Bachelorgradsoppgave

«De glemte sørgende»

«The forgotten bereaved»

- Barn som selvmordsetterlatte
- Children of suicide victims

Annette Fagerbekk
Sigrid Frøysadal

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015

«Første året på skolen var veldig hardt.
Jeg ble blant annet kalt selvmorderens sønn»

(Medby, A., 2012)

Abstrakt

Introduksjon: På verdensbasis begår ca. 1 million mennesker selvmord hvert år. I Norge er det ca. 500 mennesker som velger å ende sitt liv hvert år, og man kan regne med at det sitter igjen ca. 5000 nye etterlatte etter disse selvmordene
Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse barns erfaringer av å miste en av sine foreldre i selvmord, og hvordan helsepersonell kunne møte disse etterlatte barna.
Metode: Denne studien er en allmenn litteraturstudie, der 12 forskningsartikler er bakgrunn for resultatdelens besvarelse. Disse artiklene er funnet gjennom søk i anerkjente databaser.
Resultat: Resultatet viste at sorg, sinne og angst var de mest framtredende følelsene hos de selvmordsetterlatte barna. Følelser som lettelse, skyld og skam varier individuelt og når følelsene utløses er ulikt. Funnet viste at barn mestrer hverdagen forskjellig, ved hjelp av mestringsstrategier og gruppeterapi. I møtet med helsepersonell følte barna at de ikke ble sett og deres problemer ikke ble oppdaget.
Diskusjon: Det ble funnet teori og pensum som resultatet ble diskutert opp mot. En stor del av resultatet ble støttet opp av annen faglitteratur.
Konklusjon: Selvmordsetterlatte barn kan ha mer alvorlige psykiske plager enn andre etterlatte barn. Deres erfaringer tilsier at de ikke fikk den oppfølgingen de trengte, delvis på grunn av manglende kompetanse hos helsepersonell. For å kunne ivareta disse barna på en forsvarlig måte, viste funnene at helsepersonell trengte mer kunnskap på feltet.

Nøkkelord: Barn, etterlatt, selvmord, sorg, mestringsstrategier, helsepersonell

Innhold

1.0 Innledning 2
1.1 Oppgavens hensikt 3
1.2 Teoretisk tilnærming 3
1.3 Begrepsavklaringer 4
2.0 Metode 5
2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier 5
2.2 Datainnsamling 6
2.3 Etiske overveielser 7
3.0 Resultat 8
3.1 Barns emosjonelle reaksjoner som selvmordsetterlatte 8
3.2 Hvordan mestre hverdagen etter selvmord 10
3.3 Barns møte med helsepersonell 11
4.0 Diskusjon 12
4.1 Metodediskusjon 12
4.2 Resultatdiskusjon 14
4.2.1 Barns emosjonelle reaksjoner som selvmordsetterlatte 14
4.2.2 Hvordan mestre hverdagen etter selvmord 17
4.2.3 Barns møte med helsepersonell 20
5.0 Konklusjon 22
Litteraturliste 23
Vedlegg .....
Vedlegg 1: Subkategorier og kategorier .....
Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler .....
Vedlegg 3: Oversikt over søkestrategi .....
Vedlegg 4 Tabell til vurdering av forskningsartikler .....

ANTALL ORD: 9566

1.0 Innledning

På verdensbasis begår ca. en million mennesker selvmord hvert år, det vil si at noen velger å ende sitt liv hvert 40 ende sekund. Et annet oppsiktsvekkende tall er at en eller annen plass i verden prøver noen å begå selvmord hvert tredje sekund (World Health Organization, 2014).
I Norge registreres det i gjennomsnitt 530 selvmord hvert år, av disse er det ca. 400 menn og 150 kvinner. Man regner også med at ukjente og uregistrerte dødsfall kan være skjulte selvmord, for eksempel er det 600 dødsfall som skjer i utlandet hvert år som ikke registreres i Norge (Zahl & Dieserud, 2015). I 2013 ble det registrert 309 selvmord blant voksne i alderen 25-54 år (Statistikkbank, 2014). Det vil i Norge sitte igjen ca. 5000 nye selvmordsetterlatte hvert år (Halvorsen, 2014). Vi har ikke funnet eksakte tall på hvor mange av disse som er barn, men man kan tenke seg til at en stor del av de avdøde etterlater seg barn da gjennomsnittsalderen ved første fødsel var 29 år i 2012 (Statistisk sentralbyrå, 2012). Man har også sett at det er en økning i begåtte selvmord de siste 50 årene (Hummelvoll, 2004). Dette viser at gruppen selvmordsetterlatte barn vil kunne øke med tiden.

«For tiden, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling. Handlingen kan best forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen» (Shneidman, gjengitt i Dieserud, 2006, s. 25).

Denne definisjonen på selvmord er den mest nyanserte vi har funnet og kommer fra E. Shneidman. Den viser at de som begår selvmord er rammet av psykiske lidelser, og krisesituasjonen gjør at de ser ingen annen løsning enn å ta sitt eget liv. Ved å gjøre dette, vil de etterlate seg mange pårørende som blir sterkt berørt av hendelsen. Etterlatte voksne og barn vil reagere ulikt, og vil ha forskjellig behov for oppfølging (Helsedirektoratet, 2011). Disse forskjellene skal oppdages og tas tak i, og helsepersonell er lovpålagt i å gjøre dette. Helsepersonelloven §10a (1999-2009) sier at helsepersonell skal ivareta barnets behov for informasjon og oppfølging. Dette kan bidra til at barnets behov for hjelp identifiseres slik at tiltak kan settes i gang. FN's barnekonvensjon inneholder 42 punkter som viser hvilke rettigheter alle barn har. Før denne konvensjonen ble vedtatt, var barnas rettslige status knyttet opp mot foreldrenes. Barnekonvensjonen ser på barna som selvstendige individer, og med den forsøker FN å oppnå allmenn anerkjennelse om dette og vise at barn har særskilte behov og rettigheter (De forente nasjoner: FN's barnekonvensjon, 1989). Når et barn står i en vanskelig situasjon, er det derfor viktig at de får muligheten til å fortsette å være et barn. Slik at de ikke føler de må påta seg ansvar og voksenoppgaver når den ene forelderen ikke er tilstede lengre (Helsedirektoratet, 2010).

På bakgrunn av denne informasjonen har vi valgt å se på hvordan barna håndterer det å bli etterlatt etter selvmord.
Dette emnet ble også valgt på bakgrunn av at selvmord fortsatt i dag et tabubelagt tema. Det å kunne snakke om temaet er for mange ubehagelig, men å tørre å ta det steget kan bidra til å minske risikoen for psykiatriske plager hos barna mener forskere (Psykiskhelseiskolen, 2013). En studie viser at selvmordsetterlatte barn er mer utsatt for alvorlige psykiatriske symptomer enn andre barn, og disse plagene kan utvikle seg til mer alvorlige tilstander hvis barna ikke får tilstrekkelig med hjelp (Brown, Sandler, Tein, Liu & Haine, 2007). Dette viser at oppgavens hensikt er relevant for sykepleiere i dag, da de kan være en viktig ressurs for å hjelpe de etterlatte barna.
Egne erfaringer tilsier at det er lite kunnskap rundt håndteringen av selvmordsetterlatte, og dette medfører at helsepersonell ofte trekker seg unna slike vanskelige situasjoner. Dette kan føre til at selvmordsetterlatte barn ikke får den hjelp og oppfølgning som de trenger.

1.1 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse barns erfaringer av å miste en av sine foreldre i selvmord, og hvordan helsepersonell kan møte disse etterlatte barna.
I resultatdelen vil oppgaven ha et pasientperspektiv, der barnets opplevelser og behov som selvmordsetterlatt blir anerkjent. For å kunne besvare hensikten er det også benyttet et sykepleieperspektiv i diskusjonskapittelet i tillegg til pasientperspektivet.

1.2 Teoretisk tilnærming

Oppgavens tilnærming er kompleks, og barna kan ha behov for ulik oppfølging ut i fra deres ståsted. Det er derfor valgt å besvare oppgaven i lys av en kriseteori, en mestringsteori og en relasjonsteori.

Den første valgte teorien er Johan Cullbergs kriseteori som omhandler de ulike fasene i en traumatisk krise. Han hevder at man må gå gjennom alle de fire fasene for at sorgprosessen skal være psykologisk helbredende og at man kan gå videre i livet (Cullberg, 1975). Først kommer sjokkfasen, som er den akutte fasen. Der kan vedkommende oppleves fjern og den enkelte klarer ikke å ta innover seg det som har skjedd. Deretter kommer reaksjonsfasen der reaksjonene som ble fortrengt i sjokkfasen slipper til. Sinne, angst, depresjon og sorg over tapet blir synlig. Så kommer bearbeidelses- eller reperasjonsfasen, her bearbeider man det som har skjedd og snakker om det igjen og igjen. Man fronter situasjonen og klarer å sette ord på det man føler, før man går over i nyorienteringsfasen. Her aksepterer man den nye situasjonen, og man kan gå videre i livet (Cullberg, 1975).

Deretter ble Folkman og Lazarus sin mestringsteori valgt. Denne viser at stress ikke bør kun ses i sammenheng med den aktuelle situasjonen, men man må også se på hvert enkelt individs evne til å håndtere situasjonen. Det vil si mestring. Grunnlaget for en persons opplevelse av stress og belastning, baserer seg på individets egne tanker om situasjonen han befinner seg i. Deres mestringsmodell er bygd opp av fire deler som viser forholdet mellom vurderinger, mestring og følelser. Vurderingene kan deles inn i primære- og sekundære vurderinger. De primære vurderingene består av de umiddelbare tankene, som spørsmål om hva som har skjedd. De sekundære vurderingene kommer når personen har kommet over det første sjokket, og består av å tenke på hvordan man kan løse situasjonen. Det første trinnet i mestringsmodellen består av den utløsende situasjonen, deretter kommer de umiddelbare reaksjonene. Det tredje trinnet omhandler mestringsstrategier, mens det fjerde trinnet går ut på å revurdere situasjonen (Folkman & Lazarus, 1984).

Den siste teorien er Peplaus relasjonsteori som bygger på at relasjonen mellom pasient og sykepleier er avgjørende for utbytte av sykepleien som gis. Hun deler sykepleier-pasient-forholdet i fire faser. Orienteringsfasen fokuserer på det første møtet med pasienten, og deres behov identifiseres og klargjøres. Så kommer identifiseringsfasen som har til hensikt å utvikle en plan for videre oppfølging. Deretter kommer utforskningsfasen som handler om at pasienten får hjelp til å utforske følelser, tanker og forestillinger om sin situasjon. Til slutt kommer løsningsfasen som omhandler at pasienten finner styrke til å mestre hverdagen, dette avhenger av hvordan de forutgående fasene er håndtert (Peplau, 1952).

