

10182

Etterlattes behov for støtte ved selvmord

Antall ord: 7572
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10182

Etterlattes behov for støtte ved selvmord

Antall ord: 7572
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Når et menneske velger å ta sitt eget liv, sitter etterlatte ofte igjen med sterke sorgreaksjoner og ulike behov for støtte. Sykepleiere kan møte etterlatte gjennom ulike instanser, og bør ha kunnskap om hvordan dette kan følges opp på en best mulig måte. Dette kan være svært krevende og vanskelig. Hensikten med denne oppgaven er å belyse etterlattes opplevelser av å miste en nær til selvmord, deres behov for støtte, og sykepleierens rolle i møte med dem. Litteraturstudie brukes her som metode for å undersøke temaet. Helsepersonell blir i denne oppgaven brukt om både sykepleiere, leger, ambulansesarbeidere, psykiatriske sykepleiere og annet profesjonelt personell i et støtteapparat i helsevesenet. Målet med oppgaven er å bidra med å gi en innsikt i hvordan selvmordsetterlatte ønsker å bli møtt, og helsepersonells utfordringer med å møte dem på en god måte.

Metode: Denne litteraturstudien tar for seg 9 utvalgte forskningsartikler. Pensumlitteratur fra sykepleierstudiet og andre relevante fagbøker er benyttet som supplementær kunnskap.

Resultat: Opplevelsen av stigmatisering, følelser knyttet til skyld og skam, og å bli møtt med en dømmende holdning er gjennomgående for flere av de etterlatte i forskningen.

Konklusjon: Etterlatte ved selvmord møtte ofte på utfordringer som negative holdninger, stigmatisering, sosial isolasjon og ensomhet. Sykepleiere bør møte de etterlatte med åpenhet, respekt, kunnskap og bevissthet rundt deres holdningsmessige reaksjoner. Å opptre profesjonelt, være bevisste på egne holdninger og å fokusere på helsefremmende interaksjon var viktige poeng som ble belyst. Individuell behandling ble også trukket frem som essensielt for å ivareta etterlattes behov for støtte. Med en god og profesjonell kvalitet på samhandlingen, kan sykepleiere bidra til raskere progresjon i de etterlattes sorgprosess, og også i ytterste konsekvens også kunne forhindre nye selvmord.

Nøkkelord: Etterlatte, selvmord, opplevelser, støtte, sykepleie.

«Vi har ingen å miste.

Ingen.

Hvert eneste menneske som tar sitt eget liv etterlater seg et tomt rom som ingen andre kan flytte inn i.

Vi vil alltid savne en latter ved bordet.

Vi vil alltid mangle en stemme i koret.

Vi bærer både lys og mørke i oss, vi mennesker.

Mørket kan vokse seg stort og legge seg tungt over livet.

Slik at du tror det er natt, selv om det er dag.

Slik at du tror alt er meningsløst, selv om det finnes mening.

Slik at du tror alt er håpløst, selv om det finnes håp (...)»

Handlingsplan for forebygging av selvmord, Helse- og omsorgsdepartementet. 2020.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	5
1.1. Teoretisk perspektiv /begreper	6
1.1.1. Selvmord	6
1.1.2. Etterlatte.....	6
1.1.3. Stigma, skam og skyld.....	7
1.1.4. Sykepleieres rolle og holdninger	8
1.2. Formål og problemstilling	9
2. Metode	10
2.2. Beskrivelse av metode.....	10
2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.4. Søkestrategi	11
2.5. Søketablell.....	11
2.6. Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler.....	14
2.7. Analyse	14
3. Resultater	16
3.1. Artikkelmatrise	16
3.2. Presentasjon av tematisk resultat.....	21
3.2.1. Stigmatisering og hemmelighold.....	21
3.2.2. Sorgopplevelse og behov	22
3.2.3. Støtte, mestring og håp.....	22
4. Diskusjon	24
4.1. Stigmatisering og hemmelighold	24
4.2. Sorgopplevelse og behov	25
4.3. Støtte, mestring og håp	27
4.4. Metoderefleksjon.....	28
4.5. Konklusjon	30
Referanseliste	31

Tabelloversikt

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
Tabell 2. PICO-skjema	11
Tabell 3. Søketabell	11
Tabell 4. Hovedtema og undertema	15
Tabell 5. Artikkelmatrise.....	16

1. Introduksjon

Selv mord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem (Rasmussen, 2020). Helse- og omsorgsdepartementet (2020) har innført en nullvisjon for selvmord med en handlingsplan for forebygging.

Tall fra Folkehelseinstituttet (FHI, 2021) viser at mellom 5000 og 6000 familiemedlemmer og venner blir etterlatte som følge av selvmord hvert år i Norge. Det beregnes at det er omtrent ti nære etterlatte og berørte ved hvert selvmord. For de etterlatte fører selvmord ofte til store psykiske konsekvenser og langvarig sorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Ved selvmord blir de etterlatte samtidig rammet av sterke følelser av avvising, skam, stigma og behovet for å skjule det som har skjedd (Helsedirektoratet, 2011). Uten spesifikk kunnskap om etterreaksjoner ved selvmord påpeker Helsedirektoratet (2011) at slike problemer blir vanskelige å følge opp av helsevesenet. Basert på dokumentert kunnskap om at selvmordsetterlatte får flere belastninger, sammenliknet med etterlatte ved naturlig død, er etterlatte ved selvmord en gruppe med spesielle behov for ulike former for støtte (Helsedirektoratet, 2011).

Det synes lite tvil om at selvmord er et stigmatisert tema i samfunnet (Helsedirektoratet, 2011; Nyseter, Røv & Eines, 2021; Dyregrov, Plyhn & Dieserud, 2009, s. 29). Stigmaet kan føre til at etterlatte ikke oppsøker den hjelpen de kan trenge, og det er behov for økt kunnskap om tematikken i befolkningen for å redusere stigmaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Handlingsplanen for forebygging av selvmord har som mål å gi både umiddelbar og langvarig oppfølging til etterlatte etter selvmord (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Samtidig viser undersøkelser at etterlatte mener det er tilfeldig hva slags hjelp man får i etterkant av et selvmord. Mange opplever at de ikke får nødvendig informasjon eller nødvendig oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det er mulig at økt kunnskap i befolkningen kan bidra til at flere oppsøker hjelp, i tillegg til at økt kunnskap blant helsepersonell kan bidra til kvalitet i den hjelpen etterlatte får.

Etterlatte kan ofte ha behov for profesjonell hjelp etter et selvmord (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig viser forskning at helsepersonellet ikke klarte å gi de etterlatte den støtten de forventet (Nyseter et. al., 2021). Stigmatiserende holdninger, med en respektløs, nedlatende og fordomsfull tilnærming, hevder Nyseter et. al (2021) at ikke er uvanlig blant helsepersonell når det kommer til selvmord. Derimot blir sykepleiere løftet frem som omsorgsfulle og støttende i sorgprosessen.

1.1. Teoretisk perspektiv /begreper

I dette kapitlet blir det faglige grunnlaget for oppgaven presentert. Sentrale begreper som er brukt i problemstillingen blir definert.

1.1.1.Selv mord

Selv mord er et vanskelig ord for mange (Dyregrov et. al., 2009). For å kunne møte etterlatte ved selvmord kan det være nødvendig å kunne noe om selvmord og hva som kan forårsake selvmord.

Begrepet selvmord kan defineres på ulike måter, men i denne oppgaven er det Folkehelseinstituttet sin definisjon som blir brukt: «En selvpåført skade og et villet ønske om å dø» (FHI, 2021). Selvmord er sjeldent noe som plutselig dukker opp, men er ofte uttrykk for en lang prosess hvor personen har vært gjennom mange faser (Håkonsen, 2014, s. 368). Mennesker som har vært gjennom en vanskelig livssituasjon har fortalt at de befant seg i en slags tunell som gjorde at de ikke så andre løsninger og muligheter enn selvmord. Belastende livshendelser som depresjon, rus, livskriser, svik og tap ligger ofte bak en persons selvmordstanker. Håkonsen (2014, s. 370) hevder at det alltid er en opplevelse av håpløshet som preger personen som er selvmordstruet.

1.1.2. Etterlatte

Hvert år opplever mange mennesker å miste en nærstående person i selvmord (Dyregrov et. al., 2009, s. 27). Man vet ikke sikkert hvor mange dette gjelder, og det avhenger av hvordan man definerer etterlatte. Tidligere ble det tenkt at det var den nærmeste familien som ble sterkest berørt av selvmordet. I dag ser vi at dette også kan inkludere andre personer. I denne oppgaven vil Dyregrov et. al. (2009) sin definisjon av etterlatte bli brukt, «nærstående som selv opplever å ha nære bånd til den som er død» (Dyregrov et. al., 2009, s. 27). Etterlatte kan derfor være både barn, ektefeller, søsken, besteforeldre, venner, kjærester, medpasienter, terapeuter og arbeidskollegaer. Etterlatte inkluderer alle aldersgrupper, kjønn, og mennesker fra alle deler av landet.

