



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

(Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Individuell hjemmeksamen

Kandidatnr: 113

Leveringsfrist: 20.02.2015

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Frode Skorpen



# Veien videre

---

- *Etterlatte etter selvmord*

Bachelor i sykepleie  
Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Stord  
Våren 2015  
Kull 2011  
Kandidatnummer: 113  
Antall ord: 7318

## Innhold

1.0	Innledning:.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling.....	1
1.2	Problemstilling: .....	1
1.3	Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling .....	1
2.0	Teori .....	2
2.1	Sykepleiefaglig fokus .....	2
2.2	Definisjon på pårørende .....	3
2.3	Etterlatte og selvmord .....	3
2.3.1	Selvmord .....	4
2.4	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie .....	5
2.5	Kommunikasjon og det første møtet.....	5
3.0	Metode .....	6
3.4	Etikk i oppgaveskriving .....	9
4.0	Resultat.....	10
4.2	«Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide».....	11
4.3	«Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child».....	12
4.4	«Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior».....	13
5.0	Drøfting.....	14
6.0	Oppsummering .....	19
	Referanseliste.....	20
	VEDLEGG 1: Resultattabell over alle artiklene .....	I

## SAMMENDRAG

**Tittel:** Veien videre – Etterlatte etter selvmord.

**Bakgrunn for valg av tema:** Jeg har både gjennom jobb, praksis og privat vært i kontakt med mennesker som har opplevd at noen som stod dem nært har valgt å ta sitt eget liv. Den erfaringen som er felles for disse menneskene er opplevelsen av et mangelfullt helsevesen i etterkant av den krisen de gikk gjennom etter å ha mistet noen i selvmord.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende etter selvmord i nær relasjon?*

**Oppgavens hensikt:** Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleie kan ivareta pårørende etter selvmord i nær relasjon, hvilke behov som står i fokus og hvordan sykepleier kan bidra til en positiv sorgprosess.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie. Søk etter studier er utført i Cinahl, SveMed og PubMed, og det er lagt vekt på søkeordene *suicide, grief, suicidally bereaved, care, nursing, relative, og postvention*. Søkeordene ga best resultater i Cinahl, og alle studiene er derfor hentet derfra.

**Resultat:** Funnene viser at etterlatte etter selvmord har mange like behov, og at sykepleiere er dårlig på å imøtekomme disse behovene. For å endre dette må sykepleiere få økt kunnskapsnivå og mer erfaring.

**Oppsummering:** For å ivareta etterlatte etter selvmord er det viktig at sykepleieren er åpen og ærlig, lyttende, og empatisk. Det er også viktig at sykepleieren møter den etterlatte der den er, både emosjonelt og fysisk. Sykepleieren må være på tilbudssiden med informasjon om støttegrupper eller individuell rådgivning, men likevel ha forståelse og respekt for at den etterlatte kanskje ikke klarer å motta informasjonen. I slike tilfeller kan brosjyrer eller informasjonshefte være til hjelp for den etterlatte. Det er også viktig at sykepleieren kartlegger nettverket og ressursene til den etterlatte, og analyserer risikoen for utvikling av senkomplikasjoner som for eksempel depresjon, angst eller PTSD (Posttraumatisk stresslidelse), og iverksetter tiltak for å forebygge dette.

**Nøkkelord:** Selvmord, pårørende, familie, sorg

## **ABSTRACT**

**Title:** Moving forward – Suicidally bereaved

**Background for the chosen theme:** I have both through work, practice and private been in contact with people who have experienced that someone standing close to them have chosen to take their own lives. The experience that is common to these people is the experience of a deficient health care in the aftermath of the crisis they went through after losing someone in suicide.

**Problem:** *How can nursing safeguard the suicidally bereaved?*

**The purpose of this study:** The purpose of the exercise is to gain increased knowledge about how nurses can attend relatives after suicide in close relationship, which needs are in focus and how nursing can contribute to a positive grief process.

**Method:** Thesis is a literature study. The searches have been done in Cinahl, SveMed and PubMed, and the keywords that have been used are *suicide, grief, suicidally bereaved, care, nursing, relative, and postvention*. The keywords gave the best results in Cinahl, and all studies are therefore derived therefrom.

**Result:** The findings shows that the suicidally bereaved have many similar needs and that nurses are bad to accommodate those needs. To change this, nurses have to gain increased knowledge and more experience.

**Summary:** For nurses to safeguard the suicidally bereave, it is important to be open and honest, listening, and empathetic. It is also important that the nurse meets the bereaved where it is, both emotionally and physically. The nurse must be offering information on support or individual counseling, and have an understanding and respect for that the survivor may not be able to receive the information. In such cases, brochures or information booklet can be of assistance to the survivors. It is also important that the nurse maps the network and resources of the bereaved, and analyzes the risk of developing complications such as depression, anxiety or PTSD (Posttraumatic stress disorder), and that nurses take action to prevent this.

**Keywords:** Suicide, suicidally bereaved, family, grief

## **1.0 Innledning:**

### **1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling**

Jeg har både gjennom jobb, praksis og privat vært i kontakt med mennesker som har opplevd at noen som stod dem nært har valgt å ta sitt eget liv. Den erfaringen som er felles for disse menneskene er opplevelsen av et mangelfullt helsevesen i etterkant av den krisen de gikk gjennom etter å ha mistet noen i selvmord. Dette er også et kompetanseområde som jeg kan lite om, og som jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om. Jeg mener det er viktig at jeg som sykepleier har grunnleggende kunnskap om hvordan jeg kan ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte, ettersom jeg kan møte disse menneskene på alle arenaer, men da særlig innen psykisk helsevern. Jeg ønsker også å se på hvilken forskning som eksisterer på området, da temaet om selvmord har vært mer eller mindre tabu frem til de siste årene.

### **1.2 Problemstilling:**

Problemstillingen jeg har valgt å arbeide ut i fra er;

*«Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende etter selvmord i nær relasjon?».*

Denne problemstillingen har et sykepleiefaglig fokus og er avgrenset til pårørende som har opplevd selvmord i nær relasjon. Når jeg benytter ordet «ivareta» i problemstillingen, vil jeg se nærmere på hvilke behov pårørende mener er fremtredende og hvilke tiltak som eksisterer for å imøtekomme disse behovene. Jeg vil også se nærmere på hvilke tiltak som eksisterer for å hjelpe pårørende til mestringsfølelse og livskvalitet etter å ha opplevd å miste noen nære i selvmord.

### **1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling**

I denne oppgaven vil jeg fokusere på mennesker som har opplevd å miste en av sine nære i selvmord, og hvilke tiltak som eksisterer for å ivareta denne gruppen mennesker. Jeg ønsker å ha mitt hovedfokus på foreldre, ektefelle og barn av avdøde. Min målsetning med oppgaven er å øke den faglige kompetansen og bevisstheten rundt viktigheten av å ivareta pårørende etter å ha opplevd å miste noen i selvmord. I denne oppgaven vil jeg ikke ta for meg akuttfasen, men heller fokusere på behovene de etterlatte føler på over tid. Jeg vil også fokusere på hva forskning påpeker som pårørende sine behov i situasjonen, da jeg opplever at det er stor kunnskapsmangel om emnet. Begrepene pårørende og etterlatte vil bli brukt om hverandre, avhengig av hvilket begrep som er brukt i litteraturen

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleiefaglig fokus

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori. Travelbee (1999, s.29) definerer sykepleie som:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene».*

I forklaringen av definisjonen kommer det frem at sykepleie alltid vil være en mellommenneskelig prosess fordi det enten direkte eller indirekte handler om mennesker. Sykepleiere møter mennesker som omfatter både syke og friske mennesker, deres familie og andre helsefaglige utøvere. Sykepleie er betraktet som en prosess på bakgrunn av at det er en erfaring eller en hendelse, eller en serie av hendelser, som foregår mellom sykepleier og det mennesket eller de menneskene som har behov for den hjelpen sykepleieren kan tilby. Sykepleie blir betraktet som en prosess hvor man identifiserer problemet og iverksetter tiltak for forandring på en målrettet, innsiktsfull og omsorgsfull måte. Sykepleieren arbeider for å få til forandringer, altså å hjelpe mennesket, familien eller samfunnet til å bli bevisst på hvordan sykdom, funksjonssvikt eller lidelse kan forebygges, og å gjøre bevisst på å handle slik at høyeste nivå av helse kan opprettholdes. På den annen side vil dette si at den foreliggende tilstanden ikke vil bli akseptert dersom den består av sykdom, lidelse eller andre problemer som kan påvirke menneskets helsetilstand. Formålet med sykepleierens aktiviteter, enten det er å observere, registrere eller undervise, er å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom eller lidelse, eller til å opprettholde best mulig helse (Travelbee, 1999, s.29-31).

