

Närståendes upplevelser av suicid

Beatrice Håkansson
Jenny Stenvall

Luleå tekniska universitet

Hälsovetenskapliga utbildningar
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Närståendes upplevelser av suicid
– En litteraturstudie

Relatives experience of suicide
– A literature study

Beatrice Håkansson
Jenny Stenvall

Kurs: Examensarbete 10 p
Vårterminen 2006
Sjuksköterskeprogrammet 120 p
Handledare: Åsa Lindström

Närståendes upplevelser av suicid

– en litteraturstudie

Beatrice Håkansson

Jenny Stenvall

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

När någon tar sitt liv så berörs många människor, inte bara inom familjen utan även vänner och bekanta. Livet blir plötsligt förändrat och man måste kämpa för att överleva och orka igenom dagarna. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva de närståendes upplevelser när någon som står en nära begår suicid. Sju vetenskapliga artiklar från åren 1991-2003 som motsvarade syftet granskades med en kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i tre kategorier: Att känna sig ensam, övergiven och stigmatiserad, att känna sorg, chock och ilska och att tryggt kunna gå vidare i livet. Resultatet visade att många närstående upplevde sig ensamma, övergivna och stigmatiserade. Chock och ilska kunde ta sig olika uttryck i sorgen. Det kunde vara kroppsliga uttryck så som andningssvårigheter och problem med magen. Ilskan kunde även riktas mot andra genom att skuldbelägga någon i sin närhet. När de närstående kommit en bit i sin sorg kunde många ändå se tillbaka på personen med glädje och känna en trygghet i att gå vidare.

Nyckelord: Suicid, ensamhet, övergiven, stigmatiserad, sorg, chock, ilska och att tryggt kunna gå vidare i livet.

Sorg är individuell, sorg är genomträngande och kan påverka alla aspekter hos en människa, fysiskt, psykiskt, emotionellt, socialt och andligt. En närståendes dödsfall är ett stressmoment som påverkar hälsan (Jacob, 1993).

Knieper (1999) definierar vad som är "normal" sorg och vad som är den komplicerade sorgen som följer efter suicid, för att dessa människor ska bli förstådda bättre. Han har samlat upplevelser från artiklar i tidningar, intervju med personal inom sjukvården och en anhörig. Genom detta hoppas han att vikten av stöd till dessa människor uppmärksammas och att de känner att sorgen går att ta sig igenom och leva med. Det största lidandet en människa kan uppleva är att någon man älskar dör. Man förlorar inte bara personen fysiskt utan även stödet och kärleken den personen gav. En person som sörjer efter ett suicid kan inte alltid sörja effektivt. Eftersom suicid är så laddat är det svårt för andra människor att närma sig den sörjande med det stöd som ges till andra som förlorat en närstående. När någon dör genom en olycka eller annan tragisk händelse känner ofta den som blivit kvar ilska, tomhet men kan till slut acceptera händelsen.

Sorg definieras som något större än bedrövelse. Bedrövelse är en överväldigande ledsenhet men i sorg ingår ofta bedrövelse men också en hyllning till den som inte finns längre och sorgen är något som alltid finns med oss (Moules, Simonson, Prins, Angus & Bell, 2004).

Vid förlust av en som står en nära sörjer vi alla på olika sätt. Jacob (1993) och Kaunonen, Tarkka, Paunonen & Laippala (1999) rapporterar om känslomässig bedövning, deprimerad, rastlöshet, gråt, förtvivlan, panik, skuld, ilska, likgiltighet och oorganisation. Vidare såg man att chock, förbittring, en önskan att låta den andre leva och själv vara den som dör eller att dö själv så att man kunde vara tillsammans.

Kaunonen, Åstedt-Kurki, Paunonen & Erjanti (2000) såg i deras studie att män och kvinnor är oroliga för olika saker när de blir ensamma. Änkorna är oroliga för hur de ska överleva och har funderingar över saker som har att göra med sjukdomar och döden. Änklingarna funderade även de över hur de skulle kunna överleva och att de tyckte sig vara ensamma men de hade även sorg över att ett långt liv tillsammans var över.

Den senaste tillgängliga statistiken från SCB är från 2003 och publicerades i december 2005 av Socialstyrelsen. Under 2003 tog 1376 personer över 15 år sitt liv. Av dessa var 975 män och 401 kvinnor. Bland pojkar mellan 10-14 år så tog 1 sitt liv under 2003 respektive 2 flickor. Utanför Europa är det svårt att hitta statistik över suicid som är pålitlig på grund av att

dödsorsaksuppgifter ofta inte samlas in på ett systematiskt sätt (Statistiska centralbyrån [SCB], 2006).

