

Irmelin Engen Grimstad  
Birte Kristine Mork

# Den stille sorgen- pårørende sin opplevelse av å miste en av sine nærmeste i selvmord

Antall ord: 8620

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus  
Mai 2019



# Sammendrag

## Bakgrunn:

Når noen velger å ta sitt eget liv sitter de etterlatte igjen med sorg og fortvilelse som de trenger hjelp og støtte til å komme gjennom. I denne litteraturstudien presenteres funn på hvilke opplevelser som er fremtredende hos etterlatte. Dette er viktig kunnskap å ha for både helsepersonell, familie, samfunn og venner og kan være med på å skape mer forståelse og åpenhet rundt tema. Dette kan bidra til at etterlatte kan møtes på en bedre måte og dermed få den hjelpen og støtten de trenger for å komme seg videre.

## Hensikt:

Litteraturstudiens hensikt var å undersøke pårørende sin opplevelse av å miste noen til selvmord.

## Metode:

Dette er en systematisk litteraturstudie som er basert på syv kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel om temaet. Vi diskuterer studiens resultat ved teori av blant annet Travelbee og Cullberg.

## Resultat:

Resultatene ble delt inn i fire hovedkategorier: sterke følelser, opplevelse av stigmatisering, betydningen av støtte, og å akseptere døden. Etterlatte erfarte intense følelser, opplevde sterke reaksjoner og stigmatisering i tiden etter selvmordet. Støtte fra familie, venner, samfunn og helsepersonell var mangelfull, men avgjørende i møte med den normale hverdagen igjen. Å akseptere døden og finne mening med selvmordet var vanskelig.

## Konklusjon:

Vi har i denne litteraturstudien ønsket å finne svar på opplevelsen de etterlatte sitter igjen med etter at noen har begått selvmord. Vi har funnet ut at etterlatte opplevde sterke reaksjoner i tiden etter selvmordet. Temaet oppleves fremdeles stigmatiserende i dagens samfunn, og de fleste pårørende opplevde manglende støtte fra helsepersonell, familie og venner. Å slutte fred og finne mening med tapet var svært vanskelig, men en måtte til slutt finne en måte å leve med tapet på.

## Nøkkelord:

Pårørende, familie, foreldre, overlevende, unge voksne, selvmord, erfaring, opplevelse.

# Abstract

## Background:

When someone chooses to end their own life, bereaved are left behind with deep sorrow and despair and need help and support to get through the hard times. In this literature study the findings are presented with how the bereaved experience the loss of a loved one. This knowledge is important for health professionals, society, family and friends and can help to create more understanding around the subject. With this bereaved can be met with the help and support that they need to move on.

## Purpose:

The purpose of the literature study was to examine relatives' experience of losing someone to suicide

## Method:

This is a systematic literature study based on seven qualitative research articles and one quantitative.

## Results:

The results were divided into four main categories, strong emotions, experience of stigmatization, the importance of support, and accepting death. Bereaved experienced intense emotions, strong reactions and stigmatization in the time following the suicide. Support from family, friends, community and health professionals was somewhat lacking, but crucial in meeting normal everyday life. Accepting death and finding meaning or reason regarding the suicide was difficult.

## Conclusion:

We have in this literature study been looking for answers regarding the experience the bereaved to suicide are left behind with. We have found that the bereaved experienced strong reactions in the time after the suicide. Stigmatizing still exist in today's society, and many relatives experience a lack of support and the help they need from health professionals, family and friends. To find meaning with the loss was very difficult, but the bereaved needed to find a way to live with the losses.

## Keywords:

Bereaved, family, parents, survivors, young adults, suicide, experience.

# Forord

Tusen takk til Sven Inge Molnes og Eva Walderhaug Sæther for fantastisk veiledning, konkrete tilbakemeldinger og en god dose humor. Vi vil også ønske Sven Inge god bedring og håper du kommer deg fort.

Vi vil også takke Gerd Elisabeth Meyer Nordhus for fine og konkrete tilbakemeldinger samt nyttige løsninger og tips i innspurten.

*Selv om du ikke  
klarer å  
forklare eller uttale  
høyt eller finne  
det riktige ordet  
er det ikke hva du sier  
som betyr noe  
men «at» du sier noe.*

(Ukjent)

# Innholdsfortegnelse

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Introduksjon .....                                 | 11 |
| 1.1   | Bakgrunn for valg av tema og problemstilling ..... | 11 |
| 1.2   | Begrepsavklaring.....                              | 11 |
| 1.3   | Avgrensning og presisering .....                   | 12 |
| 1.4   | Oppgavens oppbygging .....                         | 12 |
| 2     | Teorigrunnlag.....                                 | 13 |
| 2.1   | Selv mord .....                                    | 13 |
| 2.2   | Sorg.....  | 13 |
| 2.3   | Stigmatisering .....                               | 14 |
| 2.4   | Å finne mening.....                                | 14 |
| 2.5   | Cullberg sin kriseteori.....                       | 14 |
| 2.6   | Joyce Travelbee .....                              | 15 |
| 3     | Metode.....  | 16 |
| 3.1   | Litteraturstudie .....                             | 16 |
| 3.2   | Datasamling .....                                  | 16 |
| 3.3   | Inklusjons og eksklusjonskriterier.....            | 17 |
| 3.4   | Kvalitetsvurdering .....                           | 18 |
| 3.5   | Etiske vurderinger .....                           | 18 |
| 3.6   | Analyse .....                                      | 18 |
| 4     | Resultat .....                                     | 20 |
| 4.1   | Sterke reaksjoner og sorg.....                     | 20 |
| 4.2   | Opplevelse av stigmatisering .....                 | 21 |
| 4.3   | Mangel på støtte .....                             | 22 |
| 4.4   | Å finne mening.....                                | 22 |
| 5     | Diskusjon .....                                    | 24 |
| 5.1   | Metodediskusjon .....                              | 24 |
| 5.2   | Resultatdiskusjon .....                            | 24 |
| 5.2.1 | Sterke reaksjoner og sorg.....                     | 24 |
| 5.2.2 | Opplevelse av stigmatisering.....                  | 26 |
| 5.2.3 | Mangel på støtte .....                             | 27 |
| 5.2.4 | Å finne mening .....                               | 29 |
| 6     | Konklusjon.....                                    | 31 |
| 6.1   | Konsekvens for sykepleie.....                      | 31 |
| 6.2   | Forslag til videre forskning .....                 | 32 |
|       | Litteraturliste.....                               | 33 |
|       | Vedlegg 1: fargekoder til nøkkelfunn               |    |
|       | Vedlegg 2: tabell over søkehistorikk               |    |
|       | Vedlegg 3-10: litteraturmatrise                    |    |





# 1 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Hvert 40. sekund er det noen som begår selvmord i verden (Paust, 2014). Dette tilsvarer rundt 800.000 selvmord i året og naturligvis er det også mørketall. Det er mellom 500-600 personer som tar livet sitt i Norge hvert år og 2 av 3 tilfeller er menn (Aarre, Bugge, & Juklestad, 2009). Selvmord skaper vanskelige følelser for både de etterlatte og generelt hele samfunnet. Forekomsten av selvmord i Australia, Nord-Amerika og Europa er omtrent den samme som i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017).

Temaet for oppgaven er hvilke opplevelser de etterlatte sitter igjen med når noen har begått selvmord. Det er mellom 5000-6000 som mister noen i selvmord hvert år. Det kan regnes omtrent 10 etterlatte i nær familie for hver person som tar livet sitt. For mange etterlatte er tiden fra 3 til 12 måneder etter dødsfallet den verste perioden. Savnet kjennes uutholdelig og omgivelsene begynner å se fremover mens verden til de etterlatte står stille. Dette kan gjøre ting enda mer komplisert når en tror savnet skal bli lettere (Helsedirektoratet, 2011).

Selvmord er et økende samfunnsproblem forbundet med omfattende personlige problemer og smerte, ikke bare for dem som tar sitt eget liv men også for de berørte som sitter igjen. I flere århundrer har det også vært mye skam og tabu rundt selvmord og det er vansker knyttet til åpenhet, og hvordan man kan møte de etterlatte. Som sykepleier kan man møte dem i mange forskjellige sammenhenger og uansett hvilket felt vi ender opp i kan vi komme i kontakt med de etterlatte. Vi ønsker da å være den de føler de kan komme til, og være åpen for å snakke med. Vi har et ansvar for å møte dem med omsorg, medfølelse og den hjelpen de trenger for å komme seg tilbake i hverdagen. Vi ønsker derfor å kaste lys på hvordan de pårørende har det og har valgt å gå ut ifra følgende problemstilling:

*«Hvilke opplevelser sitter pårørende igjen med etter å ha mistet en av sine nærmeste til selvmord?»*

## 1.2 Begrepsavklaring

*Selvmord-*

Selvmord kan defineres slik: «I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med utdekkede sentrale psykologiske behov» (Dyregrov et al.2009) Denne definisjonen formulerte Psykolog Schneideman i 1985.

### *Pårørende/ etterlatte-*

Pårørende og etterlatte er de som sitter igjen etter at en person har tatt livet sitt. Fra tidligere av tenkte man at de som var sterkest berørt av selvmord var den nærmeste familien. Det er store variasjoner på hvem de pårørende er og hvilke relasjoner de har til pasienten. Bildet er i dag mer nyansert ved at pårørende og etterlatte kan være så mange flere. Det kan inkludere foreldre, søsken, barn, ektefelle, kjærester, besteforeldre, bestevenner, medpasienter, arbeidskollegaer og terapeuter (Dyregrov et al. 2009)

## 1.3 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven er ikke barn som pårørende inkludert siden de trenger alderstilpasset informasjon og en helt annen type oppfølging enn voksne. Sykepleier møter pårørende på flere ulike arenaer. Fokuset som er valgt er derfor voksne pårørende sin opplevelse generelt og er ikke avgrenset til noen bestemt gruppe. Det skal også ha gått minst seks måneder siden de pårørende opplevde selvmordet. Vi ønsker ikke å gå dypere inn i akutte sorgreaksjoner i oppgaven.

Gjennom oppgaven vil pårørende og etterlatte bli brukt litt om hverandre alt ettersom hvilken litteratur som har blitt benyttet.

## 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt opp i 7 kapitler: Innledning, teoribakgrunn, metode, resultat, diskusjon, konklusjon og diverse vedlegg.

I teorikapittelet tar vi for oss relevant teori som brukes senere i oppgaven. Videre kommer metodekapittelet som beskriver søkeprosessen og blir avsluttet med analyse. Videre blir det en overgang til resultater av funn fra studiene. Deretter kommer resultatdiskusjonskapittelet der vi underbygger resultatene fra studiene med relevant teori. Til slutt kommer en kort konklusjon, forslag til videre forskning, litteraturlister og vedlegg.