I følge Eide og Eide (2011, s.136-137) deler Travelbee kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient i fem stadier, som i noen grad overlapper hverandre; 1) Observasjon, 2) Fortolkning, 3) Beslutning, 4) Handling, altså sykepleie-intervensjon/tiltak, 5) Vurdering, eller evaluering, av handling. Det kommer også frem at det er svært viktig at sykepleieren forstår både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen fra pasienten, og bruker denne til å iverksette sykepleietiltak. Travelbee mener at kommunikasjon er et «middel» til å skape menneske-til-menneske-forholdet, noe som igjen er «midlelet» til å virkeliggjøre sykepleiens formål. Travelbee har også en modell for utviklingen i forholdet mellom sykepleier og

pasient; 1) Det innledende møte, 2) Fremvekst av identiteter, 3) Empati, 4) Sympati, og 5) Gjensidig forståelse og kontakt.

## 2.2 Definisjon på pårørende

I følge pasient- og brukerrettighetsloven §1-3, avsnitt b, er nærmeste pårørende definert på følgende måte;

*«Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette» (Lovdata, 2015).*

## 2.3 Etterlatte og selvmord

Helsedirektoratet ga i 2011 ut en veileder med formål om å gi kunnskapsbaserte faglige råd til profesjonelle og frivillige som er i kontakt med etterlatte etter selvmord. I følge Helsedirektoratet (2011) er selvmord en av de største helsemessige utfordringene i vår tid. Det registreres omlag 525 selvmord i Norge hvert år. Dersom hver enkelt av de 525 menneskene har ti pårørende, vil antall etterlatte være 5250 mennesker hvert år. Mennesker som er etterlatte etter selvmord er en gruppe med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte. Veilederen omtaler også begrepet «postvention» som er et begrep som brukes om alle tiltak som kan bidra til å redusere de negative konsekvensene som følger av en traumatisk død for de etterlatte. Behovene til mennesker som er etterlatte etter selvmordet varierer avhengig av relasjonen til den avdøde, grad av eksponering, og den enkeltes beskyttelsesfaktorer.

Umiddelbare reaksjoner som sjokk, mistro og nummenhet ledsaget av sterke følelser er vanlig at de etterlatte opplever. I tillegg opplever mange som er etterlatte etter selvmord perioder med intens gråt, tristhet og lengsel etter avdøde. Endret tidsopplevelse og en følelse av uvirkelighet er svært vanlig, samt at sterke sanseinntrykk kan «brenne seg fast» hos den etterlatte, med en intensitet utenom det vanlige. Selvbebreidelse og skyldfølelse er også vanlige følelser å sitte igjen med etter å at en nær har valgt å avslutte livet sitt. Det er også



vanlig å oppleve ulike fysiske reaksjoner som skjelving, hjertebank, kvalme, frostanfall og svimmelhet. Noen etterlatte kan oppleve en umiddelbar lettelse etter et selvmord, da spesielt om avdøde har over lang tid hatt så store belastninger at ønsket om å avslutte livet har vært sterkt. Som fagperson er det viktig å være åpen for at etterlatte etter selvmord kan ha slike følelser, og et ønske om å ville snakke om disse følelsene (Helsedirektoratet, 2011).

I etterkant av et selvmord er redsel for å bli gal eller å miste kontrollen vanlige reaksjoner for de etterlatte. En sterk uvirkelighetsfølelse samt grubling over mening og årsak, er også vanlige reaksjoner. Det er viktig at etterlatte etter selvmord får informasjon om at slike ettervirkninger er vanlig, til tross for at de til tider kan oppleves som både motsetningsfylte og kaotiske.

I veilederen til Helsedirektoratet (2011) kommer det frem at selve symptombelastningen for etterlatte etter selvmord kan være lignende belastningen ved å være etterlatte etter annen brå død. Forskjellen er derimot at etterlatte etter selvmord føler på belastningen av å være pårørende til mennesker som har opplevd livet så vanskelig at de har valgt å avslutte det. Mange mennesker som er etterlatte etter selvmord går med ubesvarte spørsmål knyttet til selvmordet i åresvis, og i verste fall for resten av livet.

### 2.3.1 Selvmord

Selvmord kan defineres på følgende måte:

*«I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkede sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen» (Helsedirektoratet, 2011, s.12).*

Bakomforliggende et selvmord er det som regel et komplisert samspill bestående av ulike uheldige indre og ytre faktorer, og ikke bare en faktor. Man kan også forstå selvmord som en måte å komme unna en krisesituasjon som der og da føles uløselig (Helsedirektoratet, 2011).

Renolen (2010, s.185-186) skriver at selvmord sjelden er en impulshandling, men at det ofte er vonde hendelser fra fortid eller nåtid, bekymringer for noe forestående eller depresjon som ligger bak ønsket om å ta sitt eget liv. Selvmord er like aktuelt for menn som for kvinner, men felles for de fleste er at det dreier seg om hendelser knyttet til tap av ulike slag, for eksempel tap av nære gjennom død eller skilsmisse, tap av arbeid, tap av anseelse, eller tap av helse. Blant de personene som har alvorlige selvmordsforsøk bak seg, eller de som

har lyktes i å ta sitt eget liv, finner vi en overhyppighet av mennesker som har hatt en traumatisk oppvekst preget av fysiske og seksuelle overgrep, og/eller omsorgssvikt.

## **2.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie**

I følge Brinchmann (2010, s.100) er verdiene som ligger til grunn for de yrkesetiske retningslinjene i sykepleie barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleie kan i bunn og grunn beskrives som en praktiserende medmennesklighet. Ansvar til sykepleieren blir formulert gjennom fire punkter, som er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse, og lindre lidelse.

Brinchmann (2010, s.101) drar også frem grunnlaget for sykepleie. Hun skriver at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for mennesket, menneskets liv og iboende verdighet. I tillegg til å baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, skal også sykepleie være kunnskapsbasert.

## **2.5 Kommunikasjon og det første møtet**

Schmidt (2011, s.90) beskriver kommunikasjon som et viktig middel i alle mellommenneskelige forhold, og særlig i forholdet mellom sykepleier og pasient. Det første møtet eller den første samtalen mellom sykepleier og pasient kan være avgjørende for all videre kontakt. Dersom pasienten føler seg avvist eller ivaretatt, informert eller desinformert, vil det første møtet prege hans holdninger og forventninger til pleie og behandling videre i livet. Kommunikasjon innebærer langt mer enn muntlige ord som blir utvekslet. Når vi uttrykker oss selv, bruker vi ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser, blikk og fakter, tonefall, pauser og nøling. Hun påpeker også at ansiktsuttrykkene våre enkelte ganger ikke samsvarer med det som blir sagt. Schmidt (2011, s.94-95) mener at mange forsøk på å hjelpe ofte strander fordi utgangspunktet for samtalen er feil. På bakgrunn av dette har hun nevnt fire grunnleggende prinsipper for å utføre den gode samtalen; 1) Utgangspunktet for samtalen er pasienten, 2) Utgangspunktet for hjelperens oppmerksomhet er pasienten, 3) Utgangspunktet for hjelperens lydhørhet er pasienten, og 4) Utgangspunktet for hjelperens hjelp til pasienten er pasienten og pasientens livssyn. Hun påpeker at det er en kunst å gi rom for den andre, og at det er en krevende utfordring å lytte med åpent sinn til hvordan den andre har det, og likevel holde pasienten som utgangspunkt.