1.3 Begrepsavklaringer

Underveis i oppgaven er det brukt flere begreper som forelder, forelderen og den gjenlevende forelderen, her siktes det til den forelderen som sitter igjen etter at den andre begikk selvmord. Det er også brukt sorggrupper, intervensjoner, gruppeterapi, gruppeintervensjoner, sorgleir og sorggruppeintervensjoner, disse benevnelsene er alle brukt for betydningen terapi i grupper.

2.0 Metode

En metode er et redskap som er til hjelp for å samle inn data om et valgt tema, det vil si den informasjonen som er aktuell for studien. Metoden forteller noe om hvordan man må gå fram for å skaffe relevant kunnskap eller etterprøve påstander som skal være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2012).

Denne studien er en allmenn litteraturstudie, som også går under benevnelsen litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Slike studier gjøres for å få en samlet oversikt over aktuell forskning som er gjort på et angitt område (Forsberg & Wengström, 2013).
12 forskningsartikler er bakgrunn for resultatdelens besvarelse, disse er grundig vurdert og analysert etter skjema for artikkelgranskning (vedlegg 4). Dataanalysen er en prosess for synteser, og stoffet må organiseres for å kunne utarbeide en plan for videre arbeid (Brink & Wood, 1998). Først ble tittelen lest og vurdert om den var relevant for hensikten, deretter ble abstraktet lest for å få en bedre oversikt over studiens innhold. Hvis artikkelens abstrakt var relevant for oppgaven, ble teksten lest i fulltekst. Så ble det utarbeidet en tematisk innholdsanalyse over de utvalgte artiklenes resultat. På denne måten ble det enklere å få en fullstendig oversikt over resultatene, og å se hvilke artikler som omhandlet samme tema.
«*Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle»*(Dalland, 2012, s. 144).

2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene er valgt på bakgrunn av følgende inklusjonskriterier

- Barn i alderen 0-18 år
- Barn som selvmordsetterlatte
- Kvalitativ og kvantitativ tilnærming
- Publisert på engelsk, norsk eller svensk
- Artiklene er sett fra barnets ståsted
- Artikler fra hele verden, for å få et globalt perspektiv

Bakgrunnen til valget for det vide aldersspennet, var at det fantes svært lite forskning på området. En annen grunn var at FN's barnekonvensjon (1989) definerer barn som alle fra 0-18 år (De forente nasjoner: FN's barnekonvensjon, 1989). I kvalitativ forskning får man innblikk i deltakerens erfaringer og følelser. Mens i kvantitativ forskning er det forsket på det som er målbart, altså at informasjonen som samles inn kan gjøres om til tall og statistikk. (Forsberg & Wengström, 2013).

Artikler som ikke var relevant for studien ble ekskludert etter følgende kriterier

- Reviewartikler
- Artikler som ikke besvarer oppgavens hensikt
- Publisert før år 2000*

* To av artiklene ble inkludert selv om de var publisert før år 2000, på bakgrunn av deres relevans. Disse artiklene var også banebrytende innen feltet selvmordsetterlatte og de er stadig brukt i nyere forskning.

Flere artikler som var eldre enn 2010 ble ekskludert på grunn av at de omhandlet hvilke tilbud de selvmordsetterlatte fikk, da dette kan forandre seg over tid kan eldre artikler være utdatert på området.

2.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført fra februar 2015-april 2015.

Søkeordene som ble anvendt i litteratursøket var følgende; child, suicide, grief, bereaved, bereavement, psychological, motivation, information, nursing, adolescents, intervention, survivors og cope. Disse søkeordene ble satt i ulike kombinasjoner for å finne de beste resultatene. De ordene som ga flest treff, var child, suicide og bereaved.
De ulike kombinasjonene ble satt sammen av bindeordene «or» eller «and» for å finne aktuelle artikler.

Databaser som er benyttet i denne oppgaven er Medline, Pubmed, Swemed, Psycinfo og Cinahl. På bakgrunn av lite treff på flere av databasene, er de fleste artiklene valgt fra Medline.

Noen artikler ble funnet gjennom manuelt søk, både ved å se på referanselister og gjøre håndsøk på Google Schoolar. Her ble det søkt etter forfattere som man ser går igjen i flere relevante artikler, som for eksempel Dyregrov, Weller og Müller. Fire artikler ble inkludert etter flere gjennomførte håndsøk.

Tabell 1: Eksempel på søkestrategi

	Nr	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Utvalg
Medline 17.02.2015	1	Child		1387843	
	2	Suicide		31742	
	3	Grief/ or bereavement		10862	
	4	1 AND 2 AND 3		94	
			Begrensninger til 4: All child(6-12 years)	94	2

Etter at artiklene var analysert ble resultatdelen gjennomgått detaljert for å finne meningsbærende enheter som er relevant for å kunne besvare oppgavens hensikt. For eksempel ble det funnet en enhet i en artikkel som sa at langvarig sorg kunne føre til depressive symptomer, deretter ble andre resultater lest for å finne lignende meningsbærende enheter. Så ble disse enhetene satt sammen til en subkategori. Dette ble gjort med alle artiklene, til det forelå flere subkategorier. Deretter ble disse vurdert for å finne et tema som dekket alle de meningsbærende enhetene.

2.3 Etiske overveielser

Ved forskning på barn stilles det strenge krav til informert samtykke og minimal risiko for barnet, det er foreslått at forskningsprosjekter på barn samles i én komite for å sikre kvalitet og behandling (Bratlid, 2004). De utvalgte artiklene har alle en slags form for etisk vurdering, de fleste er godkjent av en etisk komite. De artiklene som ikke har blitt vurdert av en etisk komite, har fått samtykke av samtlige deltagere og de har mulighet til å trekke seg fra studien når de selv måtte ønske det. På bakgrunn av dette er disse artiklene inkludert, da deltagerne har fått adskillig med informasjon i forkant av studiet.

De nasjonale forskningsetiske komiteene sier også at; *«Som hovedregel skal forskningsprosjekter som inkluderer personer, settes i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke. Informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse, uten at dette får negative konsekvenser for dem» (*Etikkom, 2009).

3.0 Resultat

Den tematiske innholdsanalysen ga god oversikt over hvilke temaer som ble naturlig å presentere i denne litteraturstudien.
Følgende tema ble resultat av analysen:

- Barns emosjonelle reaksjoner som selvmordsetterlatte
- Hvordan mestre hverdagen etter selvmord
- Barns møte med helsepersonell

3.1 Barns emosjonelle reaksjoner som selvmordsetterlatte

Følelsen av sorg, angst og sinne var vanlig blant alle selvmordsetterlatte barn (Brent, Melhem, Donohoe & Walker, 2009; Cerel, Fristad, Weller & Weller, 1999). Sinnet var ofte rettet mot den avdøde, men også mot den gjenværende forelderen og de nærmeste rundt barnet(McClatchey & Wimmer, 2012; Tall, Kõlves, Sisask & Värnik, 2008; Wood, Byram & Gosling, 2012).

> *«Noe som er likt med meg og min avdøde forelder, er at jeg også blir sint. Dette er noe jeg bekymrer meg over..*Jente, 13 år*»* (Wood et al., 2012, s. 886).

Sorg var sett på som å være den mest overveldende følelsen som etterlatt (McClatchey & Wimmer, 2012). I en annen studie viste resultatene at både selvmordsetterlatte barn og etterlatte barn av en annen dødsårsak hadde sorgreaksjoner til felles, men de selvmordsetterlatte barna var mer utsatt for angst, sinne og skam (Cerel et al., 1999). I en gruppe av selvmordsetterlatte barn viste forskningen at sorgreaksjonene ikke hadde noen endring de første 33 månedene etter dødsfallet, men deretter ble gradvis redusert. Hos denne gruppen hadde flere av de etterlatte en depressiv lidelse før selvmordet inntraff. En lang og vedvarende sorgreaksjon kunne altså ses i sammenheng med den psykiske helsen til barnet før dødsfallet, dette omhandlet ofte depresjon og funksjonsnedsettelse (Melhem et al., 2011). I en annen gruppe viste resultatene at graden av sorg hadde en betydelig nedgang 9-21 måneder etter at en av foreldrene døde. (Melhem, Porta, Shamseddeen, Payne & Brent, 2011).

Tidligere psykisk sykdom hos familiemedlemmer økte også sjansene for en forlenget sorgreaksjon hos de etterlatte barna (Melhem et al., 2011). I tillegg hadde deres forhold til den avdøde før dødsfallet en stor betydning for deres psykiske utfall (Tall et al., 2008). Stressende livshendelser før- og etter selvmordet var også relevant for barnas helse etter at en av foreldrene begikk selvmord (Pfeffer et al., 1997). Disse resultatene viste at alvorlighetsgraden av barnas psykiske symptomer er sammensatt av flere aspekter: som selvmordet i seg selv, miljøforhold, den gjenlevende forelderens psykiske symptomer og forholdet til den avdøde (Melhem et al., 2011; Pfeffer et al., 1997; Tall et al.,

2008). Alkoholmisbruk hos den avdøde endret de affektive responsene til barn som ble etterlatt. Disse barna kan få kompliserte sorgreaksjoner (Tall et al., 2008). Barna til de med et alkoholproblem hadde mindre sannsynlighet til å bli deprimert, føle skyld, tap og følelsen av å bli forlatt. De visste derimot mer sinne mot selvmordet og personer i deres omgangskrets. Studien viste også at de etterlatte barna til de med et alkohol- og rusproblem viste mer sympati ovenfor den avdøde (Tall et al., 2008).

Ved plutselig død viste resultatene at de etterlatte barna hadde en betydelig økt sjanse for å utvikle depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) det første året etter dødsfallet, og som vedvarte over lengre tid (Melhem et al., 2011; Walker et al., 2009). Dødsårsaken hadde stor betydning for barnets utvikling av depresjon, ved selvmord var det en signifikant høyre risiko for denne lidelsen (Brent et al., 2009). Et annet resultat viste at dødsårsaken ikke var vesentlig for barnets depressive symptomer (Kaplow, Howell & Layne, 2014). 25 % av de deltakende barna viste betydelige symptomer på depresjon, dette var et stort avvik fra normale samfunnsprøver av barn som ikke er etterlatt (Pfeffer et al., 1997). En stor del av barna møtte også kriteriene for alvorlig depressiv lidelse, funnene viste at dette var mer vanlig hos etterlatte barn enn hos barn som ikke har mistet noen i nær familie (Brent et al., 2009; Sethi & Bhargava, 2003; Walker et al., 2009). Selvmordsetterlatte barn med depressive symptomer kunne være mer utsatt for å få atferds- og sosiale tilpasningsproblemer enn andre barn (Cerel et al., 1999).
I en studie viste resultatet at barnets alder var av betydning for utviklingen av atferdsforstyrrelser. Barn over 13 år var de som utviklet en destruktiv atferdsforstyrrelse, og de som hadde størst funksjonsnedsettelse (Hamdan, Melhem, Porta, Song & Brent, 2013).

