

Krefjandi og flókin sorg: Að lifa af sjálfsvíg dóttur eða sonar

doi: 10.33112/th.100.1.1

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Sjálfsvíg eru alþjóðlegt heilbrigðisvandamál og fjórða algengasta dánarorsökin í aldurshópnum 15–29 ára. Reynsla foreldra af því að missa son eða dóttur í sjálfsvíg hefur lítið verið rannsökuð hér á landi. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu foreldra af því að missa dóttur eða son í sjálfsvíg og þann stuðning sem þeim stóð til boða í kjölfar þess.

Aðferð

Í þessari fyrirbærafræðilegu rannsókn voru tekin 13 viðtöl við 10 foreldra, sjö mæður og þrjá feður, sem höfðu misst son eða dóttur á aldrinum 17–37 ára í sjálfsvíg.

Niðurstöður

Fyrir foreldrana var sjálfsvígið krefjandi lífsreynsla og við tók flókin, langvinn og stöðug sorg. Það höfðu verið erfiðleikar hjá sonum og dætrum þátttakenda fyrir sjálfsvígið í öllum tilvikum nema einu, svo sem sjálfsvígshugsanir, sjálfsskaðandi hegðun og tilraunir til sjálfsvígs. Sjálfsvígið kom samt öllum foreldrunum í opna skjöldu og var þeim mikið áfall. Við tók doði og þeir áttu erfitt með daglegt líf, misstu matarlyst, svefn, skammtímaminni, þrek, jafnvægi, jarðtengingu og tengsl við raunveruleikann. Flóknar tilfinningar komu upp hjá þeim öllum svo sem sektarkennd og sjálfsásakanir og áfallið kom mikið niður á andlegri og líkamlegri heilsu þeirra þar sem kvíði, þunglyndi og verkir voru áberandi. Sorgarúrvinnsla hjá foreldrunum tók langan tíma og stuðningur var af misjöfnum toga og mikið undir foreldrunum sjálfum komið að sækja sér stuðning ef hann brást eða þegar frá leið. Áberandi voru vonbrigði gagnvart heilbrigðiskerfinu að ekki var framkvæmt einhvers konar mat á þörfum þeirra fyrir stuðning í kjölfar áfallsins.

Ályktun

Af niðurstöðum að dæma er nauðsynlegt að koma upp verkferlum fyrir hjúkrunarfræðinga og annað starfsfólk heilbrigðiskerfisins sem styður betur við foreldra sem missa son eða dóttur í sjálfsvíg. Þeir þurfa einstaklingsbundinn stuðning í sorginni og upplýsingar um langtímaustuðning og úrræði. Heilsugæslan gæti tekið að sér leiðtoga hlutverk á þessu sviði í samráði við viðkomandi aðila.

Lykilorð (5)

Sjálfsvíg, foreldrar, missir, sorg, áföll, fyrirbærafræði.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

Lítið er um íslenskar rannsóknir á reynslu og upplifun foreldra sem missa dóttur/son í sjálfsvíg og geta niðurstöður rannsóknarinnar nýst til þess að varpa ljósi á líðan foreldra og aukið skilning hjúkrunarfræðinga og annarra sem hyggjast veita þeim sálrænan stuðning.

Mikilvægt er að hlusta á foreldra því það er þeirra upplifun sem skiptir máli þegar mótaður er vinnuferill eða gæðavísir til þess að koma til móts við þá með bættri þjónustu og úrræðum.

Með aukinni umfjöllun um niðurstöður þessarar rannsóknar verður vonandi hægt að bæta þjónustu heilbrigðiskerfisins við foreldra sem missa son/dóttur í sjálfsvíg. Hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn þurfa að hafa í huga það mikla álag sem er á heilsu foreldra í kjölfar þess að missa dóttur/son í sjálfsvíg.

ELÍN ÁRDÍS BJÖRNSDÓTTIR

útskrifuð með meistaragráðu í heilbrigðis-
vísindum frá Háskólanum á Akureyri,
starfandi deildarstjóri við
Heilsugæslu HSN á Sauðárkróki

SIGRÚN SIGURÐARDÓTTIR

prófessor við Háskólanum á Akureyri

SIGRÍÐUR HALLDÓRSDÓTTIR

prófessor við Háskólanum á Akureyri

Krefjandi lífsreynsla og flókin sorg: Að lifa af sjálfsvíg dóttur eða sonar

INNGANGUR

Sjálfsvíg eru alþjóðlegt lýðheilsuvandamál sem valda tilfinningalegri þjáningu eftirlifenda (Graves o.fl., 2018). Árlega falla rúmlega 700.000 einstaklingar í öllum aldurshópum fyrir eigin hendi (Alþjóðaheilbrigðisstofnunin [WHO], 2021) og eru sjálfsvíg í tíunda sæti yfir algengustu ástæður dauðsfalla í Bandaríkjunum (Murphy o.fl., 2021). Þau eru jafnframt fjórða algengasta dánarorsök einstaklinga í aldurshópnum 15-29 ára (WHO, 2021). Rík áhersla hefur því verið lögð á forvarnarstarf til þess að fyrirbyggja og draga úr sjálfsvígum á undanförunum árum og er það víða yfirlýst markmið innan heilbrigðiskerfisins (Graves o.fl., 2018; Kölves og De Leo, 2016).

Áhættuþættir sjálfsvíga geta verið margvíslegir. Sjálfsskaðandi hegðun og tilraun til sjálfsvígs eru stærstu áhættuþættirnir þótt ætlunin sé ekki endilega að taka eigið líf (Olfson o.fl., 2018). Í doktorsrannsókn Hildar Guðnýjar Ásgeirsdóttur (2019) kom fram að 16% íslenskra karla og 11% íslenskra kvenna höfðu sögu um sjálfsskaðandi hegðun og voru þátttakendur sem höfðu orðið fyrir persónulegum áföllum líklegri til að hafa skaðað sig á lífsleiðinni, einkum karlar. Í skýrslu Embættis landlæknis þar sem sjónum var beint að sjálfsvígshugsunum, sjálfsvígstilraunum, sjálfsskaða og hugsunum um sjálfsskaða á meðal íslenskra framhaldsskólanema frá árunum 2000 til 2016, kemur fram að hugsanir um sjálfsskaða eru nátengdar hugsunum um sjálfsvíg. Jafnframt kemur fram að sterkustu sjálfstæðu áhrifaþættirnir fyrir tilraun til sjálfsvígs eru ef vinur eða einhver nákominn hefur gert tilraun til sjálfsvígs. Aðrir áhrifaþættir eru þunglyndi, reiði, að hafa verið beittur kynferðisofbeldi og að hafa reykt kannabis um ævina. Litill stuðningur foreldra og vina eykur einnig líkurnar á sjálfsvígshugsunum og tilraun til sjálfsvígs (Ingibjörg Eva Þórisdóttir o.fl., 2018).

Flestir einstaklingar sem glíma við geðræn vandamál falla ekki fyrir eigin hendi (Turecki og Brent, 2016) en slíkur vandi eykur hins vegar líkurnar á sjálfsvígi (Baldwin o.fl., 2017; Clapperton o.fl., 2019; Oppong o.fl., 2017; Owusu-Ansah o.fl., 2020). Einstaklingar með takmarkað stuðningsnet sem glíma við félagsfælni, hafa orðið fyrir einelti, kynferðisofbeldi, upplifað skyndilegan eða erfiðan missi, eru með langvinna verki eða þjást af offitu, eru í aukinni hættu á að taka eigið líf (Bryan o.fl., 2017; Campisi o.fl., 2020; Knopf, 2017; Oppong o.fl., 2017; Turecki og Brent, 2016). Auk þess teljast fíkniefnaneysla, mikil áfengisneysla og lélegt aðgengi að heilbrigðis- og velferðarþjónustu til áhættuþátta (Clapperton o.fl., 2019; Rana o.fl., 2017), svo og bág félagsleg staða og lágt menntunarstig (Lorant o.fl., 2018). Ungir karlmenn eiga frekar á hættu að taka eigið líf í samanburði við konur en þær eru aftur á móti líklegri til að glíma við sjálfsvígshugsanir og að gera tilraunir til sjálfsvígs (Campisi o.fl., 2020; Murphy o.fl., 2021; Roh o.fl., 2018).

