



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

# Hvordan kan sykepleier i somatisk sykehus møte behovene til foreldre i psykisk krise?

Tema: Krise og mestring

Bacheloroppgave i sykepleie

SY 180 H 000

Kull 09 H

Dato for innlevering: 27.04.2012

Kandidatnr.

256



## De andre

De andre er der.  
Og samtidig er de der ikke.  
For jeg er i min egen verden.  
I smertens land.

Mitt landskap er ikke som ditt.  
Men allikevel kan du ta følge med meg.

Du kan ikke bære mine byrder.  
Du kan ikke ordne opp.  
Men du kan være her – ved min side.

Min frosne sjel  
varmer seg  
Inntil  
de andre.

Inger Marie Aase

## Innhold

1 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.1 Tema og problemstilling .....	4
1.2 Når krisen rammer.....	4
1.4 Avgrensninger og definisjoner av viktige ord.....	5
1.5 Hensikt med oppgaven .....	7
1.6 Oppgavens disposisjon.....	7
2 Metode.....	8
2.1 Hva er metode .....	8
2.1.1 Hermeneutikk .....	8
2.1.2 Forforståelse .....	8
2.1.3 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	9
2.2 Litteraturstudie .....	9
2.3 Litteratursøk .....	9
2.3.1 Søkemotor og søkeord .....	10
2.4 Kildekritikk .....	10
3 Teori .....	12
3.1 Sykepleieteori.....	12
3.1.1 Joyce Travelbee.....	12
3.1.2 Hildegard Peplau.....	13
3.2 Forskning.....	14
3.2.1 Artikkel 1 .....	14
3.2.2 Artikkel 2 .....	14
3.2.3 Artikkel 3 .....	15
3.2.4 Artikkel 4 .....	15
3.3 Krise, sorg og Mestring.....	16
3.4 Kommunikasjon .....	18
3.5 Roller .....	19
3.6 Lover .....	19
4 Drøfting .....	20
4.1 Å identifisere foreldrenes behov .....	20
4.1.1 Møte med foreldrene .....	20

4.1.2 <i>Å etablere kontakt</i> .....	23
4.2 Foreldrenes behov .....	24
4.2.2 <i>Fysiske behov</i> .....	26
4.2.3 <i>Psykiske behov</i> .....	27
4.3 Å forholde seg til foreldrenes behov .....	31
4.3.1 <i>"Å være der du er"</i> .....	31
4.3.2 <i>Kommunikasjon som redskap</i> .....	32
5 Avslutning .....	34
6 Litteratur .....	36
Pensumlitteratur: .....	36
Selvvalgt litteratur: .....	36

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksis som sykepleierstudent, møtte jeg ved flere anledninger mennesker i krise. Møtene med disse menneskene som var rammet av alvorlig og livstruende sykdom og ulykker, gjorde et sterkt inntrykk på meg. Det oppleves ofte voldsomt å møte mennesker som er i traumatisk krise. Det griper meg som medmenneske og som fagperson. Du utfordres på en helt spesiell måte. Sterke følelser herjer og de kan komme til uttrykk i voldsomme utbrudd, eller kanskje total taushet og apati. Det er utfordrende å være sykepleier i slike stunder, men samtidig veldig givende.

Min fascinasjon for det å møte mennesker i krise, er nok også influert av egen erfaring. Det å være i en traumatisk krisesituasjon, opplevelsen, følelsen, tankene og det å komme videre. Slike opplevelser setter spor.

## 1.1 Tema og problemstilling

Det overordnede temaet for bacheloroppgaven min er: **Krise og mestring.**

Som problemstilling har jeg valgt:

**Hvordan kan sykepleier i somatisk sykehus møte behovene til foreldre i psykisk krise?**

## 1.2 Når krisen rammer

9 måneders ventetid, er over. Vi skal endelig få møte det etterlengtede barnet vårt. Spenningen og gleden er stor. Alt virker fint til å begynne med. Riene er i gang. Så blir aktiviteten til barnet vårt svakere. Det virker som om hun ikke har det så bra lenger. Det blir tatt en avgjørelse om keisersnitt. Ting skjer med ett veldig fort. Vi bare "henger med". Legene og sykepleierne rundt oss virker ganske rolige, men jobber fort. Så er hun plutselig ute...

Det er kaotisk, vi får se henne et øyeblikk, så blir hun raskt tatt hånd om. Først når vi er tilbake på rommet vårt, kommer barnelegen for å snakke med oss. Beskjeden vi får, river ned hele vår verden.

Uvirkelighetsfølelsen, frykten, maktesløsheten. Prognosene er dårlige, statistikken er ikke på vår side. Det er alvorlig, hun kan dø! Tårene blir mange, spesielt hos meg. Mannen min pendler mellom sykehuset og hjemmet. Han sjonglerer mellom å være rolig pappa til våre andre barn, levere og hente på skole og barnehage, informere omverdenen og å være redd og maktesløs hos oss på sykehuset. Kontrastene er store.

Håpet om at hun mot alle odds skal overleve er der, men erkjennelsen om at dette kan bli et kort møte gjør at hele vår livsanskuelse endres. Vi er intenst til stede. Tida her og nå blir viktigere enn alt annet.

Jeg møter Rebekka første gang i praksis. Hun har nettopp fylt 17 år, og har livet foran seg. Smerter i en fot og mage, førte til innleggelse. Det skal snart vise seg å være langt alvorligere enn noen kunne forestilt seg. Når prøveresultatene kommer, viser det seg at hun har langt kommet kreft, med spredning i skjellett og indre organer. Det er ingen ting å gjøre. Hun ”gis” uker igjen å leve.

Hennes nærmeste familie reagerer med stor sorg og fortvilelse. De gråter, skriker, er fra seg av fortvilelse. Rebekka selv virker nærmest apatisk. Hun fremstår som uttrykksløs i ansiktet, som om følelsene ikke har nådd henne.

Møtet med Rebekka blir kort. Hun overføres raskt til et annet sykehus.

## **1.4 Avgrensninger og definisjoner av viktige ord**

For å vinkle oppgaven mot et sykepleierfaglig perspektiv, har jeg valgt å begrense meg til det jeg som sykepleier kan bidra med for å møte foreldrenes behov. Jeg vil se på sykepleiers rolle i forhold til kommunikasjon og væremåte i møte med foreldre i psykisk krise. Jeg vil også komme inn på hvordan egne opplevelser med krise kan påvirke meg som sykepleier. Da 90 % av alle sykepleiere er kvinner, bruker jeg *hun* om sykepleier i oppgaven.

Som målgruppe for sykepleiers arbeid, har jeg valgt foreldre til barn mellom 0 og 18 år. Disse vil stå i en særstilling i forhold til barnet, både når det gjelder gjensidig følelsesmessig

tilknytning, ansvar overfor barnet, og som ivaretaker av barnets/familiens interesse. Forskning har vist at nettopp dette nære forholdet mellom barn og foreldre, gjør at den psykiske belastningen er desto større når barn blir rammet av en traumatisk hendelse (Arnold og Gemma, 2008). Artiklene jeg har valgt å bruke omhandler i hovedsak yngre barn. De eldste barna i artikkel 3 er 7 år. I artikkel 1 oppgis ikke alderen til barna, men de eldste må antas å være tenårene. Jeg vil se på forskjeller knyttet til kjønn, når det gjelder måten å reagere på og mestre en psykisk krise. Jeg vil også se på hvordan kjønnsroller påvirker kommunikasjonen mellom foreldrene, og mellom foreldre og sykepleier.

Alvorlige og vanskelige livshendelser får ofte fellesbetegnelsen kriser. Litteraturen skiller mellom to typer krisesituasjoner: livskrise og traumatisk krise (Eide & Eide 2007). Traumatiske kriser er ekstraordinære påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp. De omfatter fysisk, psykisk eller sosiale belastninger som er så store at personen blir merket av dem, i kortere eller lengre tid. Hendelser som kan utløse en traumatisk krise, kjennetegnes gjerne ved at de kommer brått, er uventet og svært alvorlige (Eide og Eide 2007). I denne oppgaven velger jeg å fokusere kun på traumatiske kriser, og den psykiske belastningen krisen medfører.

Som sykepleier kan man møte mennesker i psykisk krise på flere arenaer: i hjemmesykepleien, på legevakta, som ambulanspersonell, på psykiatrisk sykehus. Jeg velger å avgrense oppgaven til å omfatte kun somatisk sykehus. Her er det oftest somatisk sykdom og skader som ligger bak. De akutt rammede pasienter og pårørende kommer oftest hit. Møtepunktene med de kriserammede vil således være hyppigere på en somatisk avdeling enn i hjemmesykepleien, og vare over en lengre tidsperiode enn den ambulanspersonell opplever. Som sykepleier har man ansvar for å ta vare på pasientenes grunnleggende behov. Med utgangspunkt i en holistisk menneskeforståelse, skal både menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon ivaretas (Blix og Breivik, 2006. s. 11). Hos foreldre til mindreårige barn, vil behovene i stor grad være knyttet opp mot den psykiske belastningen de opplever som følge av den traumatiske hendelsen. Det er et viktig helsepolitisk mål å gi pasienter/pårørende makt og myndighet over seg selv (empowerment). Jeg vil derfor også komme inn på hvordan foreldrenes empowerment ivaretas når de befinner seg i denne sårbare situasjonen.