## 2 Teorigrunnlag

I dette kapitlet presenteres ulike teoretiske modeller som vil bli brukt i resultatdiskusjonen. Teorien er valgt for å belyse problemstillingen sammen med hovedfunn fra forskningsartiklene.

### 2.1 Selvmord

Selvmord skyldes et komplisert samspill mellom indre og ytre faktorer. Det kan bli sett på som en måte å komme seg ut av en krisesituasjon der personen ikke føler det finnes andre alternativer (Skants, 2014). Når noen tar livet sitt skjer det alltid svært brått og som regel uventet. Selv når personen har varslet om selvmordet er det vanskelig å skulle forestille seg at døden virkelig inntreffer. Ordet selvmord er oppfattet som svært vanskelig å bruke for mange. Et annet ord som ofte blir brukt er selvdrap. I det daglige bruker man heller formulering som «tatt livet sitt» eller «tatt livet av seg» (Dyregrov et al. 2009).

Hvem som helst kan en eller annen gang i livet oppleve at ting er så vanskelig at selvmordstanker oppstår. Disse tankene blir som oftest ikke omgjort til handling. Tegn på reell selvmordsfare er vanskelig å skille fra at tankene bare har vært innom. Mange selvmord blir gjennomført som den første selvmords handlingen i et menneskets liv. Når en person tar livet sitt, mister de pårørende en person de skulle dele fremtiden med. Den avdøde blir borte for alltid og fremtiden bryter sammen. Livet kommer trolig til å bestå av en del mørke og sorg første tiden, men hyggelige stunder vil etterhvert inntreffe selv om en stol alltid vil stå tom (Dyregrov et al. 2009).

### 2.2 Sorg

Selv om sorg ikke er en sykdom, kan det føre til det. Hvilke sorgreaksjoner som kommer etter et selvmord kan variere i intensitet og varighet og kommer til uttrykk på mange ulike måter. «Det finnes kanskje ikke noe sterkere uttrykk for kjærlighet enn sorg» (Dyregrov, 2009, s. 59) Noen etterlatte får svært dempede reaksjoner men de fleste får svært sterke. Etterlatte med svært sterke reaksjoner føler kanskje at de holder på å bli «gale av sorg» og har dermed et sterkt behov for å få bekreftelse på at det de opplever er «normalt». Mange opplever lettelse når de får vite at det de føler er helt normale reaksjoner på en ekstrem og tragisk hendelse (Dyregrov, 2009).

## 2.3 Stigmatisering

Stigmatisering kommer til uttrykk på mange forskjellige måter, eksempel på dette er «stillheten». Begravelser, sørgeritualer og kondoleringer blir «forbigått i stillhet». Samtidig føler mange etterlatte at de må være «stille om sorgen» etter dødsfallet. Mange etterlatte får ikke vite om andre familier som har opplevd det samme før de er i situasjonen selv. Fra gammelt av var skam og stigmatisering knyttet til selvmord og også en opplevelse av å være «spedalske» som videre førte til at mange forsøkte å skjule det som hadde skjedd. Det henger noe igjen i dag, men særlig yngre mennesker ser ikke på selvmord med den samme fordømmelsen selv om det fortsatt finnes mennesker med sterke religiøse forestillinger om at selvmord er synd (Dyregrov, 2009).

## 2.4 Å finne mening

Det er vanligvis vanskeligere å takle eller akseptere et selvmord enn andre brå dødsfall. Dette er fordi det som førte til døden ble utført av avdøde selv. Det som er ulikt fra ulykker hvor døden kommer uønsket eller fra sykdom hvor den kommer snikende fra innsiden er at død som følge av selvmord var ønsket, og det eneste svaret på vanskene avdøde befant seg i. Dette gjør at de fleste etterlatte leter etter svar på hvorfor avdøde tok livet sitt. Mange spørsmål svirrer rundt det som førte til selvmordet i håp om at svarene kan hjelpe dem til å gå videre i livet. Å få svar på disse spørsmålene er viktig for forsoningsprosessen, og for å opprettholde mening med tilværelsen. Det er mye som skal bearbeides og dette kan ta lang tid. Grunnen til dette er at årsaken bak selvmord kan være sammensatt og komplisert (Dyregrov, 2009).

## 2.5 Cullberg sin kriseteori

Cullberg sin kriseteori er delt inn i 4 ulike faser. Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen er umiddelbar reaksjon i en krisesituasjon. Personen har som regel dårlig kontakt med egne tanker og følelser, har stort behov for hjelp og omsorg og vurderings- og tankeevnen er nedsatt. I reaksjonsfasen vil en begynne å ta innover seg hva som har skjedd. Tanker og følelser strømme på uten helt kontroll over situasjonen. Følelser som angst, uro, rastløshet, søvnproblemer og mareritt kan inntreffe. Dette kan oppleves invaderende og overveldende. I bearbeidelses- eller reparasjonsfasen skal erfaringer bearbeides og den nye tilværelsen tilpasses. Det blir mer rom for det truende og vanskelige. Man slipper inn ubehag og smerte og personen kan begynne å se framover og slippe inn andre tanker igjen. I den siste fasen (nyorienteringsfasen) blir traumet som personen har vært utsatt for bearbeidet i den grad det er mulig (Eide & Eide, 2007) & (Norsk Helseinformatikk, 2014).

Krise er alvorlige og vanskelige livshendelser. Mennesker som er i kriser trenger støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Traumatiske kriser er ekstraordinære påkjenninger som eksempel: ulykker eller voldshandlinger, som ikke normalt sett ville skjedd i livet. De ulike fasene flyter over i hverandre og er i noe varierende i avgrensninger. I grove trekk viser det seg at fasene er hensiktsmessige for å forstå krise (Eide & Eide, 2007) & (Norsk Helseinformatikk, 2014).

## 2.6 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee arbeidet som psykiatrisk sykepleier, men er mest kjent for sin sykepleietenkning og sykepleiefilosofi. Hun var opptatt av hvordan vi kan finne mening i sykdom og lidelse og mente at sykepleie er en menneskelig prosess.

Sykepleiepraktikeren skal hjelpe individer, samfunn eller familier med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Travelbee er svært kjent for sine åtte punkter om håp.

1. Det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å bevare håpet og til å unngå håpløshet
2. Håp er troen på at det kan og vil skje en forandring og at denne vil bringe med seg noe som er bedre
3. Sykepleieren kan ikke gi pasienten håp, men kan hjelpe ham å finne fram til sitt eget håp
4. Håpet er sterkt forbundet med andre mennesker
5. Håpet er fremtidsrettet
6. Håpet er forbundet med muligheter for å kunne velge
7. Håpet er sterkt knyttet til tiltro om at andre vil være der for en når en trenger det
8. Håpet er knyttet til mot-personen som har håp er også modig (Travelbee, 1999)

# 3 Metode

## 3.1 Litteraturstudie

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) defineres en systematisk litteraturstudie som et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og deretter sette sammen litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. Den har som mål å produsere en syntese av data fra tidligere utførte empiriske studier, den bør fokusere på aktuell forskning i det valgte området og sikte på å finne grunnlag for kliniske beslutningsprosesser (Forsberg og Wengström, 2015). I underkapitlene beskrives fremgangsmåten.

## 3.2 Datasamling

Vi startet med å gjøre ustrukturerte test-søk i ulike databaser som Cinahl, Medline, SweMed+ og PsykINFO for å se om vi fikk relevante treff og forskning som besvarte problemstillingen. Vi oppdaget at vi hadde behov for en mer målrettet søkestrategi for å oppnå resultatene vi ønsket og tok deretter i bruk PICO-skjema. PICO er en metode som kan brukes for å formulere spørsmål på en strukturert måte. Den tar utgangspunkt i problemstillingen og setter sammen søkestrategier når du søker i bibliografiske databaser. PICO står for Patient (hvem), Intervention (hva), Control (kontrollgruppe) og Outcome (utfall) (Forsberg & Wengström, 2015). Vi ønsker ikke å sammenligne to typer tiltak og har derfor brukt PIO- skjema i vår oppgave.

| <b>Patients/population/problem</b><br><b>HVEM?</b>        | <b>Intervention/initiativ/action</b><br><b>HVA?</b> | <b>Outcome</b><br><b>RESULTAT/EFFEKT?</b> | <b>OR</b> |
|---|---|---|-----------|
| Pårørende, Etterlatte<br>Familie, Foreldre<br>Overlevende | Selv mord   | Pårørende sin opplevelse                  |           |
| Bereaved<br>Family member, Family<br>Parent, Survivor     | Suicide   | Suicidally bereaved                       |           |

## AND

Vi brukte ulike kombinasjoner i søkene våre og fikk tips til nye søkeord ved å se på nøkkelordene i artiklene vi fant. Ordene vi har brukt som utgangspunkt er bereaved, family, parent, survivor, young adult kombinert med AND suicide og experience. Vi fant også en norsk artikkel i et av søkene våre i SweMed+ med søkeordene selvmord AND etterlatte. Medline kaller sine emneord som MeSH- termer og underordnede termer. For hvert emneord finnes underrubrikker som henger sammen med en søkestråd, som vi benyttet oss av i søkene våre (Forsberg & Wengström, 2015).

Alle valgte artikler belyser problemstillingen ved hjelp av kvalitativ metode så nær som en kvantitativ. Å ta del i en kvalitativ forskning gir leseren en mulighet til å få innsikt og forståelse for ulike menneskers virkelighet og opplevelse. Innsikten gir leseren en økt forståelse for hvilke tanker og følelser som ligger til grunn når mennesker reagerer på ulike måter. Kvantitativ metode analyserer et stort antall enheter hvor formålet er å teste en hypotese, det vil si å finne ut om en antagelse om virkeligheten stemmer med de data man har. Kvantitative studier strever etter å ordne og klassifisere, se sammenheng, forutsi, forklare og presenteres i form av tall og tekst (Forsberg & Wengström, 2015).