Forskning viser at selvmord er en svært belastende hendelse for de etterlatte – også i lang tid etter selvmordet (Dyregrov et. al., 2009, s. 28). Ved tap av en som står en nær er det naturlig å reagere med sorg (Mathisen, 2016, s. 433). Sorgen kan omtales som en sorgprosess. Den går ofte i bølger, i ulik tid og varierer i styrke. Hvor sterkt og hvor lenge sorgen utspiller seg avhenger blant annet av evnen til å uttrykke sorgen, samt mulighet til å prosessere den. For å tydeliggjøre at de etterlatte kan ha svært ulike sorgprosesser, deler sosiologen Unni Bille-Brahe de etterlatte i tre grupper: a) selvmordet kom ikke helt uventet på de etterlatte, b) selvmordet kom mer uventet på de etterlatte og c) selvmordet kom helt uventet på de etterlatte (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 190-193). Inndelingen er basert på de ulike prosessene før og etter selvmordet.

I gruppe a) kan den avdøde over tid ha distansert seg fra hele eller deler av familien, eller omvendt, for å beskytte seg selv (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 190-191). Dette kan ha skapt en slags psykisk avstand før selvmordet fant sted. I disse tilfellene har de etterlatte ofte opplevd mye slitasje, trusler, sinne, skuffelser og sorg, og selvmordet kan ha vært forventet. De kan oppleve seg som «ferdig-sørga» (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 191), emosjonelt utslitt og lettet etter en langvarig tapsprosess. Lettelsen kan komme av å ikke lenger trenge å frykte hva som kan skje eller frykten for å bli utsatt for vold. Veien til aksept kan ofte være kortere til tross for at de etterlatte kan føle seg skyldige for å ikke ha gjort nok for den avdøde.

I gruppe b) har de etterlatte hatt tett kontakt med den avdøde over tid før selvmordet, til tross for en lang periode med smertefulle og sosiale prosesser før selvmordet (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 192). De etterlatte har i tiden før selvmordet skjedd hatt ulike grader av tro på fremtiden og stadig lett etter nye måter å hjelpe på. Her kan de etterlatte ha gjort mye for å prøve å hjelpe den selvmordsnære personen ved for eksempel å være i møter med en psykiatrisk- eller rusinstitusjon. I disse tilfellene kan de etterlatte få en svært sterk reaksjon av selvmordet. Mange kan oppleve et stort tomrom og kjenne på følelsen av å ha blitt sviktet, fordi de har tatt på seg flere roller for å prøve å hjelpe den avdøde i prosessen før selvmordet.

I gruppe c) er sorgprosessen annerledes enn i de andre gruppene. I disse situasjonene vil det være en kort prosess fra den avdøde tilsynelatende var «normal» til personen tok livet sitt (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 192-193). Her kan helsepersonell møte en gruppe mennesker som trenger hjelp til helt grunnleggende ting, som tilgang på mat, ivaretagelse av barn, og å kontakte familie. Ved disse brå selvmordene kan de etterlatte oftere oppleve komplisert sorg, som for eksempel i form av forlenget sorg og traumereaksjoner.

1.1.3. Stigma, skam og skyld

Stigma-, skam- og skyldfølelse er et problem for mange etterlatte ved selvmord (Dyregrov et. al., 2009, s. 29). For å kunne møte etterlatte ved selvmord på en god måte kan det være nyttig å vite noe om hva disse følelse er, og hvordan det kan påvirke mennesket.

Synet på selvmord har gjennom tidene vekslet mellom fordømmelse og aksept, både når det gjelder synet på den som tok livet sitt og den avdødes nære etterlatte (Dyregrov et. al., 2009, s. 28). Stigmatisering er et begrep som brukes i situasjoner der et menneske ikke er sosialt akseptert (Goffman, 1968, s. 9), og stigma knyttet til selvmord er fremdeles ikke helt borte (Nyseter et. al., 2021). Stigma kan også komme av etterlattes oppvekst med fordommer mot selvmord, selv om omgivelsene ikke mener å signalisere slike holdninger (Dyregrov et. al., 2009, s. 31). Altså kan forventninger om å bli sett ned på føre til at etterlatte tolker omgivelsene feil.

I «Nye perspektiver på selvmord: Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd» (Vignes, Småvik & Skrindo, 2021, s. 143) defineres skam som en av våre grunnleggende følelser som utspiller seg i relasjon til andre. Skam kan være en smertefull følelse som kan manifestere seg fysisk i kroppen. Typiske opplevelser av skam kan være knyttet til

følelsen av mindrever, å føle seg inkompetent, og følelse av å være feil, utålelig og uelsket. I ytterste konsekvens kan skammen føre til en flukt fra selve livet, slik også selvmord kan være en flukt fra livet (Vignes et. al., 2021, s. 144). Skam kan oppstå i relasjoner ved en følelse av at man ikke blir forstått. Videre kan denne følelsen skape ensomhet i form av tilbaketrekning fra relasjoner, eller gi følelsen av utenforskap.

Skyld er en naturlig og normal følelse når man har gjort noe galt, men når skyldfølelsen ikke lenger er fornuftig eller naturlig, blir skylden ifølge psykolog og forfatter Kjell M. Håkonsen (2014, s. 277) irrasjonell. Den irrasjonelle skylden er destruktiv og nedbrytende og har ofte sammenheng med en sterk gjennomgripende følelse av skam.

1.1.4. Sykepleieres rolle og holdninger

Helsedirektoratet belyser at «Helsepersonell som kommer i kontakt med de etterlatte må kunne vurdere om den etterlattes sorgprosess er innenfor den normale variasjonsbredden av reaksjoner, eller om den etterlatte utvikler et mer patologisk reaksjonsmønster» (Helsedirektoratet, 2011). Sykepleieren kan blant annet møte etterlatte ved selvmord gjennom instanser som kriseteam, hjemmesykepleien, psykiatriske- eller somatiske institusjoner, eller gjennom sorggrupper. Derfor bør sykepleier, som annet helsepersonell, ha kunnskap om etterlattes sorgprosess og hvordan man best kan møte dem.

Sykepleiere har et ansvar for sine holdningsmessige reaksjoner, og må noen ganger tilpasse sin væremåte til den aktuelle situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 111). Profesjonell opptreden handler om å justere sin egen oppførsel, og å være oppmerksom overfor andre. Ofte er det de små tingene som et vennlig blick og litt ekstra tålmodighet som teller. I «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie» står det i at sykepleieren skal vise respekt, omtanke og inkludere pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Videre er sykepleier pliktig til å følge helsepersonellovens paragraf 4, hvor det står følgende: «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, §4). Helsepersonell skal i tillegg være bevisste i sin faglige kompensasjon og er pliktig til å innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

«Den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold» (Travelbee, 2001, s. 171). Dette forholdet kjennetegnes ved at både sykepleieren og den syke ikke oppfatter og forholder seg til hverandre som «sykepleier» og «pasient», men som unike menneskelige individer. Et slikt forhold benyttes i sykepleiesituasjoner som et virkemiddel for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe et individ, eller en familie med blant annet å mestre lidelse og hjelpe med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29). Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold skjer gjennom fire forutgående, sammenhengende faser i relasjonen mellom sykepleieren og den hun/han har omsorg for: (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 171).

I belastende livssituasjoner er håp sentralt for å hjelpe mennesker til mestring og til å holde ut (Kristoffersen & Breievne, 2016 s. 210). Sykepleierens rolle er å finne frem til håpet, holde fast ved det og unngå håpløshet. Ved håpløshet er sykepleierens oppgave å hjelpe til med å gjenvinne håpet. For mennesker som lider har håp betydning, og det kan være en ressurs. Opplevelsen av håp kan ifølge en rekke studier være avgjørende for hvordan mennesker håndterer livet og mestrer livssituasjonen de står i, for eksempel tap og lidelse (Kristoffersen & Breievne, 2016 s. 210).

1.2. Formål og problemstilling

Jeg har valgt å avgrense de etterlatte i denne oppgaven til voksne over 18 år, og utelukker dermed barn som er etterlatte.

Sykepleiere kan møte etterlatte gjennom ulike instanser, og bør ha kunnskap om hvordan dette kan følges opp på en best mulig måte. Dette kan være svært krevende og vanskelig. Hensikten med litteraturstudien er å belyse etterlattes opplevelser av møte med helsepersonell etter å ha mistet en nær til selvmord. Helsepersonell blir i denne oppgaven brukt om både sykepleiere, leger, ambulansesarbeidere, psykiatriske sykepleiere og annet profesjonelt personell i støtteapparatet til helsevesenet.