Det fins ingen enhetlig definisjon av mestringsbegrepet. Mange ulike teorier har vært fremsatt for å forklare fenomenet *mestring*. Generelt sett, kan man si at mestring er en betegnelse for mer eller mindre hensiktsmessige reaksjoner på alvorlige livshendelser. Jeg vil i denne oppgaven, bruke Stroebe og Stroebe sin teori om mestring.

### **1.5 Hensikt med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om foreldre i psykisk krise, og om sykepleiers rolle i den forbindelsen. Jeg ønsker å finne ut hva nyere forskning på området sier om hvordan disse foreldrene på best mulig måte kan møtes, ivaretas og støttes gjennom det tidlige forløpet av krisen.

### **1.6 Oppgavens disposisjon**

I denne oppgaven innleder jeg med en presentasjon og begrunnelse for valgt tema og problemstilling. Videre følger to historier, én sett fra foreldrenes side, og én fra sykepleiers side. Historiene er eksempler på hvor brutalt det oppleves når traumatiske hendelser rammer mennesker, og ulikheter i måten å reagere på. Så følger en avgrensning og klargjøring i forhold til begreper som er sentrale i oppgaven. I metoddelen kommer jeg inn på ulike forskningsmetoder som er relevant i forhold til oppgaven og litt om prosessen rundt litteratursøkene jeg utførte. I teoridelen, redgjør jeg for det teoretiske utvalget som utgjør grunnlaget for oppgavens drøfting. I drøftingsdelen, skal jeg ta for meg forskning og litteratur og se på dette med bakgrunn i problemstillingen. Jeg skal vurdere funnene jeg har gjort og drøfte disse i lys av teori og egne synspunkter. Til slutt konkluderer jeg i forhold til resultatet av drøftingen. Oppgavens omfang er på 9895 ord.



## 2 Metode

### 2.1 Hva er metode

Metoden er den fremgangsmåten man bruker for å finne kunnskap om et tema. Dalland sier dette om metode:

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den gir oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte(2007:83).

I lys av dette, har jeg sett på metoder som har vært sentrale i forhold til min oppgave.

#### 2.1.1 Hermeneutikk

Hermeneutikk, eller fortolkningslære, handler om å tolke og forstå mennesket gjennom dets handlinger, livsytringer og språk. Naturvitenskapen kan gi en forklaring på det fysiske fenomenet kreft, men ikke på hvordan det føles å få sykdommen. Ved hjelp av hermeneutikken, kan vi nærme oss en forståelse for hva det vil si å leve med alvorlig sykdom: angsten, usikkerheten for fremtiden, eksistensiell og fysisk smerte osv. Den hermenautiske forskeren, nærmer seg det som skal utforskes med sin egen førforståelse bestående av tanker, inntrykk, følelser og kunnskap om emnet. Dalland fremhever at i hermenautisk tilnærming, er dette en ressurs og ikke et hinder for å tolke og forstå det fenomenet vi står overfor. Førforståelsen brukes som verktøy i tolkningen(2007: 58). I denne oppgaven har jeg valgt en hermeneutisk tilnærming til temaet.

#### 2.1.2 Forforståelse

Siden utgangspunktet mitt for valg av tema, var en interesse som hadde oppstått gjennom opplevelser fra praksis og egne erfaringer, hadde jeg fra før lest en del litteratur på området. Distanse til et forskningsfelt, blir ofte fremhevet som en viktig metodisk fordel. Tanken er at

”friske” øyne, skal kunne møte felten uten en forutinntatthet(om forventet resultat). Fortrinn ved allerede å ha kjennskap til det aktuelle feltet, kan være å kjenne til mange sider av en sak, ha sett utvikling over tid osv.

I forhold til litteraturvalg, vil det å være objektiv i første rekke innebære erkjennelsen av at jeg som menneske er subjektiv. Jeg må synliggjøre i hvilken grad den kan virke inn på de valg jeg gjør. Dersom man ikke er seg dette bevisst, kan man ende opp med å gjøre valg av litteratur i forhold til forventet eller ønsket resultat.

### **2.1.3 Kvalitativ og kvantitativ metode**

Jeg har valgt å skrive oppgaven ut fra kvalitativ metode. Kvalitative metoder brukes når vi er ute etter å fange opp mening og opplevelse. Kvalitet viser da til egenskapene eller karaktertrekkene til fenomener. Resultatene av kvalitative undersøkelser, lar seg i så måte ikke tallfeste eller måle, men blir i større grad ”utsatt” for tolking(Dalland, 2007. s. 84). Noe av forskningen jeg har brukt, er likevel delvis basert på kvantitativ metode. Kvantitative metoder brukes når vi ønsker å beskrive et fenomen ved hjelp av tall. Resultatet av kvantitative undersøkelser gir oss et tallmateriale som kan analyseres for å finne mønstre i en forekomst: som for eksempel frekvens og gjennomsnitt(Dalland, 2007. s.85).

## **2.2 Litteraturstudie**

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur som fins rundt et valgt tema. I litteraturen kan vi også finne teori som forsøker å forklare fenomener, prosesser og sammenhenger(Dalland, 2007. s.109). Gjennom å undersøke litteratur som er relevant for oppgaven min, skal jeg utforme en teoretisk plattform som jeg kan drøfte problemstillingen min opp mot.

## **2.3 Litteratursøk**

I følge Dalland, er en oppgaves troverdighet og faglighet avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet(2007: 66). Valg av litteratur er således et viktig grunnlag for en bacheloroppgave. Den kunnskapen jeg finner gjennom litteraturen, blir utgangspunktet for

oppgaven min. Det er denne litteraturen som problemstillingen skal drøftes opp mot. Det blir derfor viktig å få fram både hvorfor noe er tatt med og hvorfor noe er utelatt. Jeg skal også redgjøre for hvordan utvalget er gjort.

### **2.3.1 Søkemotor og søkeord**

Universitetsbiblioteket gir tilgang til ulike søkemotorer. Gjennom å benytte disse, gis en bred tilgang til både forskningsartikler og litteratur. Bibsy Ask, Helsebiblioteket, Sve Med+ og Scopus viste seg å være de beste søkemotorene. Gjennom Bibsy Ask, fant jeg det meste av litteraturen jeg endte opp med å bruke. Helsebiblioteket, Sve Med+ og spesielt Scopus hadde det beste utvalget i forskningsartikler som var relevant for problemstillingen min. Jeg gjorde både enkelt søk og avanserte søk. Søkeordene jeg brukte var: krise/crisis, mestring/coping, traumatisk krise/trauma, psykisk/psychological krise/crisis, bereaved, hope, loss, grief, ventesorg. Ved de avanserte søkene brukte jeg ulike kombinasjoner av søkeordene for å snevre inn antallet treff. Når søkene var innsnevret til under 100 treff, gikk jeg gjennom artiklene. Jeg fant gjennom søkene, navn på forskere som har jobbet med kriserelatert forskning i en årrekke, og gikk spesifikt inn på noen av disse navnene: Stroebe, Hansson, Schut, Tedeschi, Calhoun, Dyregrov, Raundalen, Gillies, Neimeyer, Folkman. Det endelige utvalget av litteratur ble gjort på bakgrunn av relevans i forhold til å kunne belyse ulike sider i tilknytning til problemstillingen min.

## **2.4 Kildekritikk**

Kildekritikk er en samlebetegnelse på de metoder man tar i bruk for å avgjøre om en kilde er basert på kunnskap eller på spekulasjoner. Formålet med kildekritikk, er å dele egne refleksjoner med leseren. Både i forhold til hvilken relevans og gyldighet den utvalgte litteraturen har i forhold til å belyse egen problemstilling (Dalland, 2007. s: 66).

Når forskningsfeltet er stort, er det desto viktigere å ha klare inklusjons- og eksklusjonskriterier for informasjonen man søker. Erkjennelsen av betydningen til valgte søkeord, er også viktig. Andre søkeord hadde kanskje gitt treff på flere relevante studier og gitt åpning for å belyse problemstillingen min på en litt annen måte. De artiklene jeg endte

opp med å bruke, fyller kriteriene for vitenskaplige artikler. Ingen er eldre enn 11 år og de er relevante i forhold til fokus i problemstillingen min. Jeg har i tillegg brukt en del pensumlitteratur, samt noe selvvalgt litteratur. Også her har et av målene vært å bruke ny litteratur. Jeg har hovedsaklig brukt førstehåndslitteratur.

## 3 Teori

### 3.1 Sykepleieteori

#### 3.1.1 Joyce Travelbee

Amerikanske Joyce Travelbee(1926-1971), var opptatt av mellom-menneskelig kontakt. I hennes sykepleieteori, er fokuset nettopp rettet mot betydningen av det å etablere et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. Hun definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene(2001: 29).

