



UMEÅ UNIVERSITET

NÄRSTÅENDE SOM MIST NÅGON I SUICID

– upplevelsen av stödinsatser och
sambandet med self-compassion

Beatrice Augustsson och Minna Östman

HT 2018
Examensarbete, 30 hp
Psykologprogrammet, 300 hp
Handledare: Anna Sundström

Vi vill börja med att tacka vår handledare Anna C Sundström för tålamod, stöd och råd i vårt skrivande. Tack till alla deltagare som valde att svara på enkäten och till vår kontakt Karin Johansson på SPES som gjort uppsatsen möjlig. Till slut vill vi även rikta ett stort tack till Baltazar som tillfört glädje under vårt skrivande.

Abstrakt

Närstående som mist någon i suicid är i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa. Få studier har undersökt närståendes upplevelse av samhällets stödinsatser. Det är även få studier som undersökt relationen mellan närståendes grad av self-compassion och hjälpsökande beteende. Syftet med denna studie var därför att undersöka hur närstående upplever samhällets stödinsatser, samt om det finns ett samband mellan grad av self-compassion, antalet stödinsatser de sökt och vilken stödinsats de vänt sig till. Studien bestod av 174 personer som var medlemmar i den ideella organisationen Suicidprevention och efterlevandestöd (SPES) där samtliga var över 18 år. Oberoende t-test användes för att se skillnad i medelvärde mellan olika grupper av self-compassion och antalet stödinsatser de sökt. Vidare gjordes chi-två test och ANOVA-analyser för att se om det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan grad av self-compassion, antalet stödinsatser de sökt samt vilken typ av stöd. Resultatet visade att närstående fått mest stöd från framförallt familjemedlem/vän eller partner men även från ideell organisation och religiöst förbund. Minst stöd upplevde de att de fått från vuxenpsykiatri, vårdcentral och privat professionell behandlare. Det fanns ett signifikant samband mellan antalet stödinsatser deltagare sökt och grad av self-compassion, där de med lägre grad av self-compassion sökte fler stödinsatser. Resultatet visade även en signifikant skillnad i skattningen mellan olika grader av self-compassion och vilka som sökt stödinsatserna vuxenpsykiatri och familjemedlem/vän eller partner. Resultatet tyder på att det nuvarande stödet är bristande och det behövs mer forskning inom området som underlag till förbättring.

Nyckelord: Närstående, suicid, self-compassion, hjälpsökande beteende, stödinsatser

Abstract

People bereaved by suicide are at risk to develop mental health problems. Few studies have aimed to research on their experience of support efforts in combination with self-compassion and how it influences help-seeking behaviour. The purpose of the study was to investigate how the bereaved experience support efforts, and whether the degree of self-compassion affects how much support they sought and which support effort they turned to. The participants were 174 persons from the non-profit organization Suicidprevention och efterlevandestöd (SPES) and all participants were over 18 years old. Independent t-test was used to see the difference in means between groups of self-compassion and the number of support efforts they sought. Chi-square test and ANOVA-analyzes were used to calculate the significant difference between groups in self-compassion, how much and what kind of support they sought. Results showed that the bereaved experienced most support from family members/friends or partners, non-profit organizations and religious associations. They experienced least support from adult psychiatry, primary care and private practicing psychologists. There was a significant association between how many support efforts bereaved sought and degree of self-compassion, where they with lower degree of self-compassion sought more support efforts. The result showed a significant difference between degree of self-compassion and those who sought help from adult psychiatry and family member/friend or partner. As the result indicates that the current support is inadequate, more research in this area is needed as a basis for improvement.

Keywords: Bereaved by suicide, suicide, self-compassion, help-seeking behaviour, support efforts

Närstående som mist någon i suicid: Upplevelsen av stödinsatser och sambandet med self-compassion

Suicid anses enligt World Health Organization (2017) vara ett stort hälsoproblem som varje år tar ungefär 800 000 liv, varav cirka 1 500 av dessa sker i Sverige (Dyregrov, Dieserud & Plyhn, 2012). Det har framkommit tydliga skillnader mellan män och kvinnor, där fullbordade suicid är tre gånger mer vanligare hos män (Bachman, 2018). I Sverige har Folkhälsomyndigheten ett nationellt handlingsprogram som syftar till att minska antalet suicid (Ferm, 2009). Detta handlingsprogram innefattar att ta fram och sprida kunskap, att samordna det suicidförebyggande samarbetet samt göra uppföljningar av detta. För varje individ som begår suicid uppskattas det att minst sex personer blir direkt påverkade (WHO, 2017). De närstående som blir påverkade av förlusten har visat en ökad risk för utveckling av psykiska problem, såsom depression, samt missbruk av alkohol och substanser (Polpili m.fl., 2013). Den psykiska smärta som närstående upplever efter att ha mist någon har också visat sig kunna leda till egna suicidtankar och beteenden och till och med fullbordat suicid, om de inte blir erbjudna hjälp i form av lämpligt stöd (Pitman, Rantell, Marston, King, & Osborn, 2017; Polpili m.fl., 2013).

Vikten av efterlevandestöd har undersökts i Europa, Australien och USA, och resultaten har visat att 80–90% av närstående som mist någon i suicid önskar få professionell hjälp, såsom hjälpinsatser från polis, sjukvårdspersonal eller kyrka (McMenamy, Jordan & Mitchell, 2008; Provini, Everett & Pfeffer, 2000; Wilson & Clark, 2005). Närstående verkar dock tycka det är svårt att både hitta information om tillgänglig hjälp och att få kontakt (McMenamy m.fl., 2008). I Sverige finns olika stödföreningar för personer som mist någon i suicid, exempelvis Nationella hjälplinjen, där man kan få kostnadsfri psykologisk hjälp genom telefonkontakt, och stödorganisationer såsom exempelvis Suicidprevention och efterlevandestöd (SPES). Det finns även stöd att tillgå från religiösa förbund, bland annat från Svenska kyrkan i form av gruppmöten med andra närstående som mist någon i suicid (Svenska Kyrkan, 2018). Det har vidare visat sig att närstående önskar att stödet ska vara uppsökande, då de upplever det svårt att be om den hjälp de behöver (McMenamy m.fl., 2008; Provini m.fl., 2000; Wilson & Clark, 2005). Det finns dock ännu få studier som har undersökt närståendes behov närmare och fler studier efterfrågas (McMenamy m.fl., 2008). Genom ökad kunskap om stöd för närstående som mist någon i suicid finns möjlighet att minska den psykiska ohälsan hos närstående samt minska suicidrisken (McMenamy m.fl., 2008).

Tidigare forskning har funnit att det finns en tydlig skillnad mellan det stöd som de närstående önskat och den professionella hjälp som samhället erbjuder. I en studie av Wilson och Marshall (2010) fann man exempelvis att hela 94% av deltagarna hade indikerat att de var i behov av stöd/hjälp för att kunna hantera sin sorg men att mindre än hälften av dessa fick hjälp, och av dessa var endast 40% tillfredsställda med den hjälp de fått. I studien av Wilson och Marshall (2010) studerades även om de närstående själva aktivt sökt professionell hjälp. Resultatet visade att flertalet inte gjorde det och orsaken till detta var en kombination av överväldigande sorg och en förväntan om att hälsovården ska initiera kontakten. En annan orsak till att personer inte sökte hjälp verkade vara att de upplevde en oro kring vad andra ska tro och tycka om dem. Detta har identifierats som mer vanligt förekommande hos män, förmodligen på grund av normer kring maskulinitet där hjälpsökandebeteende ses som negativt och minskar intentionen att söka hjälp (Hammer, Vogel, & Heimerdinger-Edwards, 2013; Vogel, Heimerdinger-Edwards, Hammer, & Hubbard, 2011). Ytterligare en orsak till att närstående inte söker professionell hjälp verkar vara avsaknad av tillit och respekt, där unga visat ett ökat hjälpsökandebeteende gentemot personer eller stödinsatser de litar på. Till skillnad mot äldre verkar unga föredra och förlita sig mer på självhjälp, där höga tankar om

den egna förmågan att hjälpa sig själv och låg tillgänglighet till hjälpinsatser minskar ett hjälpsökandebeteende. Många närstående verkar inte heller veta vilka stödinsatser som finns att tillgå för psykisk ohälsa. Tidigare positiva erfarenheter av hälsovården samt positiva attityder till hjälpsökandebeteende har däremot identifierats som viktiga faktorer som bidrar till att söka hjälp (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

Det sociala nätverket har visat sig vara viktigt för de närstående. Det sociala nätverket innefattar exempelvis släkt, vänner, arbetskamrater, studiekamrater, bekanta eller grannar. Studier har funnit att unga som förlorat en närstående i suicid upplever behovet av stöd från det sociala nätverket som omätligt, samtidigt som de känner en besvikelse gällande stödet överlag, då de upplever att det inte uppfyller deras förväntningar. De uppger exempelvis att stödet avslutas för tidigt, att de råd och stöd de fått inte var hjälpfulla eller att anhöriga och vänner dragit sig undan. Samtidigt antyder vänner och anhöriga att de upplever sig som otillräckliga och osäkra i relation till den närstående som mist någon (Dyregrov m.fl., 2012).