Sorg er skilgreind sem eðlileg, sálræn og tilfinningaleg viðbrögð við missi. Ekki er um að ræða tiltekið ástand heldur ákveðið ferli en sorgarviðbrögð og sorgarúrvinnsla eru einstaklingsbundin og þarfir aðstandenda í kjölfar sjálfsvíga geta þannig verið margvíslegar (Castelli Dransart, 2017). Sé ekki unnið úr sorginni getur hún komið niður á heilsufari eftirlifenda og valdið þeim svefnleysi, kvíða og þunglyndi (Entilli o.fl., 2021a). Sorgarviðbrögð eru einstaklingsbundin og haldast í hendur við það hve sterk tengsl voru á milli þess sem syrgir og hins látna (Cerel o.fl., 2019; Kawashima og Kawano, 2019; Mughal o.fl., 2021). Vitað er að sorgarferlið verður iðulega erfiðara og tekur lengri tíma þegar andlát ástvinar ber að með skyndilegum hætti (Feigelman o.fl., 2018; Jordan, 2020; Mughal o.fl., 2021). Þá getur munur verið á sorgarferli aðstandenda eftir því hvort um er að ræða ástvinamissi vegna

sjálfsvígs eða af náttúrulegum orsökum (Jordan, 2020; Tal o.fl., 2017). Þegar um sjálfsvíg er að ræða upplifa eftirlifendur oft áfallastreituröskun og glíma jafnvel sjálfir við sjálfsvígshugsanir (Jordan, 2020; Tal o.fl., 2017; Wagner o.fl., 2021). Þá hafa fundist tengsl á milli líkamlegrar heilsu og sjálfsvígsmíssis. Eftirlifandi fjölskyldumeðlimir eru þannig líklegri til að upplifa verri almenna heilsu, verki og líkamlega sjúkdóma svo sem hjarta- og æðasjúkdóma, háþrýsting, sykursýki og langvinna lungnateppu (Spillane o.fl., 2017). Þá benda rannsóknarniðurstöður til að eitt sjálfsvíg snerti allt að 135 einstaklinga en ekki aðeins sex líkt og lengi var talið (Cerel o.fl., 2019; Feigelman o.fl., 2018).

Þótt flestir upplifi eðlileg sorgarviðbrögð sem yfirleitt dvína á nokkrum mánuðum eftir andlát (Castelli Dransart, 2017; Mughal o.fl., 2021) er einnig hópur sem upplifir svokallaða flókna sorg, viðvarandi sorgarástand sem kemur í veg fyrir að syrgjandinn jafni sig, sem veldur því að viðkomandi þarf meiri stuðning til að vinna sig í gegnum sorgina (Mughal o.fl., 2021). Tal og félagar (2017) báru saman flókna sorg eftir sjálfsvígsmíssi og aðrar dánarorsakir sem valdið geta flókinni sorg, svo sem slys og morð. Þau sem voru að glíma við flókna sorg eftir sjálfsvígsmíssi höfðu hærra hlutfall þunglyndis og glímdu frekar við sjálfsásakandi hugsanir og skerta vinnugetu. Foreldrar eru yfirleitt þeir sem ganga í gegnum flóknasta og erfiðasta sorgarferlið í kjölfar sjálfsvígs (Castelli Dransart, 2017; Kawashima og Kawano, 2019; Shields o.fl., 2019) og þeir eru uppteknir af því að leita að ástæðum fyrir sjálfsvíginu (Jordan, 2020). Samkvæmt niðurstöðum langtímarannsóknar Entilli o.fl. (2021a) tekur það stóran hluta foreldra um tvö ár að vinna sig á þann stað í sorgarferlinu að geta hugleitt sjálfsvígið, sett það í samhengi og gefið því ákveðna merkingu. Slík sorgarúrvinnsla getur skipt sköpum fyrir foreldra og gert þeim kleift að ná innri sátt (Jordan, 2020; Kawashima og Kawano, 2019).

Í kjölfar skyndilegs dauðsfalls eins og þegar um sjálfsvíg er að ræða, eiga eftirlifendur oft í erfiðleikum með að leita sér sjálfir aðstoðar, jafnvel þótt þeir viti hvar hana er að finna. Andleg heilsa, lost, skömm og jafnvel fjárhagur viðkomandi spila þar inn í (Entilli o.fl., 2021b; Nic an Fhailí o.fl., 2016; Pitman o.fl., 2018). Því er mikilvægt að aðstandendur syrgjenda eða heilbrigðiskerfið sé tilbúið að grípa inn í aðstæður. Sumir sem upplifað hafa missi sem þennan hafa þörf fyrir að tala opinskátt um atburðinn á meðan aðrir kjósa að tjá sig lítið sem ekkert um hann við aðra (Castelli Dransart, 2017). Vitneskjan um að stuðningur sé hins vegar ávallt í boði óháð því hversu langt er liðið frá atburðinum og jafnvel þótt hann hafi verið afþakkaður í upphafi, skiptir sköpum fyrir syrgjendum (Pitman o.fl., 2018).

Stuðningurinn getur komið úr nánasta hring eftirlifenda eða annars staðar úr samfélaginu, verið óformlegur eða inntur af hendi fagaðila (Castelli Dransart, 2017). Mörgum reynist hins vegar erfiðara og óþægilegra að veita slíkan stuðning þegar dauðsfall er af völdum sjálfsvígs en af öðrum orsökum. Á það sér í lagi við þegar viðkomandi hefur ekki sams konar reynslu að baki (Entilli o.fl., 2021b; Pitman o.fl., 2017; Wainwright o.fl., 2020). Í þeim tilvikum hafa jafningjastuðningur og stuðningshópar reynst mörgum hjálplegir og jafnvel ómissandi (Shields o.fl., 2019), einkum meðal einstaklinga með takmarkað stuðningsnet (Entilli o.fl., 2021b). Slíkur stuðningur er ýmist í boði í eigin persónu eða í gegnum vefinn (Wainwright o.fl., 2020; Walker, 2017). Í báðum tilfellum er um að ræða einstaklinga með ólíkan bakgrunn (Walker, 2017), sem gengið hafa í gegnum sambærilega atburði og upplifað sams konar tilfinningar en eru jafnframt á mismunandi

stað í sorgarferlinu (Shields o.fl., 2019). Slíkur stuðningur veitir syrgjendum þá tilfinningu að þeir þurfi hvorki að óttast viðbrögð né dómhörku annarra og að þeir séu ekki einir í þessum sporum. Það veitir þeim líka þá von að hægt sé að vinna sig í gegnum sorgina (Jordan, 2020; Wainwright o.fl., 2020).

Aftur á móti virðist sem visst skilningsleysi ríki, bæði meðal almennings og fagaðila, hvað teljist hjálplegt þegar kemur að því að mæta syrgjendum í kjölfar sjálfsvígs (Pitman o.fl., 2018), auk þess sem óskýrt er hvaðan faglegur stuðningur eigi að koma í upphafi og hver eigi að hafa frumkvæðið. Heilsugæslan er almennt talin eiga að vera fyrsti viðkomustaður einstaklings í heilbrigðiskerfinu. Samkvæmt niðurstöðum erlendra rannsókna þykir mörgum aðstandendum réttast að það sé í höndum heilsugæslunnar að taka fyrsta skrefið í samskiptum við eftirlifendur eftir sjálfsvíg þar sem boðið væri upp á aðstoð og stuðning ásamt því að veita gagnlegar upplýsingar (Nic an Fhailí o.fl., 2016; Wainwright o.fl., 2020).

