, N. & McHale, S. (2007). A Practical Guide to the E-Mail Interview. *Qualitative health research*, 17, 1415.

International Council of Nurses. (2005). *ICN's kod för sjuksköterskor*. Hämtad den 31 maj, 2011, från International Council of Nurses:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf

Jaudes, P.K., Ekwo, E. & Van Voorhis, J. (1995). Association of drug abuse and child abuse. *Child abuse & neglect*, 19, 1065-1075.

Jardine, R., Martin, N.G. & Henderson, A.S. (1984). Genetic covariation between neuroticism and the symptoms of anxiety and depression. *Genetic epidemiology*, 1, 89-107.

Johansson, S. & Fahlström, G. (1993). For better, for worse. A study of women caring for relatives. *Vård I Norden*, 13, 15-22.

Johnson, J.L. & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*, 5, 1085-1099.

Jorgensen, A., Teasdale, T.W., Parnas, J., Schulsinger, M. & Mednick, S.A. (1987). The Copenhagen high-risk project. The diagnosis of maternal schizophrenia and its relation to offspring diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 151, 753-757.

Kahan, M., Wilson, L., Midmer, D., Ordean, A. & Lim, H.Y. (2009). Short-term outcomes in patients attending a primary care-based addiction shared care program. *Canadian family physician*, 55, 1108-9.

Keller, T.E., Catalano, R.F., Haggerty, K.P & Fleming, C.B. (2002). Parent figure transitions and delinquency and drug use among early adolescent children of substance abusers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 28, 399-427.

Kendler, K.S., Kuhn, J. & Prescott, C.A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 631-636.

Knutsson-Medin, L., Edlund, B. & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 744-752.

Koreen, A.R., Siris, S.G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D. & Luberman, J. (1993). Depression in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1643-1648.

Kruijshaar, M.E., Barendregt, J., Vos, T., de Graaf, R., Spijker, J. & Andrews, G. (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European journal of epidemiology*, 20, 103-111.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lackey, N.R. & Gates, M.F. (2001). Adults recollections of their experiences as young caregivers of family members with chronic physical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 320-328.

- Larsson, B., Knutsson-Medin, L., Sundelin, C. & Trost von Werder, A.C. (2000). Social competence and emotional/behaviour problems in children of psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 122–128.
- Lakeman, R. (1997). Using the Internet for data collection in nursing research. *Computers in Nursing*, 15, 269-275.
- Lightfoot, J., Wright, S. & Sloper, P. (1999). Supporting pupils in mainstream school with an illness or disability: young people's views. *Child Care Health and Development*, 25, 267-83.
- Lindskog, B.I. (2008). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.
- Malhi, G.S. & Tanious, M. (2011). Optimal frequency of lithium administration in the treatment of bipolar disorder: clinical and dosing considerations. *CNS Drugs*, 1;25, 289-98.
- Mann, J.J. (2005). The medical management of depression. *The New England journal of medicine*, 353, 1819-34.
- Manning, V., Best, D.W., Faulkner, N. & Titherington, E. (2009). New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys. *BMC Public Health*, 9, 377.
- Masten, A.S., Best, K.M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and Development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Miklowitz, D.J., Strachan, A.M., Goldstein, M.J., Doane, J.A., Snyder, K.S., Hogarty, G.E & Falloon, I.R. (1986). Expressed emotion and communication deviance in the families of schizophrenics. *Journal of abnormal psychology*, 95, 60-6.
- Mordoch, E. (2010). How children understand parental mental illness: "you don't get life insurance. What's life insurance?". *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 19-25.
- Morton, M. & Silverman, M.D. (1989). Children of Psychiatrically Ill Parents: A Prevention Perspective. *Hosp Community Psychiatry*, 40, 1257-1265.
- Nationalencyklopedin. (2011). *Myndighetsålder*. Hämtad 6 maj, 2011, från Nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/myndighetsålder>
- Nordvedt, F., Skaug, E-A. & Kristoffersen, N. J. (Red.). (2005-2006). *Grundläggande omvårdnad* (4 vol.). Stockholm: Liber.
- Norstedt ord. (2011). *Maskrosbarn*. Hämtad 8 februari, 2011, från Norstedts ord: <http://www.ord.se/oversattning/Svenska/?s=maskrosbarn&l=SVESVE>