Oppgaven kan bidra med å gi innsikt i hvordan selvmordsetterlatte ønsker å bli møtt, og helsepersonells utfordringer med å møte dem på en god måte.

Med dette som bakgrunn har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere ivareta etterlattes behov for støtte ved selvmord i nære relasjoner?»

2. Metode

I dette kapittelet blir valg av metode beskrevet, og det blir gjort rede for hvordan det er kommet frem til de valgte vitenskapelige artiklene.

2.2. Beskrivelse av metode

Oppgaven bruker litteraturstudium som metode. Det går ut på å gjennomføre systematiske søk, kritisk gransking, analysering og valg av relevant forskning innen det valgte temaet (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 62). Jeg valgte å bruke litteraturstudium som metode fordi jeg anser det som mest egnet for å belyse temaet. I dette kapittelet vil jeg beskrive valg av metode for innsamling av data, og hvordan jeg har kommet frem til resultatene. Analyse av de valgte vitenskapelige artiklene blir presentert til slutt.

Med problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere ivareta etterlattes behov for støtte ved selvmord i nære relasjoner?» som utgangspunkt, har jeg valgt å benytte meg av relevant faglitteratur i arbeidet. Jeg benyttet meg av 9 relevante vitenskapelige artikler for problemstillingen, hvorav 8 er kvalitative studier og én er en oversiktsartikkel. De aktuelle artiklene ble funnet gjennom systematiske søk. Lærebøker og oppslagsverk er brukt som støttelitteratur og vurderingsgrunnlag til drøftingen. Disse skal sammen med forskningsartiklene bidra med å belyse problemstillingen.

2.3. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Basert på egne valgte kriterier og retningslinjer for bacheloroppgaven ble inklusjons- og eksklusjonskriteriene i tabellen under (Tabell 1.) valgt. For å sikre oppdatert kunnskap, var det ønsket å finne forskning som var mindre enn 10 år gamle. De fleste artiklene oppfyller dette kravet. Det ble også valgt to artikler som var eldre, da de belyste viktige funn. Alle de valgte artiklene er forskningsbaserte, fagfellevurderte og følger IMRAD-strukturen.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
- Vitenskapelige artikler publisert etter 2012	- Artikler som er publisert før 2012
- Artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk og dansk	- Barn som etterlatte
- Fagfellevurderte artikler	- Pasientperspektiv
- Kvalitative artikler	- Overlevende etter selvmord
- Perspektivet til de etterlatte	
- Sykepleieperspektiv	
- Artikler som følger IMRAD-struktur	

2.4. Søkestrategi

Ved utvelgelse av vitenskapelige artikler ble det brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 1.), og laget et PICO-skjema (Tabell 2.). I søketabellen (Tabell 3.) er søkehistorikken presentert. Jeg brukte databasene PubMed, Chinal og Ovid, da disse ga best resultater.

Tabell 2. PICO-skjema

	P- patient/population/problem	I- intervention	C- comparison	O- outcome
Spørsmål	Etterlatte etter selvmord i nære relasjoner	Sykepleierens funksjon - støtte		Etterlattes opplevelse av situasjonen
Søkeord	«Suicide» «Survivors» «Bereavement» «Grief» «Suicide survivors» «Suicide bereavement» «Family» «Humans» «Mental health»	«Nursing» «Nursing care» «Nursing interventions» «Intervention» «Needs assessment» «Interpersonal Relations»		«Support» «Social support» «Support, Psychosocial» «Coping Support» «Help»

2.5. Søketabell

Tabell 3. Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	27.04. 2022	S1.	(Suicide bereavement)		1376	
		S2.	(Suicide survivors)		1712	
		S3.	S1 OR S2		2784	
		S4.	(Nursing)		871326	
		S5.	(Nursing care)		817894	
		S6.	S4 OR S5		872022	

		S7.	(Support)	10984724	
		S8.	(Help)	625380	
		S9.	S7 OR S8	11339532	
		S10.	S3 AND S6 AND S9	143	
		S11.	År 2012-2022	77	
					3 (A, B, C)
Cinahl	04.05. 2022	S1.	(MH "Bereavement+" OR "bereaved" OR (MH "Grief+"))	16527	
		S2.	(MH "Suicide+" OR "suicide"	43138	
		S3.	"needs"	219863	
		S4.	(MH "Needs Assessment") OR "needs assessment"	22656	
		S5.	S3 OR S4	331422	
		S6.	S1 AND S2 AND S5	66	2 (D, E, F, G)
Ovid		S1	exp Suicide/ or Suicide.mp.	95977	
		S2	Grief.mp. or exp Grief/	13682	
		S3	Interpersonal Relations.mp. or exp Interpersonal Relations/	346393	
		S4	Social Support.mp. or exp Social Support/	101523	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	27	2 (H)
Ovid	07.05. 2022	S1	exp Suicide/ or suicide.mp.	95977	
		S2	grief.mp. or exp Grief/	13682	
		S3	Survivors.mp. or exp Survivors/	114051	

S4	Mental Health.mp. or exp Mental Health/	238266	
S5	Humans.mp. or exp Humans/	20628426	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	36	1 (I)

Inkluderte artikler:

- A. Lee (2022). Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2969.
- B. Peters et. al. (2016a). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 418–425.
- C. Peters et. al. (2016b). '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*, 25(3), 251–257.
- D. Wainwright et. al. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(691), 102–110.
- E. McKinnon et. al. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231–248.
- F. Gall et. al. (2014). Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide. *Death Studies*, 38(7), 430–437.
- G. Miers et. Al. (2012). A Phenomenological Study of Family Needs Following the Suicide of a Teenager. *Death Studies*, 36(2), 118–133.
- H. Maple et. al. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health & Social Care in the Community*, 18(3), 241–248.
- I. Sveen et. al. (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13–29.

2.6. Kvalitetsvurdering og utvelgelse av artikler

Artiklene som er valgt ut benytter kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskningsmetode anvender ofte dybdeintervjuer og er nyttig å bruke i studier som skal belyse informantenes meninger, opplevelser, erfaringer, forventinger og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78). I min oppgave ønsker jeg å søke og belyse etterlattes opplevelser av å miste en nær til selvmord, derfor kan kvalitativ forskning bidra til å belyse problemstillingen. I arbeidet med å vurdere hvilke forskningsartikler som skal inngå i oppgaven er sjekklisten: «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» fra Helsebiblioteket (2016) benyttet. Denne sjekklisten består av tre deler: a) innledende vurdering, b) hva forteller resultatene, og c) kan resultatene være til hjelp i praksis. Hver del har underspørsmål som skal være til hjelp for å vurdere om artiklene holder en kvalitetsmessig god standard. Videre er alle artiklene etisk godkjent, og oppfyller kriterier for IMRAD-struktur.

2.7. Analyse

Evans (2002, s. 25) analysemodell er valgt for å analysere artiklene i denne oppgaven. Jeg benytter meg av denne modellen fordi det er et nyttig verktøy i kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Modellen består av fire trinn som en stegvis prosess for å systematisere resultatene.

Trinn 1.

Det er valgt ut og samlet inn 9 relevante artikler ved bruk av systematisk søk, som beskrevet tidligere.

Trinn 2.

Trinn 2 er å identifisere og notere hovedfunnene fra hver artikkel inn i én tabell for å redusere artiklene ned til de funnene som er viktigst og mest relevant for min problemstilling (Evans, 2002, s. 25). Alle artiklene ble skrevet ut og lest nøye gjennom flere ganger, både i sin helhet og i deler. Det ble markert og notert på papiret for å ha bedre oversikt over hovedfunnene i hver artikkel. De funnene som var mest relevant for problemstillingen ble deretter notert i artikkelmatrisen som ligger under punkt 3.1.

Trinn 3.

Trinn 3 er å identifisere likheter og ulikheter av resultater på tvers av studiene (Evans, 2002, s. 25). Resultatene i alle studiene som hørte sammen ble samlet og gruppert i hovedtemaer og undertemaer. Hovedtemaer ble funnet ved å identifisere likheter mellom artiklene, og undertemaene ble funnet fra resultatene som ble trukket frem. Hovedtema og undertema ble satt i system og presentert i tabellen under (Tabell 4).

Tabell 4. Hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema	I artikkel
Stigmatisering og hemmelighold	<ul style="list-style-type: none">- Konsekvenser av stigma, skam og skyld knyttet til selvmord- Sosial isolasjon og ensomhet- Forventinger til helsepersonell og andre	A, C, D, E, F, G, H, I
Sorgopplevelse og behov	<ul style="list-style-type: none">- Etterlattes opplevelse av sorg- Sorgprosess – forventinger og behov- Ulike reaksjoner knyttet til selvmord- Komplisert og forlenga sorg	A, B, C, E, F, G, I
Støtte, mestring og håp	<ul style="list-style-type: none">- Sosial støtte – familie, bekjente og samfunnet- Behov for profesjonell hjelp- Ulike opplevelser og erfaringer av støttegrupper- Sykepleierens holdninger- Hvordan skape mening og håp	A, B, C, D, E, F, G, H

Trinn 4.