I følge Travelbee, er kommunikasjon en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. I kommunikasjonsprosessen, kreves det at det foreligger en avsender, en mottaker og en mening som forstås av de involverte parter. Kommunikasjon kan altså forstås som en prosess for overføring av tanker og følelser. Denne prosessen foregår kontinuerlig, ved hjelp av verbale- og non-verbale uttrykksmidler. Gjennom kommunikasjon, kan sykepleieren lære den syke å kjenne, fastslå og ivareta den sykes pleiebehov og oppfylle sykepleierens mål og hensikt(2001: 139).

Travelbee understreker at sykepleie er en prosess mellom mennesker. I sin teori, fremhever hun betydningen av at det er snakk om nettopp mennesker, ikke ”sykepleiere” og ”pasienter”. Hun definerer mennesker som unike og uerstattelige individ, lik og samtidig helt ulik alle andre mennesker. Forskjellene kan forklares ut fra arv, miljø, som utslag av individets unike livserfaring og dets særegne forståelse av og reaksjoner på disse(2001: 57).

For å kunne se og relatere seg til et annet menneske, er det viktig at hemmende roller, som ”pasient” og ”sykepleier” overskrides. Travelbee mener at rollebetegnelser fungerer som stereotypier og er med på å kategorisere mennesker. Dersom man ikke lykkes i å ta fokus bort

fra disse rollene, vil et menneske-til-menneske-forhold aldri kunne etableres. Stereotypier avhumaniserer mennesker, og dette er den største barrieren mot en slik relasjon(2001: 77). For sykepleieren, vil dette i følge Travelbee innebære at hun må møte sin egen sårbarhet og erkjenne og akseptere seg selv som menneske. Kun da blir hun i stand til å oppfatte og respondere på den syke, lidende eller døende som menneske(2001: 75).

Travelbee, definerer et sykepleiebehov på denne måten:

”ethvert behov hos en syk person(eller familie) som kan oppfylles av den profesjonelle sykepleieren, og som ligger innenfor lovens grenser for sykepleierens praksis. Et sykepleiebehov er også et behov, hvis det blir oppfylt, hjelper den syke personen(eller familien) til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse(2001: 179).”

Observasjon er første skritt på veien til sykepleierintervensjon. Observasjon tjener utvilsomt mange ulike hensikter, man må bare hele tiden være seg bevisst at en står overfor et reelt eksisterende menneske(2001: 179).

Håp har lenge blitt betraktet som en motiverende faktor bak menneskelig atferd. Det defineres gjerne som en mental tilstand karakterisert av ønsket om å nå et mål. I håpet ligger det også en fornemmelse av at det er mulig å nå det ønskede målet. Travelbee fremholder at den profesjonelle sykepleiers rolle er å hjelpe syke mennesker å oppleve håp om å mestre sykdom og lidelse(2001: 117). Som en forlengelse av dette, sier hun at sykepleierens oppgave også innbefatter å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Dersom den syke opplever håpløshet, skal sykepleier hjelpe han til å gjenvinne håp. Generelt sett, sier Travelbee, kan dette gjøres ved å være tilgjengelig og være villig til å hjelpe(2001: 123).

### **3.1.2 Hildegard Peplau**

Hildegard Peplau er også opptatt av det mellommenneskelige aspektet i sin sykepleieteori, men for henne ligger hovedfokus på selve relasjonen mellom sykepleier og pasient. Peplau deler relasjonen mellom sykepleier og pasient inn i ulike faser; orienteringsfasen, identifiseringsfasen, utforskningsfasen og løsningsfasen. Ved første møte mellom pasient og sykepleier, understreker Peplau betydningen av sykepleierens selvrefleksjon i forsøket på å forstå egne reaksjoner i forhold til pasienten(Peplau, 1994. s.59. Eide og Eide, 2007. s.130).

I relasjonen mellom sykepleier og pasient, skaper begge parter seg et bilde av sykepleier gjennom å plassere henne i ulike roller. Peplau sier at i dette spenningsfeltet mellom roller ligger det muligheter for sykepleier til å hjelpe pasienten i retning av modning og utvikling. I startfasen vil sykepleier ha rollen som fremmed, etter hvert vil hun ha roller som for eksempel ressursperson, lærer, veileder, surrogat og leder. Peplau beskriver sykepleien, *the nursing process*, som en psykodynamisk bevegelse i forholdet mellom sykepleier og pasient med pasientens selvstendighet, modning og helse som mål (Peplau, 1994. s.63. Eide og Eide, 2007. s.132).

## **3.2 Forskning**

Jeg har valgt å bruke fire forskningsartikler for å belyse ulike sider knyttet til problemstillingen. Jeg vil kort gå gjennom disse og peke på funn som har vært viktige for å kaste lys over ulike sider ved problemstillingen.

### **3.2.1 Artikkel 1**

I artikkelen: *Fathers` grief when a disabled child dies*, undersøker Julie D. Wood og Elizabeth Milo de subjektivt opplevde sorgreaksjonene til fedre som mistet sitt funksjonshemmede barn. Den kvalitative studien av åtte fedre, viste at disse fedrene ikke skilte seg ut fra foreldre som hadde mistet barnet sitt på annet vis. Likevel, ga disse fedrene (uten unntak) uttrykk for at deres tap hadde opplevdes som et ”dobbelt tap”, først funksjonshemmingen og så døden. I tråd med annen litteratur om kjønnsforskjeller ved krise, ga mennene uttrykk for større emosjonell beherskethet og bruk av aktivitet. Dette i motsetning til kvinner, som i større grad bruker samtale og sosial støtte, for å takle krisen (2001).

### **3.2.2 Artikkel 2**

I artikkelen *The continuing process of parental grief* av Arnold og Gemma (2008), settes søkelyset på sorgprosessen når foreldre mister et barn. Hvordan påvirker denne prosessen dynamikken mellom foreldre? Hvilken betydning har kommunikasjonen mellom foreldrene?

Hvordan kommunisere sorg? Artikkelen tar også opp det å sørge på ulike måter og ser på ulike mestringsstrategier.

### 3.2.3 Artikkel 3

I artikkelen *Mothers' grief following the death of a child*, har Laakso og Paunonen-Ilmonen sett på hvordan etterlatte mødre opplevde kontakten med og omsorgen fra sykepleiere ved sykehuset. Forskningen konkluderte med at sykepleierne kom til kort når det gjaldt å møte behovene hos de sørgende mødre. Til en viss grad greide sykepleierne å gi støtte, men mødre opplevde at det var mange følelser og opplevelser som gikk sykepleierne "hus forbi". Informasjon som ble gitt, ble av mødre ofte oppfattet som både utilfredsstillende og støtende. Forskerne konkluderte med at en bedre skolering av sykepleierne gjennom å jobbe med refleksjon over egen praksis, samt å øke fokuset på kommunikasjon og fokus på den enkeltes behov, ville kunne gi større trygghet i forhold til å møte behovene til sørgende foreldre. Betydningen av kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene rundt de sørgende, ble også fremhevet(2001).

### 3.2.4 Artikkel 4

I forskningsartikkel: *Strategies of professional assistance after traumatic deaths: Empowerment of disempowerment*, setter Kari Dyregrov spørsmål ved hvorfor hjelpen til familier som opplever psykiske kriser, som følge av traumatiske hendelser, ikke er på samme nivå som ved sammenlignbare somatiske plager. Hun mener at mye av svaret kan ligge i de-medikaliserings-bevegelsen. Gjennom et ønske om å beskytte individet fra å bli maktesløs og avhengig av profesjonelle, frarøver denne strategien istedet mennesker i psykisk krise fra å få tilgang til profesjonell hjelp. Deres velmenende strategi for å gi disse menneskene empowerment, resulterer isteden i disempowerment. Dyregrov hevder at noe av problemet ligger i at de profesjonelle lytter for lite på de kriserammede selv. En bred forskning understreker at muligheten til profesjonell hjelp ville gitt de kriserammede empowerment til å gå videre i livet og ikke lede til disempowerment slik de-medikaliserings-bevegelsen hevder(2004).



### **3.3 Krise, sorg og Mestring**

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå, døde det i 2010, 297 barn og unge mellom 0 og 17 år. Antallet barn som var alvorlig syke eller ble rammet av skade, vites ikke, men må antas å omfatte noen hundre. Dette tallmaterialet vitner om at mange familier rundt om i landet daglig opplever å bli rammet av en ufattelig personlig tragedie.

Bent Falk, teolog og psykoterapeut, definerer krise slik:

Krise er en reaksjon på tap eller trussel om et tap av noe som har vesentlig verdi for vedkommende(1999: 12).

Integreringen av empirisk forskning og klinisk praksis fra sorgområdet og det traumatiske stressfeltet, har i løpet av de siste ti årene resultert i en bedre forståelse av samspillet mellom traume og sorg og utviklingen av mer spesifikke strategier for å hjelpe de som opplever tap av et barn, særlig når dette skjer brått og uventet(Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.58).