De människor som gör suicidförsök skiljer sig i många avseenden från dem som begår suicid. De människor som begår suicid har planerat detta länge och noggrant så att ingen kan komma och ingripa så att det inte skulle bli genomfört. Därför använder de sig oftare av en mer våldsamt metod så som att dränka, hänga eller skjuta sig själv.

Vid ett försök till att begå suicid så är användning av mediciner vanligaste metoden. Det sker impulsivt och suicidförsöket görs under sådana omständigheter så att personen kan få hjälp innan det är för sent (Cullberg, 1999, s.406).

Det kan ligga nära tillhands att tro att de som försöker ta sitt liv vill dö. Men det är sällan motivet är så entydigt. Däremot är det vanligt med att känna tveksamhet och ha en mer eller mindre medveten önskan att få hjälp att orka leva. De motiv som ligger bakom ett självmordsförsök kan vara många: längtan efter att fly bort, hämnd "Jag ska minsann visa dem och de ska få ångra sig", hjälplöshet, desperation och i sista hand kanske en påtryckningsmöjlighet för att hejda en fruktad separation eller förlust (SCB, 2006). Cullberg (1999) skriver att varje suicid är ett resultat av en rad bakomliggande orsaker. Det är viktigt att skilja mellan bakomliggande faktorer och utlösande faktorer (s.406). Utlösande faktorer kan vara förluster. En förlust kan vara ett förhållande som inte längre fungerar eller frånvaron av kärleks- eller kompisförhållanden (Cullberg, 1999, s.408).

I en studie räknade man att varje person som tar sitt liv har cirka 20 närstående runt omkring sig (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003). Om man räknar 1500 personer per år gånger 20 närstående så hamnar man på ett antal av 30 000 personer som varje år berörs av ett suicid.

Enligt Hawton och Simkin (2003) är ett självmord bland det mest traumatiska som man kan uppleva och det faktum att någon begått suicid gör att sorgen och den smärtsamma förlusten blir förlängd. De familjemedlemmar som blir kvar tvingas att handskas med att en familjemedlem har begått suicid och försöka förstå varför denna valt att avsluta sitt liv.

Sjuksköterskan möter i sin yrkesroll människor som sörjer efter ett suicid. Kunskap och förståelse för hur de närstående upplever sin situation ger ett bättre möte. En sjuksköterska bör kunna möta närstående som sörjer av olika orsaker. Att vara förstående och veta hur en person upplever sin omvärld är lika viktig vid en trafikolycka med dödlig utgång som vid ett suicid.

Det finns redan ett stort utbud om risker och prevention för suicid. Vår strävan är att detta arbete ska ge sjuksköterskan en ökad förståelse i sitt möte med de som blir kvar när en människa tar sitt liv. Vid suicid drabbas många närstående och sjuksköterskan bör kunna bemöta dessa och känna att hon gör rätt. Att på detta sätt påvisa hur närstående tänker och deras känslor ger sjuksköterskan ett underlag för ur hon ska agera i mötet med dessa människor. Därför är vårt syfte med denna litteraturstudie att beskriva de närståendes upplevelser när någon som står en nära begår suicid

Metod

Litteratursökning

Via databaser utfördes sökning av vetenskapliga artiklar. De databaser som använts är Academic Search, Psycinfo, Cinahl och PubMed. Sökorden var: Suicide, Grief, Bereavement, Family, Nurse, Nursing, Experience och Qualitative. Genom att kombinera dessa på olika sätt så fick vi fram artiklar som stämde med vårt syfte. Även manuell sökning gjordes via referenser i funna artiklar. Totalt resulterade litteratursökning till 30 artiklar. Av dessa så fann vi 6 som motsvarade vårt syfte. Dessa presenteras i tabell 1.

Analys

De vetenskapliga artiklarna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys är en forskningsmetod som gör att man på ett systematiskt och objektivt sätt validera data för att kunna beskriva fenomenet. Att tolka innehållet med manifest ansats innebär att man strävar efter att beskriva innehållet med exakthet och utan egna tolkningar. Innehållsanalys passar som forskningsmetod för att analysera muntlig, visuell och skriven data (Downe-Wamboldt, 1992).