Erfitt getur verið að framfylgja því að einhver úr heilbrigðiskerfinu hafi frumkvæði að samskiptum ef heilbrigðiskerfið fær ekki vitneskju um sjálfsvígið (Foggin o.fl., 2016), en í mörgum tilfellum býr starfsfólk heilsugæslunnar yfir ýmsum úrræðum sem nýst geta syrgjendum og beint þeim í ákveðnar áttir eftir frekari stuðning eða fræðslu (Jordan, 2020). Hins vegar eru aðrir sem telja sig misjafnlega vel í stakk búna til aðstoða eftirlifendur í tilfellum sem þessum. Sumir upplifa bjargarleysi varðandi rétt viðbrögð og úrræði, vita ekki hvert þeir geta vísað skjólstæðingum sínum og bera jafnvel fyrir sig tímaskorti, þar sem hverjum skjólstæðingi er iðulega aðeins úthlutað skömmum tíma. Þá er misjafnt hvort læknum finnst það vera þeirra að taka af skarið og setja sig í samband við eftirlifendur (Foggin o.fl., 2016). Í rannsókn Entilli og félaga (2021b) kom fram að einungis 15,2% þátttakenda voru að fyrra bragði boðin aðstoð frá geðheilbrigðisþjónustu eftir sjálfsvíg náins aðila en 90% þeirra voru ánægðir með og þakklátir fyrir þá þjónustu.

Þá getur reynsla eftirlifenda af heilbrigðiskerfinu verið ólík. Niðurstöður úr rýnihópaviðtölum Nic an Fhailí og félaga (2016) benda til þess að flestir séu ánægðir með heilsugæslulækna sína þegar kom að því að veita stuðning og jafnvel eiga frumkvæði að samskiptum í aðstæðum sem þessum. Dæmi eru þó um að aðstandendur upplifi að fagaðilar sem þeir hitta í kjölfar sjálfsvígs skorti þekkingu, samhygð, forðist að ræða dauðann eða átti sig ekki á því að þeir séu hjálparþurfi (Pitman o.fl., 2018; Wainwright o.fl., 2020). Einnig er algengt að foreldrar upplifi vonbrigði og vanmátt gagnvart heilbrigðiskerfinu í kjölfar missis og leggi þar af leiðandi ekki eins mikið traust á það og áður, jafnvel gagnvart sinni eigin heilsu hvort heldur er líkamlegri eða andlegri (Entilli o.fl., 2021a).

Íslensk rannsókn frá árinu 2001 sýndi að stuðningur og úrræði í kjölfar sjálfsvígs ástvinar voru lítil sem engin hérlandis um síðustu aldamót (Wilhelm Norðfjörð, 2001). Lítið er vitað um reynslu foreldra í dag. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða reynslu foreldra af sjálfsvígi dóttur eða sonar, aðdraganda þess, áhrifunum á heilsu foreldranna ásamt sorgarúrvinnslunni í kjölfarið og þeirri þjónustu sem þeim stóð til boða. Meginrannsóknarspurningin var: *Hver er reynsla foreldra af sjálfsvígi dóttur eða sonar?* Undirspurningarnar voru: Hver var aðdragandinn? Hver voru áhrifin á heilsu þeirra og líðan? Hvernig var sorgarferlið og hver er reynsla þeirra af þeirri þjónustu sem þeim stóð til boða?

AÐFERÐ

Syrgjendur eru viðkvæmur hópur sem hefur orðið fyrir áfalli og upplifað þjáningu. Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði var notaður til að svara rannsóknarspurningunni en hann verður oft fyrir valinu í rannsóknum á Norðurlöndunum þegar rannsakaðir eru viðkvæmir hópar sem hafa upplifað áföll og þjáningu, vegna siðferðislegrar áherslu í aðferðafræðinni (Dowling og Cooney, 2012) þar sem áhersla er lögð á að líta á hvern þátttakanda með virðingu, hlýju og högværð (Sigríður Halldórsdóttir, 2021).

Þátttakendur

Við val á foreldrum var notast við sjálfbóðaliðauktak og var auglýst eftir foreldrum í gegnum Pieta sjálfsvígsforvarnarsamtökin. Þegar hópurinn er ekki fyrir fram þekktur er gjarnan notast við slíkt úrtak. Öllum gefst kostur á þátttöku og með því fást oft einstaklingar með ólíka reynslu. Ókostur við sjálfbóðaliðauktak getur hins vegar verið að þeir einstaklingar sem veljast séu ekki dæmigerðir fyrir þýðið þar sem þátttaka í rannsókn gegnum sjálfbóðaliðauktak krefst frumkvæðis, áræðni og áhuga (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013).

Skilyrði fyrir þátttöku var að vera foreldri, móðir eða faðir, sem misst hafði son eða dóttur í sjálfsvíg og var hjónum frjálst að vera saman í viðtali. Í kjölfar auglýsingar eftir þátttakendum höfðu tíu foreldrar samband, sjö mæður og þrír feður, og lýstu yfir vilja til þátttöku. Foreldrarnir voru á aldrinum 40-65 ára þegar viðtölin fóru fram. Aldursbil sona/dætra var 17-37 ár þegar þau létust og voru 3-24 ár liðin frá andláti. Sjá yfirlit yfir foreldrana í töflu 1. Eins og sjá má í töflunni var meðaltími frá andláti 4 ár fyrir utan hjá einni móður, Örnun, þar sem 24 ár voru liðin frá andláti. Ákveðið var að hafa hana með í rannsókninni en hafa þann fyrirvara á þátttöku hennar að margt kynni að hafa breyst í kerfinu frá því hún upplifði sjálfsvíg sonar síns sem þá var 17 ára.

Tafla 1. Yfirlit yfir þátttakendur			
Rannsóknarnafn	Sonur/dóttir	Aldur við andlát	Árafjöldi frá andláti
Arna	Sonur	17 ára	24 ár
Brynja	Sonur	18 ára	5 ár
Sunna	Sonur	23 ára	4 ár
Valdís	Sonur	28 ára	5 ár
Hrafn	Sonur	28 ára	5 ár
Katrín	Sonur	19 ára	3 ár
Iðunn	Dóttir	26 ára	5 ár
Jón	Dóttir	26 ára	5 ár
Helena	Sonur	37 ára	3 ár
Þór	Sonur	37 ára	3 ár

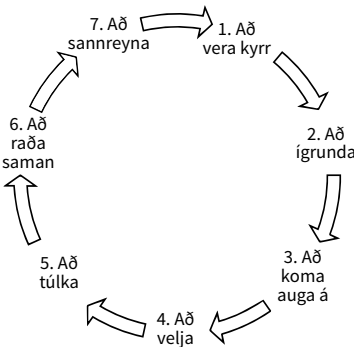
Gagnasöfnun og gagnagreining

Gagnasöfnun fór fram með samræðum milli fyrsta höfundar sem er hjúkrunarfræðingur (hér eftir rannsakandi) og foreldranna þar sem hvert foreldri var um leið meðrannsakandi. Tekin voru samtals 13 viðtöl við tíu foreldra; einstaklingsviðtöl við fjórar mæður og þrjú viðtöl þar sem foreldrar voru saman í viðtalinu. Tvö viðtöl voru tekin við sex foreldra en eitt viðtal við ein hjón. Viðtölin voru tekin á rúmlega eins árs tímabili og fóru þau fram á heimilum foreldranna

að þeirra ósk. Viðtalsáætlun, byggð á rannsóknarspurningunni og undirspurningum, var höfð til hliðsjónar en viðtölin voru í samræðustíl. Viðtölin voru rituð orðrétt og þess gætt að þau væru ekki persónugreinanleg með því að breyta öllum nöfnum og gæta þess að tilgreina ekki staðsetningar eða önnur kennileiti. Við vinnslu rannsóknarinnar var farið í gegnum 12 meginþrep Vancouver-skólans þar sem megináherslan var á þemagreiningu ásamt sundurgreiningu og afbyggingu (e. *deconstruction*) og síðan samþættingu og uppbyggingu (e. *reconstruction*). Sjá töflu 2 yfir 12 meginþrep Vancouver-skólans og hvernig þeim var fylgt í rannsókninni. Sjö vitrænir meginþættir eru endurteknir í öllum þrepunum (*mynd 1*).

