

OMVÅRDNAD I SORGEN

Anhörigas upplevelser om hur lidandet kan lindras i sorgen efter en närståendes suicid

NURSING IN GRIEF

Suicide survivors' experiences of how suffering can be alleviated after a loved one's suicide

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå 15 Högskolepoäng Höttermin År 2013

Författare: Liselott Edin
Kerstin Larsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Omvårdnad i sorgen. Anhörigas upplevelser om hur lidandet kan lindras i sorgen efter en närståendes suicid.
Författare:	Edin, Liselott; Larsson, Kerstin
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OMG525G, 15 hp
Handledare:	Larsson, Anneli
Examinator:	Svanström, Rune
Sidor:	25
Datum:	2013-10-17
Nyckelord:	anhörig, lidande, självmord, sorg, suicid

Bakgrund: Suicid är ett folkhälsoproblem och i Sverige suiciderar cirka 1400 människor varje år. Sorgen efter en närståendes suicid leder till en kris och ett lidande för de anhöriga. Sjuksköterskans roll i den vårdande relationen blir att bekräfta dessa känslor och upplevelser hos den anhöriga. **Syfte:** Beskriva anhörigas upplevelser om hur lidandet kan lindras i sorgen efter en närståendes suicid. **Metod:** Studien är en kvalitativ analys av berättelser där tre självbiografier, tre antologier samt en rapport analyserades utifrån ett omvårdnadsperspektiv. **Resultat:** Resultatet visade tre kategorier med utgångspunkt från att lindra de anhörigas lidande. Att ta avsked av den döde visade sig vara viktigt i sorgprocessen men att ändå vara lyhörd för individens val var viktigt. De anhöriga upplevde en unik känsla i sorgen efter en närståendes suicid och hade ett stort behov av att bli bekräftade i detta från omgivningen. Till sist hade de anhöriga skiftande behov av stöd i att leva vidare som kunde innefatta både läkemedelsbehandling, samtalsstöd och hjälp i det vardagliga. **Slutsats:** Genom resultatet kan studien belysa sjuksköterskans roll i den vårdande relationen som är att se och bekräfta de anhöriga som unika individer och fungera som koordinatör gentemot den anhöriga med övriga hälso- och sjukvården.

ABSTRACT

Title: Nursing in grief. Suicide survivors' experiences of how suffering can be alleviated after a loved one's suicide.

Author: Edin, Liselott; Larsson, Kerstin

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Larsson, Anneli

Examinor: Svanström, Rune

Pages: 25

Date: October 17th, 2013

Keywords: bereavement, grieving, suffering, suicide, survivors

Background: Suicide is a public health problem and each year about 1,400 people commit suicide in Sweden. The grief after a loved one's suicide leads to a crisis and suffering of the survivors. The nurse's role in the caring relationship is to confirm the survivor's feelings and experiences. **Purpose:** Describe suicide survivors' experiences of how suffering can be alleviated after a loved one's suicide. **Method:** The study is a qualitative analysis of three autobiographies, three anthologies and a report, which were analyzed from a nursing perspective. **Results:** The result showed that saying goodbye to the deceased was important in the grieving process but also sensitivity to each survivor's choice was paramount. Survivors experienced a unique feeling of grief after a loved one's suicide and had a great need to be confirmed in this. Finally, the survivors had varying needs of support in order to continue living, which could include medical treatment, counseling or assistance in the everyday life. **Conclusion:** The results highlight the nurse's role in the caring relationship where acknowledging the survivors as unique individuals and coordinating their needs where among the nurse's main tasks.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Suicid - en process	1
Anhöriga	2
Anhöriga i kris	2
Anhörigas sorg.....	2
Anhörigas känslor av skuld och skam	3
Sjuksköterskans roll	3
Den vårdande relationen	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE	5
METOD	6
Vald metod.....	6
Urval	6
Datainsamling	6
Dataanalys.....	6
Förförståelse	7
Etik.....	8
RESULTAT	9
Att få stöd att ta avsked	9
Att bli bekräftad i den unika sorgen.....	11
Att få stöd att leva vidare.....	12
DISKUSSION.....	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD OCH FORSKNING	21
SLUTSATS.....	21
REFERENSER	23

BILAGOR

1. Redovisning av sökträffar
2. Sammanställning av självbiografier, antologier och rapport

INLEDNING

Varje dag resten av livet, kommer anhöriga att bära med sig minnet av när en närstående suiciderar, tar sitt liv. När behovet av stöd är som störst känner många att omgivningen sviker. Stigmatisering, rädsla och myter kan göra omgivningen tyst, när samtalen behövs som mest. Själv mord och självmordsförsök är ett folkhälsoproblem och varje år tar en miljon människor i världen sina liv och var tredje sekund gör en person ett självmordsförsök i världen (World Health Organization, 2013). Enligt Karolinska Institutets självmordsstatistik (2013) tog cirka 1400 människor sitt liv i Sverige 2011 och cirka 9200 självmordsförsök gjordes. 90 procent av de som väljer att ta sitt eget liv har en psykisk störning och resterande 10 procent suiciderar på grund av existentiella svårigheter och problem i livet som inte går att hantera (Sjöström, 2010). Suicid belastar samhället både socialt och ekonomiskt, men de största konsekvenserna tar de anhöriga då lidandet inte är mätbart. Tidigare studier har tagit upp sjuksköterskans attityder och bemötande mot patienter efter suicidalförsök och mycket finns också skrivit kring suicidprevention. Däremot behöver vi få mer kunskap kring omvårdnaden av anhöriga efter en närståendes suicid och därför är syftet med denna studie att undersöka hur anhörigas lidande kan lindras efter ett sådant trauma.

BAKGRUND

Suicid - en process

Många människor har någon gång under livet haft suicidtankar, vilket innebär att ha funderingar på att ta sitt liv. Detta kan förklaras som en reaktion på själva existensen eller att människan inte känner någon mening med livet, vilket är en normal reaktion. Kvarstår däremot suicidaltankarna och personen inte kan hantera dessa känslor kan detta leda till att personen verkligen väljer att försöka ta sitt liv (Sjöström, 2010). Enligt Vårdguiden (2012a) kan självmord kopplas ihop med en personlig kris exempelvis arbetslöshet, konkurs, ekonomiska svårigheter, skilsmässa eller att en kär och nära person har gått bort. Risken för självmord är också betydligt större om personen har en psykisk sjukdom som depression, bipolär sjukdom, psykos eller missbruk (a.a.). Beskow, Palm-Beskow och Ehnvall (2005) beskriver en person med suicidrisk som att denne befinner sig i en process som påverkas av hinder, lidande, svårigheter och trötthet. Denna process upplevs på olika sätt och människor formar den på sitt egna personliga vis. Det går att hitta konstruktiva drag i processen som exempel slippa lidandet och komma undan allting, men också någonstans att försöka hitta en utväg. Dessa olika möjligheter prövas och vägs mot varandra inom individen (a.a.). Sjöström (2010) beskriver den suicidala processen utifrån begreppen direkta och indirekta tecken, där direkta tecken kan vara om personen pratar om sina suicidaltankar och vilka planer personen gör upp i frågan. De indirekta tecknen kan vara att patienten upprättar testamente, skriver avskedsbrev eller ger bort ägodelar (a.a.). Oravec och Moore (2006) beskriver i sin artikel att individens beslut om att begå suicid inte är det slutliga steget i suicidprocessen. Innan suicid sker måste också individen ha en plan och fullfölja den (a.a.). Beskow et al. (2005) tar upp att suicidalitetens destruktiva

tankar är smärtsamma, tveksamma och osäkra och som suicidal handling kan dessa bli dödande.

Anhöriga

I Socialstyrelsens begrepp och termer inom vård och omsorg (2005a) definieras anhörig som en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. En närstående benämns som en person som den enskilda anses ha en nära relation till (a.a.). Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv menar Dahlberg och Segesten (2010) att en närstående är en person som utpekats av patienten som närstående och därmed själv också accepterar att vara närstående. Efterlevande vid självmord kan därför vara både barn, livskamrater, föräldrar, mor- och farföräldrar, syskon, arbetskollegor eller vänner (Dyregrov, Plyhn & Dieserud, 2012). De närstående bör inkluderas i vården och vårdmiljön bör främja de anhörigas delaktighet (Socialstyrelsen, 2005b).

Anhöriga i kris

En anhörig till någon som begått suicid hamnar ofta i ett psykiskt kristillstånd. Enligt Cullberg (2006) är det då individen inte förstår eller bemästrar den situation han eller hon befinner sig i och inte kan använda sina tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt. Den psykologiska krisen kan delas in i fyra faser. Den inledande fasen, chockfasen, varar från ett kort ögonblick till några dygn. På ytan kan personen verka välorganiserad men inombords kan ett kaos pågå och förvirrade tillstånd samt likgiltighet är andra symtom som också kan förekomma. Här kan individen få minnesluckor över vad som sagts och hänt, vilket kan vara viktigt att känna till som vårdpersonal då mycket av informationen ges direkt efter händelsen som har utlöst krisen. I chockfasen kan en del personer vara utåtagerande och te sig förvirrat medan andra kan vara helt lugna eller helt paralyserade. Chockfasen övergår därefter till en reaktionsfas och dessa båda perioder utgör den akuta krisen och varar tillsammans 4-6 veckor. Den drabbade försöker finna mening i det som hänt och ställer sig frågan varför. Den bortgångna finns med i medvetandet dag och natt. I reaktionsfasen kan olika försvarsmekanismer utlösas såsom regression och förnekelse. När den akuta perioden är över övergår krisen i en bearbetningsfas som kan pågå från 6 mån till ett år och personen börjar åter kunna se på framtiden utan att vara helt upptagen med traumat. Slutligen kommer den som har en kris in i en nyorienteringsfas, där krisen blir en del av livet, och många gånger får krisen nya betydelser framåt i livet (a.a.).

