



Suicid: upplevelser och erfarenheter utifrån ett anhörigperspektiv

Relatives' Lived Experience of Suicide

Sandra Bergström
Emelie Josefsson
Caroline Persson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad 61-90 hp
Ht 2007

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Titel	Suicid: upplevelser och erfarenheter utifrån ett anhörigperspektiv
Författare	Sandra Bergström, Emelie Josefsson, Caroline Persson
Sektion	Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Ing-Marie Carlsson, Universitetsadjunkt
Examinator	Kärstin Bolse, Universitetsadjunkt
Tid	Höstterminen 2007
Sidantal	17
Nyckelord	Anhöriga, sorg, suicid, upplevelser
Sammanfattning	<p>Suicid är ett globalt förekommande problem och en av de tre vanligaste dödsorsakerna bland människor 15-44 år. Patienter inom somatisk vård som lider av ångest och depression till följd av sin sjukdom, löper förhöjd risk att utveckla suicidalt beteende. Anhöriga befinner sig i en svår situation och de behöver stöd, särskilt eftersom de själva löper högre risk att begå suicid. Sorg till följd av förlust är en normal känslomässig reaktion som kräver bearbetning för att hanteras. I denna process bör sjuksköterskan vara ett stöd och därmed främja de anhörigas hälsa och lindra deras lidande. Syftet med studien var att belysa anhörigas upplevelser och erfarenheter när någon nära försöker begå eller har begått suicid. Studien genomfördes som en litteraturstudie. Hos de anhöriga uppstod inre kaos med känslor som skuld, skam, ilska, lättnad, ensamhet och isolering. Det var svårt att finna mening och de anhöriga önskade ofta professionellt stöd i hanteringen av sin sorg. För att minska ohälsan hos denna grupp har sjuksköterskan en viktig roll i att bekräfta deras upplevelse. Genom ökad förståelse och större kunskap kring anhörigas upplevelser och erfarenheter kan sjuksköterskan skapa en större handlingsberedskap och på så vis arbeta suicidpreventivt. Vidare forskning behövs om hur anhöriga önskar bli bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal samt vilken sorts kompetensutveckling som kan påverka det professionella bemötandet.</p>

Title Relatives' Lived Experience of Suicide

Author Sandra Bergström, Emelie Josefsson, Caroline Persson

Department School of Social and Health Science, Halmstad University, Box 823, S - 301 18 Halmstad, Sweden

Supervisor Ing-Marie Carlsson, Lecturer

Examiner Kärstin Bolse, Lecturer

Period Autumn 2007

Pages 17

Keywords Bereavement, experience, relatives, suicide

Abstract Suicide occurs around the globe and is the third most common cause of death among people 15 - 44 years old. Patients in somatic care have an increased risk of developing suicidal behaviour because of their anxiety and depression due to their disease. Relatives also run an increased risk of carrying out a suicidal act and need immense support through this difficult period. Bereavement is a normal emotional reaction and requires a long process to be managed. The nurse has a big responsibility in this process as his or her support promotes the survivors' wellbeing and alleviates their suffering. The aim of this literature study was to describe and clarify the relatives' lived experiences when a beloved one tries to carry out an act or has carried out an act of suicide. In the study, relatives struggled with internal confusion, and feelings including shame, blame, anger, relief, loneliness and isolation. Relatives found it hard to see the meaning of life and often requested professional help to be able to handle the bereavement. The nurse has an important role in assessing the relatives' situation in order to increase the wellbeing of this population. The nurse can prevent suicide through increased understanding and greater knowledge of the relatives' experiences. Further research is required regarding how relatives' would like to be treated by health care professionals.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Suicidprocessen	2
Suicidnära personer	2
Sorg	2
Beskrivning	2
Sorgbearbetning	3
Stöd till anhöriga	4
Sjuksköterskans funktion	5
Syfte	5
Metod	6
Datainsamling	6
Databearbetning	7
Resultat	8
Att uppleva inre kaos	8
Ensamhet och isolering	9
Att finna mening	10
Behov av stöd	11
Att kunna gå vidare	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	13
Konklusion	17
Implikation	17

Referenser

Bilagor

Bilaga I: Bedömning av kvalitativ artikel

Bilaga II: Bedömning av kvantitativ artikel

Bilaga III: Sökhistoria

Bilaga IV: Artikelöversikt

Inledning

”Sorgen är enskild och personlig, sorgen är bara din.” (Malmsten, 2005).

Ungefär var fjortonde sekund begås ett suicid någonstans i världen (WHO, 2007a). Enligt Socialstyrelsens (2007) preliminära statistik tog drygt 1100 personer i Sverige sitt liv under 2006. Detta kan vi jämföra med de 334 som omkom i trafiken samma år (Vägverket, 2007).

Suicid förekommer i alla delar av världen och har funnits i alla tider. Samhällets sätt att förhålla sig till suicid grundas på historiens utveckling från det att det var tabubelagt, undantryckt och rent olagligt till dagens något mer fria inställning (Beskow, 1994). Därmed börjar en ökad medvetenhet om suicid som ett folkhälsoproblem växa fram. För varje individ som begår suicid efterlämnas förkrossade familjer och vänner med en sorg som kan vara i flera år (WHO, 2007b). Anhöriga befinner sig i en svår situation där allt stöd som ges vanligen uppfattas som positivt. Störst risk att anhöriga ska känna sig utstötta och isolerade föreligger då de inte erbjuds möjligheten att delta i vården, ge och ta emot information samt få råd och stöd (Socialstyrelsen, 2003).

Beskow (1995) betonar att kunskap om suicid och suicidprevention måste uppmärksammas bland hälso- och sjukvårdspersonal, då den som möter en suicidnära individ bör vara förberedd att arbeta suicidpreventivt. Eftersom efterlevande själva löper högre risk att utveckla suicidalt beteende efter en anhörigs suicid bör det alltid ses som en krissituation, där de anhöriga bemöts med omedelbara professionella insatser.

Bakgrund

Suicid är ett begrepp som härstammar från latinets ”su” som betyder sig själv och ”ca” som betyder mord. Suicid definieras som en avsiktlig självdestruktiv handling som leder till döden (Nationalencyklopedin, 2007a). Det är en medveten, frivillig och ofta planerad sista flyktväg för att få ett definitivt slut på ångest och lidande (Durkheim, 1993 [1897]; Kåver, 2007). Med suicidal menas det som gäller självmord (Nationalencyklopedin, 2007b) och suicidera att begå självmord (Nationalencyklopedin, 2007c). Suicidologi är läran om självmordstankar, självmordsförsök och självmord, som ligger till grund för suicidprevention (Beskow, 1995). Fortsättningsvis används begreppet suicid när det gäller självmord.

Globalt är suicid en av de tre vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen 15-44 år hos både män och kvinnor. Varje dag begår nästan 3000 människor suicid och då är suicidförsök inte inräknade i dessa siffror, eftersom de är 20 gånger så vanliga som fullbordade suicid. Under

de senaste 50 åren har suicidantalen ökat med ca 60 procent (WHO, 2007a; WHO, 2007b). Det är vanligare att män, jämfört med kvinnor, begår suicid. Dock har antalet unga kvinnor mellan 15-24 år som vårdats inom slutenvård i Sverige på grund av avsiktliga självdestruktiva handlingar ökat. Någon liknande ökning hos övriga åldersgrupper syns inte (Folkhälsoinstitutet, 2007). Enligt Världshälsoorganisationen [WHO] (2007a) är psykisk ohälsa, särskilt depression och drogmissbruk, nära förenat med fler än 90 procent av alla suicidfall. Kriser inom familjen samt ekonomiskt svåra perioder är komplexa sociokulturella faktorer som påverkar suicidantalen negativt.

Suicidprocessen

De flesta människor har eller kommer någon gång i livet fundera på att ta sitt liv, men långt ifrån alla driver tanken till handling (Kåver, 2007). Enligt Socialstyrelsen (2003) är den suicidala processen det förlopp en suicidnära individ genomgår från den första suicidtanken till fullbordat suicid. Hur förloppet ser ut varierar beroende på den individuella sårbarheten samt vilka yttre och inre stressfaktorer som påverkar individen.

Suicidnära personer

Med suicidnära personer menas människor som nyligen försökt ta sitt liv, bedöms vara i riskzonen för eller har tankar på suicid. Med suicidförsök menas ett beteende som syftar till att försöka sätta livet på spel, eller få det att se ut som det, men som inte leder till död. De personer som är suicidbenägna innehar ofta tidigare erfarenheter samt personliga och genetiska påverkansfaktorer, som tillsammans med kriser och sociokulturella svårigheter blir för mycket att bära (Beskow, 1995). En sorts kris som kan föranleda ökad suicidrisk är att drabbas av sjukdom. Patienter som vårdas inom somatisk vård har förhöjd suicidrisk relaterat till förekomst av depression och ångest (Socialstyrelsen, 2003).

Sorg

Beskrivning

Svenska institutet för sorgbearbetning definierar sorg som: ”*en normal och naturlig känslomässig reaktion vid en förändring av ett välkänt livsmönster.*” (Magnusson, 2006, s.2). Sorg gör ont och är en stark upplevelse. Även om sorg tar sig olika uttryck, är det alltid svårt och påfrestande att vara sörjande (Gyllenswärd, 1999). Att känna sorg är en form av kris efter en traumatisk upplevelse. När någon förlorat en anhörig ställs höga krav på anpassning, då ett nytt liv utan den avlidne ska accepteras. Det är en stor omställning

med den stigmatisering som sker då omgivningen ser personen som sörjande och inte riktigt vet hur de ska hantera situationen. Detta kan leda till att den sörjande känner sig ensam och isolerad (Ottosson, 2007; SPES, 2007). Enligt Magnusson (2006) och Ottosson (2007) kan ensamheten ta sig drastiska utvägar då de efterlevande börjar ifrågasätta sina reaktioner. Det är vanligt att tysta ner känslor av sorg och lägga locket på som ett försvar. Resultatet kan då bli obearbetad sorg som tar sig uttryck via fysiska och psykiska symtom eller flyktiga lösningar, t.ex. alkohol. Även förvirring, skuldkänslor, suicidtankar och suicidhandlingar kan uppstå. Sörjande har behov av att uttrycka sin sorg samt sätta ord på sina tankar inför någon som är närvarande och lyssnar. Sorg ses bäst som en icke tidsbestämd process och ett böljande flöde som går fram och tillbaka.