Tafla 2. 12 meginþrep Vancouver-skólans í fyrirbærafræði og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn	
Þrep í rannsóknarferlinu	Hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn
Þrep 1. Val á samræðufélögum (úrtak).	Tíu foreldrar voru valdir með sjálfbóðaliðauktaki, 3 feður og 7 mæður (þar af þrenn hjón/pör). Allir þátttakendur fengu dulnefni.
Þrep 2. Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast).	Hugmyndir og tilgátt rannsakanda lagðar til hliðar.
Þrep 3. Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun). <i>Staðfesting 1</i>	Tekin voru tvö viðtöl við 6 foreldra, eitt viðtal við hjón, samtals 13 viðtöl. Túlkanir rannsakanda voru staðfestar í viðtalinu sjálfu.
Þrep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök.	Samræður voru hljóðritaðar og unnið var úr þeim samhliða gagnasöfnun.
Þrep 5. Þemagreining (kóðun). Finna lykilhugtök og lykilsetningar og finna merkingu þeirra.	Frásagnir voru greindar í meginþemu og undirþemu.
Þrep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.	Frásögnum foreldra raðað upp í greiningarlíkan fyrir hvern og einn.
Þrep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda. <i>Staðfesting 2</i>	Hver þátttakandi staðfesti sitt greiningarlíkan með athugasemdum sem rannsakandi lagfærði í kjölfarið.
Þrep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklingsgreiningarlíkönunum.	Próað var heildargreiningarlíkan úr öllum greiningarlíkönum þátttakenda til að fá heildstæða yfirlitsmynd (heildargreiningarlíkan).
Þrep 9. Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin (rituðu viðtölin). <i>Staðfesting 3</i>	Samræmi tryggt með yfirlestri á viðtölum og endurtekinn samanburður gerður á ný.
Þrep 10. Kjarni fyrirbærisins settur fram sem lýsir fyrirbærinu (niðurstöðum í hnotskurn).	<i>Krefjandi lífsreynsla og flókin sorg:</i> Að lifa af sjálfsvíg dóttur eða sonar.
Þrep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og meginþema með einhverjum þátttakendum. <i>Staðfesting 4</i>	Þrír foreldrar staðfestu heildargreiningarlíkanið með athugasemdum sem rannsakandi lagfærði í kjölfarið.
Þrep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar þannig að raddir allra heyrist.	Trúverðugleiki rannsóknar aukinn með því að vitna beint í alla þátttakendur að einhverjum hluta í rannsókninni.

Mynd 1. Vitrænn vinnuferill Vancouver-skólans í fyrirbærafræði



Réttmæti og áreiðanleiki rannsóknarinnar

Í rannsókninni var leitast við að efla réttmæti og áreiðanleika með því að kafa í rannsóknargögnin og leyfa þeim að lifa með sér og halda áfram gagnasöfnun þar til metnun var náð og hægt var að svara rannsóknarspurningunni. Allir foreldrarnir komu í gegnum Píeta samtökin. Sú staðreynd getur valdið því að úrtakið teljist einsleitt (Margrét Hrönn Svavarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2021), til dæmis að foreldrarnir hafi sótt aðstoð við sorgar-úrvinnslu sína, sem er aðferðafræðilegur veikleiki rannsóknarinnar.

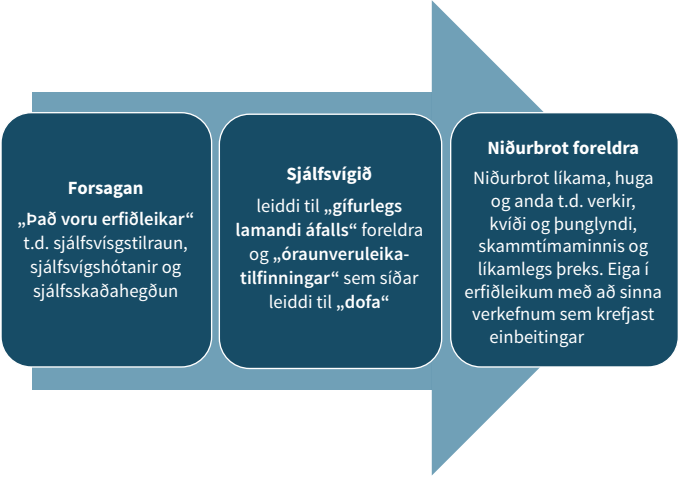
Siðfræðilegar vangaveltur

Áður en rannsókn hófst voru foreldrarnir upplýstir um í hverju þátttaka þeirra fælist og hvernig upplýsingar sem þeim tengdust yrðu notaðar. Foreldrunum voru afhent kynningarbréf, þeir skrifuðu undir upplýst samþykki og var jafnframt boðið að lesa yfir þau gögn sem tengdust þeim áður en niðurstöður voru birtar. Úrskurður Vísindasiðanefndar var að ekki þyrfti leyfi nefndarinnar fyrir rannsókninni.

NIÐURSTÖÐUR

Foreldrarnir lýstu reynslu sinni af sjálfsvíg dóttur eða sonar og áhrifum þess. Þeir lýstu aðdragandanum, reynslu sinni af áfallinu sem fylgdi í kjölfar þess, áhrifum á heilsu þeirra og líðan, eigin sorgarviðbrögðum og því sorgarferli sem við tók, ásamt reynslu sinni af stuðningi og stuðningsleysi í kjölfarið. Yfirþema rannsóknarinnar er krefjandi lífsreynsla og flókin sorg sem lýsir vegferð þeirra í hnotskurn. Á mynd 2 er yfirlit yfir meginrannsóknarniðurstöður.

Mynd 2. Yfirlit yfir rannsóknarniðurstöður



Aðdragandinn: „Það voru erfiðleikar“

Í öllum tilfellum nema einu var sjáanlegur aðdragandi að sjálfsvígunum, svo sem fíknivandi, hegðunarvandi, félagslegir erfiðleikar, misnotkun og þunglyndi. Dæmi voru um sjálfsskaðandi hegðun, í þremur tilvikum voru hótanir um sjálfsvíg og í þremur tilvikum hafði viðkomandi gert tilraun til sjálfsvígs. Í engu tilfelli grunaði þó foreldra að dóttir/sonur þeirra myndi taka eigið líf. Sonur Örnú hafði leiðst út í fíkniefnaneyslu og var hugsanlega með geðklofasjúkdóm á byrjunarstigi þegar hann fannst látinn. Sonur Brynju var með fjölmargar greiningar, mikinn hegðunarvanda, gekk illa að fóta sig í skólakerfinu og átti erfitt með skap. Spurð út í aðdraganda að sjálfsvíginu sagði Brynja: „Það var farið að ganga aðeins betur þannig að ég var hætt að fylgjast eins vel með.“ Í tilfelli sonar Sunnu var enginn sjáanlegur aðdragandi að

sjálfsvíginu, honum gekk vel í því sem hann tók sér fyrir hendur, var reglusamur og engin andleg veikindi. Hann fór út að skemmta sér og var komið að honum látnum á heimilinu daginn eftir.