Som ett ytterligare komplement till stödet från det sociala nätverket finns möjligheten att vända sig till stödorganisationer för närstående (Dyregrov m.fl., 2012). Få studier har dock undersökt varför närstående söker sig till stödorganisationer och vilken effekt detta stöd ger (Polpili m.fl., 2013). De studier som har undersökt det visade att närstående hade en positiv upplevelse av att söka hjälp hos olika stödorganisationer, då de fick stöd från andra närstående som också mist någon i suicid (Dyregrov m.fl., 2012; Schneider, Grebner, Georgi och Schnabel, 2011). Vidare upplevde de att det blev lättare att acceptera sin sorgprocess om känslorna delades med andra då det ingav en känsla av förståelse eftersom de upplevt en liknande kris. Närstående menar att det kan vara svårt att prata med anhöriga och vänner, då närstående kan ha "förbjudna tankar" såsom ilska gentemot den som tagit sitt liv, att de känner en lättnad över dödsfallet eller har egna suicidtankar och -beteenden (Dyregrov m.fl., 2012). De personer med hög grad av egna suicidtankar och beteenden tenderar att vara mindre benägna att söka hjälp och behandling överlag. Dessa personer föredrar istället att vända sig till olika typer av onlineforum (Wilks, Coyle, Krek, Lungu, & Andriani, 2018).

Vanligt förekommande känslor bland närstående som mist någon i suicid har visat sig vara känslor av skuld och skam. Det finns även funderingar kring varför personen begick suicid (Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski & Thompson, 1992). Dessa känslor verkar förekomma i högre grad hos personer som förlorat någon i suicid än hos de som förlorat någon genom naturliga dödsorsaker (Pitman, Osborn, Rantell och King, 2016). Skam och skuld uttrycks exempelvis genom att personen skuldbelägger sig själv och att de ser det som ett misslyckande att de inte kunnat förhindra dödsfallet. Dessutom kan det ge en känsla av att inte vara älskad av den som begått suicid (Farberow m.fl., 1992). En del närstående verkar känna sig avvisade och övergivna av den de förlorat i suicid, vilket kan leda till en upplevelse av att känna sig värdelös. Denna upplevelse kan i sin tur leda till att personen isolerar sig från de som kan ge stöd och avlastning i sorgen. Känslan av skuld hos närstående kan vidare bidra till en upplevelse av att andra håller dem ansvariga för självmordet, vilket leder till en mindre benägenhet att söka hjälp (Schneider m.fl., 2011). Ibland har andra personer upplevt den närstående som besvärad och undviker därför att prata om det suicid som inträffat. Dessa personer drar sig då undan, vilket gör att närstående blir ännu mer isolerade (Popili m.fl., 2013). Det som verkar vara mest effektivt för sorgprocessen är öppenhet, där den närstående ärligt berättar om förlusten och sina känslor kring den. Vidare upplever en del närstående att traumat och sorgen går över fortare om de undviker att prata om det, men det verkar istället leda till en ökad skam hos de närstående (Dyregrov m.fl., 2012).

Upplevelsen av stigmatisering kring psykisk ohälsa har identifierats som ett hinder för att söka professionell hjälp (Gulliver m.fl., 2010). Detta i synnerhet vid suicid då detta är förknippat med en högre grad av upplevd stigmatisering hos de närstående än en förlust genom

naturliga dödsorsaker (Farberow m.fl., 1992). Enligt Pitman med kollegor (2016) består begreppet stigma av tre dimensioner: publikt eller personligt stigma, uppfattat stigma samt självstigma. Publikt eller personligt stigma innebär andra personers faktiska tankar och beteenden som visas genom misstro, rädsla, negativa kognitiva bias, stereotypisering samt en social genans och undvikande. Den andra dimensionen är uppfattat stigma vilket innebär en medvetenhet om andras stigmatiserande attityder och kan ses som en form av subjektivt stigma. Den tredje dimensionen av stigma är självstigmatisering där personen internaliserar andras negativa attityder, diskriminering och nedvärderingar (Pattyn, Verhaeghe, Sercu & Bracke, 2014; (Pitman m.fl., 2016). Exempelvis visade studien av Pitman med kollegor (2016) att föräldrar som mist sitt barn i suicid upplevde en negativ respons från både familj och vänner efter förlusten. Detta ledde till att det uppfattade stigmat blev internaliserat som ett självstigma, vilket framkallade känslor av skam och värdelöshet. Det upplevda självstigmat minskade även medvetenheten om tillgängligt stöd samt minskade ett hjälpsökande beteende. Vidare verkar publika och personliga stigma minska andra människors villighet att erbjuda stöd. Personer som internaliserat negativa stereotyper, och därmed har en högre grad av upplevt självstigma, verkar anse att vård från allmänläkare och psykiatriker är av mindre vikt. Vidare framkom det att personer med högre grad av upplevt publikt stigma även skattade informellt hjälpsökande som mindre viktigt och insåg inte vikten av informell vård. Få studier har dock tittat på sambandet mellan upplevt stigma och informellt hjälpsökande beteenden (Pattyn m.fl., 2014).

Ett upplevt stigma har visat sig påverka den negativa självvärderingen och leda till att personen negativt utvärderar sitt tidigare beteende i relation till andras framgång (Pitman m.fl., 2016). En vidare förståelse av negativ självvärdering förklaras av Neff (2003) genom begreppet self-compassion. Self-compassion delas enligt Neff (2003) in i tre huvudkomponenter; vänlighet mot sig själv (self-kindness), gemensam mänsklighet (common humanity) och medveten närvaro (mindfulness). Vänlighet mot sig själv innefattar förmågan att vara förstående och snäll mot sig själv då man upplever smärta eller misslyckande, istället för att vara självkritisk. Gemensam mänsklighet beskrivs som förmågan att kunna lyfta blicken och se sina erfarenheter som en del av det som händer alla människor, istället för att se det som separata och isolerade händelser. Den sista delen av self-compassion är medveten närvaro, vilket beskrivs som förmågan att inte överidentifiera sig med sina smärtsamma känslor och erfarenheter. I en metaanalys av Zessin, Dickhäuser, Garbade (2015) framkom det att self-compassion spelade en viktig roll i en individs välmående. En hög förmåga till self-compassion innebär inte att de negativa känslorna byts ut mot positiva, utan att personen besitter en högre förmåga att på en kognitiv nivå integrera och acceptera negativa erfarenheter (Zessin m.fl., 2015).

I dagens samhälle finns det ett publikt stigma gällande att söka stöd (Clement m.fl., 2015; Gulliver m.fl., 2010). Om en person applicerar detta stigma på sig själv minskar det ett hjälpsökande beteende (Pattyn m.fl., 2014; Pitman m.fl., 2016). En hög grad av self-compassion verkar i viss mån fungera som ett skydd mot publikt stigma och verkar hindra personen från att applicera detta på sig själv som ett självstigma (Heath, Brenner, Lannin & Vogel, 2018). Detta kan leda till att personen är mindre självkritisk och inte ser sig som svag om man söker hjälp. En hög grad av self-compassion verkar alltså predicera en högre grad av vårdsökande beteende (Hermato & Zuroff, 2016). Detta går i linje med tidigare forskning av Neff (2003) där förmågan till self-compassion gör att personen förhåller sig mer vänligt mot sig själv och är mer accepterande mot att söka hjälp. Trots att forskning har indikerat att self-compassion fungerar som en skyddande faktor mot upplevt stigma vid hjälpsökande beteende finns det fortfarande få studier som studerar detta samband (Allen & Leary, 2010; Heat m.fl., 2018).

Sammanfattningsvis visar tidigare forskning att närstående som mist någon i suicid är i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa och få egna suicidtankar och -beteenden (Popili m.fl., 2013). Tidigare forskning har även visat att närstående önskar få mer stöd och att de upplever en brist på tillgängligt stöd från samhället (Wilson & Marshall, 2010). Det finns dock forskningsluckor, såsom att identifiera vilket stöd närstående är i behov av och stigmatiseringens inverkan på hjälpsökandebeteende (McMenamy m.fl., 2008; Pitman m.fl., 2016). Mer forskning efterfrågas även gällande hur närstående upplever stödinsatser och vad som påverkar deras hjälpsökandebeteende (Allen & Leary, 2010; Gulliver m.fl., 2012; Heath m.fl., 2018; McMenamy m.fl., 2008; Pattyn m.fl., 2014; Popili m.fl., 2013). Det saknas även studier på större populationer om vad som har inverkan på hjälpsökandebeteende då tidigare studier i huvudsak varit kvalitativa och kvantitativ forskning ger ett mer generaliserbart resultat (Gulliver m.fl., 2012; Popili m.fl., 2013). Det är även få studier av närstående som mist någon i suicid gjorda på en svensk population, de flesta av tidigare studier kommer från västerländska kulturer så som USA, Australien och Europa (McMenamy m.fl., 2008; Provini m.fl., 2000; Wilson & Clark, 2005).