Sorgbearbetning

När en person begår suicid är det ett stort trauma som påverkar de efterlevandes liv och självuppfattning och den största frågan är varför det skett. Anhöriga till personer som begått suicid börjar omedelbart leta efter orsaker till det inträffade. Självkänslan hos en människa byggs upp genom ett samspel med andra människor, och när en anhörig tar sitt liv försvinner inte bara en älskad, utan också delar av jaget (Howarth, 2006; Grollman, 2000). Det oerhörda lidande som suicid medför måste bearbetas för att överhuvudtaget bli hanterbart och för att händelsen senare ska medföra någon form av mening eller betydelse (Beskow, Beskow-Palm & Ehnvall, 2005; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a). De första känslorna efter ett dödsfall speglas av saknad, smärta och separationsångest där den sörjande tänker på, känner närvaron av och drömmer om den avlidne. Dessa upplevelser och tankar är ofta mycket behagliga då den sörjande påminns om den relation de tidigare haft. Det finns till och med de som mycket tydligt kan känna att de pratar med eller hör den avlidne. Saknaden efter den anhörige visar sig i en ovilja att bryta upp från situationer, mönster och vanor som upplevts med den avlidne. Smärtan visas genom ilska, besvikelse och social isolering, där ilskan inte sällan riktas mot den som dött eller mot andra anhöriga (Ottosson, 2007). Skam och skuldkänslor är två av de vanligaste känslorna då många ångrar att de inte funnits tillhands och erbjudit mer hjälp. Signaler som i efterhand kan tolkas som suicidala identifieras och de anhöriga skuldbeläggs och förebrår sig själva för det inträffade. De önskar att de hade hittat den rätta lösningen och därmed förhindrat dödsfallet. Ofta skuldbeläggs även andra i omgivningen, detta för att den anhörige ska stå ut med sina egna anklagelser. Små händelser förstoras upp och blir själva orsaken till den avlidnes död, trots att verkligheten egentligen varit mycket mer komplex. Även lättnad är en vanlig upplevelse, då dödsfallet föregåtts av långa perioder med oro och rädsla (Grollman, 2000; SPES, 2007). Dessa starka reaktioner bidrar till att den anhörige försätter sig i en enslig situation eftersom det är få som orkar tränga igenom det skal som bildats som ett skydd mot sorgen. Vartefter tiden passerar övergår den starka känslan av förlust till en alltmer förlamande känsla av frånvaro och kanske ensamhet, vilket kan övergå till depression.

Till slut påbörjas en bearbetning av sorgen, vilket ofta tar lång tid. Efter hastiga och oväntade dödsfall tar sorgebearbetningen längre tid än vid förväntade och långvariga sjukdomstillstånd, där de anhöriga haft tid att förbereda sig. Den sorg som anses svårast är förlust av barn, oavsett ålder (Ottosson, 2007). När en person upplevt ett trauma eller en kris, exempelvis förlust av en familjemedlem, behöver händelsen tas in, bli hanterbar för att sedan accepteras. Händelsen behöver bearbetas, utan att förträngas. En förutsättning för att kunna gå stark ur sorgen är att upplevelserna av krisen finns med som utgångspunkt då livet går vidare. Oftast är stöd i sorgebearbetningen tillräckligt och ingen behandling behövs. I de fall den sörjande har ett starkt socialt kontaktnät och en närvarande omgivning underlättas bearbetningen av sorgen. Att bearbeta sorg innebär en process där alla känslor och funderingar får komma upp till ytan och det finns inget definitivt slut. Genom att tillåta sig att uttrycka sina känslor, bearbetas de successivt. Ett sätt att bearbeta sorgen är att tala om krisen eller traumat då känslorna blir mer påtagliga och insikten om vad som hänt ökar. Det är mycket smärtsamt att försöka acceptera det definitiva slutet döden innebär, men om sorgen bearbetas på ett bra sätt kan den avlidne fortsätta finnas till i tankar och minnen hos de anhöriga (Gyllenswärd, 2007; Ottosson, 2007).

Stöd till anhöriga

Med anhöriga menas de som är bland de närmaste släktingarna (Nationalencyklopedin, 2007d). Enligt Hultén (2000) är det påfrestande för anhöriga att leva med en suicidnära familjemedlem och de behöver stöd och hjälp för att orka. I en sammanläggningsavhandling av Magne-Ingvar (1999b) visas det att hälften av de 84 anhöriga som deltog önskade stöd i form av samtal efter en familjemedlems suicidförsök. De oroade sig över att suicidförsöken skulle upprepas och bar på många frågor som de inte fått besvarade eller kunnat ta upp. De flesta hade inte blivit involverade i patientens vård trots att en sådan önskan fanns. De uttryckte en vilja att bli erbjudna professionellt stöd för att kunna bearbeta och förstå den situation som uppstått. Enligt Hultén (2000) ska anhöriga erbjudas professionell hjälp direkt efter suicid och om de tackar nej bör erbjudandet upprepas vid senare tillfälle.

Barn som förlorat en förälder eller anhörig i suicid har samma behov som vuxna, dock krävs det stöd utformat till deras specifika ålder och mognad. En viktig del är att våga prata om vad som hänt och tydligt påpeka att det inte var barnets fel. Att lyssna är också viktigt eftersom tankarna ofta speglar deras innersta känslor. Dessa tankar kan ge värdefull upplysning gällande vilken information som saknas och vad som behöver bearbetas vidare i sorgprocessen (Grollman, 2000).

Sjuksköterskans funktion

I Socialstyrelsens (2005a) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan ska kunna kommunicera med anhöriga på ett öppet sätt med empati och respekt samt via kommunikation kunna ge stöd och råd för att skapa bästa möjliga delaktighet. Det står vidare att sjuksköterskan ska kunna informera och undervisa anhöriga, både i grupp och individuellt, för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Enligt International Council of Nurses [ICN] etiska kod för sjuksköterskor finns fyra grundläggande ansvarsområden: främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk Sjuksköterskeförening, 2000). Enligt Socialstyrelsen (2005b) ska sjukvårdspersonal göra en anmälan om en patient begår suicid efter att ha varit i kontakt med sjukvården. Vidare beskriver Socialstyrelsen (2006) tillsammans med Folkhälsoinstitutet på uppdrag av regeringen olika åtgärder och strategier som bör ingå i ett nationellt program för suicidprevention som skall vara klart våren 2008. En av dessa strategier är att höja kompetensen hos sjukvårdspersonal som arbetar med individer som har suicidproblematik.

Det kan i vissa fall vara en fördel att anhöriga hjälper varandra, men professionella insatser är ett viktigt hjälpmedel som samhället måste bli bättre på att erbjuda. Kärleksfullt stöd från familj och professionell hjälp från sjukvården är en bra kombination. Det är viktigt att ha människor i sin närhet att kunna berätta om sina känslor för. Detta för att lättare få perspektiv på sina handlingar och tankar (Beskow, 2000). Vården har rutiner för krishantering där även rutiner för bemötande av anhöriga ingår, men ofta saknas rutiner för hur familj och anhöriga skall erhålla stöd efter suicidförsök eller suicid. Enligt Moberg (2005) borde det inte spela någon roll om den avlidne dött till följd av ett trauma eller suicid, den berörda familjen behöver lika mycket stöd i båda fallen. Grollman (2000), har visat att efterlevande till personer som tagit sitt liv har högre sjuklighet och högre dödlighet åren efter dödsfallet än efterlevande vid andra dödsfall. Folkhälsoinstitutet (2006a) har identifierat dessa som en grupp med betydande psykisk ohälsa, vilket kan ses som ett folkhälsoproblem. Dessa individer hamnar i en riskzon för att begå egna suicidhandlingar och därmed är kris- och sorgbearbetning av största preventiva vikt (Hultén, 2000). Det är därför av betydelse att via denna litteraturstudie belysa anhörigas upplevelser och erfarenheter när någon nära försökt begå eller har begått suicid. På så vis kan sjuksköterskan skapa sig en ökad insikt och bättre handlingsberedskap vid möte med dessa individer.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa anhörigas upplevelser och erfarenheter när någon nära försöker begå eller har begått suicid.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie, där forskning relevant för ämnet undersöktes. Det innebar att en genomgång av artiklar samt litteratur inom ämnet gjordes.

Datainsamling

Med hjälp av Flemmings struktur (1998) sattes problemområdets olika delar in i en tabell för att skapa sökbara nyckelord (*Tabell A*).

Tabell A. Struktur för problemformulering

Situation	Suicid
Intervention	Anhöriga
Resultat	Erfarenheter/Upplevelser

Efter det att problemformuleringen resulterat i nyckelord, omvandlades dessa till kontrollerade medicinska ämnesord, Mesh-termer. Dessa kontrollerades mot ämnesord specifika för respektive databas för att säkerställa sökningen (*Tabell B*).