Nyere forskning har vist at det er en myte at vi må gå gjennom spesifikke faser i krise- og sorgprosessen. Bakgrunnen for denne myten ligger i kriseteorier fra år tilbake. Senere tids forskning har ikke gjort funn som støtter denne antakelsen. Det viser seg at krise og sorgreaksjoner aldri følger de enkle fasene som ofte tidligere har blitt beskrevet(Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.24). Denne myten har dessverre vist seg seiglivet. Faren er at den kriserammedes reaksjoner tolkes som riktige eller gale, på bakgrunn av oppfatningen om hvilken fase han burde være i. Holdningen til pasienten blir teoretisk istedenfor empatisk. Det eneste forskere har funnet belegg for, er en grov inndeling: Først en sjokkfase: de første reaksjonene etter den traumatiske hendelsen. En reaksjonsfase: som kommer når vi tar inn over oss hva som har skjedd. En reorienteringsfase: hvor vi gradvis løfter blikket og gjenopptar dagligdagse gjøremål. Men selv ikke denne grove inndelingen er dekkende for alle. Dagens rådende teorier på området vektlegger at den individuelle kriserammede pendler mellom å vende seg mot tapet og unngå ting som kan gjenkalle det, og at denne vekslingen er en måte å mestre krisen på(Stroebe & Schut, 2001, Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.25).

De umiddelbare reaksjonene etter en traumatisk hendelse er ofte sjokk, vantro, nummenhet og sterke emosjoner. Mange har rapportert en følelse av uvirkelighet. Dette gjenspeiler det

faktum at følelsene ofte settes ”på vent” slik at all energi kan fokuseres på å klare med den traumatiske hendelsen. Det fungerer også som en beskyttelse mot smerten som er forbundet med det som har skjedd. Følelsen av endret tidsoppfattelse har også vært beskrevet; alt går i sakte fart, eller at tiden står stille. Dyregrov og Dyregrov sier at gjennom det første sjokket sikres en rask reaksjon og en form for mental beskyttelse. Det kan gå timer, dager og uker før den kriserammede fullt ut skjønner hva som har skjedd. De vet det intellektuelt, men ikke emosjonelt. Da er det ekstremt viktig at de rundt den kriserammede har en forståelse av denne første reaksjonen, slik at de ikke forventer store reaksjoner eller kanskje legger press på dem for å fremprovosere reaksjoner(2008: 28).

De påfølgende reaksjonene er oftest varierte og kan komme spredt. Mange opplever perioder med gråting, intens tristhet og lengting etter den døde. Reaksjonene varierer i intensitet og varighet. Det er helt normalt å oppleve svært sterke reaksjoner. Bare når slike reaksjoner forblir uforandret over tid og hindrer personen i å leve et normalt liv, skal de ansees som destruktive og uhensiktsmessige(Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.27).

Sorg er en mangesidig respons på tap. Den kan virke inn på kognitive prosesser, atferdsmønstre, mellommenneskelige forhold og psykologisk funksjon. Både opplevelsen av sorg og manifesterte uttrykk for sorg vil være individuelle. Sorg kan komme til uttrykk gjennom gråt og sterke følelsesmessige utbrudd, fravær av synlige emosjoner, sinne, tilbaketrekning, høyt aktivitetsnivå, isolasjon, prat, stillhet, søken etter mening eller søken etter sydebukk. Mangfoldet i sorguttrykket er stort. Forskning har likevel slått fast at en opplevd følelse av *smerte* er felles for sørgende(Kastenbaum, 2008. s. 71).

Sorg er den normale emosjonelle reaksjonen til død. For å forklare den emosjonelle reaksjonen hos foreldre som på grunn av alvorlig sykdom eller skade, lever med et (for)ventet dødsfall, fikk vi i 2011 et nytt begrep inn i det norske språket, nemlig *ventesorg*. Anticipatory grief, eller ventesorg, har vært beskrevet i litteraturen siden 1944. Ventesorg er en normal sorg som oppstår når en pasient eller en pårørende venter på et dødsfall. Ventesorg kan således omfatte mange av de samme prosessene og symptomene som man opplever etter et dødsfall(Pedersen, 2011).

I tråd med senere tids forståelse av krise og sorgprosesser, utviklet Stroebe og Stroebe en teoretisk modell for mestring: *The dual-process model of coping with bereavement(DPM)*.

Modellen omfatter både strategier for konfrontasjon med tapet og for å unngå å bli konfrontert med tapet. Begge typene strategier blir ansett for å være nødvendige i prosessen for igjen å skape helse og velvære. Den kriserammede vil i denne prosessen bruke utallige strategier, Stroebe og Stroebe understreker imidlertid at det er nettopp pendlingen mellom disse ulike strategiene som er viktigst. Hvilke mestringsstrategier den enkelte bruker, påvirkes av faktorer som: alder, kjønn, personlighet, temperament, livssituasjon, tilknytning, tidligere erfaring osv(2001: 69).

### **3.4 Kommunikasjon**

Begrepet ”kommunikasjon” kommer av det latinske ”communicare”, som betyr å gjøre noe felles. Kommunikasjon er et sammensatt fenomen, og det fins i dag en rekke kommunikasjonsteorier som vektlegger ulike aspekter ved kommunikasjon(Eide og Eide, 2008. s.66).

Verbal kommunikasjon foregår ved hjelp av ord: skriftlig eller muntlig. Non-verbal eller kroppslig kommunikasjon er all overføring av budskap uten bruk av ord: ansiktsuttrykk, gester, kroppsspråk, bekledding, lyder, berøring og lukt(Travelbee, 2001. s.138).

Forholdet mellom tale og kroppslig kommunikasjon er komplisert. Ved verbal kommunikasjon kan vi (langt på vei) velge selv hva vi ønsker å si, om vi ønsker å si noe og hva vi ønsker å unnlate å si. Oftest snakker vi etter tur, og en av gangen. Ved kroppslig kommunikasjon, formidler kroppen budskap uavbrutt. Den er aldri taus. Verbalt språk har en dobbeltfunksjon, gjennom at det enten kan informere, avdekke og avsløre eller tildekke og tilsløre. Den tildekkende funksjonen er vanskeligere ved kroppslig kommunikasjon. Kroppslig kommunikasjon er begrenset i forhold til meningsutveksling, men den gir på en annen side helt spesielle muligheter for spontanitet og tilstedeværelse. I situasjoner der ord kommer til kort, kan vi uttrykke oss med kroppen. Dette gjør at kroppen blir sentral i etableringen av fellesskap og tilhørighet(Thornquist, 2009. s. 216).

Relasjonsaspektet er viktig ved all form for kommunikasjon, og formidles ofte på kroppslig vis. Det kan være gjennom å vise interesse, det å vise at vi bryr oss eller ikke. Budskapet om hvem vi er for hverandre formidles ofte ubevisst. Kroppens rolle i den sammenhengen er

derfor sentral. Som sykepleier blir det derfor av stor betydning at en er seg bevisst at *å være sammen* nettopp handler om kroppslig tilstedeværelse, og ikke bare det å befinne seg i samme fysiske rom(Thornquist, 2009. s. 218).

Berøring er kanskje det mest personlige non-verbale uttrykksmidlet. Mennesker reagerer svært ulikt på berøring. For enkelte faller det helt naturlig og de vil søke berøring. For andre blir det helt feil. Som sykepleier, er det viktig å være var for stemninger og oppfatte når berøring føles riktig og når det føles galt(Travelbee, 2001. s. 138).

### **3.5 Roller**

I følge Thornquist, formes roller av det enkelte individ gjennom samhandlingsprosesser og sosialt liv. Roller ansees således ikke å være fastlagte, forutbestemte og statiske, men formes og påvirkes av skiftende sosiale situasjoner. Samtidig skjer rolleutformingene innenfor visse rammer, der partenes formelle posisjon er avgjørende. Ethvert forhold mellom pasient og helsepersonell er en asymmetrisk relasjon basert på partenes ulikhet i situasjon og kompetanse: den ene trenger hjelp, den andre har kompetanse til å hjelpe. Thornquist understreker at i en asymmetrisk relasjon, er det den som har mest makt som har størst ansvar for hva som skapes i relasjonen. Dette svekker likevel ikke det faktum at også den asymmetriske relasjonen blir skapt gjennom forhandlinger der begge parter deltar(2009: 30).

### **3.6 Lover**

Det profesjonelle forholdet mellom sykepleier og pasient, er også et lønnet arbeidsforhold som er regulert gjennom lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Sykepleiers plikter og rettigheter er nedtegnet i Lov om helsepersonell mv.(Helsepersonell-loven) av 7.februar 1999. I Lov om pasient og brukerrettigheter(Pasientrettighetsloven) av 7. februar 1999, er pasienten og pårørendes rettigheter nedtegnet.

## 4 Drøfting

### 4.1 Å identifisere foreldrenes behov

#### 4.1.1 Møte med foreldrene

Det å bli foreldre innebærer for de fleste en stor omveltning i livet. Forandringen skjer på mange plan, både psykologisk og sosialt. Allerede i svangerskapet starter tilknytningsprosessen (Hagtvedt, 2010. s. 14). For foreldre innledes nå det viktigste forholdet i deres liv.