Denna uppsats syftar därför till att undersöka hur närstående som mist någon i suicid upplever det stöd de fått/får av olika stödinsatser i samhället. Samt om det finns ett samband mellan grad av self-compassion hos den närstående, hur mycket stöd denne sökt och vilken typ av stödinsats de vänder sig till för att hantera sin förlust.

Uppsatsen avser att svara på följande frågeställningar:

- Vilken typ av stöd har närstående som mist någon i suicid blivit erbjudna och har de upplevt detta stöd som tillräckligt?
- Hur upplever närstående socialt stöd, stöd i sorg, anonymitet, stigmatisering och tillgänglighet i de olika stödinsatserna (religiösa förbund, familj, vårdcentral, vuxenpsykiatri, privat professionell vård och ideell organisation)?
- Finns det ett samband mellan närståendes grad av self-compassion och hur många stödinsatser de sökt?
- Finns det ett samband mellan närståendes grad av self-compassion, hur de upplever socialt stöd, stöd i sorg, anonymitet, stigmatisering och tillgänglighet i de olika stödinsatserna samt vilken typ av stödinsats de sökt?

Metod

Deltagare

Deltagarna i studien bestod av närstående som mist någon i suicid och rekryterades genom den ideella organisationen SPES slutna Facebookgrupp som vid rekryteringstillfället hade 2 290 medlemmar. Urvalet var ett typiskt urval och bestod av den population uppsatsen ämnade att undersöka, alltså närstående som mist någon i suicid.

Procedur

Ansvarig förbundssekreterare för SPES kontaktades via mejl och godkände en datainsamling. Enkäten pilottestades via Google Forms i ett bekvämlighetsurval ($n=10$). Efter pilottestningen genomfördes redigeringar grundade på konstruktiv kritik från deltagarna. För att få in mer bakgrundsinformation gällande levnadssituation och vilken relation deltagaren hade till den de mist i suicid lades några frågor till i enkäten (item 6–8). Vidare inkluderades fler frågor för att besvara frågeställningen angående vilka hjälpinsatser närstående blivit erbjudna och om de upplevt stödet som tillräckligt (item 9–19). Gällande frågor som berör

stigmatisering, tillgänglighet och socialt stöd förtydligades innebörden av dessa för att samtliga deltagare skulle tolka begreppet likartat. Vid frågor som berör hjälpinsatsen ideell organisation lades frågor till för att ge mer information om varför deltagarna väljer detta stöd och vilka eventuella begränsningar det kan finnas (item 35–37). Vid del tre, som avser att mäta grad av self-compassion, ändrades fråga 61 från “När jag känner mig nere fokuserar jag och hänger upp mig på allt som är fel” till “När jag känner mig nere fastnar jag och hakar upp mig på allt som är fel”. Detta då den tidigare formuleringen uppfattades som stötande för urvalsgruppen.

Enkäten publicerades av ansvarig kontakt hos SPES i den slutna Facebookgrupp där samtliga medlemmar hade möjlighet att svara. I detta inlägg gavs en kort introduktion till enkäten gällande att data är avidentifierad, att endast ett svar kan ges på varje fråga samt att enkäten tar cirka 15 minuter att besvara. De fullständiga instruktionerna fann deltagarna på enkätens förstasida (se bilaga 1). Enkäten låg ute mellan datumen 2018-10-01-- 2018-10-15 och stängdes därefter. Enkäten lades ut vid ett första tillfälle och efter åtta dagar skickades en påminnelse ut. Det förekom ingen ersättning för deltagande i enkätundersökningen. Enkäten skapades genom Google Forms och konverterades sedan inför databearbetning till ett Exceldokument och därefter överfördes datan till SPSS.

Instrument

För insamling av data användes dels en egenformad enkät (del 1 och 2) och dels ett sedan tidigare redan etablerat formulär (enkät om self-compassion, del 3). Inledningen av enkäten innehöll åtta bakgrundsfrågor: kön, ålder, utbildningsnivå, om man är född i Sverige, om man lever ensam, relation till den man mist i suicid, om man ofta känner sig ensam samt om man har någon man kan prata med. I del två skattades upplevelsen av stöd där deltagarna fick svara ja eller nej om de blivit erbjudna en stödinsats. Som en uppföljande fråga skattade deltagarna om de upplevt hjälpinsatsen som tillräcklig med svarsalternativen: Ja, Till viss del, Nej och Inte aktuellt. Vidare fick deltagarna skatta hur de upplevt stödet från de olika hjälpinsatserna på en skala mellan ”Instämmer inte alls” och ”Instämmer helt”, samt svarsalternativet ”Jag har ej sökt detta”. Denna skattning gällde variablerna anonymitet, stigmatisering, tillgänglighet, socialt stöd samt stöd i sorg. Samtliga frågor om anonymitet och stigmatisering är negativt formulerade, bortsett från frågan gällande anonymitet inom ideell organisation (item 38). En del frågor hade öppna svar utifrån deltagarens svar inte erbjöds som svarsalternativ (item 6, 36 och 37).

Del tre i enkäten bestod av självskattningsformuläret Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF) översatt till svenska. SCS-SF kan användas som ett alternativ till den kompletta Self-Compassion Scale (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). Den korta versionen valdes i denna uppsats för att begränsa antalet frågor i enkäten. SCS-SF framställdes av Res med kollegor och utgörs av 12 frågor som syftar till att mäta grad av self-compassion (Homan & Tylka, 2015). De olika delarna som testet avser mäta är self-kindness, self-judgment, isolation, overidentification, mindfulness och common humanity (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015). I SCS-SF består svarsalternativen av en femgradig likertskala från 1 (nästan aldrig) till 5 (nästan alltid) (Homan & Tylka, 2015). För att beräkna resultat används medelvärde där ett högre medelvärde indikerar på högre grad av self-compassion (Raes m.fl., 2011). Självskattningsformuläret har visat på god intern konsistens, konvergent validitet och faktorvaliditet, och rekommenderas vid mätningar av self-compassion i både forsknings- och kliniska syften (Castilho m.fl., 2015). För att vidare kunna tolka resultatet delades medelvärdena in i tre grupper: låg ($M = 1-2,5$), medel ($M = 2.5-3.5$) och hög ($M = 3.5-5.0$) grad av self-compassion (Neff, 2018).

Databearbetning

All data analyserades genom IBM SPSS Statistics version 24. Den deskriptiva statistiken redovisas genom procentsatser och medelvärden. För att pröva skillnaden i medelvärde mellan två grupper av self-compassion och antalet stödinsatser de sökt användes oberoende t-test. Skillnaden i frekvenser mellan kategoriska variabler (grupper av self-compassion och vilken typ av stödinsats de sökt sig till) analyserades med hjälp av Chi-två test. För att testa medelvärden mellan tre grupper av self-compassion och upplevelsen av olika stödinsatser gjordes ANOVA-analyser med Post-hoc testet Bonferroni.

Etiska överväganden

För att uppsatsen skulle vara etiskt genomförbar valdes ett urval som redan hade en etablerad stödkontakt. All insamlad data hanterades konfidentiellt och samtliga deltagare var anonyma. Deltagarna blev informerade i enkätens introduktion om att deltagande är frivilligt och att de kan avsluta när som helst.

Resultat

Totalt besvarade 174 personer enkäten varav 166 identifierade sig som kvinnor, sju som män och en som annat. Samtliga deltagare var över 18 år och de flesta deltagare befann sig i åldersspannet 26–65 år och en övervägande andel var födda i Sverige. Nästan hälften av deltagarna angav gymnasieutbildning eller folkhögskola som högsta utbildningsnivå. De flesta deltagarna har förlorat en förälder, barn, partner eller syskon i suicid. Den största andelen levde inte ensamma men kände sig ofta ensamma, trots att de hade någon att anförtro sig åt. Samtliga deltagares deskriptiva data redovisas nedan i Tabell 1.