Hummelvoll (2012, s.395) skriver at en god relasjon er preget av nærhet, ansvar, kontakt og kontinuitet. Videre skriver han at sykepleieren ikke må formidle stress eller tidsnød, men vise tilstedeværelse med hele seg og ha oppmerksomheten rettet mot det gjeldende individet. Altså dreier det seg om å se den andre og vise at sykepleieren er der for

den andre. Til tross for at de ytre omstendigheten skaper muligheten for handling, er det likevel i kontakten mellom sykepleieren og mennesket at kunnskap, alternative livsmuligheter, håp, trøst og forsoning blir formidlet.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er i oppgaveteksten forhåndsbestemt som en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innenfor et emne eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2008, s.30). Forsberg og Wengström (2008, s.25-26) nevner ulike typer litteraturstudier, blant annet blir allmenn- og systematisk litteraturstudie beskrevet. For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er det viktig at det allerede er utført et tilfredsstillende antall studier, og at disse har god nok kvalitet til å bli brukt i drøftning og i en konklusjon. Det stilles også krav til at alle relevante studier blir inkludert i systematisk litteraturstudie.

En allmenn litteraturstudie bli omtalt som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. En allmenn litteraturstudie går systematisk gjennom et bestemt utvalg av studier innenfor et tema (Forsberg og Wengström, 2008, s.25).

Dalland (2014, s.111) skriver at begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte. Dalland (2014, s.112) beskriver to ulike metoder, nemlig kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden gir oss målbar data slik som gjennom statistikk, mens den kvalitative metoden måler det som ikke er målbart slik som meninger og opplevelser.

### 3.2 Fremgangsmåte

Jeg valgte tema og fikk dette godkjent før jeg startet søkeprosessen. For å finne helsefaglige databaser å utføre litteratursøket i, brukte jeg Høgskolen Stord/Haugesund sin bibliotekside. Deretter søkte jeg på aktuelle søkeord som var relevant for min problemstilling; *suicide, grief, suicidally bereaved, care, nursing, relative, og postvention*. Etter å ha søkt i flere databaser, var det Cinahl som ga best resultat. Etterhvert kombinerte jeg søkeordene med AND for å minimere antall treff. Deretter gjorde jeg begrensninger som å kun vise artikler i Full text og artikler publisert innenfor en tidsramme på ti år. Jeg gikk så i gang med å lese abstraktene, for så å velge ut fem artikler som jeg mente kunne være relevante for min problemstilling. Jeg har valgt artikler som er utenfor begrensningene på Full text og

tidsrammen også, da fordi artiklene var relevante for min problemstilling. Jeg fikk da hjelp av veileder, som hadde tilgang til databasen hvor artikkelen var tilgjengelig, til å hente frem artikkelen til meg. I alle studiene var kvalitativ metode benyttet, noe som er hensiktsmessig for min oppgave.

### 3.2.1 Tabell

**Tabell 1 - Cinahl**

Søk nummer	Søkeord/	Avgrensning	Resultat
S1	Suicide		14277
S2	S1 AND nursing		1775
S3	S1 AND care		3440
S4	S1 AND relative		423
S5	Suicidally bereaved		3
S6	Bereavment AND Mourning	Full text	69

Etter søk nr 5 fant jeg tre artikler, hvor alle tre ble valgt ut. Artikkel nr 1: *The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends* (Wilson & Marshall, 2010). Artikkel nr 2: *Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide* (Gall, Henneberry & Eyre, 2013). Artikkel nr 3: *Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child* (Maple, Edwards, Plummer & Minichello, 2010). Etter å ha sett på disse artiklene fant jeg flere søkeord og utførte derfor et søk nr 6. På dette søket valgte jeg ut artikkel nr 4: *Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior* (Provini, Everett & Pfeffer, 2000)

### 3.3 Metodekritikk

Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere hvorvidt informasjonen i studiene er gyldig. Den metodiske kvaliteten og konteksten studien er skrevet i er viktig at blir vurdert (Kunnskapsbasert praksis, 2012). De aller fleste vitenskapelige artiklene er oppbygd med hjelp av IMRAD-prinsippet. IMRAD innebærer at det finnes en Introduksjon hvor forfatterne forklarer hvorfor de ønsker å utføre studien, en Metode hvor forfatterne forklarer hvordan de gjennomførte studien og analyserte resultatene, Resultat hvor forfatterne beskriver hva de kom frem til, og Diskusjon hvor forfatterne beskriver hva de mener resultatene betyr. De fleste artikler inneholder også et sammendrag, eller abstrakt, i innledningen. Artiklene skal også inneholde en resultat- og diskusjonsdel, men noen ganger velger forfatteren å slå sammen disse to delene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.69).

I følge Dalland (2014, s.72-73) skal kildekritikken vise at du kan forholde deg kritisk til det materialet som blir brukt i oppgaven, og hvilke kriterier som ble benyttet under utvelgelsen. Kildekritikk betyr ikke at vi som lesere skal utnevne oss selv til dommere over forskningsarbeidet. Vi må hele tiden se kritikken i forhold til hva som er meningen at kildene skal belyse.

### **3.3.1 Kritisk vurdering av artikler**

I Wilson og Marshall (2010) sin studie kommer formålet med studien klart frem. Forskerne har benyttet seg av kvalitativ metode som er hensiktsmessig i henhold til formålet, og til at problemstillingen blir godt besvart. Det har blitt tatt konkrete etiske hensyn, og studien er etisk godkjent. Det kommer klart frem hvordan de har rekruttert deltakerne, og hvilke krav som ble stilt for deltakelse. Forskerne har også gjort rede for hvorfor noen ble ekskludert fra studiet, og karakteristika ved utvalget er grundig beskrevet. Forskerne redegjør også for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data, og de kommer med konkrete punkter som underbygger funnene. Jeg fant dette studiet relevant for min problemstilling i og med at studien generelt omhandler hvordan helsepersonell kan ivareta mennesker som er etterlatte etter selvmord.

Studiet til Gall, Henneberry og Eyre (2013) har et klart formulert formål, og kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Studiet er etisk godkjent av komitè, og det har blitt tatt konkrete etiske hensyn. Rekrutteringsfasen er gjort rede for, samt kravene som ble stilt for deltakelse. Dataene ble innhentet via intervjuer, noe som gav gode svar på problemstillingen i studiet. Det er også redegjort for analyse og fortolkning av data, og bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen. Forskerne viser også til lignende studier som underbygger deres funn. Dette studiet er ikke skrevet av sykepleiere, men studiet

inkluderer svar fra helsepersonell som har jobbet med etterlatte etter selvmord, noe som gjorde at jeg fant dette studiet relevant for min problemstilling.

I studiet «*Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child*» av Maple, Edwards, Plummer og Minichello (2009), kommer formålet med studiet klart frem. Forskerne har benyttet seg av kvalitativ metode som er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Det er redegjort for rekruttering av deltakere, samt ekskludering av interessenter som ikke oppfylte kravene til deltakelse. Studiet oppgir at konkrete etiske hensyn er tatt i betraktning, og studiet er etisk godkjent. Forskerne har gjort rede for bakgrunnsforhold som kan påvirke tolkningen av data, og de har innhentet opplysninger fra tidligere studier for å underbygge funnene. Studiet er ikke skrevet av sykepleiere, men er bygget på et generelt grunnlag for helsepersonell. Jeg har likevel valgt å inkludere studiet i min oppgave ettersom den er relevant for min problemstilling.

I studiet til Provini, Everett og Pfeffer (2000) kommer formålet med studien tydelig frem. Forskerne har benyttet kvalitativ metode, noe som er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Det er gjort rede for utvalget av deltakere, og karakteristika er beskrevet i studiet. Det kommer ikke tydelig frem at studien er etisk godkjent, men man kan anta at tidsskriftet har dette som et krav for publisering. Derimot er det beskrevet ulike konkrete etiske hensyn som har blitt tatt i studien. Forskerne har tydelig beskrevet hvordan dataene ble samlet, og hvordan analysen ble gjennomført. De har også gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket tolkningen av dataene. Forskerne viser også til andre studier for å underbygge funnene. Til tross for at studien er utgitt i 2000, er denne relevant for min problemstilling. Funnene i dette studiet samsvarer også med de andre studiene som er valgt i oppgaven, noe som bidro til at studiet ble inkludert i oppgaven.