### 3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

For å vurdere artiklene etter vi hadde lagt inn inklusjons- og eksklusjonskriterier samt ulike søkeord var å se etter relevante titler, deretter leste vi abstraktene for å se om de hadde riktig perspektiv. Videre leste vi artiklene i sin helhet for å forsikre oss om at artiklene hadde det innholdet og den kvaliteten vi ønsket. Kriteriene som ble brukt i litteratursøket presenteres i tabellen nedenfor.

| Inklusjonskriterier                            | Eksklusjonskriterier            |
|--|---------------------------------|
| Norsk, svensk, dansk eller engelsk språklige   |                                 |
|  | Artikler eldre enn 2008         |
| Forskningsartikler                             |                                 |
| Artikler med IMRAD- struktur                   |                                 |
| Etiske hensyn er vurdert i de valgte artiklene |                                 |
|  | Sykepleie- og pasientperspektiv |

|   |                    |
|---|--------------------|
| Etterlatte til personer som har begått selvmord |                    |
|   | Barn som pårørende |

### 3.4 Kvalitetsvurdering

All forskning skal være åpen for kritisk granskning. Et kvalitetskrav i kvalitativ forskning er at for forståelsen må legges fram, slik at leseren skal få en oppfatning om utgangspunktet for tolkningen (Forsberg og Wengström, 2015). En kvalitetsvurdering bør minst ta for seg studiens formål, problemstilling, design, utvalg, analyse og tolkning. Når studiet ble publisert kan også gi viktig informasjon. Når det gjelder klinisk forskning kan det sies at forskning er ferskvare. Virksomheter og forskningsforhold forandrer seg fort og forskningsresultater blir fort historie (Forsberg og Wengström, 2015).

Utvalgte artikler ble kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister. Syv av de aktuelle artiklene hadde et kvalitativt fokus der sjekklister for kvalitativ metode ble brukt. På den siste artikkelen ble sjekklister for kvantitativ metode tatt i bruk. Ved hjelp av denne sjekklisten besvarte vi ja, nei eller uklart på ni spørsmål og sammen med helhetsvurdering av artiklene sitter vi igjen med åtte forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014).

Refereebedømming eller fagfellevurderte artikler betyr at de er vurdert, lest og godkjent av andre forskere før de er publisert. Noe vi så på som vesentlig for at artiklene er troverdige er at de er refereevurdert, derfor er alle vitenskapelige tidsskrift og artikler lagt inn i NSDs Database for statistikk om høyere utdanning (DBH) og er fagfellevurdert nivå en (Norsk senter for forskningsdata, 2018).

### 3.5 Etiske vurderinger

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) er det viktig at artiklene man velger har fått godkjenning fra en etisk komité eller at det er gjort etiske overveielser. God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte individene som deltar i undersøkelsene. Artiklene var etisk vurderte og det er tydelig beskrevet at alle deltakerne er ivaretatt i hver artikkel.

### 3.6 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) er det under dette kapittelet en skal bearbeide, analysere og sammenligne data. Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp forskningen i mindre biter å undersøke dem hver for seg. Deretter skal disse delene settes sammen til en helhet. Artiklene er analysert ved hjelp av Evans (2002) sine fire faser. Ved å bruke dette verktøyet ble analysen mer oversiktlig og strukturert.



### 1. Samle inn datamateriell

Forskningsartiklene ble samlet inn fra ulike databaser, deretter ble de kvalitetsvurdert og videre ble det luket ut artikler som ikke oppfylte inklusjonskriteriene. Denne prosessen er beskrevet over og i en tabell over søkehistorikk (vedlegg 2).

### 2. Identifisere nøkkelfunnene i hver enkelt studie

Først nummererte vi artiklene fra en til åtte så ble materialet gått gjennom «på langs» hvor artiklene ble lest nøye gjennom. Vi valgte å oversette flere av artiklene til norsk for å få en bedre forståelse av innholdet. Videre valgte vi ut nøkkelord som vi ville gå videre med og førte disse inn i egen tabell. Nøkkelordene var sterke følelser, stigmatisering, behov for støtte, mangel på støtte, å finne mening og aksept/forståelse (vedlegg 1).

### 3. Vurdere studiene i forhold til hverandre, sammenligne, finne fellestrekk, felles temaer.

Vi laget en rekke spørsmål vi ønsket svar på for å finne fellestrekk i artiklene. Disse spørsmålene ble besvart og notert ned sammen med andre funn som var relevante for oppgaven. Vi så at denne metoden ikke fungerte optimalt og gikk over artiklene igjen. Da tok vi i bruk fargekoder på nøkkelordene. Det ble så laget et skjema der hvert nøkkelord hadde sin farge i hver artikkel. Slik fikk vi bedre oversikt over likheter og ulikheter i artiklene. Det var samtidig lettere å gå tilbake i artiklene da hvert tema var markert med egen farge (vedlegg 1).

### 4. Bruk funnene til å beskrive fenomenet du utforsker

I den fjerde fasen skal man lage synteser av funnene og beskrive resultatet (Evans, 2002). Vi kategoriserte dem i fire hovedfunn som presenteres i en helhetlig tekst med tilhørende sitater. Dette utgjør resultatdelen i studien vår.

## 4 Resultat

I resultatdelen bearbeides, analyseres og sammenstilles data. Resultatet blir presentert på en presis og logisk måte som besvarer problemstillingen detaljert og komplett. (Forsberg og Wengström, 2015). Her er fire av hovedfunnene i analysen presentert under. Hvert hovedfunn har ulike tema, men går også inn i hverandre.

### 4.1 Sterke reaksjoner og sorg

Et viktig funn i denne litteraturstudien er hvordan de pårørende opplever sorgen og hvilke følelser som kommer frem i tiden etter selvmordet. Flere pårørende fikk reaksjoner som depresjon, engstelse, sinne, maktesløshet, frustrasjon, ensomhet og føler seg forlatt. De fleste opplevde dødsfallet som plutselig og uventet og rapporterte intense følelser som ved noen tilfeller fortsatte i flere år fremover (Bell, Stanley, Mellon & Manthorpe, 2012; Gall, Henneberrey & Eyre, 2014; Maple, Edwards, Plummer & Minichiello, 2010; Peters, Cunningham & Jackson, 2016 & Sugrue, McGilloway & Keegan, 2014).

I studien til Gall et al. (2014) ble det derimot rapportert lettelse og de fleste deltakerne uttrykte en dyp medfølelse mot deres kjæres valg for å få slutt på en slik enorm smerte. De hadde en sterk følelse av at de nå hadde det godt og fredfullt. En datter fortalte at hun savnet å ha moren i livet sitt, men hun var glad for at hun hadde funnet en måte å stoppe lidelsen på, da det åpenbart var for mye for henne.

To av studiene var enige om at å miste noen til selvmord skilte seg veldig fra andre typer dødsfall med tanke på intensiteten på smerten og den komplekse variasjonen av følelser det fører med seg. Ordtaket «tiden leger alle sår» ble også totalt avvist og de beskriver at smerten er med deg for alltid (Gall et al. 2014 & Sugrue et al. 2014). «It's a hole in my stomach that doesn't go away and it's like someone putting their hand in your body and pulling your heart out» (Sugrue et al. 2014, s.121).

I flere av artiklene kommer det frem at mange følte seg suicidale selv etter dødsfallene som et resultat av ekstrem sorg. En fra hver artikkel innrømte selvmordsforsøk etter dødsfallene (Bell et al. 2012 & Sugrue et al. 2014). En student tok sitt eget liv nær den kommende datoen til sin venns selvmord. En som kjente studenten godt fortalte i etterkant at han hadde store vansker med smerten han satt igjen med etter å ha mistet en nær venn (Gall et al. 2014). I studien til Sugrue et al. (2014) følte flere en konstant kilde til angst på tanken av hvor ensomme barna deres måtte ha følt seg på slutten. En av respondentene beskriver at hun plutselig forsto hvordan sønnen hadde hatt det når hun selv ønsket å dø etter hans selvmord.

## 4.2 Opplevelse av stigmatisering

Et av hovedfunnene i litteraturstudien er at flere av de pårørende føler de må være stille om sorgen etter å ha mistet noen i selvmord. Sammenlignet med andre typer dødsfall oppleves stigmatisering i flere av artiklene. Selvmord er ikke sosialt akseptert og dette fører til isolering og skam (Bell et al. 2012; Gall et al. 2014; Maple et al. 2010; Peters et al. 2016 & Sugrue et al. 2014).

Det kom også frem at deltakerne følte de ikke kunne snakke om dødsfallet eller at det var begrenset hva de kunne si. Generelt unngikk de etterlatte å snakke om hvordan de hadde det og detaljer rundt dødsfallet (Bell et al. 2012; Maple et al. 2010 & Peters et al. 2016). I studien til Maple et al. (2010) kom det også frem at det å snakke om gode minner rundt deres sønn eller datter ikke var sosialt akseptert, men ønsket. «.....I don't mind talking about it; it is a way of keeping him alive and part of my life» (Maple et al., 2010, s.244).

Flere forteller at andre dødsfall er mer akseptert enn selvmord. En deltaker fra studien til Gall et al. (2014) forteller at skam gjorde at han ikke orket å si at moren hadde begått selvmord. Han fortalte derfor at hun døde i en bilulykke. Pårørende følte også at det var lettere å si at dødsårsaken var en annen, som kreft eller ulykke. Sier man at den avdøde hengte seg eller tok overdose blir man automatisk sett ned på. Dette gjør en allerede komplisert sorgprosess enda vanskeligere og tyngre å bære for de etterlatte (Maple et al. 2010; Peters et al. 2016; Peters, Murphy & Jackson, 2013; Bell et al. 2012; & Gall et al. 2014).

I studien til Bell et al. (2012) og Peters et al. (2016) kom det frem at stigmatisering knyttet til selvmord i familien og frykt for negative kommentarer fra andre i samfunnet var så stor at respondenten ønsket å trekke seg tilbake fra sosiale interaksjoner. Det kommer også frem at mangel på forståelse og usikkerhet fra samfunnet førte til at de følte seg ensomme og isolerte seg. «...at one time I was so low and no one knew what to do with me. I had nobody to talk to. we were on our own.. (parent)» (Bell et al. 2012, s. 57). I flere artikler fortelles det at familie, naboer og gode venner forsvinner, og i et tilfelle satt naboen opp et gjerde og senere flyttet for å unngå å se en av deltakerne i sorg. De følte seg generelt dømt, sett ned på og at folk la skyld på dem (Maple et al. 2010 & Peters et al. 2016).

På en annen side har respondentene i studien til Gall et al. (2012) vært følsomme ovenfor den sosiale stigmatiseringen av selvmord. De følte at de andre var ukomfortable og generelt usikre på reaksjoner de kunne motta. Bare en av deltakerne opplevde negativ reaksjon som skyld fra et annet familiemedlem. De fleste gjorde et aktivt valg om å ikke bry seg om stigmatisering i respekt for den avdøde.

### 4.3 Mangel på støtte

Manglende støtte fra helsepersonell, familie og venner var et av hovedfunnene i studiene. Pårørende opplevde varierende grad hjelpen de mottok som nyttig, og det var individuelt hvilken type støtte de ønsket og når. Minst 12 måneder profesjonell oppfølging var for mange nødvendig (Wilson & Marshall, 2010).