Anhörigas sorg

Suicid väcker starka känslor och föräldrar, barn och andra anhöriga drabbas efter ett suicid av stor sorg och saknad. Jakobsson, Andersson och Öhlén (2009) menar att sorgen är både något individen upplever själv men också något som sker utifrån familjesituationen. Själva kärnan i sorg bygger på att vara förknippad med någon, och vi definierar och känner oss själva genom de relationer vi har. De insikter om de olika roller människor har i en relation, exempelvis vän, älskare eller arbetspartner försvinner när relationer upphör och någon dör (a.a.). Sorgen kan utlösa patologiska beteenden som sömnlöshet, panikattacker eller ångest och individer som sörjer kan känna hopplöshet inför att de någonsin kommer att känna sig normala igen och det tomrum som den anhöriges död har lämnat efter sig anses omöjligt att fylla (Baier & Buechsel, 2012). Sörjande beskriver sorgen som den

ensammaste upplevelsen som finns och ingen kan gå igenom den med någon annan (a.a.). Detta beskrivs också av Clements, De Ranieri, Vigil och Benasutti (2004) som menar att ingen sorg är den andra lik och sorgearbetet bör ses som en process för den sörjande. Sorgen kan också innebära faser av chock, förnekelse, ilska men också accepterande (Baier & Buechsel, 2012). Ur ett perspektiv sett från sjuksköterskan beskriver Moules, Simonson, Prins, Angus och Bell (2004) att vårdpersonalens föreställningar om sorg är avgörande för att kunna bjuda in de sörjande att våga ta ett steg tillbaka in i sorgen. Vårdpersonalen behöver gå sida vid sida med den sörjande och visa på följsamhet i sorgprocessen (a.a.).

Anhörigas känslor av skuld och skam

Skuld och skam är vanligt förekommande känslor hos anhöriga som mist en nära anhörig i suicid. Dessa känslor består i att man kunde gjort något mer för att förhindra det inträffade, varit uppmärksam på tecken, uttryck och händelser före suicidet (Dyregrov, 2002; Fielden, 2003; Gibson, Gallagher & Jenkins, 2010). Cullberg (2006) menar att känslor av skuld och skam förekommer också beroende på vem som dör; barnet, partnern eller arbetskamraten. Skulden och skammen kan handla om olika händelser eller konflikter i exempelvis förälder- och barnrelationen (a.a.). Föräldrar i Fieldens studie (2003) beskriver situationer där de gett barnen utgångsförbud eller haft familjebråk och då barnen sedan har suiciderat har detta orsakat skuld och skamkänslor hos föräldrarna.

Den skuld och skam som anhöriga kan känna kan också vara ett resultat av stigmatisering (Dyregrov et al., 2012). Stigmatisering innebär en slags social stämpling där de anhöriga behandlas som sörjande av samhället, och kan präglas av en blandning av osäkerhet, medlidande och avståndstagande från omgivningens sida. Tvekan från omgivningen kanske står mellan att söka kontakt eller att "låta vara i fred" (Nationalencyklopedin, 2013). Sorg kan också överskattas av omgivningen där relationen mellan den döda och anhöriga innebär något annat än omgivningen förmodar. Relationen kanske inte alls existerar (Jakobsson et al., 2009). Omgivningen kan på grund av okunskap döma de anhöriga då de ej är insatta i omständigheterna kring ett suicid (Fielden, 2003). Dyregrov et al. (2012) menar att det är viktigt att de anhöriga inte fastnar i känslor av skuld och skam då det kan leda till en försämring av livskvalitén på lång sikt. Däremot är dessa känslor ett sätt för hjärnan att bearbeta sorgen och måste få ha sin gång och leder till att vi utvecklas som människor (a.a.).

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans arbete ska utgå från ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och arbetet ska vägledas av lagar, förordningar, föreskrifter och andra riktlinjer (Socialstyrelsen, 2005b). I International Council of Nurses (ICN) etiska kod (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007) tas sjuksköterskans fyra ansvarsområden upp: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Vidare ska sjuksköterskan erbjuda vård till både individen, familjen och allmänheten samt samordna sitt arbete med närstående yrkesgrupper (Socialstyrelsen, 2005b). I omvårdnaden av de anhöriga kan sjuksköterskan ses som en av många professionella som ingår i det skyddande nätverk som samhället kan erbjuda. För att kunna ge omvårdnad krävs då att sjuksköterskan har kunskap om både hälso- och sjukvårdens övergripande mål, men också socialtjänstens mål, lagstiftning och organisering (Dunér & Blomqvist, 2009). När den

suiciderade avlider inom vården har sjuksköterskan en roll i omvårdnaden om de anhöriga som bland annat kan innebära koordinering med andra instanser både inom vården och kanske även med andra myndigheter med att förmedla kontakt till exempelvis kurator eller präst (Vårdguiden 2012b).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005b) tas sjuksköterskans roll gentemot de anhöriga upp. Sjuksköterskan ska med respekt ha en dialog med anhöriga för att ge stöd och vägledning, informera anhöriga samt förvissa sig om att informationen också har förstått (a.a.). Utifrån både Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005b) och ICN:s etiska kod (Svensk Sjuksköterskeförening, 2007) är kontakten och omvårdnaden om de anhöriga en självklar och stor del av sjuksköterskans arbetsuppgifter. Vårdpersonal har en betydande roll i omhändertagandet av anhöriga efter en närståendes trauma (Vårdguiden, 2012b). Beskow (2000) menar att samhället måste bli bättre på att erbjuda professionella insatser till anhöriga efter ett suicid. Kombinationen sjuksköterska eller annan vårdpersonal och kärleksfullt stöd från familjen är viktigt för bearbetning av alla tankar och känslor (a.a.). I andra fall där de anhöriga får kontakt med vården i ett senare skede i sorgprocessen kan sjuksköterskan ha en annan roll när den anhöriges suicid kan vara en orsak till somatiska problem. Dahlberg och Segesten (2010) hävdar att det är viktigt att förstå patientens levda kropp och först då kan ett helhetsperspektiv över denne intas och därmed kan hälsa och välbefinnande främjas.

Den vårdande relationen

Den vårdande relationen kan ses som en förutsättning för att patienter ska uppleva hälsa och välbefinnande. Motsatsen till hälsa är ohälsa vilket kan leda till ett lidande (Dahlberg & Segesten, 2010). Wiklund (2003) menar att det är en annan människas lidande som motiverar vårdandet genom att det i mötet mellan lidandet och kärleken till människan också uppstår medlidande. Medlidande kan beskrivas som att vara öppen och känslig för den andres lidande (a.a.). Eriksson (1994) menar att det krävs mod för en människa att känna medlidande både genom att ta ansvar och att offra någonting av sig själv. Lidandet ska ses som något naturligt i människans liv, något unikt och individuellt (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Allt lidande kan inte lindras, men det lidande som går att lindras ska så göras (a.a.). Wiklund (2003) menar att relationen till en vårdare kan vara tärande och om inte vårdaren är lyhörd eller behandlar patienten med respekt kan ett vårdlidande uppstå. Eriksson (1994) sammanfattar vårdlidandet genom olika kategorier: kränkningar av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Den vårdande relationen bör ses som en möjlighet till växt och utveckling och därmed stödja patientens tillväxtprocess (Wiklund, 2003). Målsättningen för vårdandet bör också utgå från samma grund både från patienten och från vårdarens sida, men det är viktigt att poängtera att vårdrelationen alltid är asymmetrisk då vårdaren har mer yrkeskunskap i sin yrkesroll (Wiklund, 2003; Berg & Danielson, 2007). I Fredrikssons studie (1999) beskrivs att den vårdande relationen bör bygga på en ömsesidig tillit och respekt, där vårdaren står till patientens förfogande men också att vårdaren bjuds in i patientens värld. Wiklund (2003) menar vidare att patienten kan uppleva tillit till vårdaren då denne ger patienten uppmärksamhet och har en karitativ hållning, vilket innebär ett uttryck för mellanmänsklig kärlek, omtanke och ansvar för sin medmänniska. Detta kan innebära att vårdaren tar ett yttre ansvar för vårdsituationen och därmed tar tillvara på

patientens möjligheter (a.a.). Berg och Danielsons (2007) forskning visar att både patientens och sjuksköterskans unika kompetenser behövs för att utforma en vårdande relation vilket då minskar patientens upplevelse av sårbarhet och ökar värdigheten.

Dahlberg och Segesten (2010) menar att genomgå ett trauma innebär att vakna upp till en förlust av ett sammanhang vilket innebär sökande efter nya och förlorade sammanhang. Eriksson (1994) säger att en plötslig påtvingad förändring av människans livssituation strider mot det naturliga och det tar tid att hitta ett nytt meningssammanhang. Genom den vårdande relationen kan patienten hjälpas att hitta sitt förlorade sammanhang, lindra lidandet och återfinna känslan av välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010; Eriksson, 1994). En studie av Fredriksson och Lindström (2002) visar att vårdande samtal med psykiatriska patienter där patienten fritt får berätta om sitt lidande kan öppna upp för ett förhållningssätt till att kunna möta och förstå meningen med lidandet. För att kunna veta hur människor erfar hälsa, lidande och vårdande bör vi fråga dem och kunna ta emot svaret (Dahlberg & Segesten, 2010). Det innebär att vara öppna och stödjande i vårt frågande och lyssnande för att kunna förstå deras erfarenhetsvärld (a.a.). Erfarenhetsvärld är detsamma som livsvärld och är den värld som vi själva erfar, vår vardag. Ett livsvärldsperspektiv innebär att se, förstå och beskriva samt analysera världen eller delar därav så som den erfars av andra människor (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Hagerberg, 2003). Eriksson (1994) menar att vårdaren måste kunna möta patienten och ställa sig till förfogande för att kunna gå rakt igenom eller möta patientens lidande i dennes värld. Först då kan lidandet lindras.