Dårlig skoletilpasning og fritidsproblemer var noe de selvmordsetterlatte barna var mer utsatt for enn barn som ikke har opplevd selvmord i familien (Pfeffer et al. 1997; Sethi & Bhargava, 2003). De hadde også høyre risiko for alkohol- og rusmisbruk (Brent et al,. 2009; Hamdan et al,. 2013). Av 235 selvmordsetterlatte barn var det 42 som hadde misbrukt alkohol- og rus, mens 16 av disse hadde utviklet en avhengighet. Her ser man også at de som har misbrukt alkohol eller rus, har selv hatt selvmordstanker (Hamdan et al., 2013). Andre resultater viste at selvmordsetterlatte barn hadde disse tankene, selv om det ikke er rusmidler i bildet (McClatchey & Wimmer, 2014; Pfeffer et al., 1997). Man ser også at alderen på de barna som hadde selvmordstanker var skremmende lav, ei jente helt ned i 8 års alderen hadde ønske om å ta sitt eget liv da faren døde (McClatchey & Wimmer, 2014). Av 16 familier rapporterte 5 av de om minst ett barn som hadde hatt selvmordstanker, ingen rapporterte om selvmordsforsøk (Pfeffer et al., 1997).
Barn danner seg egne forestillinger om hva selvmord er, en etterlatt gutt på 11 år ga uttrykk for at han var redd han hadde arvet det å ta sitt eget liv(Wood et al., 2012).

3.2 Hvordan mestre hverdagen etter selvmord

Barn som hadde mistet en av sine nærmeste, fikk tilbud om å delta i intervensjoner for å lære ulike mestringsstrategier. I en studie ble de selvmordsetterlatte barna delt inn i to grupper, der den ene fikk gruppeterapi mens den andre ikke ble tilbudt dette. Forandringer i symptomer på angst og depresjon var betydelig bedre hos de barna som fikk oppfølging. 75 % av barna som ikke deltok i sorggruppene, falt ut av studien. (Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang & Metsch, 2002).
En sorggruppe som fokuserte på reaksjoner til døden, selvmord og styrkende mestringsstrategier kunne minske plagene til barna som fikk oppfølging. Dette var med på å forebygge framtidige lidelser (Pfeffer et al., 2002). En studie viste at en sorgleir der barna fikk møte andre barn og unge, gjorde at de følte seg hørt og forstått da de var i samme situasjon. Alle barna i studien hadde gode erfaringer fra leiren, da de lærte å takle de vanskelige følelsene.

> *«Hvis jeg er trist, vet jeg nå hva jeg skal gjøre. Du lærer hvordan du skal takle følelsene bedre,* gutt, 9 år*»*(Mclatchey & Wimmer, 2014, s. 226).

Sorgleiren hjalp de etterlatte barna med å komme seg videre i livet. De selvmordsetterlatte barna fortalte at deres bekymringer og utfordringer ble sett, og at de fikk tilstrekkelig oppfølging i gruppen (McClatchey & Wimmer, 2014; Pfeffer et al., 2002).

Noen barn fortrengte hele forløpet rundt selvmordet, da det ble enklere for dem å takle hverdagen. For andre var det positivt å huske alt, både tiden før selvmordet og etter, da dette var til stor hjelp for å forstå hvorfor det skjedde. Mange av barna ville også ha mer åpenhet rundt det som hadde skjedd, på den måten kunne disse barna enklere bearbeide sorgen (Wood et al., 2012).

> *«Jeg visste ikke at min avdøde far var deprimert eller hadde et alkohol problem før han tok selvmord. Etter at jeg fikk vite det, tenkte jeg wow, det er ikke bare min skyld. Hvis jeg ikke hadde visst om dette, hadde jeg følt det kun har vært min skyld,* gutt 15 år*»* (Wood et al., 2012, s. 883).

En annen mestringsstrategi barna hadde, var å tenke på selvmord som en sykdom. Dette gjorde de for å fjerne det faktum at den avdøde tok valget om å ta sitt eget liv, og for å minske egen skyldfølelse. Dette gjorde at de ikke følte seg forlatt, og sinnet mot den avdøde ble redusert. Barna så på selvmord som en kreftsykdom, altså som de eller ingen andre kunne råde over (Wood et al., 2012).

Barn hadde egenskapen til å koble av og dette gjør at de kunne komme seg bort fra de vanskelige tankene, dette ved hjelp av lek og aktivitet. Når de ønsket å tenke på den avdøde, oppsøkte barnet minner. Dette innebar blant annet bilder, minnebokser, graven og gjenstander som tilhørte den

avdøde. 9 av 10 barn trodde også at mor eller far eksisterte et annet sted, og fortsatt passer på dem (Wood et al., 2012). Barna fortalte at de ofte ser og prater med den avdøde, og det ga en støttende og beroligende effekt (Mc Clatchey & Wimmer, 2014; Wood et al., 2012).

3.3 Barns møte med helsepersonell

Barn etterlatt etter selvmord mente selv at de trengte hjelp og støtte fra personer utenom familien. Studien av Dyregrov (2006) viste at 22 av 32 barn hadde behov for hjelp fra helsepersonell, men de ga uttrykk for at det var store forskjeller i hvilken hjelp de ble tilbudt. Barn og unge som fra tidligere hadde vært i kontakt med det offentlige hjelpeapparatet, opplevde å få bedre oppfølging. De selvmordsetterlatte barna visste heller ikke hvilke tilbud som fantes for dem (Dyregrov, 2006).
De barna som hadde fått tilbud om hjelp, men takket nei, hadde vanskeligheter med å få hjelp på et senere tidspunkt. Barna mente at det ble vanskelig for dem å få hjelp på det tidspunktet de følte seg klar for det. Dette på grunn av manglende kapasitet hos helsepersonell. De trengte å bli spurt flere ganger, for at tanken på å motta hjelp kunne modnes. Barna poengterte at det var viktig at helsepersonell ikke sluttet å tilby hjelp for tidlig. Et annet problem var at de unge følte deres problemer ikke ble fanget opp av helsevesenet (Dyregrov, 2006).
Barn og unge fikk ikke tilstrekkelig hjelp, da de opplevde at helsepersonell hadde mangel på empati og ekte innlevelse. Dette gjorde at et tillitsforhold ikke ble dannet, og det ble vanskelig for de etterlatte å fortsette behandlingen (Dyregrov, 2006). Barna sa at det var viktig at helsepersonell oppdaget deres symptomer og behov raskt, slik at tiltak kunne igangsettes. Dette for å kunne minimere risikoen for mer alvorlige psykiatriske lidelser (Pfeffer et al., 1997).
Behandling uten en forelder tilstede viste seg å være det som ga best utbytte for barnet. Det 4 av 5 omsorgspersoner rapporterte, samsvarte ikke med det barnet selv mente.
Barna følte at de forvrengte deres opplevelse av virkeligheten, i form av å skåne dem fra sannheten rundt selvmordet (Kaplow, 2014).

> *«Nei, du hørte ikke et pistolskudd. Din far døde av et hjerteinfarkt»* (Kaplow, 2014, s. 47).

De unge uttrykte også at helsepersonell må tørre å være direkte i sin kommunikasjon. Det kunne være smertefullt, men nødvendig. De ønsket også mer informasjon om det som har hendt, og om følelser og mestringsstrategier. Her hadde de unge inntrykk av at helsepersonell hadde mangelfull kunnskap og trygghet på feltet. Andre fagpersoner hadde derimot mye kunnskap, men manglet erfaring fra praksis som gjorde at barn og unge trakk seg unna (Dyregrov, 2006).

> *«Det hjelper meg ingenting å sitte og fortelle til en person hva som skjer når den andre personen ikke vet hva som faktisk foregår, men bare har lest det*, jente 17 år» (Dyregrov, 2006, s. 791).

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse barns erfaringer av å miste en av sine foreldre i selvmord, og hvordan helsepersonell kan møte disse etterlatte barna.

Diskusjonen er basert på et resultat som er inndelt i tre ulike kategorier, disse blir presentert systematisk etter resultatdelens oppbygging. Diskusjonsdelen består av to deler, en metodediskusjon og en resultatdiskusjon.

4.1 Metodediskusjon

Første trinn i denne litteraturstudien var å finne og formulere en mulig hensikt, deretter kunne man finne gode søkeord og kombinere disse på en god måte. I denne litteraturstudien er resultatdelen basert på 12 vitenskapelige artikler som hovedsakelig er kvalitative, men det er også inkludert kvantitativ forskning.
Fordelen ved å anvende både kvalitativ og kvantitativ forskning i studien er at man får et bredere perspektiv og får sett resultatet fra ulike synsvinkler. I denne litteraturstudien var det mest hensiktsmessig å bruke kvalitativ forskning, da det var barnas erfaringer som skulle belyses. Det ble likevel brukt en forskningsartikkel som var både kvalitativ og kvantitativ, da denne viste statistikk over betydningen av intervensjoner.

Underveis i datainnsamlingen ga kombinasjonen av ordene child, suicide og bereaved flest treff på aktuelle artikler, dette gjorde at mange av artiklene ble funnet på det samme søket. For å kvalitetssikre de valgte artiklene ble det gjort mange ulike søk for å se hva som fantes av forskning. Disse søkene ga minimalt med treff på aktuelle studier, og på bakgrunn av dette valgte forfatterne å inkludere artikler funnet med ordene child, suicide og bereaved.

Et av inkluderingskriteriene var at artiklene skulle ses fra barnets ståsted i deres krise. Som selvmordsetterlatt vil barnet kunne regnes som pårørende ovenfor den avdøde, og på den måten ble det først tenkt at oppgaven skulle ha et pårørendeperspektiv. Underveis i skriveprosessen ble det usikkerhet rundt valgt perspektiv, da barnet også kan ses på som pasient i møtet med helsepersonell. Med tanke på at hensikten med oppgaven var å belyse hvordan helsepersonell kunne møte de selvmordsetterlatte barna, ville de ha møtt de som pasienter i for eksempel et kriseteam eller barne- og ungdomspsykiatrien. Derfor er det valgt å sette resultatdelen i et pasientperspektiv. Et negativt aspekt rundt det å velge pasientperspektivet, kan være at man sykeliggjør barnet mer enn hvis man ser de som pårørende. Barnet blir primærobjektet i et pasientperspektiv, da forelderen er død. Ved å

velge et pasientperspektiv kan arbeidet mellom sykepleier og pasient, i denne oppgaven barnet, fokusere mer på det å hjelpe pasienten gjennom krisen. Dette på bakgrunn av at man som sykepleier i samhandling med pasient, vil arbeide tettere sammen og på den måten få et godt utgangspunkt for videre oppfølging og behandling.