Tabell 1. *Deskriptiv data för samtliga deltagare.*

	<i>n</i> (%)
Kön	
Man	7 (4.0)
Kvinna	166 (95.4)
Annat	1 (0.6)
Ålder	
18–25	16 (9.2)
26–35	26 (14.9)
36–50	63 (36.2)
51–65	59 (33.9)
Över 66	10 (5.7)
Utbildning	
Grundskola, folkskola eller realskola	13 (7.5)
Gymnasieutbildning eller folkhögskola	86 (49.4)
Universitet eller högskoleutbildning	75 (43.1)
Född i Sverige	
Ja	162 (93.1)
Nej	12 (6.9)
Lever ensam	
Ja	60 (34.5)
Nej	114 (65.5)
Förlorad anhörig	
Syskon	33 (19.0)
Förälder	54 (31.0)
Vän	8 (4.6)
Partner	34 (19.5)
Barn	37 (21.3)
Släkting	5 (2.9)
Kollega	1 (0.6)
Före detta partner	2 (1.1)
Känner sig ofta ensam	
Ja	112 (64.4)
Nej	62 (35.6)
Anförtro sig åt	
Ja	123 (70.7)
Nej	51 (29.3)

Notis: n= antalet deltagare.

Den deskriptiva data gällande det stöd deltagarna blivit erbjudna och om de upplevt det som tillräckligt redovisas nedan i Tabell 2. Det framkom att störst andel av det erbjudna stödet

kom från familjemedlem/vän eller partner, följt av vårdcentral och sedan religiöst förbund. Deltagarna har blivit erbjudna minst stöd från vuxenpsykiatrin. Den stödinsats som deltagarna upplevde som mest tillräcklig var ideell organisation, medan den stödinsats som de upplevde som minst tillräcklig var vuxenpsykiatrin. Bland de deltagare som valde det öppna svarsalternativet gällande frågan att de blivit erbjudna stöd från annan stödinsats var företagshälsovården den med högst svarsfrekvens ($n=8$).

Tabell 2. *Deskriptiv data av hur många deltagare som blivit erbjudna en stödinsats och om den upplevts som tillräcklig.*

	Erbjudet stöd	Upplevs som tillräckligt
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Vårdcentral		
Ja	73 (42.0)	10 (5.7)
Nej	101 (58.0)	40 (23.0)
Till viss del		35 (20.1)
Inte aktuellt		89 (51.1)
Vuxenpsykiatri		
Ja	23 (13.2)	8 (4.6)
Nej	151 (86.8)	18 (10.3)
Till viss del		7 (4.0)
Inte aktuellt		141 (81.0)
Religiöst förbund		
Ja	67 (38.5)	26 (14.9)
Nej	107 (61.5)	13 (7.5)
Till viss del		31 (17.8)
Inte aktuellt		104 (59.8)
Familjemedlem/vän eller partner		
Ja	161 (92.5)	27 (15.5)
Nej	13 (7.5)	27 (15.5)
Till viss del		111 (63.8)
Inte aktuellt		9 (5.2)
Ideell organisation		
Ja		33 (19.0)
Nej		19 (10.9)
Till viss del		77 (44.3)
Inte aktuellt		45 (25.9)
Annan stödinsats		
Ja	38 (21.8)	12 (6.9)
Nej	136 (78.2)	16 (9.2)
Till viss del		30 (17.2)
Inte aktuellt		116 (66.7)

Notis: n= antalet deltagare.

Andelen som ej har sökt en specifik stödinsats genom svarsalternativet ”Har ej sökt detta” redovisas nedan i Tabell 3. Resterande svarsalternativ ”Instämmer helt – Instämmer inte alls” tolkades som att deltagaren sökt denna stödinsats. Den mest frekvent sökta stödinsatsen var familjemedlem/vän eller partner, följt av ideell organisation och därefter vårdcentral. De stödinsatser som sökts minst antal gånger var religiöst förbund, privat professionell behandlare samt vuxenpsykiatri.

Tabell 3. Deskriptiv data gällande upplevelsen av anonymitet, stigmatisering, tillgänglighet, socialt stöd och stöd i sorg i de olika stödsatserna.

	Instämmer helt	Instämmer i hög grad	Instämmer delvis	Instämmer i låg grad	Instämmer inte alls	Har ej sökt detta
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Privat professionell behandlare						
Anonymitet	2 (1.1)	3 (1.7)	17 (9.8)	9 (5.2)	72 (41.4)	71 (40.8)
Stigmatisering	6 (3.4)	5 (2.9)	19 (10.9)	14 (8.0)	54 (31.0)	76 (43.7)
Tillgänglighet	5 (2.9)	20 (11.5)	21 (12.1)	17 (9.8)	15 (8.6)	96 (55.2)
Socialt stöd	6 (3.4)	24 (13.8)	30 (17.2)	10 (5.7)	12 (6.9)	92 (52.9)
Stöd i sorg	11 (6.3)	14 (8.0)	33 (19.0)	13 (7.5)	9 (5.2)	94 (54.0)
Vårdcentral						
Anonymitet	9 (5.2)	4 (2.3)	21 (12.1)	14 (8.0)	81 (46.6)	45 (25.9)
Stigmatisering	10 (5.7)	10 (5.7)	2 (14.9)	19 (10.9)	63 (36.2)	46 (26.4)
Tillgänglighet	6 (3.4)	20 (11.5)	34 (19.5)	25 (14.4)	37 (21.3)	52 (29.9)
Socialt stöd	3 (1.7)	12 (6.9)	32 (18.4)	32 (18.4)	39 (22.4)	56 (32.2)
Stöd i sorg	3 (1.7)	10 (5.7)	35 (20.1)	25 (14.4)	43 (24.7)	58 (33.3)
Vuxenpsykiatri						
Anonymitet	5 (2.9)	6 (3.4)	8 (4.6)	12 (6.9)	39 (22.4)	104 (59.8)
Stigmatisering	5 (2.9)	6 (3.4)	19 (10.9)	8 (4.6)	22 (12.6)	114 (65.6)
Tillgänglighet	6 (3.4)	2 (1.1)	15 (8.6)	12 (6.9)	23 (13.2)	116 (66.7)
Socialt stöd	2 (1.1)	7 (4.0)	14 (8.0)	14 (8.0)	19 (10.9)	118 (67.8)
Stöd i sorg	3 (1.7)	3 (1.7)	18 (10.3)	8 (4.6)	23 (13.2)	119 (68.4)
Ideell organisation						
Anonymitet	25 (14.4)	37 (21.3)	53 (30.5)	19 (10.9)	5 (2.9)	35 (20.1)
Stigmatisering	2 (1.1)	2 (1.1)	10 (5.7)	11 (6.3)	112 (64.4)	37 (21.3)
Tillgänglighet	48 (27.6)	44 (25.3)	31 (17.8)	4 (2.3)	4 (2.3)	43 (24.7)
Socialt stöd	25 (14.4)	45 (25.9)	45 (25.9)	8 (4.6)	9 (5.2)	42 (24.1)
Stöd i sorg	20 (11.5)	45 (25.9)	50 (28.7)	10 (5.7)	7 (4.0)	42 (24.1)
Religiöst förbund						
Anonymitet	4 (2.3)	0 (0.0)	7 (4.0)	12 (6.9)	41 (23.6)	110 (63.2)
Stigmatisering	4 (2.3)	2 (1.1)	10 (5.7)	9 (5.2)	41 (23.6)	108 (62.1)
Tillgänglighet	14 (8.0)	22 (12.6)	18 (10.3)	7 (4.0)	3 (1.7)	110 (63.2)
Socialt stöd	11 (6.3)	21 (12.1)	19 (10.9)	12 (6.9)	2 (1.1)	109 (62.6)
Stöd i sorg	15 (8.6)	16 (9.2)	22 (12.6)	8 (4.6)	3 (1.7)	110 (63.2)
Familjemedlem/vän eller partner						
Anonymitet	7 (4.0)	1 (0.6)	12 (6.9)	8 (4.6)	139 (79.9)	7 (4.0)
Stigmatisering	10 (5.7)	11 (6.3)	40 (23.0)	23 (13.2)	83 (47.7)	7 (4.0)
Tillgänglighet	58 (33.3)	38 (21.8)	45 (25.9)	13 (7.5)	14 (8.0)	6 (3.4)
Socialt stöd	29 (16.7)	33 (19.0)	67 (38.5)	22 (12.6)	16 (9.2)	7 (4.0)
Stöd i sorgen	27 (15.5)	28 (16.1)	69 (39.7)	26 (14.9)	17 (9.8)	7 (4.0)

Notis: n= antalet deltagare, procentsats ses inom parantes.