PROBLEMFÖRMULERING

Vårdpersonalens möte med anhöriga vars närstående begått suicid kan ske på akutvårdsavdelningar där en individ kommit in för ett suicidförsök men inte överlever eller på en psykiatrisk avdelning där personalen haft tidigare kontakter med de anhöriga. Vi kan också som allmänsjuksköterskor möta dessa anhöriga som patienter där en del av sjukdomsbilden kan handla om symtom som utlösts av en närståendes suicid. Andra kontext där vi kan möta anhöriga efter suicidoffer är exempelvis som skolsjuksköterska, distriktsjuksköterska inom primärvård eller inom företagshälsovården. Om den anhöriga mister sin nära i suicid väcker detta många olika sorters känslor och reaktioner, både hos de anhöriga men också hos vårdpersonal och andra i omgivningen. Ingen förblir oberörd när en människa väljer att ta sitt liv. Vårdpersonal måste vara medveten om att de anhöriga går in i en process av kris där sorg, skuld och skam är känslor som måste bemötas och ansvaras för i den vårdande relationen. Genom att studera de anhörigas upplevelser om hur lidandet kan lindras efter en närståendes suicid kan vårdpersonal få en större förståelse för de anhörigas situation och då också anpassa omvårdnaden.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva anhörigas upplevelser om hur lidandet kan lindras i sorgen efter en närståendes suicid.

METOD

Vald metod

Studien är en kvalitativ analys av berättelser som granskades för att svara på studiens problemformulering och syfte. Genom att analysera en berättelse i detta fall ur ett omvårdnadsperspektiv kan människors upplevelser av ett fenomen i deras vardag studeras. Utifrån detta kan sedan deras erfarenhet av hälsa, ohälsa och lidande bidra till att utveckla vården och vårdandet (Dahlborg-Lyckhage, 2012).

Urval

Inklusionskriterier för studien var att berättelserna skulle vara skrivna av anhöriga som förlorat en närstående i suicid. Inga exklusionskriterier sattes för ålder eller kön för att kunna fånga en så bred grupp i samhället som möjligt. Vidare gavs inga exklusionskriterier för när självbiografierna skulle vara skrivna då författarna anser att de anhörigas upplevelser av hur lidandet kan lindras efter en närståendes suicid inte förändras över en tid. Sökningen i Libris gjordes utifrån svenska sökord då författarna ville begränsa träffarna och fånga omvårdnadsperspektivet utifrån nationella vårdförhållanden.

Datainsamling

Initialt gjordes en sökning i Libris som är en nationell biblioteksdatabas. De sökord som användes var anhörig, närstående, efterlevande, sorg, självmord och suicid i olika kombinationer med hjälp av trunkering. I enighet med Östlundh (2012) används trunkering för att få fram alla böjningsformer av olika ord. För att kunna använda flera sökord tillsammans användes boolsk sökteknik vilket innebär att orden AND och OR användes (a.a.). Efter sökning med olika kombinationer av sökorden kompletterades sökningen i Libris med Lz som står för klassifikation av självbiografier för att ytterligare utöka sökfältet. På stadsbiblioteket i Skövde hittades ytterligare en titel under kategorin dokumentär. Vidare gjorde författarna en sökning på adlibris.com och bokus.com för att utesluta att ingen betydelsefull data gått förlorad. En översikt över antalet sökträffar redovisas i bilaga 1. De titlar som ansågs vara relevanta för att besvara studiens syfte valdes ut. Därefter lästes en sammanfattning om vardera berättelse. Detta resulterade i 3 självbiografier, 3 antologier och en rapport med 26 berättelser av anhöriga, varav vi använt material från 11 av dessa till resultatdelen. En översikt och sammanfattning av de självbiografier, antologier och rapport som användes redovisas i bilaga 2.

Dataanalys

Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska berättelserna, det empiriska materialets innehåll eller innebörd i berättelsen beskrivas genom koder, kategorier och teman. Analysen bygger på att texten ska läsas flera gånger för att få en känsla för helheten i innehållet. Sedan väljs meningsbärande enheter ut som sedan kortas ner, kondenseras. De kondenserade meningsenheterna kodas och grupperas i kategorier som återspeglar det centrala i berättelserna. Dessa kategorier utgör det manifesta/öppna innehållet.

Kategorierna leder sen till teman där det latent/dolda innehållet i texterna framgår (a.a.). Med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys har författarna till denna studie valt att genomföra analysen i tre steg, se tabell 1. Berättelserna lästes till en början flertalet gånger för att på så vis skapa en överblick. Detta gjordes enskilt för att författarna inte skulle påverka varandras urval angående texterna. Därefter valdes meningsbärande enheter ut som kunde kopplas till omvårdnad och sedan följde kondensering av texterna vilket ledde till att tre olika kategorier kunde urskiljas. Författarna till denna studie valde en latent innehållsanalys vilket innebär en tolkning av det insamlade datamaterialet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är den latent analysen precis som den manifesta också beskrivande, men kan beskrivas och tolkas på flera plan.

Tabell 1: Analys i tre steg

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kategori
”Att ha sett Martin när han låg i kistan var en stor lättnad för mig. Han såg så fridfull ut. Kampen var över, han hade fått ro. Det hjälpte mig i min sorg. Att se honom ökade min insikt om att han var död”. (Ferm, 2002, s. 28)	Att se den döde	Att få stöd att ta avsked.
”Första gången jag gick till gruppen var jag spänd i hela kroppen. Jag hade känt mig så ensam, ingen i min närhet förstod riktigt vad det handlade om även om de gärna ville. Om man inte har upplevt ett självmord är det nog omöjligt att förstå”. (Gyllenswärd & Polfeldt, 2001, s. 12)	Ingen förstår min sorg	Att bli bekräftad i den unika sorgen
”Det är få som erbjuder oss någon hjälp och dem jag kan få hjälp av har jag svårt att ta emot och släppa in. Mitt uppe i denna ohyggliga situation vill jag ändå vara stark och göra allt själv; vara mitt gamla vanliga jag. Idag inser jag att jag skulle behövt mycket mer hjälp, inte minst med sådant som skulle underlättat i det dagliga livet och jag önskar att jag åtminstone haft hjälp med tvätt, inköp och matlagning”. (Ferm, 2002, s. 129)	Att få hjälp med det vardagliga	Att få stöd att leva vidare

Förförståelse

Dahlborg-Lyckhage (2012) menar att när en analys av berättelser görs är det viktigt att vara öppen och följsam för texten som bearbetas och att inte låta sin förförståelse bli ett hinder i forskningsprocessen. Författarna till denna studie genomgår en utbildning till sjuksköterskor med inriktning på omvårdnad och är därmed förankrade i omvårdnadens begrepp. Dessutom har författarna under utbildningen i det patientnära arbetet kommit i kontakt med människor som har försökt begå suicid. Däremot har författarna ingen närstående som begått suicid och anser sig ha ett professionellt förhållningssätt till ämnet.

Etik

Helsingforsdeklarationen (2008) är den mest kända av de olika etiska riktlinjer som finns med inriktning på medicinsk klinisk forskning. Den tar bland annat upp balansering av risker och fördelar för samhället och individen, informerat samtycke samt rättviseaspekter vid denna typ av forskning. Riktlinjer behövs för att skydda deltagarna som väljer att medverka i olika forskningsprojekt (Kjellström, 2012). Då denna studie baseras på berättelser där personerna själva valt att publicera sina upplevelser för allmänheten anser författarna att de etiska krav som ställts enligt deklARATIONEN är uppfyllda. Författarnas strävan har varit att inte förvränga den ursprungliga texten och att genomföra en analys som inte heller förvanskar innehållet. Därmed anser författarna att risken för etiska konsekvenser har minimerats.

RESULTAT

Utifrån syftet att beskriva hur anhörigas upplevelse av lidande i sorgen kan lindras efter en närståendes suicid har tre kategorier utkristalliserats med utgångspunkt från de anhörigas berättelser: att få stöd att ta avsked, att bli bekräftad i den unika sorgen och att få stöd att leva vidare. Att få beskedet att en närstående begått suicid är början på en process för de anhöriga där sorgen ska bearbetas. Utifrån de berättelser som studerats verkar en viktig inledande del av denna sorgprocess vara att ta ett ordentligt avsked av den döde. Genom att som anhörig få stöd till att kunna ta ett avsked som innefattar både att se den döde och att hålla om eller att ta i den döde, kan detta upplevas som något som främjar sorgprocessen och lindrar lidandet. Precis som i alla omvårdnadshandlingar är utgångspunkten att upplevelsen är unik och individuell och det finns även de anhöriga som inte ville se sin närstående utan istället minnas honom eller henne som den var i levande livet. Vidare uppfattar de anhöriga sin sorg som unik när de mist en närstående i suicid. Det verkar viktigt för de anhöriga att få uttrycka detta och också bli bekräftade i denna upplevelse. De anhöriga upplever att de möts av tystnad från omgivningen men upplever också en okunskap och ifrågasättande av suicidet, vilket kan förstärka lidandet. Ibland kan denna bekräftelse av det unika endast komma ifrån de som själva varit med om samma upplevelse. Avslutningsvis framkom i berättelserna att det var viktigt att få stöd för att leva vidare även om den anhörige inte i chocktillståndet ser någon framtid. Detta stöd kunde ske i stort och smått, men bidrog till att lindra lidandet.