I flertallet av studiene opplevde de fleste at helsepersonell hadde mangel på kunnskap om selvmord. Dette gjorde det svært utrygt og usikkert for de etterlatte. Pårørende opplevde også at helsepersonell ikke viste hvordan de skulle kommunisere eller vise empati for de etterlatte. Å skulle forholde seg til dem og få følelsen av at støtten var nyttig var derfor manglende. De fleste opplevde at helsepersonell var fraværende, lite forståelsesfulle, dømmende, raske til å dra unøyaktige konklusjoner og ufølsomme. Kontakten opplevdes utfordrende og ikke i samsvar med forventningene om profesjonalitet og kvalitet på arbeidet (Rasmussen & Dieselrud, 2018; Maple et al. 2010; Peters et al. 2016; Peters et al. 2013; Bell et al. 2012; & Wilson & Marshall, 2010).

I studiene til Wilson & Marshall (2010) og Peters et al. (2013) ble det rapportert om mangel på å bli tatt på alvor. Mangel på støtte fra familie og venner var også et problem i flesteparten av studiene (Maple et al. 2010). Til tross for mangel på støtte i artiklene, var det likevel noen i to av studiene som opplevde det motsatte. Det blir skrevet at noen hadde kommet nærmere hverandre som familie og lært seg å sette mer pris på hverandre etter selvmordet (Bell et al. 2012 & Wilson & Marshall 2010). I studien til Gall et al. (2014) var det kun en person som opplevde manglende støtte fra familie og venner.

Et annet funn i studiene var støtte i forbindelse med frivillig arbeid, sorggrupper og aktivisering. Nesten alle opplevde god støtte i forbindelse med ulike grupper som sorggruppe, individuell terapi eller lignende. Dette var avgjørende for å komme seg gjennom dagene (Peters et al. 2016). Å delta på ulike typer aktiviteter var også viktige faktorer for å ha noe å glede seg over. Det var mange som opplevde støtte og mestring i å delta på frivillig arbeid da de kunne motta og gi støtte til andre som hadde opplevd lignende. Private sorggrupper og støttegrupper styrt av frivillige ble sett på som mest nyttig, og pårørende opplevde større nytte der enn hos de profesjonelle (Peters et al. 2013; Gall et al. 2014; Wilson & Marshall, 2010 & Bell et al. 2012). Bare to av de pårørende i studien til Wilson & Marshall. (2010) opplevde sorggrupper eller andre typer grupper unyttig. I motsetning til de andre studiene, skriver Bell et al. (2012) at rikelig med søvn og avslapping i tillegg til det sosiale var avgjørende for å fungere godt i hverdagen.

### 4.4 Å finne mening

Anger, skyld, mening og aksept var fremtredende funn i studiene. Som nærmeste pårørende er det vanskelig å ikke ta på seg skyld etter at en har mistet noen i selvmord. De etterlatte har gått glipp av den enorme smerten den avdøde hadde følt og lurert på hvordan de har klart å skjule det. Samfunnet bekreftet følelsene til de etterlatte i

studiene med å stille spørsmål som: «hadde dere et dårlig forhold i familien», «passet ikke dere på barnet deres» eller «var det trøbbel i ekteskapet?» Pårørende følte de måtte bebreide seg selv med det som hadde skjedd og følte enorm skyld og anger (Peters et al. 2016; Peters et al. 2013; Bell et al. 2012; Gall et al. 2014 & Sugrue et al. 2014). I ene studien hadde de vært obs på en viss selvmordsfare da selvmordsforsøk hadde skjedd gjentatte ganger før det aktuelle selvmordet. Pårørende i dette tilfellet var mer forberedt enn i de andre studiene, men følte fremdeles skyld i å ikke ha gjort mer eller forhindre det (Peters et al. 2013). Flere pårørende fant trøst i at selvmordet trolig ikke hadde noe med dem å gjøre og den avdøde fikk nå endelig fred (Gall et al. 2014).

Flertallet av studiene var preget av hvordan en skulle håndtere, finne mening og akseptere den avdødes avgjørelse. Mange stilte seg spørsmål om hvordan det er mulig å være så langt nede at man tar livet sitt. Enkelte fant seg aldri til ro med tanken på at de avdøde valgte å ta livet sitt, andre klarte å akseptere hendelsen etter hvert som tiden gikk. Uansett utfall måtte de lære seg å leve med tapet (Maple et al. 2010; Bell et al. 2012; Gall et al. 2014 & Sugrue et al. 2014). En mor fra studiene sa at det var svært vanskelig å akseptere at barnet dør før deg. Smerten over at barnet valgte å begå selvmord var noe de aldri ville slutte fred med. Som forelder strider det imot forventningene om at barna skal gå bort først. «This will never heal- never go away. I will take this grief to my own grave» (7) (Sugrue et al. 2014, s.121).

Det var et fåtall av pårørende som følte de hadde vokst etter hendelsen rundt selvmordet. De viste mer medfølelse, sensitivitet, satt mer pris på andre og hadde mer forståelse for andres sorg. En person opplevde også å være mindre opprørt over småting (Gall et al. 2014 & Sugrue et al. 2014). Selv om det var vanskelig å finne mening og skulle akseptere den avdødes valg, var flestparten av de etterlatte enige i at de måtte akseptere det uakseptable. Det var likevel viktig å påpeke at smerten aldri vil forsvinne, den vil bare bli en del av den du er (Gall et al. 2014).

# 5 Diskusjon

## 5.1 Metodediskusjon

I denne systematiske litteraturstudien har vi basert oss på retningslinjene til NTNU i Ålesund, brukt ulik pensumlitteratur og tatt utgangspunkt i veiledning og forelesningsmateriekknyttet til bacheloroppgaven. Det har vært et tett samarbeid innad i gruppen som har gitt uttelling for faglige diskusjoner om oppbygging og innhold av oppgaven.

Som grunnlag for bacheloroppgaven ble det utarbeidet en prosjektplan med spesielt fokus på metode og litteratursøk som viste hvordan fremgangen i litteraturstudien ville være og hvordan vi har tenkt å oppnå målene våre. Problemstillingen vi hadde som utgangspunkt er nå endret til tittel på oppgaven og den nye problemstillingen er noe forenklet. Perspektivet på oppgaven ble endret fra et sykepleieperspektiv med forebyggende tema, men mangel på tilfredsstillende forskning gjorde at vi endret til pårørendeperspektiv.

En styrke i litteratursøket er at syv av åtte artikler er kvalitative, da vi ville få frem pårørende sin opplevelse. At vi fikk med en artikkel som var kvantitativ anser vi også som en styrke da det gav en bredere forståelse for temaet. En svakhet var at vi oversatte deler av artiklene til norsk og kan ha gått glipp av viktig informasjon i oversettelsen. Vi har på en annen side også vært bevisst på dette for å unngå å mistolke informasjonen i artiklene. Det opplevdes også utfordrende at mye interessante funn og litteratur ble vekkrioritert da oppgavens ord begrenset hva vi kunne ta med.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I dette underkapitlet diskuterer vi resultatet ved hjelp av bakgrunns teori, relevant sykepleieteori og konsekvens for sykepleie for å besvare litteraturstudiens hensikt og følgende problemstilling:

«Hvilke opplevelser sitter pårørende igjen med etter å ha mistet en av sine nærmeste til selvmord?»

### 5.2.1 Sterke reaksjoner og sorg

Livet byr sjeldent på hardere slag enn når man får vite at en av sine nærmeste har tatt sitt eget liv. I flere av artiklene viste det seg at for de fleste pårørende kom selvmordet brått, uventet og ofte i en fase i livet hvor det ikke var vanlig å dø. Dette medførte sorg- og traumereaksjoner som hadde en del fellestrekk for de pårørende. Dyregrov et al. (2009) skriver at sterke reaksjoner ved selvmord er i utgangspunktet helt normale

reaksjoner på en ekstrem hendelse. Det er store forskjeller med hensyn til styrken på reaksjonene og når de gjør seg gjeldende. Reaksjonene kan komme alt i fra de første timene og dagene, og opp til uker og måneder etter selvmordet. For de fleste er dette naturlige reaksjoner som avtar etter hvert, men for noen kan reaksjonene vare i flere år (Dyregrov et al. 2009).

Ved store tap er etterreaksjoner en del av vårt normale reaksjonsmønster og ikke sykelige prosesser. Reaksjonene hjelper på forskjellige måter i tiden etter et dødsfall. I flertallet av studiene ble reaksjoner som skyldfølelse, gjenopplevelse eller unngåelse av det som har hendt, søvnforstyrrelser, angst og sårbarhet, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, irritasjon og sinne, kroppslige plager, energiløshet og mørke tanker, sorg, savn, lengsel og smerte nevnt. Dette er følelser som Dyregrov et al. (2009) også skriver om. Å kjenne til de kroppslige reaksjonene som forekommer ved et tap er viktig for en sykepleier. Det er også viktig å ha kjennskap til at man ikke burde forsterke reaksjonene ved å gi beroligende medikamenter, men heller bidra med å vise nærhet og trygghet (Nordengen, 2010 & Eide og Eide, 2007). I sjokkfasen beskytter man seg ofte både mot erkjennelsen av tapet og sorgen som følger med. Etterhvert som man slipper følelsene til kommer man over i reaksjons- og bearbeidelsesfasen. Hvis man da fortsetter å holde reaksjonene unna vil bearbeidelse ikke finne sted eller bli begrenset. Ved bruk av medikamenter eller alkohol vil forsvarsmekanismer som dekker følelser som sorg eller lignende holdes nede. De vil ikke forsvinne, men komme tilbake å kreve sin plass i bevisstheten på et senere tidspunkt (Eide og Eide, 2007).

En stor motsetning fra de andre studiene er at Bell et al. (2012) skriver at rundt en femtedel ikke opplever sterke eller mange reaksjoner. Dyregrov et al. (2009) bekrefter at selv om de fleste går gjennom ulike former for sorgprosesser, så er det noen som ikke føler sorg like etter dødsfallet. De har heller ikke behov for å bearbeide sorgen for å gå videre i livet. Etterlatte som hverken har intense eller langvarige sorgreaksjoner bør ikke presses inn i et mønster som sier at de skal reagere eller bearbeide sorgen på en bestemt måte. Sorg er privat og personlig, og vil derfor alltid være unik for hver enkelt. Dersom helsepersonell, familie og venner reagerer på at reaksjonene ikke kommer like sterkt som hos andre kan presset bli stort. Det kan føre til redsel for at deres måte å bearbeide dødsfallet på er unormal og kan videre føre til problemer (Dyregrov et al. 2009).