### **3.4 Etikk i oppgaveskriving**

Dalland (2014, s.109) beskriver to typer etiske utfordringer som forskning og oppgaveskriving kan by på. Disse er; 1) Problemer som er knyttet til bruken av forskningsresultatet, og 2) Problemer som er knyttet til produksjon av forskningsresultater. Det å gjennomføre en underøkelse innebærer å ta på seg ansvaret overfor enkeltpersoner, institusjoner og samfunnet. For å kontrollere studiet kan du blant annet stille noen etiske kontrollspørsmål. Disse spørsmålene går ut på prosjektets mål og metoder innenfor fagets normer og begrensninger, om samtykke fra deltakerne er innhentet på forsvarlig måte, om det er avklart om det ikke foreligger avhengighetsforhold som kan påvirke deltakernes samtykke,

om alle persondata er anonymisert og hvilke rettigheter de berørte partene har, som kan bli berørt av undersøkelsen.

## 4.0 Resultat

### 4.1 «The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends».

Studien er skrevet av Wilson og Marshall (2010). Studien er utført i Australia, og er godkjent av The University of Adelaide Human Research Ethics Committee. Denne studien hadde som mål å identifisere hva etterlatte ved selvmord oppfattet som deres behov, og deres opplevelser av støtte rettet mot å møte disse behovene.

Studien er en kvalitativ studie hvor forfatterne har benyttet et spørreskjema som inkluderte 59 spørsmål med både åpne og lukkede svarmuligheter. Spørreskjemaet ble testet før distribusjon. Spørsmålene i spørreskjemaet gikk ut på forholdet mellom deltakeren og den avdøde, behov for hjelp etter dødsfallet, om deltakeren var fornøyd med hjelpetilbudet (om mottatt), og ga mulighet for forslag til forbedring.

Det ble brukt to metoder for valg av deltakere i studiet. Den første metoden var en rekke radiointervjuer, avisoppslag, annonser på internett, og også internasjonal radio. Den andre metoden var å informere medlemmer av sorggrupper gjennom nyhetsbrev og mail. Det ble til slutt sendt ut spørreskjema til 353 deltakere. Av disse 353 spørreskjemaene ble 172 spørreskjemaer sendt tilbake til forfatterne av studien. Av disse 172 spørreskjemaene var det 166 spørreskjemaer som var tilfredsstillende utfylt og til slutt ble inkludert i studien. De gjenværende 166 deltakerne ble så delt i tre grupper; Gruppe 1 som bestod av foreldre, Gruppe 2 som bestod av ektefeller, partnere, søsken, barn og øvrig familie, og Gruppe 3 som bestod av venner.

Studien viste at 95% av deltakerne følte at de trengte hjelp etter å ha mistet en av sine kjære i selvmord, men at bare 44% mottok hjelp. Av disse følte 34,3% noe eller lite tilfredsstillelse mens 26,1% var misfornøyd med hjelpen de mottok. Hovedgrunnene til misnøye blir beskrevet som at den som ytte hjelpetilbudet ikke hadde nok erfaring eller kunnskap på emnet, og at holdningene til helsepersonellet var for dårlig. Studien avdekket også etterlatte som ikke søkte om hjelp i det hele tatt. Til dette fantes det ulike grunner. 25,3% opplevde at det var mangel på informasjon, 23,5% opplevde at det var mangel på opplysning

om hjelpetilbud, 22,9% opplevde at det var mangel på hjelpetilbud, 18,7% tenkte at ingen kunne hjelpe dem, 15,1% opplevde avstand mens 14,5% opplevde at kostnad var det største problemet. Studiet viser også hvilke hjelpetilbud deltakerne hadde satt mest pris på å motta. Av disse tilbudene var det tilbudet om kriseteam som viste størst avvik fra ønsket hjelpetilbud (20%) til mottatt hjelpetilbud (2%).

#### **4.2 «Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide».**

Studien er skrevet av Gall, Henneberry og Eyre (2013). Studien er utført i Canada, og er godkjent av The Research Ethics Board of Saint Paul University in Ottawa. Det ble benyttet en kvalitativ metode hvor intervjuer og spørreskjemaer ble brukt for å samle data. Deltakerne bestod av 11 mennesker som var etterlatte ved selvmord og 4 helsearbeidere som hadde jobbet med psykisk helse og etterlatte ved selvmord i gjennomsnittlig 12.3 år. Av deltakerne som var etterlatte ved selvmord, var det 6 mennesker som jobbet som frivillige i organisasjoner og støttegrupper for etterlatte ved selvmord. Deltakerne ble rekruttert gjennom artikler i ulike nyhetsbrev. Kravene for deltakelse var at deltakeren måtte være over 18 år, og at det måtte ha gått minimum 2 år siden selvmordet fant sted.

Målet med denne studien var å adressere begrensningene til pårørende til mennesker som har tatt sitt eget liv, og helsearbeidere som tilbyr hjelpetilbud til de som er etterlatte ved selvmord, med et bakomforliggende mål om å innføre best mulig praksis for å ivareta mennesker som er etterlatte etter selvmord.

Forskerne inviterte deltakerne til å diskutere deres opplevelse av tapet fritt, eller deres arbeid med mennesker som er etterlatte ved selvmord. Intervjuene var semistrukturerte og ble tatt opp på lydopptak. Spørsmålene ble stilt med åpne svarmuligheter med mål om at de etterlatte fikk muligheten til å gi tilbakemelding på deres reaksjoner og forståelsen av selvmordet. Det var enkelte hovedkategorier som spørsmålene ble stilt utifra. Disse var hvordan selvmordet hadde påvirket dem, hvilke hjelpetilbud som ble benyttet, hvordan selvmordet ble reagert på og forstått, og hvilke råd deltakerne ville gitt til andre som har opplevd selvmord i nær relasjon. De 6 etterlatte som jobbet som frivillige ble intervjuet to ganger, først som pårørende og deretter som helsearbeider. Etter intervjuene måtte deltakerne fylle ut demografiske spørreskjemaer.

Etter intervjuene og spørreskjemaene var gjennomført, gikk forskerne fenomenologisk gjennom transkripsjonen av lydopptakene. Den fenomenologiske fremgangsmåten ble valgt fordi målet med studien var å beskrive de erfarte situasjonene til de etterlatte. Forskerne valgte å innhente data fra både etterlatte og helsearbeidere fordi de mente at det ville gi dem



en større forståelse av opplevelsen enn det ville gjort dersom de bare hadde hatt synspunktene til den ene gruppen.

Da dataene var analysert, delte forskerne svarene i to grupper. Den første gruppen var pårørende. Deretter ble svarene delt inn i seks tema; 1) Opplevelsen av sorg, 2) Mestring, 3) Bekymring rundt relasjoner med mennesker, 4) Kampen for å finne mening, 5) Selvinnsikt og refleksjoner, 6) Veien videre. Helsearbeiderne sine svar ble delt inn i fem tema; 1) Det hjelpende tilbudet, 2) Behovet for å fokusere på følelser, 3) Å finne mening i hendelsen, 4) Viktigheten av støttegrupper, 5) Individuell rådgivning.

Dersom en ser på diskusjonen i studien så viser det seg at helsearbeiderne møter de etterlattes behov. Studien viste at behovene til mennesker som er etterlatte ved selvmord, var i hovedsak å kunne «luften ut» følelsene, få lov til å kjenne på smerten som kom med tapet, få informasjon om støttegrupper og individuell rådgivning, ta kontroll over situasjonen, å gjenvinne seg selv og ta vare på seg selv, snakke med dem man stoler på, akseptere at det var den avdøde som tok valget og at det ikke hadde noe med den etterlatte å gjøre, og å gå videre med livet sitt. På den andre siden forklarte helsearbeiderne at viktigheten rundt å arbeide med mennesker som er etterlatte etter selvmord, blant annet er å være åpen og ærlig, lytte, være empatisk, bruke den tiden den etterlatte trenger, tilby informasjon og kunnskap, tilby ulike metoder for å oppnå mestring, bidra med å identifisere, bygge og tilby støtte, hjelpe den etterlatte med å forstå at det var den avdødes valg, frembringe håp, fokusere på ressurser, og å finne en «ny normal» i livet til den etterlatte.