Trinn 4 er å beskrive resultatene for hvert hovedtema samlet. Hovedtrekk og interessante nyanser i resultatene skal her beskrives objektivt. Dette presenteres i resultatkapittelet, punkt 3.2. Kun resultater av relevans for problemstillingen er presentert.

3. Resultater

Av de totalt 9 artiklene i denne litteraturstudien, er 8 forskningsartikler og 1 er oversiktsartikkel. De valgte artiklene blir i dette kapitlet presentert systematisk i en artikkelmatrise (Tabell 5.). Videre vil resultatene fra artiklene bli oppsummert i sammenfattede underkapitler.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 5. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) Lee (2022). Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(5), 2969.	Hensikt med studien var å undersøke etterlattes sorg og opplevelser i møte med andre, og hvordan de mestret hverdagen.	Studien er kvalitativ med syv deltakere som alle hadde mistet et familiemedlem i selvmord i Changwon City, Sør-Korea. Dataene ble samlet inn gjennom dybde- og individuelle intervjuer.	5 hovedtemaer kom frem om de etterlatte familienes opplevelse: (1) et absurd dødsfall som kom uten varsel, (2) et liv fanget i smerte, (3) familiene isolerte seg selv, (4) ukontrollert sinne i dagliglivet, og (5) frigjøring fra smerten.	Denne studien er relevant for min oppgave fordi den kan bidra til å få en dypere forståelse for etterlatte familiers sorg og utfordringer de hadde i møte med andre utenfor familien. Dette kan brukes til å utforske hvordan sykepleier kan best møte etterlatte.
B) Peters et. al. (2016a). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. International	Hensikt med studien var å presentere familiemedlemmers erfaringer med å miste en i nær relasjon til selvmord.	Studien har et kvalitativt narrativt design hvor 10 deltakere fra Australia, som hadde mistet et familiemedlem til selvmord, ble intervjuet.	Fire hovedtemaer for støtte ble trukket frem fra dataene: (1) betydningen av støtte fra andre selvmordsetterlatte, (2) viktigheten av at helsevesenet	Denne studien er relevant fordi den belyser betydningen av støtte fra andre med samme opplevelse, hva de etterlatte ønsker av støtte fra helsevesenet og hva de

Journal of Mental Health Nursing, 25(5), 418–425.		Deltakernes fortellinger ble tematisk analysert av alle medlemmer av forskerteamet .	initierer til støtte, (3) utfordringer i møte med respektløs og upassende reaksjoner, og (4) å oppleve medfølelse.	opplever som god og dårlig støtte.
C) Peters et. al. (2016b). '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, 25(3), 251–257.	Hensikten med studien var å undersøke hvordan etterlatte følte seg stigmatisert etter å ha opplevd selvmord i nære relasjoner.	Studien er kvalitativt og 10 personer fra Australia, som hadde mistet en nær til selvmord, deltok. Dataene ble samlet inn gjennom dybde- og individuelle intervjuer.	Fire hovedtemaer dukket opp fra dataene: (1) føle seg skyldig, skamfull og dømt, (2) føle seg isolert/avvist av venner og samfunnet, (3) føle at man ikke får lov til å snakke åpent, og (4) føle byrden av andres ubehag.	Denne studien er relevant fordi den belyser de etterlattes opplevelse og følelse av stigma, skam og skyld knyttet til selvmordet, og er derfor med på å svare på problemstillingen .
D) Wainwright et. al. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: A qualitative study. British Journal of General Practice, 70(691), 102–110.	Hensikten med studien var å utforske perspektivene, erfaringene og behovet for støtte til etterlatte foreldre etter selvmord.	Studiet er kvalitativt med 23 intervjuer av foreldre som har mistet et barn til selvmord. Studiet er utført i Storbritannia.	Tre temaer ble identifisert fra dataene: (1) viktigheten av å ikke føle seg alene, (2) opplevde barrierer for å få tilgang til støtte og (3) behovet for mer støtte og veien til å finne støtte. Primæromsorgen ble ansett som en viktig vei	Deltakerne i studien beskriver hvordan de har blitt møtt av fastlegene sine og hvordan de eventuelt kan bli møtt på en bedre måte. Til tross for at studien omhandler møte med fastleger kan både gode og dårlige erfaringer bidra til å øke forståelsen for hvordan sykepleiere kan

			for å få støtte, men fastlegene ble ofte oppfattet som usikker på hvordan de skulle reagere. Behovet for informasjon, hjelp til å finne støtte og hjelpen av gruppestøtten ble også fremhevet.	bedre møte etterlatte.
E) McKinnon et. al. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study. Social Work in Mental Health, 12(3), 231–248	Hensikt med studien var å søke en bedre forståelse på etterlattes opplevelser av profesjonell støtte ved å utforske deres bruk av formelle støttemidler og eventuelt identifisere udekkede behov.	Studiet har et kvalitativt fenomenologisk design og bruker dybdeintervju som metode. Studiet er fra Australia og 14 etterlatte ved selvmord ble intervjuet.	Resultatene i studien viste at deltakerne hadde ulike møter med støtteapparatet. Her blir støtteapparatet omtalt som politiet, ambulansespersonell, det rettsmedisinske kontoret, begravelserbyrået og helsepersonell. Resultatene er delt opp i to faser: (1) den akutte støtten og (2) den pågående støtten. Begge fasene identifiserer både positive og negative opplevelser av profesjonell støtte.	Resultatet i studien er aktuell i min oppgave, fordi den gjør rede for ulike positive og negative opplevelser etterlatte har hatt med forskjellige hjelpeapparater. Disse opplevelsene brukes til å reflektere over hvordan sykepleiere bedre kan møte etterlatte og hva de har behov for.

<p>F) Gall et. al. (2014). Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide. <i>Death Studies</i>, 38(7), 430–437.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske etterlattes sorgopplevelse og behov etter å ha mistet en nær i selvmord.</p>	<p>Studien er fra Canada og har et kvalitativt design. 11 selvmordsettelatte og 4 psykisk helsearbeidere ble intervjuet. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert med en fenomenologisk tilnærming.</p>	<p>Resultatene ble delt inn i de etterlattes og psykisk helsearbeideres perspektiver. Temaer som ble identifisert blant den etterlatte gruppen var sorgopplevelsen, mestring, mellommenneskelig egenskaper, vansker med å finne mening, selvrefleksjon og å komme seg videre. Psykisk helsearbeiderne la vekt på blant annet typer av hjelpeforholdet, behovet for å bearbeide sorgen, det sentrale med meningsskapning og viktigheten av støttegrupper.</p>	<p>Studien går grundig gjennom etterlattes opplevelser av støtte, og helsepersonellens erfaringer av hva etterlatte har behov for. Dette er relevant for oppgaven min fordi den bidrar i å diskutere om etterlattes behov basert på erfaringer og opplevelser, samt bidra i besvarelsen av problemstillingen.</p>
<p>G) Miers et. Al. (2012). A Phenomenological Study of Family Needs Following the Suicide of a Teenager. <i>Death Studies</i>, 36(2), 118–133.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvilke behov familier hadde etter å ha mistet en ungdom til selvmord.</p>	<p>Studiet bruker en kvalitativ metode. Seks foreldre, som hadde mistet en ungdom til selvmord og bodde i Midtvesten i USA, ble intervjuet.</p>	<p>Deltakerne indikerte hvilke behov for støtte de trengte etter selvmordet. Disse behovene ble delt inn i 6 kategorier: (1) støtte ved å lytte og respondere, (2) støtte fra andre etterlatte etter selvmord, (3)</p>	<p>Studien er relevant for min oppgave fordi den undersøker hvilke behov etterlatte har etter et selvmord, og belyser hvordan sykepleier kan bidra med det.</p>

			støtte i å finne veien videre, (4) støtte ved syning av den avdøde, (5) støtte i å minnes om den avdøde og (6) støtte i å gi tilbake til samfunnet.	
H) Maple et. al. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. Health & Social Care in the Community, 18(3), 241–248.	Hensikt med studien var å undersøke etterlatte foreldres opplevelse av å ikke kunne snakke om det avdøde barnet sit, som en konsekvens av stigmatisering av selvmord.	Studien er kvalitativ og er en del av en større narrativ studie i Storbritannia. De 22 deltakerne er foreldre fra Australia som hadde mistet en ungdom til selvmord.	Hovedfunnet i denne studien er at foreldrene følte seg ute av stand til å snakke om sorgen sin. Både på grunn av reaksjoner fra andre og at de ikke tillot seg selv å snakke åpent. Hvordan dette påvirket sorgopplevelsen deres og tilgjengelighet av sosial støtte blir også belyst.	Studien er relevant for min oppgave fordi den belyser hvordan stigma og sosial isolasjon påvirker sorgopplevelsen til de etterlatte, samt tar for seg tilgjengeligheten av sosial støtte.
I) Sveen et. al. (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. Suicide & Life-Threatening Behavior, 38(1), 13–29.	Hensikt med studien var å undersøke selvmordsetterlattes nivåer av avvisning, skam, stigma og skyld, sammenliknet med andre etterlatte grupper.	Studien er en Norsk oversiktsartikkel basert på 41 artikler som ble identifiser ved systematiske søk i databasene PsychINFO og MEDLINE. Dataanalysen ble utført med en kvalitativ metode.	Ulike variabler av sorg ble målt. Variabler som avvisning, skam, stigma, skyld og behov for å skjule dødsårsaken viste signifikant høyere nivåer hos selvmordsetterlatte enn andre etterlatte grupper.	Studien er relevant for min oppgave da den tar for seg ulike aspekter av sorg som er sammenliknet med andre etterlatte grupper. Dette vil brukes til å diskutere forskjeller mellom selvmordsetterlatte og andre etterlatte.