I begynnelsen av søkeprosessen ble avgrensningen barn 6-12 år valgt, dette viste seg å være for avgrenset da vi fant lite forskning på området. Derfor ble det valgt å utvide søket til barn i alderen 0-18 år, selv om det er et vidt spenn var dette nødvendig for å finne tilstrekkelig med forskning. Det er valgt å ikke fokusere på barn under 5 år, da det er fra 5-6 årsalderen barnet vil kunne sette dødsfallet i sammenheng med sykdom og ulykke (Dyregrov, Plyhn & Dieserud, 2009) Med tanke på at barn under 5 år ikke er i fokus i denne oppgaven, burde kanskje aldersavgrensningen vært satt til 5-18 år. Dette ble likevel ikke gjort, da både helsepersonelloven og FN's barnekonvensjon definerer barn som alle fra 0-18 år (De forente nasjoner: FN's barnekonvensjon, 1989; Helsepersonelloven, 1999-2009). Barn og unge trenger ulik oppfølging på bakgrunn av hvilken alder de er i (Helsepersonelloven, 1999-2009). I denne litteraturstudien er det ikke gjort forskjeller på barna avhengig av deres alder, dette kan ses som en svakhet da yngre barn trenger annen oppfølging enn eldre barn. På grunn av oppgavens bestemte omfang, kunne man ikke skille mellom aldre da oppgaven hadde blitt for stor og overflatisk. En generell besvarelse har gjort at man får en god oversikt over temaet selvmordsetterlatte barn, til tross for det store aldersspennet.

Underveis i prosessen med å søke artikler ble det lest mange interessante abstrakter, men noen av artiklene var ikke tilgjengelig i fulltekst. Dette kan ha ført til at relevante artikler falt ut, men det ble likevel funnet tilstrekkelig med artikler som besvarte oppgavens hensikt. Det ble også gjort håndsøk på både forfatter og tittel på Google Schoolar, for å forsøke å finne artiklene i fulltekst. Dette førte til funn av noen relevante artikler som er med på å besvare oppgaven. Det ble også bestilt artikler i fulltekst gjennom bibsys. I oppgaven er det brukt mye teori av forskerteamet rundt Kari og Atle Dyregrov, da de har forsket mye på temaet selvmordsetterlatte. Det er valgt å bruke flere ulike kilder fra Dyregrov, da det ble naturlig for å besvare hensikten. Det kan anses som en svakhet da disse forfatterne kan ha utelatt vesentlige aspekter som er relevant for besvarelsen av denne litteraturstudien.

Utgangspunktet for oppgaven var å begrense artiklenes publiseringsår fra 2000-2015. Underveis ble det funnet artikler utgitt tidligere enn 2000, disse ble inkludert på bakgrunn av at det var banebrytende forskning og at de var ansett å være relevante for litteraturstudien. De ble også valgt fordi resultatet viste det samme som nyere forskning innenfor dette feltet. Flere artikler som var eldre enn 2010 ble ekskludert fordi de omhandlet hvilke tilbud som de etterlatte fikk. Da dette kan forandre seg med tiden, bør eldre forskning ikke benyttes. Dette på grunn av at forskningen kan føre til feilaktig informasjon om de behandlingstilbud som benyttes i dag, da eldre forskning kan være utdatert.

En av artiklene har foretatt forskningen i India, noe som anses å være positivt da man får et globalt perspektiv og får et innblikk i hvordan barn i andre kulturer opplever selvmord. Det som var interessant, var at resultatet viste det samme som forskning gjort i Norden. Derfor er det valgt å inkludere artikler fra hele verden. Noe som kan være problematisk med å inkludere artikler med forskjellige kulturer, er at den kulturelle konteksten kan påvirke forskningens resultat. Resultatet kan variere ut i fra ulike kulturer, da religion, tro og menneskesyn kan påvirke barnets opplevelse av å bli etterlatt.

4.2 Resultatdiskusjon

Alle artiklene omhandlet barnas emosjonelle reaksjoner, som gjorde at dette ble det første og mest omfattende temaet. Resultatet viste at sorg, sinne og angst var de mest fremtredende følelsene hos de selvmordsetterlatte barna. Et annet tema som kom fram var hvordan barna kunne mestre hverdagen, der resultatet viste viktigheten av oppfølging i form av gruppeterapi. Et annet viktig resultat var de ulike mestringsstrategiene barna hadde. Det siste temaet var deres møte med helsepersonell. Det mest oppsiktsvekkende resultatet var at barn og unge følte de ikke ble sett og at deres problemer ikke ble oppdaget.

4.2.1 Barns emosjonelle reaksjoner som selvmordsetterlatte

Man kan se sorg som et mangesidig fenomen som har en rekke ulike uttrykk og reaksjoner. Barn og unge opplever sorg individuelt og variasjonene kommer i form av ulike reaksjonsmønstre, og graden av sorg varierer stort fra barn til barn (Bugge & Røkholt, 2009). Dette gjenspeiler seg i oppgavens resultat, da man ser at barn opplever sorg forskjellig. Barn etterlatt ved selvmord er dypere og mer berørt over lengre tid av dødsfallet, enn hvis foreldrene dør av en annen årsak. Barna opplever forvirrende og sterke følelser, som man kan se i sammenheng med at den avdøde selv valgte å dø. Ved selvmord er ofte sorgen vanskeligere å bearbeide enn ved annen død (Dyregrov et al., 2009). Resultatene viser at sorg er den mest overveldende følelsen som etterlatt, og hos noen barn er sorgen sterk og vedvarende over lang tid før den gradvis blir redusert. Vanlige umiddelbare reaksjoner etter selvmord kan være at de opplever dødsfallet som uvirkelig, og de blir rammet av sjokk og nummenhet (Dyregrov et al., 2009). Dette kan relateres til Cullbergs sjokkfase, da barnet er i en akutt fase der vedkommende ikke klarer å ta innover seg det som har skjedd (Cullberg, 1975). Vedvarende og sterke sorgreaksjoner kan ses i sammenheng med dette, da barna vanligvis bruker lang tid på å forstå smertene, reaksjonene og hva selvmord innebærer (Grønseth & Markestad, 2013). Hvor lenge sorgen gir seg utslag, er personavhengig. Alder, tidligere erfaring med sorg, evne til å gi uttrykk for sorgen og muligheten til å gjennomleve den virker også inn på varigheten av sorgreaksjoner (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). En krisesituasjon kan deles inn i to, livskrise

og traumatisk krise. Barna i denne oppgaven går gjennom en traumatisk krise, altså en påkjenning som ikke er vanlig i et livsforløp. Dette kan være sykdom, ulykke, unaturlig død eller voldshandlinger (Eide & Eide, 2012) Resultatene i denne studien viser at alle barn hadde en eller annen form for sorgreaksjon etter selvmord. Dyregrov et al.(2009) viser at noen barn nesten ikke har sorgreaksjoner den første tiden etter dødsfallet, da de beskytter seg selv ved å fortsette det vante og trygge livet som før. Her kan man se ifølge Cullberg at barnet er i en sjokkfase. Dette viser at man ikke kan forutse reaksjonene hos de ulike barna, da mange faktorer spiller en rolle på hvordan de takler det å bli etterlatt etter et selvmord. En modell som ofte blir benyttet i dag, er «to-sporsmodellen», der man ser sorg i et dynamisk perspektiv. Man klarer altså å veksle mellom å forholde seg til tapet og savnet, samtidig som man prøver å gå videre i livet (O' Connor, 2006). Denne modellen er også lagt vekt på av Helsedirektoratet (2011). Som helsepersonell er det da viktig at man forstår barnet og hvorfor det velger å veksle mellom de ulike forholdene (Dyregrov et al., 2009). Gjennom samarbeid forsøker man som sykepleier å hjelpe pasienten til å finne egne livsverdier, som bidrar til at vedkommende kan gå videre i livet (Hummelvoll, 2004).

Situasjonen som barna til daglig befinner seg i, vil prege sorgprosessen og ha betydelig effekt på barnas psykiske helse og mestring etter selvmordet (Dyregrov et al., 2009). Barn som selvmordsetterlatte kan endre væremåte og atferd både på grunn av selve dødsfallet, og hvordan den gjenlevende omsorgspersonen takler sorgen (Helsedirektoratet, 2011). Den gjenlevende forelderens psykiske symptomer er avgjørende for hvordan barna håndterer sorgprosessen. Resultatene sier også at tidligere psykisk sykdom hos foreldrene økte sjansene for en forlenget sorgreaksjon hos de etterlatte barna. Hvis omsorgspersonene eller barnet har hatt psykiske problemer før selvmordet skjedde, vil de framtidige psykiatriske symptomene påvirkes av dette (Dyregrov et al., 2009). For å minske de framtidige psykiatriske symptomene er det flere punkter sykepleieren må kunne kartlegge. Kartlegging av pasientens nåværende tilstand er viktig, men man må også vurdere pasientens tidligere psykiske helse (Hummelvoll, 2004). Da resultatet tilsier at tidligere historie påvirker den nåværende og framtidige tilstanden.

Når en person har hatt et hardt og vanskelig liv, og velger å gjøre slutt på livet, kan de etterlattes sorg være preget av umiddelbar lettelse (Bøhle, 1988; Dyregrov, Dyregrov & Kristensen, 2014; Helsedirektoratet, 2011). Det er vanlig at barn og unge føler dette når en vanskelig periode er over (Bugge & Røkholt, 2009). Et eksempel på dette er alkoholmisbruk hos den avdøde, og som resultatene viser vil dette endre de affektive responsene til barnet og de vil ofte føle lettelse over dødsfallet. Her kan helsepersonell gå inn å betrygge barnet og bekrefte at den type følelse er en normal reaksjon (Dyregrov et al., 2009).