Att få stöd att ta avsked

I de flesta av berättelserna beskriver de anhöriga om betydelsen av att ta avsked av den döde genom att se och i många fall också hålla om den döde. Detta upplever många som en viktig del i det inledande skedet i krisen och sorgprocessen och uppfattas som en lindring i saknaden. Detta verkar vara stunden då de anhöriga förstår. Om de anhöriga ges möjlighet att ta ett personligt avsked av den döde kan detta underlätta att verkligen ta in det som skett och också förstå att det verkligen har inträffat och på så vis kan det lindra lite av lidandet (Bohm, 2011; Ferm, 2002; Friblick & Sandow, 2011; Gyllensvärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007; Larsson, 2011). Anhöriga beskriver också en andlig upplevelse då känslan av att själen fortfarande finns kvar i rummet när de får se den döde och detta har även underlättat att ta avsked (Hagman, 2007). Upplevelsen av att den döde såg fridfull och lugn ut har gett de anhöriga lindring och hjälp att gå vidare i sin sorgprocess. Då har också insikten kommit att kampen för deras närstående äntligen är över (Ferm 2002; Hagman 2007; Larsson 2011). Detta verkar vara särskilt viktigt när den omkomna har ett liv bakom sig med exempelvis depression och en ständig kamp, kanske med tidigare självmordsförsök och kontakt med psykiatrin i bagaget. Då kan det fridfulla utseendet också ge den anhöriga ett lugn och en känsla av att kunna koppla av och att inte ständigt behöva gå med oron att något ska hända (Ferm, 2002; Larsson, 2011). En mamma berättar om känslan av frid när hon såg sin döde son:

Att ha sett Martin när han låg i kistan var en stor lättnad för mig. Han såg så fridfull ut. Kampen var över, han hade fått ro. Det hjälpte mig i min sorg. Att se honom ökade min insikt om att han var död. (Ferm, 2002, s. 28)

Vidare menar de anhöriga att det inte var otäckt att se den döde, oavsett hur tillvägagångssättet av den närståendes suicid hade skett. Det upplevdes bättre att få se det på riktigt än att skapa sig en bild om det (Ferm 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001). Även barn som mist någon anhörig i suicid upplever ett behov av att se den döde och av berättelserna framgår att barnen uppfattar det som något naturligt att se den döde, inget som barnen blir rädda eller skrämda av (Ferm, 2002). En pojke förklarar hur det kändes när han såg sin döda pappa:

Vi gick in till pappa. Först var jag rädd, men sen var det inget konstigt med honom, det såg ut som om han sov. (Ferm, 2002, s. 146)

Upplevelsen och behovet av att se den döde är individuellt. En anhörig upplevde det enbart negativt att se sin pappa död och fick känslan av att kroppen bara är ett skal och att det inte var hennes pappa som låg där i kistan. Hans själ var någon annanstans. För vissa anhöriga kunde det istället förstärka lidandet i sorgen. De uttrycker då en vilja att istället minnas den anhöriga som den var och såg ut när denne var full av liv (Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007). För en del av de anhöriga är det kanske också första gången de ser en död människa (Ferm, 2002; Larsson, 2011). Några anhöriga vittnar också om att de ångrar att de såg den döde. En flicka uttryckte detta:

Efter ett tag var det någon som frågade mig om jag ville gå in och titta på mamma. Jag gjorde det, men det ångrar jag faktiskt. Det var så hemskt. (Gyllenswärd & Polfeldt, 2001, s. 40)

För många räckte det inte bara att se den döde utan de upplevde ett starkt behov av att också få känna och hålla om den döde som en del i avskedet och lindring i sorgen (Ferm, 2002; Friblick & Sandow, 2011; Hagman, 2007; Larsson, 2011). Att få känna den dödes kropp medan den ännu var varm och mjuk, eller som en mamma uttryckte det: att hon ville värma sitt barn (Ferm, 2002). En ung man beskriver sin känsla av att få hålla sin mammas döda kropp medan den ännu var varm:

Själv går han upp och lägger sig bredvid sin mamma och håller om henne. Så länge hon är varm och så länge hon är kvar här finns hon fortfarande hos oss, tänker han. (Friblick & Sandow, 2011, s. 13)

Oavsett hur illa skadat suicidoffret är uttrycker en del anhöriga om sina behov av att få känna och ta i personen. Även om den döda kroppen har börjat bli stel, få en blåaktig ton eller att det syns blod, upplever den anhöriga att de vill få någon form av kroppskontakt, om det så bara handlar om att hålla en hand (Ferm, 2002; Hagman, 2007; Larsson, 2011). En dotter beskriver hur hon upplever kroppskontakten med sin mamma som tagit sitt liv:

Hennes hud är blåfärgad, mjuk och varm. När jag lyfter upp henne i mitt knä är det dödens tyngd jag känner i mina armar. Hon luktar gott – hon luktar mamma. Jag stryker henne över håret, vars hästsvans delvis löst upp sig. Jag registrerar de djupa röda märkena på hennes hals som elsladden lämnat efter sig. (Ferm, 2002, s. 167)

Ett avsked av sina närstående föregås ofta av ett dödsbud, men det verkar vara själva stunden då de anhöriga får se och röra sina närstående som har betydelse för lindring i sorgprocessen. De anhöriga tar upp denna stund som ett slags avstamp i sorgen. Ett avsked upplevdes både utifrån en andlig dimension men också en stund då den anhörige

verkligen förstod och fick bevis på att deras närstående var död. Samtidigt är behoven av att se och hålla om den döda individuell, då det också fanns de anhöriga som upplevde att få se den döda snarare förvärrade deras lidande i sorgen.

Att bli bekräftad i den unika sorgen

I många av berättelserna framkommer en avsaknad av bekräftelse av att det de anhöriga går igenom är unikt. Efter den inledande akuta fasen där individen befinner sig i ett slags chocktillstånd, påbörjar de anhöriga en process för att bearbeta sorgen efter sina närstående. De anhöriga ser då sig själva som unika och sårbara i sin sorg och lidande och att den sorg de upplever är annorlunda än jämfört med den sorg som uppkommer när någon dör en ”normal” död (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007). Med normal död kan de anhöriga inte bara mena en död till följd av ålderdom utan även mena att en död till följd av exempelvis cancer också är mer normal än när någon dör i suicid. En tonåring som mist sin pappa beskriver denna känsla:

Hade det varit cancer eller vad som helst då hade de säkert sagt nåt, ”vad synd” eller nåt. Då är det på nåt sätt godkänt. Men självmord, det är nästan som att han får skylla sig själv som tog livet av sig. Det är som att det inte är lika giltigt, som att det har varit nåt fel med honom. (Gyllenswärd & Polfeldt, 2001, s. 52)

Anhöriga upplever att omgivningen har svårt att sätta sig in i den sorg som finns efter någon som tagit sitt liv. Att endast de som själv upplevt sorgen efter någon som har suiciderat kan förstå vilket lidande de anhöriga går igenom (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001). En anhörig vittnar om hur svårt det är att tala om och finna tröst och gemenskap med någon som inte har mist en nära person på samma sätt som hon, genom suicid. De anhöriga upplever att omgivningen i många fall vill förstå, men att de ändå har en känsla av att de inte förstår på djupet. De frågor som vänner och bekanta i närheten frågar om självmordet kan upplevas som stötande eller ibland okänsliga, men många anhöriga vittnar ändå om att tystnad från omgivningen är värre (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman 2007). Även om omgivningen inte kan sätta sig in i den anhörigas lidande upplever de drabbade att det är bättre att omgivningen frågar och får reda på saker än tystnad och undvikande från omgivningen (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001). En anhörig uttrycker till och med att omgivningen inte ska prata om saker och ting som de inte vet något om (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001). En annan anhörig uttrycker detta som:

Så småningom lär vi oss att några enkla förklaringar till självmord inte finns. Vi vill därför inte heller att någon annan ska dra enkla slutsatser. (Ferm, 2002, s. 109)

Den bekräftelse som de anhöriga behöver känna att deras sorg är unik får många genom att delta i anhörigrträffar (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007). Många är de berättelser som vittnar om hur mycket anhörigrträffarna betyder för dem. En kvinna beskriver upplevelsen:

Det betyder mycket att träffa andra som genom egen smärtsam erfarenhet förstår vad denna speciella sorg och förlust innebär och här känner jag den delaktighet, gemenskap och medkänsla som jag annars saknar. (Ferm, 2002, s. 133)

De anhöriga verkar ha ett stort behov av att få bekräftat för sig att just deras sorg och just sorgen efter ett suicid är mer speciellt än andra dödsfall, vilket framkommer i många av berättelserna. Utifrån skildringarna från de anhöriga får många denna bekräftelse från de anhörigföreningar för efterlevande som finns. Då bekräftelsen av det unika verkar lindra i sorgen vill de anhöriga också få detta stöd från andra i omgivningen exempelvis från professionella och vänner.

Att få stöd att leva vidare

Resultatet visar att genomgå ett trauma likt det deltagarna i denna studie gjort kan innebära ett livslångt lidande, då de anhöriga bär med sig den närståendes suicid genom hela livet. En närståendes suicid lämnar de anhöriga med obesvarade frågor och känslan av att ha blivit övergivna och bortvalda. Resultatet visar att omvårdnadsbehoven hos de anhöriga ser olika ut beroende på var i sorgprocessen de befinner sig (Bohm, 2011; Ferm, 2002; Friblick & Sandow, 2011; Gyllensvärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007; Holm, 2006; Larsson, 2011). De anhöriga beskriver tidsperspektivet i sin sorgprocess som en viktig faktor när de sörjer. Sorgprocessen kan påbörjas direkt när dödsbeskedet kommer eller det kan gå flera år efter suicidet när sorgen griper tag i dem. Behovet av stöd och lindring hos de sörjande blir därför också individuella. I vissa berättelser vittnar de anhöriga om att deras sorgprocess inte tog fart förrän efter en längre tid (Ferm, 2002; Friblick & Sandow, 2011; Hagman, 2007). I början kunde de förtränga sin sorg genom arbete och studier. En ung man som förlorat sin mamma i suicid berättar om när sorgen kom ikapp honom:

Men så två år efter att mamma dött kom allt ikapp mig, då kom sorgen. Då tog nämligen en tjej som jag var bekant med livet av sig på samma sätt som mamma gjort. En kompis ringde och berättade för mig. Bara några sekunder efter samtalet bröt jag ihop. Jag bara grät och grät och frågade en kompis hur jag kunde gråta så mycket nu, när jag inte gjort det för mamma. ”Men gissa för vem det är du gråter”, sa hon. (Friblick & Sandow, 2011, s. 16)