3.2. Presentasjon av tematisk resultat

3.2.1. Stigmatisering og hemmelighold

I flere av studiene beskriver de etterlatte at de opplevde sosial stigmatisering etter selvmordet av sin nære (Peters, Cunningham, Murphy & Jackson, 2016b; Maple, Edwards, Plummer & Minichiello, 2010; Lee, 2022; Gall, Henneberry & Eyre, 2014; Sveen & Walby, 2008). Etterlatte etter selvmord viser også høyere behov for å skjule årsaken til dødsfallet enn andre etterlatte (Sveen & Walby, 2008).

I studien av Maple et. al. (2010) uttrykker etterlatte foreldre at det opplevdes som mindre akseptert å snakke åpent om sitt avdøde barn etter selvmordet, enn for foreldre som mistet sine barn av andre årsaker.

I en studie av Maple et. al. (2010) uttrykker foreldre som hadde mistet et barn til selvmord en opplevelse av at det for dem er mindre akseptert å snakke åpent om sitt avdøde barn, enn det er for foreldre som mistet sine barn av andre årsaker. Dette er på grunn av stigmatisering rundt dødsårsaken. I en annen studie av Peters, Cunningham, Murphy og Jackson (2016b) følte deltakerne på skyld og at de ble personlig dømt med negative reaksjoner av andre, inkludert familiemedlemmer, for deres tap. De følte også at de ble behandlet annerledes enn de som hadde mistet en nær av andre dødsårsaker enn selvmord. Dette førte til at deltakerne følte seg tvunget til å holde dødsårsaken hemmelig, noe som forhindret dem i å få riktig støtte (Peters et. al., 2016b).

I Lees studie (2022) kom det frem at deltakerne hadde isolert seg selv fra samfunnet på grunn av skammen de følte over å være en etterlatt familie av selvmord. De følte at de måtte holde det hemmelig hvordan familiemedlemmet hadde dødd, og at de eneste de kunne dele sorgen med var sin egen familie. Det samme ble funnet i studiene til Peters, Cunningham, Murphy og Jacksons studie (2016b) og Maple et. al. (2010), hvor deltakerne isolerte seg selv fra aktiviteter fordi de følte på skam, skyld og at andre dømte dem. Her fortalte også flere av deltakerne at de ble nektet å snakke om den avdøde på grunn av stigmaet knyttet til selvmord. De opplevde at folk ikke ville, eller ikke visste, hvordan de skulle lytte og respondere med sensitivitet. Andre opplevde også at familiemedlemmer unngikk kommunikasjon og kontakt med den etterlatte, noe som førte til ødeleggelse av familieforhold. En deltaker fortalte følgende: «My family don't even talk to me about it [husband's suicide]. My husband's name is not even mentioned...» (Peters et. al., 2016b).

I studien til Gall et. al. (2014) ble først etterlatte intervjuet, deretter helsepersonell. Av de etterlatte var det bare to av de 11 etterlatte som hadde opplevd skam i etterkant av selvmordet, men de fleste kjente både på skyldfølelse og at de dømte seg selv. Ni av de etterlatte opplevde sosial stigmatisering ved at de merket at andre følte seg ukomfortable når de fortalte om selvmordet. Noen unngikk å oppsøke støtte fra andre fordi de var redde for reaksjonene de kom til å få, samtidig som de ikke ville bry eller traumatisere andre ved å snakke om selvmordet (Gall et. al., 2014).

I en oversiktsartikkel av Sveen og Walby (2008) viste etterlatte etter selvmord høyere grad av skam og stigma enn andre etterlattegrupper. I samme forskningsartikkel ble

også skyldfølelse målt, og resultatene viste at selvmordsetterlatte opplevde signifikant høyere grad av skyld enn i kontrollgruppene.

Flere etterlatte opplevde i møte med helsepersonell at de manglet medfølelse og respekt, og de etterlatte følte seg dømt (McKinnon & Chonody, 2014). I samme studie svarte 9 av 14 deltakerne at de hadde en rekke negative opplevelser med helsepersonell. Mange opplevde at helsepersonellet manglet medfølelse og respekt. De følte også at de ikke ble hørt, og at støtteapparatet dømt dem.

3.2.2.Sorgopplevelse og behov

De fleste etterlatte opplevde tapet av en nær i selvmord som en plutselig og uventet hendelse i livet, som utløste en rekke intense følelser som for noen varte i flere år (Gall et. al., 2014; Lee, 2022). Derimot ble det også rapportert at det for noen var et mindre sjokk, fordi de var klar over den avdødes intensjoner om å ta sitt eget liv (Gall et. al., 2014). Etterlatte rapporterte at de følte seg sønderknust, og at de opplevde fysiske symptomer og de greide ikke å leve fornuftig (Lee, 2022). En del trengte hjelp til praktiske ting som å arrangere begravelsen, noen til å finne profesjonelle ressurser, og til å guide dem i hva de skulle gjøre videre (Miers, Abbott & Springer, 2012). Funn fra Maple et. al. (2010) og Peters, Cunningham, Murphy & Jackson (2016a) indikerte at de etterlatte følte press på å fullføre sorgen innen rimelig tid, på grunn av forventninger fra helsepersonell og andre knyttet til sorgprosessen. De indikerte også at de ikke var tillatt å bruke den tiden de trengte på å sørge.

3.2.3.Støtte, mestring og håp

I forskningsartikkelen til Sveen og Walby (2008) ble det målt i hvilken grad selvmordsetterlatte opplevde sosial støtte sammenlignet med etterlatte etter andre dødsårsaker. Resultatene viste en signifikant forskjell mellom de etterlatte gruppene, hvor de selvmordsetterlatte rapporterte lavere grad av sosial støtte enn de andre gruppene. I samme forskningsartikkel ble det rapportert høyere grad av avvisning blant selvmordsetterlatte, enn de andre gruppene (Sveen & Walby, 2008).

Flere av studiene indikerte at støttegrupper var til hjelp, og at de ga de selvmordsetterlatte håp, følelse av samhørighet og gjensidig forståelse (McKinnon & Chonody, 2014; Peters et. al., 2016a; Wainwright, Cordingley, Chew-Graham, Kapur, Shaw, Smith, McGale, & McDonnell, 2020; Gall et. al., 2014; Miers et. al., 2012) Å møte andre som også hadde opplevd å miste en nær i selvmord hjalp deltakerne til å ikke føle seg alene i sorgen (Miers et. al., 2012). Foreldre i en studie av Wainwright et. al. (2020) mente at støttegrupper for selvmordsetterlatte var en mulighet for støtte, uten frykten for å bli dømt. «Attendance at such groups also provided parents with a light at the end of the tunnel, helping them to feel they could get through the grief» (Wainwright et. al., 2020). Å lytte til andre som også hadde opplevd å miste en nær i selvmord, og overlevd sorgen, ga dem med andre ord håp.

En annen studie viste imidlertid at støttegrupper ikke var til nytte for alle (McKinnon & Chonody, 2014). Deltakerne indikerte at de ikke ønsket å høre på andre fortelle om

deres historier om selvmord. Samtidig opplevde de det vanskelig å gjenfortelle sin egen historie. Studien belyste at mennesker reagerer forskjellig på selvmord, og derfor har forskjellige behov og trenger ulike mestringsstrategier.

I Lee (2022) sin studie av selvmordsetterlatte i Sør-Korea fant familiene håp og styrke til å leve videre ved å trøste og støtte de andre familiemedlemmene i sorgen. Tapet av familiemedlemmet som tok selvmord gjorde dem bekymret over å miste enda et familiemedlem og førte til at de prøvde å ta bedre vare på hverandre. Et annet poeng var å snakke åpent innad i familien om selvmordet og sorgen de følte, og prøve å akseptere selvmordet som en måte å komme videre på.