Upplifun af áfallinu: „Krefjandi lífsreynsla“

Upplifun af sjálfsvíginu var sambærileg hjá öllum foreldrunum, þeim fannst þetta krefjandi lífsreynsla. Í tilfelli Helenu og Þórs hringdi óeinkennisklæddur lögreglumaður dyrabjöllunni um klukkan sjö á mánudagsmorgni og sagði við Helenu: „Mér þykir leitt að þurfa að segja þér það en sonur þinn er dáinn.“ Þau gleyma þessum orðum aldrei og segja þetta hafa verið „ótrúlegt sjökk“, mikið áfall og óraunverulegt. Helena sagði: „Ég var svolítið undrandi á því að lögreglumaðurinn var einn að tilkynna, það var hvorki prestur né sálfræðingur með honum.“ Lögreglumaðurinn staldraði stutt við, gaf foreldrunum helstu upplýsingar og var svo farinn. Þau sátu eftir í áfalli, eftirfylgnin í kjölfarið var engin og þetta var allt og sumt sem hið opinbera veitti þeim; tilkynningu um andlátíð.

Íðunni og Jóni fannst veröldin hrynja á sekúndubroti. Katrín sagði atburðurinn mjög „súrrealískan“ en jafnframt var dauðurinn svo endanlegur: „Það sem er svo skrítið við þetta er að endanleikinn var einhvern veginn bara algjör strax, það var ekkert en eitthvað eða hvað ef ...“ Upplifun Helenu og Þórs af sjálfsvíginu var í fyrstu mikið áfall og atburðurinn var mjög óraunverulegur. Tímabilið fyrst á eftir var þokukennt og þau tóku einn dag í einu. Foreldrarnir voru allir á einu máli um að þeir upplifðu ekki skömm tengda ákvörðun barna sinna um að binda enda á eigið líf en um leið voru flest haldin mikilli sektarkennd. Brynja ýtti þó skömminni frá sér strax. Hún hafði orðið vitni að þögn, skömm og afneitun vegna sjálfsvíga og ákvað að þannig myndu hennar viðbrögð ekki verða. Hún taldi hins vegar kerfið hafa brugðist fjölskyldunni.

Áhrif á líkamlega og andlega heilsu: „Sálarlífið og líkaminn hrundu“

Sjálfsvígið hafði ekki aðeins áhrif á andlega líðan foreldranna, heldur töluðu þeir einnig um líkamleg einkenni líkt og að ná ekki viðunandi svefni, að geta ekki nærst, minnkaða matarlyst, orkuleysi og erfiðleika með hugarstarf. Valdís og Hrafn sögðust ekki hafa haft nokkra löngun í mat og í raun ekki haft nokkra getu til þess að hugsa um sig nema aðeins það allra nauðsynlegasta: „Maður var bara dofinn, það var keypt allskyns rusl í matinn svo að við myndum borða, því matarlystin var engin.“ Katrín sagðist hafa upplifað áfallið og sorgina mjög líkamlega. Hún lýsti því svo:

„Mér fannst ég þurfa að halda mér í fyrstu dagana, þurfti að halda mér í vegg og stiga þegar ég var að ganga, þurfti að halda í eitthvað. Þegar það kemur bakslag í sorginni þá kemur alltaf þessi tilfinning að ég þurfi að halda í eitthvað.“

Helena og Þór lýstu sterkum líkamlegum einkennum. Bæði fundu þau fyrir verkjum í líkamanum, í hjartanu og meltingarfærunum. Helena sagði: „Þetta hefur áhrif á heilsuna, svona sjökk.“ Þór fékk líkamlegan sjúkdóm og þurfti að fara í aðgerð skömmu eftir áfallið og Helena tapaði öllu líkamlegu þreki. Hún lýsti lélegu skammtímaminni hjá þeim báðum eftir sjálfsvígið. Íðunn var verjuð alls staðar, var með kvíðverki og viðvarandi kvíðahnút í maganum, auk þess sem töluverður ruglingur varð á svefni: „Svo fékk ég svona grátköst sem bara allt í einu helltust yfir mig. Ég bara grét og grét og grét og svo fékk ég rosalegan höfuðverk.“ Jón sagðist í sjálfa sér alltaf hafa náð svefni en einkennin í hans tilfelli voru frekar að hann var grátgjarn, sorgmæddur og dapur. Valdís

upplifði flókna og langvinna sorg í tengslum við andlát sonar síns. Það var ekki fyrr en tæpum fjórum árum síðar að hún upplifði á ný tilfinninguna að geta stjórnað líðan sinni. Foreldrarnir lýstu því hvernig þeir hefðu misst tengsl við raunveruleikann, alla jarðtengingu og verið dofin lengi. Á þessum tímapunkti átti engin úrvinnsla sér stað, þeir voru fastir í áfallinu og það sem meira er, þeir fundu að þeir gátu ekki stjórnað hvenær þeir væru tilbúnir í úrvinnslu eftir áfallið.

Flókin og langvinn sorg: „Sorgin er alltaf þarna, hvað sem maður gerir“

Foreldrarnir upplifðu mikla og djúpa sorg í kjölfar sjálfsvígsins, dýpri en þeir höfðu áður upplifað í tengslum við ótímabær andlát, og höfðu misjafna sögu að segja varðandi stuðning og eftirfylgd í kjölfarið. Í tilfelli Örnú og fjölskyldu var lítið um úrræði og stuðning: „Það var engin hjálp neins staðar, það var enginn sem hafði vit á því að kalla þennan hóp [fjölskylduna] saman, enginn.“ Þá nefndi hún að presturinn hafi veitt heilmikinn stuðning í upphafi en seinna þurfti hún að sækja alla hjálp sjálf á eigin kostnað. Hún taldi mikilvægt að lítið væri á fjölskylduna sem eina heild, allir þurfi á stuðningi að halda, og í tilvikum sem þessum séu foreldrar ekki í ástandi til þess að sinna öðrum börnum á heimilinu. Af þeim sökum er mikilvægt að langtímaustuðningur sé í boði. Stuðningur við Valdísi og Hrafn var enginn, sem þeim fannst óásætlanlegt. Sonur þeirra hafði skráð sig úr þjóðkirkjunni. Valdís sagði: „Aðkoma þjóðkirkjunnar hafði ekkert að segja, við vorum eiginlega bara í losti og vissum ekkert hvað við áttum að gera, það var enginn sem leiðbeindi okkur eitt né neitt, við urðum bara að finna út úr þessu sjálf.“ Undantekningin frá viðtækri upplifun af stuðningsleysi voru Katrín og fjölskylda sem fengu góðan stuðning og eftirfylgni veitta af presti strax í upphafi. Þeim fannst þó nærsamfélagið styðja þau best. Sorgin og söknuðurinn var mjög sterkur í tilviki Helenu og Þórs, en þau sögðust enn vera að læra að lifa með sorginni þar sem hún væri alltaf til staðar. Þór orðaði það svo:

„Sorgin er alltaf þarna hvað sem maður gerir, hún er þarna. Hún er ekki þannig að þetta þyrmi yfir mann, hún bara er alltaf. Það er ekki þannig að maður skríði upp í rúm í þunglyndi, þetta er meira eins og að ganga í drullu, það er þungt. Ég er ekki að leita eftir því að sorgin hverfi. Ég er ekkert að leita eftir því ... ég vil halda nálægðinni við hann og ég geri það í sorginni. Það er hún sem gerir það að verkum að hann er alltaf með manni. Maður saknar hans og þannig vil ég að það verði, ég vil ekkert hætta að syrgja. Maður lærir að lifa með þessu og það er svo sem ekki í boði að gera neitt annað, en þannig er þetta bara. Við höfum aldrei ásakað hann neitt og okkur finnst alveg hræðilegt að það hafi farið svona.“

Reynsla foreldranna af úrræðum: „Hjólíð sem ískrar í, það fær smurningu“

Foreldrarnir þörfuðust nándar, stuðnings og aðstoðar nærfjölskyldu og prestar reyndust yfirleitt mjög vel. Varðandi önnur úrræði þá fylgdu því óþægindi fyrir foreldrana að hafa það á tilfinningunni að þeir þyrftu að trana sér fram eftir aðstoð, að vera sífellt þeir sem leita og kvarta yfir þjónustuleysi. Þá kom fram hjá foreldrunum að skortur á verkferlum í tilfellum eins og sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum geri það að verkum að stuðningi sé mjög misskipt. Helena og Þór kynntust lakri þjónustu og úrræðaleyfi heilbrigðiskerfisins þegar sonur þeirra gerði alvarlega tilraun til sjálfsvígs sem leiddi til legu á geðdeild með viðkomu á bráðamóttökunni. Foreldrunum var hvorki boðin áfallahjálp né stuðningur í ferlinu þegar þeir þyrftu mjög á því að halda.