Tabell B. Sökord omvandlade till Meshtermer

Sökord enligt problemformulering	Cinahl	PubMed	PsycInfo	The Cochrane Library	SveMed+
Suicid	Suicide	Suicide	Suicide	Suicide	Själv mord
Anhöriga	Family	Relatives	Relatives	Relatives/ survivors	Anhöriga
Upplevelser	Experience	Experience	Experience	-	-
Sorg	Bereavement	Bereavement	Bereavement	-	-
Inklusionskriterier	-	Ej äldre än 10 år	2000-2007	Clinical Trial	Svenska

Sökningar gjordes sedan med omväxlande ämnesord, nyckelord och fritext. Flera olika sökordskombinationer användes och sökningar gjordes tills dess att inga nya artiklar tillkom som var relevanta i förhållande till syftet. Databaser som genomsköptes var: Academic Search Elite, Cinahl, HighWire Press, PsycInfo, PubMed, SveMed+ och The Cochrane Library. Dock resulterade sökningar i Academic Search Elite, Highwire Press och SveMed+ inte i några nya artiklar som var relevanta för studien. Den manuella

sökningen genomfördes i olika artiklars referenslistor för att finna ytterligare material. För att välja passande artiklar lästes alla titlar i sökresultaten igenom. När relevanta abstract lästs valdes några artiklar bort då de visade sig vara av review karaktär, inte var vetenskapliga eller inte motsvarade syftet. De kvarvarande artiklarna söktes efter i Halmstad Högskolebiblioteks elektroniska tidskriftslista. Om tillgång till fulltext fanns skrevs dessa ut och i övriga fall kopierades artiklarna ur originaltidskrift eller beställdes. Sökvägen till de artiklar som används i resultatet redovisas i Tabell 1 (Bilaga III). Artiklar som återkommit i flera sökningar redovisas under flera sökordskombinationer i Urval 1 men bara på ett ställe i Urval 2 (Bilaga III). De artiklar som återstod sorterades till Urval 2 och granskades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för kvalitativa och kvantitativa artiklar, som anpassats utifrån litteraturstudiens syfte (Bilaga I och II). Till resultatet användes tio kvalitativa, två kvantitativa och två som kombinerade kvalitativ och kvantitativ metod. En översikt av artiklarna som gick vidare till Urval 2 redovisas med årtal, land, titel, syfte, metod, urval, slutsats samt vetenskaplig kvalitet (Bilaga IV).

Databearbetning

Artiklarna lästes upprepade gånger för att minska risken för feltolkning och missförstånd. Varje artikel sammanfattades och översattes sedan till svenska. Samtliga artiklar analyserades ingående utifrån syftet och den vetenskapliga kvaliteten bedömdes med hjälp av Carlsson och Eimans (2003) modifierade granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa artiklar (Bilaga I & II). Vidare beskrivningar av artiklarna finns i artikelöversikten (Bilaga IV) Därefter analyserades artiklarna för att finna beskrivningar som skildrade anhörigas upplevelser och erfarenheter av suicid, varpå fem kategorier framkom:

- Att uppleva inre kaos
- Ensamhet och isolering
- Att finna mening
- Behov av stöd
- Att kunna gå vidare

Resultatet presenteras utifrån kategorierna i löpande text.

Resultat

Att uppleva inre kaos

Den första tiden efter suicid präglades av intensiv smärta, lidande, rädsla och tumult (Begley & Quayle, 2007). Anhöriga beskrev det som en tid av misstro och känslomässigt kaos (Fielden, 2003). Syskon som bodde hemma vid händelsen uttryckte i högre grad ilska över hur deras syster eller bror valt att lösa sina problem än de icke hemmaboende syskonen (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Även föräldrar beskrev att de upplevt ilska och frustration i relation till det avlidna barnet (Grant Kalischuk & Davies, 2001). De upplevde skuld då de känt till att det förekommit tecken på suicidbenägenhet hos den avlidne, men inte insett omfattningen. I sökandet efter svar anklagade de sig själva för att inte ha varit tillräckligt uppmärksamma på tecken som i efterhand upplevdes som självklara (Fielden, 2003). Flera syskon uppgav att de varit medvetna om tidigare suicidförsök men att de undanhållit informationen för föräldrarna. Barnen upplevde personlig skuld i det som hänt eftersom de ansåg sig kunnat förhindra dödsfallet. De hade även egna tankar på suicid som en alternativ utväg (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Begley & Quayle, 2007). I brist på förståelse för de abstrakta omständigheterna försökte anhöriga lägga skulden på något konkret. Ofta hade detta att göra med otillräckliga kunskaper om suicid (Fielden, 2003). De beskyllde gud eller någon annan anhörig för det som hänt. I vissa fall ledde anklagelserna till att familjemedlemmar förbjöds umgås med varandra (Holland Barnes, 2006). Flera syskon beskrev att de varit oförberedda på händelsen. De berättade om chock och förvirring som omedelbara reaktioner efter dödsfallet. Reaktioner som senare uppträdde var sorg, oro, depression, frånvaro av energi samt sömn- och koncentrationssvårigheter. Den förlust som dödsfallet inneburit gjorde att de ifrågasatte sin värld och existens. Dessa känslor ställde enorma krav på deras kapacitet att kunna konfrontera och hantera alla känslor och tankar som uppstått. Psykosocialt lidande kunde också ta sig somatiska uttryck såsom oro och sömnsvårigheter, vilket i sin tur kunde ge långtidsnedsättning av livskvaliteten (Dyregrov & Dyregrov, 2005).

Enligt Daly (2005) upplevde mödrar som levde med suicidala barn ett misslyckande i sitt föräldraskap då de ansåg att barnen inte hade skadat sig själva om de varit bättre föräldrar. De upplevde skuld, skam och självanklagelse. Skulden berodde ofta på deras uppfattning om att suicidförsöken berodde på något föräldrarna gjort eller inte gjort. De kände även skuld över att de ibland önskat att deras barn inte blivit fött. Mödrarna kände sig svikna och avvisade eftersom barnen ville välja bort livet, och därmed också föräldern. Den brist på förtroende de såg hos sina barn kompenserade de ibland genom att vara överdrivet vänliga och tillmötesgående. De vaktade barnen och var alltid på helspänn för att snabbt kunna uppmärksamma varje förändring i humör eller beteende som kunde tyda på fler suicidala handlingar. Dessa mödrar levde med en konstant oro och total avsaknad av lugn, ro och

hopp. Hos vissa föräldrar hade barnen redan försvunnit, helt eller delvis, och de längtade tillbaka till sina vanliga liv eller efter en ljus och fridfull framtid tillsammans med barnen.

De föräldrar som levt med sitt suicidala barn innan de begick suicid, beskrev ofta en oerhörd lättnad över att allt fått ett slut. Den lättnad som döden inneburit för barnen blev även en befrielse för föräldrarna. Tidigare suicidförsök, sjukhusvistelser och högriskbeteende var nu över och föräldrarna kunde börja leva igen. Självklart kom det som en oerhörd chock och stor sorg när de upptäckt att barnet tagit sitt liv, likväl var det en förväntad chock och det hade snarare varit en fråga om när, inte om. Föräldrarna behövde inte längre oroa sig över vilken dag de skulle finna sitt avlidna barn (Maple, Plummer, Edwards & Minichello, 2007).

Ensamhet och isolering

Att förlora en anhörig genom suicid resulterade ofta i isolering (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003) och majoriteten av de efterlevande upplevde att de gick igenom sorgprocessen på egen hand (Holland Barnes, 2006). Föräldrar till ungdomar som tagit sitt liv beskrev att det fanns behov av enskild tid. Vissa valde att medvetet dra sig undan för att få tid för reflektion samt ge plats åt känslor och tankar för att försöka inse vidden av det som inträffat och reda ut hur deras framtida tillvaro skulle yttra sig (Grant Kalischuk & Davies, 2001). Den självvalda isoleringen gjorde att de kunde koncentrera sig på sina inre behov och därmed komma vidare i sorgprocessen. Andra anhöriga upplevde istället en ofrivillig isolering på grund av skamkänslor och stigmatisering från omgivningen. I möte med utomstående kände de sig obehagliga till mods och försökte på olika sätt undvika att en obekväm situation uppstod. Inombords fanns en oro över de reaktioner som kunde uppstå när omgivningen fick kännedom om det inträffade. De oroade sig över deras syn på eventuella brister i familjen. De lät bli att dela med sig av känslor då det fanns en risk att bli negativt dömd. De flesta försökte i samtal med utomstående kontrollera sig själva och samtalsämnet för att hantera sin sorg. Till slut upplevde de sig så obekväma i sociala situationer att de började undvika dem. Även vänner kunde dra sig undan, vilket bidrog till att de anhöriga kände sig utanför, bortstötta och annorlunda (Begley & Quayle, 2007; Fielden, 2003). Jämfört med anhöriga till personer som dött en naturlig död, var känslan av skam och att vara annorlunda större hos de vars anhöriga begått suicid (Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2002). Den allmänna uppfattningen om att suicid var tabu och en felaktig handling, bidrog till att anhöriga inte kände sig fria att uttrycka sina tankar och känslor (Begley & Quayle, 2007). Bristande förståelse och kunskap hos människor i dess omgivning inklusive vårdpersonal, bidrog till känslor av att vara utelämnad och övergiven (Daly, 2005). Isoleringen bidrog även till sämre hälsa och komplicerade sorgereaktioner (Dyregrov et al., 2003).