Studien «A phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager» (Miers et. al., 2012) trekker frem ulike former for støtte som de etterlatte familiene hadde behov for etter selvmordet av en ungdom i familien. Blant annet var støtte ved å lytte og respondere et sterkt behov for de etterlatte. Helsepersonell ble trukket frem som eksempel på personer som kunne være en slik støtteperson.

4. Diskusjon

I denne delen diskuteres og besvares problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere ivareta etterlattes behov for støtte ved selvmord i nære relasjoner?» med bakgrunn i teori og resultater fra forskning, som presentert tidligere.

4.1. Stigmatisering og hemmelighold

Forskning viser at etterlatte som har mistet en nær i selvmord ofte sitter igjen med følelser av skam og skyld, og må forholde seg til det sosiale stigmaet knyttet til selvmord (Peters et. al., 2016b). Usikkerhet rundt hvordan venner og bekjente vil reagere på selvmordet, fører ofte til at dødsårsaken blir hemmeligholdt for å unngå negativ respons (Maple et. al., 2010). Til tross for at unngåelse av å fortelle om dødsårsaken kan beskytte mot negative reaksjoner, kan hemmelighold føre til en ytterligere øking av stigmaet (Gall et. al., 2014; Peters et. al., 2016b). «Ved å dele gir vi oss selv muligheten til å bli møtt med empati og forståelse» (Vignes et. al., 2021, s. 144). Det kan derfor tenkes at å unngå å fortelle om selvmordet, for å beskytte seg selv mot negative reaksjoner, mot sin hensikt kan redusere muligheten til å bli møtt med empati og forståelse.

Videre kan etterlattes opplevelse av skam skape forventninger om å bli møtt av helsepersonell deretter (Gall et. al., 2014). Interaksjon med helsepersonell kan dermed være en mulighet for å motbevise de forventningene etterlatte måtte ha, samt fjerne noe av det stigmaet som etterlatte ofte opplever (Gall et. al., 2014). Samtidig kan sykepleier, gjennom helsefremmende interaksjon, påvirke pasientens opplevelse av mening og håp (Haugan, 2014, s. 199). Det kan derfor argumenteres for at hemmelighold hindrer de etterlatte i å få støtte av helsepersonell, i form av empati og forståelse. Videre kan det tenkes at slik helsefremmende interaksjon kan motbevise negative forventninger om helsepersonell som de etterlatte kan ha skapt på grunn av opplevd skam. Travelbee (2001, s. 42) trekker frem at helsefremmende interaksjon kan ha betydning for de etterlattes opplevelse i møte med helsepersonell, men hun understreker samtidig at det forutsetter at sykepleieren opptrer profesjonelt. Travelbee (2001, s. 172) understreker også at empati, sympati og medfølelse er grunnleggende i et menneske-til-menneske-forhold, som er et virkemiddel for å ivareta familiens sykepleiebehov. På den annen side kan det tenkes at interaksjon med helsepersonell forsterker følelsen av skam dersom etterlatte blir møtt med dårlige holdninger. Dette støttes av Wainwright et. al. (2020) og McKinnon og Chonody (2014) som presenterer flere etterlattes historier om misnøye med fastlegers og helsepersonells holdninger. I slike tilfeller kan det synes at interaksjon med helsepersonell som ikke har god nok kunnskap om selvmord, kan være med på å øke skyldfølelse og dermed også forverre stigmaet knyttet til selvmord.

Til tross for at etterlatte ofte skjuler dødsårsaken til den de har mistet (Sveen & Walby, 2008), gir mange uttrykk for at de hadde hatt behov for å snakke åpent om sorgen og hva de følte rundt selvmordet (Maple et. al., 2010). Samtidig avdekket fire av studiene at åpenhet ikke var opplevd som akseptabelt på grunn av stigmaet knyttet til selvmordet (Peters et. al., 2016b; Lee, 2022; Maple et. al., 2010; Gall et. al., 2014). Ønsket om å kunne snakke åpent og å føle behov for tillatelse, noe som sjeldent ble gitt, kan se ut til å være en indre konflikt (Maple et. al., 2010). Forskning viser at dersom etterlatte

forteller om hvordan de virkelig har det, kan de i større grad oppleve å få dekket behov for nærhet og bearbeiding av egne reaksjoner (Soleim & Dyregrov, 2021, s. 112). Det kan fremstå som et paradoks at etterlatte som har behov for å prate, trekker seg unna for å beskytte sine egne følelser, men beskyttelsen kan i dette tilfellet tenkes å hindre ønsket progresjon i sorgen.

Noen etterlatte opplevde respons som både sårende og lite støttende, selv om responsen var av gode intensjoner (Miers et. al., 2012). Dette mener jeg belyser at responderende ferdigheter er svært viktig i interaksjon med etterlatte. Slik negativ respons kan øke stigmaet knyttet til selvmord og føre til at etterlatte ikke ønsker å åpne seg igjen (Peters et. al., 2016b). Det kan derfor tenkes at å være til stede og å lytte kan være vel så viktig for de etterlatte, om ikke viktigere, enn å si så mye. Evnen til å lytte og evnen til å forstå når en bør snakke og når en bør tie, fremhever Travelbee (2001, s. 150-152) som terapeutiske kommunikasjonsevner. I lys av studien til Miers et. al. (2012) hadde etterlatte behov for en person som lyttet og responderte, og at helsepersonell gjerne kunne være en slik støtteperson. Dersom helsepersonell utfyller denne støtterollen på en profesjonell måte kan det tenkes at stigmaet knyttet til selvmord vil reduseres. Det kan samtidig synes at dersom etterlatte får dekket behovet om åpenhet, vil de å få bearbeidet sorgen bedre. Dette er i tråd med Eide og Eide (2017, s. 137) som fremhever at å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte er et viktig virkemiddel i aktiv lytting for å bygge en god relasjon, skape motivasjon og tillit.

En annen konsekvens av skam er at skamfølelsen kan føre til ensomhet, i form av tilbaketrekning fra relasjoner, eller gi følelsen av utenforskap (Vignes et. al., 2021, s. 144). To studier avdekket at etterlatte, som opplevde å bli rammet av en skam og skyld knyttet til selvmord, isolerte seg selv fra samfunnet og aktiviteter som tidligere var en del av hverdagen deres (Lee, 2022; Peters et. al., 2016b). Maple et. al. (2010) belyste at etterlatte holdt tilbake det de ville si om den avdøde, ut ifra hvilke reaksjoner de fikk, som ga potensiale til isolasjon akkurat på det tidspunktet de ønsket og ofte trengte mer støtte. Det kan derfor tenkes at dersom de etterlatte hadde tillatt seg å snakke om den avdøde, kunne det ha ført til mindre isolasjon og ensomhet. Eide og Eide (2017, s. 72) fremhever at mennesker i krise ofte har en ubevisst tendens til å se seg selv som skyldig i det som har skjedd, og det er derfor viktig å få frem personens egne tanker, vurderinger og følelser omkring situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 72). Dette støttes opp av Lee (2022) sin studie hvor etterlatte ikke mestret å styre tankene og følelsene sine, eller å planlegge fremtiden, før de trosset skam- og skyldfølelsen og snakket åpent om selvmordet. Dette kan tolkes til at noe av sykepleierens rolle kan være å hjelpe den etterlatte til å forstå og bearbeide reaksjonene og følelsene sine knyttet til selvmordet, for videre å kunne mestre dem.

4.2. Sorgopplevelse og behov

At selvmordsetterlatte viser høyere nivåer av avvisning, skam, stigma og skyld enn andre etterlatte vises i studien til Sveen og Walby (2008). I tillegg til at disse følelsene kan hemme den etterlattets sorgprosess (Peters et. al., 2016b), kan de også være til hinder for å oppsøke hjelp (Gall et. al., 2014). Mathisen (2016, s. 434) belyser at selvmordsetterlatte kan ha problemer med å vise sorg overfor andre fordi de føler på skam og skyld overfor den avdøde. Helsepersonell i studien til Gall et. al. (2014) støtter

at skyld ofte kan hemme de etterlattes sorg og at det derfor er viktig å åpne opp for at sorgen kan utspille seg, ved å «møte mennesker der de er» og å være åpen og helt til stede. Dette kan tolkes til at helsepersonell, ved å gi rom for at etterlatte kan gi uttrykk for disse følelsene, kan bidra til en positiv progresjon i sorgprosessen. Samtidig kan det tenkes at flere vil/kan oppsøke hjelp dersom helsepersonell tydelig viser de etterlatte at de er åpne for alle typer reaksjoner. Dette er i tråd med Eide og Eide (2017, s. 226) som understreker at det er viktig at mottakeren får muligheten til å gi utløp for sine reaksjoner og tanker ved en sjokkartet nyhet.