Resultatet visar att läkemedelsbehandling i form av lugnande, stämningshöjande eller sömnmedel i vissa fall kunde fungera som lindring i sorgearbetet för de anhöriga. Det framkommer dock i de berättelser som tar upp detta att läkemedelsbehandling endast ska behövas under en bestämd tidsperiod. Det kan vara både i ett inledande akut skede för att exempelvis få sova om nätterna, medan andra behöver en längre tid upp till flera år för att komma igenom sorgen. Samtidigt upplever en anhörig det som positivt att läkaren vill avbryta läkemedelsbehandlingen efter ett par månader för att på så sätt gå igenom sorgearbetet på ett djupare plan, att inte bara bedöva känslorna (Ferm, 2002). Ur ett längre tidsperspektiv kan de anhöriga drabbas av besvär och krämpor som en följd av den närståendes suicid (Ferm, 2002; Friblick & Sandow, 2011). Kroppsliga symtom framkom hos de anhöriga som inte direkt kopplades ihop med suicidhändelsen. Symtomen kunde komma ganska snart eller ibland efter flera år. De anhöriga vittnar om svår fatigue, viktnedgång, smärtor och håravfall, vilket visar att lidandet kan ta sig kroppsliga uttryck. När anhöriga haft långvarig problematik med exempelvis smärta krävs det en noggrann undersökning för att identifiera det onda (Ferm, 2002). En kvinna berättar:

I februari går jag till smärtkliniken för mina whiplashsmärtor. Efter ett långt samtal med läkaren, ber han mig att fråga släkten om det funnits depressioner i den, för i så

fall kan man kanske få rätt på fantomsmärtorna med hjälp av serotoninhöjande medicinering. När jag berättar om självmorden, reser han sig upp och tappar byxorna. Jag tycker att det är otroligt komiskt. Jag börjar äta antidepressiva samma dag. Efter sex dagar försvinner smärtorna i vänsterarmen. Det är helt otroligt. (Ferm, 2002, s. 194)

En annan typ av lidande de drabbade upplever förekommer i den vardag som trots allt pågår, medan de anhöriga är mitt uppe i en process av sorg. De anhöriga upplever att de basala behoven såsom sömn, personlig hygien och vardagssysslor blev efter suicidet och mitt i sorgearbetet något många av de anhöriga inte klarade av att hantera (Bohm, 2011; Ferm, 2002; Larsson, 2011). Många är de skildringar som uppskattar det stöd omgivningen gav i form av praktisk hjälp. Vidare upplever de anhöriga att stöd både i stort och smått uppskattades. Det behövde inte handla om att någon städade hela huset utan kunde räcka med att det stod en fylld godisskål på bordet eller bara en värmande klapp på axeln, vilket i det lilla kunde lindra i sorgen (Larsson, 2011). Mamman till ett suicidoffer reflekterar:

De ställer en kastrull med köttgryta på spisen och säger till oss att värma den när vi är hungriga. De bakar goda kakor. (Larsson, 2011, s. 23)

Ytterligare ett perspektiv på att lindra lidandet och som stöd i sorgen är samtalets helande kraft (Bohm, 2011; Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007; Larsson, 2011). En stor del av bearbetningen för de anhöriga ligger i olika former av samtalsstöd. Efter den första traumatiska chocken tycktes flera av berättarna vara mer mottagliga för att ta emot hjälp för att bearbeta sorgen. Att få träffa utomstående professionella resulterade i större kännedom om sig själva för att på så sätt kunna möta känslor som uppstod i olika situationer. Att få gå igenom händelsen gång på gång var också något som framhölls som en metod att bearbeta sorgen och lidandet (Ferm 2002; Friblick & Sandow, 2011; Larsson, 2011). Att få älja händelsen gång på gång med såväl vårdpersonal och bekanta var inte bara viktigt under terapin, utan var något som de flesta berättarna hade behov av hela tiden under sorgprocessen. I deras ensamhet, i sällskap med andra bekanta eller anhöriga som kände den döde för att kunna hitta en mening med det inträffade och att förstå meningen med lidandet (Ferm, 2002; Hagman, 2007; Holm, 2006). Att gå igenom den dödes sista tid på olika sätt tycks också lindra de skuld- och skamkänslor som de anhöriga känner och som är ett återkommande tema i de anhörigas berättelser (Bohm, 2011; Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007). De frågar sig själva varför och om de kunde gjort något för att förhindra självmordet. Många av de anhöriga har levt flera år med oro för den närståendes liv. Många barn kan också ta på sig skulden för en förälders suicid, vilket många gånger handlar om frågor att de hade kunnat förhindra självmordet på ett mer praktiskt plan, genom att de kanske skulle stannat kvar hemma kvällen då föräldern suiciderat (Gyllenswärd & Polfeldt, 2001). En pojke berättar:

Det hade jag skuldkänslor för ett tag. Jag tänkte att om jag bara hade stannat kvar så hade han blivit hindrad att ta sitt liv. (Gyllenswärd & Polfeldt, 2001, s. 76)

Känslor av skuld och skam kan också framkalla egna suicidtankar och lidande hos de anhöriga (Ferm, 2002; Gyllenswärd & Polfeldt, 2001; Hagman, 2007). Känslor av skuld och skam verkar vara motivet för att de anhöriga har ett stort behov av att gå igenom händelseförloppet genom att ta del av journaler, polisrapporter, titta på kvitton från inköp

gjorda precis innan suicidiet eller samtalslistor i telefonen för att försöka förstå och lägga pussel och på det viset bearbeta förlusten och komma över känslorna med skuld och skam (Bohm, 2011; Ferm, 2002; Holm, 2006; Larsson, 2011). En pappa berättar om vilken betydelse dotterns anteckningar haft:

Jag fylls av obehag och fasa när jag läser dem. I någon mån har de väl ökat vår förståelse för vad våran Amanda kände och upplevde, särskilt under sin allra sista tid. (Holm, 2006, s. 92)

Någon anhörig analyserar de sista orden han sa till sin mamma, vilket var en tillrättavisning, men att han ändå inte har drabbats av skuldkänslor. En anledning till att inte denna anhöriga drabbades av skuldkänslor verkar vara att läkarna hade sagt till att de kunde lämna sin mamma själv, och att hans mamma hade tagit livet av sig ändå och att hon mådde så dåligt (Friblick & Sandow, 2011). Sonen berättar:

Men jag har faktiskt inga skuldkänslor för att vi åkte. Läkarna hade sagt att vi kunde lämna henne, och hon hade tagit livet av sig ändå förr eller senare, hon mådde ju så dåligt. (Friblick & Sandow, 2011, s. 19)

Många av de anhöriga berättar också om att de fått göra flera försök med att hitta rätt professionell person att samtala med. Det verkar inte bara vara personkemin som avgör om det är rätt samtalspartner utan också var i sorgebearbetningen den anhörige befinner sig som avgör om de får stöd eller lindring av samtalen (Ferm, 2002). En anhörig berättar om problematiken att hitta rätt samtalsstöd:

Men efter ett par besök hos henne kände jag att det inte alls stämde mellan oss. Jag var förstås överkänslig och oförmögen att ta emot något som jag upplevde som kritik. ... Nio månader senare hittade jag med en arbetskamrats hjälp en annan samtalspartner. Genom honom, föreståndare på S:t Davidsgården i Rättvik, påbörjades min långa vandring mot läkning och återanpassning. (Ferm, 2002, s. 60)

Vidare var möten med andra som drabbats av liknade upplevelser i självhjälsgrupper eller organisationer i många fall avgörande för att kunna fortsätta bejaka livet och kunna få en form av distans och fungerande vardag. De anhöriga upplevde att endast de som genomgått detta lidande själv kan känna den sårbarhet och den utsatthet de anhöriga känner (Ferm, 2002; Hagman, 2007; Larsson, 2011). De självhjälsgrupper och föreningar som de anhöriga söker sig till verkar vara ett stort stöd och lindring i deras lidande. Att se att de inte är ensamma om sina upplevelser och våga leva ut sin sorg i samvaro med andra har påverkat många av de sörjande på ett positivt sätt. En familj beskrev möte med andra drabbade:

Så skönt att få träffa andra människor som vet hur det är att vara i kris. Så förlösande att få höra att det man går igenom just nu är en helt normal krisbearbetning. (Larsson, 2011, s. 60)

Resultatet visar att stöd för de sörjande att gå vidare i livet ligger på många olika plan. Stöd kan ske genom samtal och terapi, genom läkemedelsbehandling men också genom praktiskt hjälp i vardagen från nära och kära. Känslor av skuld och skam finns hos i stort

sett alla anhöriga och som ett sätt att bearbeta dessa känslor har många anhöriga ett behov av att gå igenom den suiciderades liv exempelvis genom att ta del av journaler, anteckningar eller omgivningens berättelser. För att kunna få rätt stöd i syfte att minska lidande är det också viktigt för de anhöriga att veta vart de kan vända sig för att få hjälp. Många orkar inte heller be om hjälp.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur anhörigas lidande i sorgen kunde lindras efter en närståendes suicid. Metoden var en kvalitativ analys av berättelser, som är en lämplig metod att utgå ifrån när människors upplevelser av hälsa, ohälsa och lidande ska granskas och tolkas. Berättelserna var skrivna av de anhöriga vilket ger en förstahandskälla och återspeglar deras tankar och känslor kring en närståendes suicid. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2012) speglar denna typ av berättelser såväl individen som samhället, vilket är viktigt och öppnar upp för att identifiera omvårdnadsbehov som ett led i att utveckla vårdandet. En nackdel med självbiografier kan vara att de anhöriga gör ett urval av den text som ska publiceras för läsaren. Det går inte heller att ställa några följdfrågor som är möjligt i en intervjustudie.