Foreldrarnir nefndu þætti eins og kostnaðarminni sálfræðiþjónustu og verkferla sem myndu tryggja að aðstandendur fengju stuðning í kjölfar svo mikils áfalls sem sjálfsvíg eru fyrir aðstandendur. Íðunn og Jón upplifðu stuðningsleysi af hálfu heilbrigðiskerfisins og töldu það óásætlanlegt. Þeirra álit er að heilbrigðiskerfið þurfi að taka breytingum, það verði að fara í gang ferli fyrir aðstandendur og það þurfi að vera á hreinu hver virkjar það. Jón sagði:

„Fólk deyr ýmist inni á heilbrigðisstofnunum eða utan og ef það er utan þá kemur lögreglan alltaf, þannig að það er lögreglan [sem] er kannski helst til þess fallin að virkja aðstoðina. Það er bara hreinlega þannig að hjólíð sem ískrar í, það fær smurningu ... ef þú bara treystir því að það sé eitthvert kerfi til staðar [og gerir ekkert sjálfur] þá færðu enga þjónustu.“

UMRÆÐA

Yfirskrift rannsóknarinnar er krefjandi lífsreynsla og flókin sorg sem lýsir vegferð foreldranna í hnotskurn. Heilsufar foreldra breyttist mikið eftir sjálfvígð og lýstu foreldrarnir neikvæðum breytingum á líðan, minnkuðu líkamlegu þreki, minni matarlyst, svefnleysi, minnisleysi, kvíða, streitu og verkjum og jafnvel kom til veikinda sem leiddu af sér aðgerðir. Samræmist það rannsóknarniðurstöðum Entilli og fleiri (2021a) og geta einkenni foreldranna flokkast undir líkamleg einkenni sársauka og sorgar (Spillane o.fl., 2017), en tilfinningar eins og að hafa brugðist sem foreldri, sjálfsásökun og sektarkennd eru dæmi um tilfinningar sem foreldrar glíma við eftir missi sem þennan (Castelli Dransart, 2017; Kawashima og Kawano, 2019; Shields o.fl., 2019). Foreldrarnir upplifðu allir sektarkennd, vildu hafa verið meira til staðar og vildu hafa séð í hvað stefndi, en þrátt fyrir þessar tilfinningar var niðurstaðan í öllum tilvikum sú að þeir hefðu ekki getað komið í veg fyrir sjálfsvígð. Eitt foreldrið upplifði sig hafa brugðist í foreldrahlutverkinu og flestir foreldrarnir fundu fyrir sjálfsásökun. Sálræn eftirköst sjálfsvíga geta orðið mikil og alvarleg og getur líðan aðstandenda þróast þannig að þeir hugleiði sjálfir að taka líf sitt (Tal o.fl., 2017). Varðandi það var ástandið tvísýnt um tíma á tveimur heimilum sem undirstrikar mikilvægið að halda vel utan um foreldra því sorgin getur heltekið þá og það þarf að hjálpa þeim að ná tökum á þessum mikla tilvistarsársauka (Jordan, 2020).

Foreldrarnir upplifðu allir flókna sorg og langvinnt sorgarferli þar sem þeim reyndist erfitt að ná fram jákvæðri breytingu á líðan. Djúpt skarð var enn til staðar og verður það alltaf en sorgin var orðin bærilegri í flestum tilvikum. Fyrsta hugsun dagsins var samt yfirleitt atburðurinn og söknuðurinn. Með tímanum lengdist tíminn á milli þeirra hugsana og þættir eins og að lifa með atburðinum varð niðurstaðan, þótt það væri nánast óbærileg tilhugsun.

Foreldrarnir þörfuðust nándar, stuðnings og aðstoðar nærfjölskyldu, og prestar reyndust líka vel þegar það átti við, en þeim fannst meira þurfa til. Í rannsókn McLaughlin og félaga (2016) voru rannsakaðar þarfir aðstandenda sem áttu ástvin í sjálfsvígshættu eða höfðu misst ástvin í sjálfsvígi. Var þar meðal annars nefnd þörf fyrir stuðning, ráðgjöf, að upplifa viðurkenningu á líðan og að hafa einhvern til að leita til. Einnig kom fram mikilvægi þess að fjölskyldumeðlimir hafi aðgengi að heilbrigðisstarfsfólki og stuðning frá því. Foreldrarnir töluðu allir um þá staðreynd að heilbrigðiskerfið hafi ekki komið til móts við þarfir þeirra á skipulagðan hátt í kjölfar sjálfsvígsins, heldur hafi þeir sjálf þurft í of miklum mæli að bera sig eftir stuðningi og aðstoð. Allir hefðu þeir viljað sjá heilbrigðiskerfið taka þeim opnari örmum, að þeim

hefði verið boðin aðstoð og að brugðist hefði verið við að fyrra bragði með upplýsingagjöf og einstaklingsmiðuðum stuðningi því þörfin var virkilega til staðar.

Foreldrunum fannst heilbrigðiskerfið ekki veita þeim stuðning á skipulagðan hátt og nefndu takmarkaða upplýsingagjöf í kjölfar atburðarins og fannst enginn á vegum heilbrigðiskerfisins grípa þá í áfallinu og reynast hjálplegur. Þetta samræmist niðurstöðum Foggin og félaga (2016) en fjölskyldur sem tóku þátt í rannsókn þeirra fannst heilbrigðisstarfsfólk og lögregla hafa brugðist sér. Rannsóknarniðurstöður þeirra sýna að ákall frá aðstandendum um þjónustu, úrræði og bjargráð eru töluverð en upplifunin sé aftur á móti sú að áhuga- eða úrræðaleysi innan heilbrigðiskerfisins ráði ríkjum. Frásagnir foreldranna í þessari rannsókn benda til sambærilegrar upplifunar hérlandis. Hlutverk heilbrigðiskerfisins þegar kemur að því að veita aðstandendum stuðning í kjölfar sjálfsvígs virðist ekki skýrt hér á landi og ekki eru til vinnuleiðbeiningar og verkferlar um það hvernig heilbrigðisstarfsfólk getur aðstoðað aðstandendur í svo flóknum aðstæðum. Af þessu að dæma er nauðsynlegt að koma upp skilvirkara kerfi og þar með verkferlum meðal starfsfólks heilbrigðiskerfisins sem styður betur við aðstandendur í þessum tilfellum.