I Tabell 4 nedan presenteras resultatet från deltagarnas upplevelse av anonymitet, stigmatisering, tillgänglighet, socialt stöd och stöd i sorg inom de olika stödinsatserna. Deltagarna skattade det som mest problematiskt att de inte kunde vara anonyma inom religiöst förbund ($M = 1.60$, $SD = 2.20$). Den stödinsats där anonymitet upplevdes som minst problematisk var inom familjemedlem/vän eller partner ($M = 4.44$, $SD = 1.31$). Den upplevda stigmatiseringen var högst inom vuxenpsykiatri ($M = 1.24$, $SD = 1.87$) och lägst inom familjemedlem/vän eller partner ($M = 3.79$, $SD = 1.45$). Deltagarna upplevde att tillgängligheten var högst inom familjemedlem/vän eller partner ($M = 3.55$, $SD = 1.40$) och lägst inom vuxenpsykiatri ($M = 0.75$, $SD = 1.30$). Den högsta graden av upplevt socialt stöd var hos familjemedlem/vän eller partner ($M = 3.09$, $SD = 1.31$) och den lägsta hos vuxenpsykiatri ($M = 0.73$, $SD = 1.25$). Deltagarna upplevde att de fått mest hjälp att bearbeta sin sorg hos familjemedlem/vän eller partner ($M = 3.01$, $SD = 1.30$) och minst hjälp från vuxenpsykiatri ($M = 0.69$, $SD = 1.22$).

Tabell 4. Medelvärde och standardavvikelse gällande upplevelsen av anonymitet, stigmatisering, tillgänglighet, socialt stöd och stöd i sorg i de olika stödinsatserna.

	<i>Pr</i>	<i>Vå</i>	<i>Vu</i>	<i>Id</i>	<i>Re</i>	<i>Fa</i>
Anonymitet	2.68 (2.36)	3.11 (2.13)	1.63(2.16)	2.73 (1.66)	1.60 (2.20)	4.44 (1.31)
Stigmatisering	2.29 (2.22)	2.87 (2.05)	1.24 (1.88)	3.68 (2.04)	1.60 (2.18)	3.79 (1.45)
Tillgänglighet	1.24 (1.61)	1.72 (1.52)	0.75 (1.30)	2.99 (1.93)	1.32 (1.85)	3.55 (1.40)
Socialt stöd	1.43 (1.70)	1.51 (1.38)	0.73 (1.25)	2.67 (1.78)	1.28 (1.78)	3.09 (1.31)
Stöd i sorg	1.41 (1.72)	1.45 (1.37)	0.69 (1.22)	2.63 (1.73)	1.29 (1.82)	3.01 (1.30)

Notis: $n = 174$, medelvärde och standardavvikelse visas genom $M(SD)$. *Pr* = privat professionell behandlare, *Vå* = vårdcentral, *Vu* = vuxenpsykiatri, *Id* = ideell organisation, *Re* = religiöst förbund och *Fa* = familjemedlem/vän eller partner.

För att undersöka om det fanns en skillnad mellan de tre grupperna av self-compassion (låg, medel och hög) och vilken typ av stödinsats de sökt gjordes Chi-två analyser. Det visade sig finnas en signifikant skillnad mellan grupperna av self-compassion gällande vilka som sökt sig till vuxenpsykiatri ($\chi^2 = 6.720$, $df = 2$, $p = .035$). Det fanns även en signifikant skillnad mellan de olika grupperna av self-compassion gällande vilka som sökte sig till familjemedlem/vän eller partner ($\chi^2 = 7.408$, $df = 2$, $p = .025$). Värden på Adjusted Residual föreslår att det observerade värdet skiljer sig från det förväntade värdet mellan grupperna då värdena inte är jämnt fördelade, se nedan i Tabell 5.

Tabell 5. Chi-två test gällande grad av self-compassion och vilken stödinsats närstående sökt.

		Låg	Medel	Hög	Totalt
Vuxenpsykiatriin					
Ja	<i>n</i>	29	34	7	70
	%	41.4 %	48.6 %	10.0 %	
	AR	2.0	-.2	-2.2	
Vuxenpsykiatriin					
Nej	<i>n</i>	28	52	24	104
	%	26.9 %	50.0 %	23.1 %	
	AR	-2.0	.2	2.2	
Familjemedlem/ vän eller partner					
Ja	<i>n</i>	52	86	29	167
	%	31.1 %	51.5 %	17.4 %	
	AR	-2.2	2.7	-.8	
Familjemedlem/ vän eller partner					
Nej	<i>n</i>	5	0	2	7
	%	71.4 %	0.0 %	28.6 %	
	AR	2.2	-2.7	.8	

Notis: *n* = antalet deltagare, AR = Adjusted Residual. Värden på Adjusted Residuals som är större än ± 1.96 skiljer sig signifikant från det förväntade och det observerade värdet.

En ANOVA-analys gjordes för att se om det fanns en signifikant skillnad mellan grad av self-compassion och hur de upplever de olika stödinsatserna gällande stigmatisering, anonymitet, tillgänglighet, socialt stöd och stöd i sorg. ANOVA-analysen visade en signifikant skillnad mellan grad av self-compassion och upplevelsen av stödinsatsen familjemedlem/vän eller partner ($F(2, 171) = 9.309, p < 0.00$). ANOVA-analysen visade signifikanta skillnader endast för tre faktorer vilket var mellan familjemedlem/vän eller partner och upplevelsen av socialt stöd ($F(2, 171) = 4.615, p = 0.01$), stöd i sorg ($F(2, 171) = 13.096, p < 0.00$) och stigmatisering ($F(2, 171) = 12.574, p < 0.00$). Post hoc testet Bonferroni visade att de med låg grad av self-compassion skattade signifikant lägre ($M = 2.68, SD = 1.45$) gällande upplevelsen av socialt stöd i jämförelse med de med medel ($M = 3.23, SD = 1.21$) och hög grad ($M = 3.45, SD = 1.12$) av self-compassion. Vidare skattade även de med låg grad av self-compassion signifikant lägre ($M = 2.33, SD = 1.35$) gällande upplevelsen av stöd i sorg än de med medel ($M = 3.29, SD = 1.17$) och hög grad ($M = 3.45, SD = 1.09$) av self-compassion. De med låg grad av self-compassion skattade också signifikant lägre ($M = 3.05, SD = 1.63$) gällande upplevd stigmatisering än de med medel ($M = 4.19, SD = 1.05$) och hög grad ($M = 3.79, SD = 1.56$) av self-compassion.

En ANOVA-analys gjordes för att studera antalet stödinsatser de tre grupperna av self-compassion sökt sig till. Analysen visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna av self-compassion och antal gånger deltagarna sökt stöd, ($F(2, 171) = 2.413, p = 0.09$). Trots detta skilde sig medelvärdena i grupperna låg och medel grad av self-compassion från gruppen hög grad av self-compassion. Gruppen låg och medel grad av self-compassion hade ett liknande medelvärde som skilde sig från gruppen hög grad av self-compassion. Därför sammanfördes grupperna med låg och medel grad av self-compassion och ett oberoende t-test genomfördes för att pröva skillnad i medelvärden och dess samband med antalet sökta stödinsatser. Det fanns ett signifikant samband mellan antalet stödinsatser deltagare sökt och grad av self-compassion, $t(172) = 2.11, p = .036$, där de med lägre grad av self-compassion sökte fler stödinsatser ($M = 3.97, SD = 1.35$).

Diskussion

Syftet med denna uppsats var att undersöka hur närstående som mist någon i suicid upplever det stöd de fått/får av olika stödinsatser i samhället. Samt om det finns ett samband mellan grad av self-compassion hos den närstående, antalet stödinsatser denne sökt och vilken typ av stödinsats de vänder sig till. Det sammantagna resultatet visade att det erbjudna stödet till störst del kom från familjemedlem/vän eller partner. De flesta har inte blivit erbjudna stöd från vuxenpsykiatrin, religiöst förbund och vårdcentral. Närstående upplevde minst stigmatisering och problem med anonymitet inom familjemedlem/vän eller partner, samt högst grad av tillgänglighet, socialt stöd och stöd i sorg i denna stödinsats. Närstående skattade alltså stödet som mest tillfredsställande inom familjemedlem/vän eller partner, följt av ideell organisation och religiöst förbund. Religiöst förbund var dock den stödinsats där anonymiteten skattades som mest problematisk. Vidare visade resultatet att vuxenpsykiatrin var den stödinsats där närstående skattade högst grad av stigmatisering och lägst grad av tillgänglighet, socialt stöd och stöd i sorg. Det stöd som skattades som minst tillfredsställande var alltså vuxenpsykiatrin, följt av vårdcentral och privat professionell behandlare. De med låg grad av self-compassion upplevde lägst grad av socialt stöd och stöd i sorg, samt högst grad av stigmatisering inom familjemedlem/vän eller partner. Det framkom en signifikant skillnad mellan grupperna av grad av self-compassion och stödinsatserna vuxenpsykiatrin och familjemedlem/vän eller partner. Vidare visade resultatet att de med lägre grad av self-compassion sökte sig till fler stödinsatser än de med högre grad av self-compassion.