De flesta syskon till barn som begått suicid hade förmågan att sätta sig in i föräldrarnas tragiska situation. Trots detta kände de sig ofta bortglömda och ensamma i sin sorg då föräldrarna var upptagna med sina individuella svårigheter. Det kunde gå månader innan barnen kände förtroende för och hade möjlighet att förlita sig på sina föräldrar igen. De upplevde det mycket smärtsamt att komma i andra hand efter dödsfallet och de undvek ofta att tala om sin sorg med föräldrarna (Dyregrov & Dyregrov, 2005). Barnen tog sig an rollen som den som såg till att alla i familjen höll sams och att inga bråk uppstod. De undvek ofta att prata om sina egna känslor av rädsla för att såra sina föräldrar (Begley & Quayle, 2007).

Enligt Daly (2005) upplevde mödrar till suicidnära ungdomar sig övergivna av sina makar, övriga familjemedlemmar och nära vänner. Ju fler suicidala handlingar barnen utfört, desto mer isolerade och ensamma kände mödrarna sig. Ett visst mått avståndstagande till barnen förekom och det beskrevs som en sorts försvarsmekanism då de blivit svikna otaliga gånger. Denna distansering blev som ett förtidssörjande för eventuellt kommande suicidhandlingar. De kände sig osäkra i sitt föräldraskap där varje ord de sa och varje handling de utförde krävde noggrann eftertanke, för att det inte skulle vara den utlösande faktorn till ytterligare ett suicidförsök.

Att finna mening

Personer som begått suicid lämnade många obesvarade frågor efter sig som anhöriga under lång tid, kanske resten av livet försökte finna svar på (Dyregrov et al., 2003). De anhöriga ägnade mycket tid åt att fundera över vad som hänt innan dödsfallet och vilka tecken de kunnat uppmärksamma. De funderade på betydelsen av suicid i förhållande till sig själva, andra och omvärlden. För att hantera effekter och efterföljder skapade många anhöriga en bild av handlingen som enbart impulsiv. De övertygade sig själva att det var en enskild händelse som försatt den avlidne i en återvändsgränd (Begley & Quayle, 2007). För flertalet föräldrar kom deras barns suicid som en blixtnedslag från klar himmel, att tro att något så fruktansvärt skulle inträffa var otänkbart. De trodde att deras barn levde lyckliga och bekymmersfria liv. Vissa föräldrar hade lagt märke till nedstämdhet hos barnet men antagit att det varit en naturlig del i dess mognad och utveckling, att det skulle ordna upp sig med tiden. De såg sina familjer som öppna och ärliga, varpå suicid hade förödande effekter på deras världsuppfattning och självbild. Tankemönster om varför det hänt plågade dem ständigt. Suicid sågs av flera föräldrar som en icke legitim dödsorsak som ur alla synvinklar var tragisk och helt onödig. Dessa tankar mynnade ut i ett stort trauma med oförmåga att finna övertygande och tillfredsställande förklaringar till dödsfallet (Maple et al., 2007).

Behov av stöd

Anhöriga önskade ofta professionellt stöd från sjukvården (Provini, Everett & Pfeffer, 2000; Dyregrov, 2002). Vetskapen om att stöd fanns att få gav dem trygghet och underlättade sorgbearbetningen. Skriftlig information ansågs vara ett bra komplement till muntlig, då anhöriga under sorgprocessen upplevde svårigheter med att lägga specifika detaljer på minnet (Dyregrov, 2002). Deltagande i gruppterapi för sörjande upplevdes positivt eftersom de kunde identifiera sig med andra, bli förstådda och accepterade (Begley & Quayle, 2007). De som frivilligt anmält sig och deltagit i stödgrupper påvisade mindre nivåer av depression och psykisk stress efteråt. Både terapigrupper och grupper som fokuserade på sociala aktiviteter hade en positiv inverkan på sorgbearbetningen och de anhöriga upplevde en förbättring i den sociala anpassningen (Constantino, Sekula & Rubinstein, 2001). De familjer som i störst utsträckning sökte bearbetningshjälp var familjer med barn då dessa familjer genomgick ett mer komplext sorgearbete (Provini et al., 2000). De barn som deltog i interventionsgrupp med fokus på förståelse för suicid samt metoder för att underlätta sorgbearbetningen, erhöll en chans att diskutera sina frågor samt lära sig mer om omständigheter kring suicid. Dessa barn hade lägre nivåer av depression och oro efteråt, än de barn som inte fått möjlighet till deltagande. Barnen i interventionsgrupperna ansåg även att det var få utanför grupperna som kunde förstå och sätta sig in i det sorgearbete som pågick (Pfeffer, Jiang, Kakuma, Hwang & Metsch, 2002; Dyregrov & Dyregrov, 2005).

Ett flertal föräldrar till barn som begått suicid uppgav att de inte erbjudits hjälp utifrån, och de som erbjudits stöd ansåg att det varit mycket begränsat. De flesta hade dessutom varit tvungna att själva be om hjälp i en situation där de var utmattade och saknade initiativförmåga (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Provini et al., 2000). Insatser från psykolog var ovanligt och det fanns en önskan hos föräldrarna att denna hjälp skulle erbjudas som rutinåtgärd. Vissa föräldrar upplevde att de befann sig i ett chocktillstånd och därmed inte hade möjlighet att ta emot den hjälp som erbjöds. När vardagen infunnit sig och chocken lagt sig saknades det professionella stödet att falla tillbaka mot. Den professionella hjälpen ansågs nödvändig under lång tid, uppemot ett till två år efter händelsen. Uppföljning med hjälp av ett par telefonsamtal hade i vissa fall varit tillräckligt (Dyregrov, 2002). En annan grupp efterlevande var ovilliga att ta till sig information angående stöd under sorgarbetet. Detta kopplades samman med att de själva ansåg att ett hjälpbehov inte fanns, att de var nöjda med den hjälp de fått eller att de upplevt ett missnöje med tidigare erbjuden hjälp (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Provini et al., 2000). Anhöriga till suicidbenägna personer beskrev känslor av hjälplöshet och maktlöshet i relation till vården. I försök att få hjälp upplevde de att det inte fanns någon som lyssnade eller stöttade. De var rädda för att deras anhörige skulle ta sitt liv och visste inte hur de skulle hantera den ohållbara situationen (Talseth, Gilje, Norberg, 2001).

Familjerelationen var ett stort bekymmer under sorgprocessen (Dyregrov, 2002; Provini et al., 2000). Konflikter inom familjen uppstod på grund av delade meningar gällande behov av professionellt stöd (Holland Barnes, 2006; Dyregrov et al., 2003). Föräldrarnas stöd till efterlevande syskon kunde vara komplicerat. De främsta situationerna de upplevde att de behövde stöttning i var på vilket sätt de skulle bemöta sina barn, hur sorgreaktioner inom familjen skulle bearbetas samt hur de skulle bemöta omgivningens funderingar. Föräldrarna upplevde svårigheter att orka med föräldrarollen (Dyregrov, 2002; Provini et al., 2000). Syskon till barn som begått suicid kunde förstå föräldrarnas smärta och sorg, men behövde ändå få hjälp att bearbeta sina egna känslor utan att känna sig skyldiga till att förvärra föräldrarnas situation. Ett äldre syskon påpekade att det hade varit till stor hjälp om det funnits någon utanför kärnfamiljen som haft möjlighet att finnas till enbart för dem. Någon som kunde hantera smärtan utan att förvänta sig något tillbaka och på så vis stötta dem den första tiden, genom föräldrarnas mest intensiva kris. Dessa barn hade då haft bättre möjlighet att bearbeta den sorg och den kamp de uthärdade (Dyregrov & Dyregrov, 2005).

Att kunna gå vidare

De anhöriga som haft tid på sig att bearbeta sin sorg, beskrev hur de till slut kom till en punkt då de var tvungna att gå vidare. Detta kunde vara när de insåg att det inte fanns något de kunde göra för att påverka situationen, den avlidne var borta och hade valt att ta sitt liv. Det handlade om att släppa taget och ta kontroll över sitt eget liv igen. För vissa kunde det ta flera år att nå dit (Fielden, 2003). Några försökte gå vidare i livet genom att glömma det som hänt, då det av omgivningen ansågs vara den bästa lösningen (Holland Barnes, 2006; Dyregrov et al., 2003). Vid högtider och andra situationer starkt förknippade med den avlidne påverkades familjemedlemmarna av en intensiv känslostorm, eftersom saknaden och tomrummet efter den avlidne då blev extra påtagligt (Fielden, 2003).

Att bearbeta sorgen krävde mycket energi och förvirringen kring alla känslor ledde till ilska. När föräldrarna reflekterade över sin ilska insåg de att de borde se tillbaka och gå igenom vad som egentligen varit betydelsefullt i livet. De kände också hur de till slut separerade sin egen verklighet från sitt barns och släppte den betungande ansvars känsla de burit på. De insåg att det varit barnets beslut att begå suicid och för att ha möjlighet att gå vidare var de tvungna att sluta anklaga sig själva (Grant Kalischuk & Davies, 2001). De förändringar som alla anhöriga genomgick postsuicidalt beskrevs som trots allt meningsfulla av flera efterlevande. De upplevde sig ha utvecklats och förändrats till följd av händelsen. Flera beskrev att de återigen hade funnit mening med livet och att de nu kunde göra bättre prioriteringar. Syskon lärde sig med tiden att leva utan den avlidnes fysiska närvaro och skapade istället ett mentalt band (Begley & Quayle, 2007). Vissa barn upplevde empati och stöd innan och strax efter begravningen, men kunde senare upptäcka en gradvis förändring både hos sig själva och hos andra. Dessa barn utvecklades snabbare än sina jämnåriga och uppfattade sina vänner som omogna och ytliga. De upplevde att de

såg annorlunda på sig själv, andra och omvärlden och därtill hade fått nya förväntningar på livet (Dyregrov & Dyregrov, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

Flemmings struktur (1998) användes som grund för formulering av problemområdet vilket gav relevanta nyckelord. Vid litteratursökningarna gjordes sökningar med flera olika sökordskombinationer tills dess att inga nya artiklar motsvarande syftet framkom. Detta kan ses som att området var väl genomsökt utifrån de valda sökorden. En styrka var att flera artiklar återkom i flera sökningar. Användningen av litteraturstudie som metod gav god kunskap om aktuell forskning inom området. Förförståelse kan påverka tolkningen av materialet och det kan därmed ses som en styrka att ingen i gruppen hade någon nära erfarenhet av suicid, varken inom sjukvården eller som anhörig.