Artiklarna som motsvarade syftet lästes igenom. Detta gjordes flera gånger för att få en djupare inblick och förståelse för innehållet. Textenheter togs ut som motsvarade syftet och översattes sedan till svenska. Sedan gjordes en kondensering med strävan att vara så textnära som möjligt. Kondenseringen lästes igenom och jämfördes med originaltexten.

Kondenseringarna fördes samman till flera kategorier. Kategorier med liknande innehåll sammanfördes med varandra. Detta pågick tills det inte gick att sammanföra ytterligare kategorier. Därefter lästes texterna igenom för att fastställa reliabilitet och validitet. Resultatet presenteras sen med en kritisk reflektion (Burnard, 1991).

Artiklarnas kvalitet bedömdes genom granskning av problemformulering, urval, metod, kommunikerbarhet samt huvudfynd. Det innebär att man ser om syftet med studien är tydligt

angivet och om det är relevant. Man ser även om kvalitativ metod är lämplig att använda för att uppnå syftet. Urvalsförfarandet ska även vara tydligt presenterat och var datainsamlingen utfördes och varför. Beskrivning om hur insamlingen gick till skall vara beskrivet.

Analysarbetet ska även vara tydligt beskrivet och hur tillförlitligheten av analysen kontrollerats. Slutligen så ska resultatet granskas genom att se om det som kommit fram verkar rimligt och välgrundat. Bedömning av artiklarnas kvalitet gjordes enligt skalan bra, medel och dålig (Willman & Stoltz, 2002, s.122-123).

Tabell 1. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=7)

Författare, År	Typ av studie	Deltagare	Metod	Huvudfynd	Kvalitet
Cleiren, Grad,Zavasnik & Diekstra, 1995	Kvalitativ	85 närstående	Intervju, Fenomenologi	Sorg skiljer sig inte mellan olika länder och att sorgen uttrycker sig på samma sätt	Medel
Demi & Howell, 1991	Kvalitativ	17 närstående	Intervju, Grounded theory	Barn till suicidoffer upplevde smärta. De hade inte tagit itu med händelsen och det påverkade vuxenlivet.	Bra
Fielden, 2003	Kvalitativ	12 närstående	Intervju, Hermeneutik fenomenologi	Fyra huvudmodeller för vilka stadier en människa går igenom vid sorg.	Bra
McIntosh, & Kelly, 1992	Kvantitativ	174 närstående	Enkät, Statistisk analys	Sorgen vid suicid skiljer sig inte mycket från sorg vid olyckor och naturlig död	Medel
Pietilä, 2002	Kvalitativ	16 medverkande	Intervjuer, MCD, Membership categorization device.	Att ha någon att prata med, en grupp människor med samma erfarenhet är betydelsefullt	Bra
Provini, Everett & Pfeffer, 2000	Kvalitativ	227 medverkande	Intervjuer med tematiserade grupper, innehållsanalys.	Närståendes behov av stöd.	Medel
Van Dongen, 1991,a	Kvalitativ	35 Närstående	Intervjuer, Grounded theory	De närstående upplevde att deras liv blivit förändrat på många sätt.	Bra

Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier (Tabell 2). Kategorierna beskrivs i löpande text med referenser och exemplifieras med citat från de vetenskapliga artiklarna som ingår i studien.

Tabell 2. Översikt av kategorier (n=3)

Kategorier

Att känna sig ensam, övergiven och stigmatiserad

Att känna sorg, chock och ilska

Att tryggt kunna gå vidare i livet

Att känna sig ensam, övergiven och stigmatiserad

Känslorna vid suicid var ofta mer omfattande än vid ett naturligt dödsfall. Känslorna av ensamhet förstärktes och man kände sig övergiven av den person som valt att avsluta sitt liv. Känslan av att vara ensam och övergiven var mycket vanlig, speciellt bland barn som förlorat sina föräldrar. De hade ofta ingen som kunde i klä sig rollen som förälder och därigenom ingen som kunde möta deras behov (Demi & Howell, 1991). De invanda vardagsrutiner som fanns i familjen gick inte länge att hålla kvar vid. Det skapade en känsla av att inte länge vara en sammansvetsad familj utan att vara ensam och övergiven (Provini, Everett & Pfeffer, 2000).

"I view the period of time during the year after my mother's death as the loneliest time of my life" (Demi & Howell, 1991, s.352)

Känslan av ensamhet förstärktes när ekonomin försämrades på grund av utebliven inkomst från den avlidne samt om den närstående inte klarar av att gå till arbetet (Provini, Everett & Pfeffer, 2000).