Studiens resultat visade att närstående upplever att de huvudsakligen blivit erbjudna stöd från familjemedlem/vän eller partner, vilket stämmer överens med tidigare forskning som visat att närstående till största delen fått stöd från det sociala nätverket (Provini m.fl., 2000). Det stöd som upplevdes som mest tillräckligt var stödet från ideell organisation, trots att det erbjudna stödet kom mest från familjemedlem/vän eller partner. Närstående nämner i en studie att det kan vara lättare att träffa någon inom ideell organisation som har samma upplevelse, exempelvis att de förlorat sin partner (Dyregrov m.fl., 2012). Det kan även bli problematiskt att prata öppet inom familjen då den närstående kan känna ilska gentemot den som begått suicid. Upplevelsen av jämlikhet inom ideell organisation i kombination med att medlemmarna inte känner den man mist i suicid kan leda till att närstående vågar prata mer öppet om känslor och tankar. Som tidigare nämnt har det visat sig viktigt för bearbetning av sorgen att kunna prata öppet om det suicid som har inträffat (Dyregrov m.fl., 2012), vilket kanske gör att ideell organisation upplevs som mer tillräcklig.

Vidare visade resultatet att vuxenpsykiatrin var den stödinsats som närstående blivit minst ofta erbjudna. Vuxenpsykiatrin som insats kan tänkas bli ett problematiskt alternativ då den närstående är i kris och väntetiderna till att få träffa en behandlare kan vara långa. Det kan vara ett begränsat antal samtal som den närstående blir erbjuden trots att de kan vara i behov av en längre kontakt. Ytterligare en möjlig förklaring till att vuxenpsykiatrin är den stödinsats som närstående blivit minst erbjudna kan bero på att vuxenpsykiatrin inte haft någon tidigare kontakt med den som suiciderat. Då en tidigare kontakt inte är etablerad kan det bli svårt för vuxenpsykiatrin att fånga upp de närstående. Trots detta visar resultatet att de som haft/har kontakt med vuxenpsykiatrin inte upplever den som tillräcklig. En anledning till detta kan vara att den som begått suicid upplevde kontakten som otillräcklig, vilket negativt kan färga den närståendes upplevelse av stödet. Det kan även tänkas att närstående har en upplevelse av att stödet inte är tillräckligt då de är besvikna över att vuxenpsykiatrin inte kunde förhindra det suicid som har skett. Detta kan tänkas vara orsaker till varför närstående upplever det erbjudna stödet från vuxenpsykiatrin som minst tillräcklig i förhållande till de andra stödinsatserna.

Vuxenpsykiatrien har olika riktlinjer beroende på vilken region och landsting de tillhör som innefattar vilket stöd närstående som mist någon i suicid ska erbjudas (Bergqvist, Dalbjörn, Ehnvall & Kolmodin, 2012). Det som skiljer vuxenpsykiatrien från ideell organisation är att de har ett ansvar inom varje landsting med anställda som är specifikt utbildade inom psykisk ohälsa, medan ideell organisation är tänkt som ett komplement till den existerande vården. Resultatet från denna studie tyder på att det finns vissa brister inom samhällets professionella vård då få närstående som mist någon i suicid blivit erbjudna stöd från vårdcentral och vuxenpsykiatri.

När det gäller frågan om anonymitet så skattade närstående familjemedlem/vän eller partner som minst problematisk och religiöst förbund som mest problematisk. Detta resultat kan bero på att närstående upplever det som en självklarhet att man inte kan vara anonym inom familjemedlem/vän eller partner. Närstående kanske inte heller är i lika stort behov av att vara anonyma då stigmatiseringen var som lägst inom familjemedlem/vän eller partner. Religiöst förbund visade sig däremot ha näst högst grad av stigmatisering vilket kan bero, åtminstone till viss del, på religionens tidigare historia kring suicid (Pitman m.fl., 2016). Stigman kopplade till suicid var vanligt förekommande redan under medeltiden i samhällen där romerska katolicismen, judendomen och islam var den huvudsakliga tron. I dessa samhällen fanns lagar och sociala sanktioner som utövades för att sätta skräck i människor för att hindra dem från att begå suicid. I relation till tidigare och nuvarande stigman kanske närstående känner ett större behov av att vara anonyma på grund av skuld och skam. Då stödet från kyrkan ofta sker i gruppträffar (Svenska kyrkan, 2018) kan det bli svårt att öppna upp sig för andra om känslor av skuld och skam kring det suicid som inträffat. Det kan även vara svårt för personer som är troende att våga öppna upp sig om förbjudna tankar och känslor i exempelvis en kyrka som är så starkt kopplat till religion. Vidare kan anonymiteten bli problematisk då närstående kanske vänder sig till sin lokala församling där de sedan tidigare känner församlingsmedlemmarna. En annan aspekt som kan bli problematisk är om närstående som inte är troende behöver vända sig till ett religiöst förbund i brist på annat. Att inte dela samma tro som resterande kan göra att brist på anonymitet upplevs som mer problematisk.

Resultatet visade att stödinsatsen familjemedlem/vän eller partner var mest tillgänglig medan vuxenpsykiatrien var minst tillgänglig. Detta liknar resultatet att närstående blivit erbjudna mest stöd från familjemedlem/vän eller partner och minst stöd från vuxenpsykiatrien. Tidigare forskning har visat att närstående önskar att stödet ska vara uppsökande (McMenamy m.fl., 2008; Proveni m.fl., 2000; Wilson & Clark, 2005). Stödinsatsen kan upplevas som mindre tillgänglig om den närstående själv behöver ta kontakt. Detta då en del närstående inte vet vart de ska vända sig och sorgen gör det ännu svårare att vara vårdsökande (Wilson & Wilson, 2010). Upplevelsen av tillgänglighet kan påverkas av att närstående kanske inte har kunskap om den vård som finns och vilket stöd de har rätt till.

Vuxenpsykiatrien skattades högst inom stigmatisering och lägst inom socialt stöd och stöd i sorg. Det kan tänkas att dessa tre har inverkan på varandra, då tidigare forskning visat att stigmatisering minskar medvetenheten om tillgängligt stöd (Pitman m.fl., 2016). Detta kan innebära att ett uppfattat stigma inom vuxenpsykiatrien har internaliserats som ett självstigma hos de närstående. Självstigma kan bli ett hinder för närstående att ta emot stöd (Pitman m.fl., 2016), vilket gör att de även upplever en lägre grad av socialt stöd och stöd i sorg. Vidare visade resultatet att familjemedlem/vän eller partner skattades lägst inom stigmatisering och högst inom socialt stöd och stöd i sorg. Att närstående upplever att de huvudsakligen fått stöd att bearbeta sin sorg hos familjemedlem/vän eller partner kan vara för att de upplevs som mest tillgängliga. Att den minsta upplevda hjälpen av stöd i sorg kom från vuxenpsykiatrien kan även kopplas till resultatet om tillgänglighet, då de i lägst grad upplevdes som tillgängliga. För att få stöd och kunna bearbeta sin sorg kan det vara viktigt för den närstående att stödet är

lättillgängligt. Det kan även tänkas att det är familjen som initierar stödet, vilket vuxenpsykiatrin inte verkar göra då närstående fått minst erbjuden hjälp från denna stödinsats. Detta kan påverka resultatet och göra att närstående upplever ett mindre engagemang från vuxenpsykiatrin och därav inte upplever att de får lika mycket stöd att bearbeta sin sorg.

Sammanlagt visade resultatet att familjemedlem/vän eller partner upplevdes till störst del som positiv inom samtliga områden, vilket stämmer överens med tidigare forskning (Provini m.fl., 2000). Det kan tänkas vara en riskfaktor att professionella stödinsatser skattades lägre än familjemedlem/vän eller partner. Vad händer med de närstående som står utan familj, eller som förlorat den enda familjemedlem de hade till suicid. Det kan bli svårt för de närstående utan familj om de istället behöver vända sig till vuxenpsykiatrin eller vårdcentralen som upplevs som svårtillgängliga.

När det gäller graden av self-compassion och om det finns ett samband mellan antal stödinsatser närstående har sökt visade resultatet att de med högre grad av self-compassion sökte sig till färre stödinsatser. Detta går emot tidigare forskning som visat att de med hög grad av self-compassion söker sig till fler stödinsatser (Hermato & Zuroff, 2016). Ytterligare resultat i denna studie visade att de med hög grad av self-compassion upplevde mer socialt stöd och stöd i sorg inom familjemedlem/vän eller partner. Medan de med låg grad av self-compassion upplevde mer stigmatisering inom tidigare nämnd stödinsats. Detta resultat kan däremot tänkas gå i linje med tidigare forskning som visar att self-compassion kan fungera som ett skydd gentemot stigmatisering (Heath m.fl., 2018). De med låg grad av self-compassion kanske inte har samma skydd mot stigmatisering inom familjemedlem/vän eller partner och söker sig därför till fler stödinsatser för att få hjälp. Detta resultat skulle även kunna ge en förklaring till varför de med högre grad av self-compassion väljer att söka sig till färre stödinsatser på grund av skyddet mot stigmatisering. Möjligtvis upplever de en lägre grad av stigmatisering inom familjemedlem/vän eller partner vilket gör att stödinsatsen upplevs som tillräcklig och att de då inte behöver vända sig till andra alternativ.