De sterke båndene foreldre har til sine barn, bli enda mer synlige når barnet rammes av en traumatisk hendelse. Faren for å miste eller faktisk miste et barn, blir ansett som å være en av de mest smertefulle, intense og dypt ødeleggende hendelsene et menneske kan oppleve. Forskning har vist at sorg hos etterlatte foreldre har en tendens til å vare lengre enn hos andre grupper av etterlatte. Ofte opplever foreldre at den i en viss intensitet varer livet ut (Arnold og Gemma, 2008).

Som et resultat av den traumatiske hendelsen endres foreldrenes roller. Rollen som lykkelige foreldre endres til kriserammede, sørgende, etterlatte, trengende pasienter/pårørende. De står nå i en asymmetrisk relasjon til hjelperne rundt seg, der de selv er den hjelpetrengende og svakeste part i relasjonen (Thornquist, 2009. s.30).

Sykepleier går inn i møtet med de kriserammede som en profesjonell hjelper. I følge Travelbee, er det som skiller en sykepleier fra et annet menneske, at sykepleieren innehar visse spesialiserte kunnskaper, som hun er i stand til å bruke i den hensikt å hjelpe andre mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller opprettholde en best mulig helsetilstand. Sykepleier er også juridisk ansvarlig for sine sykepleierhandlinger (2001: 72).

Peplau sier at i relasjonen mellom sykepleier og foreldre, skaper begge parter seg et bilde av sykepleier gjennom å plassere henne i ulike roller. Nettopp i dette spenningsfeltet mellom roller, ligger det muligheter for sykepleier til å hjelpe foreldrene til mestring(1994: 63. Eide og Eide, 2007. s.132).

Travelbee sier videre at som følge av sin profesjon, har sykepleier blitt eksponert for sykdom lidelse og død. Denne eksponeringen har utfordret sykepleierens egen sårbarhet. Måten hun har håndtert sin egen sårbarhetskrise blir avgjørende for hvordan hennes evne blir i forhold til å oppfatte, respondere på og vise omsorg for mennesket i den syke, lidende og døende pasienter(2001: 73).

Travelbee sier med andre ord at i kraft av sin profesjon, er sykepleieren bundet av en plikt til å bruke sine kunnskaper til å hjelpe et trengende menneske, men det er måten hun har håndtert sin egen sårbarhetskrise som er avgjørende for hvordan hennes evne til å hjelpe faktisk blir.

Å møte mennesker i krise og yte hjelp, gir stor grad av mening, men det kan også virke belastende. I følge Sneltvedt, er det ukomplisert å bli berørt, så lenge du som sykepleier er i kontakt med deg selv og opplever deg adskilt fra den som lider. Da er du i stand til å møte den lidende på hans premisser. For å kunne forholde seg til andres sorg på en empatisk måte, må sykepleier ha et forhold til det å oppleve tap og sorg. Vår forståelse av andre mennesker er knyttet til vår egen forståelse av oss selv. Nærheten og kontakten med egne følelser øker vår evne til å være empatiske. Det gjør at vi greier å være andreorientert isteden for selvsentrert, og lettere oppfatte hva pasienten trenger der og da. Dersom vi ikke makter å møte det som gir sorg i eget liv, kan vi vanskelig møte andre i sorg. Det kan bli slik at vi unngår mennesker i sorg, fordi de vekker til live ubearbeidede følelser i oss selv. I slike tilfeller vil vi få problemer med å være til hjelp for pasienten eller de pårørende, og ofte velger da sykepleieren(bevisst eller ubevisst) å distansere seg eller overinvolvere seg i situasjonen(2007: 138).

Egne erfaringer med kriser, kan således være en styrke for den profesjonelle sykepleier i møte med kriserammede pasienter. Dersom sykepleier har gått gjennom en bearbeidelsesprosess, som har gitt henne et avklart forhold til følelser knyttet til krisen, vil hun være i stand til å møte den andre på en empatisk og pasientorientert måte. Dersom sykepleier ikke har gjennomgått en slik prosess kan hun bli overveldet av egne følelser og greier av den grunn ikke å møte pasientens behov. Hennes fokus vil da i mye større grad være sentrert rundt egne

følelser i forhold til krisen isteden for å være pasientorientert. Dette kan også resultere i at sykepleier vurderer sine egne erfaringer med krise som en slags ”fasit” på reaksjonsmåter og behov ved kriser. I slike tilfeller vil det være vanskelig for sykepleier å møte pasienten der han faktisk er, og på pasientens premisser(jfr. Travelbee og Sneltvedt).

Det fins lite forskning på hvordan sykepleiers egne erfaringer med kriser virker inn på hennes arbeid med kriserammede pasienter. I Laakso og Paunonen-Ilmonens studie fra 2001, konkluderer de med at det er et stort behov blant sykepleiere å få mer kunnskap om hvordan møte kriserammede foreldre. De trekker fram at gjennom refleksjon og veiledning kan sykepleirene bli i bedre stand til å takle dette på en god måte. Dette er i tråd med Sneltvedt og Travelbees antakelser om at refleksjon og bearbeidelsesprosesser styrker sykepleierens trygghet til seg selv i møte med kriserammede foreldre.

Peplau trekker også frem betydningen av sykepleiers selvrefleksjon når hun treffer en pasient for første gang. Gjennom selvrefleksjon forsøker sykepleier å forstå sine egne reaksjoner i forhold til pasienten(1994: 59. Eide og Eide, 2007. s.130).

Rebekkas foreldre reagerte på den vonde beskjeden med gråt og fortvilede skrik. Det er utfordrende å møte sterke reaksjoner som sinne, bebreidelse og sorg. Som sykepleier er det viktig å greie å stå i situasjonen, og ikke ta det personlig og kanskje trekke seg ut eller motagere. Dersom sykepleier kan greie dette, mister pasienten sin utagering noe av sitt skremmende preg. Dette kan frigjøre krefter til å gå videre i kriseforløpet, og redusere angst og gi økt trygghet(jfr. Travelbee).

Å anerkjenne den andre som annerledes enn oss selv, er en sunn form for distanse og grunnleggende i profesjonelle forhold. Denne distansen er positiv og setter sykepleieren i stand til å nyttiggjøre seg sin fagkunnskap. Sneltvedt sier at det å være et moralsk subjekt handler om å yte omsorg basert på fagkunnskap uansett om vi får positiv eller negativ tilbakemelding fra den som skal hjelpes. Dette innebærer at sykepleier har et bevisst forhold til distansen mellom seg selv og den som skal hjelpes, og er i stand til å handle profesjonelt og ikke ta pasientens utspill personlig. For eksempel hvis frustrasjon hos pasienten kommer til uttrykk som sinneutbrudd mot sykepleier(2007: 140).

#### 4.1.2 Å etablere kontakt

Travelbee sier at kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleier i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold. Gjennom kommunikasjon lærer sykepleier pasient/foreldre å kjenne, og blir således i stand til å ivareta behov og oppfylle sykepleierens mål og hensikt(2001: 139).

For Peplau, er også det mellom-menneskelige aspektet viktig, men hun mener hovedfokus ligger på selve relasjonen mellom sykepleier og pasient. Mens Travelbee vektlegger sykepleiers aktive rolle i kommunikasjonen mellom sykepleier og foreldre, understreker Peplau at det er snakk om en gjensidig påvirkning mellom sykepleier og foreldre. Hun trekker således frem at utviklingen av denne relasjonen er sentral for det terapeutiske utbyttet av sykepleien. Etter hvert som relasjonen mellom de to partene utvikles, vil sykepleier gå fra å ha rollen som en fremmed, til for eksempel en veileder, støtte, leder osv. Peplau sier at denne psykodynamiske bevegelsen mellom sykepleier og pasient, har som mål å skape selvstendighet, modning og helse hos pasienten(1994: 59. Eide og Eide, 2007. s.130).

I Laakso og Paunonen-Ilmonen, rapporterte mødre at sykepleierne generelt sett hadde gitt god pleie til deres alvorlig syke barn, men at de hadde negative erfaringer med hvordan de selv ble behandlet når de pleide barnet sitt. De uttrykte at deres oppfatninger ikke ble verdsatt og at den informasjonen de fikk var mangelfull og støtende(2001).

Slike rapporteringer kan i følge Travelbee, tyde på at sykepleierne i liten grad har greid å etablere et menneske-til-menneske-forhold med mødre. Dette skaper vansker i kommunikasjonen mellom mor og sykepleier. Årsaker til dette kan bero på sykepleiers vansker med å møte mor i denne åpenbart vanskelige situasjonen. Jfr. Peplau, ligger utfordringen i relasjonen mellom sykepleier og mor. Problemet er kanskje at relasjonsbyggingen ikke er kommet langt nok.