Bland de överlevande fanns sorg och ofta starka känslor av förlust. De kände sig ensamma och övergivna då de var tvungna att hantera suicidet själv. När någon tar sitt liv så sker det oväntat, plötsligt och ofta brutalt. De närstående hade en svår uppgift med att fortsätta sitt liv och återgå att skapa en ny vardag utan den avlidne. För att lättare kunna fungera i vardagen den närmaste tiden efter suicidet så försökte närstående av att hålla sig sysselsatta. Detta kunde bestå av att praktiskt planera begravningen eller genom andra praktiska göromål. Genom att finnas till för de närstående och ge en möjlighet att få prata om händelsen skapar en känsla av lättnad över att någon vill lyssna (Fielden, 2003; Provini, Everett & Pfeffer, 2000; Pietilä, 2002).

" Having to deal with the suicide all alone is absolutely horrific" (Pietilä, 2002)

I flera studier (Demi & Howell, 1991; McIntosh & Kelly, 1992; Van Dongen, 1991a; Fielden, 2003) rapporterade de närstående att de fick svårigheter i sitt sociala liv. Speciellt kvinnor kände sig utstötta vid sociala tillställningar.

"It was very difficult in a social group; it's not ideal to turn around and say to people your son's suicide...I mean...it's not great thing to talk about in a social situation" (Fielden, 2003, s.77)

Många av de närstående upplevde behov av att avskärma sig, att vara ifrån sin familj och andra människor. Det hjälpte dem att få distans till det hela och en chans att komma tillbaka till det liv de var vana vid, fast utan den avlidne. De människor som de kände stod dem närmast och som de trodde att de kunde lita på var ofta oförstående inför den situation som de stod inför (Fielden, 2003).

Känslan av att vara stigmatiserad uttrycktes i många studier (Demi & Howell, 1991; Fielden, 2003; McIntosh & Kelly, 1992; Van Dongen, 1991a). De använde sig av uttryck som att skämmas och att känna sig stämplade. För att undgå stigmatisering undvek de att vara öppna mot andra människor om vad som hänt i deras familj. Detta gjorde att man undvek situationer med följdfrågor och kommentarer. Även inom familjen fanns det svårigheter att prata om händelsen.

" I was uncertain about weather to reveal my status as a survivor and how to answer potential questions related to the death" (Van Dongen, 1991a, s.377)

Att känna sorg, chock och ilska

De närstående berättade att deras sorg tog sig fysiska uttryck. Att skrika, gråta okontrollerat, vara arg och få utbrott var vanligt. Huvudvärk, kräkningar, andningssvårigheter och problem med magen var fysiska problem som följde. Andra kroppsliga upplevelser var att de kände sig som om de var helt tomma, omtumlade, drogade och utanför sin kropp. Dessa upplevelser kunde vara från flera veckor till flera år och visar djupet av den känslomässiga sorg de upplever (Diedrich & Warelou, 2002; Fielding, 2003).

De första dagarna efter suicidet så upplevde de chock och förnekelse. Detta hjälpte dem att bli isolerade från den hårda verkligheten som inträffat (Van Dongen, 1991a). Att förneka det inträffade gjorde att de inte behövde ta itu med sina känslor (Demi & Howell, 1991).

"I just refused to deal with it all. I knew all the facts of the suicide, but I didn't want to talk or even think about it, so I pushed it out of my mind" (Demi & Howell, 1991, s. 353)

Allt eftersom chocken släppte kom frågorna om varför detta har hänt och känslan av orättvisa. Att reagera på sorgen med omedvetenhet om omvärlden var vanligt förekommande. Det kunde vara sådant som att läsa en bok men inte veta vad man läser, eller att känna sig som den enda människan på en plats där det är fullt med andra personer (Van Dongen, 1991a).

Ilska var en vanlig reaktion från de närstående. Ilskan riktades mot den som begått suicid men även mot andra familjemedlemmar. Konflikter inom familjen uppkom ofta på grund av känslor som ett suicid medför. Ilskan kunde även riktas mot olika yrkesgrupper som anses ha misslyckats, så som läkare, polis och ambulanspersonal. Den kunde även riktas mot omgivningen som vänner, skolkamrater eller arbetsplats (McIntosh & Kelly, 1992; Pietilä, 2002; Demi & Howell, 1991).

“My reaction to the suicide was and still is a lot of anger towards my brother for being such a schmuck” (Demi & Howell).