Resultatartiklarna är publicerade under de senaste tio åren, och kan därmed sägas ge ett resultat som är aktuellt. De valda artiklarna kommer från Australien, Canada, Irland, Norge, Nya Zeeland, Storbritannien och USA, vilket anses jämförbart med svenska förhållanden. Detta är länder som trots den geografiska spridningen kan anses ha en likvärdig levnadsstandard, med stora möjligheter att sätta in professionella resurser om myndigheterna anser det nödvändigt. Möjligen hade resultatet varit annorlunda om artiklar från andra länder med mindre ekonomiska resurser funnits med i litteraturstudien. Å andra sidan kan dessa länder ha funnit andra lösningar på problemet då den ekonomiska aspekten inte är den avgörande faktorn. Situationen är mer komplex än så och mycket av stödet medför inte någon kostnad för samhället utan tid från närstående. Ämnet för litteraturstudien, anhörigas upplevelser av suicid, visade sig vara ett forskningsområde med ett fåtal svenska artiklar. Dessa var äldre än valda inklusionskriterier och exkluderades därför. Alla valda artiklar var skrivna på engelska, övriga språk valdes bort då tillräcklig språkkunskap saknades. Alla gruppdeltagare läste alla abstract och artiklarna diskuterades inom gruppen där alla delgavs en väl genomgången översättning och sammanfattning av varje artikel. Fokus för de olika artiklarna varierade vilket gav ett brett material.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa anhörigas upplevelser och erfarenheter när en anhörig försöker begå eller har begått suicid. Litteraturstudiens resultat mynnar ut i fem kategorier: att uppleva inre kaos, ensamhet och isolering, att finna mening, behov av stöd och att kunna gå vidare. Dessa kategorier binder ihop sorgprocessens hela förlopp med

känslor av ilska, skuld och sorg, upplevelser av ensamhet och isolering, tankar om varför det skett samt behov av stöd och hjälp från omgivning och professionellt håll för att kunna gå vidare. Resultatet bygger på en analys av 14 artiklar varav tio var kvalitativa, två kvantitativa och två med kombinerad kvalitativ och kvantitativ ansats. Granskning av artiklarna gjordes enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall med olika variabler för syfte, urval, metod, resultat et cetera (Bilaga I & II). Poängen på de olika variablerna räknades efter artikelgranskningen samman, vilket gav en kvalitetsgradering mellan I och III. Grad I stod för hög kvalitet och grad III för mindre god kvalitet. I denna studie är tio artiklar av grad I och fyra artiklar av grad II.

Resultatet visar att anhöriga ofta upplever skuld, skam, ilska, lättnad och ensamhet (Daly, 2005; Grant Kalischuk & Davies, 2001; Dyregrov & Dyregrov, 2005). Enligt Dyregrov och Dyregrov (2005) och Maple et al. (2007) kommer suicid ofta som en chock för alla inblandade, vilket ger upphov till många frågor och tankar. Känslan av skuld hör samman med anhörigas tankar om att de orsakat dödsfallet eller att de kunnat förhindra det. De har svårt att finna svar på alla sina frågor när livet förändrats drastiskt och ett känslomässigt kaos uppstått (Fielden, 2003; Daly, 2005; Dyregrov & Dyregrov, 2005; Begley & Quayle, 2007). Enligt Maple et al. (2007) leder motstridiga känslor såsom lättnad, relaterat till att de inte längre behöver oroa sig över den avlidnes tidigare suicidala beteende, ofta till känslor av skam. Även Grollman (2000) och Riksförbundet för suicidprevention och efterlevandes stöd [SPES] (2007) stödjer det faktum att lättnad är en vanlig känsla efter lång period av rädsla och oro. Vidare upplever anhöriga sig ofta svikna av sjukvården och omgivningen som inte kan förstå deras smärta (Grant Kalischuk & Davies, 2001; Dyregrov & Dyregrov, 2005). Det är betydelsefullt att sjukvårdspersonal har kännedom och kunskap om det inre kaos anhöriga upplever. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmärksammar deras reaktioner och bekräftar sörjandet som normalt. Magnusson (2006) betonar även att anhöriga till en familjemedlem som begått suicid ofta har svårare att hantera sin sorg än anhöriga som förlorat en familjemedlem på annat sätt, vilket ytterligare påtalar vikten av att sjuksköterskan identifierar behoven och erbjuder stöd. För att hon ska kunna göra detta är det viktigt att ämnet tas upp till ytan redan under sjuksköterskeutbildningen. Ämnet kan då bli känt i en trygg och tillåtande miljö, vilket senare underlättar vid möte med patienter och anhöriga. Det bidrar också till en ökad förståelse som i sin tur leder till bättre omhändertagande om dessa individer. Utbildningsdagar med föreläsningar kring ämnet samt reflektionsseminarium kan vara konkreta exempel och förslag på lämpliga undervisnings- samt diskussionsformer.

Även känslor av ensamhet och isolering är vanliga (Dyregrov et al., 2003; Dyregrov & Dyregrov, 2005; Grant Kalischuk & Davies, 2001; Holland Barnes, 2006). Enligt Harwood et al. (2002) och Daly (2005) kan anledningar till detta vara den stigmatisering och bristande förståelse anhöriga upplever från omgivning och vårdpersonal. Vidare menar Dyregrov et al. (2003) att ensamhet och isolering är faktorer som kan bidra till sämre hälsa och komplicerade sorgereaktioner, vilket även stöds av Magnusson (2006) och Ottosson

(2007). För att förhindra att de anhöriga blir isolerade på grund av sjukvårdspersonalens bristande kunskap är det av stor vikt att allmänsjuksköterskans kompetens utvecklas och att attitydfrågor kring suicid lyfts fram som ett omvårdnadsproblem. Ett bra komplement skulle kunna vara en specialistutbildad sjuksköterska med suicidinriktning som kan kallas in vid behov, som ett stöd för både anhöriga och personal. Det är också viktigt att identifiera de som inte ber om stöd, då dessa kan vara i störst behov av hjälp. Det borde också kunna vara betydelsefullt med praktisk hjälp, som komplement till det emotionella stödet. Denna typ av stöd kan sjuksköterskan förmedla via till exempel olika sorters stödgrupper. Vidare beskriver Provini et al. (2000) familjerelationen som ett stort problem under sorgprocessen. Föräldrarna klarar inte av att stötta sina efterlevande barn på grund av sitt svåra sörjande. Barnen känner sig bortglömda och upplever att de kommer i andra hand. De håller tillbaka sina känslor och tvingas bortse från sina egna behov av att samtala om det inträffade (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Begley & Quayle, 2007). Dyregrov och Dyregrov (2005) beskriver hur de äldre barnen tar mycket ansvar i familjen när föräldrarna saknar krafter. Genom att ta på sig detta ansvar får barnens individuella sorgbearbetning stå tillbaka. Då sorgprocessen enligt Dyregrov (1999) och Grollman (2000) bygger på att genomleva känslor och att ta upp dem till ytan hämmar familjesituationen i dessa fall barnens bearbetning av sorgen. Även bristande information försvårar deras sorgprocess och det är viktigt att de får prata med någon som lyssnar, förstår och ger konkreta svar på frågor. Därför behövs hjälp utifrån, antingen från en anhörig eller från professionellt håll. Det viktigaste är enligt Grollman (2000) att någon kan erbjuda stöd utifrån barnets specifika ålder och mognad. När det gäller interventionsgrupper menar Pfeffer et al. (2002) och Gyllenswärd (2007) att dessa barn kan få möjlighet att lära sig mer om suicid samt träffa andra som upplevt samma sak. De kan dela erfarenheter och förstå varandra samtidigt som ledare för grupperna har specifik kunskap inom området och därmed kan stötta dem på bästa möjliga sätt.