Travelbee sier at dersom man skal lykkes i å etablere et menneske-til-menneske forhold, er det viktig at hemmende roller overskrides. Roller er stereotypier som hindrer mennesker i å se andre mennesker som de unike individene de er. Sykepleierrollen er således ”overskredet”,



når sykepleieren oppfatter hvert enkelt individ hun har omsorg for, som et unikt menneske, og når hun tillater seg selv å bli oppfattet som menneske av hvert enkelt av disse individene(2001: 79).

Travelbees betrakter roller som noe statisk og uforanderlig. De låser menneskene fast, og er til hinder i forhold til å møte menneskene og følelsene bak fasaden. Peplau snakker også om roller som en måte å kategorisere mennesker og egenskaper på, men i motsetning til Travelbee, mener hun at roller skapes i en dynamisk prosess mellom individer. Rollene forandres etter hvert som relasjonen utvikles. Rollene er således ikke et ”stengsel” som må overskrides, men et redskap i relasjonsprosessen. Thornquist deler Peplaus syn når det gjelder den dynamiske prosessen for utformingen av roller. Samtidig understreker hun at rolleutformingen skjer innenfor visse rammer, der partenes formelle posisjon er avgjørende(2009: 31).

I de senere år har det vært et helsepolitisk mål å gi pasienter makt og kontroll over seg selv. *Empowerment* har vært definert som ”prosessen med å gi pasienten myndighet og kontroll på alle mulige måter. Midlet for å nå dette målet, har vært gjennom informasjon, ressurser og å skape selv-bevissthet hos pasientene”(Dyregrov, 2004). I Travelbees teori spiller pasienten en mer passiv rolle. Det er sykepleier som er den aktive part, og ”jobber” for å skape et mellom-menneskelig forhold. Det er hennes evne til å møte pasienten og overskride seg selv, som er avgjørende for om kommunikasjonen mellom partene blir vellykket. Peplaus vektlegging av pasienten som en aktiv deltaker i relasjonsbyggingen, er mer i tråd med målet om å gi pasientene empowerment.

## **4.2 Foreldrenes behov**

Studier viser at etterlatte foreldre både har behov for støtte fra sitt sosiale nettverk, fra andre etterlatte og profesjonell hjelp. For de etterlatte dekker de forskjellige støttespillerne ulike behov. De gir også uttrykk for at behovet for støtte fra ulikt hold gjerne kommer til ulike tider i krise og sorgprosessen. Behovet for å snakke med andre etterlatte kommer for eksempel gjerne en stund etter tapet, sjelden tidligere enn en måned. Hva de etterlatte faktisk opplever å få av støtte etter å ha mistet et barn, varierer enormt. Det samme gjelder kvaliteten på støtten,

om den ansees for fruktbar og til hjelp for den enkelte etterlatte(Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.50).

Dyregrov og Dyregrovs forskning viser at de etterlatte til en viss grad mottar massiv støtte fra familie, venner, kolleger og naboer særlig i de første ukene etter dødsfallet. De fleste opplever at denne støtten er uerstattelig og helt essensiell for å komme gjennom den første perioden. De etterlatte trekker gjerne frem hvor viktig det er at noen virkelig bryr seg og kanskje også gråter sammen med dem, holder dem og spør hvordan de har det. Noen ganger oppleves dette bare påtrengende og fryktelig. Særlig hvis tid og sted er upassende, eller at personen som viser medfølelse ikke oppleves som nær nok(Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.50).

Travelbee fremhever at for å kunne avdekke et behov hos pasienten, må sykepleieren observere pasienten. Noen ganger greier den syke selv å kommunisere sine behov. I tilfeller der han ikke greier det, må sykepleier gjøre slutninger på bakgrunn av systematisk observasjon(2001: 179).

#### **4.2.1 Kjønnforskjeller**

Flere studier bekrefter at det ofte er store ulikheter i måten å takle krise og sorg, hos mødre og fedre. Wood og Milos studie viser at fedre utøver en større emosjonell beherskethet, og at de i større grad bruker aktivitet som hovedform for mestringsstrategi isteden for samtale og sosial støtte. Mennene som deltok i studiet, rapporterte at samfunnets forventninger om en typisk mansrolle, virket forstyrrende på fedrenes respons på tapet av et barn(2001). Dette stemmer godt overens med hvordan jeg og min reagerte på krisen. Jeg gråt mye mer enn han.

En rekke sammenlignende studier viser at mødre sørger mer intenst og lengre enn fedre. Fedre viste en kortere og mindre intens uro og depresjonsreaksjon enn mødre, men de brukte oftere alkohol for å mestre barnets død(Wood and Milo, 2001).

Dyregrov og Dyregrov, fant også at kvinner generelt sett hadde en høyere tendens enn menn, til å søke ut mot andre samtalepartnere for å snakke om det som hadde hendt. Menn derimot, fokuserte i større grad sine tanker på andre ting, som for eksempel jobb(2008: 37).

Dette betyr ikke at kvinner nødvendigvis må antas å sørge mer enn menn, bare at de er flinkere til å uttrykke sin sorg verbalt. Fysisk handling og aktivitet kan bidra til at mannen føler mer mestring av sin sorg. Eksempler på slike aktiviteter kan være å gjøre noe sammen med de gjenværende barna, ordne praktiske gjøremål eller være på jobb.

Spesielt kvinner, men også menn, setter pris på at noen kan *høre* på deres historie, erfaringer og tanker uten å ”kreve” noe igjen. Den etterlatte forventer ikke nødvendigvis et svar fra den andre parten (Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.52).

Kjønnsforskjeller kan være utfordrende i forhold til kommunikasjon. Forskning har underbygget antagelsen om at menn er mer fysiske i sin kommunikasjon, og ønsker ikke i samme grad som kvinner å snakke om sitt tap. En studie fant at fedre ofte var bekymret og frustrerte over sin kones sorg, mens kona var sint på mannen for at han ikke delte hennes sorg (Wood og Milo, 2001, Dyregrov og Dyregrov, 2008).

Dette illustrerer bare noen av utfordringene foreldre kan møte i en krise og sorg prosess. For sykepleier er det viktig å vite om disse vanlige forskjellene mellom kvinner og menn når hun møter foreldre i psykisk krise. Dersom foreldrepar opplever at de reagerer svært ulikt på krisen, kan sykepleier gå inn og informere foreldrene om dette. På den måten kan hun bidra til å styrke foreldrenes kommunikasjon.

Det blir også viktig at sykepleier viser anerkjennelse for begge foreldres måte å reagere på. Det blir viktig at hun i sin kommunikasjon med foreldrene ivaretar dem begge, og er oppmerksom på kjønnsforskjeller i kommunikasjonen. Ofte er kvinner mer direkte enn menn når de snakker om følelser. Dersom en kvinnelig sykepleier ikke er seg dette bevisst, kan hennes måte å kommunisere på føles unaturlig og kanskje til og med ubehagelig for en mann.

#### **4.2.2 Fysiske behov**

Å være i en psykisk krise, kan for noen foreldre innebære at deres fokus så totalt rettes mot krisens årsak, traume og sjokk, at de ikke lenger ivaretar fysiske behov knyttet til det å spise, å drikke og evt. besørge personlig hygiene (dusje). I slike tilfeller er det viktig at sykepleier observerer dette og tilbyr foreldrene hjelp til å dekke disse behovene.

For noen føles berøring som naturlig i vanskelige situasjoner. Det kan være at de ønsker ei hand å holde i, å få en klem, eller en skulder å gråte på. Det er viktig at sykepleier er tilgjengelig for pasienten også i slike situasjoner.

Travelbee fremholder berøring som et svært personlig non-verbalt uttrykksmiddel(2001: 138). Siden mennesker reagerer så ulikt på berøring, er det av stor betydning at sykepleier er sensitiv i forhold til når berøring føles riktig og når det føles galt.

#### 4.2.3 Psykiske behov

Når en traumatisk hendelse inntreffer, skader den det rammede menneskets fundamentale forståelse for trygghet, og det fører ofte til en eksistensiell krise. Verden føles som om den er snudd på hodet. Det som før følte sikkert, er nå usikkert, og følelsen av å ha mistet all kontroll over sin tilværelse er sterk. Denne brutale ”nye” virkeligheten, krever at den kriserammede tilpasser seg det intrufne både mentalt og emosjonelt. Dette starter en mental prosess, hvor den traumatiske hendelsen og de omkringliggende omstendighetene gjennomgås på nytt og på nytt. I denne prosessen gjør den kriserammede seg tanker og refleksjoner som setter sine permanente spor, både som personlige og sosiale forandringer, men også som muligheter til personlig vekst gjennom å skape mening(Dyregrov & Dyregrov, 2008. s. 43).

Stroebe og Schut`s *Dual-process model of coping with bereavement*(DPM), beskriver den enkeltes pendling mellom å bruke strategier for å møte og å unngå å møte vissheten om tapet. Zech og Arnolds forskning har vist at nettopp denne pendlingen mellom å ”møte” tapet og å unngå konfrontasjon er viktig i forhold til å oppnå en positiv mestring(2011: 24). Stroebe og Schut, understreker betydningen av å anerkjenne sorgprosessen som en prosess hvor den kriserammede gjennom anstrengelser og stor følsomhet, rekonstruerer en verden med mening og gjenoppretter opplevelsen av sammenheng i livet(2001: 69).