Resultatet indikerar att det finns ett samband mellan grad av self-compassion och om en närstående söker sig till vuxenpsykiatrin och familjemedlem/vän eller partner. Det går inte att säkerställa mellan vilka grupper denna skillnad finns. Dock föreslår resultaten att de med hög grad av self-compassion söker sig minst ofta till vuxenpsykiatrin. Vidare föreslår även resultatet att de med medel grad av self-compassion oftare söker sig till familjemedlem/vän eller partner. Tidigare forskning har visat att de med hög grad av self-compassion upplever mindre självstigmatisering, vilket ökar medvetenheten om tillgängligt stöd och ger ett ökat hjälpsökande beteende (Pitman m.fl., 2016). Resultatet föreslår att de med hög grad av self-compassion väljer att mindre ofta söka sig till vuxenpsykiatrin, vilket kan tänkas bero på att de är mer medvetna om att det finns andra stödinsatser att söka. Resultatet från denna studie visade att vuxenpsykiatrin var den stödinsats som upplevdes som minst tillfredsställande, vilket kanske gör att de med hög grad av self-compassion väljer bort vuxenpsykiatrin och vänder sig till andra stödinsatser. Vidare skulle även detta kunna förklara det resultat som föreslår att de med medel grad av self-compassion oftare söker sig till familjemedlem/vän eller partner. De med medel grad av self-compassion kanske är mindre medvetna om vilket stöd som finns att tillgå och väljer därför att förlita sig mer på familjemedlem/vän eller partner som stödinsats. Ytterligare en möjlig förklaring kan vara att de genom sin self-compassion inte är lika självkritiska och därmed kan prata mer öppet om det suicid som inträffat. Genom att kunna prata öppet med familjemedlem/vän eller partner kanske de upplever att de får tillräckligt med stöd och kan bearbeta sin sorg. För att få vidare förståelse för resultaten behövs mer forskning om sambanden då det i nuläget inte finns några studier som valt att undersöka detta.

I denna studie förekommer ett flertal begränsningar vilket man bör ta hänsyn till vid tolkning av resultatet. Fördelningen mellan män, kvinnor och annat var ojämn, då endast en

identifierade sig som annat och få som män. På grund av detta kunde inte en adekvat analys genomföras på könsfördelningen. Då enkäten delades ut i en ideell organisation indikerar fördelningen i sig att det är få män som söker hjälp inom just denna stödinsats. Dock går det inte att säkerställa då det inte fanns någon information att tillgå om könsfördelningen. En fråga som framkommer på grund av detta är om urvalet av få män beror på om de söker mindre vård, att det är få män i den ideella organisationen eller om de har valt att inte delta i studien. Tidigare forskning har visat liknande resultat; att män söker mindre vård på grund av normer kring maskulinitet där hjälpsökandebeteende ses som negativt (Gulliver m.fl., 2010). Den stigmatisering som finns kring suicid (Farberow m.fl., 1992) tillsammans med den stigmatisering män upplever kring hjälpsökandebeteende kan bidra till att det blir ett större hinder för män att söka vård. Då tidigare forskning har visat att suicid är vanligare hos män (Bachman, 2018), bör framtida forskning försöka inkludera fler närstående som är män.

Urvalet i studien är ett typiskt urval som rekryterats från en ideell organisation, vilket kan göra det svårt att generalisera resultatet. Att det i studien används ett egenformulerat frågeformulär som inte genomgått validitet- eller reliabilitetstestning kan ses som problematiskt. Resultatet bör därför tolkas med viss försiktighet eftersom frågornas validitet och reliabilitet är okänd. Även värt att nämna är tidsaspekten kopplat till self-compassion då en persons skattning kan variera över tid. Denna mätning kanske genomfördes långt efter att de sökt en stödinsats vilket kan försvåra tolkningen av resultatet. Framtida forskning bör ha detta i åtanke för att få en tydligare bild av sambandet mellan self-compassion, antalet stödinsatser närstående söker och vilken typ av stödinsats. Gällande self-compassion delades deltagarna in i tre grupper baserade på Neffs (2018) gruppering av medelvärden. Med en annan gruppering skulle resultaten möjligtvis sett annorlunda ut. För att vidare undersöka detta skulle uppföljande studier behövas.

Folkhälsomyndigheten har som mål att minska antalet suicid som sker i Sverige (Ferm, 2009). Resultatet från denna studie visar att det finns brister i den tillgängliga vården för närstående som mist någon i suicid. Om närstående inte får vård riskerar de själva att hamna i psykisk ohälsa och eventuellt själva utveckla suicidtankar och -beteenden (Pitman m.fl., 2017; Polpili m.fl., 2013). Om dessa inte fångas upp blir det svårt att minska antalet suicid som sker i Sverige. Som tidigare nämnt verkar publika och personliga stigma minska andra människors villighet att erbjuda stöd (Pitman m.fl., 2016). Resultatet av studien tyder på att dessa stigma troligtvis är aktiva i samhället då närstående upplever ett bristande stöd. Ytterligare någonting som tyder på detta är avsaknaden av forskning kring suicid, som kan bidra till ökad stigmatisering. Det behövs mer forskning som bidrar till ökad kunskap och förståelse för om hur man kan ge bättre stöd till närstående som mist någon i suicid. Slutligen bör professionella vårdinsatser arbeta mer aktivt för att fånga upp närstående då det verkar vara en stor grupp som faller mellan stolarna.

Referenser

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.
- Dyregrov, K., Dieserud, G., & Plyhn, E. (2012). *Efter självmordet: Vägen vidare* (1. uppl.

- ed.). Stockholm: Gothia.
- Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47(6), P357-P366.
- Ferm, M. (2009). Organiserad suicidprevention-Ett inlärningsperspektiv och en projektkatalog. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 86(4), 364-377.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
- Hammer, J. H., Vogel, D. L., & Heimerdinger-Edwards, S. R. (2013). Men's help seeking: Examination of differences across community size, education, and income. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(1), 65.
- Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *The Journal of Social Psychology*, 156(5), 523-535.
- Heath, P. J., Brenner, R. E., Lannin, D. G., & Vogel, D. L. (2018). Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma and Health*, 3(1), 65-68. <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000072>
- Homan, K., & Tykla, T. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15, 1-7. doi:10.1016/j.bodyim.2015.04.007
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375-389.
- Neff, K. (2003) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2 (85-101). DOI: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. (2018). Self-compassion. Hämtad 2018-11-08 från <https://self-compassion.org/test-how-self-compassionate-you-are/>
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232-238.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 22-29.
- Pitman, A., Rantell, K., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Perceived stigma of sudden bereavement as a risk factor for suicidal thoughts and suicide attempt: analysis of British cross-sectional survey data on 3387 young bereaved adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 286.
- Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M., Milelli, M., Erbuto, D., ... & Lester, D. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 256.
- Provini, Jessica R. Everett, Cynthia R. Pfeffer, C. (2000). Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24(1), 1-19.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. doi:10.1002/cpp.702
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., & Georgi, K. (2011). Is the emotional response of

- survivors dependent on the consequences of the suicide and the support received?. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 186-193.
- Svenska kyrkan. (2018). *Suicid för dig som är drabbad*. Hämtad 2018-09-19 från <https://www.svenskakyrkan.se/skovde/suicid>
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). "Boys don't cry": Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 368.
- Wilks, C. R., Coyle, T. N., Krek, M., Lungu, A., & Andriani, K. (2018). Suicide Ideation and Acceptability Toward Online Help-Seeking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(4), 379-385.
- Wilson, A., & Clark, S. (2005). *South Australian suicide postvention project*. Report to Mental Health Services. Adelaide: Department of Health, Department of General Practice, University of Adelaide.
- Wilson, A. & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*, 34, 625–640.
- World Health Organization. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*, update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MSD/MER/17.5). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

Bilaga 1.

Enkät om hur personer som mist en närstående i suicid upplever den vård och stöd de fått.

Hej!

Vi är två psykologstudenter vid Umeå universitet som skriver vår examensuppsats. Vi har valt att undersöka hur närstående som mist någon i suicid upplever olika typer av vård och stöd, samt om grad av self-compassion (medkänsla med sig själv och andra) har inverkan på vilken typ av stöd man söker. Vi anser att suicid är ett viktigt område som behöver mer uppmärksamhet och forskning. Vi är därför mycket tacksamma om du väljer att delta och bidra till mer kunskap inom området.