Att skylla det som hänt på någon annan låg nära till hands. Förtvivlan bidrog till ilskan och frustrationen över dödsfallet. Detta gjorde att man gärna skuldbelagde andra för att få en anledning till det inträffade. Nästa steg var att skuldbelägga sig själv för att inte ha kunnat förhindra det fruktansvärda (McIntosh & Kelly, 1992; Pietilä, 2002).

Skuld och rädsla hör ofta ihop. Tanken på att ha skuld i det fruktansvärda som hänt gav en stark rädsla som den närstående får bära med sig (Fielden, 2003). Många uttryckte sin rädsla för att de själva någon gång skulle kunna begå suicid, att det skulle vara genetiskt (Demi & Howell, 1991).

“I’ve always been scared that I’ll commit suicide because it’s so familiar” (Demi & Howell, 1991, s.352)

Att tryggt kunna gå vidare i livet

Många fann trygghet när de fick chansen att ta farväl genom att se kroppen och även vara med och klä personen inför begravningen. De såg på den handlingen som ett sista bevis på deras kärlek (Fielden, 2003).

Sorg är en process och inte en slutstation enligt många närstående. Tanken med att sörja är att kunna minnas, förstå förändringar som kommer med förlusten och bestämma sig för hur man ska kunna ta sig tillbaka till livet. De närstående uttryckte behov av att få hjälp från familj, vänner och professionella för att få ett avslut. Det ansågs viktigt att få en förklaring till varför personen begick suicid för att klara av att gå vidare i livet, men det fanns även närstående som inte ansåg sig behöva hjälp från utomstående. Att få hjälp av professionella för att kunna

förklara för inblandade barn vad som hänt var ett behov som ofta fanns. (Demi & Howell, 1991; Fielden, 2003; Provini, Everett & Pfeffer, 2000).

Att drömma var ett sätt för de närstående att få ett avslut. Att i drömmen få åter möta den avlidne kan ge en känsla av trygghet och vetskap om att de har det bra (Fielden, 2003).

” Whenever I slept I would a lot - the dreaming helped me feel better and gave me a chance to say goodbye, which I hadn't been able to do before he died” (Fielden, 2003).

Närstående som levt med sorg en längre tid berättade att det kom en punkt då de kunde sätta sin intensiva sorg åt sidan för att fokusera på och lägga sin energi på att leva, planera för framtiden och ha möjlighet att känna lycka och ha roligt igen (Fielden, 2003). Ett annat tecken på att de hade kommit väldigt långt i sin sorg var att de inte längre tänkte på personen konstant, utan kunde tänka en eller två gånger per dag och minnas personen med glädje (Fielden, 2003). De närstående använde sig av arbetet för att hantera sorgen. Att vara upptagen med arbete ansåg många bidrog till att känslorna kom fram lite i taget istället för allt på en gång (Demi & Howell, 1991, s.353).

”The other thing that probably really got me through it was work” (Demi & Howell, 1991, s.354)

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva närståendes upplevelser när någon har begått suicid. Analysen resulterade i tre kategorier, Att känna sig ensam, övergiven och stigmatiserad, att känna sorg, chock och ilska och att tryggt kunna gå vidare i livet.

I kategorin att känna sig ensam, övergiven och stigmatiserad var känslan av ensamhet och övergivenhet vanlig hos dem som drabbats av suicid, men det har även visat sig att närstående till dem som dött av naturliga orsaker, mord och olyckor har även känt sig ensamma (Silverman et al. 1994). Van Dongen (1991b) skriver även om hur hon sett att de närstående berättat att de tomrum som lämnats efter personen som begått suicidet var enormt.

Familjemedlemmar var väldigt omtänksamma mot varandra och ville att alla skulle dela med sig av sina känslor. Men allt eftersom tiden gick uppstod rädsla för att de skulle orsaka smärta hos någon annan i familjen så därför så slutade man att prata om händelsen och då så uppstod känslor av ensamhet bland familjemedlemmarna. Hon skriver även att de närstående upplever som att de har blivit övergivna och att det är deras ansvar att städa upp efter personen som begått suicid.