- Ostman, M., Wallsten, T. & Kjellin, L. (2005). Family burden and relatives' participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance? *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 291–301.
- Paterson, B., Kieloch, B. & Gmiterek, J. (2001). "They never told us anything": Postdischarge Instruction for Families of Persons with Brain Injuries. *Rehabilitation Nursing*, 26, 48-53.
- Philips, I. (1983). Opportunities for prevention in the practice of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 140, 389-95.
- Pilhammar-Andersson, E. (Red.). (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- PM, Praktisk medicin. (2009). *Terapikompendium i Allmänmedicin*. Uddevalla: Three Doctors Förlag AB.
- Polit, D. F. & Beck C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quante, A., Zeugmann, S., Regen, F., Engelhardt, A. & Anghelescu, I.G. (2010). Psychopharmacological treatment status in outpatients with bipolar disorder: a clinical survey in Germany. *Psychiatry investigation*, 7, 155-62.
- Roose, G.A., Yazdani, A.F. & John, A.M. (2003). A focus group investigation into young children's understanding of mental health and their views on appropriate services for their age group. *Child: Care Health and Development*, 29, 545-50.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sanchez-Morla, E.M., Barabash, A., Martinez-Vizcaino, V., Tabares-Seisdedos, R., Balanza-Martinez, V., Cabranes-Diaz, J.A., ... Gomez, J.L.S. (2009). Comparative study of neurocognitive function in euthymic bipolar patients and stabilized schizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 169, 220-228.
- Svenska Akademiens Ordlista, (SAOL), (2011). *Maskrosbarn*. Hämtad 8 februari, 2011, från Svenska Akademiens ordlista: <http://www.svenskaakademien.se/web/Ordlista.aspx>
- Sears, C., Davis, T., Guydish, J. & Gleghorn, A. (2009). Investigating the effects of San Francisco's treatment on demand initiative on a publicly-funded substance abuse treatment system: a time series analysis. *Journal of psychoactive drugs*, 41, 297-304.
- SFS (1988:870). *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 21 april, 2011, från riksdagen.se: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1988:870>

SFS (1991:1128). *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 21 april, 2011, från riksdagen.se:

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1991:1128>

Shachnow, J. (1987). Preventive intervention with children of hospitalized psychiatric patients. *The American journal of orthopsychiatry*, 57, 66-77.

Sigling, I-L. (2002). *Att möta barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Schizofreniförbundet och Inga-Lisa Sigling.

Skerfving, A. (1998). *Föräldrar och barn i den psykiatriska öppenvården: En kartläggning av patienternas föräldraskap och enheternas rutiner*. Rapport. FoU-enheten/psykiatri. Västra Stockholms Sjukvårdsområde.

Skerfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

SoS 1999:11. *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). *Barn och unga i socialtjänsten, Utredda, planera och följa upp Beslutade insatser*. [Elektronisk version]. Hämtad 29 september, 2011, från Socialstyrelsen:http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9410/2006-101-6_20061016.pdf

Socialstyrelsen. (2010b). *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem?* Hämtad 29 september, 2011, från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-12-13>

Socialstyrelsen. (2010a). *Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år – Meddelandeblad*. [Elektronisk version]. Hämtad 31 januari, 2011, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-7-4>

Socialstyrelsen. (2011b). *Anmälningsskyldighet när barn far illa*. Hämtad 29 september, 2011, från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnsomfarilla/anmalanarbarnfarilla>

Socialstyrelsen. (2011a). *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)*. Hämtad 17 maj, 2011, från Socialstyrelsen:

http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/lagenomyrkesverksamhetpah_also-

Stening, L. (1999). *Se mig som liten är*. Solna: Ekelunds Förlag AB.

Sugarman, D.E., Nich, C. & Carroll, K.M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24, 689-95.

Taylor, M.A. (1992). Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. *American Journal of Psychiatry*, 149, 22-32.