I følge Travelbee (1999) er det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å bevare håp og unngå håpløshet. Fravær av sorg forteller nødvendigvis ikke at den fortrenses, men kan være et tegn på kompliserte sorgreaksjoner hvis den blokkerer for normal yrkesmessig eller annen viktig fungering. Det finnes flere typer kompliserte sorgreaksjoner. Sterkt separasjonsubehag er en av de vanlige. Tegn på komplisert sorg er intens lengsel og savn etter den døde over flere måneder. Vansker med å gå videre i livet og en opplevelse av at livet og fremtiden er meningsløs. Dette vises gjennom vedvarende gråt, lengting og opphengte tanker om den som har gått bort. På en måte innebærer dette benektelse og manglende akseptering av dødsfallet. Denne type sorg kalles også «traumatisk sorg», «forlenget sorg» eller «kronisk sorg» (Dyregrov et al. 2009 & Helsedirektoratet, 2011).

Det er når sorgopplevelsen er usedvanlig intens at man snakker om komplisert sorg. Den hemmer dagliglivets funksjoner og har en varighet på minst seks måneder. Kompliserte sorgreaksjoner som skyldes lengting etter den døde skiller seg fra depresjons- og angstlignende tilstander. Noen av de etterlatte frykter også at de holder på «å bli gale» noe som ikke er tilfellet. Nyere forskning har vist at etterlatte ved «voldsomme dødsfall» som selvmord, mord, ulykker, og uventet barnedød er mer utsatt for komplisert sorg enn andre typer død. De har også økt risiko for vedvarende svekket helse. Det er derfor viktig for de etterlatte å ha en god nettverksstøtte og får hjelp med psykolog eller kvalifiserte hjelpere i slike situasjoner (Dyregrov et al. 2009). Dette kommer vi tilbake til under kapittelet om «Mangel på støtte».

I studien til Gall et al. (2014) fremhevet helsearbeidere viktigheten av å være fullstendig tilstede, åpne og gi god kontakt til mennesker i sorg. Det er viktig å møte dem hvor de er, jobbe i deres tempo, gi dem følelse av kontroll og fokusere på deres behov. Travelbee (1999) skriver at mennesket er sykepleierens pasient når det søker hjelp fordi det opplever et problem eller en krise. Hun understreker at det er det enkelte mennesket som er mottaker av sykepleie, og tar sterk avstand fra generaliseringer som kan knyttes til pasientbegrepet. For sykepleieren er det viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av egen situasjon, og vite hvilken mening han selv tilegner seg enn å forholde seg til en diagnose.

Sykepleieren kan møte de pårørende på ulike arenaer hvor de har behov for psykisk førstehjelp etter en traumatisk hendelse. De kan også befinne seg i alle av de fire ulike fasene til menneske i krise. Det som uansett er viktig er å vise medmenneskelighet, la personen avreagere, berolige, oppmuntre, godta, ikke bebreide, aktivisere, gi mulighet for hvile og søvn, og legge vekt på at det dreier seg om naturlige reaksjoner på urimelige påkjenninger. Alle punktene er ikke aktuelle i enhver situasjon. Det sentrale er å vise medmenneskelighet. Det betyr å være tilstede som person, tilby støtte og et lyttende øre og hjelpe den andre til å åpne seg der dette er naturlig (Eide og Eide, 2007).

### 5.2.2 Opplevelse av stigmatisering

Ulike former for stigmatisering er fremtredende i studiene og fører til følelser som isolasjon, skam og ensomhet. Flere av deltakerne indikerte at hvis dødsårsaken hadde vært et resultat av ulykke eller sykdom ville samfunnet vist større forståelse. Funnet styrkes med teori fra Skants (2014) som skriver at selvmord har tradisjonelt vært omgitt av skam, som skal skjules for andre. For mange er det vanskelig å være like åpne om selvmord som de er med andre dødsfall.

De siste 10-15 årene har det allikevel hendt mye som har bidratt til å bryte ned fortidens negative stempeling av etterlatte ved selvmord. Utviklingen i den senere tid går generelt på større toleranse og mer fleksible holdninger i samfunnet. Etterlatte har selv sammen med fagfolk bidratt for å sette selvmord og etterlattes situasjon på dagsordenen (Dyregrov et al. 2009). I studien til Gall et al. (2012) var etterlatte følsomme for den



sosiale stigmatiseringen selv om bare en opplevde skyld. Her gjorde de et aktivt valg om å ikke bry seg om stigmatisering i respekt for den avdøde.

Ved at flere kjente ansikt har stått frem i media om at deres familiemedlemmer har begått selvmord ble det gitt viktige signaler om at selvmord kan ramme alle, selv de mest ressurssterke. Dette har bidratt til å dempe skam og skyld hos etterlatte og ikke minst har det bidratt til større åpenhet og mindre fordømmelse (Dyregrov et al. 2009). Et større fokus i media vil være med på å bryte tabuer om hvem selvmord rammer og samtidig kan det vise at selvmords prosesser er komplekse. Dette kan også gi økt samhørighet og støtte for etterlatte som ikke har energi til å stå frem. Å lese om andre etterlatte som står frem og ikke skammer seg over sin situasjon kan også være en stor trøst. Ikke minst kan det gi håp for etterlatte som ikke helt har funnet veien videre (Dyregrov et al. 2009).

Håp er troen på at det kan og vil skje en forandring og at denne vil bringe med seg noe som er bedre (Travelbee, 1999). Skants (2014) skriver at åpenhet rundt tema og det å bli sett og hørt er stikkord for god oppfølging etter selvmord. Å beholde like formelle og uformelle ritualer som ved andre dødsfall hjelper det pårørende å håndtere det som har hendt. Det bidrar til å hindre stillheten som ofte preger en slik hendelse. Dette støttes også opp av Dyregrov et al. (2009) som skriver at åpenhet utover egen omgangskrets er viktig for å unngå at rykter sprer seg og bidrar med å redusere skam og skyld på lengre sikt. Budskapet om selvmord kan gis gjennom dødsannonsen og ved å formulere «han tok sitt liv», «hun orket ikke leve lenger» eller «han valgte å forlate oss». Eldre familiemedlemmer kan i noen tilfeller uttrykke skepsis mot et slik «offentliggjøring», men endrer ofte mening når de opplever hvor positivt de blir møtt i ettertid.

For sykepleier er det viktig å være bevisst på sine egne holdninger rundt selvmord og være ærlig på hva de har av erfaring og kunnskap overfor de etterlatte. Dette skriver gruppen med helsepersonell i studien til Gall et al. (2014). De fortalte også at man må være åpne om å gi rom for følelser, fokusere på å anerkjenne, normalisere, validere samt å snakke om de etterlattes sorgreaksjoner. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Åkre, 2011).

Gjennom å sette ord på tanker og følelser som har skjedd bearbeides tapet og en får mulighet til å «blåse ut» følelser som sinne, tristhet eller forvirring. De fleste etterlatte forventer ingen tilbakemelding på det de har å si, men at noen lytter er til god hjelp. Når man er åpen er det også lettere for andre å kunne være det. Samtidig kan det føles bedre at omverdenen vet hva som har skjedd (Dyregrov et al. 2009).

### 5.2.3 Mangel på støtte

Et stort funn i flere av studiene var mangelen på støtte fra helsepersonell og profesjonell hjelp. Pårørende ønsker støtte fra personer som har erfaring og kunnskap rundt selvmord. Støtte er først og fremst viktig fordi etterlatte opplever det som nyttig. Støtte kan dempe og lindre sorg, reaksjoner blir mer håndterlige og en reduserer vansker

(Dyregrov et al. 2009). Det er avgjørende at helsepersonell er faglig oppdatert og har god kunnskap om selvmord, kriser og sorg. I Helsepersonelloven (1999, §4) står det at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Pårørende skal tilbys nødvendig og profesjonell støtte etter et selvmord og skal ikke være noe de må be om. Om pårørende ikke vil motta hjelpen med en gang av ulike typer årsaker, skal tilbudet gjentas (Aarre et al. 2009 & Helsedirektoratet, 2011).

En sykepleier skal i følge Travelbee (1999) kunne se ethvert menneske som en unik person. Mennesker er i høy grad avhengige av hverandre og dette vil komme tydelig frem når en person er i krise og dens egne ressurser utilstrekkelige. Dyregrov et al. (2009) skriver at helsepersonell skal gi individuelt tilpasset hjelp til den enkelte etterlatte. I flertallet av studiene kom det frem at de fleste ønsket et oppfølgingstilbud som strekte seg over flere år. De fleste etterlatte hevder å ha behov for hjelpetilbud over minst et år, helst to og enkelte så lenge som resten av livet (Helsedirektoratet, 2011)

Når en har mistet noen i selvmord opplever man å befinne seg i en krise. Ved manglende støtte kan pårørende oppleve krisesituasjonen som uhandterbar, forvirrende og vanskelig. Traumatiske kriser er ekstraordinære påkjenninger som normalt sett ikke inngår i et vanlig livsforløp. Den umiddelbare reaksjonen er sjokk etterfulgt av reaksjonsfase, bearbeidelsesfase og nyorienteringsfase. Ifølge Cullberg vil fasene gå over i hverandre, men en viktig presisering er at en kan bli stående fast, hoppe over, gå tilbake, bli værende eller aldri komme videre (Eide & Eide, 2007).

Et annet funn i studiene var mangel på støtte fra familie og venner. Flertallet i studiene erfarte at noen de forventet å få støtte fra, unngikk dem. Travelbee (1999) skriver at håp er knyttet til tiltro om at andre vil være der for en når man trenger det. Når en familie rammes av et selvmord er det vanskelig å håndtere følelser, kommunisere og omfordele roller (Eide og Eide, 2007). Sorgen kan bli holdt for seg selv for å beskytte familiemedlemmene rundt seg og manglende støtte innad i familien gjør bearbeiding for sorgen vanskeligere (Helsedirektoratet, 2011 & Dyregrov, 2004). Gjennom gode og tette samtaler blir forholdene styrket. Familievernet gir tilbud til familie med relasjonsproblemer. Dette er en spesialtjeneste som gir tilbud om rådgiving og behandling når de foreligger kriser, vansker og konflikter i familien (Helsedirektoratet, 2011).

Til tross for at flesteparten i studiene opplevde manglende støtte fra familie og venner, var det noen fra studiene til Bell et al. (2012) og Wilson & Marshall (2010) som opplevde det motsatte. Dyregrov et al. (2009) skriver at familie og venner er avgjørende for at de pårørende skal komme seg gjennom hverdagen. De kan bidra på mange ulike måter som eksempel: handling, trøst og ordne praktiske ting.