Til tross for at selvmord ofte kan føre til komplisert og forlenget sorg og traumereaksjoner (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 190-193), ble de etterlatte forventet at sorgen skulle være fullført innen «rimelig tid» (Maple et. al., 2010). Etterlatte i studien til Peters et. al. (2016a) opplevde at de ikke ble tillatt å bruke den tiden de trengte til å sørge, på grunn av forventninger fra helsepersonell og andre rundt dem. Dette står i kontrast til forskningen som sier at etterlatte må få lov til å sørge på sin måte og i sitt tempo (Dyregrov et. al., 2009, s. 22). Det kan tolkes til at sykepleiere kan bidra til en positiv progresjon i etterlattes sorgprosess ved å møte dem der de er i prosessen, og å jobbe med deres individuelle behov og i deres tempo.

Mens noen opplevde å bruke mange år på å sørge (Lee, 2022), kunne andre oppleve seg «ferdig sørget» raskere, emosjonelt utslitt og letta (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 190-193). Dette belyser at mennesker reagerer forskjellig på selvmord og derfor har forskjellige behov og trenger ulike mestringsstrategier og støtte (McKinnon & Chonody, 2014; Hauge og Dyregrov, 2021, s. 190). Det synes som relativt sikkert at sykepleiere kan ha en viktig rolle, sammen med den etterlatte, i å finne ut hvilke mestringsstrategier og behov som kan være nyttig for den enkelte. Dette støttes av Travelbee (2001, s. 18) som legger vekt på at individuell behandling i kommunikasjon og samhandling ikke bare er en forutsetning for god sykepleie, men også en grunnleggende verdi i sykepleien. I tillegg understreker Eide og Eide (2017, s. 17) at god profesjonell kommunikasjon alltid har helsefremming som hensikt, som blant annet innebærer å bidra til mestring hos den enkelte.

Samtidig som familier ble fylt med en enorm sorg ved tapet av en nær i selvmord, er også sinne en reaksjon som blir rapportert (Lee, 2022). Sinne kan være rettet både mot den avdøde og mot andre som de etterlatte mente ikke hadde gjort nok, for eksempel helsevesenet (Gall et. al., 2014). Å føle sinne mot den som har tatt livet sitt, mot seg selv, eller mot andre man mener er ansvarlige for det som har skjedd, er ikke uvanlig (Dyregrov et. al., 2009, s. 21). Etterlatte kan føle sinne mot helsepersonell, dersom de mener at det ikke er blitt gjort nok, og det kan derfor tenkes at sykepleiere bør være forberedt på sinnereaksjon som kan være rettet mot dem. Sykepleiere kan videre bidra med å hjelpe de sørgende til å forstå reaksjonene sine, slik at de lettere kan bearbeide dem, og dermed få gjennomlevd sorgen på en god måte (Mathisen, 2016, s. 434). Kunnskap om ulike reaksjoner etter selvmord og hvordan håndtere dem, kan synes å være grunnleggende for å kunne møte etterlatte på en god måte. At etterlatte i studien til Lee (2022) mistet livslysten støttes opp under forskning om at skam i verste tilfelle kan føre til en flukt fra selve livet, slik som selvmord også kan være en flukt fra livet (Vignes et. al., 2021, s. 144). God oppfølging av etterlatte kan derfor synes å være et svært godt virkemiddel for å forebygge nye selvmord.

Til tross for at selvmordsetterlatte opplevde større grad av avvisning, skam, stigma, skyld og behov for å skjule dødsårsaken enn andre etterlatte, ble det ifølge Sveen og Walby (2008) ikke påvist noe signifikant forskjell angående mental helse, depresjon, symptomer på posttraumatisk stresslidelse, angst, og selvmordsatferd. Nyere forskning viser derimot at selvmordsetterlatte har et høyere nivå av både posttraumatiske stressreaksjoner, angst og selvmordstanker/-forsøk (Hauge & Dyregrov, 2021, s. 195). Dessuten har denne gruppen også høyere grad av forlenget sorglidelse i form av blant annet vedvarende lengsel etter den avdøde. Dette støttes opp under forskningen til Gall et. al. (2014) hvor de etterlatte rapporterte en rekke intense følelser som ofte varte i flere år. Det kan derfor argumenteres for at det er behov for mer og nyere forskning innen feltet.

4.3. Støtte, mestring og håp

Opplevelse av sosial støtte er viktig når man er rammet av selvmord (Dyregrov et. al., 2009, s. 121). For mange etterlatte kan familien på mange måter være viktige støttespillere. I studien til Lee (2022) rapporterte familiene som ble rammet av selvmordet at de eneste de kunne snakke åpent med var familien. Etterlatte som hadde familie de kunne snakke med følte at behovet for sosial støtte ble lettere dekket (Miers et. al. 2012). Et annet poeng var å snakke åpent innad i familien om selvmordet og sorgen de følte, og prøve å akseptere selvmordet, som en måte å komme videre på (Lee, 2022). Til tross for at etterlatte i studien til Gall et. al. (2014) kjente på fristelsen av å trekke seg tilbake, anerkjente de samtidig behovet for sosial støtte som de kunne få dersom de turte å oppsøke støtte fra personer de stolte på. Det kan tenkes at etterlatte kan få dekket noe av behovet for støtte ved å snakke åpent med familien.

På den annen siden er det ikke alle etterlatte som opplever støtte fra familien. Peters et. al. (2016b) belyser at etterlatte som ikke fikk støtte av familien opplevde enda sterkere følelse av isolasjon og belastning av sorgen. Disse ga uttrykk for at de hadde hatt behov for profesjonell støtte, men at de ikke visste hvor de kunne få dette (Miers et. al., 2012). Til tross for at Wainweight et. al. (2020) sin studie fant at de fleste etterlatte opplevde at fastlegene var tilgjengelige og at de forsøkte å gi god støtte, hadde de etterlatte hatt behov for at legene møtte dem med mer bevissthet om sorg ved selvmord og økt kunnskap om hvor de videre kunne fått tak i relevant støttesystem. Støtte fra helsepersonell kan dermed synes å dreie seg mye om å «strekke ut hånden» og initiere til kontakt. Helsepersonalet i studiet til Gall et. al. (2014) underbygger at et viktig fokus er å gi god informasjon, undervisning og å inkludere de selvmordsetterlatte i et støtteapparat.

At noen unngikk å oppsøke støtte fra andre, fordi de var redde for reaksjonene de kom til å få, kom også av redselen for å bry eller traumatisere andre ved å snakke om selvmordet (Gall et. al., 2014). Å møte andre som også hadde opplevd å miste en nær i selvmord fant de etterlatte i studien til Miers et. al. (2012) som den mest hjelpsomme støtten, fordi det var da de følte seg mest akseptert og forstått. Etterlatte belyste at de ikke følte på den samme redselen for å bry andre med sorgen sin når de deltok i støttegrupper (McKinnon & Chonody, 2014). At støttegrupper, hvor etterlatte møter andre som har opplevd et liknende tap, utgjør en kjerne for fellesskap og forståelse er illustrert i Dyregrov et. al. (2009, s. 144). Det kan tenkes at etterlatte som er redde for

reaksjoner fra andre, kan ha nytte av å delta i støttegrupper. Med bakgrunn i helsepersonelloven (1999, §4) om at helsepersonell er pliktig til å innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig, underbygger at sykepleiere synes å kunne ha en viktig rolle i å informere om og organisere etterlattes deltakelse i støttegrupper. Dette støttes av Eide & Eide (2017, s. 227) som understreker at helsepersonell kan ha en viktig rolle i å hjelpe til med praktisk assistanse, noe som kan være til stor lettelse og hjelp for den etterlatte.

Videre fant studien til McKinnon og Chonody (2014) at fellesskapet i støttegruppene, som bidro til at etterlatte ikke følte seg alene i sorgen, førte til en opplevelse av håp (McKinnon & Chonody, 2014). Jeg tolker dette til at å møte andre som også har opplevd å miste en nær i selvmord kan hjelpe etterlatte i å ikke føle seg alene i sorgen, og på denne måten føre til mestring. Imidlertid viste studien til McKinnon og Chonody (2014) at det ikke er alle etterlatte som har nytte av å delta i støttegrupper. Å høre på andre gjenfortelle sine historier var noe de ikke ønsket, samtidig som de selv opplevde det som utfordrende å dele sin egen historie i en støttegruppe. Dette kan indikere at etterlatte har ulike behov for støtte og det kan tenkes at nytten av støttegrupper må vurderes opp mot hver enkelt etterlattes behov for støtte.