- Thomaz da Costa, R., Cheniaux, E., Legnani-Rosaes, P.A., Regine de Carvalho, M., da Rocha-Freire, R.C., Versiani, M.,...Egidio-Nardi, A. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Revista brasileira de psiquiatria*, 33(2).
- Trémeau, F., Antonius, D., Cacioppo, J.T., Ziwich, R., Jalbrzikowski, M., Saccente, E., ...Javitt, D. (2009). In support of Bleuler: Objective evidence for increased affective ambivalence in schizophrenia based upon evocative testing. *Schizophrenia Research*, 107, 223-231.
- Vacheron-Trystarn, M.N., Braitman, A., Cheref, S. & Auffray, L. (2004). Antipsychotics in bipolar disorders. *Encephale*. 30, 417-24.
- Vetenskapsrådet. (2007). *Hur bör integritetskänsligt forskningsmaterial hanteras?* [Elektronisk version]. Hämtad 16 februari, 2011, från Vetenskapsrådet: http://www.vr.se/download/18.aae1aa51132473084980005790/integritetskansligt_forskningmateriamateria21.pdf
- Wang, A.R. & Goldschmidt V.V. (1996). Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 93, 57-61.
- Wang, H.X., Karp, A., Herlitz, A., Crowe, M., Kåreholt, I., Winblad B. & Fratiglioni, L. (2009). Personality and lifestyle in relation to dementia incidence. *Neurology*, 72, 253-259.
- Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Gammon, G.D., Merikangas, K.R., Leckman, J.F. & Kidd, K.K. (1984). Psychopathology in the children (ages 6-8) of depressed and normal parent. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 78-84.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, and Cox.
- Werner, E.E & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the Odds, High-Risk Children from Birth to Adulthood*. New York: Cornell University Press, 304 s.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness—Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 354-359.

Hej!

Jane Josephson heter jag. Jag och Ann (en kursare) läser till sjuksköterska och ska under den här terminen skriva en C-uppsats om maskrosbarns upplevelser av det dagliga livet med en psykiskt sjuk och /eller missbrukande förälder.
Skulle du kunna tänka dig att ställa upp?

Med vänliga hälsningar
Jane Josephson

ps. hör gärna av dig om du har frågor:)

Till XXXX

Stockholm 2011-02-21

Hej!

Vi heter Ann Häggström och Jane Josephson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Under februari-mars år 2011 kommer vi genomföra ett självständigt arbete, examensarbete, omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör vuxna som växt upp med psykisk sjuk/missbrukande förälder. Med denna utgångspunkt finns intresse av att genomföra intervju med Dig. Du som tackar ja till att delta ska vara vuxen samt identifiera Dig som maskrosbarn.

Syftet är att beskriva maskrosbarns upplevelser av att hantera det dagliga livet under uppväxttiden med en psykisk sjuk/missbrukande förälder.

Barn är beroende av föräldrar för sin trygghet och utveckling. Om en förälder blir psykisk sjuk eller missbrukar kan det innebära att familjens liv ändras. Det dagliga livet kring mat, tvätt, väckning, nattning, läxhjälp och andra vanliga rutiner i en familj kan sluta att fungera.

Vi är därför intresserade av erfarenheter från Din uppväxt för att belysa området. Din kunskap kan bidra till sjuksköterskans förståelse vid bemötandet av dessa barn.

Intervjuerna kommer att ske där den deltagande önskar. Varje intervju beräknas ta ca 20-40 min. Båda studenterna kommer att närvara vid varje tillfälle i den utsträckning det är möjligt. Om möjlighet finns önskar vi tillgång till ett avskilt rum för intervjuerna, för att få lugn och ro. Intervjuerna kommer att genomföras med hjälp av en intervjuguide och spelas in på ljudband med intervjupersonernas tillstånd. Inspelningarna kommer efter studiens slutförande att raderas. Namn på intervjupersoner och var intervjuerna äger rum samt det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt. Intervjuerna önskas genomföras snarast.

För att kunna genomföra denna studie är Er medverkan av stort värde.

Vid frågor är Du varmt välkommen att kontakta oss eller vår handledare Camilla Tomaszewski.

Vänliga hälsningar

Students namnteckning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students namnförtydligande

Ann Häggström

Jane Josephson

Students telefonnummer

Students telefonnummer

070-3589541

073-5123703

Students E-postadress

Students E-postadress

ann.haggstrom@student.sophia.se

jane.josephson@student.sophia.se

Camilla Tomaszewski, Klinisk adjunkt, Sophiahemmet Högskola, Tel: 08-406 29 24.

camilla.tomaszewski@shh.se

Till verksamhetschef vid organisationen Maskrosbarn

Ansökan om tillstånd för utförande av intervjustudie

Hej,

Vi heter Ann Häggström och Jane Josephson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Under februari-mars år 2011 kommer vi genomföra ett självständigt arbete, examensarbete, omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör vuxna som under barndomen växt upp med psykisk sjuk/missbrukande förälder. Med denna utgångspunkt finns intresse av att genomföra intervjuer med totalt åtta personer som arbetar vid organisationen Maskrosbarn. De som deltar i studien ska vara vuxna som identifierar sig som maskrosbarn.