#### **4.3 «Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child».**

Studien er skrevet av Maple, Edwards, Plummer og Minichello (2009). Studien er utført i Australia og er godkjent av The University of New England Human Research Ethics Committee. Det ble benyttet en kvalitativ metode, og målet var å utforske foreldres erfaringer etter å bli etterlatt ved selvmord av unge voksne barn, deres følelser rundt det å snakke om deres barns liv og død, deres opplevelse av selvmordet og deres resulterende sorgprosess.

Først ble studiet annonsert gjennom lokal media hvor kontaktinformasjonen til Maple ble utlevert slik at interessenter kunne ta direkte kontakt. Interessentene ble grundig forklarte formålet med studiet og hvilke krav som var satt til deltakelse. Deretter ble det sendt ut en informasjonspakke som inneholdt informasjon om rettighetene til de etterlatte dersom de skulle velge å delta, skriftlig informasjon om studiets formål og hvilke krav som var satt til

deltakelse. I etterkant av denne informasjonspakken fikk interessentene telefon fra forskerne der de måtte svare på om de ønsket og delta eller ei. Dersom de valgte å delta, ble tidspunkt og sted for intervjuet fastsatt utifra den etterlattes timeplan.

22 foreldre fra 18 forskjellige familier valgte å delta i studien. Enkelte intervjuer ble utført med en forelder, mens i andre intervjuer var begge foreldrene tilstede. Intervjuene ble utført ansikt-til-ansikt, utenom et som ble gjort over telefon, og varte i 1-3 timer. Intervjuene startet med en forhåndsbestemt uttalelse som var laget utifra målet med studien. Etter at intervjuene var utført ble dataene nøye analysert og kategorisert utifra tema.

Det som fremstod som det viktigste i diskusjonen i studien, var støtte fra mennesker som stod de etterlatte nært, fra samfunnet og fra ulike hjelpetilbud. De etterlatte opplevde å bli tvungen til stillhet på bakgrunn av holdningene som er angående selvmord, og følte at dette førte til at de ble isolert, og at de ikke kunne snakke om hverken livet eller dødsfallet til avdøde. På bakgrunn av holdningene til samfunnet og menneskene rundt dem, påpekte de spesielt viktigheten av et helsevesen bestående av fagpersoner som har kunnskap om sorgprosessen til mennesker som er etterlatte etter selvmord, og at dette er vesentlig for at den etterlatte skal få hjelp til å komme gjennom sorgen.

#### **4.4 «Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior».**

Studien er skrevet av Provini, Everett og Pfeffer (2000), og er utført i New York. Studien er en kvalitativ studie hvor deltakerne ble rekruttert fra telefonkontakter til et større prosjekt, CARES, som pågikk samtidig som studien. Første steget var å sende brev til de aktuelle deltakerne med informasjon om studiet, deretter opprettet forskerne telefonkontakt med de aktuelle deltakerne. Det var 227 deltakere som var interesserte i å delta i studien, men etter å ha utført en omfattende inkluderingsprosess var det 144 voksne etterlatte som deltok i studien. Studiet ble utført via telefonsamtaler.

Målet med studien var å beskrive voksne etterlattes oppfatninger av deres psykososiale funksjon, hvordan de oppfattet behovet for sorgrelatert bistand, benyttelse av hjelpetilbud, grunner til at de ikke ønsker hjelp, og rapporterte barrierer for deres valg til å avstå fra hjelpetilbud. Ved å innhente data direkte fra et utvalg av voksne som er etterlatt etter selvmord, mente forskerne at de ville få et bredere innsyn i hvorvidt kunnskapen som eksisterte var begrenset eller ei. Forskerne fokuserte på de etterlattes oppfatning av deres funksjon og behov for hjelp, så vel som ønsket om å motta hjelp og de ulike grunnene for å

avstå.

Forskerne delte de ulike bekymringene til de etterlatte i fire kategorier; 1) Famileforhold, 2) Psykisk helse, 3) Sorgprosessen, og 4) Mestringsprosessen. I disse kategoriene ble det nevnt ulike bekymringer som de etterlatte hadde. Blant annet ble det nevnt at de følte seg ute av stand til å gjøre dagligdagse gjøremål, deprimerte og angstpreget, vanskeligheter med å forklare omstendighetene rundt dødsfallet og økonomiske problemer. De aller fleste deltakerne ønsket å motta et tilbud om en informativ samtale rundt deres behov, mens andre ikke ønsket hjelp i det hele tatt. De etterlatte følte også behov for å motta profesjonell hjelp til å forstå årsaken til dødsfallet, og å kunne forklare dette til andre familiemedlemmer, og emosjonell støtte. I hovedsak bestod bekymringene til de etterlatte av tanker og følelser rundt fremtidig familiesituasjon, vanskeligheter på bakgrunn av stress, psykiatriske konsekvenser og vanskeligheter med å uttrykke sorg. I form av å tilby assistanse til de som er etterlatte etter selvmord, har studien vist at voksnes opplevelse av sorg kan være spesielt komplisert i det første året etter selvmordet av en som stod dem nært. Selv om hjelp blir tilbudt gjennom tradisjonell terapi, har de også behov for hjelp til å løse praktiske problemer. De bør derfor oppfordres til å benytte seg av både formelle og uformelle hjelpetilbud gjennom hele sorgprosessen. Ulike hjelpetilbud som sorggrupper og andre støttegrupper er viktig å informere den etterlatte om, i og med at det kan være første steg mot å dele informasjon om behov og søke hjelp.

## 5.0 Drøfting

I denne delen ønsker jeg å belyse min problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier ivareta pårørende etter selvmord i nær relasjon?*». For å gjøre dette skal jeg benytte meg av funnene i artiklene, relevant teori og egne refleksjoner i møte med etterlatte etter selvmord. Begrepene pårørende og etterlatte brukes om hverandre i teorien, men i drøftingsdelen har jeg valgt å kun bruke begrepet etterlatt.

### 5.1 De etterlattes behov

I studiet til Wilson og Marshall (2010) kommer det frem at mange etterlatte etter selvmord ønsker og har behov for hjelp. Det kommer også frem at mange som mottok hjelp var lite fornøyd eller misfornøyd. Hovedgrunnen til dette var at den som ytte hjelpetilbudet ikke hadde tilstrekkelig med kunnskap eller erfaring om emnet, eller at sykepleierens holdninger var for dårlig.

I forklaringen av Travelbee (1999) sin sykepleieteori kommer det frem at sykepleie er

en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren skal arbeide for å skape forandring på en målrettet, innsiktsfull og omsorgsfull måte. Formålet med alle sykepleierens aktiviteter, uavhengig om det er å undervise eller observere, er å hjelpe den enkelte til å opprettholde best mulig helse. Travelbee sier også at kommunikasjon er vesentlig for å skape et menneske-til-menneske-forhold.

Dersom jeg overfører Travelbees (1999) sykepleieteori til praksis, mener jeg det er viktig at sykepleiere bruker kommunikasjon som et middel for å skape åpenhet om selvmord og hvilke hjelpetilbud som eksisterer for de etterlatte. Jeg mener at sykepleiere kan jobbe på arenaer hvor de kan møte denne gruppen mennesker, og at det er viktig at de etterlatte blir møtt med forståelse, empati og respekt. Av den grunn mener jeg at sykepleiere trenger mer kunnskap om emnet.

Som det kommer frem i Helsedirektoratet sin veileder fra 2011 velger ca 525 mennesker å ta selvmord hvert år. Mange mennesker sitter igjen som etterlatte, med stor sorg og vanntro. Denne gruppen mennesker har ulike behov for hjelp, blant annet tiltak som kan bidra til å redusere negative konsekvenser som for eksempel skyldfølelse og selvbebreidelse.

I studien til Wilson og Marshall (2010) kommer det frem at det er mange etterlatte etter selvmord som har behov for hjelp, men som ikke vet hvor de skal henvende seg eller hvilke tilbud som eksisterer. Gall et.al.(2013) beskriver at hovedpunktene som de etterlatte trenger bistand med er opplevelsen av sorg, å føle mestring, få støtte rundt bekymringer i mellommenneskelige relasjoner, kampen for å finne mening, selvinnsikt og refleksjoner rundt seg selv, og veien videre. Dette underbygger studiet til Provini, Everett og Pfeffer (2000), som konkluderte med at bekymringene til de etterlatte består av familieforhold, psykisk helse, sorgprosessen og mestringsprosessen.