I Wood og Milo`s kvalitative studie av fedre som hadde mistet sitt funksjonshemmede barn, gav samtlige fedre uttrykk for at de opplevde isolasjon fra mennesker rundt seg. Det å ha vært gjennom så spesielle opplevelser, skapte en avstand til andre. De opplevde at mennesker rundt dem ikke forsto, først hvordan det var å få et funksjonshemmet barn, så hvordan det var å miste dette barnet. De erfaringene de hadde fått, var så særegne at mennesker som omgav dem hadde store problemer med å forholde seg til dette(2001).

Dyregrov og Dyregrov trekker fram at det også er viktig å huske på de mange faktorene som påvirker foreldrenes reaksjoner ved et barns dødsfall. Situasjonen rundt dødsfallet, forhold ved og relasjonen til den døde, forhold ved foreldrene og deres forhold samt familieforhold og omgivelsenes støtte og reaksjoner(2008, s. 51).

I forhold til mestring, har aksept i forhold til tapet også vært belyst. Mange foreldre har problemer med å akseptere at barnet er død. Aksept blir å overgi seg og godta at tapet er endelig. Aksept er likevel uungåelig dersom man skal kunne gå videre i livet. Aksept betyr således gradvis å erkjenne at barnet ikke kan vekkes til livet igjen, og at fokus må rettes mot minner og de levende barna(Arnold og Gemma, 2008).

Samfunnets tradisjoner på sorg, kan ofte hjelpe personene til å identifisere og uttrykke sine emosjoner på en måte som er sosialt akseptabelt. Færre sørgetradisjoner gir individene større frihet, men samtidig mindre ”hjelp” i forhold til å mestre tap. På denne måten kan tradisjoner både fungere som en hjelp og en byrde for den sørgende(Laakso and Paunonen-Ilmonen, 2001).

Travelbee fremhever at sykepleier har et ansvar i forhold til å hjelpe mennesker til å oppleve og å fastholde håp i forhold til sykdom og lidelse(2001: 117).

Dersom barnet fortsatt lever, er oftest håp knyttet til helbred og bedring. Om barnet dør, endres perspektivet noe, men håp og ønsker vil ofte fortsatt ha en stor grad av tilknytning til barnet. Arnold og Gemma fant gjennom sin forskning at noen foreldre også finner håp i troen på å bli forent med barnet etter sin egen død(2008). Mange ytret også et sterkt ønske om å ”erstatte” det døde barnet gjennom et nytt svangerskap, adopsjon eller å ha et fosterbarn(Arnold og Gemma, 2008).

Kan informasjon bidra til å skape trygghet hos pasienter i krise?

Mødrene i Laakso og Paunonen-Ilmonens studie rapporterte at den informasjonen de fikk opplevdes både utilstrekkelig og støtende. I lov om pasient og brukerrettigheter, § 3-5, heter det:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene(1999).

Gitt det vi vet om mennesker i en krise- og sorgprosess, er det viktig at sykepleier har dette med seg i tankene når hun meddeler informasjon til foreldre.

Fedrene i Wood og Milo`s studie beskrev et intenst behov for fakta i forbindelse med situasjonen. De ønsket ikke trøst, men en direkte og detaljert informasjon. Fedrene uttrykte også den store betydningen det hadde at leger og sykepleiere hadde tid til å høre på foreldrenes bekymringer(2001).

Redsel for det ukjente gjør at mange pasienter bruker mye tid og energi på å være redd. Med god informasjon reduseres pasientens angst og utrygghet. Informasjon bidrar ofte til å skape trygghet og en følelse av kontroll. Når en pasient kommer i en krisesituasjon, vil hans evne til å oppfatte informasjon være begrenset. For å kunne bidra til trygghet hos pasienten gjennom informasjon, blir det viktig at sykepleier kan gjenta allerede gitt informasjon, være tilgjengelig for å kunne snakke om den informasjonen pasienten har fått, og svare på spørsmål. Pasienten skal likevel ikke ukritisk og uhemmet overøses av all tilgjengelig informasjon. Det kan gjøre vondt verre.

Menneskets naturlige krisereaksjon antas å ha i seg en selevoppholdelsemekanisme. Ved å ”stenge av for” informasjon som utgjør en stor påkjenning, skånes pasienten mot å bli ”knust” av alt det forferdelige(Dyregrov, 2008. s. 28).

Empowerment og koordinering av hjelp:

Når det gjelder sykepleiers ansvar i forhold til pleie av barn i sykehus, omfatter dette også ivaretagelse av foreldrene til barnet. I helsepersonell lovens § 4 om forsvarlighet, heter det at:

”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”(1999).

Dette innebærer at dersom sykepleiers faglige kvalifikasjoner i forhold til å møte og forholde seg til kriserammede foreldre ikke er gode nok, skal samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell innledes.

I forskningsartikkelen *Strategies of professional assistance after traumatic deaths: Empowerment of disempowerment*, kommer det frem at etterlatte foreldre ønsker et system som sikrer automatisk kontakt med et offentlig hjelpeapparat. De ønsker støtte med stabilitet og kontinuitet, kvalifisert hjelp, men samtidig et hjelpeprogram som er fleksibelt og tilpasset den enkelte (Dyregrov, 2004).

Dyregrov og Dyregrov sin forskning har vist at selv om pasienter/foreldre har en lovfestet rett til hjelp i forhold til den psykiske krisen de opplever, er det mange som ikke får det (2008: 66).

Mange av de etterlatte føler seg diskriminerte i forhold til somatisk syke. De vet det fins kvalifisert fagpersonell og at de i følge loven har rett til hjelp, men at de ikke har energi til å be om hjelp (Dyregrov, (2004). Dyregrov & Dyregrov, 2008. s.66).

Sykepleier blir viktig både i forhold til å være et naturlig mellomledd mellom de ulike faggruppene foreldrene kommer i kontakt med på sykehuset, og som en formidler av behov for hjelp. Sykepleiere er oftest den av faggruppene ved et somatisk sykehus som er i hyppigst og nærmest kontakten med foreldrene. Dersom sykepleier ser at foreldrene har behov for annen kvalifisert hjelp, har hun i følge loven plikt til å innhente bistand til dette.

Dyregrov konkluderer etter mange års forskning på området, at det er altfor tilfeldig om kriserammede (etterlatte) foreldre får hjelp og hvilken hjelp de får (2004). Sykepleier må bidra med å sikre at det fins et mottaksapparat i hjemkommunen for foreldrene etter sykehusoppholdet. Et av behovene i den første tiden er også trygghet i forhold til hva som skal skje nå. Å vite at noen tar ansvar når de selv ikke er i stand til det, gir økt trygghet. Denne tryggheten kan være avgjørende i forhold til å greie å komme seg videre i livet.

## **4.3 Å forholde seg til foreldrenes behov**

### **4.3.1 "Å være der du er"**

Travelbee understreker viktigheten av å kunne "overskride" sykepleierrollen. Ved å ta fokus bort fra rollene, "sykepleier" og "pasient", blir sykepleier i stand til å oppfatte det enkelte individ hun har omsorg for, som et unikt menneske(2001: 79).

Bernt Falk sier dette om å være ærlig i møte med den kriserammede:

Når du som hjelper ikke vet hva du skal si eller gjøre, er det nettopp det du skal si eller gjøre(1999: 22).

Non-verbal kommunikasjon er ofte sterk når ord blir fattige. Det er viktig at vi som sykepleiere ikke tenker at vi alltid må *si noe*. Og hvis vi likevel ønsker å si noe, er det kanskje ofte mest riktig, som Bernt Falk sier, å sette ord på sine tanker: *Dette er bare så vondt, jeg vet ikke hva jeg skal si*.

I Laakso og Paunonen-Ilmonens studie om mødres sorg i etterkant av sitt barns død, viste resultatet at sykepleierne hadde ferdigheter til å støtte de sørgende mødrene. Men studien viste også at det var mange følelser og opplevelser som forble uoppdaget av sykepleierne. Sykepleiernes evne til å møte mødrenes individuelle behov mens barnet var innlagt på sykehuset og etter at barnet var død, var utilfredsstillende(2001).

For foreldre som opplever alvorlig livstruende sykdom eller skade hos sitt barn, blir livet snudd på hodet. Å få beskjed om at barnet kan dø, eller kommer til å dø, setter foreldrene i en svært anstrengende situasjon. De vet at barnet skal/kan dø, men ikke når eller hvordan.

Pedersen trekker frem at ventesorger kan romme mange aspekter. Det kan både øke avstanden og nærheten mellom barnet og foreldrene. Det kan også gi familien mer tid til å venne seg til tapet som kommer. Å kjenne til denne typen sorg og kunne sette ord på den, vil kunne hjelpe sykepleiere i møte med foreldre som bærer på ventesorger(2011).