Enkäten tar cirka 15 minuter att besvara och består av tre delar. Del 1 berör frågor rörande bakgrundsinformation. Del 2 berör frågor gällande upplevelse av stöd från olika institutioner. Del 3 berör frågor gällande self-compassion. Samtliga frågor är obligatoriska och hela enkäten behöver besvaras vid samma tillfälle.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan avbryta när du vill. Svaren är avidentifierade och resultatet kommer sammanställas gruppvis i en uppsats. Det vill säga att ingen individ kommer kunna identifieras. Resultaten kommer publiceras i Diva-portalen (publiceringsplattform för forskningspublikationer och studentuppsatser), vilket gör att du sedan kan ta del av uppsatsen om du önskar.

Tack för din medverkan!

Del 1 - Bakgrundsinformation

1. Vilket av följande identifierar du dig som?

Kvinna

Man

Annat

2. Hur gammal är du?

18-25 år

26-35 år

36-50 år

51-65 år

Över 66 år

3. Vilken är din högsta avslutade utbildning?

Grundskola, folkskola, realskola eller liknande

Gymnasieutbildning eller folkhögskola

Universitet eller högskoleutbildning

4. Är du född i Sverige?

Ja

Nej

5. Lever du ensam?

Ja

Nej

6. Vilken relation hade du till den närstående du mist i suicid?

Syskon

Förälder

Vän

Partner

Barn

Annat ...

7. Känner du dig ofta ensam?

Ja

Nej

8. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?

Ja

Nej

Del 2 - Upplevelse av stöd

9. Har du blivit erbjuden stöd från en vårdcentral/hälsocentral (ex. att få träffa en psykolog, terapeut eller läkare) efter att du mist din närstående i suicid?

Ja

Nej

10. Upplever du det stöd du blivit erbjuden från en vårdcentral/hälsocentral som tillräckligt?

Ja

Till viss del

Nej

Inte aktuellt - har inte blivit erbjuden detta stöd

11. Har du blivit erbjuden stöd från vuxenpsykiatri efter att du mist din närstående i suicid?

Ja

Nej

12. Upplever du det stöd du blivit erbjuden från vuxenpsykiatri som tillräckligt?

Ja

Till viss del

Nej

Inte aktuellt - har inte blivit erbjuden detta stöd

13. Upplever du det stöd du blivit erbjuden från en ideell organisation (ex. SPES) som tillräckligt?

Ja

Till viss del

Nej

Inte aktuellt - har inte blivit erbjuden detta stöd

14. Har du blivit erbjuden stöd från ett religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga) efter att du mist din närstående i suicid?

Ja

Nej

15. Upplever du det stöd du blivit erbjuden från ett religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga) som tillräckligt?

Ja

Till viss del

Nej

Inte aktuellt - har inte blivit erbjuden detta stöd

16. Har du fått stöd från familjemedlem, vän eller partner efter att du mist din närstående i suicid?

Ja

Nej

17. Upplever du det stöd du fått från familjemedlem, vän eller partner som tillräckligt?

Ja

Till viss del

Nej

Inte aktuellt - har inte fått detta stöd

18. Jag har blivit erbjuden annat stöd som inte nämnts

Ja (om ja, svara vilken typ av stöd vid alternativet övrigt)

Nej

Annat ...

19. Upplever du detta stöd som tillräckligt?

Ja

Till viss del

Nej

Inte aktuellt - har inte blivit erbjuden annat stöd

Privat professionell behandlare (psykolog eller terapeut)

20. Jag upplever det som ett problem att jag inte kan vara anonym när jag söker stöd hos en privat professionell behandlare (psykolog eller terapeut)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

21. Jag upplever stigmatisering (känsla av skuld, skam och fördomar) när jag söker stöd hos en privat professionell behandlare (psykolog eller terapeut)

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

22. Jag upplever att när jag söker stöd hos en privat professionell behandlare (psykolog eller terapeut) är det lätt att få kontakt (snabbt svar och tillgängligt)

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

23. Jag upplever att jag får tillräckligt av socialt stöd (känslomässigt stöd, empati och omsorg) när jag söker stöd hos en privat professionell behandlare (psykolog eller terapeut)

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

24. Jag upplever att jag får hjälp att bearbeta min sorg när jag söker stöd hos en privat professionell behandlare (psykolog eller terapeut)

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

Vårdcentral/hälsocentral

25. Jag upplever det som ett problem att jag inte kan vara anonym när jag söker stöd hos vårdcentral/hälsocentral

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

26. Jag upplever stigmatisering (känsla av skuld, skam och fördomar) när jag söker stöd hos vårdcentral/hälsocentral

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad

Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

27. Jag upplever att när jag söker stöd hos vårdcentral/hälsocentral är det lätt att få kontakt (snabbt svar och tillgängligt)

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

28. Jag upplever att jag får tillräckligt av socialt stöd (känslomässigt stöd, empati och omsorg) när jag söker stöd hos vårdcentral/hälsocentral

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

29. Jag upplever att jag får hjälp att bearbeta min sorg när jag söker stöd hos en vårdcentral/hälsocentral

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

Vuxenpsykiatri

30. Jag upplever det som ett problem att jag inte kan vara anonym när jag söker stöd hos vuxenpsykiatri

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

31. Jag upplever stigmatisering (känsla av skuld, skam och fördomar) när jag söker stöd hos vuxenpsykiatri

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad

Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

32. Jag upplever att när jag söker stöd hos vuxenpsykiatrin är det lätt att få kontakt (snabbt svar och tillgängligt)

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

33. Jag upplever att jag får tillräckligt av socialt stöd (känslomässigt stöd, empati och omsorg) när jag söker stöd hos vuxenpsykiatrin

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

34. Jag upplever att jag får hjälp att bearbeta min sorg när jag söker stöd hos vuxenpsykiatrin

Instämmer inte alls
Instämmer i låg grad
Instämmer delvis
Instämmer i hög grad
Instämmer helt
Jag har inte sökt detta stöd

Ideell organisation (stödorganisation, exempelvis SPES)

35. Vänder du dig till SPES och/eller andra stödorganisationer för stöd?

Ja
Nej

36. Om ja, varför vänder du dig till stödorganisationer (ex. SPES)?

Anonymitet
Lättillgängligt
Går att få stöd alla tider på dygnet
För att få kontakt med andra i samma situation
Få kontakt med andra utanför familjen
Guidning till att hitta vidare hjälp och stöd
Annat ...

37. Upplever du några begränsningar med SPES och/eller andra stödorganisationer?

Tillgång till professionell hjälp (ex. psykolog eller terapeut)
Blir negativt påverkad av andras sorg
Sekreter vid kontakt via Internet

Geografisk begränsning vid exempelvis samtalsträffar
Annat ...

38. Jag upplever att jag kan vara anonym när jag söker stöd hos en ideell organisation (ex. SPES)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

39. Jag upplever stigmatisering (känsla av skuld, skam och fördomar) när jag söker stöd hos en ideell organisation (ex. SPES)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

40. Jag upplever att när jag söker stöd hos ideell organisation (ex. SPES) är det lätt att få kontakt (snabbt svar och tillgängligt)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

41. Jag upplever att jag får tillräckligt av socialt stöd (känslomässigt stöd, empati och omsorg) när jag söker stöd hos en ideell organisation (ex. SPES)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

42. Jag upplever att jag får hjälp att bearbeta min sorg när jag söker stöd hos ideell organisation (ex. SPES)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

Religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga)

43. Jag upplever det som ett problem att jag inte kan vara anonym när jag söker stöd hos ett religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

44. Jag upplever stigmatisering (känsla av skuld, skam och fördomar) när jag söker stöd hos ett religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

45. Jag upplever att när jag söker stöd hos ett religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga) är det lätt att få kontakt (snabbt svar och tillgängligt)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

46. Jag upplever att jag får tillräckligt av socialt stöd (känslomässigt stöd, empati och omsorg) när jag söker stöd hos ett religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

47. Jag upplever att jag får hjälp att bearbeta min sorg när jag söker stöd hos religiöst förbund (exempelvis kyrka, moské eller synagoga)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

Familjemedlem, vän eller partner

48. Jag upplever det som ett problem att jag inte kan vara anonym när jag söker stöd hos familjemedlem, vän eller partner

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

49. Jag upplever stigmatisering (känsla av skuld, skam och fördomar) när jag söker stöd hos familjemedlem, vän eller partner

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

50. Jag upplever att när jag söker stöd hos familjemedlem, vän eller partner är det lätt att få kontakt (snabbt svar och tillgängligt)

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

51. Jag upplever att jag får tillräckligt av socialt stöd (känslomässigt stöd, empati och omsorg) när jag söker stöd hos familjemedlem, vän eller partner

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd

52. Jag upplever att jag får hjälp att bearbeta min sorg när jag söker stöd hos familjemedlem, vän eller partner

Instämmer inte alls

Instämmer i låg grad

Instämmer delvis

Instämmer i hög grad

Instämmer helt

Jag har inte sökt detta stöd