Suicid var en stigmatiserande händelse och det fick till följd att de närstående drog sig undan andra människor. Silverman, Range & Overholser (1994) såg att närstående till någon som begått suicid kände sig i större grad stigmatiserade än de närstående som förlorat någon i en olycka, mord eller som dött av naturliga orsaker. Närstående upplevde sig stigmatiserade upp till ett år efter suicid och det ser ut att vara likadant runt om i världen. Van Dongen (1991b) skriver att närstående kände sig obekväma i sociala situationer och om någon började prata om personen eller händelsen. Att prata om händelsen eller personen var smärtsamt men det gick lättare om det var den närstående själv som tagit upp ämnet och själv bestämde att prata om dem när det hade ett behov av det.

I dag är det en större öppenhet i samhället och det har blivit lättare att prata om sådana svåra saker. Förr fördömde kyrkan suicid och närstående var inte välkomna dit. Bland ungdomar i dag är det vanligt att samlas och prata om det som hänt när en jämnårig begått suicid (Grad, Clark, Dyregrov & Andriessen 2004). Genom att visa medmänsklighet och omsorg för närstående som drabbats gör att närstående känner sig mindre stigmatiserad och det kan bidra till att de kan känna att de har ett stöd i samhället.

Att få följdproblem på grund av sin sorg var vanligt. Dessa kunde uttrycka sig fysiskt. Valente, Judith, Saunders & Street (1988) och Van Dongen (1991b) skriver att somatiska problem förekom bland de närstående efter ett suicid. Valente et al. (1988) skriver dock att de funnit att detta problem kunde pågå i ett eller två år efter händelsen. Enligt Van Dongen (1991b) och Silverman et al. (1994) var det även vanligt att närstående blev deprimerade och i vissa fall kunde detta tillstånd hålla i sig i flera månader efter suicidet. I de familjer där man inte förstod att något sådant skulle inträffa var det svårt att förstå det som hänt. De var tvungna att själva söka svar på hur tankar på ett suicid kan uppstå och därigenom kunna få en del av de svar som de sökte.

Känslan av chock var vanligt bland de närstående. Många upplevde sig som hysteriska till en början för att sedan oavbrutet gråta i flera dagar. Detta kunde hålla i sig i fler månader.

De närstående kunde känna sig arga på den person som begått suicid men oftast riktades ilskan mot en själv för att de inte uppmärksammat att den personen hade dessa tankar. Van Dongen (1991b) skriver att det var vanligt med ilska bland de närstående. Något som hon sett var dock att de närstående som kände skuld över det inträffade var de som hade uppmärksammat att personen varit disträ och att de kunde i efterhand se tecken på vad som skulle hända. De som kände mindre skuld för det inträffade och som även kunde sakna skuld

var de närstående som var ovetande om det som skulle hända eller som ansåg att personen förr eller senare kommer att lyckas begå suicid.

För att kunna hitta tillbaka till ett fungerande liv upptäckte de att det fanns vissa saker som de kunde göra för att hjälpa sig själva till den platsen. Det kunde vara att på något sätt acceptera det som hänt och att inte klandra sig själv. Det var även viktigt för dem att till en del ha formulerat förståelse varför detta hade hänt och få någon form av förståelse att det inte fanns några svar till varför det hade hänt. Att vara öppen och ärlig om orsaken till dödsfallet på jobbet och bland vänner och familj gjorde att många lättare kunde gå vidare i sin sorg. Genom att vara ärlig om vad som hänt förhindrades osanna rykten (Grad et al. 2004).

Sjukvårdspersonal bör vara aktiv i sin kontakt med de närstående. Någon som känner till familjen eller som varit involverad i suicidet bör vara den som erbjuder sin hjälp till de närstående. Som sjukvårdspersonal bör man ha kunskap om suicid och sorg och kunna på ett naturligt sätt prata med närstående om detta. Närstående har uttryckt sitt missnöje och sin ilska över att sjukvårdspersonalen inte visat omsorg om dem. De säger att det är viktigt att sjukvårdspersonalen förstår att de behöver få tillräckligt med tid avsatt då de ska prata om det som har hänt, de vill inte känna sig stressade eller få känslan av att personalen vill vara någon annanstans. Det är även viktigt att som sjukvårdspersonal informera om vad som den närstående kommer att känna och uppleva under en sorgprocess (Van Dongen, 1991b).

Enligt en studie gjord i Australien, Norge och Belgien förväntade sig närstående att sjukvårdspersonal hade kunskap om suicid, att inte vara fördömande och de förväntade sig medlidande. Tyvärr ansågs det finnas stora brister och att detta inte alltid var fallet. När sjukvårdspersonal fick frågan ansåg de inte heller att de hade kunskap och erfarenhet att bemöta dessa människor (Grad et al. 2004). Om sjukvårdspersonal anser att de inte har kunskap för att hjälpa de närstående så bör någon som är mer lämplig kontaktas. Det kan röra sig om en präst eller någon annan som fått utbildning i att stödja sörjande människor (Van Dongen, 1991b).