Flertallet av pårørende hadde oppsøkt en form for sorggruppe, frivillig arbeid eller aktivitet som de opplevde nyttig i studiene. Sorggrupper har lenge vært en av de vanligste måtene for pårørende å bearbeide sorgen på. Særlig støtte fra likemenn kom frem som god og viktig støtte i studiene. Dette bekreftes av Helsedirektoratet (2011) med at å møte andre som er i lignende situasjoner gir stort utbytte når man kan dele de samme opplevelsene. Behovet for slike grupper kan variere fra pårørende til pårørende og det er individuelt om det vil oppleve det nyttig. Tap av energi og utmattelse i forbindelse med et selvmord kan gjøre at det er svært vanskelig som etterlatt å be om hjelp. Det er helsepersonellens ansvar at pårørende får tilstrekkelig informasjon og tilbud for å kunne delta (Dyregrov et al. 2009; Kristoffersen et al. 2011 & Dyregrov, 2004).

I flere av studiene var fysisk aktivitet en av mestringsstrategiene de pårørende brukte for å fungere i hverdagen. Skaug (2011) skriver at fysisk aktivitet fremmer positive tanker og følelser, en mobiliserer egne ressurser og øker troen og evnen til å kunne takle problemer. Trening frigjør endorfiner som har dokumentert positiv effekt på psykisk helse. I studien til Bell et al. (2014) ble det skrevet at rikelig med søvn og avslapping også måtte prioriteres for å oppnå en god hverdag. Søvn er viktig for følelsesmessig balanse, tåle bedre belastninger, smerter og opprettholde normal konsentrasjonsevne (Norsk Helseinformatikk, 2017).

#### 5.2.4 Å finne mening

Anger, skyld, mening og aksept var fremtredende funn i studiene. Kunne de gjort noe annerledes for å forhindre selvmordet? Dyregrov et al. (2009) skriver at de mest utbredte tankene blant pårørende er: «hva kunne jeg gjort for å forhindre», «hvis bare» eller «hvorfor». Også Helsedirektoratet (2011) skriver at skyldfølelse rammer pårørende for at de ikke har sett eller forstått at selvmordet ville komme. «Hvorfor meg» reaksjonen er den vanligste reaksjonen når en møter noen som opplever lidelse. «Hvorfor meg» begrepet kommer av at personen ikke klarer å akseptere den situasjonen som skaper opplevelsen av lidelse. Dette er følelser som er sterkt preget av urettferdighet (Travelbee, 1999).

Det var noen i studiene som var klar over alvoret og hadde gjort alt i sin makt for å forhindre selvmordet. Dyregrov et al. (2009) skriver at pårørende opplever skyld og anger for ikke å ha forhindre selvmordet. Selvbredelsen minker når man innser at man har strekt seg så langt man kunne. Bebreidelse og skyld er blant de viktigste følelsene et menneske opplever i forbindelse med en krise eller et traume. Hjernen arbeider med å trekke ut informasjon om egne erfaringer som kan benyttes senere i livet. Ved mangel av denne mekanismen ville man ikke lært av feil eller utviklet oss som mennesker. Som helsepersonell er det viktig å informere om at selvbredelse, bebreidelse og skyld er svært vanlige opplevelser etter en selvmords hendelse (Helsedirektoratet, 2011).

Flertallet i studiene var preget av hvordan en skulle handtere, finne mening og akseptere den avdødes avgjørelse. Pårørende syntes det var svært vanskelig å innse at å ta livet sitt ble eneste utvei for avdøde. Ifølge Travelbee (1999) når et menneske opplever

sykdom, smerte og lidelse ligger søket etter mening i menneskets natur. Man snur hver en sten i søk etter svar som skal gi en form for mening. Søk etter mening og aksept fører til tanker, eksistensielle spørsmål og refleksjoner som man aldri har stilt seg før. Noen finner svar de kan leve med, andre godtar at svarene ikke finnes (Dyregrov et al. 2009). Alle har et håp om at ting skal bli bedre. Sykepleier kan ikke gi pasienten håp, men hjelpe til å finne frem til sitt eget håp. Videre skriver hun at håp er forbundet med muligheter for å kunne velge. Selv om lidelsen er stor skriver hun at vi må ha mot til å holde ut, ikke gi opp og gjøre nået utholdelig (Travelbee, 1999)

I motsetning til de andre studiene skriver Gall et al. (2014) & Sugrue et al. (2014) at pårørende viste mer medfølelse og sensitivitet i forhold til andres sorg etter tapet. De hadde etter hendelsen lært å sette mer pris på livet. Teori fra Dyregrov et al. (2009) understøtter at posttraumatisk vekst er personlig vekst og modning. Etterlatte beskriver denne opplevelsen som å få nye muligheter i livet, nærere relasjoner til andre og økt verdsetting av livet. Ifølge Cullberg sin kriseteori vil traumet i nyorienteringsfasen bli «behandlet» i den grad dette er mulig, men arret vil for alltid være der. Tiden på hvor lang tid dette vil ta er individuell og traumet vil bli sittende igjen som såre minner (Eide & Eide, 2007).

Travelbee (1999) skriver at sykepleier skal hjelpe den syke og lidende til å finne mening i situasjonen han gjennomlever. Her spiller menneske-til-menneskeforholdet som er svært sentral i hennes sykepleietenkning. Som helsepersonell er man en avgjørende ressurs for å møte den etterlatte på en god, omsorgsfull og individuell måte. Helsepersonell skal bidra til støtte og hjelp så hver enkelt pårørende får dekket sitt behov. Om det gjelder å forsone seg med selvmordet eller ikke, er opp til pårørende (Dyregrov et al. 2009).

## 6 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke opplevelsen de etterlatte sitter igjen med etter at noen har begått selvmord. Resultatet viste at de etterlatte opplevde sterke reaksjoner og sorg i tiden etter selvmordet. Reaksjonene varierer i intensitet og varighet fra person til person og vil alltid være unik for den enkelte. Både sterke kroppslige reaksjoner og fravær av sorg er helt normale reaksjonsmønstre etter en ekstrem hendelse. Det er her viktig at sykepleier har kunnskap om dette samt vite at det er viktig å ikke forsterke reaksjonene med beroligende medikamenter men å gi ro og trygghet.

Stigmatisering er fremtredende i studiene selv om det har hendt mye som har bidratt til å bygge ned fortidens negative stempeling av de etterlatte siste årene. Både ved at flere står frem i media for å skape mer åpenhet rundt tema og at dagens samfunn generelt er mer bevist sine egne holdninger.

Mangel på støtte fra helsepersonell, familie og venner var svært vanskelig for de pårørende å håndtere. Kontakten fra helsepersonell opplevdes utfordrende og ikke i samsvar med forventningene de etterlatte hadde. Støttegruppe styrt av frivillige ble sett på som mest nyttig. Aktivitet ble også brukt som en mestringsstrategi for å fylle dagene med noe positivt.

Pårørende følte de måtte bebreide seg selv med det som hadde skjedd, og følte enorm anger. Hvordan en skulle håndtere, finne mening og akseptere den avdødes avgjørelse var individuelt. Enkelte fant seg aldri til ro med at den avdøde hadde tatt livet sitt mens andre aksepterte hendelsen etterhvert. Smerten ville aldri forsvinne, men en lærer seg å leve med det.

### 6.1 Konsekvens for sykepleie

Vi opplevde at kunnskap til helsepersonell var svært manglende i studiene og det bør satses mer på dette. I dagens samfunn er selvmord mer opplyst enn tidligere og som sykepleier møter en på etterlatte uansett hvor man arbeider. En trenger derfor mer kompetanse innenfor temaet så hver enkelt etterlatt kan møtes med den kunnskapen som behøves for å møte dem på best mulig måte. Med tanke på at selvmord fremdeles oppleves stigmatiserende og er til dels tabubelagt, blir dette en gruppe i samfunnet som i noen grad faller bort. Sykepleiers oppgave blir å hindre dette, støtte og gi den tryggheten de trenger. Mangel på denne kunnskap hos sykepleier fører til usikkerhet som igjen bidrar til mindre støtte. Allerede i grunnutdanningen burde det bli sett mer lys på selvmord og etterlatte så man har den kunnskapen en trenger når man møter dem i praksis. Mer kunnskap og trygghet gir et bedre utgangspunkt for sykepleier og kan bidra til mer åpenhet og forståelse for de etterlatte.

## 6.2 Forslag til videre forskning

Vi opplevde det utfordrende å finne nyere forskning fra Norge og Norden innen temaet etterlatte etter selvmord. Da dette temaet er svært aktuelt og man møter på denne gruppen overalt hvor en sykepleier arbeider, ville det vært relevant med mer forskning på temaet. Dette gjelder både kvalitativ og kvantitativ forskning. De ville også vært hensiktsmessig å avgrense erfaringene og opplevelsene til ulike «grupper» som eksempel: voksne etterlatte, søsken, barn eller ektefeller. Dette for å oppnå sikrere funn til hver enkelt da det er svært store variasjoner i hvordan det oppleves.

# Litteraturliste

- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., & Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: Examining Grief in Survivors Bereaved by Young Suicide. *Illness, Crisis and Loss*. S .49-68. <http://dx.doi.org/10.2190/IL.20.1.e>
- Dyregrov, K. (2004). Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord? Hentet fra: <file:///Users/birtemork/Downloads/1877-6086-1-PB.pdf>
- Dyregrov, K., Plyhn. E. & Dieselrud, G. (2009). *Etter selvmordet- veien videre*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk. (2. utgave)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). *Systematic reviews of interpretive research: interpretive datasynthesis of processed data*. Australian Journal of Advanced Nursing. 20(2): 22-26
- Folkehelseinstituttet (FHI) (2014, april 10). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet 5. desember 2018, fra <http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet (FHI) (2017,15.12). Selvmord i Norge. «Hentet 02.april fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/> »
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Gall, T-L., Henneberrey, J., & Eyre, M. (2014). Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide. *Death studies*. S. 430-437. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>
- Helsedirektoratet (2011). *Etter selvmordet: veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling psykisk helse og rus.
- Helsepersonellova (1999). Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G, & Nortvedt, F. (2011). *Lidelse, mening og håp*. I: Kristoffersen, N-J, Nortvedt, F, og Skaug E-A(red). Grunnleggende sykepleie bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.































- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., Minichiello, V. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health and Social care in the Community*. S.241-248.  
<https://dx.doi.org/10.1111/j.136...>
- Nordengen, P.A. (2010). I Alt har sin tid- om sorg og krise, håp og muligheter. Sandefjord: Skagerrak forlag.
- Norsk Helseinformatikk (NHI) (2017, 04.04). *Hva er søvn?* Hentet fra: <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/>
- Norsk helseinformatikk (NHI) (2018,23.11). Selvmord og selvmordsforsøk.«Hentet 30.mars 2019 fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/selvmord/selvmord/>
- Norsk senter for forskningsdata (NSF) (2018). Publiseringkanaler | NSD - Norsk senter for forskningsdata. Hentet 6. desember 2018, fra [https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/KanalTreffliste.action?xs=Health+and+Social+care+in+the+Community&\\_\\_checkbox\\_bibsys=true&tv=true](https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/KanalTreffliste.action?xs=Health+and+Social+care+in+the+Community&__checkbox_bibsys=true&tv=true)
- Paust, T. (2014, 10.11). Her blir det begått flest selvmord i verden. Hentet fra: <https://www.nettavisen.no/nyheter/--her-blir-det-begatt-flest-selvmord-i-verden/8507797.html>
- Peters, K., Cunningham,C., & Murphy,G., Jackson, D. (2016). People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*. S. 251-257.  
<http://dx.doi.org/10.1111/inm.12210>
- Peters, K., Murphy,G. & Jackson, D. (2013). Events Prior to Completed Suicide: Perspectives of Family Survivors. *Mental Health Nursing*. S. 309-316.  
<https://dx.doi.org/10.3109/01612...>
- Rasmussen, M.L & Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn. *Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser*. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skaug, E. A (2011). *Aktivitet I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A (red) Grunnleggende sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sugrue, J.L., McGilloway,S. & Keegan, O. (2014). The Experiences of Mothers Bereaved by Suicide: An Exploratory Study. *Death studies* S. 118-124.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738765>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wilson, A. & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally



bereaved family and friends. *Death studies*. S. 625-640.  
<https://doi.org/10.1080/07481181003761567>

Åkre, M. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:  
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Vedlegg 1: fargekoder til nøkkelord/funn

| Tittel/nr  | Sterke følelser (blå)   | Stigmatisering (lilla)  | Behov for støtte (grønn)  | Mangel på Støtte (oransje)  | Å finne mening (rosa)   | Akseptere / Forståelse (gul)  |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Selvmord hos unge menn  |   |   |    |    |   |   |
| 2. Silenced voices   |   |    |    |    |    |   |
| 3. People look down on you when you tell them how he died                      |    |    |   |    |    |   |
| 4. Events prior to completed suicide   |  |  |  |  |   |   |
| 5. Life will never be the same again   |  |  |  |  |  |   |
| 6. Two perspectives  |  |  |  |   |  |  |
| 7. The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends |   |   |  |  |   |   |
| 8. Mothers bereaved by suicide   |  |  |   |   |  |  |

Vedlegg 2: tabell over søkehistorikk

| <b>Søkeord</b>   | <b>Dato</b> | <b>Database</b> | <b>Antall treff</b> | <b>Leste abstrakter</b> | <b>Leste artikler</b> | <b>Inkluderte artikler</b>   |
|--|-------------|-----------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| (*parent- child relations OR parenting) AND (young adult OR adolescent) AND suicide AND bereaved | 29.11.18    | Medline (Ovid)  | 2                   | 2                       | 1                     | Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child (Maple, Edwards, Plummer & Minichiello, 2010). |
| Suicide AND bereavement AND (social stigma OR social support)                                    | 29.11.18    | Medline (Ovid)  | 8                   | 5                       | 2                     | Events prior to completed suicide: perspectives of family survivors (Peters, Murphy, Jackson, 2013).   |
| Suicide AND bereavement AND (social stigma OR social support)                                    | 29.11.18    | Medline (Ovid)  | 8                   | 5                       | 2                     | People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors.                           |

|  |          |                 |    |   |   |   |
|--|----------|-----------------|----|---|---|---|
|  |          |                 |    |   |   | (Peters, Cunningham, Jackson, 2016).  |
| (Suicide OR young adult) AND (parent- child relationship) AND bereaved | 30.11.18 | Cinahl Complete | 21 | 5 | 1 | The Experiences of Mothers Bereaved by Suicide: An Exploratory Study (Sugrue, McGilloway & Keegan, 2014).                           |
| (Bereved OR grief) AND student AND suicide                             | 30.11.18 | Cinahl Complete | 8  | 2 | 1 | Life will never be the same again: Examining Grief in Survivors Bereaved by Young Suicide (Bell, Stanley, Mallon & Manthorpe, 2012) |
| Suicide AND suicidally bereaved  | 01.12.18 | Cinahl Complete | 3  | 3 | 2 | Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide (Gall, Henneberrey & Eyre, 2014)                                   |
| Suicide AND suicidally bereaved  | 01.12.18 | Cinahl Complete | 3  | 3 | 2 | The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends   |

|                        |          |         |    |    |   |   |
|------------------------|----------|---------|----|----|---|---|
|                        |          |         |    |    |   | (Wilson & Marshall, 2010).  |
| Selvord AND etterlatte | 01.12.18 | Svemed+ | 13 | 10 | 5 | Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn (Rasmussen & Dieser, 2018). |

Vedlegg 3: Litteratormatrise

| Referanse   | Studiens hensikt/mål  | Nøkkelbegrep/<br>Keywords | Metode   | Resultat/konklusjon   | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?  |
|---|---|---------------------------|--|---|--|
| <p>Rasmussen, M.L. &amp; Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn. <i>Den Norske Legeforening</i>.<br/><a href="https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571">https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571</a></p> <p>Norge</p> | <p>Studiens mål var å fremskaffe kunnskap om pårørendes behov for hjelp fra helsetjenesten, både i å avdekke selvmordsfare og motivere til å søke hjelp i livskriser.</p> |                           | <p>En kvalitativ studie. Data ble samlet fra 2007-2009. Studien var gjennom dybdeintervjuer med til sammen 61 nære selvmordsetterlatte til ti unge menn i alderen 18-30 år. Datasamlingen var omfattende. Hvert intervju var på 30-50 A4 sider og belyser tema som er knyttet til de avdøde, årsaksforhold og de etterlattes reaksjoner.</p> | <p>De ble delt i tre temaer. 1. Antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom var et hinder. 2.Selvmondskrisen var knyttet til relasjonelle forhold. 3. Oppfordring om å søke hjelp ikke er nok. Selvmordsforebygging kan være svært vanskelig. Det er ikke bevist at press på unge mennesker i retning av å være lykkelig fører til selvmord, men de kan være det.</p> <p><u>Hovedbudskap:</u></p> <p>De etterlatte viser få tegn på alvorlig psykisk lidelse i forkant av selvmordet. De manglet kunnskap om selvmord hos mennesker med høy mestringsevne Helsetjenesten manglet kunnskap. Livsbelastninger før selvmordet var knyttet til relasjonelle vansker og nederlag.</p> | <p>Styrke: Denne artikkelen er svært relevant i forhold til vår problemstilling da den belyser flere sider av det å være pårørende til noen som har tatt sitt eget liv.</p> <p>Svakhet: Svarene gjelder ikke for alle unge menn. Det er i denne studien begrenset til unge menn med høy mestringsevne.</p> |

Vedlegg 4: Litteratormatrise

| Referanse   | Studiens hensikt/mål  | Nøkkel-begrep/<br>Keywords   | Metode  | Resultat/konklusjon  | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?  |
|---|---|--|---|--|--|
| <p>Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., &amp; Minichiello, V. (2010).<br/><br/>Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child<br/><br/><i>Health and Social care in the Community. S.</i><br/>.241-248<br/><br/><a href="https://dx.doi.org/10.1111/j.136...">https://dx.doi.org/10.1111/j.136...</a><br/><br/>Australia</p> | <p>Hensikten med studien var å utforske hvilke erfaringer etterlatte foreldre har etter å ha mistet sine unge voksne barn i selvmord.<br/><br/>Foreldrene forteller sin historie og beskriver utfordringene de møtte i sosiale og kulturell kontekst.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereavement</li> <li>- Grief</li> <li>- Parent</li> <li>- Silence</li> <li>- Social support</li> <li>- Suicide</li> </ul> | <p>En kvalitativ studie. 22 foreldre fra 18 Australske familier deltok i dybdeintervjuer for å fortelle sine erfaringer etter å ha mistet sine barn til selvmord. Alder på deres barn strakte seg fra 17-31 år. Av de avdøde barna var 15 gutter og 3 jenter. Tiden som hadde gått siden selvmordet var fra 6 mnd. til 26 år, gjennomsnittet var 7 år. Alle intervjuene ble utført av første forfatter, en erfaren sosialarbeider, forsker og rådgiver.</p> | <p>Undersøkelsen viser at foreldrene føler at de må være stille om sorgen av å ha mistet sine barn i selvmord. De får ikke snakket ut om tapet da selvmord er mindre akseptert enn andre typer dødsfall. De opplever at det ikke er passende å snakke om i sosiale settinger og at de ikke kan opprettholde en positiv relasjon til sitt avdøde barn. Dette førte til at de følte seg tvunget til stillhet og isolert.</p> | <p>Denne artikkelen viser hvor stor verdien av hvordan vi møter pårørende er og hvordan vi kan hjelpe etterlatte ved selvmord og møte dem med omsorg, åpenhet og forståelse. Som helsepersonell er vi frontlinjens arbeidere i møte med etterlatte ved selvmord og kunnskap og åpenhet om tema er derfor avgjørende for å tilby dem omsorg og hjelp av høy kvalitet.</p> |

Vedlegg 5: Litteratormatrise

| Referanse   | Studiens hensikt/mål   | Nøkkel-begrep/<br>Keywords   | Metode   | Resultat/konklusjon   | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?  |
|---|--|--|--|---|--|
| <p>Peters, K.,<br/>Cunningham,C.,<br/>Murphy,G., &amp;<br/>Jackson,D. (2016)</p> <p>People look down on you when you tell them how he died':<br/>Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors.</p> <p><i>International Journal of Mental Health Nursing. Vol 25. s. 251-257</i></p> <p><a href="http://dx.doi.org/10.1111/inm.12210">http://dx.doi.org/10.1111/inm.12210</a></p> <p>Australia</p> | <p>Studiens hensikt var å avdekke hvorfor så mange pårørende følte seg stigmatiserte etter å ha mistet et familie medlem til selvmord.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereavement</li> <li>- Relationships</li> <li>- Social stigma</li> <li>- Social support</li> <li>- Suicide</li> </ul> | <p>En kvalitativ studie med ti deltakere, innhenting gjennom dybdeintervjuer. Det ble stilt åpne spørsmål for å skape dialog med de etterlatte. Intervjuene varte i en time eller mer og ble tatt opp. For å kunne delta i studien måtte deltakerne vært etterlatte i 12 mnd., være over 18 år og snakke flytende engelsk. Potensielle deltakere ble rekruttert gjennom media.</p> | <p>Fire tema gikk igjen blant deltakerne. Følelse av skyld, skam og å bli dømt av andre. Isolasjon og avvising av venner og nærmiljø og føle en byrde av å gjøre andre utilpass.</p> <p>Det er en vanlig opplevelse for etterlatte å føle seg stigmatisert. Isolasjonen førte til større krise og begrenset støtte i en tid hvor behovet for støtte var større enn tidligere.</p> | <p>Denne artikkelen svarer på vår problemstilling og viser at det er et økt behov for bevissthet og kunnskap på hvordan ivareta etterlatte ved selvmord. Vi vil videre bruke denne artikkelen for å belyse hvordan etterlatte sin opplevelse etter et selvmord er og hvordan vi kan møte dem som sykepleier.</p> |