Selvmordsetterlatte synes ofte den tyngste tiden er fra 3 til 12 måneder etter dødsfallet, da de kommer i en eksistensiell krise som kan føre til tilbaketrekning, isolasjon og depresjon (Helsedirektoratet, 2011). Det kan føre til at pasienten ikke er i stand til å samarbeide og uttrykke

egne behov. Som sykepleier kan man i denne sammenhengen vise empati, faglig kunnskap, situasjonsforståelse og etisk vurdering for å hjelpe pasienten med å håndtere krisen (Hummelvoll, 2004). Det kommer frem av resultatet at barns reaksjoner etter dødsfallet varierte veldig, da ulike faktorer påvirket når og hvordan barn reagerte. Derav kan man ikke anslå tidsperspektiv over reaksjonene, da de er individuelle. Et resultat viste at dødsårsaken hadde stor betydning for barnets utvikling av depresjon, og ved selvmord var det en framtredende høyere risiko for å utvikle denne lidelsen. En stor del av barna i oppgavens resultat møtte kriteriene for alvorlig depressiv lidelse, dette sier noe om den store belastningen selvmord kan påføre barn og unge. En fjerdedel av selvmordsetterlatte barn sliter med angstsymptomer og depresjon det første året etter selvmordet. Det er ingen fasit på hvor lenge dette varer (Dyregrov et al., 2009). Som Cullberg (1975) viser i sin kriseteori, er det ingen fasit på hvor lenge de ulike fasene varer. Man kan i dette tilfellet tolke at barna er i en reaksjonsfase, der barnets angst, sinne og depresjon blir synlig. Som tidligere vist vil familieproblemer, miljøfaktorer, genetikk og psykiske lidelser hos barnet før selvmordet avgjøre utfallet av hvilke psykiske symptomer som oppstår.

Barn og unge som har depressive symptomer, er mer utsatt for å utvikle atferdsproblemer. Disse atferdsproblemene består av sosiale tilpasningsproblemer, funksjonsnedsettelse, skole- og fritidsproblemer og utagering. En stor del av barn som har mistet en forelder viste betydelige atferdsforstyrrelser, flere av barna ga uttrykk for dette ved å vise sinne, vennekonflikter, tilbaketrekning og skoleproblemer (Bugge og Røkholt, 2009). Resultatet viser at barn over 13 år er de som er mest utsatt for å utvikle en destruktiv atferdsforstyrrelse, teorien skiller derimot ikke ulike aldersgrupper. Dårlig skoletilpasning og fritidsproblemer var noe mange selvmordsetterlatte barn strevde med. Det er der de tilbringer store deler av dagen, og de blir møtt med høye krav og må prestere. Mange av de etterlatte barna får problemer med å lære nytt stoff og konsentrere seg på skolen, dette gjenspeiler seg også i fritidsaktiviteter (Bugge & Røkholt, 2009; Dyregrov et al., 2009). De føler seg isolert og delvis stigmatisert, ofte på grunn av at selvmord er et tabubelagt tema (Helsedirektoratet, 2011). Skolens håndtering av situasjonen er avgjørende for hvordan den selvmordsetterlatte takler skolehverdagen. Et eksempel på dette er at læreren til en selvmordsetterlatt gutt på 12 år, ba de andre klassekameratene om å ikke snakke med ham om hendelsen. Dette gjorde at gutten følte seg veldig ensom, da de verken pratet med ham eller møtte blikket hans. Gutten hadde selv et stort behov for å fortelle om det som hadde skjedd, men han følte at det ikke var rom for dette da læreren allerede hadde gjort temaet tabubelagt ovenfor klassekameratene (Gjestvang & Slagsvold, 2008). Man kan tenke seg til at lærere og andre voksne synes det er et vanskelig tema å snakke om, og de er redde for hvilke spørsmål som kommer. Det kan da ofte være enklere å unngå slike tabubelagte tema. Dette gjør at reaksjonene til selvmordsetterlatte barn og unge påvirkes i negativ retning.

En urovekkende del av resultatet, er at flere av de etterlatte barna selv har hatt selvmordstanker etter dødsfallet. Forskere hevder at når en nær person dør, vil det gjenlevende barnet føle at døden blir svært nærværende, og selvmordsfaren kan dermed øke. Hvis den unge fortrenger sorgen, vil det gi økt risiko for en slik utvikling. Resultatet viser også at en tredjedel av de etterlatte barna vil ha selvmordstanker, men det er svært sjelden disse tankene fører til selvmords handlinger. Mange unge lurer også på hvordan selvmordet som har skjedd vil påvirke deres framtid, og noen er redde for at selvmord kan være arvelig (Dyregrov et al., 2009). Dette ser man også i oppgavens resultat, der en gutt på 11 år ga uttrykk for at han var redd han hadde arvet det å begå selvmord. Ukritisk prat rundt temaet selvmord i det offentlige, kan påvirke forekomsten av selvmordstanker blant unge. Et selvmord i nær omgangskrets kan gi en såkalt smitteeffekt. Resultatet viser at dette gjør det enklere for de unge å selv ha selvmordstanker, da de sammenligner sine egne problemer med den avdødes.

4.2.2 Hvordan mestre hverdagen etter selvmord

Det finnes mange ulike måter å mestre hverdagen på etter et selvmord. Resultatet viser blant annet at det er terapeutiske metoder, som sorggrupper, og barnas egne mestringsstrategier.

En sorggruppe er en møteplass der de selvmordsetterlatte kan møte andre som er i den samme vanskelige situasjonen (Dyregrov, Johnsen & Dyregrov, 2012). Hensikten med gruppeterapi er å bidra til en opplevelse av et fellesskap, og man kan finne andre måter å forstå og mestre på ved å høre andre fortelle (Dyregrov et al., 2012; Tveiten, Wennick & Steen, 2012).
En sorggruppe fokuserer på reaksjoner til døden, selvmord og styrke mestringsstrategiene. Man kan prate om det som har skjedd, den de har mistet og dele råd og erfaringer. Ofte føler de at likesinnede personer forstår mer hva de selv gjennomgår. Sorggruppen kan dermed gjøre at reaksjonene normaliseres, da de ikke føler seg alene (Bugge og Røkholt 2009; Dyregrov et al., 2012). Dette viser også resultatet, da barn og unge føler seg hørt og forstått da de er i samme situasjon. Barna hadde gode erfaringer fra en slik intervensjon, da de lærte å takle de vanskelige følelsene. De fikk kunnskap, råd og informasjon, i tillegg til at de lærte å sette ord på situasjonen og sine reaksjoner (Dyregrov et al., 2012). Resultatet viser til viktigheten rundt det å motta hjelp i form av intervensjoner, da de barna som fikk tilbudet enklere klarte å komme seg videre i livet. Disse barna viste betydelige endringer i symptomer på angst og depresjon, mens de som ikke deltok i sorggruppen falt ut av studien. Både forskning og teori viser viktigheten av å delta i intervensjoner for å kunne bearbeidet tapet og de påfølgende følelsene (Dyregrov et al., 2012). For at barna skal ha utbytte av en sorggruppe, er det viktig at gruppelederen innehar forskjellig kunnskap for å kunne hjelpe barnet i deres sorgprosess. Gruppeledere kan være ufaglærte, men også fagpersoner som sykepleiere. En stor del av det å være gruppeleder består av det å ha kunnskap og erfaring rundt valgt tema. Ved at lederen viser engasjement og interesse for det deltagerne sier, kan det gjøre det enklere for de å ta opp vanskelige og følsomme spørsmål. Dette kan bidra til at deltageren opplever å bli sett og hørt,

slik at det er mulig for dem å få nødvendig hjelp (Dyregrov et al., 2012).
Det finnes også negative konsekvenser ved deltagelse i sorggrupper. Noen kan synes det er tungt å belastes med andres problemer og reaksjoner, og det kan føre til at sorggruppen får motsatt effekt. Her er det viktig at gruppelederen har evne til å improvisere å møte de utfordringene som kommer. Barn og unge som opplever intervensjon på en slik måte, bør kanskje vente en stund før de deltar slik at de får startet bearbeidingen av sin egen sorg (Dyregrov et al., 2012).

Vanskelige tanker og følelser kan håndteres ved hjelp av ulike mestringsstrategier, barn og unge danner seg raskt egne strategier etter en traumatisk hendelse. Intervensjonene hjelper de med å styrke de ulike strategiene, og bevisstgjøre barnet på hvilke av de som er lønnsomme å bruke. I følge Folkman og Lazarus(1984) finnes det ingen gode svar på hva god mestring er, de mener det er viktig å velge en mestringsstrategi som passer til situasjonen. Hva som er riktig for hver enkelt er avhengig av flere faktorer, som hendelsen i seg selv, konteksten og personens fysiologiske og psykologiske forutsetninger. Det er en nær sammenheng mellom følelser og mestring, vurderingen av situasjonen man er i og de følelsesmessige reaksjonene er også relevant for valg av mestringsstrategi (Folkman & Lazarus, 1984). En mestringsstrategi hos noen av barna var å fortrenge hele forløpet rundt selvmordet, mens andre ville det motsatte. De ønsket å huske alt, både tiden før selvmordet og etter, da det var til stor hjelp for å forstå hvorfor det skjedde. Derav ville de ha mer åpenhet rundt temaet, de søkte etter mye informasjon og hadde en åpen dialog rundt situasjonen (Dyregrov & Dyregrov 2008a). I Folkman og Lazarus mestringsmodell legges det vekt på sammenhengen mellom vurderinger, mestring og følelser. Her kan man se at barna har gjort vurderinger på at de ønsker åpenhet og informasjon, slik at de kan mestre tiden etter selvmordet på ønsket måte. De er altså på det tredje trinnet, som omhandler mestringsstrategier (Folkman & Lazarus, 1984). Teorien belyser viktigheten av åpenhet omkring selvmordet og sorgens mange uttrykk, dette for å mestre sorg og krise. Et barn forteller: *«Jeg kan aldri føle meg helt trygg hvis jeg ikke vet akkurat hva som skjer»* (Bugge & Røkholt, 2009, s. 78). Åpenhet innebærer ærlighet, oppriktighet og direkte tale, mange etterlatte synes åpenheten virker positivt både på kort og lang sikt. Det er viktig at barna får informasjon og at det er åpenhet rundt situasjonen, de vurderingene som så gjøres av barnet vil da etter hvert vekke ulike følelser. Som sykepleiere er man da lovpålagt til å gi nødvendig informasjon og riktig oppfølging. Dette gjøres ved for eksempel å ha samtaler med barna, der de får uttale seg om hvilken informasjon de ønsker (Helsepersonelloven, 1999-2009). Det er viktig at helsepersonell raskt er til stede og gir den informasjonen barnet selv ønsker, dette for at barnet skal oppleve trygghet og følelsen av å ha kontroll over situasjonen. Informasjon kombinert med god omsorg ses på som å være den viktigste formen for å kunne ivareta pasienten etter selvmord (Dyregrov et al, 2009). De følelsene som framtrer etter at informasjonsbehovet er dekt vil påvirke valg av mestringsstrategi, som Folkman og Lazarus mestringsteori (1984) viser. Man kan tenke seg til at tilstrekkelig informasjon og åpenhet vil føre til adekvate vurderinger. Ofte er det slik at selvmordsetterlatte får bearbeidet sine egne reaksjoner ved å uttrykke smerten, da dette gir en terapeutisk effekt. Mange

har erfaringer med at det gjør vondt verre å unngå å snakke om hendelsen, da tankene og følelsene blir undertrykt. De vil ofte gi uttrykk for sin følelse av tristhet, sinne, forvirring eller det å bli forlatt. Det viktigste for de etterlatte er ikke å få tilbakemeldinger på det de uttrykker, men at det finnes gode lyttere. Det er mange fordeler ved åpenhet, men på en annen side trenger det ikke å være positivt for alle etterlatte. Åpenhet krever mye energi, men ikke alle etterlatte har dette overskuddet. Det kan være vanskelig å forholde seg til det åpenheten kan bringe frem, og det kan av og til være uenighet om hva som har skjedd. Det trenger heller ikke å falle naturlig for alle å være åpen, dette kan gjøre at individer føler seg presset til å fortelle om noe de helst vil holde for seg selv (Dyregrov et al., 2009).

