

Mennirnir elska, missa, gráta og sakna

Reynsla aðstandenda af stuðningi í kjölfar sjálfsvígs ástvinar

Elín Árdís Björnsdóttir
Hanna Jóna Stefánsdóttir
Sigríður Harpa Hauksdóttir
Sigríður Sólveig Stefánsdóttir

HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til BS gráðu í hjúkrunarfræði

Hjúkrunarfræðideild

Sofðu unga ástin mín

Sofðu unga ástin mín,

- úti regnið grætur.

Mamma geymir gullin þín,

gamla leggi og völuskrín.

Við skulum ekki vaka um dimmar nætur.

Það er margt, sem myrkrið veit,

- minn er hugur þungur.

Oft ég svartan sandinn leit

svíða grænan engireit.

Í jöklinum búa dauða djúpar sprungur.

Sofðu lengi, sofðu rótt,

- seint mun best að vakna.

Mæðan kenna mun þér fljótt,

meðan hallar degi skjótt.

Að mennirnir elska, missa, gráta og sakna.

Jóhann Sigurjónsson
1880-1919

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.S gráðu í hjúkrunarfræði

Verkefnið unnu:

Elín Árdís Björnsdóttir

Hanna Jóna Stefánsdóttir

Sigríður Harpa Hauksdóttir

Sigríður Sólveig Stefánsdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til B.S. prófs í
hjúkrunarfræði.

Leiðbeinandi:

Sigrún Sigurðardóttir

Útdráttur

Rannsóknaráætlun þessi er lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tilgangur áætlunarinnar er að undirbúa rannsókn sem skoðar reynslu einstaklinga af stuðningi eftir sjálfsvíg ástvina. Sjálfsvíg eru algengt og alvarlegt heilbrigðisvandamál og talið er að hvert sjálfsvíg geti haft mikil áhrif á u.þ.b. sex til tíu ástvini. Aðstandendur syrgja ekki einungis hinn látna heldur geta þeir einnig þurft að horfast í augu við reiði, angist og sektarkennd yfir því að hafa ekki getað komið í veg fyrir verknað ástvinarins. Aðstandendur upplifa gjarnan fordóma af hálfu samfélagsins og er því ljóst að stuðningur og utanumhald er mikilvægt. Rannsóknaraðferðin er eigindleg, unnið er eftir fyrirmynd Vancouver-skólans í fyrirbærafræði og notast er við hálfstöðluð viðtöl. Höfundar setja fram eftirfarandi rannsóknarspurningu sem leitast verður við að svara:

Hver er reynsla aðstandenda af stuðningi af hálfu heilbrigðiskerfisins í kjölfar sjálfsvígs ástvinar?

Þátttakendur rannsóknarinnar verða tíu aðstandendur á Íslandi sem misst hafa ástvin vegna sjálfsvígs. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni er að ástvinir hafi verið úr innsta hring fjölskyldunnar. Aðstandendur þeirra sem taka sitt eigið líf þurfa á auknum stuðningi frá heilbrigðiskerfinu að halda, þá sérstaklega til lengri tíma litið. Margir ná ekki að læra að lifa með missinum án utanaðkomandi aðstoðar. Fyrirhuguð rannsókn gæti því nýst til að varpa ljósi á það hversu mikilvægur stuðningur er. Starfsfólk heilbrigðiskerfisins gegnir lykilhlutverki þegar kemur að móttöku, stuðningi og eftirfylgni við aðstandendur eftir sjálfsvíg.

Lykilhugtök: Sjálfsvíg, aðstandendur, sorgarferli, stuðningur, heilbrigðiskerfi.

Abstract

This research proposal is a final thesis to a B.S. degree in nursing science at the University of Akureyri. The proposals purpose is to prepare a study which demonstrates people's experience of support for family members after loosing a loved one from a suicide. Suicides are common and a serious health problem and it is estimated that on average, each person who commits suicide, leaves six to ten loved ones. People who loose a loved one from a suicide often experience a grieving process which is in many ways different from other types of grief and they are also facing anger, anguish and guilt for not being able to prevent the suicide. It is common that family members of the perpetrator experience prejudice from society and therefore support and supervision are important. The research method will be qualitative, worked by a model from the Vancouver-school in phenomenology and half standardized interviews will be used. The authors will present following research question which they seek to answer in their thesis:

How do family members of people who commit suicide experience the support available in the healthcare system?

The interviewees will be ten Icelanders who have lost a loved one from a suicide. The qualifications one has to meet in order to participate in the study is to have been a member of the immediate family of the perpetrator. Family members of those who take their own life, need more support from the healthcare system, especially long term support. Many familiy members do not manage to cope with the loss without external assistance. The proposed study could therefore be useful to shed a light on how important support is for those who have lost a loved one from a suicide. Staff in the Healthcare System plays a key role when it comes to receiving, supporting and following up with family members of the perpetrator.

Key words: Suicide, family members, stages of grief, support, health care system.

Efnisyfirlit

Útdráttur	v
Abstract	vi
Efnisyfirlit	vii
Þakkarorð	x
1. Kafli - Inngangur	1
Bakgrunnur og hugmyndafræðilegur rammi	1
Tilgangur og markmið rannsóknaráætlunar	2
Rannsóknarspurning	2
Gildi rannsóknaráætlunar fyrir hjúkrun	2
Undirbúningur rannsóknar	3
Gildismat höfunda	3
Uppbygging rannsóknaráætlunar	4
Gagnasöfnun og leitarorð	4
Skilgreiningar á hugtökum	5
Samantekt	5
2. Kafli - Fræðileg umfjöllun	6
Almennt um sjálfsvíg	6
Orsakir sjálfsvíga	6
Tíðni sjálfsvíga	9
Algengustu aðferðir við sjálfsvíg	12

Menning, félagslegar aðstæður og áhættuþættir sjálfsvíga.....	12
Forboði sjálfsvíga.....	13
Líðan og sorgarferli	14
Sorgarferli eftir skyndilegt dauðsfall	15
Fordómar samfélagsins í kjölfar sjálfsvíga	18
Afleiðingar missis fyrir líkamlega og sálræna heilsu.....	19
Líðan aðstandenda til lengri tíma litið	21
Stuðningur við aðstandendur eftir sjálfsvíg.....	23
Þarfir aðstandenda.....	23
Upplifun aðstandenda á þeirri þjónustu sem í boði er á Íslandi.....	25
Úrræði á vegum heilbrigðiskerfisins og presta	26
Áfallahjálp.....	26
Sálfræðimeðferð	27
Úrræði á vegum presta	28
Stuðningshópar.....	29
Stuðningur vina og ættingja	30
Samantekt	32
3. Kafli - Aðferðafræði.....	33
Val á rannsóknaraðferð.....	33
Þátttakendur, úrtak og þýði.....	34
Upplýsingasöfnun og greining gagna	34
Réttmæti og áreiðanleiki.....	36

Siðfræðilegar kröfur	36
Samantekt	37
4. Kafli - Umræður	38
Umræður um fræðilega umfjöllun	38
Gildi fyrir hjúkrun sem faggrein.....	40
Samantekt	40
Lokaorð	41
Heimildaskrá.....	42
Fylgiskjöl	50
Fylgiskjal 1	50
Fylgiskjal 2	52

Þakkarorð

Til að byrja með viljum við þakka leiðbeinanda okkar Sigrúnu Sigurðardóttur lektor við Háskólann á Akureyri fyrir góða leiðsögn og uppbyggilega gagnrýni við gerð þessa lokaverkefnis. Einnig þökkum við Dóru Ármannsdóttur fyrir yfirlestur og góðar ábendingar. Að lokum þökkum við fjölskyldum okkar fyrir þolinmæði, ómældan stuðning og hvatningu í gegnum námið síðastliðin fjögur ár og ekki síst hvorri annarri fyrir gott samstarf við gerð þessa lokaverkefnis og samfylgd í náminu öllu.

1.Kafli - Inngangur

Þessi rannsóknaráætlun er lokaverkefni til B.S. prófs í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri. Verkefnið er unnið af fjórum 4. árs hjúkrunarfræðinemum. Leiðbeinandi verkefnisins er Sigrún Sigurðardóttir, lektor við Háskólann á Akureyri.

Í þessum upphafskafla verður fjallað um bakgrunn verkefnisins, tilgang þess og markmið rannsóknarinnar. Farið verður yfir þær rannsóknarspurningar sem leitast verður við að svara, gildi rannsóknarinnar fyrir hjúkrun og helstu skilgreiningar á hugtökum. Einnig munu höfundar greina frá gildismati sínu, skýra frá undirbúningi rannsóknarinnar, fara yfir uppbyggingu rannsóknaráætlunarinnar, greina frá heimildaleit við gerð verkefnisins ásamt stuttri samantekt í lokin.

Bakgrunnur og hugmyndafræðilegur rammi

Sjálfsvíg eru alþjóðlegt heilbrigðisvandamál og falla um 800.000 einstaklingar í öllum aldurshópum árlega á heimsvísu fyrir eigin hendi (WHO, 2014). Talið er að hvert og eitt sjálfsvíg geti haft mikil áhrif á u.þ.b. sex til tíu einstaklinga. Aðstandendur sitja eftir með ýmsar ósvaraðar spurningar, sektarkennd og flóknar tilfinningar tengdar atburðinum (Embætti Landlæknis, 2007; Guðrún Eggertsdóttir, 1997). Þeirra bíða aðkallandi verkefni sem þarf að sinna í kjölfar andlátsins og á sama tíma ganga þeir í gegnum flókið sorgarferli sem hefur áhrif á líkamlega og sálræna líðan (Burks, 2005; Love, 2007). Eftir sjálfsvíg ráða aðstandendur oft ekki við þær tilfinningar sem fylgja í kjölfar áfallsins og er algengt að sjálfsásakanir komi fram í huga þeirra. Þeir telja sig eiga þátt í því að ástvinurinn tók eigið líf eða velta því jafnvel fyrir sér hvort þeir hefðu getað komið í veg fyrir sjálfsvígið (Óttar Guðmundsson, 2014; Ting o.fl., 2006). Aðstandendur verða oft fyrir fordómum af hálfu samfélagsins vegna þess að hinn látni ákvað að taka eigið líf í stað þess að lifa áfram með ástvinum sínum (Cvinar, 2005). Aðstandendur eru oft ráðvilltir eftir áfallið (Roubenzadeh,

Abedin og Heidari, 2012). Stuðningur fjölskyldu, vina og fagfólks skiptir því gríðarlega miklu máli við úrvinnslu sorgar af þessu tagi og getur reynst vel að notast við virka hlustun, veita góð ráð og hvetja syrgjendur til að halda minningum um hinn látna á lofti (Fræðslusvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan, 2009; Miers, Abbott og Springer, 2012). Upplifun aðstandenda af þeim stuðningi sem í boði er eftir slíkt áfall er sú að þeir hafa oft þurft að ganga á eftir þjónustu á vegum presta og heilbrigðiskerfisins. Stuðningurinn kemur í flestum tilvikum frá vinum og fjölskyldu. Sýnt hefur verið fram á að stuðningur á vegum samfélagsins og fagaðila er af skornum skammti en í flestum tilvikum vilja aðstandendur þiggja þá aðstoð fagfólks sem í boði er (Munnleg heimild, 22. febrúar 2016; Wilhelm Norðfjörð, 2001).

Tilgangur og markmið rannsóknaráætlunar

Tilgangur þessarar rannsóknaráætlunar er að skoða reynslu aðstandenda á þeim stuðningi sem þeir hlutu í kjölfar sjálfsvígs ástvinar. Meginmarkmiðið er að vekja athygli fólks á mikilvægi stuðnings gagnvart aðstandendum eftir að ástvinur þeirra tekur sitt eigið líf. Með aukinni umræðu vonumst við eftir því að það dragi úr fordómum samfélagsins og að þjónusta og stuðningur til aðstandenda aukist af hálfu heilbrigðiskerfisins.

Rannsóknarspurning

Í fyrirhugaðri rannsókn verður leitast við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningu: Hver er reynsla aðstandenda af stuðningi af hálfu heilbrigðiskerfisins í kjölfar sjálfsvígs ástvinar?

Gildi rannsóknaráætlunar fyrir hjúkrun

Eftir sjálfsvíg ganga aðstandendur hins látna í gegnum mismunandi sorgarferli. Þeir upplifa gjarnan reiði, skömm og einangrast jafnvel með tímanum ef þeim tekst ekki að vinna úr sorginni (Fielden, 2003). Heilbrigðisþjónustan getur veitt aðstandendum stuðning strax eftir andlát og til lengri tíma lítið. Með aukinni umfjöllun og rannsóknum á líðan aðstandenda

og úrræða sem í boði eru aukast líkur á því að heilbrigðisstarfsfólk sé betur í stakk búið til að mæta þörfum þessa hóps og að þjónustan þróist til hins betra.

Undirbúningur rannsóknar

Ákveðið var að notast við eigindlega rannsóknaraðferð, Vancouver skólann í fyrirbærafræði, þar sem tekin eru viðtöl við tíu aðstandendur eftir sjálfsvíg. Þessi rannsóknaraðferð var talin hæfa rannsókninni þar sem markmiðið er að safna upplýsingum um reynslu og skoðanir viðmælenda (Sigríður Halldórsdóttir, 2013b).

Í viðtölunum verður notaður hálfstaðlaður viðtalsrammi svo að viðmælendur hafi kost á því að tjá sig með ítarlegri hætti. Mikilvægt er að traust meðferðarsamband skapist á milli rannsakenda og þátttakenda rannsóknarinnar. Með því getur rannskandi fengið aukna innsýn inn í reynslu viðmælenda og þar með fengið nákvæmari niðurstöður (Sigríður Halldórsdóttir, 2013b).

Óskað verður eftir leyfi Vísindasiðanefndar fyrir rannsókninni, rannsóknin verður kynnt til persónuverndar og viðmælendur beðnir um að skrifa undir upplýst samþykki. Að lokum skal tekið fram að fullum trúnaði verður heitið á milli viðmælenda og rannsakanda, nöfn sem koma fram verða dulkóðuð og öllum trúnaðargögnum verður eytt að lokinni rannsókn.

Gildismat höfunda

Í gegnum nám höfunda síðastliðin fjögur ár hafa geðsjúkdómar, geðheilbrigði og ýmis atriði því tengt verið áberandi umfjöllunarefni í fjölmiðlum. Sumar okkar þekkja til aðstandenda eftir sjálfsvíg og þótti okkur því áhugavert að skoða betur hvaða aðstoð og þjónusta væri í boði á vegum heilbrigðiskerfisins í kjölfar sjálfsvíga ástvina. Okkar upplifun er sú að aðstoð á vegum fagaðila í kjölfar sjálfsvíga er mjög ábótavant.

Við teljum það afar mikilvægt að hjúkrunarfræðingar sem og aðrir heilbrigðisstarfsmenn séu tilbúnir til að hefja umræðu og vera í stakk búnir til þess að skapa

traust meðferðarsamband við aðstandendur þeirra sem framið hafa sjálfsvíg. Raunin er sú að margir virðast eiga erfitt með að ræða dauðsföll af völdum sjálfsvíga vegna þeirra fordóma sem þrífast í samfélögum (Cvinar, 2005). Við teljum nauðsynlegt að umræðan um sjálfsvíg aukist innan samfélaga til þess að draga úr þeim fordómum sem þeim fylgja og auka þekkingu fólks á sjálfsvígum almennt og afleiðingum þeirra.

Uppbygging rannsóknaráætlunar

Rannsóknaráætlun þessi hefst á inngangi, þar á eftir kemur heimildasamantekt unnin úr fræðilegum heimildum. Þar er fjallað um sjálfsvíg almennt, orsakir þeirra, líðan og stuðning við aðstandendur í kjölfar sjálfsvíga og þau úrræði sem eru til staðar gagnvart eftirlifendum. Þriðji kafli fjallar um aðferðafræði rannsóknarinnar. Í fjórða kafla er samantekt á fræðilegri umfjöllun ásamt umræðum um vangaveitur höfunda. Fimmti og síðasti kaflinn inniheldur lokaorð ásamt stuttri samantekt úr þessari rannsóknaráætlun.