Syftet är att beskriva maskrosbarns upplevelser av att hantera det dagliga livet under uppväxttiden med en psykisk sjuk eller missbrukande förälder.

Studien kommer att genomföras med hjälp av en intervjuguide och spelas in på ljudband med intervjupersonernas tillstånd. Inspelningarna kommer efter studiens slutförande att raderas. Namn på intervjupersoner och var intervjuerna äger rum samt det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt.

För att kunna genomföra denna studie är Er medverkan av stort värde.

Om genomförandet av studien godkänns är vi tacksamma för Din underskrift av medskickad bilaga. Denna returneras därefter i bifogat frankerat svarskuvert. Om tveksamheter finns till att studien genomförs är vi tacksamma för besked om detta. Vid frågor är Du varmt välkommen att kontakta oss eller vår handledare Camilla Tomaszewski.

Vänliga hälsningar

Students namnteckning
Ann Häggström

Students telefonnummer
070-3589541
Students e-postadress
ann.haggstrom@student.sophia.se

Students namnteckning
Jane Josephson

Students telefonnummer
073-5123703
Students e-postadress
jane.josephson@student.sophia.se

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande
Camilla Tomaszewski,
Klinisk adjunkt, Sophiahemmet Högskola, Tel: 08-406 29 24
camilla.tomaszewski@shh.se

BILAGA FÖR UNDERSKRIFT

Jag godkänner härmed att studenterna Ann Häggström och Jane Josephson vid Sophiahemmet Högskola, får utföra studien – Maskrosbarns upplevelser av dagligt liv under uppväxten med psykisk sjuk/missbrukande förälder vid organisationen Maskrosbarn under perioden februari-mars år 2011

Ort och datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor;

- Ålder?
- Hur lång tid som ideellt arbetande vid organisationen Maskrosbarn?
- Familj?
- Jobb?

Berätta om när Du började uppfatta Dig själv som ett maskrosbarn?

Berätta om Din upplevelse av Din uppväxt

- (Familj, plats, vilken period, socialt stöd, nätter, skola, morgnar, helger, fritid)

Berätta om Din upplevelse en vanlig t.ex. morgon, skoldag, ledighet, kväll, natt under Din uppväxt

Berätta om hur Du hanterade det dagliga livet under Din uppväxt?

- (Känslor/praktiskt)

Berätta om det var något speciellt du längtade efter under din uppväxt?

Berätta om hur Du upplever att Din uppväxt har påverkat Dig.

Har du råd att ge till andra barn som växer upp med psykisk sjuk/missbrukande förälder?

Är det något du vill tillägga?

Tack för Ditt deltagande och för att Du delgivit Dina upplevelser kring Din uppväxt.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor;

- Ålder?
- Familj?
- Jobb?
- Hur länge har Du bloggat?
- Vad var det som gjorde att du började blogga?
- Berätta om hur du upplever bloggandet.

Berätta om när Du började uppfatta Dig själv som ett maskrosbarn.

Berätta om Din **upplevelse** av Din uppväxt.

- (tex. Familj, vilken period, socialt stöd, nätter, skola, morgnar, helger, fritid)

Berätta om Din **upplevelse** av en bra dag. (det kan vara ett eller flera tillfällen)

Berätta om Din **upplevelse** av en dag när den inte var bra.

Berätta om hur Du **hanterade** det dagliga livet under Din uppväxt.

- (Känslor/praktiskt)

Berätta om det var något speciellt du längtade efter under din uppväxt.

Berätta om hur Du upplever att Din uppväxt har påverkat Dig.

Har du råd att ge till andra barn som växer upp med psykisk sjuk/missbrukande förälder?

Är det något du vill tillägga?

Tack för Ditt deltagande och för att Du delgivit Dina upplevelser kring Din uppväxt.

Med vänliga hälsningar

Ann och Jane

PS. Hinner du svara inom en vecka vore det super då vi kan komma med kompletterande frågor om det behövs...