En annen mestringsstrategi som kom fram i resultatet var å tenke på selvmordet som en sykdom, og på den måten føle mindre skyld og forstå det som har skjedd. Det fører også til mindre sinne mot den avdøde, da han ikke kunne råde over egen sykdom. Noen selvmordsetterlatte barn vil ofte lage egne historier både for å kunne forklare andre og for å kunne roe seg selv ned (Bugge & Røkholt, 2009).

En annen egenskap barn har, er å kunne koble av slik at de av og til kommer seg bort fra de vanskelige tankene ofte ved hjelp av lek og aktivitet. Dette kalles, som tidligere nevnt, to-spors modellen. Et barns tristhetsspenn varer kortere enn hos voksne, dette gjør at barnet veksler mellom å være trist og å leke (Grønseth & Markestad, 2013).
Teorien støtter opp under dette da de viser at barnet bør veksle mellom forskjellige måter å forholde seg på, for å kunne takle sorgforløpet på en best mulig måte (Bugge & Røkholt, 2009). Mestringsteorien til Folkman og Lazarus sier noe om at man må vurdere situasjonen for å mestre og kjenne på de ulike følelsene. Det vil si at barn kan prøve ut ulike mestringsstrategier, og så vurdere hvilke som fungerer best for hvert enkelt individ. Deretter kan de revurdere situasjonen, som er det fjerde og siste trinnet i modellen (Folkman & Lazarus, 1984). Når barna føler seg i stand til å kjenne på tanker og følelser, bruker de ofte konkrete gjenstander som bilder av den avdøde, graven eller for eksempel en minneboks for å tenke på den avdøde. På denne måten vil barna fortsatt føle et nærvær til den avdøde forelderen (Dyregrov et al., 2009). Mange barn tror at de som dør eksisterer et annet sted, og at de fortsatt våker over dem. Resultatet viser at dette gir en støttende og beroligende effekt. De tror på livet etter døden, og at man kan kommunisere via drømmer. (Grønseth & Markestad, 2013). Dette gjør også at de kommer nærmere den avdøde.

Noen barn blir lei seg når de glemmer, og vil da ha behov for forklaring om at dette er noe som skjer av seg selv etter hvert som tiden går. Barn som ikke klarer å huske minner, verken gode eller dårlige, trenger hjelp til å komme i kontakt med disse og må beroliges med at de kommer tilbake når de har fått bearbeidet det som har skjedd. Noe som kan føre til at barna klarer å komme seg i videre i hverdagen, da de blir betrygget på at minnene kan komme tilbake med tiden (Bugge & Røkholt, 2009). Som helsepersonell kan man hjelpe barna med å huske minner ved å tegne, se på bilder og ha

fellessamtaler med andre i familien. Her er det viktig å ikke kreve for mye av barnet, da det kan føre til at barnet trekker seg tilbake (Bugge & Røkholt, 2009).

4.2.3 Barns møte med helsepersonell

De fleste sørgende finner støtte og hjelp hos nær familie, men i enkelte tilfeller trenger de profesjonell hjelp (Dyregrov et al., 2012). Resultatet viser derimot at de fleste selvmordsetterlatte barn mener selv de trenger støtte og hjelp fra personer utenom familien. Her kan man se at dødsårsaken spiller en vesentlig rolle når det gjelder hvilken hjelp de etterlatte føler de har behov for. Selvmordsetterlatte hevder de trenger både profesjonell hjelp, nettverksstøtte og likemannstøtte, ettersom de dekker ulike behov for hjelp (Dyregrov, 2004). Profesjonell hjelp innebærer hjelp fra fagpersoner, og unge ønsker selv hjelp fra psykolog, helsesøster, prest, lege eller psykiatriske sykepleiere (Dyregrov, 2008b). I oppgavens resultat kommer det fram at de unge ofte ikke får den hjelpen de har behov for, og mange visste heller ikke hvilke tilbud som fantes. Her ser man viktigheten med å gi informasjon på et tidlig tidspunkt, slik at de unge får en oversikt over hvilke hjelpetilbud som finnes. En av årsakene til mangelfull hjelp, var at de unge takket nei til hjelpen når de ble tilbudt den. De følte de ikke var klare på det aktuelle tidspunktet, da tankene og følelsene rundt situasjonen ikke hadde fått modnet. Det ble da vanskelig for de unge å få hjelp på et senere tidspunkt, da helsepersonell hadde manglende kapasitet til å ta imot dem når de var klare. Det de unge ønsket, var å bli spurt flere ganger. På den måten kunne de gradvis erkjenne at trengte hjelp. Dette støttes opp av teori, som også sier at barn og unge trenger tid på å ta situasjonen fullt innover seg. De ønsker derfor å bli kontaktet av helsepersonell på et senere tidspunkt (Dyregrov et al., 2009; Helsedirektoratet, 2011). Her er det viktig at fagpersoner regelmessig gir tilbud om hjelp gjennom det første året, fordi barn og unge trenger ofte tid til å begynne å bearbeide situasjonen før de er klar for å motta hjelp (Dyregrov, et al, 2009). Selvmordsetterlatte barn mener også at deres behov for hjelp ikke blir fanget opp av hjelpeapparatet. Helsepersonelloven (1999-2009, §10a) fastslår at helsepersonell har plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende, dette ved å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging av barnet. Som sykepleiere er det da svært viktig å se barna og deres behov for hjelp, slik at best mulig behandlingsalternativ kan iverksettes. De selvmordsetterlatte barna som har deltatt i forskningen, forteller at de ønsker å bli ivaretatt av helsepersonell på en bedre måte. Barnas behov for å bli sett og hørt ble ikke møtt, og dette gjorde sorgprosessen vanskeligere. For at det skal være mulig for sykepleiere og annet helsepersonell å ivareta barnet etter lovens forskrifter, må de bygge opp et gjensidig tillitsforhold. Dette innebærer å vise empati og ekte innlevelse ovenfor den etterlatte (Dyregrov et al., 2009). Dette er noe barna i forskningen mener helsepersonell mangler, og de vil dermed ikke motta den hjelpen de blir tilbudt da de ikke har et godt tillitsforhold til hjelpepersonen.

Det kan være tidkrevende og utfordrende å skape tillit til barn, da de generelt er skeptiske til nye

mennesker. Sykepleierens eller andre helsepersonells tonefall og nonverbale signaler er svært viktig i samtaler med barn og unge. Det er viktig med psykisk og fysisk tilstedeværelse for at det skal kunne skapes et tillitsforhold mellom barnet og hjelperen. (Grønseth & Markestad, 2013). Det er altså avgjørende å skape en god relasjon, for å kunne hjelpe barn og unge i deres krise. Pepleus teori (1952) bygger på det å skape en god relasjon til pasienten, i denne oppgaven barnet, og hvordan man kan bruke denne relasjonen for å hjelpe barnet på best mulig måte. Dette kan gjøres ved å bruke tid og vise interesse, tørre å involvere seg og utvikle et tillitsforhold til den gjenlevende forelderen. Dette kan trygge barna på at helsepersonell er til å stole på, og at de er der for å hjelpe (Grønseth & Markestad, 2013; Peplau, 1952). Her er det viktig for fagpersoner å være klar over ulempen samarbeid med foreldre kan medføre. Som resultatet viser er behandling uten en forelder til stede det beste for barnet, da foreldrene ofte feilaktig rapporterer det de tror barnet tenker og føler. Noen barn tar over foreldrerollen for å beskytte den gjenlevende forelderen fra å se hvor vondt de selv har det (Dyregrov, 2008b). Her kan man tenke seg til at involvering av den gjenlevende forelderen kun er hensiktsmessig i bli kjent- fasen, til barnet har opparbeidet seg et tillitsforhold til hjelperen. På den måten kan barn og unge formidle det de ønsker, uten å være redd for å belaste mor eller far.

Manglende kunnskap kan være et hinder for å utvikle et godt tillitsforhold mellom helsepersonell og barn (Grønseth & Markestad, 2013). Resultatet viser at helsepersonell ofte mangler kunnskap og trygghet på feltet. Videre sier også resultatet at andre fagpersoner har derimot mye kunnskap om selvmord, men de mangler erfaring i å møte selvmordsetterlatte og dette gjorde at barna trakk seg unna. Helsedirektoratet (2011) beskriver at universiteter og høyskoler har ansvar for å sikre nok undervisning i selvmordslære, dette for å kunne følge opp de etterlatte ved selvmord på en adekvat måte. Kunnskap om selvmord er nødvendig for at etterlatte kan finne noen svar på hvorfor selvmordet skjedde. Selv om man som helsepersonell får undervisning i selvmordslære på sykepleierutdanningen, er det fortsatt mangel på kunnskap ute i praksis (Helsedirektoratet, 2011). Mangelen på kunnskap hos helsepersonell viser også resultatet.
Tilstrekkelig kompetanse er nødvendig for å sette i gang tiltak for selvmordsetterlatte. Denne kompetansen innebærer kunnskap om selvmord, kriser og sorg. Helsepersonell bør derfor ha kunnskap om traumebearbeiding, sorg, selvmord, lover og regler, bearbeiding av skyldfølelse og hvordan møte selvmordsetterlatte barn (Dyregrov et al., 2012; Helsedirektoratet, 2011). Kunnskap er også viktig for å kunne oppnå det tredje trinnet i Peplaus relasjonsteori. Utforskningsfasen omhandler å hjelpe pasienten til å utforske følelser, tanker og forestillinger om situasjonen (Peplau, 1952). Mangelfull kunnskap hos sykepleieren vanskeliggjør dette, da det krever en viss kompetanse for å kunne hjelpe barnet til å utforske sine følelser.
Barna uttrykker at helsepersonell trenger mer kunnskap og erfaring i møte med selvmordsetterlatte, slik at de kan bli sett, hørt og at deres problemer blir identifisert og ivaretatt.