Erlendar rannsóknir sýna að heilbrigðisstarfsfólk vill aðstoða en virðist vera tvístigandi í því nákvæmlega hvernig það eigi að bera sig að og hverjar þarfir aðstandenda séu (Foggin o.fl., 2016; Pitman o.fl., 2018; Wainwright o.fl., 2020). Lögreglan kemur að öllum sjálfsvígum og vildu foreldrarnir meina að hún væri best til þess fallin að koma upplýsingum áleiðis til viðeigandi aðila sem myndu bjóða foreldrum og fjölskyldu hins látna stuðning. Samkvæmt niðurstöðum erlendra rannsókna þykir mörgum aðstandendum réttast að það sé í höndum heilsugæslunnar að taka fyrsta skrefið í samskiptum eftir sjálfsvíg, þar sem heilsugæslan er almennt sögð eiga að vera fyrsti viðkomustaður einstaklings í heilbrigðiskerfinu. Þaðan yrði haft samband, boðið upp á aðstoð og stuðning ásamt því að veita aðrar gagnlegar upplýsingar til dæmis um áframhaldandi stuðning (Nic an Fhailí o.fl., 2016; Wainwright o.fl., 2020). Allir foreldrarnir í þessari rannsókn viðurðu þá hugmynd að þverfaglegt teymi yrði virkjað þegar sjálfsvíg eiga sér stað. Að mati rannsakenda væri vettvangur heilsugæslunnar á Íslandi best til þess fallinn að sinna verkferlum með teymi eða annars konar stuðningi við aðstandendur sem missa í sjálfsvígi, þar sem heilsugæslustöðvar eru staðsettar um allt land.

Víða um heim eru starfrækt samtök til forvarnar og stuðnings við eftirlifendur þeirra sem láta lífið í sjálfsvígi og eru Pieta samtökin á Íslandi sambærileg þeim. Þeir foreldrar sem nýlega höfðu upplifað missi töldu upp marga kosti samtakanna en töldu jafnframt að heilbrigðiskerfið ætti að gegna lykilhlutverki í stuðningi við aðstandendur og ítrekuðu að stuðningurinn yrði að vera langtímaúrræði og byggður á þörfum eftirlifenda. Þá er vert að nefna að til eru handbækur til sjálfshjálpar fyrir aðstandendur sem hafa misst ástvin vegna sjálfsvígs (Biskupsstofa og Skálholtsútgaðan, 2009) en rannsakendur telja að þverfaglegt teymi heilbrigðisstarfsfólks sem kæmi að því að styðja aðstandendur strax í upphafi og áfram í sorgarferlinu gæti reynst mjög hjálplegt. Þverfagleg vinnubrögð þar sem þjónustuþegi hefur aðgang að fagaðilum með mismunandi bakgrunn gæti verið lykillinn að bættri líðan foreldra. Slíkt teymi gæti verið starfrækt í fleiri tilfellum en sjálfsvígum, en skýrir vinnuferlar þyrftu að vera til staðar til þess að marka þætti líkt

og hverjir tilheyra teyminu, hvaða þjónustu fagaðilar veita, hve lengi og hve oft. Rannsóknir styðja aðkomu heilbrigðisstarfsfólks í stuðningi eftir sjálfsvíg (Nic an Fhailí o.fl., 2016). Mikilvægt er þó að horfa til bakgrunns einstaklinga sem veita umræddan stuðning og stuðla að einstaklingsmiðuðum stuðningi til að mæta þörfum og óskum hvers og eins, til dæmis hvað varðar ólík trúarbrögð. Margar þær tilvistarspurningar sem eftirlifendur hafa er best svarað í samræðum við viðkomandi presta (Jordan, 2020).

Líkt og niðurstöður sýna eru prestar virkir aðilar í tilkynningum ásamt lögreglunni og þyrftu þeir að vera hluti af þverfaglegu viðbragðsteymi. Teymið ætti ávallt að starfa með það að leiðarljósi að aðstandendur séu miðpunktur þjónustunnar og því þarf þjónustan að vera einstaklingsmiðuð. Þjónustuþeginn ætti að geta nýtt sér hæfni og þjónustu fagfólks úr teyminu á hvaða tímamarki sem er í sorgarferlinu því þannig er líklegra að sorgarúrvinnsla eftirlifenda verði markvissari. Heilsugæslustöðvarnar geta haft val um það hverjir tilheyra viðbragðsteyminu á hverri starfsstöð, því mannaflí getur verið misjafn milli landssvæða. Höfundar leggja til að unnið verði viðurkennt gæðaskjal af faghópi sem nýtist heilbrigðisstofnunum landsins og að í því verði fjallað um það hvernig best er að veita aðstoð og þjónustu við aðstandendur í skyndilegum dauðsföllum eins og sjálfsvígum. Sorg eftir andlát dóttur/sonar er ævilangt ferli og stuðningur er oft talinn mikilvægasti þátturinn í að takast á við þá flóknu og langvinnu sorg (Raitio o.fl., 2015).

ÁLYKTANIR OG LOKAORD

Þátttakendur í rannsókninni lýstu reynslu sinni af sjálfsvígi sonar/dóttur sem krefjandi lífsreynslu og að sorg þeirra hafi verið langvinn og flókin og afleiðingarnar langvarandi fyrir bæði líkamlega og andlega heilsu þeirra. Rannsakendur álykta út frá niðurstöðum að móta þurfi skýrar verklagsreglur varðandi stuðning við þennan hóp syrgjenda, bæði innan trúarsamfélaga, heilbrigðiskerfisins og löggæslunnar en þau kerfi voru einna helst nefnd í tengslum við stuðning og úrræði. Það er enn fremur ályktun höfunda að heilbrigðiskerfið gæti verið einna best til þess fallið að grípa aðstandendur eftir sjálfsvíg með úrræðum sem miða að þörfum hvers og eins. Fólk í áfalli er ekki í stakk búið til þess að leita sjálft að úrræðum að eigin frumkvæði. Þjónustan þarf að vera í boði, sýnileg og aðgengileg.

STYRKLEIKAR OG TAKMARKANIR RANNSÓKNARINNAR

Rannsóknin veitir sýn á þá mannlegu reynslu að missa son eða dóttur vegna sjálfsvígs sem geta hjálpað hjúkrunarfræðingum í heildrænni umönnun og fjölskylduhjúkrun. Það er hins vegar takmörkun að ekki er hægt að alhæfa neitt um niðurstöður enda er það ekki markmið fyrirbærafræði heldur að auka og dýpka þekkingu á þessari krefjandi reynslu.

ÞAKKIR

Höfundar þakka foreldrunum sem tóku þátt í rannsókninni fyrir að deila reynslu sinni og veita þannig mikilvægar upplýsingar sem nýst geta þeim sem styðja vilja foreldra sem lenda í þessari krefjandi lífsreynslu.



ENGLISH SUMMARY

Challenging life experience and complicated grief: Surviving the suicide of a son or daughter

Bjornsdottir, E. A., Sigurdardottir, S., Halldorsdottir, S.

ABSRTAKT

Aim

Suicide is a global health problem and the fourth most common cause of death in the 15-29 age group. Parents' experience of losing a son or daughter to suicide has not been researched much in Iceland. The purpose of the study was to explore parents' experience of losing a daughter or son to suicide and the support available to parents afterwards.

Method

In this phenomenological study, 13 interviews were conducted with 10 parents, seven mothers and three fathers, who had lost a son or daughter, aged 17-37, to suicide.

Results

For the parents, the suicide was a challenging life experience, followed by a complex grief. All but one of the participants' sons and daughters had pre-suicide difficulties such as suicidal ideation, self-injurious behaviour and suicide attempts. The suicide still caught all the parents by surprise and caused a major trauma. Numbness set in and they struggled with daily life, lost appetite, sleep, short-term memory, balance, grounding, and touch with reality. All of them experienced complex feelings such as guilt and self-blame, and the trauma took a toll on their mental and physical health, where anxiety, depression and pain were prominent. Grief processing was long-lasting, and support was of different calibre and it was largely up to the parents themselves to seek support if spiritual and/or pastoral care failed or did not last long enough. Parents expressed disappointment regarding the healthcare system because no assessment of their needs for support or resources was conducted.

Conclusions

The healthcare services must have standard operating procedures for parents who lose a son or daughter to suicide. Parents in these situations need someone to guide them through the grief, offer support, and provide information about long-term resources. The healthcare system could take on a leadership role in this area in consultation with those concerned.

Keywords

Suicide, parents, bereavement, grief, trauma, phenomenology.