I alle fire studiene er det noe som er ulikt, men til tross for dette viser det seg at behovene til de etterlatte er meget samsvarende. Maple et.al. (2009) skriver at på bakgrunn av holdningene i samfunnet, var viktigheten av å bli møtt av en sykepleier med kunnskap om sorgprosessen til denne gruppen mennesker desto viktigere. Maple et.al (2009) skriver også at dette er avgjørende for den etterlattes resulterende sorgprosess. Provini et.al (2000) beskriver også viktigheten av støtte til praktiske problemer for den etterlatte. Å informere den etterlatte om både formelle og uformelle hjelpetilbud er viktig siden det kan være første steget mot å dele informasjon om behov og søke hjelp. Mennesker som er etterlatte etter selvmord følte seg også ute av stand til å kunne forstå årsaken til selvmordet, og ønsket støtte fra sykepleier til å kunne forklare dette til andre familiemedlemmer (Provini et.al, 2000).

## 5.2 Sykepleierens rolle

Gall, et.al (2013) har kategorisert helsepersonellens arbeidsoppgaver med etterlatte etter selvmord som det hjelpende tilbudet, behovet for å fokusere på følelser, å finne mening i hendelsen, viktigheten av støttegrupper, og individuell rådgivning. Gall et.al (2013) skriver videre at viktigheten av å arbeide med mennesker som er etterlatte etter selvmord, er at sykepleieren er åpen, ærlig, lytter, er empatisk, bruker den tiden den etterlatte trenger, tilbyr kunnskap og informasjon, tilbyr ulike metoder for å oppnå mestring, bidrar med å identifisere, bygger og tilbyr støtte, og finner hjelper den etterlatte med å gå videre i livet. Schmidt (2011) påpeker at å gi rom for den andre er en kunst, og at det er svært krevende å lytte med åpent sinn til hvordan den andre har det, og likevel ha hele pasienten i fokus. Brinchmann (2010) sier at sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie skal være kunnskapsbasert.

Rollen til sykepleieren er også blant annet å forebygge lidelse (Travelbee, 1999). På bakgrunn av dette mener jeg det er viktig at en som sykepleier bidrar til å skape åpenhet rundt selvmord, og informerer om hjelpetilbudene som eksisterer for de etterlatte. Det første møtet mellom helsevesenet og etterlatte etter selvmord er avgjørende for de etterlattes resulterende sorgprosess (Helsedirektoratet, 2011). Schmidt (2011) underbygger dette og skriver at det første møtet eller den første samtalen kan være avgjørende for videre kontakt med helsevesenet. For at den etterlatte skal få et positivt første møte, er det viktig at sykepleieren møter denne gruppen med forståelse, åpenhet, respekt og empati.

Hummelvoll (2012) påpeker at en god relasjon er avhengig av nærhet, ansvar, kontakt og kontinuitet. Videre er det viktig at sykepleieren ser hele mennesket og er tilstedeværende med hele seg. Alt hjelpearbeid dreier seg om å formidle konkret hjelp gjennom å bistå i hverdagslige gjøremål, samtale eller gjennom ulike former for behandling (Hummelvoll, 2012). Dette underbygger Provini et.al (2000) som skriver at til tross for at hjelp blir tilbudt gjennom tradisjonell terapi, så etterlyser mennesker som er etterlatte etter selvmord bistand til å løse praktiske problemer. Videre skriver Provini et.al (2000) at hovedbekymringene til de etterlatte bestod av vanskelige tanker og følelser omkring familieliv og mellommenneskelige relasjoner, stress, psykiske konsekvenser og vanskeligheter med å uttrykke sorg. Eide og Eide (2011) skriver at sykepleieren må forstå den nonverbale og verbale kommunikasjonen til den etterlatte, og iverksette tiltak ut fra denne. Travelbee sier at sykepleieren skal hjelpe et individ eller en familie med å mestre erfaringer, og om mulig finne mening i disse (Eide og Eide, 2011). Både Gall et.al (2013) og Provini et.al (2000) drar frem viktigheten av at de etterlatte får hjelp og støtte fra sykepleier til å føle mestring i sorgprosessen. Dette er i hovedsak for at

de etterlatte skal få en god resulterende sorgprosess.

Min erfaring tilsier at man som menneske som regel frykter det man ikke har kunnskap eller erfaring om, noe som fort kan føre til at et tema blir tabubelagt og at fordommer oppstår. For å kunne ivareta pårørende etter selvmord i nær relasjon på best mulig måte, er det viktig at man som sykepleier har kunnskap om sorgprosessen til denne gruppen mennesker. Det er også viktig at sykepleier møter denne gruppen mennesker med et åpent sinn. I veilederen til Helsedirektoratet (2011) står det at etterlatte etter selvmord er en gruppe mennesker med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte. Dette underbygger studiene av Provini et.al (2000), Maple et.al (2009), Gall et.al (2013), og Wilson og Marshal (2010) som alle drar frem ulike hjelpetilbud som de etterlatte har etterlyst og ønsket å ta del i. Hjelpetilbudet som avviket størst fra ønsket til mottatt var tilbudet om kriseteam, hvor 20 % av deltakerne ønsket deltakelse, men bare 2 % mottok hjelpetilbudet.

### 5.3 Holdninger knyttet til selvmord

Maple et.al (2009) skriver at det som fremstod som det viktigste for de etterlatte var støtte fra mennesker som stod dem nært, fra samfunnet og fra ulike hjelpetilbud. Temaet om selvmord og pårørende sine erfaringer med norsk helsevesen, har vært mye omtalt i media de siste to-tre årene. Det som går igjen i media, er at pårørende opplever mangel på støtte og ivaretagelse fra helsevesenet i etterkant av selvmordet. Dette underbygger også studiet til Wilson og Marshall (2010). I samfunnet er stigmatisering av etterlatte etter selvmord fremdeles fremtredende, til tross for at det i de siste årene har vært en endring rundt holdningene til selvmord (Helsedirektoratet, 2011). Det kommer også frem i media at pårørende velger å formulere dødsannonse som «...valgte å forlate oss i dag», og at dette bidrar til åpenhet og holdningsendringer i samfunnet (Nettavisen, 2014).

Gjennom praksis har jeg opplevd at dersom jeg møter den etterlatte med åpent sinn og uten fordommer, vil jeg raskt etablere et tillitsforhold med den etterlatte og ha en god og positiv samtale. Brinchmann (2010) sier at sykepleierens yrkesetiske retningslinjer bygger på respekt og verdighet. Dette underbygger Gall et.al (2013) som skriver at sykepleiere som arbeider med etterlatte etter selvmord må være åpne og ærlige, støttende, frembringe mestringfølelse og håp. Eide og Eide (2011) sier at det er viktig at sykepleieren bruker både den nonverbale og verbale kommunikasjonen for å iverksette sykepleietiltak, ettersom kommunikasjon er viktig i dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold.

## 5.4 Implikasjoner for praksis

I studiet skrevet av Wilson og Marshall (2010) viste det seg at hovedvekten av deltakerne var misfornøyd med hjelpen de mottok, da særlig på grunn av lite kunnskap og erfaring, og dårlige holdninger fra helsepersonellet. Min erfaring er at selvmord er tabu i samfunnet, og at mennesker forbinder dette med synd. Ut i fra erfaringene til deltakerne som deltok i studiet til Wilson og Marshall (2010), mener jeg det er viktig at sykepleiere er bevisst på egne holdninger i det første møtet med etterlatte etter selvmord. Dette underbygger Schmidt (2011) som sier at det første møtet med helsevesenet eller sykepleier er avgjørende i henhold til den etterlattes holdninger og forventninger til videre pleie og behandling.