En intervjustudie med de anhöriga skulle enligt författarna också kunna ha varit en lämplig metod att använda sig av för att på så sätt få fram de anhörigas behov av omvårdnad i sorgen. I en intervju finns det möjlighet att ställa följdfrågor för att ytterligare förtydliga. Däremot ansågs tidsramen för en studie på denna nivå hindra genomförandet av intervjuer. Danielson (2012) menar att en intervjustudie kräver en lång planering- och genomförandefas samt ett omfattande och tidskrävande efterarbete. Författarna var också medvetna om att det krävs en god intervjuteknik för att kunna genomföra intervjuer och ibland behövs flera intervjuer av samma deltagare för att få svar på frågorna. Dessutom kan det vara svårt att få deltagare att ställa upp för intervjuer i ett ämne som kan vara svårt och som kan riva upp många känslor. Författarna hade också kunnat göra en litteraturöversikt vilket också kunde varit en lämplig metod för att besvara ett syfte som i denna studie. Däremot ansåg författarna att genomföra en studie på vetenskapliga artiklar innebar att analysera ett redan bearbetat material, vilket kunde innebära att själva innebörden av upplevelsen misstolkades.

De inklusions- och exklusionskriterier som författarna valde ansågs lämpliga, då inga grupper i samhället skulle uteslutas gällande ålder, kön samt när berättelserna skulle vara skrivna. Sjuksköterskan kommer beroende på i vilket kontext hon arbetar i att möta både män, kvinnor och barn som anhöriga till suicidoffer. Författarna valde att inte tidsbegränsa sökningen över självbiografier. Däremot visade det sig att de flesta av berättelserna var skrivna under 2000-talet, vilket kan tolkas vara ett tecken på att stigmatiseringen i samhället kring suicid håller på att luckras upp och att människor vågar prata och berätta om detta problem på ett mer öppet sätt. Författarna var medvetna om att den nationella avgränsningen i urvalet kunde vara en svaghet, men anser att urvalet hade fått en kulturell dimension som hade blivit för bred att hantera i denna studie. Datasamlingen skedde genom sökning i LIBRIS som ansågs lämplig och som täcker upp samtliga universitets-, högskole- och forskningsbibliotek i Sverige. De sökord som användes ansågs vara relevanta för att hitta de berättelser som besvarade syftet. Sökningen genomfördes med hjälp av boolsk sökteknik där olika böjningsformer på orden täcktes upp vilket är i linje med vad Östlundh (2012) rekommenderar.

Dataanalysen genomfördes med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys som är lämplig när texter ska tolkas och beskrivas utifrån

likheter och skillnader. Genom att författarna först satt enskilt och valde ut de meningsbärande enheterna kunde det som var relevant för studien identifieras, vilket också ger en större trovärdighet. De meningsbärande enheterna valdes utifrån ett omvårdnadsperspektiv och inte utifrån generella upplevelser av de anhöriga efter en närståendes suicid. Detta för att få fram vilken stödjande funktion sjuksköterskan kan ha i omvårdnaden för att kunna lindra lidandet av de anhöriga. Författarna valde en analys i tre steg enligt Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys för att bearbeta materialet och på så sätt kategorisera resultatet. När berättelser analyseras kan det vara till fördel när längre meningsbärande enheter väljs ut. I enighet med Graneheim och Lundman (2004) är det direkt avgörande för att inte viktig information ska gå förlorad i den fortsatta tolkningen av texten.

Författarna anser att studien gavs trovärdighet genom att syftet besvarades med hjälp av det metodval, urval, datainsamling samt genomförande av analys som gjorts. Metoden redovisades öppet och exempel på analysprocessen och sökscheman har delgivits. Genom att beakta och bevaka förståelsen under arbetets gång och genom att författarna försökt att vara nära datamaterialet har ett professionellt förhållningssätt kunnat uppnås. Datamaterialet granskades noga för att författarna skulle vara övertygade om att berättelserna var självupplevda. Vidare ansåg författarna att en datamättnad uppstod både när det gällde urval och analys av data och därför var antalet utvalda berättelser tillräckligt. Författarnas strävan har varit att förtydliga metoden för att andra forskare ska kunna forska vidare på studien. Danielson (2012) menar att det då finns en möjlighet att utveckla metoden vidare, vilket ger en pålitlighet av studien. Slutligen anser författarna att metodvalet var rimligt då det är de anhörigas upplevelse som måste ligga till grund för hur omvårdnadsbehoven identifieras och på så sätt kan resultatet i studien överföras i olika vårdkontext och bidra till att utveckla vårdandet.

Resultatdiskussion

Genom att läsa självbiografier och berättelser från anhöriga som mist en närstående i suicid kunde denna studie beskriva hur lidandet i sorgen kunde lindras och därigenom ge kunskap om hur omvårdanden om dessa anhöriga kan förbättras. I resultatet framkom tydligt de faser de anhöriga går igenom i sin sorgprocess och många av berättarna var också medvetna om att de befunnit sig i olika stadier i sin bearbetning. En sorgprocess efter en anhörig som begått suicid är en kris och Cullbergs (2006) teori om krisbearbetning tar upp fyra olika stadier i en sådan kris: chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och slutligen en nyorienteringsfas, vilka alla var tydliga i de anhörigas berättelser. Cullberg (2006) tar upp relativt bestämda tidsspann i de olika faserna, däremot visar resultatet i denna studie att det är högst individuellt hur länge de olika faserna varar. Vissa anhöriga berättar om ett snabbt förlopp där de återgår till ett normalt liv, medan för andra träffar sorgen med kraft först två år efter den anhöriges suicid. Utifrån de anhörigas berättelser är det därför viktigt att ge bearbetningen av sorgen den tid det tar och inte ha förväntningar på att de anhöriga går igenom sorgen på någon bestämd tid. Sorgen är en process och för att lindra lidandet måste varje individ få sörja i sin takt. Eriksson (1994) menar att en människas lidande måste få tid och rum och om vi försöker bortförklara alltför snabbt kan vi ta ifrån människan hennes möjlighet att lida. Dahlberg och Segesten (2010) menar att när människan kan se möjligheter igen kan de också se en mening med lidandet. Även om den anhöriga till synes har återgått till sitt tidigare liv med arbete och social samvaro visar resultatet i denna studie

att sorgen och behoven av att prata och bearbeta vad som har hänt ändå kan finnas kvar, vilket sjuksköterskor som möter dessa anhöriga bör vara medvetna om.

Resultatet i studien visar att många av de anhöriga upplever avskedet när de får se och känna och hålla om den döde som en viktig källa till tröst och lindring i sorgprocessen. Detta är något som både Fielden (2003) och Miers, Abbott och Springer (2012) vittnar om i sina studier av anhörigas sorg efter ett suicid. Att få tillbringa tid med den döde i samband med begravning eller i hemmet blev en möjlighet att ta avsked. I Fieldens (2003) studie framkom också att välja kläder som den döde skulle begravas i blev en sista handling av kärlek och omtanke om den döde. I ett omvårdnadsperspektiv är det av betydelse att hjälpa de anhöriga till denna typ av avsked. Det är dock viktigt att också se och bekräfta de anhöriga som uttrycker att de inte vill se den döde. Det finns de anhöriga som sett den döde, men ångrade sig. Att stödja den anhöriga i beslutet om att se den döde handlar om att ge den anhöriga ett val snarare än att överföra kunskapen om att det är viktigt för sorgprocessen. Som vårdpersonal är det viktigt att ha med sig kunskapen om att ett ordentligt avsked kan vara viktigt i sorgprocessen som ett led i att lindra lidandet, men att det är den anhörigas individuella behov som styr. Wiklund (2003) menar att i den vårdande relationen är det viktigt att patienten inte känner sig kränkt och det är vårdarens uppgift att vägleda patienten och inte avgöra vad som är rätt eller fel. Resultatet visar också att även när det gäller barn har ett avsked där barnet får se den döde och hålla en hand eller hålla om kan vara viktigt för dennes bearbetning av sorgen. I de få berättelser i studien där barn förekommer upplever dessa barn inte något obehag av att se den döde. Detta bekräftas också genom de rekommendationer som 1177.se (2012) har när det gäller barn. 1177.se (2012) menar dock att om det har gått lång tid efter dödsfallet eller den döde bär spår av en svår och dramatisk död är det inte lämpligt att barnet ser den döde.

Varje person som dör är unik och efterlämnar sig människor i sorg, men att mista en närstående i suicid är speciellt och efterlämnar de anhöriga med många frågor och känslor. I resultatet framgår tydligt av de skildringar som de anhöriga lämnar att sorgen upplevs som unik. Även om många av berättelserna liknar varandra i vilka behov de sörjande har verkar bekräftelsen av att de anhöriga går igenom en unik sorg vara viktig för dem. Resultatet i denna studie visar att får de inte denna bekräftelse kan lidandet för de anhöriga förvärras. Detta styrks också av Dyregrov et al. (2012) som menar att just att döden är självförvållad leder till många frågor om varför. Själv mord kan också framkalla en slags stigmatisering från samhällets sida kring hur de anhöriga hanterar sin sorg och detta framkommer i resultatet i en hel del av berättelserna. Frågor från omgivningen kan uppfattas som stötande och okunniga av de anhöriga samtidigt som omgivningens tystnad kan tolkas som ett anklagande. I Dyregrovs (2002) och även i Maple, Edwards, Plummer och Minichiello (2010) forskning upplever anhöriga en slags stigmatisering från samhället där de anhöriga till suicidoffer inte får samma stöd och förståelse som när andra katastrofer inträffar. De anhöriga i denna studie ser sin sorg och sitt lidande som unikt, och lidandet förstärks när inte samhället kan bekräfta det unika i det inträffade. Ur ett omvårdnadsperspektiv och som sjuksköterska är det betydelsefullt att bekräfta de anhöriga i sin sorg och att låta sorgen få vara unik och inte generalisera inför de anhöriga om hur det brukar vara i samband med ett suicid. Dahlberg och Segesten (2010) menar att det är viktigt för sjuksköterskan att kunna inta ett patientperspektiv och se till de anhörigas livsvärld men också förstå, beskriva och se deras lidande. Resultatet i denna studie visar tydligt att anhöriggrupper fyller en viktig funktion i dessa situationer. I dessa grupper får

de anhöriga den bekräftelse i sin unika sorg som de behöver och samvaron med andra som varit med om samma sak minskar känslor av ensamhet och övergivenhet hos de anhöriga.

Resultatet visar att de anhörigas sorg på något sätt måste bearbetas. Detta är de anhöriga väl medvetna om och samtalet är det som alla individer i berättelserna betraktar som ett forum för detta. Däremot sker samtalen i olika form. För en del anhöriga räcker familjens och vännernas stöd och samtal, medan för andra är professionellt samtalsstöd det som lindrar smärtan och bearbetar sorgen. Miers et al. (2012) och Dyregrov (2002) ser i sina studier att deltagarna önskar få professionellt samtalsstöd. I Gibsons (2010) studie visades också vikten av kollegors stöd när den anhöriga återgick till sitt arbete. Samhället idag har en övertygande tro på professionell hjälp i olika sammanhang och därför tror författarna till denna studie att det är viktigt att vara lyhörd inför de närstående som väljer att bearbeta sorgen med hjälp av andra än de professionella, men det är också viktigt att sjuksköterskan vet var gränsen för sin profession går och där andra professioner ska ta vid, exempelvis läkare, kuratorer och psykologer. Å andra sidan tar Provini, Everett och Pfeffer (2000) i sin studie upp det faktum att många anhöriga till suicidoffer inte hade den energi och ork som krävdes för att söka hjälp den första tiden efter självmordet, vilket också bekräftades i några av berättelserna i denna studie. Detta uttrycks också i Dyregrovs (2002) studie där en deltagare uttryckte att bli erbjuden hjälp kan fungera som en slags livboj att hålla i när det behövs. Ytterligare en aspekt tas upp i studien av Provini et al. (2000) där deltagarna upplevde en slags press från andra familjemedlemmar att inte söka professionell hjälp utifrån. Kanske beroende på den stigmatisering om självmord som fortfarande lever kvar i många samhällen idag (a.a.). Utifrån denna kunskap tillsammans med resultatet från denna studie måste det finnas en lyhördhet från den sjuksköterska som träffar de anhöriga, om var i sorgen de anhöriga befinner sig. Är detta en anhörig som vill ha hjälp men inte orkar just nu, eller är det en anhörig som har förmågan att bearbeta sin sorg själv? Att omvårdnadspersonal är väl insatta i sorgeprocessen och alltid arbetar utifrån en personcentrerad vård kan konstateras är av yttersta vikt. Författarna till denna studie vill betona att allmänsjuksköterskans roll inte är terapeutisk, men med en god vårdande relation och med en god och uppdaterad kunskap om möjligheter till hjälp inom vården, kan de anhöriga få den individuella och unika vård de behöver. Det handlar framförallt om att våga ställa frågor till de anhöriga och att inte vika undan för svåra och tunga frågor. Wiklund (2003) menar att om vårdaren har ett motiv att vilja lindra den andres lidande kan det på detta sätt skapas en gemenskap i den vårdande relationen. I denna gemenskap finns en möjlighet till att lindra lidandet och skapa en mening i vårdandet (a.a.).

I studien visade resultatet att samtliga av de anhöriga i berättelserna upplevde känslor av skuld och skam efter en närståendes suicid. Dessa känslor hade olika ansikten och kunde handla om skuld att de inte hade gjort tillräckligt för att förhindra det inträffade och skam gentemot omgivningen av att ha blivit drabbade. Detta har många andra studier visat och exempelvis Gibson et al. (2010) tar upp hur föräldrar till suiciderade barn upplever mötet med sina kollegor när de återvänder till sina arbetsplatser. De upplever i en del fall undvikande från kollegor och en rädsla av att bli dömda som dåliga föräldrar (a.a.). Maple et al. (2010) visar i sin studie att många av de anhöriga upplever stigmatisering i samhället över att deras barn har begått suicid och inte dött i en olycka eller annan sjukdom, vilket leder till att föräldrarna känner ett utanförskap. När det gäller skam mot omgivningen menar Dyregrov et al. (2012) att om samhället får större kunskap om de komplicerade sambanden bakom ett suicid kommer kanske också detta bidra till att minska stigmatiseringen ytterligare. Dyregrov et. al (2012) menar att det är svårt att hjälpa någon i

den suicidala processen och det är en smärtsam känsla för de anhöriga att veta att de inte hade kunnat göra något för att hjälpa sina närstående och hur svårt den avlidna måste ha haft det i suicidalprocessen. Det är viktigt för vårdpersonal att ha kännedom och vara förankrad i den suicidala processen och kunna förklara och prata med de anhöriga för att minska skuld känslorna. Utifrån berättelserna kan författarna dra slutsatsen att stigmatiseringen i samhället kring suicid håller på att luckras upp men fortfarande existerar.

Ett annat viktigt avsnitt i resultatet handlar om vardagens göromål, som de anhöriga i sin sorg ibland upplever som oöverstigliga att komma igenom. I ett inledande skede i sorgen vill de anhöriga få gå in i sin sorg och inte behöva tänka på ”det vanliga vardagslivet”. Många av de anhöriga vittnar om betydelsen av att ha en omgivning som ställer upp och hjälper till på ett praktiskt sätt. Det kan handla om att laga mat, gå ut med hunden eller att slänga in en tvätt i tvättmaskinen. Detta är inte en sjuksköterskas uppgift, men det är viktig kunskap att ha som vårdpersonal, varför författarna till denna studie har valt att ta upp det som ett resultat. Detta behov bekräftas både i Miers et al. studie (2012) och i Wilson och Marshall (2010) som båda tar upp vardagshjälpens betydelse i de anhörigas sorg. En del anhöriga vittnar om en omgivning som ber om att få hjälpa till, men det är först efteråt de reflekterat över vilken hjälp de hade behövt och kunde bett om, vilket också bekräftas i Miers et al. studie (2012). Här har sjuksköterskor en uppgift att fylla genom att förmedla kunskapen om att vardagens sysslor kan någon annan ta hand om en tid. Detta är uppgifter som också hemtjänstpersonal skulle kunna stödja de anhöriga med som en del av ett teamarbete kring den anhöriga och dennes sorg.

I sorgprocessens olika stadier, framförallt i den inledande chocken visar resultatet att många anhöriga behöver hjälp med att exempelvis få sova om nätterna och här fyller behandling med läkemedel en betydande funktion. Någon anhörig uttryckte dock en ängslan över att få lugnande medicin utskrivna, som hon upplevde det, på ett slentrianmässigt sätt. Utifrån detta resultat ser författarna till denna studie att sjuksköterskan fyller en viktig roll vid läkemedelsbehandling. Genom att se individen och dennes behov och därefter genom noggrann uppföljning kan sjuksköterskan lotsa de anhöriga vidare till läkare för rätt behandling. Behandlingen med läkemedel får inte bli slentrianmässig utan ska sättas in vid behov, men får inte bedöva eller förhindra att sorgen bearbetas. Detta bekräftas också av Dyregrov et al. (2012) som menar att det är bra om sorgprocessen får ha sin gång, och att de anhöriga ska försöka klara sig utan läkemedel. Medicinerna kan dämpa reaktionerna och göra sorgprocessen mer komplicerad på grund av detta (a.a.). I Wilson och Marshalls (2010) studie framkom anhöriga som upplevde att läkaren valde att skriva ut läkemedel istället för att våga möta sorgen i ett stödande samtal. Detta tolkar författarna i denna studie som att det är viktigt för vårdpersonal i den vårdande relationen att våga konfrontera de anhörigas lidande och stora känslor och inte bara välja den enkla vägen ut.

Lidandet är enligt Eriksson (1994) en naturlig del i en människas liv och lidandet är en kamp mellan det onda och det goda. I omvårdnaden av de anhöriga vars närstående begått suicid där den suiciderade inte såg någon annan utväg ur lidandet än genom att ta sitt eget liv, blir det nu en uppgift för vårdaren att hjälpa den anhöriga att finna mening med sitt lidande efter ett sådant trauma. En nog så paradoxal och svår uppgift för vårdpersonal att uppfylla. Följderna av att inte se en anhörigs behov i sorgen kan leda till ett vårdlidande där den anhöriga känner sig kränkt och inte får den vård denne behöver i sin sorg.

Författarna kan i resultatet se ett stort lidande hos de anhöriga och en viss avsaknad i stöd från omgivningen. De anhörigas berättelse blir därför en källa till kunskap för vården om hur omvårdnaden bör utformas efter varje individs unika behov.

IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD OCH FORSKNING

Författarna till denna studie ser att resultatet är användbart i arbetet med anhöriga både som nyutexaminerad eller som mer rutinerad sjuksköterska. Att möta anhöriga i den vårdande relationen kräver närvaro, självkännedom och förmåga att kunna se den unika människan. Utifrån studiens resultat och författarnas kunskapsnivå ges följande implikationer i vården som anses kunna lindra lidandet för de anhöriga till suicidoffer.

En sjuksköterska ska:

- vara förankrad i sorgprocessens olika faser och medveten om att det inte finns någon tidsram för sorgen
- ge den anhöriga till ett suicidoffer ett val att se den döde för att kunna ta avsked
- vara uppmärksam på de anhörigas känsla av att deras sorg är unik och uppmärksam på att som sjuksköterska eller annan vårdpersonal inte använder klichéer om sorg och sorgbearbetning
- ha en koordinerande funktion vid läkemedelsbehandling
- vara uppmärksam på symtom som uppträder på lång sikt genom att göra noggrann anamnes
- kunna se den anhöriges behov av samtalsstöd; är sjuksköterskans kunskap tillräcklig eller behövs stöd i form av kurator eller psykolog
- vara uppdaterad om IT-baserade hjälpmedel, såsom bloggar och anhörigföreningar för att kunna lotsa anhöriga till dessa redskap
- uppmuntra till samarbete mellan olika vårdinstanser för att kunna bemöta och hjälpa dessa anhöriga

Författarna ser att det finns ett fortsatt behov av forskning för att utveckla omvårdnaden om de anhöriga till suicidoffer. I denna studies resultat framkommer att de anhöriga påverkas hela livet av det inträffade. Därför behövs vidare forskning kring de anhörigas olika coping strategier för att hantera sin sorg och hitta mening i sin framtid, vilket skulle kunna göras med hjälp av kvalitativa studier som pågår under en längre tidsperiod. Vidare kan olika coping strategier studeras utifrån kulturella skillnader i vårt samhälle.

SLUTSATS

När de anhörigas berättelser lästs, studerats och därefter tolkats kan mycket ses som förenade anhöriga i sin sorg och i sitt lidande. Många upplever samma typ av behov med utgångspunkt från att lindra lidandet i sorgen. I resultatet har författarna till denna studie haft ett omvårdnadsperspektiv som utgångspunkt där intentionen har varit att hitta på vilka sätt en sjuksköterska kan ge stöd och lindring i de anhörigas lidande. I resultatet har tre kategorier av omvårdnadsbehov utkristalliserats där vårdpersonal kan ha en viktig roll att

stödja de anhöriga. Resultatet visar att stödja de anhöriga till ett avsked, att bekräfta de anhöriga i sin unika sorg samt att på olika sätt stödja de anhöriga att leva vidare är faktorer där sjuksköterskor och givetvis också annan vårdpersonal kan stödja de anhöriga i sorgprocessen. Författarna till studien ser att studiens resultat kan utöka sjuksköterskans kompetens i att bemöta anhöriga när en närstående begått suicid. Varje människas sorg är unik, men med kunskap om vad som kan lindra i sorgen finns möjlighet att ge varje anhörig förutsättning att genomgå sin egen unika sorgprocess. Sjuksköterskans roll blir att stödja patienten i både stort och smått. Det kan handla om ett stödjande samtal i stunden eller i ett större sammanhang fungera som den anhörigas koordinator gentemot hälso- och sjukvården.

REFERENSER

Baier, M. & Buechsel, R. (2012). A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental Health Practice*, 16(1), 28-32.

Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 21, 500-506.

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

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

Bohm, J. (2011). *Du borde vara här - min brors självmord*. Stockholm: LL - förlaget.

Clements, P-T., De Ranieri, J-T., Vigil, G-J. & Benasutti, K-M. (2004). Life after death: grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40(4), 149-154.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-P. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.161-170). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s.329-344). Lund: Studentlitteratur.

Dunér, A. & Blomqvist, K. (2009). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder, Ansvar och utveckling* (s.181-211). Lund: Studentlitteratur.

Dyregrov, K., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2012). *Efter självmordet; vägen vidare*. Stockholm: Gothia Förlag.

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

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

- Ferm, M. (2002). *Det går att leva vidare*. Hämtad 18 april, 2013, från <http://ki.se/content/1/c6/09/78/52/2002-3%20Det%20gar%20att%20leva%20vidare.pdf>
- 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.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Fredriksson, L. & Lindström, U-Å. (2002). Caring conversations – psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 396-404.
- Friblick, L. & Sandow, E. (2011). *Dagen då döden kom – och livet som följde därefter*. Malmö: Xenofilia.
- Gibson, J., Gallagher, M. & Jenkins, M. (2010). The experiences of parents readjusting to the workplace following the death of a child by suicide. *Death Studies*, 34, 500-528.
- Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gyllensvärd, G. & Polfeldt, L. (2001). *Aldrig i livet*. Värnamo: Fälth & Hässler.
- Hagman, S. (2007). *Pappa tog sitt liv*. Stockholm: Santéus förlag.
- Helsingforsdeklarationen. (2008). *World medical association declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 28 april, 2013, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Holm, S. (2006). *Den onödige döden och konsten att älska*. Stockholm: Verbum förlag AB.
- Jakobsson, E., Andersson, M. & Öhlén, J. (2009). Livets slutskede - välbefinnande och död. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (s.327-356). Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska Institutet. (2013). *Självmondsstatistik*. Hämtad 18 april, 2013, från <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=37160>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, F. (2011). *Livet efter självmordet*. Borås: Recito Förlag AB.
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D. & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young child. *Health and Social Care in the Community*, 18(3), 241-248.

- Miers, D., Abbott, D. & Springer, P-R. (2012). A phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager. *Death Studies*, 36, 118-133.
- Moules, N-J., Simonson, K., Prins, M., Angus, P. & Bell, J-M. (2004). Making room for grief: walking backwards and living forward. *Nursing Inquiry*, 11(2), 99-107.
- Nationalencyklopedin. (2013). *Sorg*. Hämtad 16 april, 2013, från http://www.ne.se.libraryproxy.his.se/lang/sorg?i_h_word=stigmatisering
- Oravec, R. & Moore, M-M. (2006). Recognition of suicide risk according to the characteristics of the suicide process. *Death Studies*, 30, 269-279.
- 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.
- Sjöström, N. (2010). Suicid. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Begrepp och termer inom vård och omsorg*. Hämtad 21 april, 2013, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10162/2005-131-21_200513121.pdf
- Socialstyrelsen. (2005b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Vårdguiden. (2012a). *Själv mord*. Hämtad 18 april, 2013, från <http://www.varldguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Sjalvmord/>
- Vårdguiden. (2012b). *När någon har dött*. Hämtad 24 september, 2013, från <http://www.varldguiden.se/Sa-funkar-det/Stod/Familj-och-relation/Nar-nagon-har-dott/>
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wilson, A. & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*, 34, 625-640.
- World Health Organization. (2013). *Suicide prevention*. Hämtad 18 april, 2013, från http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

1177. (2012). *När någon i familjen dör – vad händer med barnen?* Hämtad 6 oktober, 2013, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Barn-och-foraldrar/Familjeliv-och-relationer/Forandrad-livssituation/Sorg-i-familjen--vad-hander-med-barnen/>

Bilaga 1: Redovisning av sökträffar

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa sammanfattningar/ titlar	Valda biografier /antologier/rapport
Libris				
2013-09-06	Själv mord* AND självbiografi	1	1	0
2013-09-06	(anhörig* OR närstående* OR efterlev*) AND (själv mord* OR suicid*)	48	10	2
2013-09-06	(anhörig* OR närstående* OR efterlev* OR sorg*) AND (själv mord* OR suicid*)	106	19	4
2013-09-06	Själv mord + klassifikation Lz	23	3	0
Stadsbiblioteket Skövde				
2013-09-06	Hittade denna i hyllan för dokumentärer	1	1	1
Extra kontroll:				
adlibris.com 2013-09-06	Självbiografier	45	45	0
Bokus.com 2013-09-06	Självbiografier och suicid	84	84	0

Bilaga 2: Sammanställning av självbiografier, antologier och rapport

Du borde varit här – min brors självmord (2011)

av Jesper Bohm

Jesper Bohms bror begick självmord. Han efterlämnade fru och två barn, som aldrig hann lära känna sin pappa. Författaren beskriver de känslor och obesvarade frågor han lämnas med. Vi följer författarens tankar om självmordet och får ta del av hur olika de som berörs av självmordet hanterar sin sorg, både barn och vuxna.

Det går att leva vidare (2002)

av Margit Ferm (Red.)

Margit Ferm miste sin son i suicid när han var 22 år gammal. Hon har engagerat sig i Föreningen Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd (SPES) och därigenom fått i uppdrag av Karolinska Institutets Nationella och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, att skriva en rapport om de efterlevande till suicidoffer. Rapporten består av sammanställt material om hur anhöriga uppfattar och kan ta sig igenom denna sorg. Kärnan i rapporten är 25 berättelser, där anhöriga berättar hur de upplever sorgen om när någon nära anhörig begår suicid.

Dagen då döden kom – och livet som följde därefter (2011)

av Lena Friblick & Elin Sandow

Boken är en sammanställning av berättelser där människor förmedlar sina upplevelser när en anhörig dör och om sorgearbetet och om vägen tillbaka. I en av berättelserna får vi ta del av en ung mans berättelse om när han i 20-årsåldern miste sin mamma i suicid. Den sorg som drabbade honom och hur hanterade denna sorg, både i den akuta chocken, men också hur han lärt sig leva med sorgen men också vad den har tillfört hans liv.

Aldrig i livet (2001)

av Göran Gyllenswärd & Lotta Polfeldt

Författarna till boken har i sina arbeten som psykolog och socionom på Rädda barnen kommit i kontakt med barn och ungdomar som förlorat en nära anhörig; en mamma, en pappa eller ett syskon i suicid. I boken berättar sex ungdomar om upplevelser i sorgen, om de frågor de lämnas med och hur de hanterar omgivningens ofta starka reaktioner på dessa dödsfall och om vägen tillbaka till livet. Berättelserna av ungdomarna varvas med stöd och råd från författarna om hur barnen och ungdomarna kan komma vidare i sin sorgprocess och livet.

Pappa tog sitt liv (2007)

av Sanna Hagman

Utgår från Sanna Hagmans berättelse om hur hon hanterade förlusten av sin pappa, som tog sitt eget liv. I boken har författaren samlat ytterligare 10 berättelser från människor som också mist sin pappa i suicid. Författaren varvar berättelserna med råd och stöd om hur bearbetningen av sorgen kan se ut.

Den onödige döden (2006)

av Stefan L Holm

Författaren har skrivit om sin dotters självmord och framförallt om vägen dit och vilken hjälp de fick och inte fick för sin dotters psykiska problem. Boken beskriver föräldrarnas kamp för att hjälpa sin dotter. Vi får också följa pappans kamp med skulden efteråt.

Livet efter självmordet (2011)

av Familjen Larsson

Samuel är i 25-årsåldern när han tar sitt liv. Efter sig lämnar han fem syskon och en mamma och en pappa med frågor om varför. I dagboksform beskriver de olika familjemedlemmarna sina upplevelser i sorgen efter broderns och sonens självmord. De hanterar sorgen olika och har olika behov i processen. De berättar mycket om det stöd de har i sin Gudstro, det stöd de har från bybor och församlingsmedlemmar.