Behov av professionellt stöd efter suicid framkommer som mycket viktigt och önskvärt (Provini et al., 2000; Dyregrov, 2002). Constantino et al. (2001) menar att anhöriga har stora behov av att få tala om sin sorg med någon som lyssnar och hjälper dem att hantera sina känslor, vilket även stöds av Ottosson (2007). Hultén (2000) påtalar att anhöriga bör erbjudas professionell hjälp som rutinåtgärd direkt efter suicid och att det bör återupprepas om de tackar nej. Magne-Ingvar (1999b) visar att även anhöriga till suicidala individer har ett behov av stöd i form av samtal efter suicidförsök. Vidare menar Gyllenswärd (2007) att anhöriga behöver tillåta sig själva att ge uttryck för sina känslor och bearbeta det som hänt för att öka sin insikt och hantera sin sorg. I bemötandet med anhöriga som förlorat en nära genom suicid bör sjuksköterskan vara öppen för deras upplevelser och berättelser kring dödsfallet samt hur dessa omständigheter påverkat dem. Anhöriga behöver bli tagna på allvar och känna förtroende för sjuksköterskan för att komma vidare i sin sorgprocess. Enligt Talseth et al. (2001) bör sjuksköterskan kunna ta till sig de anhörigas önskemål och lita på att de vet vad som är bäst för dem. Enligt Dyregrov (2002) upplever sig vissa föräldrar så chockade att de direkt efter dödsfallet inte har möjlighet att ta emot hjälp. Trots

det känner de ändå ett behov av senare uppföljning och stöd från sjukvården. Även skriftlig information tillsammans med muntlig är ett bra hjälpmedel då de ofta har svårt att komma ihåg vad som sagts. Dyregrov och Dyregrov (2005) samt Begley och Quayle (2007) beskriver professionellt stöd i grupp som ett användbart redskap. Vidare beskriver Constantino et al. (2001) och Pfeffer et al. (2002) anhörigas behov av att umgås med människor som befinner sig i liknande situationer. Om sjuksköterskan förfogar över den kunskap om strategier för sorgbearbetning som tidigare använts med lyckat resultat kan hon bland annat erbjuda möjlighet till deltagande i stödgrupp. Personer som tidigare isolerat sig på grund av känslan av att vara annorlunda kan med hjälp av stödgrupper få möjlighet att träffa andra personer som genomgått samma sak och därmed utbyta erfarenheter. Detta kan underlätta deras möjligheter att slappna av och känna tillhörighet till varandra. Enligt Pfeffer et al. (2002) och Constantino et al. (2001) kan stödet från gruppleadaren och de andra gruppmedlemmarna framhäva känslan av att vara en egen individ samtidigt som de anhöriga återigen kan känna samhörighet med andra. Som en följd av detta kan de också lättare återuppta kontakten med utomstående samt återigen fungera som vanligt i sociala sammanhang. Som sjuksköterska inom den somatiska vården finns begränsningar gällande resurser, trots det borde klara och tydliga riktlinjer för att hjälpa anhöriga efter suicid finnas på alla vårdavdelningar.

Enligt Gyllenswärd (2007) är sorg inte en tidsbestämd upplevelse, men däremot en energikrävande process som tvingar anhöriga att reflektera över livets mening. I sorgprocessen kan de stöta på omständigheter som antingen för dem framåt eller bakåt. Enligt Fielden (2003) samt Grant Kalischuk och Davies (2001) behöver inte en känsla vara bearbetad bara för att den upplevts en gång. Tvärtom kan känslor återkomma och intensiteten variera. Att sorgbearbetningen är som ett böljande förlopp som går fram och tillbaka bekräftas av Magnusson (2006) och Ottosson (2007). Även om den stora frågan *varför* enligt Fielden (2003) aldrig får något svar, för insikten om att varje individ har makt över sitt eget liv de anhöriga genom sorgprocessen. Genom att inse att det var suicidoffrets beslut att ta sitt liv behöver de anhöriga inte längre känna skuld över handlingen. Målet med sorgprocessen är att bli hel igen, att hitta tillbaka till sig själv och att kunna gå vidare som en starkare individ. Även om sorgen inte upphört helt har den accepterats för vad den är och de anhöriga har lärt sig att leva med den (Maple et al., 2007). Det är av största vikt att sjuksköterskan får en ökad kunskap kring suicidprocessen och hur den kan påverka de drabbade. Genom ökad insikt i anhörigas upplevelser och erfarenheter kan sjuksköterskan fördjupa sin förståelse, vilket sedan kan vägleda henne i att identifiera suicidalt beteende. För att samhället ska kunna acceptera suicid som ett tillåtet samtalsämne, är det viktigt att vårdpersonal enligt Beskow (2005) ökar sin kunskap om suicid för att på så sätt förbättra kommunikationen kring ämnet. Den allmänna tystnaden behöver brytas och förståelsen måste öka, för att de anhöriga ska våga tala om sin sorg och på så sätt komma vidare. Eftersom suicidalt beteende enligt Socialstyrelsen (2003) kan förekomma hos patienter inom den somatiska vården krävs det att allmänsjuksköterskan har kunskap om och kan hantera denna suicidproblematik. Om sjuksköterskan kan identifiera suicidala individer har

hon också möjlighet att sätta in åtgärder i ett tidigt skede. Det steg som regeringen tillsammans med Socialstyrelsen (2006) och Folkhälsoinstitutet tagit med ett nationellt program för suicidprevention, är ett steg i rätt riktning. Eftersom suicid kan ses som ett växande folkhälsoproblem är suicidprevention ett viktigt område för sjuksköterskor att arbeta med.

Konklusion

Anhöriga till personer som begått suicid upplevde ofta ett inre kaos med känslor av ilska, skam, skuld, lättnad och ensamhet. Suicid kom som en chock, vilken var svår att hantera. Omgivningens syn på suicid bidrog ofta till anhörigas isolering, då de inte fick den förståelse och det stöd de behövde. De kände sig utlämnade, ensamma och stigmatiserade. Relationen mellan familjemedlemmarna påverkades ofta negativt av händelsen och stöttning utifrån var då nödvändig. När någon tagit sitt liv lämnades anhöriga kvar med många obesvarade frågor samt svårigheter att finna tillfredsställande förklaringar. De ifrågasatte sig själva och meningen med livet som en del i sorgprocessen. De önskade ofta professionellt stöd, antingen som en aktiv insats eller som en resurs som fanns att tillgå då behov uppstod. Det är därför viktigt att sjuksköterskan får kunskap om anhörigas upplevelser och erfarenheter för att kunna tillhandahålla det stöd de behöver.

Implikation

Varje år dör många människor till följd av suicid och sjuksköterskan bör kunna bemöta anhöriga till människor som har suicidtankar, har gjort suicidförsök eller begått suicid. Anhörigas sorgearbete efter suicid är komplicerat och det föreligger en stor risk att de själva utvecklar suicidal beteende. Sjuksköterskan behöver därför skaffa sig en större handlingsberedskap i bemötandet med dessa. Redan i sjuksköterskeutbildningen krävs reflektion kring döden och livets svåra frågor för att skapa en ökad förståelse. Även bättre rutiner inom sjukvården är viktigt för att kunna uppmärksamma och ta hand om anhöriga. Vidare forskning behövs om hur anhöriga önskar bli bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal samt vilken sorts kompetensutveckling som kan påverka det professionella bemötandet.

Referenser

* Artiklar som ingår i resultatet

* Begley, M. & Quayle, E. (2007). The lived experience of adults bereaved by suicide: a phenomenological study. *Crisis* 28(1), 26-34.

Beskow, J. (1994). *Själv mord som frihet och tvång*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård.

Beskow, J.(red.). (1995). *Rätt till liv lust till liv- Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar*. (Rapport 95:4). Stockholm: Forskningsrådsnämnden.

Beskow, J. (2000). Samtal med självmordsnära människor. I J. Beskow, (red.). *Själv mord och självmordsprevention- om livsavgörande ögonblick*. (s.150-200). Lund: Studentlitteratur.

Beskow, J., Beskow Palm, A. & Ehnvall, A. (2005). *Suicidalitetens språk*. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson, S. & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad– ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Rapport nr 2. Malmö: Malmö Högskola, Hälsa och samhälle.

* Constantino, R., Sekula, K. & Rubinstein, E. (2001). Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(4), 428-441.

* Daly, P. (2005). Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experiences. *Journal of psychosocial nursing*, 43(3), 22-28.

Durkheim, E. (1993 [1897]). *Själv mordet*. Lund: Argos Förlags AB.

Dyregrov, A. (1999). *Små barns sorg*. Stockholm: Rädda Barnen.

* Dyregrov, K. (2002). Assistance from local authorities versus survivors needs for support after suicide. *Death Studies* 26, 647-668.

* Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide: "The forgotten bereaved". *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(6), 714-724.

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

- * Fielden, J. (2003). Grief as a transformative experience: weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 74-85.
- Flemming, K. (1998). Asking answerable questions. *Evidence Based Nursing*, 1(2), 36-37.
- Folkhälsoinstitutet (2006a). *Evidensbaserad suicidprevention*. Hämtad 2007-10-10 från: <http://www.fhi.se/upload/17893/18495eriksson.pdf>
- Folkhälsoinstitutet (2007). *Suicid- utveckling över tid*. Hämtad 2007-10-10 från: http://www.fhi.se/templates/Page_10592.aspx
- * Grant Kalischuk, R. & Davies, B. (2001). A theory of healing in the aftermath of youth suicide: implications for holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing* 19(2), 163-186.
- Grollman, E.A. (2000). *Själv mord- Förhindra, ingripa, hjälpa efterlevande*. Lysekil: Slussens Bokförlag AB.
- Gyllenswärd, G. (1999). *Sorg finns*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Gyllenswärd, G. (2007). *Barn och unga i sorg och trauma*. Stockholm: Gothia förlag.
- * Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(2002), 185-194.
- * Holland Barnes, D. (2006). The aftermath of suicide among African Americans. *Journal of Black Psychology* 32(3), 335-348.
- Howarth, G. (2006). *Death & Dying: a sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Hultén, A. (2000). Barn och ungdom: preventionsarbete. I J. Beskow, (red.). *Själv mord och självmordsprevention – om livsavgörande ögonblick*. (s. 201-240). Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2007). *Att leva ett liv, inte vinna ett krig*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Magne-Ingvar, U. & Öjehagen, A. (1999a). Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(2), 73-79.