I en studie där kvinnor förlorat sina män i suicid har man konstruerat en grupp som träffats en gång i veckan i åtta veckor. Syftet med den studien var att ge sjuksköterskor vägledning i hur man bemöter människor i den här situationen. Man kom fram till att det behövs möjlighet att prata och berätta om sina tankar och känslor på deras egna villkor, det vill säga hur mycket eller hur lite de själva ville. De kom fram till att man bör ge utrymme för att uttrycka ilskan som ofta kommer och tala om att det är normala reaktioner. Att berätta om litteratur i ämnet och informera och erbjuda sin hjälp med att förmedla kontakter till stödgrupper och

professionell hjälp. Det var även viktigt att vänner och bekanta fortsatte att höra av sig även om man inte orkade med besök eller att prata med någon den första tiden. Ett vykort eller ett telefonsamtal lite då och då hjälpte mycket. Att någon erbjuder sig att hjälpa till med praktiska göromål underlättade också situationen (Smith, Mitchell, Bruno & Constantino, 1995). De närstående känner är att de människor som är mest hjälpsamma är de som inte frågar en massa frågor utan låter de närstående själva uttrycka sina känslor (Van Dongen, 1991b).

I en studie framkom hur de närstående upplevde att de blivit bemötta. De upplevde att andra människor undvek dem genom att snabbt gå över gatan innan de möts, uteslutit den avlidne i konversationer eller helt avstått från att nämna det som hänt. Många upplevde också att så kallade goda råd var något som utomstående gärna gav men som inte uppskattades. ”*Du måste gå vidare med livet*”, ”*Du måste städa ur hans rum nu*” och ”*ska du verkligen gå till graven så ofta*” var sånt som upplevdes tanklöst att säga (Grad et al. 2004)

Enligt Graneheim och Lundman (2004) och Holloway och Wheeler (2002, s. 250-255) kan man på olika sätt styrka en studies trovärdighet. Genom att på ett detaljerat sätt beskriva analysen kan läsaren följa processen i arbetet. De vetenskapliga artiklarna som använts i analysen beskriver upplevelser av suicid på ett likvärdigt sätt i alla artiklarna vilket stärker trovärdigheten ytterligare. Trovärdigheten kan styrkas med citat från den ursprungliga brödtexten, men även genom att redovisa metod och artiklar ingående. Genom att låta deltagarna läsa det man kommit fram till för att se om de känner igen sig i texten eller genom att låta medarbetare och experter läsa igenom arbetet ökar överförbarheten. Resultatet ska kunna överföras på andra studier och tillämpas på andra deltagare. Genom att använda sig av tydlig referensteknik gör att läsaren kan hitta ursprungskällan till den fakta som arbetet grundar sig på.

Av de artiklar (n=7) som ingick i den här litteraturstudien var en kvantitativ. Valet att använda den grundade sig på att den motsvarade vårt syfte och att den beskrev upplevelsen av suicid. Man kan diskutera om detta verkligen är rätt metod för att få fram hur de närstående upplever sin situation. I många kvantitativa studier gör enkäter inte rättvisa åt att beskriva upplevelser, men i denna studie fann vi att de på ett tydligt sätt fått fram människors upplevelser av suicid. För att kvalitativ innehållsanalys ska vara trovärdig krävs det att forskaren har gjort ett grundligt metodarbete och varit textnära och inte tappat viktig information på vägen. När artiklarna är skrivna på engelska kan det vara svårt att göra en korrekt översättning av texten.

Slutsatser

Statistik om suicid finns det mycket av (SCB). Närståendes upplevelser är det svårare att hitta. I denna studie fann vi att de närstående upplevde sig ensamma och övergivna av både den som begått suicid och av i sin omgivning. Olika faktorer förstärkte dessa känslor så som att förlora ett barn eller en förälder. Även brister i ekonomin och vänner som undvek dem bidrog. Efter ett suicid så förändras vardagen drastiskt. En del höll sig sysselsatta för att slippa alla känslor medan andra avskärmade sig från andra människor för att själva bearbeta händelsen och få en distans till det hela. Stigmatisering uttrycktes i många studier. Att skämmas och känna sig stämplad gjorde att man undvek situationer med följdfrågor och kommentarer. Chock och ilska var vanliga reaktioner bland närstående. Ilskan riktades mot den som begått suicid men även mot andra i sin omgivning. Att skylla på någon annan kan vara enkelt för att få en andledning till det inträffade. Men vanligast var att skuldbelägga sig själv för att inte varit tillräckligt uppmärksam på signaler om vad som skulle ske. Genom aktivt deltagande i förberedelser för begravningen upplevde många som en hjälp för att tryggt kunna gå vidare. Många behövde hjälp från familj och utomstående för att få en förklaring till det inträffade. Att inte tänka på den avlidna konstant och kunna tänka tillbaka på personen med glädje ansågs som att ha kommit långt i sin sorgeprocess.