Til tross for at sykepleiere har et ansvar for sine holdningsmessige reaksjoner og skal opptre profesjonelt, med omsorg og respekt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 111; helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleierforbund, 2019), opplevde flere etterlatte at helsepersonell hadde møtt dem med en dømmende og respektløs holdning (McKinnon & Chonody, 2014). På bakgrunn av negative opplevelser i møte med helsepersonell understrekes viktigheten av at helsepersonell ikke må bli skremt i møte med etterlatte ved selvmord (Wainwright et. al., 2020). Det kan derfor tenkes at det er behov for økt kunnskap om og bevissthet rundt hvordan sykepleiere bør fremtre i møte med selvmordsetterlatte. Dette støttes opp av helsepersonell i studien til Gall et. al. (2014), som også fremhevet betydningen av å være oppmerksom på sin egen holdning til selvmord.

4.4. Metoderefleksjon

I denne delen av diskusjonen analyseres styrker og svakheter ved dette litteraturstudiet.

På grunn av problemstillingens omfang var det utfordrende å finne nyere forskning som stemte overens med inklusjons- og eksklusjonskriteriene om år for publisering. Derfor ble det inkludert noen studier mellom 2008 og 2012. At studiene var over ti år gamle kan være en svakhet med oppgaven da resultatene kan være utdaterte, men artiklene ble likevel funnet relevante da dette fremdeles er noe av den nyeste forskningen som ble funnet, og at de oppfylte de resterende kriteriene. Det ble i utgangspunktet lagt vekt på artikler som brukte kvalitativ metode, da disse har som hensikt å få kunnskap om meninger, opplevelser, erfaringer, forventninger og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78). Likevel ble det i tillegg valgt én oversiktsartikkel som ble funnet relevant. Det kan derfor argumenteres for at å inkludere oversiktsartikkelen er en styrke, siden denne kan gi et sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner (Thidemann, 2015, s. 71). I tillegg brukte oversiktsartikkelen forskning med kvalitativ metode, og metoden vil derfor ikke være i konflikt med metoden i de andre valgte artiklene (Thidemann, 2015, s. 97).

De fleste artiklene er fra andre land enn Norge, noe som på den ene siden kan være en svakhet for oppgaven, fordi det ikke blir belyst etterlattes opplevelser av helsevesenet i Norge. På den annen side anser jeg artiklene som overførbare, da de fleste er fra land med tilsvarende levestandard. En artikkel er fra Sør-Korea. Her kan kulturbestemt oppfatninger virke inn, og ha stor betydning for hvilken mening den enkelte tillegger sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 103), som lidelsen ved å miste en nær i selvmord. Imidlertid belyser denne studien opplevelser som stigma, skam og skyld knyttet til selvmord, som finnes i alle kulturer (Håkonsen, 2014, s. 368). Studien kan derfor også anses som overførbart basert på teori, og en styrke for oppgaven.

Flere av studiene belyser etterlattes opplevelser med annet helsepersonell enn sykepleiere, som leger, ambulanspersonell og psykiatriske sykepleiere. Disse gruppene har ulike ansvarsoppgaver og andre utdanninger enn sykepleiere. Jeg mener allikevel at studiene er overførbare, da opplevelsene til de etterlatte forteller noe om hvordan de ønsker å bli møtt av helsepersonell generelt, også av sykepleiere.

Alle artiklene var på engelsk. Ved oversettelse av forskning fra andre språk, er sannsynligheten til stede for mistolkning av ord og mening. Dette kan være en svakhet ved oppgaven.

4.5. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg drøftet problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere ivareta etterlattes behov for støtte ved selvmord i nære relasjoner?» med bakgrunn i teori og resultater fra forskning, samt egen refleksjon. Hensikten med oppgaven var å belyse etterlattes opplevelser av å miste en nær til selvmord, deres behov for støtte, og sykepleierens rolle i møte med dem. Utfordringer som etterlatte ofte møtte på var blant annet negative holdninger knyttet til selvmord, stigmatisering, sosial isolasjon og ensomhet. Det ble drøftet hvordan sykepleiere, og annet helsepersonell, kan ivareta etterlattes behov for støtte og bidra til en positiv progresjon i sorgprosessen. I praksis kan dette dreie seg om å møte de etterlatte med åpenhet, respekt, kunnskap og bevissthet rundt deres holdningsmessige reaksjoner. Å opptre profesjonelt, være bevisste på egne holdninger og å fokusere på helsefremmende interaksjon var viktige poeng som ble belyst. Individuell behandling ble også trukket frem som essensielt for å ivareta etterlattes behov for støtte.

I oppgaven har jeg belyst viktigheten av måten sykepleiere møter etterlatte etter selvmord i nære relasjoner på, men har også påpekt behov for ytterligere forskning innen temaet. Det vil kunne bidratt til enda bedre samhandling og møter mellom etterlatte og sykepleiere. Med en god og profesjonell kvalitet på samhandlingen, kan sykepleiere bidra til raskere progresjon i de etterlattes sorgprosess, og også i ytterste konsekvens også kunne forhindre nye selvmord.

Dyregrov, Plyhn og Dieserud sier det så bra i boken «Etter selvmordet: veien videre», som passer godt som en oppsummering og avslutning på mitt arbeid med oppgaven, og svarer på hvorfor sykepleieres ivaretagelse av etterlattes behov for støtte ved selvmord i nære relasjoner er så viktig: «Livet byr sjelden på hardere slag enn når en av dine nærmeste dør i selvmord» (Dyregrov, Plyhn & Dieserud, 2009, s. 17).

Referanseliste

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.

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

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*. Vol.20 (2), 22-6. Hentet 04.05.2022 fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Folkehelseinstituttet (FHI). (2021, 10. juni). *Selvmord i Norge*. Hentet 22.04.2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selvmord-i-norge/%20?term=selvmord%20&h=1>

Gall, T. L., Henneberry J. & Eyre, M. (2014). Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide. *Death Studies*, 38(7), 430–437. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>

Goffman. (1968). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.

Haugan G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I Haugan G, & Rannestad, T (red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 199-215). Cappelen Damm.

Hauge, N-P., & Dyregrov, k. (2021). Er vi tilfredse med hjelpeapparatet si støtte til sjølv-mordsetterlatne i dag? I Dyregrov, K., Songe-Møller, V. (red.). *Nye perspektiver på selvmord: sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 186-210). Cappelen Damm akademisk.

Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet- veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* (978-82-8081-234-6). Hentet 25.04.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf/> /attachment/inline/19d2ef7f-fd51-4f9b-83eb-a02d3b691a50:0ed69c301405f473659691591d3aa7cd2d3f0ab6/Etter%20selvmordet%20%E2%80%93%20Veileder%20om%20ivaretagelse%20av%20etterlatte%20ved%20selvmord.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Hentet 22.04.2022 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjerings-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m. v. (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>

Håkonsen. (2014). Psykologi og psykiske lidelser (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Breivne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., Skaug, E.-A & Grimsbø, G. H. (red.). Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utgave., s. 187-235). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., Skaug, E.-A & Grimsbø, G. H. (red.). Grunnleggende sykepleie 1: fag og funksjon (3. utgave., s. 89-138). Gyldendal akademisk.

Lee, E. (2022). Experiences of Bereaved Families by Suicide in South Korea: A Phenomenological Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2969. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052969>

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 & Social Care in the Community*, 18(3), 241–248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00886.x>

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., Skaug, E.-A & Grimsbø, G. H. (red.). Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utgave., s. 407-449). Gyldendal akademisk.

McKinnon, J. M. & Chonody, J. (2014). Exploring the Formal Supports Used by People Bereaved Through Suicide: A Qualitative Study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231–248. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637>

Miers, D., Abbott, D. & Springer, P. R. (2012). A Phenomenological Study of Family Needs Following the Suicide of a Teenager. *Death Studies*, 36(2), 118–133. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553341>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 12.05.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nyseter, C., Røv, I., & Eines, T. F. (2021). Etterlatte etter selvmord har behov for profesjonell hjelp. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 83411, e–83411. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83411>

Rasmussen. (2020). Nye perspektiv på selvmordsforebygging. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140(13). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0708>

Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016a). Helpful and unhelpful responses after suicide: Experiences of bereaved family members. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 418–425. <https://doi.org/10.1111/inm.12224>

Peters, K, Cunningham, C., Murphy, G. & Jackson, D. (2016b). '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*, 25(3), 251–257. <https://doi.org/10.1111/inm.12210>

Soleim, K. R. & Dyregrov, K. (2021). Åpenhet – selvmordsforebyggende og omsorgsskapende? I Dyregrov, K., Songe-Møller, V. (red.). *Nye perspektiver på selvmord: sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 97-116). Cappelen Damm akademisk.

Sveen, C-A. & Walby, F. A. (2008). Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13–29. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13>

Thidemann, M. U. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Vignes, O., Småvik, R. & Skrindo, A. S. (2021). Refleksjonar omkring sjølvordstankar, sjølvordsforsøk og vegen tilbake til livet. I Dyregrov, K., Songe-Møller, V. (red.). *Nye perspektiver på selvmord: sorgstøtte og forebygging hånd i hånd* (s. 137-150). Cappelen Damm akademisk.

Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B. & McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(691), 102–110. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849>