- Magne-Ingvar, U. (1999b). *Persons who attempt suicide- social characteristics, social network and significant others*. Lunds universitet: Institutionen för klinisk neurologi, avdelningen för psykiatri.
- Magnusson, A. (2006). *När brustna hjärtan läker: en introduktion till sorgbearbetning*. Stockholm: Svenska institutet för Sorgbearbetning.
- Malmsten, B. (2005). *Sorg*. Hämtad 2007-11-02 från:
<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=1058&a=363039>
- * Maple, M., Plummer, D., Edwards, H. & Minichello, V. (2007). The effects of preparedness for suicide following the death of a young adult child. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37 (2), 127-134.
- Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig*. Stockholm: Bokförlaget DN.
- Nationalencyklopedin (2007a). *Suicid*. Hämtad 2007-10-15 från:
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=318597
- Nationalencyklopedin (2007b). *Suicidal*. Hämtad 2007-10-15 från:
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O348892
- Nationalencyklopedin (2007c). *Suicidera*. Hämtad 2007-10-15 från:
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O820473
- Nationalencyklopedin (2007d). *Anhörig*. Hämtad 2007-10-31 från:
http://www.ne.se.persefone.his.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O104417&i_word=anh%C66rig
- Ottosson, J-O. (2007). *Sorg*. i: Nationalencyklopedin. Hämtad 2007-10-29 från:
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=311860&i_word=sorg
- * Pfeffer, C.R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J. & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(5), 505-513.
- * Provini, C., Everett, J.R. & Pfeffer, C.R. (2000). Adults mourning suicide; self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies* 24, 1-19.

- Socialstyrelsen (2003). *Vård av självmordsnära patienter - en kunskapsöversikt*. Hämtad 2007-10-10 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7ED657C9-6B0A-45E5-9155-136AF7741011/981/20031108.pdf>
- Socialstyrelsen (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2007-10-10 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen (2005b). *Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Hämtad 2007-10-23 från:
http://www.sos.se/sosfs/2005_28/2005_28.pdf
- Socialstyrelsen (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention*. Hämtad 2007-10-10 från:
http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/430131BA-B8F8-43E6-A743-B59CE21CCDEB/6732/rev2_200610723_bilaga1.pdf
- Socialstyrelsen (2007). *Statistik*. Hämtad 2007-10-25 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/66AA2D0B-00EA-43C5-9C04-0D743F8C1E88/0/Suicidtabell.pdf>
- SPES (2007). *Till dig som närstående, när någon tagit sitt liv*. Hämtad 2007-11-02 från:
<http://www.spes.nu/download.php?f=1d9b54b76d6387689cfla96a3148511d>
- Svensk Sjuksköterskeförening (2000). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2007-11-07 från:
<http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>
- * Talseth, A-G., Gilje, F., & Norberg, A. (2001). Being met – a passageway to hope for relatives of patients at risk of committing suicide: a phenomenological hermeneutic study. *Archives of Psychiatric Nursing* 15(6), 249-256.
- Vägverket (2007). *Skade- och olycksstatistik*. Hämtad 2007-10-25 från:
http://www.vv.se/templates/page3_1826.aspx
- WHO- World Health Organization (2007a). *Suicide prevention (SUPRE)*. Hämtad 2007-10-15 från:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- WHO- World Health Organization (2007b). *World Suicide Prevention Day*. Hämtad 2007-10-15 från:
<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/index.html>

Bedömning av kvalitativ artikel

Bilaga I

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (Syfte, metod, resultat=3 p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt

Metod	0	1	2	3
Metodval adekvat till frågeställningen	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (Antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		

Resultat	0	1	2	3
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (Redovisning, kod, teori, etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (Citat, kod, teori, etc.)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God

Diskussion	0	1	2	3
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God

Slutsatser	0	1	2	3
Överensstämmelse med resultat	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Totalpoäng (Max 45 p)	
Poäng i %	
Vetenskaplig grad	

Grad I: 80%
Grad II: 70%
Grad III: 60%

Bedömning av kvantitativ artikel

Bilaga II

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (Syfte, metod, resultat=3 p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt

Metod	0	1	2	3
Metodval adekvat till frågeställningen	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (Antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas/Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		

Resultat	0	1	2	3
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (Redovisning, tabeller, etc.)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (Beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God

Diskussion	0	1	2	3
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God

Slutsatser	0	1	2	3
Överensstämmelse med resultat	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		

Totalpoäng (Max 44 p)	
Poäng i %	
Vetenskaplig grad	

Grad I: 80%
Grad II: 70%
Grad III: 60%

Tabell 1. Sökhistoria**Bilaga III**

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2
Cinahl	20071008	(MH"Suicide") AND (MH "Survivors") AND (MH "Bereavement")	18	12	9	2
PsycInfo	20071008	KW=("experience" AND "relatives" AND "suicide" AND "bereavement")	1	1	1	1
PubMed	20071008	Experience AND Relatives AND Suicide AND Bereavement	13	13	7	6
The Cochrane Library	20071009	Suicide AND Relatives	28	2	2	1
The Cochrane Library	20071009	Suicide AND Survivors	6	3	3	1
Manuell sökning	20071008		7	7	7	3
TOTALT:			73	38	29	14

Tabell 2. Artikelöversikt

Bilaga IV

Publikationsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats och vetenskaplig kvalitet
2007 Irland	Begley, M. & Quayle, E.	The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study.	Att beskriva upplevelser av sorg och förlust hos vuxna när en anhörig begått suicid samt utforska de utmaningar som de ställs inför.	Djupintervjuer med åtta vuxnas upplevelser av sorg efter en anhörigs suicid. Data analyserades med hjälp av fenomenologisk tolkningsanalys.	De första månaderna efter dödsfallet präglades av försök att kontrollera effekten av dödsfallet och senare av försök att förstå samt en upplevelse av socialt obehag. Insikt och upplevelse av meningsfullhet framträdde senare. Anhörigas förlust och sorg formas individuellt av livserfarenheter och den relation den sörjande hade med den avlidne samt uppfattning av socialt samspel efter händelsen. Att skapa mening är en viktig del för att förstå vad de sörjande upplever efter suicid. <i>Grad I</i>
2001 USA	Constantino, R., Sekula, K. & Rubinstein, E.	Group intervention for widowed survivors of suicide	Att utvärdera effekterna av hur ett deltagande i en av två olika interventionsgrupper påverkar änkor/änkemäns sorgbearbetning. Att se om nivåer av depression, psykisk stress, sorg och social anpassning förbättras efter deltagande.	Kvantitativ metod. 47 deltagare, 37 änkor och tio änkemän. Tiden som passerat sedan dödsfallet varierade mellan 1-27 månader, för 40 procent var det mindre än 6 månader. Fyra vetenskapliga mätinstrument användes; BDI, BSI, GEI och SAS, bestående av frågeformulär. Resultat från de båda interventionsgrupperna kombinerades och en jämförelse gjordes gällande före och efter gruppintervention.	Änkor/änkemän upplevde efter deltagande i en interventionsgrupp att de var mindre deprimerade, psykiskt stressade och sorgsna än tidigare. De upplevde också att de nu fungerade bättre i den sociala anpassningen. Att få delta i en grupp med människor som delar samma erfarenheter påverkar sorgarbetet positivt, även om det inte är en grupp som fokuserar på att prata om suicid. Det är viktigt för vårdpersonal att utveckla/ta fram fler typer av grupper och tillgodose varje individs specifika behov. <i>Grad II</i>

2005 Canada	Daly, P.	Mothers living with suicidal adolescents: A phenomenological study of their experiences.	Att beskriva mödrars erfarenheter av suicidalt beteende hos deras barn för att hjälpa sjuksköterskor och annan vårdpersonal att utveckla en ökad känslighet och förståelse för deras unika behov.	Fenomenologisk studie med sex mödrar, 32-45 år som levde med barn 12-16 år diagnostiserade med psykisk ohälsa. Ostrukturerade intervjuer spelades in på band och transkriberades för att sedan analyseras och kategoriseras.	Sjukvårdspersonal har en begränsad förståelse av mödrarnas behov, vilket påverkar den empati och medkänsla de behöver. Misslyckande, avvísning, isolering, hjälplöshet och känslolöst distanstagande omfattar den fysiska upplevelsen av att leva med en suicidal tonåring. Mödrarna beskriver förlust och olöst sorg med behov av empatisk förståelse och stöd för ökat välbefinnande. <i>Grad II</i>
2002 Norge	Dyregrov, K.	Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide.	Att beskriva vilken hjälp anhöriga får och vilken hjälp de önskar. Att beskriva vilken hjälp samhället anser sig erbjuda och hur väl de efterlevandes upplevelse av denna stämmer överens.	Kvalitativ samt kvantitativ metod. Bearbetad med kvalitativ sociologisk analysmetod. Frågeformulär skickades ut till 128 föräldrar (23-73år) till 83 avlidna i suicid. Detta skedde mellan 6-23 månader efter dödsfallet. Av dessa valdes 32 ut för djupintervju. Frågeformulär skickades även ut till överläkare, sjuksköterskor och kristeam.	Föräldrarna ansåg att stödet från psykiatrisjuksköterskor och allmänsjuksköterskor var mer en idealbild än ett faktum då begravningsentreprenörer gav dem ett större stöd. Föräldrar deltog mindre i olika typer av stödgrupper än vad de lokala myndigheterna rapporterade. I det stora hela så stämde den hjälp föräldrarna sa sig få överens med den hjälp som samhället sa sig erbjuda. Många ville ha mer och annan typ av hjälp en den som erbjöds, insatser från psykolog var den hjälp som ofta föll bort. <i>Grad I</i>