För sjuksköterskans omvårdnadsarbete är det viktigt att ha kunskap om hur dessa människor känner det och vill bli bemötta. I Sverige berörs årligen många människor av suicid. Detta gör att sjuksköterskan med stor säkerhet någon gång i sitt yrkesverksamma liv träffar på någon i den situationen. Vi hoppas att sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor som läser denna litteraturstudie känner ett intresse att fördjupa sina kunskaper på detta område. Vårt arbete visar att närstående saknar kunskap och förståelse hos vårdpersonal. Önskvärt vore utbildning och vägledning på sjukhus och vårdcentraler.

Något som kommit fram väldigt tydligt under arbetets gång är vikten av att ge närstående den tid de behöver. Tyvärr är tid en bristvara inom vården idag. Därför är det viktigt att ta vara på den tid som ges och vara engagerad i just den personen som sitter framför. Varje människa är unik och därför reagerar och hanterar alla sin sorg på olika sätt.

Referenser

* Ingår i resultatet.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*, 11, 461-466.

*Cleiren, M.P.H.D., Grad, O., Zavasnik, A., & Diekstra, R.F.W. (1995). Psychosocial impact of bereavement after suicide and fatal traffic accident: a comparative two-country study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 37-44.

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.

*Demi, A.S., & Howell, C. (1991). Hiding and healing: resolving the suicide of a parent or sibling. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 350-356.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, sids and accidents. *Death studies*, 27, 143-165.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

*Fielden, J.M. (2003). Grief as a transformative experience: Weaving through different life-worlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 74-85.

Grad, O.T, Clark, S., Dyregrov, K., & Andriessen, K. (2004). What helps and what hinders the process of surviving the suicide of somebody close? *Crisis*, 25, 134-139.

Hawton, K., & Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide. *British Medical Journal*, 327, 177-178.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

Jacob, S. R. (1993). An analysis of the concept of grief. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1787-1794.

Kaunonen, M., Tarkka, M-T., Paunonen, M., & Laippala, P. (1999). Grief and social support after the death of a spouse. *Advanced Nursing*, 30, 1304-1311.

Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Paunonen, M., & Erjanti, H. (2000). Death in the Finnish family: Experiences of spousal bereavement. *International Journal of Nursing Practice*, *6*, 127-134.

Knieper, C. (1999). The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *29*, 353-364.

*McIntosh, J.L., & Kelly, L.D. (1992). Survivors' reactions: suicide vs. other causes. *Crisis*, *13*, 82-93.

Moules, N.J., Simonson, K., Prins, M., Angus, P., & Bell, J.M. (2004). Making room for grief: walking backwards and living forward. *Nursing Inquiry*, *11*, 99-107.

*Pietilä, M. (2002). Support groups: a psychological or social device for suicide bereavement? *British Journal of Guidance & Counselling*, *30*, 401-414.

*Provini, C., Everett, J., & Pfeffer, C. (2000). Adults mourning suicide: self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behaviour. *Death Studies* *24*, 1-19.

Silverman, E., Range, L., & Overholser, J. (1994). Bereavement from suicide as compared to other forms of bereavement. *Omega*, *30*, 41-51.

Smith, B.J., Mitchell, A.M., Bruno, A.A., & Constantino, R.E. (1995). Exploring Widow's Experiences after the Suicide of Their Spouse. *Journal of psychosocial Nursing*, *33*, 10-15.

http://www.ki.se/suicide/sm_sverige_total.html

*Van Dongen, C.J. (1991a). Experiences of family members after a suicide. *The Journal of Family Practice*, *33*, 375-380.

Van Dongen, C.J. (1991b). Survivors of a family member's suicide: implications for practice. *American Journal of Primary Health Care*, *16*, 31-39.

Willman, A., & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.