Gall et.al (2013) beskriver viktigheten av at den etterlatte får komme med egne tanker og følelser på en arena hvor de blir sett og hørt uten fordommer. Den etterlatte må få lov til å kjenne på smerten som følger med tapet og gjenvinne kontroll over situasjonen. Sykepleiere må derfor ha kunnskap om sorgprosessen til etterlatte etter selvmord, og hvordan sykepleieren skal møte denne gruppen mennesker.

I følge Maple et.al (2009) opplevde de etterlatte at støtte fra nettverket, samfunnet og ulike hjelpetilbud som det viktigste. For at sykepleieren skal kunne imøtekomme disse behovene er det viktig å kartlegge familielivet og det sosiale nettverket til den etterlatte, og gi informasjon om hjelpetilbudene som eksisterer. Deltakerne i dette studiet opplevde også at samfunnet hadde svært negative holdninger knyttet til selvmordet, og påpekte derfor viktigheten av en sykepleier med kunnskap om det første møtet med denne gruppen mennesker, og hvilke behov som var fremtredende i sorgprosessen.

Provini et.al (2000) kommer det frem at hovedvekten av deltakerne ønsket tilbud om en informativ samtale rundt deres behov. De etterlatte følte også at de trengte emosjonell støtte omkring det å kunne forstå og forklare årsaken til dødsfallet til mennesker rundt dem. Deltakerne opplevde også problemer med å gjennomføre dagligdagse gjøremål. Jeg mener at sykepleieren skal møte den etterlatte der den er, og ta hensyn til denne gruppens behov og følelser.

For å dra frem noen forslag til implikasjoner for videre praksis, vil jeg særlig trekke frem viktigheten av sykepleiere med oppdatert kunnskap. Dette underbygger de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie, som blant annet beskriver at i tillegg til barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, skal sykepleie være kunnskapsbasert (Brinchmann, 2010). Videre er det viktig at mennesker som er etterlatte etter selvmord opplever å møte sykepleiere som har gode holdninger og respekt for deres følelsesliv. Renolen (2010) skriver at selvmord sjelden er en impuls handling, men at det ofte er blant

annet vonde hendelser fra fortiden og depresjon som ligger bak ønsket om å ta sitt eget liv. Studiene viser at etterlatte etter selvmord har et særlig ønske om å få hjelp til å forstå disse bakomforliggende årsakene (Maple et.al, 2009, og Gall et.al, 2013). I Travelbee (1999) sin definisjon av sykepleie står det at sykepleieren skal hjelpe et individ, en familie eller et samfunn med og blant annet mestre erfaringer med sykdom og lidelse, eller å finne mening i disse hendelsene. Jeg mener derfor at sykepleieren spiller en vesentlig rolle i ivaretagelsen av etterlatte etter selvmord.

## 6.0 Oppsummering

Forskning viser at mennesker som er etterlatte etter selvmord har behov for å møte mennesker med kunnskap om emnet i en arena hvor de blir hørt og sett uten fordommer. I denne oppgaven har jeg lært at dette er et tema som angår mange mennesker, og at mange av disse menneskene etterlyser et helsevesen med bedre holdninger og økt kunnskapsnivå. Til tross for at noen av deltakerne i studiene var fornøyde, var majoriteten av dem misfornøyd med hjelpen eller tilbudet om hjelp. For å ivareta etterlatte etter selvmord er det viktig at sykepleieren er åpen og ærlig, lyttende, og empatisk. Det er også viktig at sykepleieren møter den etterlatte der den er, både emosjonelt og fysisk. Sykepleieren må være på tilbudssiden med informasjon om støttegrupper eller individuell rådgivning, men likevel ha forståelse og respekt for at den etterlatte kanskje ikke klarer å motta informasjonen. I slike tilfeller kan brosjyrer eller informasjonshefte være til hjelp for den etterlatte. Det er også viktig at sykepleieren kartlegger nettverket og ressursene til den etterlatte, og analyserer risikoen for utvikling av senkomplikasjoner som for eksempel depresjon, angst eller PTSD (Posttraumatisk stresslidelse), og iverksetter tiltak for å forebygge dette. Sykepleieren bør ha kunnskap om, og forståelse for, den etterlattes følelser, og hvilke tilbud som eksisterer for at denne gruppen mennesker skal få en god resulterende sorgprosess.



## Referanseliste

- Brinchmann, B.S. (20..). *Etikk i sykepleien*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg). Stockholm: Natur och Kultur.
- Gall, T.L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2013). *Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide*. *Death Studies*, 38:7m 430-437. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>
- Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/602/Etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord-IS-1898.pdf>
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D. & Minichello, V. (2009). *Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child*. *Health and Social Care in the Community*, 18:3, 241-248. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00886.x>
- Nettavisen. (2014). *Dette ville vært utenkelig for 30 år siden*. Hentet fra: <http://www.nettavisen.no/nyheter/dette-ville-vrt-utenkelig-for-30-ar-siden/8514222.html>

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. Hentet fra:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33cd88f6-413a-4aa9-a3e5-d85ded020d4f%40sessionmgr110&vid=21&hid=123>

Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2.utg??). Bergen: Fagbokforlaget.

Schmidt, H. (2011) *Har du tid til det, da? Om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (6.utg??). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wilson, A. & Marshall, A. (2010). *The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends*. *Death Studies*, 34: 625-640. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1080/07481181003761567>

## VEDLEGG 1: Resultattabell over alle artiklene

Forfatter, årstall, artikkel og tidsskrift.	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat/Funn
Wilson, A. & Marshall, A. (2010).  <i>The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends.</i>  Death Studies.	Formålet med studien var å identifisere hva etterlatte etter selvmord oppfattet som deres behov, og deres opplevelser av støtte rettet mot å møte disse behovene.	Det er benyttet en kvalitativ metode i studiet. Forskerne benyttet et spørreskjema med 59 spørsmål med både åpne og lukkede svarmuligheter. Spørsmålene i spørreskjemaet handlet om forholdet mellom deltakeren og den avdøde, behov for hjelp etter dødsfallet, om deltakeren var fornøyd med hjelpetilbudet (om mottatt), og ga mulighet for forslag til forbedring.	Deltakerne ble rekruttert på to måter. Først via nasjonal og internasjonal radio, avisoppslag, og annonser på internett. Den andre måten de rekrutterte deltakere på, var å sende informasjon via mail og nyhetsbrev til deltakere av sorggrupper. Forskerne sendte ut 353 spørreskjema og fikk 172 i retur. Av disse 172 ble 166 deltakere utvalgt.	Studien viste at 95% av deltakerne mente de trengte hjelp i etterkant av selvmordet, men bare 44% mottok hjelp. 34,3% var noe eller lite fornøyd med hjelpen de fikk, og 26,1% var misfornøyd med hjelpen de mottok. Hovedgrunnene til misnøye var at den som ytte hjelpetilbudet ikke hadde nok erfaring eller kunnskap om emnet, og at holdningene til helsepersonellet var for dårlige. Studiet avslørte også ulike faktorer som gjorde at noen etterlatte

				<p>ikke søkte om hjelp i det hele tatt. 25,3% opplevde mangel på informasjon, 23,5% opplevde mangel på opplysning om hjelpetilbud, 22,9% opplevde mangel på hjelpetilbud, 18,7% tenkte at ingen kunne hjelpe dem, 15,1% opplevde avstand, mens 14,5% opplevde at kostnad var det største problemet. Studiet nevner også ulike hjelpetilbud som deltakerne hadde satt mest pris på å motta. Av disse hjelpetilbudene var det tilbudet om kriseteam som viste størst avvik fra ønsket hjelpetilbud (20%) til mottatt hjelpetilbud (2%).</p>
Gall, T.L., Henneberry, J. & Eyre, M. (2013).	Formålet med studien var å adressere	Denne studien benytter kvalitativ metode.	Deltakerne i studien ble rekrutterte	Deltakerne ble delt i to grupper. Første gruppen var