Dyregrov og Dyregrov sier at siden foreldrenes reaksjoner ofte er svært forskjellige og sammensatte, er det oftest best å la samtalen ta utgangspunkt i hvordan den enkelte foreldre opplever det. Det er viktig å fremheve at reaksjonene som kommer er helt normale, og at det ikke fins visse typer reaksjoner som er mer normale enn andre. Informasjon må gis gradvis og være tilpasset den enkelte. Sensitivitet i forhold til foreldrene og god timing i forhold til hva som kommuniseres blir viktig. Dette vil også være essensielt i forhold til å lære mestringstrategier(2008: 58).

For sykepleier blir det viktig å møte ethvert menneske som det unike individet det er. Kommunikasjon må tilpasses den enkelte og ut fra de behov som synes å være tilstede. Sykepleier bør formidle til foreldrene, at de følelser og reaksjoner de har er helt normale, og at alle følelser er en måte å bearbeide det som har skjedd. Med tanke på den kunnskapen forskning har gitt oss, er det viktig at sykepleier også er oppmerksom på kjønnsrelaterte forskjeller.

#### **4.3.2 Kommunikasjon som redskap**

For at sykepleier skal være i stand til å møte foreldrenes behov, er første bud at hun er tilgjengelig for foreldrene(Travelbee, 2001. s.123). Sykepleier kan gjøre seg tilgjengelig for foreldrene gjennom å ha tid til å være fysisk tilstede og ved å være mentalt tilstede ved møtepunktene.

Eide og Eide fremhever at det viktigste kjennetegnet ved all kommunikasjon i helseprofesjonene, er at den er ment å være til hjelp for pasient og pårørende. Blant ferdigheter i denne profesjonelle hjelpende kommunikasjonen er aktiv lytting og samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Denne kommunikasjonen er anerkjennende, skaper trygghet og tillit og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og stimulere til at pasient og pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig(2007: 20).

For å kunne møte foreldrenes behov i etterkant av en traumatisk hendelse, er det viktig at sykepleier har kunnskap om kommunikasjon. Kanskje er kommunikasjonen mellom de kriserammede foreldrene så god at de i en stor grad bruker hverandre som samtalepartner. Fordelen med å ha en samtalepartner man står i en nær relasjon til, er tryggheten dette kan gi i

forhold til at begge parter kjenner den andres ”ståsted”. Dette kan gjøre at de føler seg friere i forhold til å kunne uttrykke hva de virkelig føler og tenker(Jfr Peplau).

Dersom foreldrene reagerer svært ulikt på den traumatiske hendelsen, kan kommunikasjonen dem i mellom kollapse. Dette skyldes at de ikke lenger deler en felles forståelsesplattform. Opplevelsen av følelsesmessig kaos vil kanskje i tillegg svekke deres evne til å møte hverandre i krisen. I slike tilfeller, når kommunikasjonen mellom foreldrene blir vanskeliggjort, er det viktig at sykepleier bruker sin kunnskap om krise og kjønnsforskjeller og informerer foreldrene om dette. De er begge like bekymret og fortvilet over det som har rammet barnet deres. De ønsker begge like strekt at den traumatiske hendelsen aldri skulle ha oppstått. Med sin kunnskap kan sykepleier hjelpe foreldrene til å stå sammen i krisen og bli en hjelp og støtte for hverandre.

Forskning har vist at de foreldrene som greier å føre en åpen kommunikasjon, opplever et høyere sorgnivå den første tiden etter den traumatiske hendelsen, men greier seg bedre over tid enn de som ikke har en slik kommunikasjon(Dyregrov og Dyregrov, 2008. s.55). Det kan derfor tyde på at verbal kommunikasjon er viktig både som et ledd i bearbeidelsen av krisen og sorgen, og for parforholdet.

## 5 Avslutning

Det fins ingen fasit på hvordan foreldre reagerer når de kommer i en psykisk krise. På bakgrunn av forskning og litteratur, har jeg likevel gjort funn som er viktige for hvordan jeg som sykepleier møter kriserammede foreldre.

Jeg har funnet ut at det er viktig at jeg som sykepleier har god kunnskap om krise- og sorgreaksjoner. Ved å kjenne til at det er store individuelle forskjeller i måten å reagere på, kan jeg kommunisere dette til foreldrene, og trygge dem i forhold til de reaksjoner de måtte få. Denne kunnskapen vil også sette meg i stand til å se når foreldres reaksjoner er kraftig og vedvarende, og det er behov for annen profesjonell hjelp.

Jeg har også funnet ut at det er viktig at jeg som sykepleier har et personlig avklart forhold til følelser knyttet til krisen. Hvis ikke er det fare for at mine egne følelser kommer i mitt fokus istedenfor pasientens behov. Egne opplevelser av psykisk krise kan således være en styrke for meg som sykepleier, dersom det har ført til en vellykket bearbeidelsesprosess og et avklart forhold til følelser knyttet til krisen.

Jeg har også funnet ut at jeg som sykepleier må ha god kunnskap om kommunikasjons- og relasjonsteori. Gjennom å bygge opp en god og nær relasjon til foreldrene, skapes et bedre fundament for en vellykket kommunikasjon, og jeg blir i bedre stand til å møte deres behov.

Jeg som sykepleier må også vite at det er en betydelig grad av forskjeller mellom kjønn både når det gjelder reaksjonsmåter på krise og sorg, og mestringsstrategier. Denne kjønnsforskjellen kan få betydning for kommunikasjonen og samhandlingen mellom foreldrene og mellom foreldre og sykepleier. Som sykepleier kan jeg dele min kunnskap om dette med foreldrene, og bidra til bedret kommunikasjon dem i mellom. Jeg må også ta hensyn til kjønnsforskjeller i min kommunikasjon med den enkelte av foreldrene.

En psykisk krise er en stor belastning for det mennesket som rammes. Foreldre vil ha et stort behov for ulike typer hjelp etter å ha blitt rammet av en traumatisk hendelse. Jeg som sykepleier er lovpålagt å hjelpe foreldrene, slik at de får den hjelp og støtte de har behov for. Gjennom å

informere, koordinere hjelpetiltak og bidra til å skape et støtteapparat rundt de kriserammede foreldrene, er sykepleier med på å gi foreldrene empowerment til å mestre sin egen krise.

## 6 Litteratur

### Pensumlitteratur:

Blix, E.S. & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter. 4.utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hagtvedt, M.L. (2010). Det nye livet. I: Holan, S. og Hagtvedt, M.L. (red.). *Det nye livet – Svangerskap, fødsel og barseltid*. ss. 11-15. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Lov om helsepersonell mv.(helsepersonell-loven) av 7.februar 1999.*

*Lov om pasient og brukerrettigheter(pasientrettighetsloven) av 7.februar 1999.*

Sneltvedt, T. (2007). *Hva innebærer det å være en proffesjonell sykepleier?* I: Brinchmann, B.S. (red) (2007). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

### Selvvalgt litteratur:

Arnold, J. & Gemma, P.B. (2008). *The continuing process of parental grief*. *Death Studies*, 32: 658-673. (15 sider).

Dyregrov, K. (2004). *Strategies of professional assistance after traumatic deaths: Empowerment or disempowerment?* *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), pp. 181-189. (8 sider).

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008). *Krisepsykologi I praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (43 sider).

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement support*. London: Jessica Kingsley Publishers. (25 sider).

Falk, B. (1999). *Å være der du er – samtale med kriserammede*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (70 sider).

Kastenbaum, R. (2008). *Grieving in contemporary society*. I: Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Schut, H. & Stroebe, W.(red). *Handbook of bereavement research and practice – advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association. ss.67-85. (18 sider).

Laakso, H. & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). *Mothers`grief following the death of a child*. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 69-77. (8 sider).

Pedersen, N. (2011). *Ventesorg*. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, nr 18: 131. (1 side).

Peplau, H.E. (1994). *Selected works – interpersonal theory in nursing*. London: The Macmillan Press LTD. (49 sider).

Statistisk sentralbyrå, *Døde etter alder, kjønn og fylke, 2010*. Tilgjengelig fra: [http://www.ssb.no/emner/02/barn\\_og\\_unge/2011/tabeller/helse/helse0300.html](http://www.ssb.no/emner/02/barn_og_unge/2011/tabeller/helse/helse0300.html)(15.03.2012).

Stroebe, M.S & Schut, H. (2001). *Meaning making in the dual process model of coping with bereavement*. I: Neimeyer, R.A. (red). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. ss.55-73. Washington: American Psychological Assosiation. (18 sider).

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (105 sider).

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis I helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (63 sider).

Wood, J. & Milo, E. (2001). *Fathers`grief when a disabled child dies*. *Death Studies*, 25: 635-661. (26 sider).

Zech, E. & Arnold, C. (2011). *Attachment and coping with bereavement: Implications for therapeutic interventions with insecurely attached I*: Neimeyer, R.A., Harris, D.L., Winokuer, H.R. & Thornton, G.F. (red). *Grief and Bereavement in Contemporary Society – bridging research and practice*. ss. 93-105. New York: Taylor & Francis Group, LLC. (12 sider).

Aase, I.M. (1994). *Smerten-den ubudne gjest*. Bergen: Sigma Forlag A/S.