2005 Norge	Dyregrov, K. & Dyregrov, A.	Siblings after suicide- "The forgotten bereaved".	Att utforska barn och ungdomars upplevelser, psykosociala situation och behov efter att ha förlorat ett syskon genom suicid.	Kvalitativ studie med 70 syskon från 83 familjer som förlorat en bror eller syster genom suicid. Två olika frågeformulär samt djupintervjuer.	Efter att en familjemedlem begått suicid lämnas familjen i stor sorg med många problem. Syskonens behov blir ofta bortglömda. Föräldrarna får en nedsatt förmåga att ta hand om sina barn då sorgen tar stor plats. Syskonen behöver få uppmärksamhet och stöd utifrån för att kunna behålla positiva minnen från den bortgångna och samtidigt få redskap för att gå vidare i livet. <i>Grad I</i>
2003 Norge	Dyregrov, K., Nordanger, D, & Dyregrov, A.	Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents.	Att undersöka om det finns någon skillnad mellan samt om det går att förutsäga föräldrars reaktioner då ett barn dör vid suicid, plötslig spädbarnsdöd (SIDS) eller annat oväntat dödsfall.	Kvantitativ samt kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Frågeformulär till 140 familjer och djupintervjuer med 40 av dessa. 83 familjer sörjde suicid, 20 familjer sörjde förlusten av SIDS, 37 familjer sörjde ett oväntat dödsfall. Intervjuerna genomfördes mellan 6- 23 månader efter dödsfallen.	Likheterna (bl.a. isolering, skuld, skam) av sorgearbetet var tillsynes större än olikheterna mellan de tre typerna av plötslig död. Framför allt mellan suicid och oväntat dödsfall. Den största förutsägelsen författarna hade angående att självisolering var den största gemensamma nämnaren mellan de tre dödsorsakerna fann de vara sann. <i>Grad I</i>

<p>2003 Nya Zeeland</p>	<p>Fielden, J.</p>	<p>Grief as a transformative experience: weaving through different life worlds after a loved one has completed suicide.</p>	<p>Att utforska betydelsen av och utveckla en förståelse för föräldrar och syskons upplevda erfarenheter av att ha förlorat en nära familjemedlem genom suicid.</p>	<p>Kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologi som metodval. Sex djupintervjuer genomfördes (fem föräldrar och ett syskon) där samtliga deltagare hade förlorat en son eller en bror (yngre än 30 år) genom suicid två till nio år tidigare.</p>	<p>Resultatet gav upphov till en sorg/sörjandemodell med olika teman och livsvärldar. Att gå vidare efter en familjemedlems suicid kan ses som en spiralformad process där individen växlar mellan olika känslor. Livsvärlden för de sörjande förändrades och det uppkom nya sätt att förstå sin omvärld på. Slutligen befann de sig i en ny livsvärld med upplevelser av pånyttfödelse och en chans att börja om.</p> <p><i>Grad I</i></p>
<p>2001 Canada</p>	<p>Grant Kalischuk, R. & Davies, B.</p>	<p>A theory of healing in the aftermath of youth suicide: implications for holistic nursing practice.</p>	<p>Att utveckla en teori som förklarar hur individuella familjemedlemmar läker efter att en ung familjemedlem har begått suicid.</p>	<p>Fenomenologisk studie med grounded theory som metodansats. 41 informanter i åldrarna 6-83 år som förlorat en ung familjemedlem deltog. 44 djupintervjuer genomfördes varav 33 individuella och elva familjeintervjuer. Tid som passerat sedan dödsfallet varierade mellan sex månader och tolv år, med ett medeltal på tre år.</p>	<p>För att kunna hantera en ungdoms suicid krävs det att familjemedlemmarna kan använda sig av sina innersta styrkor och copingstrategier. Det individuella läkandet är en pågående och dynamisk process. Familjens läkande påverkades av beslut de tog och de hälsosamma band de skapade till den avlidne. Holistiskt stöttande sjuksköterskor kan hjälpa de drabbade individerna att växa som personer och utnyttja sin fulla kapacitet, hjälp till självhjälp.</p> <p><i>Grad I</i></p>

2002 Storbritannien	Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby, R.	The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study.	Att studera en stor grupp människor, sörjande en äldre person som begått suicid, för att fastställa upplevda problem tiden efter suicid.	Deskriptiv studie av 85 sörjande anhöriga och vänner till en person över 60 år som begått suicid. Intervjuer genomfördes 6-21 månader efter dödstillfället, inkluderande en semistrukturerad analys av problem som uppstått. Resultaten jämfördes med en kontrollgrupp som sörjde en äldre person som dött en naturlig död.	Utredning av dödsorsak etc. innebär ofta ett stort lidande för de sörjande. Vanliga sjukdomstecken, skam och en känsla av avvisning i sorgen efter suicid leder till att de här områdena borde uppmärksammas extra i omhändertagandet av de nära sörjande. <i>Grad I</i>
2006 USA	Holland Barnes, D.	The aftermath of suicide among African Americans.	Att undersöka hur en grupp afroamerikaner påverkades utav förlusten av en nära anhörig som begått suicid.	Kvalitativ explorativ studie som baseras på semistrukturerade intervjuer med 19 anhöriga (mödrar, syskon, barn och makor). Åldrarna på de intervjuade varierade mellan 20-65 år. Intervjuerna genomfördes under en femårs period.	Majoriteten upplevde att de var tvungna att gå igenom sorgprocessen själva. Då de tog emot hjälp kom den oftast från familj eller vänner. Hjälp som erbjöds från samhället uppfattades i många fall som verkningslös. Negativa attityder från anhöriga och från samhället i sig försvårade sorgprocessen. <i>Grad I</i>

<p>2007 Australien</p>	<p>Maple, M., Plummer, D., Edwards, H. & Minichello, V.</p>	<p>The effects of preparedness for suicide following death of a young adult child.</p>	<p>Att erhålla en kvalitativ förståelse för erfarenheten av beredskap gällande suicid hos en ung vuxen son eller dotter till föräldrar som deltagit i en bred suicidstudie om förlust genom anhörigs dödsfall.</p>	<p>Kvalitativ studie med retrospektiva djupintervjuer. 22 föräldrar från 18 familjer (mödrar, fäder, styvförälder, fosterförälder) till unga vuxna barn, 15 män och tre kvinnor, 17-31 år vid dödsfallet. Fyra av de döda hade diagnostiserad psykisk sjukdom. Intervjuerna genomfördes sex månader till 26 år, genomsnittlig period på sju år, efter dödsfallet.</p>	<p>Resultatet syftar inte till att vara representativt då föräldrarnas erfarenheter och upplevelser förändras över tid. Resultatet visar på skillnader i suicidrelaterad sorg och förlust av anhörig. Föräldrarna kommer till en punkt då de ändrar sin världsbild för att anpassa sig till nya förhållanden. Tillräcklig tid har då gått åt till att upprätta en förståelse varför självmodet ägde rum och en berättelse skapats för att väva samman anledningar som erbjuder acceptabla och tillfredsställande svar.</p> <p><i>Grad II</i></p>
<p>2002 USA</p>	<p>Pfeffer, C.R, Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J. & Metsch, M.</p>	<p>Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative.</p>	<p>Att utvärdera effekterna av en interventionsgrupp där fokus låg på att assistera barn i deras sorgbearbetning efter att ha förlorat en förälder eller ett syskon genom suicid.</p>	<p>Kvantitativ metod. 52 familjer med 75 barn deltog i studien. 27 familjer (39 barn) fick delta i interventionsgrupp och 25 familjer (36 barn) fick ej delta och fungerade som kontrollgrupp. Effekten värderades efter barnens förändrade nivåer av oro, depression, posttraumatisk stress och social anpassning och föräldrarnas depressionsgrad, före och efter interventionen.</p>	<p>En interventionsgrupp för sorgbearbetning med fokus på reaktioner på döden och suicid och att stärka copingstrategier kan minska plågorna hos barn som sörjer en förälder eller ett syskon som tagit sitt liv. Denna typ av intervention kan förebygga framtida dödsfall.</p> <p><i>Grad I</i></p>

2000 USA	Provini, C. Everett, J.R. & Pfeffer, C.R.	Adults mourning suicide: self- reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior.	Att beskriva vuxna anhörigas uppfattning av deras psykosociala förmåga samt behov av stöd i sorgeprocessen. Att rapportera hjälpbehovet från professionellt håll samt från anhöriga och vänner. Om hjälpen varit önskad och uppnått resultat. Att finna anledningar till varför de inte önskat hjälp och att rapportera barriärer som hindrat önskad hjälp.	Kvalitativ studie som baseras på telefonintervjuer med 227 anhöriga till suicidoffer (144 kvinnor) över 18 år. Intervjuerna genomfördes tre till sex månader efter dödsfallet.	Många anhöriga var ovilliga att tillgodose sig information angående stödbehovet under sorgearbetet. De familjer som faktiskt sökte hjälp i störst utsträckning och bearbetade sin sorg var familjer med barn och detta på grund av att barnfamiljer har ett mer komplext sorgearbete. Familjerelationen var det största bekymret under sorgearbetet, att inte orka med föräldrarollen och uppfostran följt av stressrelaterade bekymmer, t ex. ekonomi. <i>Grad I</i>
2001 Norge	Talseth,A-G., Gilje, F. & Norberg, A.	Being met – a passageway to hope for relatives of patients at risk of committing suicide: a phenomenological hermeneutic study.	Att belysa släktingars erfarenheter och upplevelser gällande bemötande av vårdpersonal inom psykiatrivården.	Kvalitativ studie genomförd med fenomenologisk hermeneutisk metod. 15 informanter deltog, varav åtta kvinnor och sju män. Alla hade en släkting inlagd på sjukhus, för suicidbenägenhet. Ostrukturerade intervjuer spelades in på band och transkriberades för att sedan analyseras och delas in i teman med tillhörande underteman.	Att bli bemött av vårdpersonal beskrivs som en dynamisk process av att bli sedd som en person; att delta i en jag-du relation; att ha förtroende för personalen, behandlingen och vården; att ha vårdpersonalens förtroende, och behovet av tröst. Sammantaget kan bemötandet från vårdpersonalen leda till att känslan av hopp infinner sig i en tid av kris präglad av frågor kring liv och död. <i>Grad II</i>