<p><i>Two Perspectives on the Needs of Individuals Bereaved by Suicide.</i></p>	<p>begrensningene til pårørende til mennesker som har valgt å ta sitt eget liv, og helsearbeidere som tilbyr hjelpetilbud til denne gruppen mennesker, med et bakomforliggende mål om å innføre best mulig praksis for å ivareta mennesker som er etterlatte etter selvmord.</p>	<p>Spørreskjemaer og intervjuer ble brukt for å samle inn data. Intervjuene var semistrukturerte og ble tatt opp på lydopptak. Spørsmålene ble stilt med åpne svarmuligheter med mål om at de etterlatte fikk muligheten til å gi tilbakemelding på deres reaksjoner og forståelsen av selvmordet.</p>	<p>gjennom bestod av 11 etterlatte, hvor 6 hadde erfaring som frivillige i støttegrupper for etterlatte etter selvmord og organisasjoner, og 4 helsearbeidere som hadde jobbet med psykisk helse og etterlatte etter selvmord i gjennomsnitt 12,3 år. Deltakerne ble rekruttert gjennom artikler i ulike nyhetsbrev, og kravene for deltakelse var at deltakeren måtte være over 18 år, og at det måtte ha gått mer enn 2 år siden selvmordet fant sted.</p>	<p>pårørende. Deretter ble deres svar delt i 6 tema; 1) Opplevelsen av sorg, 2) Mestring, 3) Bekymring rundt relasjoner med mennesker, 4) Kampen for å finne mening, 5) Selvinnsikt og refleksjoner, 6) Veien videre. Helsearbeiderne sine svar ble delt inn i 5 tema; 1) Det hjelpende tilbudet, 2) Behovet for å fokusere på følelser, 3) Å finne mening i hendelsen, 4) Viktigheten av støttegrupper, 5) Individuell rådgivning. Ut i fra diskusjonen i studien finner en at helsepersonellet i stor grad møter behovene til mennesker som er etterlatte etter selvmord. Studien</p>
<p>Death Studies.</p>				

			<p>viste i hovedsak at den etterlattes behov bestod av muligheten til å «luften ut» egne følelser, få lov til å kjenne på smerte og sorg, få informasjon om støttegrupper og individuell rådgivning, ta kontroll over situasjonen, å gjenvinne seg selv og ta vare på seg selv, snakke med dem man stoler på, akseptere at det var den avdødes valg og at det ikke hadde noe med den etterlatte å gjøre, og å gå videre med livet sitt.</p> <p>Helsepersonellet drog frem viktige momenter som det å være åpen og ærlig, å lytte, være empatisk, bruke den tiden som den etterlatte trenger, tilby informasjon og</p>
--	--	--	---

				kunnskap, tilby ulike metoder for å oppnå mestring, bidra med å identifisere, bygge og tilby støtte, hjelpe den etterlatte til å forstå at det var den avdødes valg, frembringe håp, fokusere på ressurser, og å finne en «ny normal» i livet til den etterlatte.
Maple, M., Edwards, H., Plummer, D. & Minichello, V. (2009).  <i>Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child.</i>  Health and Social	Formålet med studien var å utforske foreldres erfaringer etter å bli etterlatt etter selvmord av unge voksne barn, deres følelser rundt det å snakke om deres barns liv og død, deres opplevelse av selvmordet og deres resulterende sorgprosess.	Forskerne har benyttet kvalitativ metode i studiet. Studiet var basert på intervjuer med 22 foreldre fra 18 forskjellige familier. Noen intervjuer ble utført med en forelder tilstede, mens andre ble utført med begge foreldrene tilstede. Intervjuene ble utført ansikt-til-ansikt, utenom et	Studiet ble først annonsert gjennom lokal media hvor kontaktinformasjonen til Maple ble utlevert, slik at interessenter kunne ta direkte kontakt. Interessentene ble grundig forklart formålet med studien og hvilke krav som var satt for deltakelse. Deretter ble det	Det som fremstod som det viktigste i diskusjonen i studien, var støtte fra mennesker som stod de etterlatte nært, fra samfunnet, og fra ulike hjelpetilbud. De etterlatte opplevde å bli tvungen til stillhet på bakgrunn av holdningene som er knyttet til selvmord, og følte at dette førte til at de ble isolert, og at

Care in the community.		<p>som ble gjort over telefon, og varte i 1-3 timer. Alle intervjuene startet med en forhåndsbestemt uttalelse som var laget utifra formålet med studien. Etter at intervjuene var utført, ble dataene nøye analysert og kategorisert utifra tema.</p>	<p>sendt ut en informasjonspakke med skriftlig informasjon om rettigheten til de etterlatte, studiets formål og kravene for deltakelse. I etterkant av denne informasjonspakken, ble interessentene oppringt av forskerne der de måtte svare på om de ønsket å delta eller ei. Dersom de valgte å delta, ble tidspunkt og sted avtalt utifra den etterlattes timeplan.</p>	<p>de ikke kunne snakke om hverken livet eller dødsfallet til avdøde. På bakgrunn av holdningene til samfunnet og menneskene rundt dem, påpekte de spesielt viktigheten av et helsevesen bestående av fagpersoner som har kunnskap om sorgprosessen til mennesker som er etterlatte etter selvmord, og at dette er vesentlig for at den etterlatte skal få hjelp til å komme gjennom sorgen.</p>
<p>Provini, C., Everett, J.R. &amp; Pfeffer, C.R. (2000). <i>Adults mourning</i></p>	<p>Målet med studien var å beskrive etterlattes oppfatninger av deres psykososial funksjon, hvordan de oppfattet</p>	<p>Studiet er utført ved bruk av kvalitativ metode. Forskerne utførte telefonintervjuer med de 144 utvalgte</p>	<p>Deltakerne ble først rekruttert gjennom telefonlistene til et større prosjekt, CARES, som pågikk samtidig</p>	<p>Forskerne delte de ulike bekymringene til de etterlatte i fire kategorier; 1) Familieforhold, 2) Psykisk helse, 3) Sorgprosessen, og</p>



<p><i>suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior.</i></p> <p>Death Studies.</p>	<p>behovet for sorgrelatert bistand, benyttelse av hjelpetilbud, grunner til at de ikke ønsker hjelp, og rapporterte barrierer for deres valg til å avstå fra hjelpetilbud. Ved å innhente data direkte fra et utvalg av voksne etterlatte etter selvmord, mente forskerne at de ville få et bredere innsyn i hvorvidt kunnskapen som eksisterte var begrenset. Forskerne fokuserte på de etterlattes oppfatninger av deres behov for hjelp, så vel som ønsket om å motta hjelp og de ulike grunnene for å avstå.</p>	<p>deltakerne.</p>	<p>som studien. Det første steget var å sende brev med informasjon om studiet til de aktuelle deltakerne, deretter opprettet forskerne telefonkontakt med de aktuelle deltakerne. Det var 227 deltakere som var interesserte i å delta i studien, men etter å ha utført en omfattende ekskluderingsprosess, var det 144 mennesker som deltok i studien. Studiet ble utført via telefonintervjuer.</p>	<p>4) Mestringsprosessen. I disse kategoriene ble det nevnt blant annet at de etterlatte følte seg deprimerte og angstpreget, ute av stand til å gjøre dagligdagse gjøremål, vanskeligheter med å forklare omstendighetene rundt dødsfallet, og økonomiske problemer. De aller fleste deltakerne ønsket å motta et tilbud om en informativ samtale rundt deres behov, mens andre ikke ønsket hjelp i det hele tatt. De etterlatte følte også behov for å motta profesjonell hjelp til å forstå årsaken til dødsfallet, og å kunne forklare dette til andre familiemedlemmer, og emosjonell</p>
---	---	--------------------	---	--

støtte. I hovedsak bestod bekymringene til de etterlatte av tanker og følelser rudd fremtidig familiesituasjon, vanskeligheter på bakgrunn av stress, psykiatriske konsekvenser og vanskeligheter med å uttrykke sorg. I form av å tilby assistanse til voksne som er etterlatte etter selvmord, viser studien at deres sorg kan være spesielt komplisert i det første året etter selvmordet til en som stod dem nært. Selv om hjelp blir tilbudt gjennom tradisjonell terapi, har de også behov for hjelp til å løse praktiske problemer. De bør derfor oppfordres til å benytte seg av både formelle og

			<p>uformelle hjelpetilbud gjennom hele sorgprosessen. Ulike hjelpetilbud som sorggrupper og andre støttegrupper er viktig å informere den etterlatte om, i og med at det kan være første steg mot å dele informasjon om behov og søke hjelp.</p>
--	--	--	--