Vedlegg 6: Litteratormatrise

| Referanse   | Studiens hensikt/mål   | Nøkkel-begrep/<br>Keywords   | Metode   | Resultat/konklusjon  | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?   |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>Peters, K., Murphy, G., &amp; Jackson, D. (2013).<br/><br/>Events Prior to Completed Suicide: Perspectives of Family Survivors<br/><br/><i>Mental Health Nursing. Vol nr:34. s-309-316</i><br/><br/><a href="https://dx.doi.org/10.3109/01612...">https://dx.doi.org/10.3109/01612...</a><br/><br/>Australia</p> | <p>Hensikten med studien var å avdekke hva som skjer i ukene før et selvmord med døden som følger. Studien viser de etterlatte sin opplevelse i tiden før og ser nærmere på om det finnes tegn i forkant av en slik hendelse og om det var mulig å få et annet utfall.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicide</li> <li>- Survivors</li> <li>- Grief</li> <li>- Bereavement</li> </ul> | <p>Det er utført en kvalitativ studie. Ti etterlatte ved selvmord deltok i studien. Utført gjennom dybdeintervju og åpne spørsmål slik at de pårørende fikk fortelle sin historie. Rekruttering foregikk gjennom media og et krav til å delta var at de hadde vært etterlatt i mer enn 12 mnd., var over 18 år og snakket flytende engelsk. To medlemmer av forskningsteamet utførte intervjuene og har erfaring i psykiatrisk sykepleie og innen kommunikasjon med mennesker i sårbare situasjoner.</p> | <p>Etterlatte etter selvmord kan føle på en intens og langvarig sorg og er i risikogruppen for å utføre selvmord selv. Studien viser at tiden som fører opp mot selvmordet kan være en veldig utfordrende og vanskelig tid for familien. Og kan forverres av utfordringer familien møter ved å søke hjelp til sine familiemedlemmer. Det kreves videre spesialisert utdanning til sykepleiere for å ivareta etterlatte etter selvmord.</p> | <p>Denne artikkelen kan brukes i vår oppgave for å belyse hva som skjer i tiden før et selvmord, både for å unngå selvmord som utfall men også for å ivareta pårørende og etterlatte på best mulig måte å være bevisst på tegn i forkant av et selvmord og videre sette inn riktige tiltak og behandling.</p> |

Vedlegg 7: Litteratormatrise

| Referanse  | Studiens hensikt/mål  | Nøkkel-begrep/<br>Keywords  | Metode  | Resultat/konklusjon  | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?   |
|--|---|---|---|--|---|
| <p>Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., &amp; Manthorpe, J. (2012).<br/><br/>Life will never be the same again: Examining Grief in Survivors Bereaved by Young Suicide<br/><br/><i>Illness, Crisis and Loss. Vol nr:20 (1). s.49-68.</i><br/><br/><a href="http://dx.doi.org/10.2190/IL.20.1.e">http://dx.doi.org/10.2190/IL.20.1.e</a><br/><br/>England</p> | <p>Studiens hensikt var å trekke sammen en redegjørelse for døden og dens innflytelse på overlevende.<br/><br/>Hensikten er å gi en dypere forståelse av det å være etterlatt etter selvmord og sorgen dette medfører samt å danne nye veier for sorgforskning.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Young</li> <li>- Suicide</li> <li>- Bereavement</li> <li>- Family</li> <li>- Student</li> <li>- Grief</li> </ul> | <p>Kvalitativt intervju med ni deltagere.<br/><br/>Dataene i denne studien kommer fra en Engelsk undersøkelse hvor 20 studenter tok sitt eget liv.<br/><br/>Deltakerne som ble intervjuet var slektninger eller partnere.</p> | <p>Nesten uten unntak opplevde alle i denne studien en følelse av skyld eller stilte spørsmål til deres rolle eller ansvar. De følte også skam og var plaget av spørsmål som ikke kunne besvares- et kjennetegn i forskningen som ikke er tilstedeværende hos andre etterlatte hvor elementet av valg er fraværende fra døden.</p> | <p>Denne studien belyser vår problemstilling på den måten at den gir oss et bilde av hvor vanskelig pårørende har det i etterkant av et selvmord og hvordan de plages med ubesvarte spørsmål. Denne informasjonen kan vi bruke videre til å bygge på vår kunnskap når vi skal ivareta de etterlatte på en omsorgsfull måte.</p> |

Vedlegg 8: Litteraturmatrise

| Referanse  | Studiens hensikt/mål   | Nøkkelbegrep/<br>Keywords | Metode   | Resultat/konklusjon  | Relevans:<br>Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?   |
|--|--|---------------------------|--|--|--|
| <p>Gall, T-L., Henneberrey,J., &amp; Eyre,M. (2014).</p> <p>Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide.</p> <p><i>Death studies. Vol 38. s.430-437-</i></p> <p><a href="https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928">https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928</a></p> <p>Canada</p> | <p>Formålet med studien var å se på begrensningene til de pårørende til de som har valgt å ta sitt eget liv. Studien så også på helsearbeiderne og deres oppgave i ivaretagelse av de pårørende etter selvmord og hvordan de på best mulig måte kan gi god omsorg.</p> |                           | <p>Denne studien har brukt kvalitativ metode. Deltakerne ble rekruttert gjennom reklame. Berørte personer måtte være 18 år eller eldre og opplevd tapet minst 2 år tidligere. Intervjuer fant sted på universitetet eller i deltakerne sine hjem. Intervjuene ble tatt opp med lyd. De varte fra 45 min til 2,5 timer.</p> | <p>Resultatene ble delt i to seksjoner. De etterlatte og psykisk helsearbeidere.</p> <p>De berørte personene snakket en del om sorgens opplevelse, og sjokket over å miste sine elskede. Deltakerne opplevde vantro, nummenhet og forvirring som umiddelbar reaksjon etter hendelsen.</p> <p>Psykisk helsearbeiderne presenterte 5 temaer de mente var sentrale. De ble brukt ord som å være til stede, åpen, tilkoblet, engasjert og «arbeide i deres tempo» som svar på problemstillingen.</p> | <p>Med tanke på vår problemstilling sier denne artikkelen noe om hvordan pårørende opplever tapet etter sine elskede, men også hvordan helsepersonell kan ivareta de pårørende på best mulig måte.</p> |

Vedlegg 9: Litteratormatrise

| Referanse  | Studiens hensikt/mål  | Nøkkelbegrep/<br>Keywords | Metode   | Resultat/konklusjon  | Relevans:<br>Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?   |
|--|---|---------------------------|--|--|--|
| <p>Wilson, A., &amp; Marshall, A. (2010).<br/>The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends.<br/><br/><i>Death studies. Vol 34. s.625-640.</i><br/><br/><a href="https://doi.org/10.1080/07481181003761567">https://doi.org/10.1080/07481181003761567</a><br/><br/>Australia</p> | <p>Denne studiens hensikt var å se på de pårørendes behov for støtte og deres opplevelse av støtte når de har mistet en av sine nærmeste.</p> |                           | <p>Det er benyttet kvantitativ metode i denne forskningen. Den besto av 59 åpne og lukkede spørsmål i spørreskjemaet. Det ble brukt to forskjellige metoder for å engasjere deltakerne i studien. 1. via nasjonal og internasjonal radio, avisoppslag og annonser på internett. 2. Sende informasjon via mail og nyhetsbrev til deltakere av sorggrupper. 172 spørreskjemaer ble returnert og 166 ble inkludert i studien.</p> | <p>94% av deltakerne hadde et behov for hjelp for å klare sin sorg, men bare 44% fikk hjelp. De fleste deltakerne viste et stort eller betydelig behov for hjelp. Bare 40% av de som mottok profesjonell hjelp var fornøyde med det. De var førstegangsslektinger som hadde størst grad av behov, mens andre grads og ikke-slektinger hadde mindre behov for hjelp.<br/><br/>Det er et betydelig gap mellom behov for støtte og kvalitet og levering av profesjonell støttetjeneste.</p> | <p>Denne studien svarer på vår problemstilling da de fokuserte på de pårørendes behov for støtte og deres opplevelse rundt dette. Vi vil videre bruke artikkelen på å belyse hvordan vi som sykepleiere kan ivareta pårørende når de opplever å miste en av sine nærmeste.</p> |

Vedlegg 10: litteratormatrise

| Referanse   | Studiens hensikt/mål   | Nøkkelbegrep/<br>Keywords | Metode  | Resultat/konklusjon   | Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?  |
|---|--|---------------------------|---|---|--|
| <p>Sugrue,J-L., McGilloway,S., &amp; Keegan,O. (2014).</p> <p>The Experiences of Mothers Bereaved by Suicide: An Exploratory Study.</p> <p><i>Death studies vol:38.</i><br/>s.118-124.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738765">https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738765</a></p> <p>Irland</p> | <p>Målet med denne studien var å se på hvordan en mor opplever det når barnet tar sitt eget liv.</p> |                           | <p>En kvalitativ studie. Det var 4 mødre i 50 årene, 2 i 60 årene og en i 70 årene som ble intervjuet. Intervjuene ble utført og analysert ved interpreterende fenomenologisk analyse. Alle var biologiske mødre til sine barn. Det var 6 sønner og en datter som hadde tatt selvmord. Alder: 16-44år. Det var i gjennomsnitt 3,2 år siden barnet tok livet sitt. De ble rekruttert gjennom en støtteorganisasjon for selvmord. Intervjuene ble tatt opp på tape og varte rundt 1,5 time.</p> | <p>Funn som ble gjort i studien var at mødre selv ønsket å dø i håp om å se igjen barna sine, og flere prøvde selv og ta livet sitt. De beskrev skyldfølelse og var redde for at de ikke har vært en god nok mor. Det kom også frem i studien at mødre opplevde enorm sorg som påvirket deres helse, familie og liv for alltid. Mødrene følte også at de måtte holde smertene skjult for andre.</p> | <p>I forskjell til de andre artiklene vi har valgt går denne direkte på en mors opplevelse av å miste sitt barn. Dette var en svært relevant og god artikkel i forhold til vår problemstilling om opplevelser som de etterlatte har når en av deres nærmeste tar sitt liv.</p> |