5.0 Konklusjon

Barn har ulike erfaringer av å miste en av sine foreldre i selvmord, men man ser at mange av de samme følelsene er tilstede. Man ser at det er store variasjoner i de emosjonelle reaksjonene til selvmordsetterlatte- og andre etterlatte barn, der de selvmordsetterlatte barna hadde en mye større risiko for å utvikle mer alvorlige psykiske lidelser som depresjon og PTSD. Har barnet hatt en tidligere psykisk lidelse, bør helsepersonell være oppmerksom på at dette trolig vil øke sjansen for en forlenget sorgreaksjon og mer framtredende psykologiske symptomer. En del av disse barna hadde i tiden etter dødsfallet selv hatt selvmordstanker, det er viktig at sykepleiere er klar over dette for videre oppfølging av barna. For å kunne mestre hverdagen finnes det tilbud om gruppeterapi, der de selvmordsetterlatte barna møter andre barn i lignende situasjoner. Barnas erfaringer tilsier at de i disse sorggruppene lærer å takle de vanskelige følelsene og får hjelp til å komme seg videre. En fordel barn har, er at de benytter seg av ulike mestringsstrategier for å klare å forholde seg til hverdagens nye utfordringer. Barn har en unik evne til å koble av- og på, slik at de ikke trenger å være tilstede i sorgen til enhver tid. For å kunne bearbeide sorgen mener barn og unge selv at de trenger hjelp av personer utenfor familien, som psykolog, prest og sykepleiere. Flere av barna opplevde å ikke få tilstrekkelig med hjelp fra helsevesenet, og at de ikke ble sett og hørt. De visste heller ikke hvilke tilbud som fantes. Funnene viser at helsepersonell ikke har tilstrekkelig med kunnskap for å kunne ivareta barnet på en forsvarlig måte, dette gjør blant annet at temaet er relevant for sykepleiefaget. Andre aspekter som gjør det relevant er at det begås mange selvmord i Norge hvert år, og det vil dermed sitte igjen mange barn som har et behov for profesjonell hjelp.

Selv om man i dag har timer med selvmordslære på sykepleieutdanningen, ser man at det er mangelfull kompetanse på feltet. For å sikre et forsvarlig tilbud til det selvmordsetterlatte barnet, trenger sykepleieren mer kunnskap og veiledning i praksis. Dette kan føre til at sykepleieren får bedre forståelse av barnet som selvmordsetterlatt.

Forslag til videre forskning er å se nærmere på barns opplevelse av å være selvmordsetterlatt, slik at sykepleieren hadde fått et mer helhetlig bilde av barnets situasjon. Flere studier om behandlingstilbud til selvmordsetterlatte barn og virkningen av disse, anses å være nødvendig.

Litteraturliste

Bratli, D. (2004). Forskning på barn- har vi krysset en grense eller to?. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. *124*(4), 510-512.

Brent, D., Melhem, N., Donohoe, B. & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry, 166*(7), 786-794.

Brink, P. J., & Wood, M.J. (1998). *Advanced design in nursing research. (2. Utg.).* California: SAGE Publications, Inc.

Brown, A. C., Sandler, I. N., Tein, J-Y., Liu, X. & Haine, R. A. (2007). Implications of parental suicide and violent death for promotion of resilience of parentally-bereaved children. *Death studies, 31, 301-335.*

Bugge, K. E., & Røkholt, E. G. (2009). *Barn og ungdom som sørger: Faglig støtte til barn og ungdom som opplever alvorlig sykdom eller død i nær familie.* Bergen: Fagbokforlaget.

Bøhle, S. (1988). *Noen blir tilbake: når et menneske tar sitt liv.* Oslo: Ex Libris.

Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal Examination. *Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry, 38(6), 672-679.*

Cullberg, J. (1975). *Mennesker I krise og utvikling.* Oslo: Aschehoug.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De forente nasjoner: FN's barnekonvensjon. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: barnekonvensjonen.* Hentet 4.mai 2015 fra http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen.

Dieserud, G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls tidsskrift for psykologi,* (1), 23-31.

Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2014, 7. september). *Hva vet vi om sorg og komplisert sorg?.* Hentet 20. April 2015 fra http://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/.

Dyregrov, A., Johnsen, I., & Dyregrov, K. (2012). *Hvordan lede sorggrupper?: en håndbok for sorggruppeveiledere.* Oslo: Abstrakt forlag.

Dyregrov, D., Plyhn, E., & Dieserud, G. (2009). *Etter selvmordet: veien videre.* Oslo: Abstrakt forlag.

Dyregrov, K. (2004). Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord? *Suicidologi, 9*(2), 8-11.

Dyregrov, K. (2006). Hvordan ønsker unge selvmordsetterlatte å bli møtt av psykologer? – en brukerundersøkelse. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 43, 787-794.*

Dyregrov, K. (2008b). Psykososiale belastninger for unge etterlatte ved selvmord: Ønsker om bistand fra hjelpeapparatet. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, 45(1),* 14-18.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (red.). (2008a). *Krisepsykologi i praksis.* Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Etikkom. (2009, 19. mai). *Krav om informert og fritt samtykke*. Hentet 9. April 2015 fra https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/9-Krav-om-informert-og-fritt-samtykke/.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer Publishing Company.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier:* Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Fôrfattarna och Bokfôrlaget Natur & Kultur.
Gjestvang, B., & Slagsvold, M. (2008). *Ung sorg: 14 unge om døden og livet videre.* Oslo: Aschehoug & co.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Halvorsen, P. (2014, 24. februar). *Etterlatte etter selvmord: "vær der også når hverdagen kommer"*. Hentet 29. April 2015 fra http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Vaer-der-ogsaa-naar-hverdagen-kommer.

Hamdan, S., Melhem, N. M., Porta, G., Song, M. S., & Brent, D. A. (2013). Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *Journal of clinical psychiatry, 74(8), 828-833.*

Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende*. Oslo: Andvord Grafisk AS.

Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet: veileder ivaretakelse av etterlatte ved selvmord.* Oslo: Andvord Grafisk AS.

Helsepersonelloven (1999-2009). *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven).* Hentet 23. April 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=mindre%C3%A5rige+barn.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaplow, J. B., Howell, K. H., & Layne, C. M. (2014). Do circumstances of the death matter? Identifying socioenvironmental risks for Grief-related psychopathology in bereaved youth. *Journal of Traumatic Stress, 27, 42-49.*

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie bind 3*: *Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

McClatchey, I. S., & Wimmer, J. S. (2014). Coping with parental death as seen from the perspective of children who attended a grief camp. *Qualitative social work,13(2), 221-236.*

Medby, A. (2012, 12. september). -Pappa tok sitt eget liv: Ble kalt "selvmorderens sønn". *Nordlys.* Hentet 26. mars 2015 fra http://www.nordlys.no/nyheter/article6232246.ece.

Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry, 68*(9), 911-919.

NHI (2013, 27. november). *Selvmord og selvmordsforsøk.* Hentet 29. april 2015 fra http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/selvmord-og-selvmordsforsok-veiviser-3097.html.

O'Connor, M. (2006). Sorg som en to-sporet proces. *Nordisk tidsskrift for palliativ medisin, 23*(1), 3-8.
Peplau, H. (1952). *International relations in nursing.* Toronto: Putnam's sons.

Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J. P., Gallo, C., Karpenos, M. D. I., & Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide: Psychosocial Characteristics. *Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry, 36*(1), 65-74.

Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry, 41*(5), 505-513.

Psykiskhelseiskole. (2013, 6. Oktober). *Å redde liv fra selvmord.* Hentet 8. april 2015 fra http://www.psykiskhelseiskolen.no/visnyhet.asp?id=580&menyid=1227.

Sethi, S., & Bhargava, S. C. (2003). Child and adolescent survivors of suicide. *Journal of Crisis, 24*(1), 4-6.

Statistikkbank. (2014, 12. November). *Dødsårsaksregisterets statistikkbank.* Hentet 29. April 2015 fra http://statistikkbank.fhi.no/dar/

Statistisk sentralbyrå. (2012). *Foreldrenes gjennomsnittsalder ved fødsler.* Hentet 30. April 2015 fra http://www.ssb.no/a/aarbok/tab/tab-072.html

Tall, K., Koles, K., Sisask, M., & Värnvik, A. (2008) Do survivors respond differently when alcohola buse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in Estonia. *Drug and alcohol dependence*, *95, 129-133.*

Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wood, L., Byra,. V., & Gosling, A. S. (2012). Continuing bonds after suicide bereavement in childhood. *Journal of Death Studies, 36, 873-898.*

World Health Organization (2014) *Preventing suicide: a global imperative.* World Health Organization.

Zahl, P. H., & Dieserud, G. K. (2015, 4. mars). *Selvmord og selvmordsforsøk: faktaark med helsestatistikk.* Hentet 29. April 2015 fra http://www.fhi.no/tema/selvmord/fakta-om-selvmord

Vedlegg

Vedlegg 1: **Subkategorier og kategorier**

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
Sinne var ofte rettet mot den avdøde, men også mot den gjenværende forelderen og de nærmeste rundt barnet (McCaltchey & Wimmer, 2012). Sorg var sett på som å være den mest overveldende følelsen som etterlatt (McClatchey & Wimmer, 2012). Langvarig sorg kunne føle til depressive symptomer (Melhem et al., 2011).	De mest vanlige reaksjonene var sorg og sinne	Barns emosjonelle reaksjoner som selvmordsetterlatte
En lang sorgreaksjon kunne ses i sammenheng med den psykiske helsen til barnet før dødsfallet. Dette omhandler ofte depresjon og funksjonsnedsettelse (Melhem et al., 2011). Tidligere psykisk sykdom hos familiemedlemmer økte også sjansene for en forlenget sorgreaksjon hos det etterlatte barnet (Melhem et al., 2011). Forholdet til den avdøde hadde stor betydning for barnets psykiske utfall (Tall et al., 2008).	Psykiske lidelser i familien og hos barnet før selvmordet, og deres forhold.	
Alkoholmisbruk hos den avdøde endret de affektive responsene hos det barnet som ble etterlatt (Tall et al., 2008).	Alkoholmisbruk hos den avdøde	