Correspondent

elinardis92@gmail.com

HEIMILDASKRÁ

- Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organization) [WHO]. (2021). Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
- Ástvinamissir vegna sjálfsvígs: Handbók til sjálfshjálpar fyrir aðstandendur.
- Elin Ebba Gunnarsdóttir (þýðandi) (2011). Ástvinamissir vegna sjálfsvígs: Handbók til sjálfshjálpar fyrir aðstandendur. Fræðsluvið Biskupsstofu og Skólholtsútgáfan.
- Baldwin, M., Boilini, H. og Lamvu, G. (2017). Chronic pain and suicide: Is there a role for ketamine? *Military Medicine*, 182(11), 1746-1748. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00034>
- Bryan, C. J., Kanzler, K. E., Grieser, E., Martinez, A., Allison, S. og McGeary, D. (2017). A shortened version of the Suicide Cognitions Scale for identifying chronic pain patients at risk for suicide. *Pain Practice*, 17(3), 371-381. <https://doi.org/10.1111/papr.12464>
- Campisi, S. C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P. og Bhutta, Z. A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: A pooled analysis of the Global School-Based Student Health Survey. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z>
- Castelli Dransart, D. A. (2017). Reclaiming and reshaping life: Patterns of reconstruction after the suicide of a loved one. *Qualitative Health Research*, 27(7), 994-1005. <https://doi.org/10.1177/1049732316637590>
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Venne, J. v. d., Moore, M. og Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Clapperton, A., Newstead, S., Bugeja, L. og Pirkis, J. (2019). Relative risk of suicide following exposure to recent stressors, Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 43(3), 254-260. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12886>
- Entilli, L., Leo, D. D., Aiolfi, F., Polato, M., Gaggi, O. og Cipolletta, S. (2021). Social support and help-seeking among suicide bereaved: A study with Italian survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228211024112>
- Entilli, L., Ross, V., De Leo, D., Cipolletta, S. og Kolves, K. (2021). Experiences of parental suicide-bereavement: A longitudinal qualitative analysis over two years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 564. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020564>
- Feigelman, W., Cerel, J., McIntosh, J. L., Brent, D. og Gutin, N. (2018). Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 General Social Survey. *Journal of Affective Disorders*, 227, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.056>
- Foggin, E., McDonnell, S., Cordingley, L., Kapur, N., Shaw, J. og Chew-Graham, C. A. (2016). GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 66, e737-e746. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686605>
- Graves, J. M., Mackelprang, J. L., Van Natta, S. E. og Holliday, C. (2018). Suicide prevention training: Policies for health care professionals across the United States as of October 2017. *American Journal of Public Health*, 108(6), 760-768. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2018.304373>
- Hildur Guðný Ásgeirsdóttir (2019). *Suicidal behavior: The role of traumatic life events and macroeconomic fluctuations*. Doktorsritgerð í lýðheilsuvísindum við Háskóla Íslands. Opinn aðgangur: <https://hdl.handle.net/20.500.11815/1131>
- Ingibjörg Eva Þórisdóttir, Sigrún Danielsdóttir og Salbjörg Bjarnadóttir. (2018). *Sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir meðal íslenskra ungmenna: Niðurstöður kannana í framhaldsskólum frá 2000 til 2016*. Embætti landlæknis.
- Jordan, J. R. (2020). Lessons learned: Forty years of clinical work with suicide loss survivors. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Úrtök og úrtöksaðferðir í eiginlegum rannsóknnum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók i aðferðafræði* (bls. 205-217). Háskólinn á Akureyri.
- Kawashima, D. og Kawano, K. (2019). Parental grief after offspring suicide and adaptation to the loss in Japan. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 79(1), 34-51. <https://doi.org/10.1177/0030222817710139>
- Knopf, A. (2017). Depression/suicide risks for overweight/obese teens with BD. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 33(2), 3-4. <https://doi.org/10.1002/cbl.30191>
- Kölves, K. og De Leo, D. (2016). Adolescent suicide rates between 1990 and 2009: Analysis of age group 15-19 years worldwide. *The Journal of Adolescent Health*, 58(1), 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.014>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F. 3ði, Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., Iglewicz, A., Glorioso, D., Avanzino, J., Wetherell, J. L., Karp, J. F., Robinaugh, D. og Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, 41(5), 267-275. doi: <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Lorant, V., Gelder, R. d., Kapadia, D., Borrell, C., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Rodríguez-Sanz, M., Wojtyniak, B., Strand, B. H., Bopp, M. og Mackenbach, J. P. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: The widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 356-361. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.32>
- Margrét Hrönn Svavarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Réttmæti og áreiðanleiki í eiginlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók i aðferðafræði* (bls. 219-236). Háskólinn á Akureyri.
- McLaughlin, C., McGowan, I., Kernohan, G. og O'Neill, S. (2016). The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. *Journal of Mental Health*, 25(3), 212-216. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101421>
- Mughal, S., Azhar, Y. og Siddiqui, W. J. (2021). Grief reaction. *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507832/>
- Murphy, S. L., Xu, J., Kochanek, K. D., Arias, E. og Tejada-Vera, B. (2021). Deaths: Final data for 2018. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 69(13), 1-83. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr69/nvsr69-13-508.pdf>
- Nic an Fhailí, M., Flynn, N. og Dowling, S. (2016). Experiences of suicide bereavement: A qualitative study exploring the role of the GP. *British Journal of General Practice*, 66(643), e92-e98. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683413>
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Brigde, J. A., Liu, S. og Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 141(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3517>
- Oppong, A. K., Kugbey, N., Osafo, J., Quarshie, E. N. og Sarfo, J. O. (2017). The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. *SSM - Population Health*, 3, 427-434. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.005>
- Owusu-Ansah, F. E., Addae, A. A., Peasah, B. O., Asante, K. O. og Osafo, J. (2020). Suicide among university students: Prevalence, risks and protective factors. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 220-233. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978>
- Pitman, A. L., Rantell, K., Moran, P., Sireling, L., Marston, L., King, M. og Osborn, D. (2017). Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014487>
- Pitman, A. L., De Souza, T., Putri, A. K., Stevenson, F., King, M., Osborn, D. og Morant, N. (2018). Support needs and experiences of people bereaved by suicide: Qualitative findings from a cross-sectional British study of bereaved young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 666. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040666>
- Raitio, K., Kaunonen, M., og Aho, A. L. (2015). Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving mothers after the death of a child. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 510-520. <https://doi.org/10.1111/scs.12183>
- Roh, B., Jung, E. H. og Hong, H. J. (2018). A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investigation*, 15(4), 376-383. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02>
- Shields, C., Russo, K. og Kavanagh, M. (2019). Angels of courage: The experiences of mothers who have been bereaved by suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(2), 175-201. <https://doi.org/10.1177/0030222817725180>
- Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Fyrirbærafraði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Rannsóknir: Handbók i aðferðafræði* (bls. 255-275). Háskólinn á Akureyri.
- Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F. og Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: A systematic review. *BMC Public Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., Iglewicz, A., Glorioso, D., Avanzino, J., Wetherell, J. L., Karp, J. F., Robinaugh, D. og Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, 41(5), 267-275. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Turecki, G. og Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Wagner, B., Hofmann, L. og Grafiadeli, R. (2021). The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
- Wainwright, V., Cordingley, L., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., Shaw, J., Smith, S., McGale, B. og McDonnell, S. (2020). Experiences of support from primary care and perceived needs of parents bereaved by suicide: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(691), e102-e110. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X707849>
- Walker, R. S. (2017). After suicide: Coming together in kindness and support. *Death Studies*, 41(10), 635-638. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335549>
- Wilhelm Norðfjörð. (2001). Sjálfsvíg ungs fólks á Íslandi: *Samanburður á sjálfsvígum á Austurlandi og höfuðborgarsvæði 1984-1991*. Landlæknisembættið. <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2774/2785.pdf>.