Gagnasöfnun og leitarorð

Höfundar notuðust í heimildaleit að mestu við gagnasöfnin EBSCOhost, Chinal ásamt leitarvélinni Leitir.is. Nokkrar heimildanna voru fengnar úr bókum og bókarköflum. Höfundar studdust einnig við heimildaskrár í bókum og rannsóknargreinum. Heimildir voru að mestu fengnar úr rannsóknum, skýrslum, bókum, bæklingum og öðru tengdu rannsóknarefninu. Einnig styðja höfundar sig við fáeinar munnlegar heimildir eftir samræður við eftirlifendur sjálfsvíga og fagaðila sem starfa með þessum hópi syrgjenda.

Leitarorðin okkar voru: *suicide, stages of grief, suicide survivors, bereavement, social support, social stigma, family, relatives, nursing.*

Skilgreiningar á hugtökum

Sjálfsvíg: Athöfn sem einstaklingur framkvæmir vísvitandi til þess að binda endi á sitt eigið líf (WHO, 2016).

Aðstandendur: Þeir sem standa einstaklingnum næst, t.d. maki, foreldrar, systkini og börn.

Sorgarferli: Ferli sem fer af stað þegar einstaklingur upplifir missi og er eðlileg þróun sem fer í gang í kjölfar mikils áfalls. Sorgarferlið getur haft bæði líkamleg og andleg áhrif á líðan fólks (Love, 2007).

Stuðningur: Hefur að geyma tilfinningalegan stuðning og stuðning þar sem leitast er við að veita viðeigandi upplýsingar. Tilfinningalegur stuðningur felur í sér hughreystingu, nánd og tengsl. Upplýsingastuðningur felur í sér upplýsingaveitu og ráð sem geta nýst einstaklingnum til að ráða betur við aðstæður (Schaefer, Coyne og Lazarus, 1981).

Heilbrigðisþjónusta: “*Heilbrigðisþjónusta tekur til hvers kyns heilsugæslu, lækninga, hjúkrunar, almennrar og sérhæfðrar sjúkrahúspjónustu, sjúkraflutninga, hjálpartækjapjónustu og þjónustu heilbrigðisstarfsmanna innan og utan heilbrigðisstofnana sem veitt er í því skyni að efla heilbrigði, fyrirbyggja, greina eða meðhöndla sjúkdóma og endurhæfa sjúklinga*” (Embætti landlæknis, 2014a).

Samantekt

Í kaflanum var farið yfir meginatriði fyrirhugaðrar rannsóknar og fjallað stuttlega um viðhorf höfundar til efnisins. Höfundar telja nauðsynlegt að upplifun og stuðningur til aðstandenda eftir sjálfsvíg sé rannsakaður með það að leiðarljósi að aðstandendum sé veitt sú þjónusta sem þeir þurfa á að halda. Ljóst er að sjálfsvíg eru alvarlegt heilbrigðisvandamál og þar með eru margir aðstandendur sem þurfa á stuðningi að halda í kjölfar þess. Rannsókn þessi getur því haft mikla þýðingu fyrir hjúkrunarfræðinga og annað fagfólk innan heilbrigðiskerfisins og í framhaldi vilja höfundar sjá bætta þjónustu og aukin úrræði fyrir aðstandendur eftir sjálfsvíg.

2. Kafli - Fræðileg umfjöllun

Almennt um sjálfsvíg

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) er sjálfsvíg skilgreint sem athöfn sem einstaklingur framkvæmir vísvitandi til þess að binda enda á líf sitt. Að baki ákvörðuninni um að taka eigið líf geta legið sálrænar sem og líkamlegar ástæður en þar má m.a. nefna þunglyndi, persónuleikaröskun, geðklofa, áfengissýki, taugasjúkdóma, krabbamein og HIV (WHO, 2016).

Samkvæmt skilgreiningu Embættis landlæknis á sjálfsvígum er það atburður sem á sér oftast langan aðdraganda í flóknu ferli. Lokaákvörðunin felst í því að einstaklingur bindur enda á líf sitt (Embætti landlæknis, 2007). Einstaklingar finna þá enga aðra leið út úr þeim erfiðleikum og sársauka sem þeir ganga í gegnum. Sjálfsvígin hafa hvað mest áhrif á aðstandendur þeirra sem taka sitt eigið líf, en talið er að hvert sjálfsvíg geti haft mikil áhrif á u.þ.b. sex til tíu einstaklinga (Guðrún Eggertsdóttir, 1997). Hinsvegar er ætlun þeirra sem taka sitt eigið líf yfirleitt ekki sú að særa aðstandendur sína. Þeir telja sig frekar vera orðnir byrði á aðstandendum og óska þess að ástvinir þeirra geti byrjað að lifa góðu og innihaldsríku lífi án þeirra. Þeir telja sér þá trú um að öllum muni líða betur eftir að þeir séu látnir. Eftirlifendum getur hinsvegar fundist erfitt að skilja þetta sjónarhorn (Óttar Guðmundsson, 2014).

Orsakir sjálfsvíga

Margar ástæður geta leitt til þess að einstaklingur tekur eigið líf, sem dæmi félagslegir erfiðleikar, langvarandi streita, áföll, missir, sálrænir kvillar, óhófleg neysla áfengis og vímuefna ásamt þáttum tengdum röskun á persónuleika (Embætti landlæknis, 2007). Sjálfsvíg geta einnig orsakast af skyndiákvörðun eða fljótfærni, oft nefnt stundarbrjálæði. Einstaklingur upplifir kreppu eða vanmetur getu sína til að takast á við álag daglegs lífs. Sjálfsvíg geta orsakast af fjárhagsvandamálum eða geta verið leið til að binda enda á langvinnan sársauka

eða veikindi. Að auki geta sjálfsvíg átt sér stað vegna ofbeldis, misnotkunar, í kjölfar styrjalda og annarra hörmunga. Tilfinningaleg einangrun getur einnig leitt til sjálfsvígs og ef að einhver nátengdur hefur sýnt sjálfsvígshegðun er líklegra að einstaklingur fremji sjálfsvíg. Sjálfsvíg eru tíðari meðal viðkvæmra hópa innan samfélaga. Þar má nefna flóttamenn, innflytjendur, frumbyggja, samkynhneigða, tvíkynhneigða, kynskiptinga og fanga. Lang sterkasti áhættuþáttur sjálfsvíga er ef einstaklingur hefur áður sýnt sjálfsvígshegðun eða framkvæmt tilraun til sjálfsvígs (WHO, 2015a).

Sýnt hefur verið fram á að skyndilegar breytingar eða áföll sem fólk verður fyrir eins og skilnaður hefur áhrif á sjálfsvígstíðni. Fráskilið fólk er líklegra til að fremja sjálfsvíg en gift fólk, en það á bæði við um karlmenn og konur (Kristinn Örn Sverrisson, Sigurður Páll Pálsson, Kristinn Sigvaldason og Sigurbergur Kárason, 2010; Yip, Yousuf, Chan, Yung og Wu, 2015). Í samantekt 19 rannsókna sem gerðar voru á sjálfsvígum og áhættuþáttum þeirra kom í ljós að sjálfsvíg væru algengari meðal karlanna. Einnig hafði það auknar líkur í för með sér að eiga fjölskyldusögu um geðræna sjúkdóma, fyrri tilraunir til sjálfsvíga ásamt sögu um misnotkun áfengis og annarra vímuefna (Keith, Carolina, Camilla og Kate, 2013).

Það að þjást af geðrænum sjúkdómum eins og alvarlegu þunglyndi og vonleysi getur einnig aukið líkur á sjálfsvígi (Keith, Carolina, Camilla og Kate, 2013). Þunglyndi er algengur sjúkdómur sem talið er að hátt í 350 milljónir manna á heimsvísu glími við á hverjum tíma, þó talinn algengari meðal kvenna. Þunglyndi lýsir sér á margvíslegan hátt, ber þar helst að nefna lækkað geðslag, áhugi og gleði sem áður voru jafnvel til staðar hverfa og tómlleiki verður ríkjandi tilfinning. Einnig getur borið á einkennum á borð við einbeitingarskort, minnkaða matarlyst, erfiðleika við svefn, minnkaða kynhvöt, sektarkennd ásamt þreytu og lágu sjálfsáliti. Hugmyndir um sjálfsskaðandi hegðun geta gert vart við sig (WHO, 2015b). Þunglyndi leggst mis þungt á einstaklinga en er þrátt fyrir það sjúkdómur sem hægt er að meðhöndla með ýmsum meðferðum. Meðferðirnar miða að því að draga úr þeim lífsleiða sem

þunglyndir einstaklingar upplifa. Sumir þjást af langvarandi þunglyndi sem illa gengur að meðhöndla á meðan aðrir ná fljótt bata eftir að einkenni gera vart við sig (Damron-Rodriguez og Carmel, 2014; WHO, 2015b). Marktækt auknar líkur eru á sjálfsvígum hjá einstaklingum með mikið þunglyndi. Rannsókn sýndi fram á að 47 einstaklingar af 57 með mikið þunglyndi voru með virkar sjálfsvígshugsanir, þar kom einnig fram að sjálfsvígshugsanir gera bæði vart við sig hjá einstaklingum með mikil eða væg einkenni þunglyndis (Cukrowicz o.fl., 2011).

Einstaklingar sem kljást við kvíða eru einnig í aukinni hættu á að fremja sjálfsvíg. Kvíða fylgja stöðugar áhyggjur sem hafa áhrif á lífsgæði fólks. Með því að minnka álag og áhyggjur er því einnig hægt að draga úr kvíða. Ef fólk er undir stöðugu álagi verður kvíðinn meiri og þar með getan til að takast á við aðstæður minni. Þó að tengsl kvíða og sjálfsvíga séu mikil þá hafa rannsóknir sýnt fram á að sterkari tengsl séu milli þunglyndis og sjálfsvíga (Lamis og Jahn, 2013). Einstaklingar sem þjást illa af áráttu og þráhyggjuröskunum eru mun líklegri til þess að upplifa alvarleg einkenni kvíða og þunglyndis. Þeir eru því líklegri til að vera haldnir virkum sjálfsvígshugsunum heldur en þeir sem haldnir eru vægum einkennum áráttu og þráhyggjuraskana (Hung o.fl., 2010).

Þó að ákvörðunin um að taka sitt eigið líf hafi yfirleitt langan aðdraganda þá geta einstaklingar einnig upplifað svokallað andlegt kreppuástand og minnkar þá löngun þeirra til að lifa. Þetta getur meðal annars átt við einstaklinga sem upplifa skyndileg kvíðaköst vegna ákveðinna aðstæðna þrátt fyrir að hafa ekki sögu um kvíða. Þetta er ástand sem einstaklingar verða skyndilega fyrir og þurfa á tafarlausri andlegri meðferð að halda (Wright og McGlen, 2012). Í kreppuástandi fer fólk á mis við að túlka eigin tilfinningar og vanmetur getu sína til að takast á við aðstæður sem reynast krefjandi. Það verða brestir á skynsemi fólks sem leiðir til þess að það framkvæmir hluti sem það myndi annars ekki gera. Þó er talið að einstaklingar geti þróað sterkari sjálfsmynd í kjölfar þess að takast á við kreppuástand og yfirstíga hindranir. Andlegt kreppuástand þarf ekki að tengjast því hvort einstaklingur hafi greinst með

geðröskun og getur hver sem er lent í því að upplifa kreppu og bjargarleysi. Oft tengist kreppuástand persónuástæðum eða tilfinningalífi fólks og stundum er talað um að fólk fái skyndilegt taugaáfall (Morton, 2010).

Í rannsókn sem gerð var á gjörgæsludeildum Landspítala á einstaklingum sem gerðu alvarlegar tilraunir til sjálfsvíga þjáðust um 66% einstaklinga af þunglyndi og kvíðaröskunum. Í rúmlega 60% tilvika var um fíknivanda að ræða, 30% voru með persónuleikaraskanir og geðklofi var greindur hjá um 10% einstaklinga. Aðrar geðgreiningar áttu við hjá einstaklingum í minna en 10% tilvika, það eru greiningar eins og geðhvörf, átraskanir ásamt streitu og aðlögunarröskunum (Kristinn Örn Sverrisson o.fl., 2010).

Tíðni sjálfsvíga

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni eru sjálfsvíg alvarlegt heilbrigðisvandamál um allan heim. Í nýjustu upplýsingum WHO úr skýrslu sem gefin var út árið 2014 kemur fram að um 800.000 manns láti lífið árlega í heiminum vegna sjálfsvíga. Það þýðir jafnframt að á u.þ.b. 40 sekúndna fresti sviptir manneskja sig lífi. Tíðnin er þar með um 11,4 einstaklingar á hverja 100.000 íbúa. Tíðni sjálfsvíga er einnig misjöfn eftir kyni þar sem karlmenn eru í meirihluta eða 15 karlmenn á móti hverjum átta konum (Pridmore og McArthur, 2009; WHO, 2014). Aftur á móti gera konur fleiri sjálfsvígstilraunir en karlar sem leiða þær ekki til dauða (Embætti landlæknis, 2007; WHO, 2015a).

Hagstofa Íslands birti tölur yfir fjölda látinna eftir dánarorsökum, kyni og aldri frá árinu 1981 fram til ársins 2009. Skráð voru 36 sjálfsvíg í öllum aldurshópum árið 2009, þ.e. vísitandi sjálfsskaði eða sjálfseitrun, 29 karlar og sjö konur. Sjá töflu 1.

Tafla 1

Dánir eftir dánarorsökum (ICD-10), kyni og aldri árið 2009

Látirnir af völdum sjálfsvígs og vísitandi sjálfsskaða vegna/af:	Karlar	Konur
Óþíumlausum verkjalyfjum og hitalækkandi lyfjum	0	0
Flogaveikilyfjum, slævi - og svefnlyfjum	3	2
Fíkniefnum og ofskynjunarefnum	0	1
Öðrum lyfjum sem verka á sjálfvirkakerfið	2	0
Öðrum ótilgreindum lyfjum og meðulum	0	0
Öðrum lofttegundum og stybbu	1	0
Öðrum ótilgreindum skaðvænum efnum	2	0
Hengingu, kæfingu og reyringu	12	2
Drukknun og kaffæringu	1	2
Að hleypta af skammbyssu	0	0
Að hleypta af riffli, haglabyssu og stærra skotvopni	4	0
Að hleypta af öðru ótilgreindu skotvopni	0	0
Sprengifimum efnum og sprengiefnum	0	0
Af reyk, eldi og logum	0	0
Af beittum hlut	3	0
Að stökkva af háum stað	1	0
Að láta vélknúið flutningstæki rekast á annað flutningstæki á landi	0	0
Af öðrum tilgreindum ráðum	0	0
Af öðrum ótilgreindum ráðum	0	0
Fjöldi allra sjálfsvíga eftir kyni árið 2009	29	7
Heildarfjöldi sjálfsvíga árið 2009	36	

(Hagstofa Íslands, e.d.).

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni er talið líklegt að heildartíðni sjálfsvíga sé mun hærri vegna þess hve viðkvæmt málefnið er og þar með geti verið um vanskrað tilfelli að ræða. Þau tilfelli eru gjarnan skráð sem slys eða dregin er fram önnur ástæða fyrir orsök andlátsins (WHO, 2014).

Samkvæmt rannsókn um sjálfsvígstíðni í alls 27 Evrópulöndum kom fram að sjálfsvíg er annað algengasta banamein fólks á aldrinum 15-19 ára (Kokkevi o.fl., 2012). WHO hefur sett fram svipaðar niðurstöður varðandi fólk á aldrinum 15-35 ára, þ.e. að sjálfsvíg sé önnur algengasta ástæða andláta í þeim aldurshópi (WHO, 2015a). Frá árinu 1980 hefur sjálfsvígstíðni haldist nokkurn veginn stöðug þó svo að undanfarin ár hafi tíðnin smám saman verið að aukast (Kokkevi, o.fl., 2012).

Samanborið við nágretta okkar á Norðurlöndunum er heildartíðni sjálfsvíga lægri á Íslandi. Það gerir 12,8 sjálfsvíg á hverja 100.000 íbúa á ári sem þýðir u.þ.b. þrjú til fjögur sjálfsvíg í mánuði (Embætti landlæknis, 2007; WHO, 2015). Á síðastliðnum árum hafa sjálfsvíg ungs fólks á Íslandi færst í aukana en mörgum finnst lífið og hversdagsleikinn gera miklar kröfur til sín og telja því einfaldara að deyja heldur en að takast á við þær áskoranir sem lífinu fylgja (Óttar Guðmundsson, 2001). Vegna þess hve Íslendingar eru fámenn þjóð er talið að um tilviljunarkenndar sveiflur sé að ræða í tíðni sjálfsvíga, en ekki hefur tekist að tengja tíðnina beint við utanaðkomandi þætti úr þjóðfélaginu. Nýjustu tölur sem teknar voru saman af Embætti Landlæknis eru annars vegar frá 2005 til 2009 og hinsvegar frá árunum 2011 og 2012. Heildarfjöldi frá árinu 2005 til 2009 var um 31 til 37 sjálfsvíg á ári. Árið 2011 voru framin 27 sjálfsvíg, 22 karlar á móti 5 konum. Árið 2012 var heildarfjöldinn 35, þar af voru 24 karlar og 11 konur (Embætti landlæknis, 2014b).

Algengustu aðferðir við sjálfsvíg

Samkvæmt tölum frá Hagstofu Íslands frá árunum 1996-2009 var algengast að einstaklingar sem tóku sitt eigið líf notuðust við aðferðir á borð við hengingu, kæfingu eða reyringu. Alls 14 af þeim 36 sem létu lífið notuðu þær aðferðir (Hagstofa Íslands, e.d.). Á heimsvísu er þó algengast að þeir sem fremji sjálfsvíg taki inn lyf, notist við eiturefni, hengingu eða skotvopn (WHO, 2014).

Samkvæmt fyrrnefndri rannsókn Kristins Arnar Sverrissonar o.fl., (2010) voru lyf og þá helst bensodíazepín lyf algengasta aðferð sem fólk notaði í sjálfsvígstilraunum eða í rúmlega 90% tilvika. Þar á eftir var henging algengust eða í 3% tilvika. Rannsóknin leiddi einnig í ljós að hátt í 60% einstaklinga voru undir áhrifum áfengis þegar sjálfsvígstilraun var gerð. Um 60% þátttakenda höfðu sögu um aðrar sjálfsvígstilraunir. Tæp 40% einstaklinga lögðust inn á geðdeild í kjölfar gjörgæsluvistunar, aðrir fóru á aðrar legudeildir og enn aðrir sóttu viðtöl hjá sérfræðingum á göngudeildum geðlækninga. Skráningar á fjölda sjálfsvíga á Íslandi eru áreiðanlegar og eru Íslendingar að jafnaði jákvæðir fyrir rannsóknum á borð við krufningar á andlæti ættingja sinna (Embætti Landlæknis, 2014b).

Menning, félagslegar aðstæður og áhættuþættir sjálfsvíga

Í rannsókn Kristins Arnar Sverrissonar o.fl. (2010) um alvarlegar sjálfsvígstilraunir kom einnig fram að inniliggjandi einstaklingar ættu erfitt uppdráttar félagslega. Líklegra var að þessir einstaklingar væru atvinnulausir eða bótaþegar. Misjafnt virðist vera milli menningarheima hvernig íbúar takast á við sálræna vanlíðan. Þrátt fyrir að tíðni geðrænna vandamála sé svipuð milli landa virðast sjálfsvíg algengari í sumum löndum en öðrum. Í tilfellum þar sem syrgjendur eiga erfitt með að setta sig við fráfall ástvina kemur gjarnan upp sú staða að þeir vilja knýja fram ástæður fyrir dauðsfallinu en þessar tilfinningar birtast oft í reiði og biturleika og tengjast sterklega við trú einstaklinga. Trúi þeir á Guð finnst þeim hann vera að refsa þeim vegna skorts á hollustu og jafnvel upplifa þeir að Guð hafi brugðist þeim

og yfirgefið þá. Í tengslum við dánarorsök eiga eftirlifendur ástvina sem féllu skyndilega frá erfiðara uppdráttar eftir missinn og reynist þeirra sorgarferli flóknara. Þetta á t.d. við um ástvini sem hafa tekið eigið líf, verið myrtir eða látist af slysförum (Burke og Neimeyer, 2014).

Í skýrslu WHO kemur fram að tíðnin sé einnig misjöfn eftir stéttaskiptingu innan samfélaga. Í efnameiri stéttum er þrisvar sinnum algengara að karlmenn fremji sjálfsvíg en konur. Í millistéttum er kynjaskipting jafnari eða 1,5 karlmenn á móti hverri konu (WHO, 2014). Sjálfsvígstilraunir eru vísbending um persónuleg eða félagsleg vandamál en fyrri tilraunir til sjálfsvíga eru öflugasta forspárgildið fyrir því að einstaklingar bindi enda á líf sitt (Kokkevi, o.fl., 2012).

Forboði sjálfsvíga

Verði aðstandendur eða annað fólk vart við að ástvinur tjái sig um áberandi hugsanir tengdar dauðanum er mikilvægt að taka þær alvarlega. Þessar hugsanir geta orðið mjög yfirþyrmandi og jafnvel leitt til þess að fólk lætur verða að því að binda enda á eigið líf. Dæmi um þessar hugsanir eru beint eða óbeint tal um dauðann, ef einstaklingur lætur í ljós að hann skipti engu máli, að lífið sé betra án þeirra, plön eða ráðstafanir um aðferðir við sjálfsvíg eða úthlutanir á eigum til ættingja og vina. Einnig ætti það að kveikja rautt ljós hjá aðstandendum ef einstaklingur fer að stunda áhættu hegðun eða neyta áfengis eða vímuefna í óhóflegu magni (Embætti landlæknis, 2007). Hafa ber í huga að þó að einstaklingur skaði sig þurfi hann ekki að hafa virkar sjálfsvígshugsanir. Sumir nota til dæmis þá aðferð að skera á sig litlar rispurr til að losna við þann sálræna sársauka sem þeir glíma við, án þess að ætla að fremja sjálfsvíg (Ahattell og Stuart, 2013).

Líðan og sorgarferli

Sú regla er í gildi á Íslandi að þegar um slys eða óvænt dauðsföll er að ræða kemur það í hlut presta eða lögreglu að tilkynna aðstandendum um andlátíð eins fljótt og mögulegt er. Ef aðstæður eru svo að ættingjar eru fjarstaddir þegar andlát ber að er haft samband við sóknarprest á þeim stað þar sem aðstandendur eru staddir og hann annast tilkynninguna (Þjóðskrá Íslands, 2015). Aðstandendur geta komið sjálfir að sjálfsvígi eða verið búnir að rekast á kveðjubréf frá þeim látna, en í kveðjubréfum útskýrir hinn látni gjarnan ástæðu sjálfsvígsins (Óttar Guðmundsson, 2014). Suzanne Burks (2005) fjallaði um fyrstu daga og mánuði aðstandenda eftir sjálfsvíg og talar hún um að við fyrstu fréttir af andláti þurfi aðstandendur að horfast í augu við mikla erfiðleika og mörg aðkallandi verkefni sem þurfi að sinna. Öll verkefni og þeir þættir sem þarf að sinna í kjölfar sjálfsvíga geta vaxið aðstandendum mjög í augum. Þó um sé að ræða erfið skref þá er talið að þau aðstoði einstaklinga að takast á við missinn, sorgina og nýtt mót af fjölskylduformi. Algengt er að einstaklingar bæli tilfinningar sínar ósjálfrátt niður á meðan á þessu tímabili stendur.

Sá prestur sem tilkynnir aðstandendum um andlátíð sinnir þeim yfirleitt fram yfir útför (Andlát.is, 2007b). Aðstandendur geta sjálfir ákveðið hvort þeir vilji halda áfram að hafa samband við þann prest sem bar þeim fregnirnar af andlátinu eða hvort þeir vilji fá annan prest til að sinna útförinni (Andlát.is, 2007a). Útför fer vanalega fram fimm til tíu dögum eftir andlát, það fer eftir aðstæðum hverju sinni (Andlát.is, 2007a). Fyrir þann tíma þurfa aðstendur að fá afhent dánarvottorð frá lækni eða heilbrigðisstofnun og koma því til sýslumanns. Hann afhendir aðstandendum til baka staðfestingu á andláti og sendir dánarvottorð til þjóðskrár, eftir það getur útför farið fram (Andlát.is, 2007b).

Sorgarferli eftir skyndilegt dauðsfall

Þeir einstaklingar sem missa ástvin sinn eftir sjálfsvíg hafa ekki náð að búa sig undir áfallið og verða því oft fyrir miklu höggi (Bragi Skúlason, 1992). Samkvæmt Holtslander (2008) er sorg hugtak sem er notað til að lýsa viðbrögðum fólks við þessum mikla missi. Sorgarviðbrögðin fara m.a. eftir því hversu náíð sambandið var sem viðkomandi átti við hinn látna.

Skyndilegt dauðsfall er þegar um banaslys, sjálfsvíg eða manndráp er að ræða. Sorgarferlið verður sérstaklega erfitt þegar það ber að með þessum hætti og hafa rannsóknir sýnt að þeir sem missa ástvini sína svo snögg ganga í gegnum mun erfiðari sorgarúrvinnslu heldur en þegar andlát á sér lengri aðdraganda (Kristensen, Weisæth og Heir, 2012). Áfallið eftir að ástvinur reynir að svipta sig lífi er því svipað og áfallið sem aðrir aðstandendur upplifa eftir að ástvinir þeirra lenda í annarskonar lífshótandi ástandi, eins og t.d. hjartastoppi. Hinsvegar ganga aðstandendur þeirra sem svipta sig lífi í gegnum mun flóknara sorgarferli (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, og Fleischer, 2014). Mismunandi menning aðstandenda getur sagt til um hvernig þeir bregðast við sjálfsvígum ástvina sinna. Í vestrænum menningarheimi bregðast aðstandendur til dæmis oftast við með neikvæðum tilfinningum líkt og skömm, sektarkennd, ótta og reiði. Þeir syrgja ástvininn mikið ásamt því að velta því fyrir sér af hverju þetta þurfti að gerast og hvort þeir hefðu með einhverju móti getað komið í veg fyrir atburðinn (Pridmore og McArthur, 2009).

Foreldrum barns sem reynir að svipta sig lífi eða jafnvel sviptir sig lífi líður gjarnan eins og þeir hafi brugðist í foreldrahlutverkinu. Þær tilfinningar sem upp geta komið í kjölfarið eru sektarkennd og jafnvel skömm yfir því að hafa ekki staðið undir þeirri ábyrgð sem fylgir því að eignast og ala upp barn. Þeir geta einnig upplifað áhyggjur yfir því hvernig aðrir hugsa og óttast það að samfélagið dæmi fjölskylduna út frá því sem orðið hefur. Þessar áhyggjur eiga síður við þegar um annarskonar dauðsföll er að ræða (Buus o.fl., 2014).

Stuðningur fagfólks við aðstandendur látinna getur skipt sköpum og haft mikil áhrif á það hvernig aðstandendur ganga í gegnum sorgarferlið (Margrét Blöndal, 2007).

Eftirlifendur þeirra sem svipta sig lífi fara gjarnan í gegnum ákveðið sorgarferli þar sem hvert tímabil einkennist af þeim tilfinningum sem þeir upplifa á hverju stigi ferlisins. Sorgarferlið fer af stað þegar einstaklingur upplifir ástvinamissi en þetta ferli er eðlileg þróun sem fer í gang í kjölfar mikils áfalls og getur haft bæði líkamleg og sálræn áhrif á líðan fólks (Love, 2007). Þó má ekki gleyma því að fólk er mismunandi og viðbrögð þeirra geta því verið ólík. Þrátt fyrir það ganga flestir í gegnum þau tilfinningaviðbrögð sem tilheyra sorgarferlinu en þau geta þó varað í mislangan tíma (Óttar Guðmundsson, 2014).

Sorgarferlið felur í sér fjögur stig (Óttar Guðmundsson, 2014). Fyrst eftir að andlát á sér stað bregðast flestir við með afneitun. Þeir átta sig ekki á því hvað hefur gerst og halda í vonina um að hinn látni birtist hvað úr hverju. Stig afneitunar á við um fyrsta daginn eftir andlátsfregnirnar. Þeir sem koma að látnum ástvini eftir að hann hefur tekið sitt eigið líf upplifa oft mikla hræðslu og ná ekki að átta sig á kringumstæðum. Þeir náðu ekki að undirbúa sig fyrir dauða ástvinarins. Þetta fyrsta stig einkennist því af áfalli þar sem þeir ná ekki að hugsa rökrétt (Fielden, 2003; Ting o.fl., 2006).

Næst ganga eftirlifendur í gegnum stig reiði, sektarkenndar og ótta. Það er stigið sem nær fram yfir útförina. Þeir eru reiðir út í allt og alla, leita eftir ástæðum fyrir því að ástvinurinn svipti sig lífi og kenna sér oft sjálfir um. Þeir velja því fyrir sér hvort þeir hefðu mögulega getað komið í veg fyrir sjálfsvígið með einhverjum hætti og ráða ekki við tilfinningar sínar (Óttar Guðmundsson, 2014; Ting o.fl., 2006). Margir hugsa um síðustu dagana eða klukkustundirnar sem þeir áttu með ástvininum. Sumir gætu hafa sagt eitthvað sem þeir sjá eftir. Sem dæmi má nefna móður sem sett hafði son sinn í útgöngubann til að refsa honum fyrir slæma hegðun, stuttu seinna var hann búinn að taka sitt eigið líf. Flestir finna eitthvað sem þeir hefðu getað gert betur og kenna sér því um sjálfsvígið (Fielden, 2003).

Eftirlifendur finna fyrir mikilli þreytu og tómeika. Þreytu vegna þess að mikið er um gestagang fyrst eftir andlátíð, mikill tími fer í skipulagningu á útförinni og lítill tími gefst til þess að syrgja hinn látna á meðan (Óttar Guðmundsson, 2014). Þrátt fyrir mikinn gestagang geta þeir fundið fyrir tómeika. Þeim líður eins og eitthvað hafi verið rifið úr þeim og finnst þeir vera að falla niður í svarthol sem engin leið virðist vera út úr (Fielden, 2003).

Þriðja stigið á við um dagana og vikurnar eftir útförina. Það dregur smám saman úr gestaganginum og aðstandendur finna fyrir auknum tómeika. Þeir átta sig betur á að ástvinurinn sé farinn fyrir fullt og allt. Sektarkenndin viðhelst þar sem þeir náðu ekki að koma í veg fyrir verknaðinn og þeir velta því áfram fyrir sér hvers vegna ástvinurinn svipti sig lífi (Óttar Guðmundsson, 2014; Ting o.fl., 2006). Hér gefst fyrst tími til að syrgja, aðstandendur byrja að einangra sig og hugsa fátt annað en um þann látna. Þeir eru umkringdir eigum hans og átta sig á að hann sé farinn fyrir fullt og allt (Fielden, 2003). Þetta stig einkennist af þunglyndi og missa eftirlifendur gjarnan alla lífsvon í kjölfarið. Þeir ná lítið að sofa og slæmar hugsanir og sorg leita á þá (Óttar Guðmundsson, 2014; Ting o.fl., 2006).

Síðasta stigið á við um mánuðina eftir andlátíð. Aðstandendur reyna að lifa með áfallinu og sorginni. Þeir einangra sig gjarnan þar sem þeir leiða hugann að því hvað aðrir hugsi um látinn ástvin þeirra og fjölskylduna. Þeir upplifa skömm og hugsa jafnvel um að fara sömu leið og ástvinurinn þó þeir láti sjaldnast verða að verknaðinum. Smám saman nær fólk að aðlagast áfallinu sem það hefur orðið fyrir (Óttar Guðmundsson, 2014). Þrátt fyrir skömmina sem þeir upplifa átta þeir sig með tímanum á því að þeir hefðu ekki getað komið í veg fyrir verknaðinn, ástvinurinn sé látinn og að þeir verði að læra að lifa með því (Fielden, 2003; Ting o.fl., 2006). Þeir fara að taka eftir því að í stað þess að hugsa stöðugt um ástvininn séu þeir farnir að hugsa um hann nokkrum sinnum á dag. Smám saman líður jafnvel dagur þar sem þeir hafa ekkert hugsað til hans, en það getur tekið mörg ár að upplifa slíkan dag (Fielden, 2003). Misjafnt er hversu langan tíma það tekur og skiptir máli að reyna aldrei að

flýta því ferli, eftirlifendur þurfa sinn tíma til að syrgja. Til að geta aðlagð sig að breyttum aðstæðum er nauðsynlegt að fólk fari í gegnum öll ofangreind stig sorgarferlisins. Þannig aukast líkurnar á því að eftirlifendum takist að yfirstíga áfallið sem þeir hafa orðið fyrir og ná tökum á sorginni og lífinu á nýjan leik (Fielden, 2003; Óttar Guðmundsson, 2014). Hugsanir um hinn látna ástvin eru alltaf þungbærastar fyrst eftir andlátið en mildast með tímanum, þá skiptir máli að sá sem syrgir fái góðan farveg í sorgarúrvinnslunni (Bragi Skúlason, 1992).

Fordómar samfélagsins í kjölfar sjálfsvíga

Eitt af því sem aðstandendur þeirra sem taka sitt eigið líf þurfa að ganga í gegnum eru fordómar í samfélaginu. Samfélagið virðist stimpla þá ástvini sem eftir lifa og nálgast sorg þeirra á annan hátt vegna þess að einstaklingurinn tók sitt eigið líf í stað þess að lifa áfram með ástvinum sínum (Cvinar, 2005). Þessi stimplun verður ennþá meiri ef um börn eða unglunga er að ræða, því þeir einstaklingar eiga allt lífið framundan en ákveða samt sem áður að falla fyrir eigin hendi. Samfélagið kennir foreldrunum þá ósjálfrátt um sjálfsvígið (Fielden, 2003). Það virðist tíðkast að tala sem minnst um dauðsföll þeirra sem svipta sig lífi þó að vitað sé að hvert dauðsfall hefur gríðarleg áhrif á fjölskyldu, vini og aðra sem þekktu hinn látna (Embætti landlæknis, 2007).

Eftirlifendur þurfa því ekki einungis að ganga í gegnum gríðarlega sorg sem fylgir þessum mikla missi, heldur þurfa þeir einnig að upplifa streitu og álag vegna fordóma samfélagsins. Þeir fá ekki sömu samúð og aðstoð frá samfélaginu og þeir sem missa ástvin sinn á annars konar hátt. Í staðinn hafa þeir stöðugar áhyggjur yfir því hvaða álit aðrir hafi á þeim og fjölskyldu þeirra vegna sjálfsvígsins. Afleiðingar fordómanna geta verið miklar og varanlegar. Eftirlifendur skammast sín og einangra sig jafnvel til þess að þurfa ekki að horfast í augu við fordómanna (Cvinar, 2005). Meiri hætta verður því á röskun á geðheilsu þeirra í kjölfarið (Embætti Landlæknis, 2007). Sem dæmi má nefna auknar líkur á áfallastreituröskun, þunglyndi eða langvarandi sorg (Kristensen o.fl., 2012). Nauðsynlegt er að fræða

aðstandendur um fordóma samfélagsins strax í byrjun þar sem þeir upplifa skömmina mjög fljótlega eftir sjálfsvígð (Cvinar, 2005). Þeir velta fyrir sér mörgum spurningum, eru uppfullir af sársauka og ná sér oft ekki á strik án aðstoðar. Vegna stimplunarinnar fá eftirlifendur oft ekki aðstoð frá samfélaginu líkt og aðrir aðstandendur fá við annarskonar dauðsföll (Embætti landlæknis, 2007). Sálfræðiaðstoð er því mjög mikilvæg, fagmenn þurfa að hjálpa aðstandendum að lifa bæði með sorginni og stimpluninni sem getur fylgt í kjölfarið (Cvinar, 2005).

Afleiðingar missis fyrir líkamlega og sálræna heilsu

Að verða fyrir ástvinamissi getur komið niður á líkamlegri- og sálrænni heilsu eftirlifenda. Áfallið við skyndilegum missi dregur úr því að eftirlifendur nái að aðlagast breyttum aðstæðum sem gerir ferlið erfitt og sorgina flóknari til að takast á við. Niðurstöður rannsóknar Neimeyer og Currier (2009) leiddu í ljós að hægt var að aðgreina sorg aðstandenda eftir því hvort ástvinur lét lífið skyndilega eða ef dauðinn hafði langan og jafnvel undirbúinn aðdraganda. Þeir sem misstu ástvin af völdum sjálfsvíga, slysa eða vegna morða áttu frekar í hættu á eftirköstum á borð við sálræna erfiðleika líkt og kvíða og áfallastreituröskun. Aftur á móti ef dauðinn hafði lengri aðdraganda og ættingjar gátu búið sig undir það sem koma skyldi voru eftirköstin frekar glíman við sorgina eina og sér (Neimeyer og Currier, 2009).

Líkamleg einkenni sorgar hljóma einkennilega í eyrum margra, en þau geta þó verið svipuð einkennum líkamlegra sjúkdóma s.s. hjartsláttarköst, herpingur í brjósti, þung andvörp, meltingartruflanir, höfuðkvillar, svimi, andnað, þróttleysi, sjóntruflanir og vöðvaslappleiki (Bragi Skúlason, 1992; Love, 2007). Einnig geta einkenni komið fram í minnkaðri matarlyst, viðkvæmni fyrir hávaða, svefnvandamálum ásamt brestum í ónæmiskerfinu, en það getur valdið flensueinkennum og almennum slappleika. Þegar ákveðinn tími er liðinn frá missinum

og syrgjandi hefur ekki náð að takast á við sorgina, getur verið nauðsynlegt fyrir hann að leita sér aðstoðar fagfólks til að finna leið út úr þessu erfiða ferli (Love, 2007).

Til að meta áhrif á almenna heilsu, sálræna vanlíðan og sorgarviðbrögð foreldra við barnsmíssi framkvæmdu Miyabayashi og Yasuda (2007) megindlega rannsókn með spurningalistum úr 215 manna þýði. Þátttakendurnir áttu það allir sameiginlegt að hafa misst barnið sitt og var þeim skipt í fimm hópa, þ.e. foreldra sem misst höfðu barnið sitt eftir sjálfsvíg, vegna slysa, eftir bráð veikindi, eftir styttri veikindi og eftir langvinn veikindi. Þátttakendur voru meirihluti konur eða 174 á móti 41 karlmanni. Algengast var að hinir látnu hefðu glímt við langvinn veikindi eða um 88 manns og sjaldgæfast var að þeir látnu hefðu framið sjálfsvíg eða 21 talsins. Í öllum hópum kom í ljós lélegt heilsufar foreldra í kjölfar áfallsins en þar bar hæst mikil sorg og þunglyndi. Heilsan var þó beintengd við aldur þátttakenda, aldur barnsins, tengsl foreldris við barn og einnig tímenn sem hinn látni og aðstandandi náðu að eyða saman áður en andlátíð bar að. Munur á almennri heilsu foreldranna eftir andlát barns birtist helst í auknum kvíða og svefnleysi. En einnig var breyting á sálrænni líðan og tilfinningalegum viðbrögðum foreldra meiri en líkamleg birtingarmynd við missinum og sorginni. Þegar litið er á niðurstöður rannsóknarinnar kom í ljós að þeir foreldrar sem reyndust eiga við áberandi flókna sorg að etja, voru foreldrar barna sem tekið höfðu eigið líf (Miyabayashi og Yasuda, 2007).

Í rannsókn Wilhelms Norðfjörð (2001) var fjallað um tilfinningar sem foreldrar og systkini ungra látinna upplifðu í kjölfarið. Þar kom fram að feður á báðum rannsóknarsvæðum upplifðu í kjölfarið tilfinningalegan dofa, sektarkennd, sjálfsásakanir, söknuð og þunglyndi. Feður á höfuðborgarsvæðinu voru þó líklegri til að loka sig af tilfinningalega. Tilfinningar mæðranna voru mjög svipaðar og feðranna, efstur á lista var tilfinningalegur dofi ásamt sektarkennd, biturð og sársauka. Það kom einnig í ljós að systkini upplifðu svipaðar

tilfinningar og foreldrar þeirra. Mörgum systkinum reyndist það mjög erfitt að komast í gegnum missinn og sum þeirra fengu aðstoð fagfólks við úrvinnslu sorgarinnar.

Sálrænar afleiðingar sjálfsvíga geta orðið það miklar og alvarlegar að eftirlifendur íhuga sjálfir að fremja sjálfsvíg. Þetta sýnir dönsk rannsókn fram á og eru líkurnar mestar á sjálfsvígshugsunum eða innlögnum á sjúkrahús vegna geðrænna vandamála hjá mæðrum og feðrum sem misst hafa barn sitt eða börn sem misst hafa systkin vegna sjálfsvígs (Qin, Agerbo og Mortensen, 2002). Unglingar sem syrgja látinn ástvinn vegna sjálfsvígs eru líklegri til þess að upplifa sjálfsvígshugsanir sjálfir og takast verr á við félagslegar aðstæður en unglingar sem syrgja ástvinni eftir annarskonar dauðsföll (Pitman, Osborn og King, 2014). Talið er mikilvægt við mat á sjálfsvígshættu að fjölskyldusaga um fyrri sjálfsvíg og önnur geðræn veikindi séu metin þrátt fyrir að aðeins lítill hluti þeirra sem fremja sjálfsvíg eigi fjölskyldusögu um slíkt (Qin, Agerbo og Mortensen, 2002).

Líðan aðstandenda til lengri tíma lítið

Sorgarviðbrögð eru skilgreind sem sálfræðileg viðbrögð við missi. Sorgarviðbrögð eru misjöfn milli einstaklinga og haldast í hendur við það hve sterk tengsl voru á milli þess sem syrgir og hins látna. Þó að flestir upplifi eðlileg sorgarviðbrögð þá er alltaf hópur sem upplifir mjög flókna sorg sem getur þróast út í þunglyndi og aðra geðræna kvilla sem hafa mikil áhrif á sálræna heilsu (Moayedoddin og Markowitz, 2015). Aðstandendur þeirra sem svipta sig lífi eru því í sérstökum áhættuhópi á að þróa með sér andleg veikindi (Clements, DeRanieri, Vigil og Benasutti, 2004). Þeir eru í auknum áhættuhóp við að missa tókin í sorgarferlinu og getur það þróast út í kvíðaröskun, mikið þunglyndi, misnotkun lyfja og jafnvel orðið það alvarlegt að þeir leiðist sjálfir út í sjálfsvígshugsanir (Love, 2007).

DSM-5 (e. Diagnostic and Statistical Manual) flokkunarkerfið er handbók greiningar og upplýsinga um geðsjúkdóma og hefur innan sinnar flokkunar viðurkenndar undirgerðir sorgar sem er skilgreind líkt og alvarlegt þunglyndi tveimur vikum eftir ástvinamissi. Kerfið

reynir að greina milli þess þegar einstaklingur gengur í gegnum þessi eðlilegu sorgarviðbrögð og þess þegar sorgin hefur þróast út í alvarlegt þunglyndi. Mikilvægt er talið að nálgast hvern einstakling út frá aðstæðum hverju sinni (Moayedoddin og Markowitz, 2015). Þessi viðbrögð geta orðið lífshættuleg á þann veg að fólk hættir að þrífast. Skyndilegt áfall vegna dauða nákominna getur einnig leitt til raunveruleikafirringar hjá aðstandendum sem getur valdið því að þeir upplifa kreppuástand (Burke og Neimeyer, 2014). Fáir komast yfir sorgina á nokkrum dögum eða vikum. Sorgin getur verið mikil til að byrja með en þó má ekki gleyma að aðstandendur geta byrjað að syrgja aftur seinna. Ákveðin tímabil geta leitt til þess að sorgin dragi aðstandendur langt niður. Þessi tímabil geta jafnvel leitt af sér óeðlileg sorgarviðbrögð. Stuðningur er því ekki síður mikilvægur seinna í sorgarferlinu (Clements o.fl., 2004). Sem dæmi um þessi tímabil má nefna afmælisdag hins látna, jól, áramót og aðra viðburði sem þeir voru vanir að eiga með ástvini sínum. Sorgin getur átt sér stað árum saman eftir sjálfsvígið. Smám saman ná aðstandendur yfirleitt að lifa með missinum, þeir gleyma ástvininum þó aldrei og sakna hans oft (Fielden, 2003). Mikilvægt er að leyfa aðstandendum að halda í minningar um hinn látna, sérstaklega ef um börn er að ræða. Foreldrar sem missa börn sín vegna sjálfsvígs vilja gjarnan leyfa herbergjum þeirra og eigum að vera á sínum stað og halda í þær hefðir sem þeir voru vanir að gera með barninu. Margar fjölskyldur taka frá tíma nokkrum sinnum á ári þar sem þær rifja upp minningar tengdar barninu, með þeim hætti finnst þeim þær ná að tengjast barninu aftur. Mörgum finnst barnið ennþá vera hjá sér ef þau leyfa því að vera áfram hluti af fjölskyldunni. Þær fjölskyldur sem ákveða að nálgast sjálfsvígið á þennan hátt virðast líða betur í sorgarferlinu. Þær átta sig á að fjölskyldumeðlimurinn sé látinn en láta minningu hins látna samt sem áður lifa sem hluta af fjölskyldunni áfram (Maple, Edwards, Minichiello, og Plummer, 2013). Sumar fjölskyldur hafa leitað á miðilsfundi og sýndi rannsókn fram á að meirihluti þeirra sem sótti fundina fannst það hafa veitt þeim hjálp í sorgarferlinu (Wilhelm Norðfjörð, 2001). Markmið sorgarúrvinnslu er aldrei að gleyma þeim

missi sem einstaklingar hafa gengið í gegnum. Mestu máli skiptir að læra að lifa með missinum (Clements o.fl., 2004; Fræðslusvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan, 2009).

Stuðningur við aðstandendur eftir sjálfsvíg

Aðstandendur þeirra sem framið hafa sjálfsvíg geta lengi á eftir haft brotna sjálfsmynd og sitja oft á tíðum uppi með ýmsar ósvaraðar spurningar. Sektarkenndin getur heltekið þá og auðvelt er fyrir þá að einangrast frá samfélaginu. Aðstandendur glíma einnig við margvíslegar og flóknar tilfinningar líkt og afneitun, reiði, undrun og geta jafnvel fundið fyrir dofa. Sjálfsásakanir leita á þá og fara þeir jafnvel að ásaka fólkið í kringum sig. Mikilvægt er að styðja vel við eftirlifendur sjálfsvíga því sorgin og sársaukinn sem henni fylgja geta verið þrálátar. Hverjum einstaklingi sem sviptir sig lífi geta fylgt u.þ.b. sex til tíu einstaklingar sem upplifa erfiðleika og geta einnig orðið fyrir miklum geðrænum áhrifum í kjölfar andlátsins. Gott er að hafa það hugfast að reikna með því að einhver hluti eftirlifenda mun þurfa á faglegri aðstoð að halda til að geta glímt við amstur daglegs lífs í langan tíma eftir að áfallið á sér stað (Embætti landlæknis, 2007).

Þarfir aðstandenda

Aðstandendur þurfa oft en ekki aðstoð við að vinna úr sorginni. Mikilvægt er að þeir geri sér grein fyrir því að tilfinningar sem þeir kunna að upplifa fyrstu vikur og mánuði eftir andlátið séu eðlilegar. Viðeigandi stuðningur fjölskyldu og vina, fagmanna og samfélagsins alls er því mikilvægur svo þeir öðlist innsýn í eigin aðstæður. Aðstandendum getur reynst vel að fræðast almennt um sjálfsvíg í þeirri von um að skilja aðstæður sínar betur. Draga þarf eftir fremsta megni úr öfgafullum sorgarviðbrögðum líkt og að vinna mjög mikið, afneita því áfalli sem þeir hafa orðið fyrir og sorginni sem fylgir í kjölfarið. Einnig er ofneysla áfengis og annarra vímuefna talin skaðleg sorgarúrvinnsla (Fræðslusvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan, 2009). Talið er að aðstandendur sem missa ástvin vegna sjálfsvígs þurfi á stuðningi að halda yfir lengra tímabil en aðstandendur þeirra sem látast af öðrum orsökum

(Marcus, 1996).

Sá missir sem fólk upplifir eftir sjálfsvíg ástvina sinna hverfur aldrei en þó er möguleiki á að læra að lifa með honum (Clements o.fl., 2004). Samkvæmt rannsókn tengdri þörfum aðstandenda eftir sjálfsvíg frá árinu 2012 reyndust þarfir þeirra margvíslegar. Þær eru einna helst að hafa einhvern sem hlustar á þá og ráðleggur þeim, að vera í stuðningshópi þar sem aðrir aðstandendur eru að upplifa það sama, að fá aðstoð við að finna nýja leið til að takast á við lífið, stuðning við að halda í góðar minningar ástvarins og stuðning við að takast á við stimplun samfélagsins (Miers o.fl., 2012). Eftirlifendur þurfa því á margsskonar aðstoð að halda. Samfara sorginni eru þeir að upplifa mikinn innri sársauka, þeir eru ráðvilltir og vita ekki í hvorn fótinn þeir eiga að stíga. Sú aðstoð sem boðin er upp á þarf að vera mismunandi bæði eftir einstaklingum og eftir því hversu langt þeir eru komnir í sorgarferlinu.

Einstaklingar hafa til dæmis mismunandi trúarbrögð, bakgrunn og aðstæður hverju sinni sem þarf að taka mið af þegar þeim er boðin aðstoð og stuðningur (Roubenzadeh, Abedin og Heidari, 2012).

Íslensk rannsókn á sjálfsvígum unglunga sýndi fram á að foreldrar þurfa mun meiri stuðning í kjölfar andlátsins frá heilbrigðiskerfinu. Læknar sem höfðu komið að sjálfsvígum höfðu margir hverjir aldrei aftur samband við syrgjandi foreldra og sárnaði foreldrum þau vinnubrögð og upplifðu það sem svo að þetta skipti þá engu máli. Sama má segja um þjónustu presta í kjölfar sjálfsvíga að foreldrum fannst þeir ekki upplifa nægan stuðning að þeirra hálfu í gegnum áfallið, þó var það misjafnt á milli rannsóknarhópa (Wilhelm Norðfjörð, 2001).

Mikilvægt er að eftirlifendur einangrist ekki og líður þeim oft betur ef þeir finna að þeir hafi einhvern sem er tilbúinn til að hlusta á þá. Þeir þurfa að fá að ræða það sem gerðist og um þær tilfinningar sem þeir upplifa í kjölfar þessa mikla áfalls. Með því að ræða um áfallið er hægt að minnka líkur á mikilli reiði og sektarkennd (Fræðsluvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan, 2009). Því getur reynst vel að hitta reglulega sálfræðing eða geðlækni til

þess að fá aðstoð við úrvinnslu sorgarinnar sem þeir hafa orðið fyrir. Eins er það mjög mismunandi eftir fjölskyldum hvernig stuðningi innan hennar er háttað í kjölfar sjálfsvíga fjölskyldumeðlims. Eiginleg rannsókn McMenemy, Jordan og Mitchell (2008) á upplifun aðstandenda á sorgarferli eftir sjálfsvíg leiddi það í ljós að sumar fjölskyldur ná að styrkja hver aðra í sorginni meðan meðlimir annarra fjölskyldna fjarlægjast hvorn annan.

Upplifun aðstandenda á þeirri þjónustu sem í boði er á Íslandi

Í rannsókn Wilhelms Norðfjörð (2001) kom í ljós að aðstandendum þótti mesti stuðningurinn hafa komið frá vinum og vandamönnum en minna frá fagaðilum. Samkvæmt ónafngreindum aðstandanda eftir sjálfsvíg er meiri þörf á stuðningi frá fagfólki. Fagfólk þyrfti að sýna frumkvæði í að leiða syrgjendur í átt að stuðningi, þeir ættu ekki að þurfa að ganga sjálfir á eftir honum eins og margir hafa því miður þurft að gera. Aðstandendurnir hafa þörf á að vera leiddir áfram vegna doða, ráða- og minnisleysis fyrst eftir áfallið. Boð um aðstoð eru ekki nægjanlega skilvirk og geta því farið framhjá syrgjendunum (Munnleg heimild, 22. febrúar 2016). Samkvæmt fyrrnefndri rannsókn Wilhelms Norðfjörð (2001) voru aðeins 10% aðstandenda á höfuðborgarsvæðinu sem töldu sig hafa fengið stuðning frá fagaðilum en að öðru leiti frá vinum, vinnufélögum og fjölskyldu. Á Austurlandi töldu 79% aðstandenda sig hafa fengið góðan stuðning frá bæði fagaðilum og fjölskyldu, en þó aðallega fjölskyldunni. Í rannsókninni kom í ljós að 43% aðstandenda á höfuðborgarsvæðinu voru ánægðir með eftirfylgd prestsins sem hafði aðstoðað þau í gegnum ferlið tengt útför ástvinarsins. Jafn stór hópur eða 43% sögðu þann prest sem fylgt hefði þeim fram að útför hafa slitið sambandinu eftir útförina og því hefðu þau staðið ein á báti eftir það. Í 14% tilfella þurftu aðstandendur sjálfir að útvega sér prest til að jarðsetja ástvininn og voru þá að öðru leyti í litlu sambandi við hann. Á Austurlandi voru 21% aðstandenda ósáttir við þjónustu prestsins og hefðu viljað eftirfylgd í kjölfar útfararinnar. Í 29% tilvika fannst þeim þjónustan ásættanleg en í 43% tilvika var veitt góð eftirfylgd og voru aðstandendur sáttir með þjónustuna. Fagaðilar virðast

almennt hafa haldið betur utan um þá aðstandendur sem bjuggu á Austurlandi (Wilhelm Norðfjörð, 2001). Þarfir eftirlifanda eru vel þekktar en skortur er á skipulagningu og frumkvæði innan heilbrigðiskerfisins. Með betra skipulagi væri hægt að komast jafnt til móts við alla eftirlifendur eftir sjálfsvíg og þar með styðja þá betur í gegnum sorgarferlið (Munnleg heimild, 22. febrúar 2016).

Úrræði á vegum heilbrigðiskerfisins og presta

Í lang flestum tilfellum vilja aðstandendur þeirra sem taka sitt eigið líf þiggja aðstoð fagfólks eftir áfallið og í sorgarúrvinnslunni. Fagfólk getur aðstoðað aðstandendur með ýmsum leiðum (Wilhelm Norðfjörð, 2001).

Áfallahjálp

Atburðir sem valda áföllum eru oft óvæntir og geta kallað fram ósjálfráð streituvíðbrögð hjá fólki. Undir óvænt áföll falla atburðir eins og slys, áföll af mannavöldum og náttúruhamfarir. Áföll af mannavöldum eru m.a. nauðganir, árásir, hefndarverk og rán. Áfallahjálp er íhlutun sem fagfólk getur veitt í kjölfar áfalla (Margrét Blöndal, 2007). Algengt er að heilbrigðisstarfsfólk sinni áfallahjálp, s.s. hjúkrunarfræðingar, lækningar eða aðrir starfsmenn sjúkrahúsa, sóknarprestar og sálfræðingar. Hjálparsími Rauða kross Íslands, 1717 sinnir einnig áfallahjálp, þar er hægt að fá upplýsingar, stuðning, góð ráð og hvatningu. Áfallahjálp skiptist í sex þætti samkvæmt Almannavarnadeild Ríkislögreglustjóra, þ.e. sálræna skyndihjálp, upplýsingar og fræðslu, viðrun, úrvinnslu, virkjun stuðningskerfis og eftirfylgd (Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra, e.d.). Þetta er skammvinnnt úrræði til að hjálpa fólki að vinna á þeim ótta og hjálparleysi sem það hefur orðið fyrir. Besta áfallahjálpin fæst þó hjá nánustu aðstandendum þeirra sem orðið hafa fyrir áfalli, eins og fjölskyldu eða vinum (Margrét Blöndal, 2007). Það kemur fólki oft á óvart hvað einkenni áfalls vara lengi og oft finnur fólk fyrir einkennum mun lengur en það átti von á. Það getur tekið vikur, mánuði og stundum mörg ár að vinna úr áfalli og ná jafnvægi á ný (Levin, 2011).

Margir komast í gegnum áföll með aðstoð frá ættingjum og vinum en stundum finnst fólki eins og þeim sé hreinlega ýtt áfram í gegnum áfallið og að sett sé of mikill utanaðkomandi þrýstingur á það um að það yfirstígi áfallið. Þess vegna er talið mikilvægt að þeir sem þiggja aðstoðina láti vita hvenær þeir vilji aukinn stuðning og hvenær þeim finnst ekki þörf á honum, eða að hann sé jafnvel of mikill. Sett hafa verið fram hjálplegar leiðir við að komast í gegnum áfall, sem dæmi geta stuðningshópar verið hjálplegir, að tala um áfallið sem fólk upplifði, leyfa sér að gráta, stunda reglulega hreyfingu, neyta hollrar fæðu og ná góðri slökun. Einnig getur hjálpað í vissum tilvikum að leyfa sér að hlægja og hafa húmor. Sömuleiðis getur verið hjálplegt að biðja bænir, hlusta á slakandi tónlist, fara í heit böð og reyna að forðast neikvæð bjargráð líkt og ofneyslu áfengis og annarra vímuefna (Levin, 2011).

Á Sjúkrahúsinu á Akureyri starfar áfallateymi sem einstaklingum er boðið upp á að hitta ef þeir verða fyrir áfalli. Þjónustan er sniðin að þörfum hvers og eins, mörgum finnst þó gott að hafa einhvern til að hlusta á sig og að þeim sé bent á að tilfinningar þeirra séu eðlilegar. Yfirleitt fær fólk þá allt að þrjú viðtöl, annaðhvort í gegnum síma eða á sjúkrahúsinu. Ef aðstandendur eftir sjálfsvíg fara á sjúkrahúsið með þeim látna er þeim boðin áfallahjálp. Ef ekki þá ætti það að vera í verkahring lögreglu eða presta að bjóða þeim upp á áfallahjálp frá sjúkrahúsinu (Guðrún Eggertsdóttir og Snæbjörn Sigurðsson, munnleg heimild 10. mars 2016).

Sálfræðimeðferð

Stuðningur og áfallahjálp fyrst eftir andlátíð reynist oft á tíðum ekki nógu áhrifaríkt til að aðstandendur nái að lifa með missinum. Sálfræðimeðferð þar sem aðstandendur eru hvattir til að tjá líðan sína þar sem fagaðili beitir virkri hlustun hefur reynst einna áhrifaríkast í gegnum sorgarferli þeirra. Sálfræðimeðferð getur bæði verið einstaklingsmiðuð eða sem hópmeðferð þar sem annaðhvort fjölskyldan eða aðrir sem upplifað hafa svipaðan missi koma

saman og ræða um líðan sína (Roubenzadeh o.fl., 2012). Fagfólk sem kemur fjölskyldum sem misst hafa ástvin vegna sjálfsvígs til aðstoðar stendur því frammi fyrir flóknu verkefni. Ásamt því að beita virkri hlustun þarf það að veita fræðslu um hvað sé eðlilegt og hvað ekki á tímabili áfalls og sorgar og veita ráðgjöf og stuðning vegna fráfalls ástvinnar þeirra (Barlow og Coleman, 2003). Margir virðast þó eiga erfitt með að ræða um dauðann og henta því mismunandi nálganir hverjum og einum. Rannsóknir hafa sýnt fram á að fullorðið fólk er mun hræddara en börn við að tala um dauðann. Mikilvægt er að börn fái að tala um tilfinningar sínar og áhyggjur eftir missi og þá sérstaklega ef um sjálfsvíg er að ræða. Ef sjálfsvígið er ekki rætt á barn það til að kenna sér um dauða viðkomandi og með því að byrgja þessar tilfinningar inni getur það átt í erfiðleikum seinna meir (Embætti landlæknis, 2012). Sálfræðimeðferð getur bæði bætt líðan aðstandendanna á tímabili sorgarferlisins og komið í veg fyrir fylgvikvilla í framtíðinni (Roubenzadeh o.fl., 2012).

Úrræði á vegum presta

Eitt af hlutverkum þjóðkirkjunnar og presta á Íslandi er að vera stuðningur fyrir eftirlifendur sjálfsvíga. Talað er um að slíkur stuðningur skipti miklu máli fyrir eftirlifendur, sérstaklega fyrsta árið eftir sjálfsvígið. Oft eru prestar þeir einstaklingar sem flytja aðstandendum þær hörmungarfregnir að ástvinur þeirra hafi fallið fyrir eigin hendi. Skólayfirvöld fá einnig presta til liðs við sig í kjölfar sjálfsvíga nemanda og kennara, þá til að ræða við nemendur og starfsfólk um atburðinn sem hefur átt sér stað (Þjóðmálanefnd þjóðkirkjunnar, 1997).

Í sumum tilfellum kemur prestur því í kring að aðstandendur hitti aðra aðstandendur sem hafa gengið í gegnum álíka erfiðleika og þannig skapast oft stuðningur í gegnum samtalsmeðferð. Eins og áður hefur komið fram þá spyrja aðstandendur eftir sjálfsvíg sig margra spurninga í kjölfarið og leita svara við þeim (Þjóðmálanefnd þjóðkirkjunnar, 1997). Fjölskyldumeðlimir geta útfært mismunandi hugmyndir um það hvers vegna sjálfsvígið var

framið og í kjölfarið getur myndast streita milli fjölskyldumeðlima (Pompili o.fl., 2013). Það getur því reynst mörgum hjálplegt að beina sínum spurningum og vangaveltum til presta eða annarra starfsmanna kirkjunnar. Einstaka prestar hafa stofnað samtök um sorg og sorgarviðbrögð vítt og breytt um landið síðastliðna áratugi. Það frumkvæði sem þeir prestar hafa sýnt hefur orðið öðrum til styrkingar í sínum störfum tengdum sálusorgum (Þjóðmálanefnd þjóðkirkjunnar, 1997).

Stuðningshópar

Stuðningshópar eru taldir mjög áhrifamiklir í úrvinnslu sorgar í kjölfar sjálfsvíga. Einstaklingar sem notast hafa við slíka hópa líkja þeim við einhverskonar gridastað þar sem aðrir meðlimir hópsins eiga auðveldar með að skilja þær tilfinningar sem bærast um innra með þeim. Í stuðningshópum eru oft einstaklingar sem gengið hafa í gegnum svipaðan missi. Syrgjandi sem sækir aðstoð stuðningshópa þarf að hafa möguleika á því að geta talað opinskátt um sjálfsvígið og aðstæður sínar í kjölfarið og að aðrir meðlimir hópsins séu reiðubúnir að ljá honum eyra og hlusta. Þó svo mikilvægt sé fyrir einstaklinga að geta tjáð sig og að hlustað sé á þá er einnig nauðsynlegt að fá nægan tíma til að syrgja í friði en aldrei svo mikinn að syrgjandi upplifi sig yfirgefinn og einmana (Fræðsluvið Biskupsstofu og skálholtsútgefningu, 2009).

Stuðningshópar eru öflug og uppbyggileg leið að gagnkvæmri sjálfshjálpi sem snýst um það að hjálpa öðrum og þar með hjálpar viðkomandi sjálfum sér um leið. Þessir hópar auðvelda syrgjendum m.a. að finna til samkenndar og öðlast viðurkenningu á ný. Stuðningshópar stuðla að jákvæðum framförum hjá þeim einstaklingum sem taka þátt í þeim, en skortur á samskiptum getur tafið fyrir bata. Aukning hefur verið á hópum sem þessum í samfélögum nú til dags og mikill áhugi meðal fólks að taka höndum saman og mynda slíka hópa. Hvötin á bak við stofnun slíkra hópa getur komið frá einstaklingum sem finna fyrir óuppfylltum þörfum gagnvart sorginni en einnig frá skipulagðri starfsemi í þeim tilgangi að

veita frekari stuðning og umhyggju. Þessir hópar hafa í auknum mæli öðlast viðurkenningu sem áhrifarík leið til að veita stuðning við eftirlifendur (Pompili o.fl., 2013).

Í Texas er starfrækt stuðningshópamiðstöð fyrir aðstandendur þeirra sem missa ástvini vegna óvæntra orsaka líkt og sjálfsvíga, morða eða slysa. Þar geta fjölskyldur sótt aðstoð við sorgarúrvinnslu og fengið stuðning frá öðrum sem ganga í gegnum svipaða erfiðleika. Ýmsar leiðir eru í boði hjá þessari tilteknu stuðningshópamiðstöð. Algengt er að fólk fari í gegnum átta vikna ferli til að byrja með. Rannsókn sem gerð var á þessari átta vikna meðferð leiddi í ljós að syrgjendum þótti mikil hjálp í því að hafa griðastað þar sem hugað væri einnig að tilfinningum barna þeirra og að þau fengu að hitta og leika við önnur börn í svipuðum sporum. Einnig leiddu rannsóknarniðurstöður í ljós að fullorðnum þótti mikilvægt að fá stuðning frá öðrum sem gengið höfðu í gegnum svipaða erfiðleika og þótti gott að geta tjáð sig opinskátt um sorgina og tilfinningar sínar (Walijarvi, Weiss og Weinman, 2012). Misjafnt er hvernig þessir hópar eru fjármagnaðir, sumir fá fjárhagslega aðstoð í gegnum ríkisstofnanir, sumir í gegnum trúfélög, aðrir fá frjáls framlög með styrkjum og svo eru hópar þar sem þátttakendurnir sjálfir sjá um að halda þeim uppi (Pompili o.fl., 2013).

Stuðningur vina og ættingja

Sérhver einstaklingur sem velur það að binda endi á líf sitt er ábyrgur fyrir því vali. Eftirlifendur sitja hins vegar eftir með sárt enni og skiptir þá miklu máli að þeir fái þann stuðning sem þeir þurfa. Það mikilvægasta sem aðstandendur og vinir geta gert til að létta þeim lífið er að vera til staðar fyrir þá og hlusta án þess að dæma þá og gagnrýna. Vegna ótta um fordóma eru eftirlifendur oft tregir við að opna sig og tjá tilfinningar sínar við ættingja og vini. Þeir óttast það að verða fyrir gagnrýni. Að ræða viðkvæm málefni eins og sjálfsvíg og afleiðingar þess getur reynst eftirlifendum mjög þungbært. Afar mikilvægt er að opna umræðuna við eftirlifendur til þess að auðvelda þeim að ganga í gegnum þetta erfiða ferli og eiga þannig möguleika á að létta á sársaukanum sem því fylgir. Það er einstaklingbundið

hversu langan tíma það tekur að aðlagast sársaukanum sem missinum fylgir og mikilvægt að þvinga engan í gegnum stig sorgarúrvinnslunnar. Ekki benda á hvað þeir eigi að gera eða hvernig þeim eigi að líða og alls ekki segja þeim að eftir ákveðinn tíma muni þeim líða betur. Einnig þurfa vinir og ættingjar að huga vel að því hvað þeir segja. Setningar eins og „ég veit hvernig þér líður“ og „ég skil“ ættu þeir aldrei að nota nema ef sá sem stuðninginn veitir þekki þessar tilfinningar af eigin raun (Pompili o.fl., 2013).

Að verða fyrir því að náinn ástvinur taki eigið líf er ein af erfiðustu lífsreynslum sem einstaklingar þurfa að horfast í augu við. Aðlögun að áfallinu og úrvinnsla sorgarinnar verður mun flóknari vegna þess að eftirlifendur þurfa ekki aðeins að hugsa um sjálfan sig heldur einnig um fólkið í kringum sig. Vegna þess hve misjöfn við erum sýna einstaklingar innan fjölskyldna oft mismunandi tilfinningaviðbrögð við áföllum líkt og sjálfsvígi og verður sorgin og úrvinnsla hennar gjarnan úr takti innan fjölskyldunnar. Á meðan sumir fjölskyldumeðlimir eru komnir yfir áfallið og sorgina geta verið aðrir einstaklingar sem eru rétt að hefja sitt sorgarferli (Barlow og Coleman, 2003).

Hverjum einstaklingi sem fremur sjálfsvíg fylgir hópur aðstandenda og vina sem leita að svörum við spurningum eins og hvers vegna, afhverju og svo framvegis. (Pompili o.fl., 2013). Vinir og ættingjar aðstandendanna vita oft ekki hvernig eða hvað þeir eigi að segja við þá sem misst hafa ástvin sinn í sjálfsvígi (Marcus, 1996). Talið er að erfitt sé að ímynda sér sorgarupplifun annarra eða skilja þær raunir sem fylgja í kjölfar þess að missa ástvin vegna sjálfsvígs. Því er mikilvægt að nálgast syrgjendur af nærgætni og stuðningi (Fræðslusvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan, 2009).

Japönsk rannsókn þar sem skoðað var hvernig einstaklingar bregðast við þegar kunningjar þeirra missa ástvini vegna sjálfsvíga leiddi í ljós að þeir sem kunnu síður að sýna nærgætin og hjálpleg viðbrögð í slíkum aðstæðum voru ungir karlmenn með lágt menntunarstig og aukin einkenni þunglyndis. Í sömu rannsókn voru hátt í 70% þátttakenda

sem sýndu nærgætin viðbrögð, 30% sýndu lítil eða hlutlaus viðbrögð og 2% sýndu fram á óviðeigandi viðbrögð gagnvart syrgjendum (Minamizono, Motohashi, Yamaji og Kaneko, 2008).

Samantekt

Eins og fram hefur komið eru sjálfsvíg algeng dánarsorsök um allan heim og því eru margir aðstandendur sem þurfa á viðeigandi stuðningi að halda. Aðstandendur þeirra sem taka sitt eigið líf ganga yfirleitt í gegnum ákveðið sorgarferli þó að misjafnt sé hversu lengi þeir staldri við á hverju stigi sorgarferlisins. Sorg í kjölfar sjálfsvíga getur verið frábrugðin sorg þeirra sem missa ástvini sína vegna annarra orsaka. Aðstandendur eftir sjálfsvíg upplifa gjarnan sjálfsásakanir yfir því að hafa ekki getað komið í veg fyrir sjálfsvígið og geta þeir einnig upplifað fordóma innan samfélagsins. Því er mjög mikilvægt fyrir aðstandendur að fá viðeigandi stuðning og utanumhald til að auðvelda þeim að læra að lifa með missinum sem þeir hafa orðið fyrir. Langvarandi sorg getur haft mikil áhrif á líkamlega og sálræna heilsu aðstandenda. Ljóst er að þörf er á frekari stuðningi og utanumhaldi fyrir þennan berskjaldaða hóp aðstandenda á Íslandi. Aðstandendur fá gjarnan lítið utanumhald þegar til lengri tíma er litið og þurfa í flestum tilvikum sjálfir að leita sér aðstoðar fagaðila.

3. Kafli - Aðferðafræði

Í þessum kafla verður fjallað um þá aðferðafræði sem notast verður við í fyrirhugaðri rannsókn og val á henni rökstutt. Tilgreind verður rannsóknarspurning og hvernig val á þátttakendum mun fara fram. Gagnasöfnun verður lýst og aðferðir við greiningu gagna verða tilgreindar, dregnar fram siðfræðilegar hliðar rannsóknarinnar og að lokum verður réttmæti hennar og áreiðanleiki gerð skil.

Markmið með fyrirhugaðri rannsókn er að leita svara við eftirfarandi spurningu: Hver er reynsla aðstandenda af stuðningi af hálfu heilbrigðiskerfisins í kjölfar sjálfsvígs ástvinar? Stuðst verður við rannsóknaraðferð Vancouver-skólans í fyrirbærafræði

Val á rannsóknaraðferð

Við framkvæmd vísindalegra rannsókna er algengt að notast sé við tvær gerðir af rannsóknaraðferðum. Það eru meginleg rannsóknaraðferð (e. quantitative) og eigindleg (e. qualitative) (Sigríður Halldórsdóttir, 2013a). Til að svara rannsóknarspurningunni sem höfundar lögðu upp með við gerð rannsóknaráætlunarinnar verður notast við eigindlega rannsóknaraðferð og stuðst verður við aðferðarfræði Vancouver-skólans í fyrirbærafræði. Markmið eigindlegra aðferða er að lýsa flóknum veruleika þátttakenda á upplifun sinni, lagt er upp með að rannsakendur taki viðtöl og vinni í framhaldi að niðurstöðum. Kostur eigindlegra aðferða er sá að hægt er að kafa djúpt í rannsóknarefnið með þátttakendum og rannsakandi tengist einnig þátttakendum í gegnum rannsóknarvinnuna sem gefur honum betra svigrúm til skilnings og túlkunar (Sigurlína Davíðsdóttir, 2013). Rannsakendur notast við viðtalsaðferð með hálfstöðluðum viðtölum, við drög að rannsókn sem þessari telst höfundum til að notkun á viðtölum sé öflugasta aðferðin til að svara þeim rannsóknarspurningum sem settar verða fram (Helga Jónsdóttir, 2013).

Þátttakendur, úrtak og þýði

Úrtak er sá hópur sem valinn er til þess að taka þátt í rannsókninni og er hann valinn úr þýði sem er sá hópur sem uppfyllir þau skilyrði sem sett eru fyrir þátttöku rannsóknarinnar (Sigríður Halldórsdóttir, 2013a). Grundvöllur að góðri rannsókn er gott úrtak, þannig verður heildarmynd rannsóknarinnar betri og ályktun rannsakenda réttmætari. Eftir því sem úrtakið er stærra, því nákvæmari verða niðurstöður og þeim mun líklegra er að úrtakið endurspegli þýðið (Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson, 2013).

Rannsóknin verður framkvæmd á vormánuðum 2017. Þátttakendur rannsóknarinnar eiga það sameiginlegt að hafa misst ástvin af völdum sjálfsvígs, skilyrði er að ástvinur sé úr innsta hring fjölskyldunnar þ.e. maki, foreldri, barn eða systkini. Auglýst verður eftir þátttakendum í gegnum tölvupóst og vefmiðla og haft samband við þá sem bjóða fram þátttöku sína. Fyrirhugað er að fá víðtæka mynd af upplifun aðstandenda á þjónustu sem í boði er í kjölfar sjálfsvíga. Viðtölin munu fara fram á heimilum einstaklinganna, eða annarsstaðar ef það hentar þeim betur.

Upplýsingasöfnun og greining gagna

Rannsókn hefst þegar búið er að velja úrtak (Sigríður Halldórsdóttir, 2013b) og þátttakendur hafa skilað af sér upplýstu samþykki á skriflegu formi. Þá telst svo til að þátttakendur hafi samþykkt með formlegum hætti þátttöku í vísindarannsókn (Ólöf Ýrr Atladóttir, Ingileif Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson, 2013). Mikilvægt er að rannsakendur nálgist þátttakendur af kurteisi og hefji samstarfið með því að fara yfir atriði sem varða viðtalið sjálft, tilgang rannsóknarinnar og hvers er ætlast til af þátttakendum (Sóley S. Bender, 2013).

Viðtöl eru nytsamleg aðferð til gagnasöfnunar innan heilbrigðisvísinda þar sem leitast er við að skynja raunveruleika og upplifun þátttakenda af reynslu atburða og þess vegna hentar fyrirbærafraði Vancouver-skólans vel. Aðferðir Vancouver-skólans miða að því að líta

á viðmælendur sem meðrannsakendur vegna reynslu þeirra en rannsakendur þurfa þó einnig að hafa aflað sér vitneskju um viðfangsefnið með lestri á greinum eða bókum. Rannsakendur verða að vera opnir og móttækilegir fyrir reynslu annarra ef notast á við aðferðarfræði Vancouver-skólans. Í sameiningu við þátttakendur verða rannsakendur að byggja upp ákveðna heildarmynd af þeirri reynslu sem skoðuð er (Helga Jónsdóttir, 2013; Sigríður Halldórsdóttir, 2013b).

Viðtöl nýtast vel þegar skoðuð er reynsla einstaklinga af sjúkdómum, meðferð, námi og við rannsóknir á afmörkuðum fyrirbærum sem og samskiptum, þjáningu eða geðrænum sjúkdómum. Viðtöl geta endurspeglad tjáskiptaleið einstaklinga og hafa mikið um það að segja hvernig fólk þróar skilning gagnvart sjálfu sér og út á við. Viðtöl einkennast af félagslegum athöfnum sem endurspegla samspil hegðunar, skynjana, hugsana og tilfinninga viðmælenda. Það sem gerir viðtöl að mikilvægri gagnasöfnunaraðferð er að þar er gögnum safnað með beinum orðaskiptum rannsakenda og þátttakenda. Tilgangur þeirra er að lýsa reynslu þátttakenda frá þeirra eigin sjónarhorni og laða þannig fram hvort um sammannlega reynslu sé að ræða. Það sem ber helst að hafa í huga við framkvæmd viðtala er að samræður séu á jafningjagrundvelli. Viðmælandi lýsir reynslu sinni út frá eigin sjónarhorni og er það í hlutverki rannsakanda að vera virkur hlustandi. Virk hlustun er forsenda velgengni og samstarfsvilja þátttakanda en frásögn getur reynst áttakanleg og þarf þátttakandi gjarnan að túlka og útskýra fyrir rannsakanda hvað átt er við hverju sinni. Rannsakandi túlkar frásögn með og án orða, en hafa skal í huga að líkamstjáning gefur einnig til kynna áhuga og skilning rannsakanda á viðfangsefninu. Ef óvissa kemur upp af hálfu rannsakanda er mikilvægt að biðja um nánari útskýringu en varast skal að ýta þátttakanda út í umræðu sem hann kærir sig ekki um (Helga Jónsdóttir, 2013).

Þegar undirbúningur rannsóknarinnar hefst er mikilvægt að senda út kynningarbréf með upplýsingum sem varða þátttakendur í rannsókninni. Í bréfinu kemur fram hver tilgangur

rannsóknarinnar er og hvernig rannsóknin kemur til með að fara fram. Einnig verður gert grein fyrir því hvar og hvernig niðurstöður verða birtar og hvernig þær nýtast rannsakendum og hjúkrun sem faggrein. Í bréfinu er óskað eftir þátttöku viðkomandi og fylgir með beiðni um útfyllingu af hálfu þátttakenda á upplýstu samþykki. Sjá fylgiskjal 2..

Réttmæti og áreiðanleiki

Réttmæti og áreiðanleiki eru notuð sem mælikvarði á gæði rannsókna. Réttmæti er skilgreint líkt og hvort próf séu í raun að mæla það sem ætlunin er að mæla. Áreiðanleiki segir svo til um stöðugleika á þeirri útkomu sem við fáum, þ.e. hvort sama próf myndi gefa svipaða útkomu væri það endurtekið. Réttmæti og áreiðanleiki hafa jafn mikið gildi í eigindlegum rannsóknum sem og megindlegum, þó svo að réttmæti fái nýja merkingu í eigindlegum rannsóknum og sé metið út frá öðrum mælikvörðum (Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir, 2013). Ekki er gert ráð fyrir þeim möguleika á að endurtaka raunveruleika og upplifun þátttakenda á sama hátt og hægt er í megindlegum rannsóknum og því er ekki raunhæft að tala um áreiðanleika rannsóknarinnar (Sigurlína Davíðsdóttir, 2013).

Í eigindlegum rannsóknaraðferðum er ekki auðvelt að skilgreina réttmæti vegna íhlutunar rannsakanda en það er í raun hans tilfinning og mat sem endurspeglar rannsóknina. Það sem helst speglar réttmæti rannsókna er trúverðugleiki og nákvæmni rannsóknargagna en einnig getur verið gott að líta til framtíðar og sjá hvernig niðurstöður rannsóknarinnar koma til með að bæta aðstæður einstaklinga (Helga Jónsdóttir, 2013).

Siðfræðilegar kröfur

Siðfræði í rannsóknum er álíka jafn mikilvæg og aðferðafræðilegur þáttur þeirra. Það er mikilvægt að uppfylla siðfræðilegar kröfur í rannsóknarvinnu en sem dæmi er ekki boðlegt að valda mönnum né dýrum þjóningu í rannsóknarskyni, vanvirða þær ákvarðanir sem einstaklingar taka né að mismuna þeim. Eigindlegar rannsóknir fela í sér minni hættu en meðferðarprófanir en mikilvægt er að upplýsa þátttakendur um í hverju þátttaka þeirra felst,

hvernig upplýsingar munu nýtast og einnig að fá upplýst samþykki frá þeim. Þeir þátttakendur sem rætt er við í framkvæmd rannsókna eiga rétt á að fá að lesa yfir og draga til baka þá þætti sem þeim finnst hafa verið mistúlkaðir eða vilja ekki að verði birtir (Sigurður Kristinsson, 2013).

Rannsakendur munu tryggja siðferðilega hagsmuni þátttakenda annarsvegar með því að senda kynningarbréf með greinargóðri kynningu á rannsóknarefni, tilgangi og hvernig niðurstöður verði birtar. Einnig verður krafist upplýsts samþykkis af hálfu þátttakenda og þátttakendum boðið að lesa yfir gögn sem beinast að þeim áður en rannsóknarniðurstöður verða birtar.

Samantekt

Í þessum kafla hefur fyrirhugaðri aðferð við framkvæmd rannsóknarinnar verið lýst. Í rannsókninni verður notast við eigindlega rannsóknaraðferð þar sem þátttakendur lýsa flóknum veruleika og upplifun sinni sem aðstandendur eftir sjálfsvíg. Gagnasöfnun fer fram með viðtalsaðferð en stuðst verður við hálfstaðlaðar spurningar. Hagsmunir og trúnaður við þátttakendur verða hafðir að leiðarljósi við gerð rannsóknarinnar og leitast verður við að uppfylla þær siðferðilegu kröfur sem og að framfylgja reglum persónuverndar um meðferð gagna og upplýsinga.

4. Kafli - Umræður

Í þessum kafla verður fræðilegri samantekt úr öðrum kafla gerð skil. Höfundar draga í ljós þá þætti sem þeir telja að hafi mest gildi fyrir hjúkrun og líkur umræðukaflanum með stuttri samantekt.

Umræður um fræðilega umfjöllun

Að loknum lestri og yfirferð á heimildum tengdum upplifun og stuðningi við aðstandendur sem misst hafa ástvin af völdum sjálfsvígs var leitað svara við rannsóknarspurningunni sem höfundar settu sér í upphafi. Í ljós kom að fá úrræði eru í íslenska heilbrigðiskerfinu og að aðstandendur upplifa að þurfa í flestum tilvikum að leita eftir aðstoð og stuðningi sjálfir í kjölfar áfalls af þessum toga.

Sjálfsvíg eru alvarlegt heilbrigðisvandamál um allan heim (WHO, 2014) og taka þrír til fjórir einstaklingar eigið líf í mánuði hverjum á Íslandi (Embætti landlæknis, 2007). Höfundum varð þó ljóst að mun fleiri tilraunir væru gerðar til sjálfsvíga án þess að leiða til dauða og að sjálfsvígstilraun væri stærsti áhættuþáttur þess að sjálfsvíg myndi að lokum binda endi á líf einstaklinga (Kokkevi, o.fl., 2012). Afleiðingar ástvinamissis geta haft áhrif á líkamlega- og sálræna heilsu eftirlifenda og sýndu rannsóknir að eftirköst líkt og kvíði og áfallastreita var mun algengari hjá aðstandendum eftir sjálfsvíg en eftir annarskonar dauðsföll (Neimeyer og Currier, 2009). Tilfinningar í kjölfar fráfalls ástvinar af völdum sjálfsvíga geta birst sem dofi, sektarkennd, biturð og sársauki (Wilhelm Norðfjörð, 2001). Sálrænar afleiðingar geta orðið mjög alvarlegar og leitt til þess að aðstandendur íhuga jafnvel sjálfir að taka eigið líf (Qin o.fl., 2002). Sorgarúrvinnsla aðstandenda er langt ferli og þó að einstaklingar læri margir hverjir að lifa með sorginni eru sumir dagar erfiðari en aðrir. Stuðningur af hálfu fjölskyldu og vina er því ekki síður mikilvægur síðar í sorgarferlinu sem og fyrst eftir fráfallið. Mikilvægt er fyrir syrgjendur að læra að aðlagast og lifa með missinum sem þeir hafa orðið fyrir (Clements o.fl., 2004). Eftir sjálfsvíg sitja aðstandendur oft á tíðum

uppi með ýmsar ósvaraðar spurningar, brotna sjálfsmynd og geta sjálfsásakanir leitað á þá. Sorgarferlið getur orðið mjög þrálátt og því er mikilvægt að styðja vel við bakið á eftirlifendum (Embætti landlæknis, 2007). Stuðningur fjölskyldu, vina, fagfólks og samfélagsins alls er mikilvægur til þess að einstaklingar sem misst hafa ástvin eftir sjálfsvíg öðlist innsýn í aðstæður sínar. Talið er að aðstandendur eftir sjálfsvíg þurfi á stuðningi að halda yfir lengra tímabil heldur en aðstandendur þeirra sem látist hafa af öðrum orsökum (Marcus, 1996).

Þarfir aðstandenda eftir sjálfsvíg eru einna helst að hafa einhvern sem hlustar á þá og einhvern sem gefur þeim góð ráð. Að tilheyra stuðningshóp þar sem annað fólk sem hefur gengið í gegnum svipaða erfiðleika getur einnig reynst þeim vel, að fá aðstoð til að takast á við lífið á ný, stuðning til að takast á við fordóma samfélagsins og hvatningu til að halda í góðar minningar um hinn látna (Miers o.fl., 2012). Í íslenski rannsókn frá árinu 2001 kemur fram að lítil úrræði séu í boði á vegum heilbrigðiskerfisins, þar kemur fram að foreldrar töldu sig þurfa á mun meiri stuðningi að halda frá heilbrigðiskerfinu en boðið var uppá (Wilhelm Norðfjörð, 2001). Þó svo að aðstoð af hálfu fagfólks í samfélaginu geti hjálpað aðstandendum eftir sjálfsvíg við sorgarúrvinnslu er stuðningur fjölskyldunnar einnig mikilvægur. Sömuleiðis getur það orðið svo að fjölskyldumeðlimir ýmist nái að styrkja hver annan í sorginni en í sumum tilvikum fjarlægjast meðlimir fjölskyldunnar hvern annan (McMenamy o.fl., 2008).

Líkt og fram kom í mörgum rannsóknum við heimildaleit varð höfundum ljóst að úrræði og stuðningur innan heilbrigðiskerfisins er ekki nægjanlegur fyrir aðstandendur eftir sjálfsvíg. Stuðningur kom aðallega frá fjölskyldumeðlimum og þurftu syrgjendur að leita sjálfir til fagfólks eftir aðstoð þeirra. Samkvæmt munnlegri heimild (22. febrúar, 2016) frá aðstandenda eftir sjálfsvíg þarf fagfólk að sýna frumkvæði í að leiða syrgjendur í átt að stuðningi í stað þess að syrgjendur gangi sjálfir á eftir honum eins og raunin virðist því miður vera. Doði, ráðaleysi, reiði og minnisleysi gerir það að verkum að aðstandendur eftir sjálfsvíg

hafa margir hverjir þörf á að vera leiddir áfram fyrst eftir áfallið. Þegar fólk lendir í áfalli geta einnig boð um aðstoð farið framhjá því og þarf aðstoðin því að vera sýnilegri.

Sjálfsvíg er ekki eðlilegur dauðdagi og oft er fólk á besta aldri þegar það tekur eigið líf. Í kjölfar slíks dauðdaga geta komið fram tilfinningar hjá eftirlifendum sem eru eðlilegar þó þeir upplifi þær ekki eðlilegar sjálfir (Fræðslusvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan, 2009). Það getur reynst eftirlifendum hjálplegt að fá sálfræðiaðstoð og hefur það sýnt fram á betri líðan aðstandenda á tímabili sorgarferlisins (Roubenzadeh o.fl., 2012) en þar komum við enn og aftur að því að sálfræðiaðstoð er úrræði sem aðstandendur þurfa að leita eftir sjálfir.

Gildi fyrir hjúkrun sem faggrein

Fræðileg umfjöllun sýnir að lítill stuðningur og úrræði eru innan heilbrigðiskerfisins fyrir aðstandendur eftir sjálfsvíg. Rannsóknir sýna að helstu úrræði og stuðningur kemur frá fjölskyldum, vinum, stuðningshópum og í gegnum fagfólk sem einstaklingar leita sjálfir til. Sorgarferli aðstandenda eftir sjálfsvíg getur verið frábrugðið þeirri sorg sem aðstandendur upplifa eftir ástvinamissi af öðrum orsökum og er því stuðningur og utanumhald mikilvægt. Við teljum það hlutverk heilbrigðiskerfisins og þar með talið hjúkrunarfræðinga að sinna aðstandendum betur og viljum við sjá aukin úrræði fyrir þennan berskjaldaða hóp. Við viljum að hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk sé meðvitað um líðan aðstandenda eftir sjálfsvíg sem og önnur áföll og teljum við að með aukinni þekkingu sé fagfólk betur í stakk búið til að sinna þörfum þessara einstaklinga.

Samantekt

Í þessum kafla var fjallað um hversu mikilvægt það er að styðja vel við eftirlifendur sjálfsvíga, þá bæði til að byrja með og til lengri tíma lítið. Ef stuðningur af hálfu fagfólks er af skornum skammti eiga eftirlifendur erfiðara með sorgarferlið, lítið utanumhald getur bitnað á líkamlegri og sálrænni heilsu þessa einstaklinga. Stuðningur af hálfu vina og ættingja er einnig mikilvægur, en stuðningur sem veittur er af fagfólki þyrfti að vera aðgengilegri.

Lokaorð

Rannsóknir sýna að aðstandendur þeirra sem taka sitt eigið líf geta átt mjög erfitt með að aðlagast þeirri sorg sem ástvinamissinum fylgir. Aðstandendur upplifa oft í upphafi mikið áfall, þar á eftir reiði yfir því að einstaklingurinn hafi tekið sitt eigið líf, sektarkennd yfir því að hafa ekki getað komið í veg fyrir verknaðinn og í kjölfarið sorgarferli þar sem þeir átta sig á að ástvinurinn komi ekki aftur. Þeir þurfa þó einnig að takast á við fordóma samfélagsins þar sem það kemur oft fram við aðstandendur sem missa ástvini sína af völdum sjálfsvíga á annan hátt en þeirra sem að missa ástvini af öðrum orsökum. Margir vita ekki hvernig þeir eigi að orða hlutina og umgangast eftirlifendur og láta það því gjarnan ógert. Eftirlifendur geta því einangrast og fá ekki þann stuðning og utanumhald sem þeir þurfa á að halda.

Þörfin fyrir aukna umræðu um sjálfsvíg og eftirlifendur er því mikil. Aðstandendur þurfa að vera leiddir áfram af fagaðilum, bæði í upphafi og til lengri tíma litið því ekki er nóg að bjóða þjónustu aðeins strax í kjölfar áfallsins. Höfundar hafa velt því fyrir sér hvort hægt væri að hafa ákveðna verkferla sem að heilbrigðisstarfsmenn færu eftir þegar þeir heyra af aðstandendum þeirra sem svipt hafa sig lífi. Þá gæti verið gott að hafa ferli sem færi í gang sem hinir ýmsu fagaðalir koma að.

Höfundar vonast því eftir aukinni umfjöllun og bættri aðstoð fyrir þennan berskjaldaða hóp syrgjenda í kjölfar fyrirhugaðrar rannsóknar. Þeim er nú ljóst hversu gríðarlega miklu máli stuðningur til þessara aðstandenda skiptir og vonast til þess að heilbrigðisstarfsmenn og aðrir fagaðilar verði einnig meðvitaðir um þörfina á aukinni þjónustu.

Heimildaskrá

- Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra. (e.d). Áfallahjálpi. Sótt af
http://www.almannavarnir.is/displayer.asp?cat_id=150
- Andlát.is. (2007a). Útföt skipulögð. Sótt af
<http://www.andlat.is/Leidbeiningarvidandlat/Utforskipulogd/>
- Andlát.is. (2007b). Þegar andlát ber að. Sótt af <http://www.andlat.is/Leidbeiningarvidandlat/>
- Ahattell, M. og Stuart, G. W. (2013). Policy and Advocacy in Mental Health Care. Í G.W. Stuart (ritstjóri). *Policy and Advocacy in Mental Health Care* (10. útgáfa) (bls. 127-139). St. Louis: Missouri.
- Barlow, C. A. og Coleman, H. (2003). Suicide and families: Considerations for therapy. *Guidance & Counseling, 18*(2), 67.
- Bragi Skúlason. (1992). *Von: bók um viðbrögð við missi*. Akranes: Hörpuútgáfan.
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E. og Fleischer, E. (2014). Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing, 70*(4), 823-832. doi:10.1111/jan.12243
- Burke, L. A. og Neimeyer, R. A. (2014). Complicated spiritual grief I: Relation to complicated grief symptomatology following violent death bereavement. *Death Studies, 38*(4), 259-267. doi:10.1080/07481187.2013.829372
- Burks, S. M. (2005). A review of: "After suicide loss: Coping with your grief". *Death Studies, 29*(5), 459. doi:10.1080/07481180590923788
- Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Vigil, G. J. og 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. Sótt af
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106487886&site=ehost-live>

Cukrowicz, K. C., Schlegel, E. F., Smith, P. N., Jacobs, M. P., Van Orden, K. A., Paukert, A.

L., ... Joiner, T. E. (2011). Suicide ideation among college students evidencing subclinical depression. *Journal of American College Health*, 59(7), 575-581.

doi:10.1080/07448481.2010.483710

Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature.

Perspectives in Psychiatric Care, 41(1), 14-21. Sótt af

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106632071&site=eost-live>

Damron-Rodriguez, J. og Carmel, S. (2014). Exploring the will to live and distinguishing

depression at end of life. *Generations*, 38(3), 30-36. Sótt af

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103862531&site=eost-live>

Embætti landlæknis. (2007). Um sjálfsvíg. Sótt af

http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/verkefni/thema/item16400/Um_sjalfsvig

Embætti landlæknis. (2012). Erfiðir tímar: missir og sorg. Sótt af

<http://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item17798/Erfidir-timar--missir-og-sorg>

Embætti landlæknis. (2014a). Heilbrigðisþjónusta. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og>

[eftirlit/heilbrigdisthjonusta/](http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisthjonusta/)

Embætti landlæknis. (2014b). Sjálfsvíg og vísvitandi sjálfsskaði. Í Hildur Björg

Sigbjörnsdóttir (ritstjóri). *Talnbrunnur: Fréttabréf landlæknis um*

heilbrigðisupplýsingar (bls. 2-3). Reykjavík: Embætti Landlæknis.

Fielden, J. M. (2003). Grief as a transformative experience: Weaving through different

lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International Journal of Mental*

Health Nursing, 12(1), 74-85. Sótt af

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106787798&site=eost-live>

Fræðslusvið Biskupsstofu og skálholtsútgáfan. (2009). *Ástvinamissir vegna sjálfsvígs* –

Handbók til sjálfshjálpar fyrir aðstandendur (Elín Ebba Gunnarsdóttir þýddi).

Reykjavík: Höfundur. (Upphaflega gefið út af Survivors of suicide, Inc., Folcroft., PA.

Phyllisos.tripod.com, 2004).

Guðrún Eggertsdóttir. (1997). *Sjálfsvíg!... hvað svo?*. Reykjavík: Muninn bókaútgáfa/

Íslendingasagnaútgáfan.

Hagstofa Íslands. (e.d.). *Dánir eftir dánarorsökum (ICD-10), kyni og aldri 1996-2009*. Sótt af

http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__Faeddirdanir__danir__danarmein/MA05302.px/table/tableViewLayout1/?rxid=02645bd4-ed41-46ac-bda0-8554e2289f59

Helga Jónsdóttir. (2013). Viðtöl í eigindlegum og meginndlegum rannsóknum. Í Sigríður

Halldórsdóttir (ritstjóri). *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls.137-153). Akureyri:

Háskólinn á Akureyri.

Holtlander, L. F. (2008). Caring for bereaved family caregivers: Analyzing the context of care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (3), 501-506.

doi:10.1188/08.CJON.501-506

Hung, T., Tang, H., Chiu, C., Chen, Y., Chou, K., Chiou, H., ... Chang, H. (2010). Anxiety, depressive symptom and suicidal ideation of outpatients with obsessive compulsive disorders in taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21), 3092-3101

doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03378.x

Keith, H., Carolina, C., Camilla, H og Kate, S. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 147(1-3), 17-28.

doi:10.1016/j.jad.2013.01.004

Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K. og Bjarnason, T.

- (2012). *Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 european countries*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(8), 443-450.
doi:10.1007/s00787-012-0276-7
- Kristensen, P., Weisæth, L. og Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, 75(1), 76–97. doi:10.1521/psyc.2012.75.1.76
- Kristinn Örn Sverrisson, Sigurður Páll Pálsson, Kristinn Sigvaldason og Sigurbergur Kárason. (2010). Sjálfsvígðstíraunir meðhöndlaðar á gjörgæsludeildum landspítala árin 2000-2004. *Læknablaðið*, 96(2), 101-107.
- Lamis, D. A. og Jahn, D. R. (2013). Parent–Child conflict and suicide rumination in college students: The mediating roles of depressive symptoms and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(2), 106-113. doi:10.1080/07448481.2012.754758
- Levin, P. (2011). Common Responses to Trauma & Coping Strategies. Sótt af <http://www.trauma-pages.com/s/t-facts.php>
- Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 27(1), 73-83.
- Maple, M., Edwards, H. E., Minichiello, V. og Plummer, D. (2013). Still part of the family: The importance of physical, emotional and spiritual memorial places and spaces for parents bereaved through the suicide death of their son or daughter. *Mortality*, 18(1), 54-71. doi:10.1080/13576275.2012.755158
- Marcus, E. (1996). *Why suicide?*. New York: Harper Collins Publisher.
- Margrét Blöndal. (2007). Áföll, áfallastreita og áfallahjálp - Sorg og sorgarstuðningur. *Áfallamiðstöð*. Sótt af <http://www.almannavarnir.is/upload/files/fagfolk%20afallastreita%20-%20salraenn%20sudningur%20mars%202007.pdf>

- McMenamy, J. M., Jordan, J. R. og Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? results of a pilot study. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38(4), 375-389.
- Miers, D., Abbott, D. og Springer, P. R. (2012). A phenomenological study of family needs following the suicide of a teenager. *Death Studies*, 36(2), 118-133.
doi:10.1080/07481187.2011.553341
- Moayedoddin, B. og Markowitz, J. C. (2015). Abnormal grief: Should we consider a more patient-centered approach? *American Journal of Psychotherapy*, 69(4), 361-378.
- Morton, J. (2010). Emotion in crisis: Primary and secondary mental health contexts. *Journal of Social Work Practice*, 24(4), 461-474. doi:10.1080/02650531003594036).
- Minamizono, S., Motohashi, Y., Yamaji, M. og Kaneko, Y. (2008). Attitudes towards those bereaved by a suicide: a population-based, cross-sectional study in rural Japan. *BMC Public Health*, 8, 334. doi:10.1186/1471-2458-8-334
- Miyabayashi, S. og Yasuda, J. (2007). Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 61(5), 502-508. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01699.x
- Neimeyer, R. A. og Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence og efficacy and emerging directions. *A Journal of The Association For Psychological Science*, 18(6), 352-356. doi: 10.1111/j. 1467-8721.2009.01666.x
- Ólöf Ýrr Atladóttir, Ingileif Jónsdóttir og Björn Guðbjörnsson. (2013). Siðfræðilegt og lögformlegt umhverfi vísindarannsókna á heilbrigðissviði. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls.89-111). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

- Óttar Guðmundsson. (2001). Sjálfsvíg unglunga [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 87(1), 7 – 9.
Sótt af <http://www.laeknabladid.is/media/skjol/2001-01/2001-01-r01.pdf>
- Óttar Guðmundsson. (2014). *Þarf ég að deyja ef ég vil ekki lifa?* Reykjavík: JPV útgáfa.
- Pitman, A., Osborn, D. og King, M. (2014). Suicide bereavement and risk for suicide attempt: A national cross-sectional survey of young adults. *The Lancet*, 383, Supplement 1, S82. doi:10.1016/S0140-6736(14)60345-7
- Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M., Milelli, M., Erbutto, D ... Girardi, P. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 256-263. doi:10.4103/0019-5545.117145
- Pridmore, S. og McArthur, M. (2009). Suicide and Western culture. *Australasian psychiatry*, 17(1), 42-50. doi: 10.1080/10398560802596843
- Qin, P., Agerbo, E. og Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360(9340), 1126-1130.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)
- Roubenzadeh, S., Abedin, A. og heidari, M. (2012). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 2131-2136. doi:10.1016/j.sbspro.2012.12.177
- Schaefer, C., Coyne, J. C. og Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support [Vefútgáfa]. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013a). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-298). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013b). Inngangur að aðferðafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 17-30). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

- Sigríður Halldórsdóttir og Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Réttmæti og áreiðanleiki í megindegum og eigindlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 211-227). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls.71 -88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurlína Davíðsdóttir. (2013). Eigindlegar eða megindeglegar rannsóknaraðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 229-237). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sóley S. Bender. (2013). Samræður í rýnihópum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri). *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 299-312). Akureyri: Háskólinn á Akureyri
- Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J. M. og Power, J. R. (2006). Dealing with the aftermath: A qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Social Work, 51*(4), 329-341. doi:sw/51.4.329
- Yip, P. S. F., Yousuf, S., Chan, C. H., Yung, T. og Wu, K. C. (2015). The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Social Science & Medicine, 128*, 87-94. doi:10.1016/j.socscimed.2014.12.034
- Walijarvi, C. M., Weiss, A. H og Weinman, M. L. (2012). A traumatic death support group program: Applying an integrated conceptual framework. *Death Studies, 36*(2), 152. doi:10.1080/07481187.2011.553344
- WHO. (2014). *Preventing suicide, a global imperative*. Sótt af http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1
- WHO. (2015a). *Media centre: Suicide*. Geneva: WHO.
- WHO. (2015b). *Mental disorders*. Geneva: WHO
- WHO. (2016). *Health topics: Suicide*. Geneva: WHO.

- Wilhelm Norðfjörð. (2001). *Sjálfsvíg ungs fólks á Íslandi: Samanburður á sjálfsvígum á austurlandi og höfuðborgarsvæði 1984-1991*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Wright, K. og McGlen, I. (2012). Mental health emergencies: Using a structured assessment framework. *Nursing Standard*, 27(7), 48-56 9. Sótt af <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104425605&site=eost-live>
- Þjóðmálanefnd þjóðkirkjunnar. (1997). *Um sjálfsvíg*. Reykjavík: Skálholtsútgáfan.
- Þjóðskrá Íslands. (2015). *Andlát ber að: Andlát*. Sótt 03.02.16 af <https://www.island.is/thjonusta/fjolskyldan/andlat/andlat-ber-ad/>
- Þórólfur Þórlindsson og Þorlákur Karlsson. (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í megindelegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls.113-136). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Fylgiskjöl

Fylgiskjal 1

Drög að viðtalsramma

Heiti rannsóknar: Stuðningur við aðstandendur í kjölfar sjálfsvígs ástvina

Rannsóknaraðferð: Eigindleg, Vancouver skólinn í fyrirbærafræði

Viðtalsrammi: Hálfstaðlaðar spurningar

Viðtalsramminn miðast við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- Hver er reynsla aðstandenda eftir sjálfsvíg?
- Hafa sjálfsvíg miklar og alvarlegar afleiðingar í för með sér fyrir aðstandendur? Ef svo er, hverjar eru þær?
- Er sorgarferli aðstandenda eftir sjálfsvíg frábrugðið öðrum sorgarferlum af öðrum orsökum?
- Hefur langvarandi sorg skaðleg áhrif á syrgjendur?
- Hverjar eru þarfir aðstandenda þeirra sem taka sitt eigið líf eftir andlátíð?
- Er einhver formleg þjónusta í boði á vegum heilbrigðiskerfisins fyrir aðstandendur eftir sjálfsvíg?
- Hvaða þjónustu væri hægt að bæta fyrir aðstandendur eftir sjálfsvíg?

Kynning í upphafi viðtals:

Markmið þessarar rannsóknar er að skoða reynslu aðstandenda í kjölfar sjálfsvíga og athuga hvernig upplifun þeirra er á aðstoð og stuðningi af hálfu heilbrigðiskerfisins. Höfundar vonast eftir því að niðurstöður muni gefa heilbrigðisstarfsfólki aukna innsýn í hverjar þarfir aðstandenda eru eftir sjálfsvíg svo að hægt verði að bæta þá þjónustu sem í boði er.

Spurningarnar sem við munum notast við eru opnar og því vonumst við eftir því að skapa góða umræðu um viðhorf þín/ykkar og reynslu.

Yfir og undirspurningar í viðtölunum:

1. Hvaða ástvin misstir þú vegna sjálfsvígs?

- *Hversu langt er síðan það áfall átti sér stað?*

2. Hvernig var líðan þín í kjölfar andlátsins?

- *Telur þú sorgina vera frábrugðna sorg af öðrum toga?*
- *Upplifðir þú skömm eftir sjálfsvígð?*
- *Upplifðir þú fordóma af hálfu samfélagsins?*

3. Var einhver fagleg aðstoð í boði í kjölfar áfallsins?

- *Ef svo er, hvaða aðstoð var í boði og hvernig var henni háttað?*
- *Nýttir þú þér þá aðstoð sem í boði var?*

4. Var einhver eftirfylgd í boði af hálfu fagfólks eftir útför ástvinarins?

- *Ef já, hvernig var eftirfyldinni háttað og fannst þér hún gagnast þér að einhverju leyti?*
- *Ef nei, hefðir þú viljað eftirfylgd? Ef svo er, hversu mikla og hvernig eftirfylgd hefðir þú kosið?*

5. Finnst þér eftirfyldin sem þú fékkst (ef einhver) ásættanleg?

- *Ef ekki, hvað finnst þér að heilbrigðisþjónustan gæti bætt varðandi aðstandendur einstaklinga sem svipta sig lífi?*

6. Eru einhverjar ráðleggingar sem þú vilt deila með öðrum sem eru að ganga í gegnum svipað áfall?

- *Hvaða bjargráð fannst þér hjálpa þér einna mest?*

Fylgiskjal 2

Akureyri dagsetning xxxx, 2017
Drög að kynningarbréfi



Kynningarbréf og beiðni um þátttöku fyrir rannókn

Stuðningur við aðstandendur í kjölfar sjálfsvígs ástvina

Ágæti viðtakandi

Við undirritaðar, hjúkrunarfræðingar í framhaldsnámi við Háskólann á Akureyri, viljum með bréfi þessu óska eftir þátttöku þinni í rannsókn okkar á líðan og stuðningi við aðstandendur í kjölfar sjálfsvíga ástvina. Tilgangur rannsóknarinnar er að skoða reynslu og upplifun aðstandenda á þeim stuðningi sem þeir fengu í kjölfar sjálfsvígs ástvinnar og reyna þar með að bæta þjónustu og stuðning af hálfu heilbrigðiskerfisins. Gagnasöfnun fer fram í formi viðtala sem verða hálfstöðluð en unnið verður með spurningarlista til hliðsjónar. Að fengnu samþykki þínu tökum við viðtal við þig sem tekur um klukkustund, en það verður tekið upp en eytt eftir úrvinnslu þess. Ekki verður unnt að persónugreina gögnin né rekja þau á nokkurn hátt til þátttakenda. Allar upplýsingar sem þú gefur verður farið með eftir ströngustu reglum um nafnleynd og trúnað. Farið verður eftir lögum um persónuvernd við vinnslu og eyðingu gagna.

Þegar þú hefur skrifað undir hér að neðan gildir það sem upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókninni. Þér er frjálst að hætta þátttöku í rannsókninni á hvað tímapunkti sem er án nokkurra afleiðinga fyrir þig.

Undirritun þátttakanda, Akureyri 2017

Niðurstöður rannsóknarinnar verða kynntar innan sem utan Háskólans á Akureyri auk þess sem ætlunin er að birta niðurstöður rannsóknarinnar í tímariti á sviði heilbrigðisvísinda.

Við yrðum þér þakklátar fyrir þátttöku þína, þar sem hver þátttakandi skiptir máli í rannsókninni. Þér er velkomið að leita eftir frekari upplýsingum um rannsóknina með því að senda okkur tölvupóst á netfangið xxxx eða hringja í síma xxx-xxxx og munum við svara spurningum eftir bestu getu.

Með fyrirfram þakklæti,

Elín Árdís Björnsdóttir, Hanna Jóna Stefánsdóttir, Sigríður Harpa Hauksdóttir og Sigríður Sólveig Stefánsdóttir.

Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn þá getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Tryggvagötu 17, 101 Reykjavík. Sími: 551-7100, tölvupóstur:

vsn@vsn.is