Barn til de med et alkoholproblem hadde mindre sannsynlighet til å bli deprimert, føle skyld, tap og følelsen av å bli forlatt (Tall et al., 2008)		
Etterlatte barn ved plutselig død har en betydelig økt sjanse for å utvikle depresjon (Walker et al., 2009). Dødsårsaken har stor betydning for utviklingen av depresjon (Brent et al., 2009).	Utvikling av depresjon	
Barn i 13 årsalderen har økt risiko for å utvikle atferdsproblemer, og de som hadde størst funksjonsnedsettelse (Hamdan et al., 2013).	Atferdsproblemer og selvmordstanker hos barnet	
Forandringer i symptomer på angst og depresjon var betydelig bedre hos de barna som fikk intervensjon (Pfeffer et al., 2002). 75 % av barna som ikke deltok på intervensjoner, falt ut av studien (Pfeffer et al., 2002). En sorgleir hjalp de etterlatte barna med å komme seg videre i livet, da de lærte å takle sine følelser (McClatchey & Wimmer, 2014).	Gruppeintervensjoner for å lære ulike mestringsstrategier	Hvordan mestre hverdagen etter selvmord
Noen barn fortrengte hele forløpet rundt selvmordet, da	Barns ulike mestringsstrategier	

det ble enklere for dem å takle hverdagen (Wood et al., 2012). Barna tenkte på selvmord som en sykdom, som de eller ingen andre kunne råde over (Wood et al., 2012). Barn ser og prater med den avdøde, dette gir en støttende og beroligende effekt (McClatchey & Wimmer, 2014).		
Etterlatte barn mener selv at de trenger hjelp og støtte fra personer utenfor familien (Dyregrov 2006). Manglende kapasitet hos helsepersonell gjør at barn og unge ikke får den hjelpen de trenger, når de har behov for det (Dyregrov 2006). Barn og unge fikk ikke tilstrekkelig hjelp på grunn av mangel på empati og ekte innlevelse hos helsepersonell (Dyregrov 2006).	Helsepersonell må hjelpe og støtte selvmordsetterlatte barn	Barns møte med helsepersonell

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Nr.	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Studiens hensikt	Design/intervensjon/instrument	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
1	Weller E. m.fl.199 USA Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry.	Suicide- Bereaved children and adolescents: a controlled longitudinal examination.	Undersøker barns emosjonelle og atferds følgetilstander som selvmords etterlatte.	Kvalitativ studie. Intervju.	26 Selvmordsetterlatte barn og 332 barn som er etterlatt av andre grunner enn selvmord.	Selvmordsetterlatte barn er mer utsatt for sinne, angst og skam. De hadde også atferdsproblemer. De selvmordsetterlatte barna rapportere mindre lettelse enn de andre barna umiddelbart etter dødsfallet.	Det ble samlet inn samtykke fra alle deltakere. En eldre artikkel, men den er inkludert pga relevans for hensikten, og fordi den ofte er brukt i nyere forskning.
2	Melhem N. M.fl. 2011 USA Archives of general psychiatry.	Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death.	Barn og unges sorgreaksjoneretter at en av foreldrene døde plutselig.	Kvalitativ studie. Intervju.	42 selvmordsetterlatte barn og 182 barn som er etterlatt av andre grunner enn selvmord.	Barn med langvarig sorgreaksjoner hadde forekomst av depresjon tidligere i livet. Langvarig sorgreaksjoner ga økt nivå av funksjonstap. Barnets sorg kan bli spådd av familiens bakgrunn.	Det ble samlet inn samtykke fra alle deltakre. Brevet de fikk inkluderte en beskrivelse av studien, og de fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien når de selv ønsket.
3	Dyregrov K.2006 Norge.	Hvordan ønsker unge selvmordsetterlatte å bli møtt av	Studien tar for seg hvordan unge	Kvalitativ studie. Spørreskj	32 selvmordsetterlatte barn.	69 % opplevde behov for hjelp fra fagfolk. Stor variasjon i hvilken hjelp de fikk. De som hadde vært i kontakt med	Godkjenning av personvernombud (NSD) og Regional Komite for Medisinsk forskningsetikk ble innhentet.

	Tidsskrift for norsk psykologforening.	psykologer.	opplever møte med faggruppe r etter selvmord.	ema og dybdeinte rvju.		det offentlige hjelpeapparat fra tidligere av opplevde å få bedre oppfølging. Barna mente deres behov for hjelp ikke ble fanget opp.	Overskriften forteller at artikkelen omhandler psykologer, men den omhandler også hvordan selvmordsetterlatte blir møtt av helsepersonell.
4	Wood L.m.fl.2012. England. Journal of Death Studies.	Continuing bonds after suicide bereavement in childhood.	Utforske sorgprose ssen etter å ha blitt etterlatt etter selvmord i barndom men.	Kvalitativ studie. Intervju.	10 selvmordsette rlatte barn.	Gode minner er assosiert med positivitet. Vanskelige tanker som skyld, sinne og følelsen av å bli forlatt. Husker minner fra negative sider av den avdøde. Fire deltakere tolket foreldrenes valg om å ta sitt eget liv. ”Mor bryr seg ikke om meg”.Mestringsstrategier: huske hele situasjonen, koble av, tilkoblinger til den døde.	Etisk godkjent av University of London Ethics Committee.
5	Tall K.2008. Estland Drug and alcohol dependenc e.	Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Finding from the psychological autopsy study in Estonia.	Studien ser på om de etterlatte reagerer annerlede s når den avdøde hadde et alkoholpr oblem før selvmord et.	Kvalitativ studie. Intervju.	35 selvmordsette rlatte barn der den avdøde hadde et alkoholproble m, og 29 selvmordsette rlatte barn der den avdøde ikke hadde et alkoholproble m.	Barna til de som hadde et alkoholproblem hadde mindre sannsynlighet til å føle skyld eler følelsen av å bli forlatt. Den etterlattes reaksjon var sterkt påvirket av deres forhold til den avdøde.	Etisk godkjent av The Karolinska Institute Research Ethics Committee North.
6	Melhem N.2009.	The incidence and Course of	Studere effekten	Kvalitativ studie.	176 etterlatte barn.	Større sjanse for depresjon, alkohol- og	Godkjent av University of Pittsburgh instutional review

	USA. American Journal of Psykiatri.	depression in bereaved youth 21 Months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death.	av sorg 21 måneder etter en forelders død.	Intervju.		rusmisbruk. Stor fare for alvorlig depresjon og PTSD.	board. Alle deltakerne ga også skriftlig samtykke.
7	Sethi S.2003. India. Journal of Crisis.	Child and adolescent survivors of suicide.	Undersøke de psykiske følgene av å være etterlatt av selvmord.	Kvalitativ studie. Intervju.	26 selvmordsetterlatte barn, og 26 barn som ikke har mistet noen nære slektninger den siste tiden.	Selvmordsetterlatte barn hadde større sannsynlighet for problemer på skolen, fritidsproblem og søskenproblemer.	Samlet inn samtykke fra alle deltakerne.
8	Pfeffer C.1997. USA. Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry	Child survivors of suicide: Psychosocial Characteristics.	Beskrive psykososiale aspekter rundt selvmordsetterlatte barn.	Kvalitativ studie. Intervju.	22 selvmordsetterlatte barn.	Selvmordsetterlatte barn har dårligere skoletilpasning, betydelig symptomer på depresjon og PTSD. Flere barn hadde hatt selvmordstanker.	Samlet inn skriftlig samtykket av alle deltakerne. Banebrytende forskning på området, og den er brukt i nyere forskning.
9	Kaplow J.2014. USA.	Do circumstances of the death matter? Identifying	De forsker på om dødsårsak	Kvalitativ studie.	63 etterlatte barn og 38 overlevende omsorgsperso	Alle barn som opplevde selvmord hadde forhøyet nivåer av PTSD og mistilpasset sorg. Omsorgspersonen forvrengte barnets opplevelse og	Etisk godkjent av The University of Michigan Medical School Institutional Review Board.

	Journal of Traumatic Stress.	socioenvironmental risks for grief-related psychopathology in bereaved youth.	en har noen betydning for de psykiatriske utfallene.	Intervju og selvrapporterings instrument	ner.	virkelighet.	
10	Pfeffer C.2002. USA. Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry	Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative.	Effekten av sorggruppeintervensjoner.	Kvalitativ og kvantitativ studie. intervju og research instrumenter ble brukt til å måle psykososiale variasjoner	75 selvmordsetterlatte barn. 39 fikk intervensjon, mens 36 fikk ikke.	Forandringer i symptomene på angst og depresjon var betydelig bedre hos de barna som fikk oppfølging. 75% av barna som ikke fikk oppfølging falt ut av studien.	Skriftlig samtykke fra alle deltakere.
11	McClatchey, I. m.fl. 2014 USA Qualitative Social Work	Coping with parental death as seen from the perspective of children who attented a grief camp	Se på den emosjonelle virkningen av å miste en forelderVirkningen av sorgleir	Kvalitativ studie Intervju	16 etterlatte barn og 11 av deres gjenlevende foreldre	Tristhet var den mest overvelmende følelsen hos barna. Nesten alle barna sa de hadde opplevd sinne etter dødsfallet Følte seg annerledes enn andre barn Bekymring var noe de fleste barna følte på Flere barn hadde selvmordstanker De etterlatte barna hadde positive erfaringer fra sorgleiren	Forskningsetiske hensyn inkluderte Institusjonal Review Board godkjenning og informert samtykke

			for å hjelpe barnet til å mestre tapet.				
12	Hamdan, S. m.fl. 2013 Journal of clinical psychiatry	Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth	Finne ut om etterlatte barn har en større risiko for alkohol og rusmisbruk	Kvalitativ studie Intervju	235 etterlatte barn vs. 178 ikke etterlatte barn	De etterlatte barna hadde en økt forekomst av alkohol og rusmisbruk enn de ikke- etterlatte barna Barn over 13 år utviklet atferdsforstyrrelser og var de som var mest utsatt for alkohol- og rusmisbruk Tidligere depresjon diagnose førte til økt risiko for alkohol- og rusmisbruk	Godkjent av University of Pittsburgh Institutional Review Board

Vedlegg 3: Oversikt over søkestrategi

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 17.02.15	Alder: 6-12 år	Bereaved/grief AND child AND suicide	94	37	27	11	2
Medline 10.03.15		Intervention AND suicide AND children AND bereaved	11	10	5	3	1
Funnet artikkel i en annen bachelor oppgave, søkt opp tittelen på Google scholar 13.03.15							1
Medline 16.03.15	Abstrakt	Children/child AND Suicide AND grief	191	43	19	8	2
Medline 16.03.15	Abstrakt	Children/child AND suicide AND grief	54	36	15	4	1
Google Scholar 26.03.15		Dyregrov					2
Psychinfo 10.04.15		Children AND suicide AND bereavement/or grief/or exp parents/ or exp suicide/ deathanddying AND grief	162	74	37	12	2
Funnet artikler i en annen bacheloroppgave, søkt opp tittelen på Google scholar 10.04.15							1

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i fulltekst

Utvalg 4: Utvalgte artikler

Vedlegg 4 Tabell til vurdering av forskningsartikler

Vurdering av forskningsartikkel Artikkel nr

Tittel_____

Hovedområde_____

Forfatter/e_____

Land_____Språk_____ År_____

Type studie_____

Original_____Review_____Annet_____

Resultater:_____

_____

_____

Kommentarer:_____

Kvalitetsbedømming_____
Viktige stikkord: