

SUICIDALA PATIENTER

- vad påverkar sjuksköterskans attityd?

FÖRFATTARE

Therese Johnson
Cecilia Vistrand

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet,
180hp
OM5250 Examensarbete i
omvårdnad, grundnivå

HT 2012

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Kristina Andersson

EXAMINATOR

Åsa Axelsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Suicidala patienter – vad påverkar sjuksköterskans attityd
Title:	Suicidal patients – what influences the nurse's attitude
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, OM5250 Examensarbete i omvårdnad, grundnivå
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	30
Författare:	Therese Johnson Cecilia Vistrand
Handledare:	Kristina Andersson
Examinator:	Åsa Axelsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Patienten skall enligt personcentrerad vård ses som en egen unik individ med individuella behov, värderingar och förväntningar. Sjuksköterskor ska enligt lag och föreskrifter bemöta alla patienter med samma respekt för integritet och värdighet. Enligt Socialstyrelsen är det ett krav att patienters integritet och värdighet respekteras och att de oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet och sexuell läggning ska visas omtanke och respekt. Negativa attityder hos sjuksköterskor kan påverka vården och göra mötet sämre än nödvändigt. **Syfte:** Att identifiera vad som påverkar sjuksköterskans attityd i mötet med suicidala patienter. **Metod:** En litteraturstudie gjordes. Artikelsökningarna har genomförts i databaserna Pubmed, Cinahl och Psycinfo. För sammanställning av resultatet valdes 11 artiklar ut. **Resultat:** Sjuksköterskor som mötte patienter som försökt begå suicid ansåg att den suicidala handlingen är ett rop på hjälp snarare än en sann vilja att dö. Psykisk ohälsa kunde öka förståelsen hos sjuksköterskor. Hur sjuksköterskor ser på suicidala handlingar är förknippat med sjuksköterskans egna religiösa värderingar. Sjuksköterskor upplevde svårigheter med att vårda patienter som försökt begå suicid. När patienter, trots vård, upprepade gånger försökte begå suicid uttryckte sjuksköterskorna att deras försök till hjälp och deras tid varit förgäves. De sjuksköterskor som hade fått specifik utbildning inom hur de ska hantera suicidala patienter hade de mest positiva attityderna. Sjuksköterskor som oftare stötte på suicidala patienter och hade större vana att vårda dem visade mer positiva attityder än de sjuksköterskor som sällan vårdade suicidala patienter. **Diskussion:** Det är av stor betydelse att som sjuksköterska inte låta sina uppfattningar om människor prägla omvårdnaden av patienter. Patienter ska, oavsett suicidförsök eller inte, bemötas med samma attityd och välvilja från sjuksköterskan. En högre utbildningsnivå hos sjuksköterskor innebär mer positiva attityder och färre förutfattade meningar och fördomar. **Nyckelord:** Sjuksköterska, attityder, omvårdnad, bemötande, suicid, suicidförsök, suicidnära patienter, upplevelser.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
SUICID OCH SUICIDFÖRSÖK.....	1
RELIGION OCH SUICID.....	2
SUICIDPREVENTION	2
PERSONCENTRERAD VÅRD	2
BEMÖTANDE	3
ATTITYD	5
SJKSKÖTERSANS UTBILDNING/KUNSKAPER OM VÅRD AV SUICIDALA PATIENTER.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
LITTERATURSÖKNING	6
INKLUSIONSKRITERIER	7
EXKLUSIONSKRITERIER.....	7
KVALITETSGRANSKNING.....	7
ANALYS	7
RESULTAT	8
SJKSKÖTERSANS INSTÄLLNING TILL SUICIDALA PATIENTER.....	8
<i>Uppmärksamhet</i>	8
<i>Psykisk ohälsa</i>	8
SJKSKÖTERSANS RELIGIÖSA VÄRDERINGAR.....	9
<i>Oförlåtlig synd</i>	9
<i>Religionen som hjälp</i>	9
SJKSKÖTERSANS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA SUICIDALA PATIENTER	9
<i>Svårigheter att möta patienten</i>	9
<i>Bortkastad tid</i>	10
SJKSKÖTERSANS FÖRUTSÄTTNINGAR	10
<i>Utbildningsnivå</i>	10
<i>Erfarenhet och ålder</i>	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
<i>Sjuksköterskans inställning till suicidala patienter</i>	13
<i>Sjuksköterskans religiösa värderingar</i>	13
<i>Sjuksköterskans upplevelser av att vårda suicidala patienter</i>	14
<i>Sjuksköterskans förutsättningar</i>	15
SLUTSATS	16
REFERENSER	18
BILAGA 1, SÖKSCHEMA	22
BILAGA 2, ARTIKELMATRIS	25

Inledning

På en akutvårdsavdelning inkommer en kvinna efter ett suicidförsök med hjälp av tabletter. Ingen sjuksköterska eller annan vårdpersonal ger henne någon uppmärksamhet förutom vid medicinering. Då det inte är första gången patienten försökt begå suicid och hamnat på avdelningen blir hon kallad för en "jobbig patient" av vårdpersonalen. Efter medicinsk vård och psykiatrisk konsultation skrivs kvinnan ut och får åka hem. På ett häkte får en sjuksköterska larm om en patient som har försökt begå suicid. Hon skyndar sig dit och väl på plats sitter hon länge och samtalar med patienten. Sjuksköterskan informerar övrig personal om att det är viktigt att de kommunicerar och stöttar patienten och hon besöker själv patienten flera gånger samma dag. Detta är två exempel på ett flertal suicidala patienter vi har mött under våra olika praktikplaceringar och det verkar inte vara ovanligt att suicidnära patienter inte får den optimala vård som behövs för att hjälpa patienten. I media skrivs det exempelvis mycket om att suicidala patienter skrivs ut för snabbt och inte får den vård de behöver (1). Vi har förundrats över hur stor skillnad det kan vara på omvårdnaden och bemötandet av en suicidal patient beroende på vilken sjuksköterska det är som har ansvaret. Spelar sjuksköterskans attityd någon roll i bemötandet med en suicidal patient? Är det sjuksköterskans erfarenheter och kunskaper som präglar mötet med den suicidal patienten?

Bakgrund

Suicid och suicidförsök

Suicid är en synonym på ordet självmord och definieras som en självdestruktiv handling som leder till döden (2) och begicks år 2010 av cirka 1100 personer i Sverige (3). *Suicidförsök* är en synonym till självmordsförsök och innebär en avsiktlig självdestruktiv handling som inte leder till döden och kan antingen vara ett resultat av ett misslyckat suicid eller en handling utan en egentlig dödslängtan och istället en vädjan om hjälp eller en önskan att visa vrede (2). Varför ordet suicid i många sammanhang används hellre än självmord är för att det förstnämnda har en mindre negativ klang då det inte innehåller det laddade ordet "mord" (4). *Suicidalt beteende* avser beteende som förknippas med suicid såsom suicidtankar och suicidhandlingar (5).

Suicidtankar är vanligt hos personer som lider av psykiska problem eller sjukdomar (6). En ökad risk för suicid kan ses vid psykiska störningar såsom depression, psykos och schizofreni (7). Hos personer som lever under sämre levnadsförhållanden som exempelvis utanförskap och arbetslöshet kan suicidförekomsten öka (8). Det finns studier vid Karolinska Institutet som visar ett starkt samband mellan arbetslöshet och suicid (9).

Vid jämförelse av suicidincidens länder emellan kan en stor skillnad ses. I Europa är suicid vanligast i östländerna, Litauen ligger högst upp på listan och Sverige ligger på 23:e plats av 46 länder. Vid jämförelse av hela världen har Litauen, Ryssland, Ungern, Slovenien, Serbien, Japan och Sydkorea de högsta suicidtalerna (10). En skillnad mellan män/kvinnor och unga/äldre kan också

identifieras. De senaste tio åren har antalet suicidförsök ökat bland unga i Sverige (11). Det är vanligast att yngre kvinnor försöker ta sitt liv, men den överlägsna majoriteten av genomförda suicid är äldre män (6). Till skillnad från Sverige och andra västländer där män står för den absolut största delen av suicid så hittar man i Kina och Indien inga tydliga könsskillnader bland genomförda suicid (12).

Religion och suicid

Religion och etnicitet har betydelse när det kommer till människors förhållningssätt till suicid. Olika etniska grupper har olika syn på suicid och dess konsekvenser i framtiden. Inom vissa religioner tar man tydligt avstånd från suicidhandlingar, till exempel judendomen och islam (13). Synen på att ta sitt eget liv varierar mellan olika religioner då suicidhandlingar kan uppfattas olika beroende på religiösa värderingar. I en studie (14) från USA har författarna kommit fram till att det fanns moraliska invändningar mot suicid hos religiösa patienter trots att de led av en djup depression. De uttryckte att de aldrig skulle överväga suicid då de trots sin psykiska ohälsa ser livet som värdefullt. Det är tydligt att det finns religiösa aspekter som påverkar människors syn på suicid och suicidförsök då det i vissa religioner är tabubelagt. Religiösa bakgrunder kan också påverka personers syn på psykiatrisk behandling, är inställningen negativ kan personer som är i behov av vård avstå från att söka vård, vilket kan leda till ökat suicid (15).

Suicidprevention

Suicidprevention kan delas in i primär och sekundär prevention och innebär att på olika plan försöka motverka att suicid inträffar. Primär prevention innebär att utifrån ett psykosocialt perspektiv ha den fysiska miljön i fokus. Det kan exempelvis vara att se till att så många människor som möjligt har goda levnadsförhållanden, att så få som möjligt behöver vara arbetslösa, att befolkningen lever hälsosamt och att man motverkar missbruk och utanförskap. Själva möjligheterna att begå suicid kan även motverkas genom att till exempel sätta upp skydd på höga broar och byggnader, göra starka läkemedel mindre giftiga och göra skjutvapen så otillgängliga som möjligt. Hälso- och sjukvården har också stora möjligheter att påverka preventionen positivt genom att ge information till patienter och anhöriga om suicidbeteende och till exempelvis politiker om det faktum att psykiska störningar samt alkohol är två viktiga bakgrundsfaktorer till att suicid begås. Sekundär prevention innebär till skillnad från den primära preventionen att man påverkar och förhindrar utvecklingen av suicidbenägenheten hos patienter genom diagnos och åtgärder. Viktigast av allt är dock att man går tillbaka och försöker identifiera bakomliggande orsak till att dödsönskan uppkommit (16).

Personcentrerad vård

Efter ett suicidförsök är den suicidala patienten extra känslig för andra människors bemötande då de lätt upplever sig bli dömda. Wiklander et al. (17) har i en svensk studie intervjuat personer som försökt begå suicid. Det visade sig att majoriteten

av respondenterna spontant beskrivit skamkänslor som sammanfattande av upplevelsen av tiden efter suicidförsöket. Wiklander et al. beskrev vidare att de suicidala patienterna var särskilt känsliga för attityder hos vårdpersonal under tiden efter suicidförsöket. Sjuksköterskans roll är således viktig för att den suicidala patientens upplevelse av vården ska bli så bra som möjligt (17). Att som sjuksköterska se patienten som en person och ha den unika personen i centrum av omvårdnaden kan optimera den suicidala patientens vård. Personcentrerad vård kan definieras som en vård som fokuserar på hela personen och dennes unika behov i lika hög utsträckning som de fysiska behoven (18). Psykologen Carl Rogers kallas 'fadern av personcentrerad vård' (19) och anses vara den som först började tänka och arbeta personcentrerat. Redan i mitten av 1900-talet försökte han förstå fenomenet som personlighet och mellanmänniska relationer. Uttrycket 'personcentrerad vård' växte sedan fram (19). Slater beskriver begreppet personcentrerad vård som att bekräfta personlighet, respektera individualitet, stödja patienters styrkor och behov istället för svagheter och problem. För att kunna bedriva god vård skall sjuksköterskan bekräfta patientens livsvärld, skapa en terapeutisk relation till patienten och ge patienten förutsättningar för att kunna ta egna beslut angående hälsan (20). Inom omvårdnad finns forskning av Sidani et al. där personcentrerad vård beskrivs som kärnan i omvårdnad och har stor betydelse för kvaliteten av vården. Vidare beskriver Sidani et al. att personcentrerad vård kan karakteriseras av att patienten ses som egen unik individ med individuella behov, värderingar och förväntningar (21, 22). Detta styrks av hälso- och sjukvårdslagen som skriver att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och att vården även ska främja goda kontakter patienten och sjukvårdspersonalen emellan (23).

Ekman et al. (24) beskriver betydelsen av att lära känna personen bakom patienten som en central del i personcentrerad vård. Fokus ska läggas på patientens historia, upplevelse, vilja, känslor och behov snarare än patientens diagnos. Vid personcentrerad vård hamnar patienten i centrum och stor vikt läggs vid att dela information, överväga och ta beslut tillsammans med patienten. Enligt Ekman et al. gör detta att patienten blir delaktig och får större möjlighet att själv ha inflytande över sin vård. Det har visat sig att detta inte bara förbättrar patientens upplevelse av vården utan även patientens hälsa, både i det korta och långa loppet. Vid sjukdom upplever många patienter att meningen och sammanhanget med livet blir hotat. Om patienter ges möjlighet att själva berätta om sjukdomsupplevelsen öppnar det upp för ett bra samarbete. Att bjuda in och lyssna till patientens berättelse är viktigt inom personcentrerad vård. Detta får patienten att känna att hans eller hennes upplevelser, känslor, tro och önskemål har betydelse för hur vården kommer att läggas upp. Berättelsen ger även patienten en chans att själv få berätta om upplevelsorna och symtomen av sjukdomen. Ekman et al. skriver vidare om vikten att dokumentera patientens önskemål, tro, värderingar och förväntningar på vården då det ska anses lika viktigt som att till exempel dokumentera patientens behandling (24).

Bemötande

För att kunna utföra personcentrerad vård, att se patienten som en person och fokusera på dennes upplevelser och unika behov snarare än fysiska behov, krävs

ett möte mellan sjuksköterskan och patienten (24). Enligt Wiklander et al. (17) uttryckte suicidala patienter att personal som bemötte dem med respekt, vänlighet och icke-dömande attityd kunde bidra med en befrielse från de skamkänslor som präglade deras tillvaro efter suicidförsöket (17). Det första mötet mellan sjuksköterskan och den suicidala patienten kan vara avgörande för patientens fullständiga upplevelse av vården. Bemötandet är således en viktig byggkloss i den suicidala patientens vård (16). Ordet 'bemötande' definieras som uppträdande och mottagande och kan innefatta en persons människosyn och hur vården utförs (25). De första minuterna i ett möte kan vara det som avgör uppfattningen om en ny människa. Inom vården är det särskilt viktigt att det första mötet leder till en bra kontakt mellan patienten och sjuksköterska (26), som sjuksköterska är det därför viktigt att bjuda in patienten till att berätta sin egen berättelse, vilket är centralt inom personcentrerad vård (24). Idag finns det faktorer som försvårar dessa möten (27). En stor faktor är dagens datorbaserade vård som leder till att mycket tid tas från mötet med patienten och istället spenderas framför tangentbordet. Fokus försvinner från patienten och sjuksköterskan fokuserar istället på datorskärmen och de aktuella datorprogram som dagligen används inom sjukvården (27).

I vården sker hundratals möten varje dag och hur patienten blir bemött av sjukvårdspersonal är betydelsefullt för den fortsatta sjukvårdsupplevelsen (28). Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor kunna kommunicera med patienter på ett respektfullt och empatiskt sätt (29). Patienten behöver förutom att mötas av respekt och empati ges möjlighet att berätta om sina upplevelser och få lov att ställa de frågor som finns angående sjukdomssituationen (28). Enligt Socialstyrelsen är det ett krav att patienters integritet och värdighet respekteras och att de oavsett ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet och sexuell läggning ska visas omtanke och respekt. Det finns även krav på att patienten ska informeras och ges möjlighet att vara delaktig i sin vård (30). Att patienten ges kunskap är nödvändigt för att patienten ska känna sig trygg och ha möjlighet att vara delaktig i sin vårdprocess vilket påverkar effekten av vården i en positiv riktning (31). Kunskapen som sjukvårdspersonal kan ge en patient om sin sjukdom räcker inte alltid för att patienten ska känna sig tillfredsställd. Det förekommer skillnader mellan det medicinska tänkandet om en viss sjukdom och det tänkandet den drabbade patienten har om sjukdomen. Detta kan leda till att patienten inte lever efter de föreskrifter som ges och förväntas av sjukvårdspersonal vid ett specifikt sjukdomstillstånd. Att patienten har en annan syn på sin situation kan leda till att patienten uppfattas som besvärlig av inblandad personal, som i sin tur kan leda till att patientens vård inte blir lika optimal som den hade kunnat bli. Därför är det extra viktigt att patienten blir informerad om att personalen är införstådd med att varje upplevelse och individ är unik och att vård och omvårdnad ska anpassas individuellt efter varje patient behov, för att på så sätt skapa en trygghetskänsla hos patienten (32). Sjuksköterskan har kanske den viktigaste rollen i att skapa en känsla av trygghet för patienten, framförallt under det första mötet. Det kan göras genom att bekräfta patienten med alla sinnen. Ögonkontakt är en viktig faktor i mötet då en vårdgivare som inte ser patienten i ögonen kan ge intrycket att allt annat är viktigare än patienten och dennes berättelse. Beröring, såsom att ta i hand, indikerar respekt i det första mötet. Det

grundläggande och viktigaste för ett bra första möte och en god relation mellan patient och sjuksköterska är fullständig närvaro och uppmärksamhet (27).

Attityd

En central del av den personcentrerade vården är berättelsen, då patienten får möjlighet att sätta upplevelser och erfarenheter i ett sammanhang. För att patienten ska kunna delge sjuksköterskan sin berättelse krävs en dialog, och därmed ett möte, mellan dessa två parter (33). I mötet mellan sjuksköterskan och den suicidala patienten kan attityder hos sjuksköterskan lysa igenom och bli synliga för patienten. Märker patienten att en sjuksköterska har en negativ attityd gentemot den suicidala patienten ökar skamkänslorna vilket leder till att patienten drar sig undan och undviker social kontakt (16). Attityder kan således ha en negativ påverkan på mötet mellan sjuksköterskan och patienten (34) och på så sätt även försvåra möjligheterna att utföra personcentrerad vård (19).

Attityd innebär en viss inställning (35) och förhållningssätt till något och kan innefatta såväl positiva som negativa influenser (36). Ett bemötande innefattar, som tidigare nämnt människosyn (25). En persons människosyn påverkas av dennes attityder (34). Att attityder har antingen positiv eller negativ inriktning betyder att vi har tagit ställning till något (34). Det beteende som kommer fram när en sjuksköterska konfronteras med situationer som inte kan kontrolleras påverkas till stor del av tidigare attityder (37). När attityder uttrycker negativa känslor och är baserade på bristfällig kunskap kallas det för fördomar (34). Attityder, fördomar och diskriminering är faktorer som kan påverka vården på ett negativt sätt då förutfattade meningar hos vårdaren om patientens livshistoria kan göra bemötandet bristfälligt (38). Att vara medveten om sina attityder är en viktig del för att kunna undvika att de negativa attityderna yttrar sig. Att ändra på en redan befintlig attityd är tidskrävande och kräver ansträngning. Kan en person se att det finns skillnader mellan attityderna och verkligheten har denna tagit ett stort steg mot att förbättra sina attityder (34).

Sjuksköterskans utbildning/kunskaper om vård av suicidala patienter

I en rapport av Socialstyrelsen (39) står det att för kunna möta suicidala patienter behöver sjuksköterskan särskild utbildning. Denna utbildning bör innehålla suicidologi, suicidprevention, inställningar till liv- och dödsproblematik, attityder till suicid, etik och även epidemiologi. Dessutom bör sjuksköterskor/annan vårdpersonal få chansen att diskutera suicidproblem i mindre grupper.Handledning är även viktigt enligt Socialstyrelsen då det är betydelsefullt för personalen att få prata och fundera över känslor och reaktioner som uppkommer i mötet med den suicidala patienten (39). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (29) ska sjuksköterskan kunna använda omvårdnadsprocessens olika faser självständigt och även kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såsom fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga. Sjuksköterskeyrket ställer stora krav på att sjuksköterskan ska kunna fungera som arbetsledare, arbeta självständigt, använda sig av evidensbaserad vård och kontinuerligt söka ny och relevant information (29). Vid vård av suicidala patienter är det viktigt att ständigt hålla sig uppdaterad då det kommer ny forskning kring vården av suicidala patienter men även hur

suicidala patienter kan uppleva vården (39). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor står det skrivet att sjuksköterskan skall kunna lägga sina värderingar åt sidan vid mötet med en patient och skall ge god omvårdnad till alla patienter oberoende människors värdering, vanor och tro (40).

Problemformulering

Att agera stöd åt en patient med suicidtankar är svårt men också väldigt betydelsefullt. Därför är det viktigt att som sjuksköterska vara medveten om de attityder som kan påverka mötet med en patient som försökt ta sitt liv. En sjuksköterska kan både som erfaren och som nyutexaminerad sjuksköterska få som uppgift att vårda suicidala patienter. Sådana uppgifter kan vara att möta och stötta patienter som inte längre ser någon mening med livet och överväger att ta sitt liv (6). Som sjuksköterska i mötet med en patient som utfört suicidförsök är det en stor utmaning att lyckas skapa ett förtroendefullt samtal och samtidigt kunna bedöma och analysera patientens mentala tillstånd (41). Att gå in med ett öppet sinne och ge lika vård till alla kan försvåras av de attityder människan medvetet och omedvetet präglas av i vardagen (42). Suicidala patienter har uttryckt vikten av att inte uppleva negativa attityder hos sjuksköterskan. Trots detta förekommer attityder, såväl negativa som positiva, hos vårdpersonal i vården (17). Vad är det som påverkar sjuksköterskans attityder i mötet med suicidala patienter?

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att identifiera vad som påverkar sjuksköterskans attityd i mötet med suicidala patienter.

Metod

Detta är en litteraturoversikt. Detta tillvägagångssätt valdes för att få en översikt över kunskapsläget inom ett visst problemområde (43).

Litteratursökning

Informationssökning av vetenskapliga artiklar har gjorts i akademiska databaser (44). Databaser som användes var PubMed, Cinahl och PsycInfo. För att få fram lämpliga sökord med korrekt översättning användes SvenskMeSH. Sökorden som användes var: Suicid*, suicide attempt, suicidal behavior, nurs*, care for, attitude*, treatment, och experience*. Till en början användes färre sökord vilket gjorde att antalet träffar blev för stort, därför lades fler sökord till. Detta gjorde att träffarna blev färre och även svarade bättre på syftet. Sökorden kombinerades sedan på olika sätt för att se vilka kombinationer som gav mest relevant resultat (se bilaga nr 1). Då alla databaser inte automatiskt söker upp olika böjningsformer på sökord användes trunkering (44). Begränsningar som gjordes under artikelsökningen var "peer reviewed", "full text available" och "english". Vid de olika sökningarna genomgicks titlarna på artiklarna och abstrakt lästes på de titlar som ansågs aktuella. De artiklars abstrakt som i sin tur var relevanta för syftet sparades för att sedan läsas i sin helhet och sedan granskas. En sekundärsökning gjordes då det upptäcktes att många artiklar hade refererat till en och samma

författare. Därför söktes det på författarens namn i PsycINFO för att få fram författarens olika artiklar, därefter valdes en ut (se bilaga 1). Totalt lästes 28 artiklar och sedan valdes 15 stycken ut för att kvalitetsgranskas.

Inklusionskriterier

- Pulicerade 1992 eller senare.
- Artiklar som utgick ifrån sjuksköterskor med både grund och specialist utbildning.
- Artiklar vars resultat svarade på vårt syfte.

Exklusionskriterier

- Artiklar som inte hade skiljt olika yrkeskategorier åt såsom läkare/ sjuksköterskor/ undersköterskor.
- Artiklar som huvudsakligen behandlade självska debeteende.
- Artiklar som hade sin huvudsakliga fokus på att utvärdera olika mätinstrument.

Kvalitetsgranskning

När relevanta artiklar hade valts ut lästes de igenom, totalt 28 artiklar lästes och 15 av dem valdes ut då de ansågs vara relevanta för syftet. Dessa 15 artiklar lästes igenom flera gånger och sammanställdes i en artikelmatris. Utifrån sammanställningen blev det sedan lättare att få en överblick vad alla artiklar handlade om och att de stämde överens med syftet och problemformuleringen. För att fastställa att artiklar var av god kvalitet gjordes en kvalitetsgranskning (45). Detta gjordes med hjälp av två olika granskningsprotokoll gällande kvalitativa artiklar och kvantitativa artiklar som hämtades från Willmans och Stoltz bok 'evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet' (45). I protokollen ställs ett visst antal frågor som besvaras med ja eller nej, varje "ja" ger 1 poäng. Sedan sammanställs poängen och beroende på hur många poäng en artikel får kan den kategoriseras som "låg", "medel" eller "hög" kvalitet. Att artiklarna har ett etiskt resonemang är väsentligt för kvaliteten därför valdes artiklar där etiska resonemang diskuterades (45). Till slut valdes totalt 11 artiklar ut till litteraturstudien. Det var sex kvantitativa artiklar, tre kvalitativa artiklar och två artiklar som använt sig av både kvalitativ och kvantitativ metod. De fyra artiklar som fick låg kvalitet exkluderades från resultatet då kvaliteten inte höll enligt kvalitetsgranskningsformulärens krav. De artiklar med låg kvalitet exkluderades också från artikelmatrisen då de inte längre var relevanta för resultatet. Utav de artiklarna som valdes var sex av medelkvalitet och fem med högkvalitet. Slutligen består artikelmatrisen av 11 artiklar som alla användes i resultatet (se bilaga 2).

Analys

För att få en bättre översikt över artiklarna gjordes en sammanställning av resultaten (43). Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger och diskuterades. Resultaten jämfördes sedan för att kunna hitta likheter och skillnader i artiklarna.

Det centrala i de olika artiklarna plockades ut i form av citat och bärande meningar och kortades sedan ner till teman och subteman.

Resultat

Resultatet presenteras i en tabell som redovisar de aktuella teman och subteman som belyser de centrala delar av resultatet som besvarar litteraturstudiens syfte. (Se tabell 1, Teman och subteman)

<u>Tema</u>	Sjuksköterskans inställning till suicidala patienter	Sjuksköterskans religiösa värderingar	Sjuksköterskans upplevelser av att vårda suicidala patienter	Sjuksköterskans förutsättningar
<u>Subtema</u>	<i>Uppmärksamhet</i>	<i>Oförlåtlig synd</i>	<i>Svårigheter att möta patienten</i>	<i>Utbildningsnivå</i>
	<i>Psykisk ohälsa</i>	<i>Religionen som hjälp</i>	<i>Bortkastad tid</i>	<i>Ålder/erfarenhet</i>

Tabell 1, Teman och subteman

Sjuksköterskans inställning till suicidala patienter

Uppmärksamhet

Sjuksköterskor som mötte patienter som försökt begå suicid ansåg att den suicidala handlingen är ett rop på hjälp snarare än en sann vilja att dö (46-49). Sjuksköterskor ansåg att suicidförsök var ett sätt för människan att söka uppmärksamhet och hjälp att hantera sin psykiska smärta (49). Majoriteten av de deltagande sjuksköterskorna i en studie höll med om argumentet att 'suicidala handlingar är ett sätt att söka uppmärksamhet från omgivningen' (47). Andersson och Standen (46) bekräftade uppfattningen om att suicid är ett rop på hjälp. Det framkom att det fanns en tydlig åsikt om att suicidförsök innebär just ett rop på hjälp samt psykisk ohälsa (46). Det fanns teorier hos sjuksköterskor om att patienter som pratar öppet om suicid och hotar med att ta sitt liv ofta inte begår suicid i slutändan. Det är snarare tomta hot och ytterligare ett tecken på att det egentligen handlar om uppmärksamhet och ett rop på hjälp (49).

Psykisk ohälsa

Det är vanligt att sjuksköterskor relaterar suicidala handlingar till psykisk ohälsa (46, 50). Det betonades dock att de ansåg att det handlade om en depression snarare än en psykisk sjukdom (46). Enligt Sun et al. (49) höll 5,1 % av sjuksköterskorna med om åsikten att personer som genomför suicidala handlingar skulle ha en psykisk sjukdom. Den övervägande majoriteten, hela 76 % av respondenterna, ansåg tvärtom att det inte fanns något samband mellan längtan att ta sitt liv och psykisk sjukdom. Resterande respondenter hade ingen uppfattning i frågan (49). Psykisk ohälsa kunde öka förståelsen hos sjuksköterskor. Patienter som hade missbruk som grund för sina suicidala tankar fick inte lika mycket förståelse och omsorg som patienter med psykisk ohälsa, såsom depression (51). Enligt Osafo et al. (50) uttryckte sjuksköterskor åsikter om att personer som försökt begå suicid är galna. Har en person försökt ta sitt eget liv så är denne

benägen att genomföra andra dåd, kanske ännu värre dåd. Även i denna studie framkom det i intervjuer åsikter om att suicidala personer skulle ha en psykisk ohälsa (50).

Sjuksköterskans religiösa värderingar

Oförlåtlig synd

I studier (49, 50) framkom det att det finns samband mellan religion och attityden mot suicid och suicidförsök. Hur sjuksköterskor ser på suicidala handlingar är förknippat med sjuksköterskans egna religiösa värderingar (49, 50). Enligt Sun et al. (49) hade sjuksköterskor som inte var religiösa och vars värderingar inte präglades av någon religion, en mer positiv inställning till suicidala handlingar än sjuksköterskor som har en stark religiös tro (49). Osafo et al. (50) påvisade att religiösa värderingar var en betydelsefull orsak till sjuksköterskors syn på och attityd gentemot patienter som försökt begå suicid. Att Gud har en äganderätt när det handlar om människans liv präglar religiösa sjuksköterskors tankar om suicid och suicidförsök vilket framkommer tydligt i de intervjuer som genomförts. Under en intervju med en sjuksköterska uttrycktes en tacksamhet över att Gud har gett människan livet och att det är Guds uppgift att välja när det ska ta slut. Innan denna tid är kommen är det inte människans rätt att själv ta sitt liv. Gör man det begår man ett mord och det står uttryckligen i Bibeln att man inte får lov att döda (50).

Religionen som hjälp

Enligt Osafo et al. (50) uttryckte sjuksköterskor att livet är en dyrbar gåva och det bör läggas stor vikt på de positiva aspekterna med att ha en tro på Gud och Guds plan med livet. Sjuksköterskor uttryckte att deras religion kunde vara en fördel i mötet med patienten då de ansåg att religionen kunde underlätta de jobbiga perioderna i livet eftersom det fanns en mening med allt som händer, detta tankesätt kunde hjälpa sjuksköterskorna med att motivera och stötta suicidala patienter. Livet består av ett flertal olika faser varav faser av svårigheter ingår i livets cykel. Religionen kan ge en känsla av hopp i de situationerna som upplevs som hopplösa och hjälpa människan att se positivt på de motgångar livet medför. Ser man då de jobbigare perioderna som en del av livet snarare än en orsak att avsluta sitt liv så kommer man tack vare sin tro på Guds plan snart se ljuset i tunneln (50).

Sjuksköterskans upplevelser av att vårda suicidala patienter

Svårigheter att möta patienten

Sjuksköterskor upplevde svårigheter med att vårda patienter som försökt begå suicid (52, 53). Många patienter som försökt begå suicid var avskärmade och inåtvända och undvek alla former av social kontakt. Det var detta som gjorde att sjuksköterskorna upplevde svårigheter vid mötet med de asociala suicidala patienterna. Orsaken till att mötet var besvärligt att hantera berodde på att det var svårt för sjuksköterskan att samtala med patienten och kunna visa omsorg och omvårdnad (52). Det förekom svårigheter med att bli ifrågasatt av en patient, vilket gjorde mötet och omvårdnaden ännu svårare för sjuksköterskan. Det var t.ex. inte ovanligt att frågan "Du har ju aldrig försökt ta ditt liv, hur ska du då

kunna förstå mig och mina känslor?” ställdes (53).

Suicidala patienter uttryckte, enligt sjuksköterskornas upplevelser, mycket hopplöshet. Denna hopplöshet gjorde det svårt för sjuksköterskorna att trösta och motivera patienterna. Sjuksköterskornas önskan var att skapa förtroendefulla relationer med patienterna för att kunna skapa förutsättningar för patienterna att påverka framtiden, vilket i princip blev omöjligt när hela patienternas väsen uttryckte hopplöshet (52). Vid försök att, trots hopplösheten, skapa en relation med patienten kom ofta svaret *“Lämna mig i fred!”*. Det är ett svar som är svårt för sjuksköterskan att hantera då det i vissa fall visat sig betyda *“Jag behöver dig egentligen”* samtidigt som sjuksköterskorna ville värna om patientens integritet och respektera patientens uttryckta önskan (53). Det var svårt att hantera patienter som undvek kontakt och som besvarade försök till en konversation med avslag då det blev svårare för sjuksköterskan att bedöma individens suicidrisk. Detta skapade en osäkerhet hos sjuksköterskan då det lättare blev felaktiga riskbedömningar (52). Enligt Larsson et al. (54) lade sjuksköterskor stor vikt vid att känna sig kompetenta för att kunna ta hand om suicidala patienter. Sjuksköterskorna uttryckte då en vilja att få patienterna att förstå att vården de gavs var för deras eget bästa. Många uttryckte att detta var för att patienterna skulle acceptera dem som sjuksköterskor så att sjuksköterskorna i sin tur skulle känna sig trygga i sina beslut kring vården. I fall där patienterna inte kunde förstå sjuksköterskan och sjuksköterskan inte kunde motivera och förklara sina beslut så att patienterna förstod blev vården sämre och patienterna kunde uppleva att de blev överkörda (54).

Bortkastad tid

Patienter som försökt genomgå suicid upplevdes ibland som irriterande (48, 49). Enligt Sun et al. (49) sågs suicidalt beteende som irriterande beteende av 92 % av de deltagande sjuksköterskorna och av 66,5 % sågs det som själviskt beteende, vilket skapade frustration hos sjuksköterskor (49). Detta stärktes av McLaughlin (48) som kom fram till att sjuksköterskor kände sig frustrerade över att patienter gång på gång försökte begå suicid, vilket ledde till att de ständigt återkom till sjukhuset för vård. Sjuksköterskor upplevde detta beteende som en orsak till onödigt arbete för sjukvårdspersonal (48). Sjuksköterskor som vårdade suicidala patienter upplevde således att deras tid var bortkastad (48, 53). När patienter, trots vård, upprepade gånger försökte begå suicid uttryckte sjuksköterskorna att deras försök till hjälp och deras tid varit förgäves (53, 54). Detta ledde till en känsla av meningslösa ansträngningar och hopplöshet och sjuksköterskornas uttryckte att de ibland ville ge upp (53). Sjuksköterskor uttryckte att när de arbetade hårt och lade ner mycket energi och tid på en patient men aldrig fick något tillbaka så straffade de patienten omedvetet. Detta kunde ske genom att sjuksköterskorna mer eller mindre ignorera dem och slutade vara engagerade (54).

Sjuksköterskans förutsättningar

Utbildningsnivå

Utbildningsnivån hos sjuksköterskor spelade stor roll för attityderna mot suicidala patienter (49-51, 55, 56). De sjuksköterskor som hade vidareutbildat sig till psykiatrisjuksköterskor eller som hade fått annan utbildning kring vård av suicidala patienter visade mer positiva attityder mot suicidala patienter än de sjuksköterskorna utan någon ytterligare utbildning (49, 51, 56). De sjuksköterskor

som hade fått specifik utbildning inom hur de ska hantera suicidala patienter hade de mest positiva attityderna (49). Chan et al. (55) påvisade att sjuksköterskor som fått delta i en 18 timmar lång utbildning gällande prevention, attityder, kunskap och kompetens mot suicidala patienter påvisade en stor förändring och förbättring i attityderna efter utbildningen. Sjuksköterskorna uttryckte att de efter utbildningen hade ökat sin medvetenhet och fått ett nytt perspektiv på vård av suicidala patienter vilket gjorde att deras attityder förbättrades. De kände även att deras kompetens hade blivit bättre i samband med ny kunskap vilket gjorde att de kände sig tryggare att vårda suicidala patienter och på så sätt hade deras attityder också blivit bättre. Tidigare hade sjuksköterskorna även uttryckt att de inte hade insett vikten av suicidprevention på samma sätt som de gjorde efter utbildningen vilket ledde till att deras medvetenhet om vikten av bra eftervård ökade (55).

Kishi et al. (56) påpekade också vikten av att ha utbildning om suicidala patienter för att känna sig trygg vid bemötande. Sjuksköterskor uttryckte att desto mer personliga färdigheter de hade desto bättre var attityderna gentemot suicidala patienter. De uttryckte även att för att kunna utveckla dessa personliga färdigheter krävdes utbildning. En stor skillnad mellan sjuksköterskor som arbetade på en psykiatriavdelning och hade fått utbildning inom suicid och sjuksköterskor som arbetade på till exempel en akutvårdsavdelning framkom. De sjuksköterskor som arbetade på en psykiatriavdelning kände att de hade tillräcklig färdighetsträning för att kunna hantera och möta suicidala patienter medan de sjuksköterskor som arbetade på en akutvårdsavdelning var mindre benägna att förstå suicidala patienter (56). Acceptans och förståelse för suicidalt beteende var en viktig faktor som spelade in i sjuksköterskornas attityder och för att kunna känna acceptans och förståelse krävdes mer utbildning och kunskap hos sjuksköterskor (49, 54). Enligt Samuelsson et al. (51) ansåg 75 % av de responderande sjuksköterskorna att de behövde mer träning och utbildning om suicid för att kunna optimera vården. Sjuksköterskor som hade positiv attityd kunde förstå och påpekade vikten av utbildning medan de sjuksköterskor som hade en mer negativ attityd inte tyckte att det var lika viktigt med utbildning (50).

Erfarenhet och ålder

Attityder mot suicidala patienter hos sjuksköterskor var beroende av sjuksköterskans erfarenhet och ålder (48, 51, 56). Sjuksköterskor som oftare stötte på suicidala patienter och hade större vana att vårda dem visade mer positiva attityder än de sjuksköterskor som sällan vårdade suicidala patienter (51, 56). Enligt Samuelsson et al. (51) visade det sig att desto mer erfarenhet sjuksköterskorna hade av vård av suicidala patienter desto mer empati kände de för patienterna. Detta kopplades samman med att erfarna sjuksköterskor kände att de hade tillräckliga kunskaper för att klara av den psykiatriska vården av suicidala patienter vilket också gjorde att attityderna var mer positiva (51). Kishi et al. (56) stärkte detta då de påvisade att erfarna sjuksköterskor upplevde det lättare än oerfarna sjuksköterskor att kommunicera verbalt med suicidala patienter kring deras problematik. McLaughlin (48) studie visar däremot att negativa attityder hos både erfarna och oerfarna sjuksköterskor identifierats. Av de oerfarna sjuksköterskorna ansåg 13 % och av de erfarna sjuksköterskorna ansåg 15 % att en patient som hade tagit en överdos inte behövde brådskande ingripande medan de ansåg att en patient som inkom för tredje gången, kraftigt överviktig och med bröstsmärtor behövde det. Majoriteten av både de erfarna och de oerfarna

sjuksköterskorna hade även hört annan personal uttala sig irriterat om suicidala patienter som inte lyckats ta livet av sig utan överlevt, de ansåg att de orsakade problem och var besvärliga (48).

Åldern på sjuksköterskorna spelade en stor roll för attityderna (48, 51), dock på olika sätt. Enligt Samuelsson et al. (51) hade äldre sjuksköterskor, oberoende av erfarenhet, mer positiva attityder mot suicidala patienter jämfört med yngre sjuksköterskor (51). Enligt McLaughlin (48) påvisade däremot resultatet att äldre sjuksköterskor hade mer negativa attityder mot suicidala patienter än de yngre. Till exempel höll högre procent utav de äldre sjuksköterskorna med om att patienter som försökte ta livet av sig inte ville dö på riktigt och att patienter som hotade att ta livet av sig sällan gjorde det. Dessa påståenden kopplades samman med negativa attityder. Påståendet om patienter som försöker ta livet av sig på en offentlig plats söker uppmärksamhet, vilket är kopplat till negativa attityder, höll fler yngre än äldre sjuksköterskorna med om (48).

Diskussion

Metoddiskussion

Examensarbetet arbetades fram efter en litteraturoversikt. Detta tillvägagångssätt valdes och ansågs lämpligt för att kunna skapa en förståelse för vad det är som påverkar sjuksköterskans attityder gentemot suicidala patienter (43). Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes. Detta gjorde att vi fick en bredare kunskap om vad som påverkade sjuksköterskans attityder i mötet med en suicidal patient. De kvantitativa studiernas resultat redovisades i olika tabeller vilka vi emellanåt hade svårt att tyda vilket vi tror berodde på att vår kunskapsnivå var för låg. Vi ville även undersöka genusperspektivet i relation till attityder mot suicidala. Men vi hittade inget om genusperspektiv då ingen av studierna la någon vikt vid det.

Artiklarna som användes var ifrån många olika länder, bland annat Sverige, Ghana, Nordirland och Kina vilket ansågs vara positivt då vi fick en bild över vad som påverkar attityderna runt om i hela världen. Men vi anser även att eftersom artiklarna var ifrån så spridda länder så kan detta ha påverkat vårt resultat. Då exempelvis i Ghana ligger större fokus på religion än vad det gör i Sverige. Från början valdes att inte ha med artiklar som var skrivna för mer än 10 år sedan, detta ändrades dock tidigt i litteratursökningen dels för att inte gå miste om artiklar som var relevanta för syftet och dels för att vi inte hittade tillräckligt många artiklar.

Kvalitetsgranskningen gjordes med hjälp av två olika granskningsprotokoll, ett för kvantitativa artiklar och ett för kvalitativa. Vid granskningen av de kvalitativa artiklarna var granskningsprotokollet till stor hjälp och frågorna ansågs vara relevanta för att kunna mäta om artiklarna hade hög kvalitet. Det kvantitativa granskningsprotokollet däremot hade en del frågor som inte var relevanta för våra artiklar. Till exempel frågor om randomisering och blindning vilket inte var väsentligt för många av artiklarna då det inte var möjligt att ha kontrollgrupp och blindning. Detta gjorde att vissa artiklar fick lägre kvalitetspoäng än förväntat. En annan svårighet var även att vissa artiklar hade använt sig av både kvalitativ och kvantitativ metod, detta gjorde att både de kvantitativa och kvalitativa

granskningsprotokollen fick användas och sedan utefter de båda resultaten sammanställas för att se om kvaliteten höll. En positiv sak som vi upplevde med kvalitetsgranskningen var att de båda granskningsprotokollen frågade efter om artiklarna hade något etiskt resonemang. Detta gjorde att vi la vikt vid att kontrollera att artiklarna diskuterade etiska resonemang.

Analysen krävde mycket arbete med artiklarna. Till hjälp användes också artikelmatrisen som gav en överblick över vad alla artiklarna handlade om. Svårigheten med analysen var att få en tydlig struktur då mycket av informationen som kom fram, gick in i och byggde på varandra. Teman som till slut bildades har vuxit fram under bearbetning av bärande meningar i de olika artiklarna.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskans inställning till suicidala patienter

Det framkom i resultatet att sjuksköterskor hade en inställning om suicidala patienter och ansåg att deras suicidförsök inte speglade en sann vilja att dö (46-49) utan att deras beteende snarare var uppmärksamhetssökande (47, 49). Detta gjorde att sjuksköterskorna tolkade patienternas uttalanden om suicidlängtan som tomma hot och ett rop efter uppmärksamhet (49) vilket kan ha en negativ effekt på mötet mellan sjuksköterskan och den suicidala patienten. Det kan vara av betydelse att som sjuksköterska inte låta sin egen inställning om människor prägla omvårdnaden av patienter. Olika inställningar till något kan ta uttryck i förutfattade meningar och fördomar vilket kan påverka vården negativt då sjuksköterskan inte går in med ett öppet sinne i mötet med patienten (38). Sjuksköterskor ansåg också att patienter som genomfört ett suicidförsök led av psykisk ohälsa (46, 50), då framförallt depression (46), och kunde anses vara galna (50). Detta motsades av en annan studie där det har framkommit att endast ett fåtal sjuksköterskor ansåg att det fanns en koppling mellan suicidtankar och psykisk sjukdom (49). Om en suicidal patient led av en psykisk sjukdom kunde detta dock öka förståelsen hos sjuksköterskan jämfört med patienter som själva ålagt sig sina problem, som exempelvis patienter som hade missbruk som grund för sina suicidförsök (51). I mötte med en patient bör sjuksköterskan inte gå in med en negativ inställning, oavsett om patienten försökt begå suicid eller ej, då det ingår i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning att en sjuksköterska ska kunna kommunicera på ett empatiskt och respektfullt sätt med alla patienter (29). Detta kan kopplas samman med den personcentrerade vården där fokus ska ligga på patienten. Det är viktigt att inte koncentrera sig på patientens diagnos och tillstånd (24), då vi anser att det kan medföra en negativ attityd i bemötandet vilket även vårt resultat tydligt har visat. Exempelvis i McLaughlin studie där en del av deltagarna inte ansåg att patienter som hade försökt begå suicid krävde lika snabbt ingripande som patienter som inkom med bröstsmärtor (48). Fokus bör istället ligga på patientens egna upplevelser och känslor, det gör att den unika patienten hamnar i vårdens och mötets fokus snarare än patientens hälsotillstånd (24). På så sätt ges patienten möjlighet att berätta om sina upplevelser vilket får patienten att känna sig betydelsefull (28).

Sjuksköterskans religiösa värderingar

Liksom Dervic et al. (14), som kommit fram till ett samband mellan religion och synen på suicid, påvisades i denna studie att religionen varit en betydelsefull orsak till sjuksköterskors attityder mot suicidala patienter (49, 50). Det påvisades även

här starka samband mellan attityder mot suicid och religiös tillhörighet. Det var tydligt i dessa studier att det fanns negativa attityder gentemot suicidnära människor som bottnade i religiösa värderingar och åsikter. Sjuksköterskor med en stark religiös tro hade svårt att acceptera den suicidnära patienten i samma utsträckning som sjuksköterskor utan någon religion (49, 50). Det är känt att religiösa värderingar påverkar människans attityder mot suicid och suicidförsök (15), då vissa religioner tar tydligt avstånd från samtliga suicidhandlingar (13). Socialstyrelsen kräver att sjuksköterskor ska respektera patienternas värdighet och integritet samt att patienter ska bemötas med omtanke och respekt oavsett bland annat religiös tillhörighet (30). Detta anser vi är ett väldigt tydligt bevis på att sjuksköterskor som lägger sina religiösa värderingar i mötet med patienten agerar på ett felaktigt sätt. Vart studien genomförts kan spela in på hur resultatet utformats. Den ena studien (50) är gjord i Ghana där den vanligaste religionen är kristendom och en stor andel av de deltagande sjuksköterskorna var katoliker. Sjuksköterskorna såg på suicid som en oförlåtlig synd, vilket uttrycktes tydligt av respondenterna då de uttryckte att det var Guds uppgift och rätt att bestämma när människans liv ska ta slut (50). Den andra studien (49) kommer från Taiwan och buddhismen var den vanligast förekommande religionen bland de deltagande sjuksköterskorna. Sjuksköterskornas syn på suicid i den studien var att det inte var accepterat att begå suicid, det var inte människans rättighet. I resultatet påvisades skillnader mellan attityderna hos de religiösa och de icke-religiösa sjuksköterskorna (49). I motsats till de två ovanstående studiernas resultat så kom en tredje studie (46) fram till att sjuksköterskor inte sammankopplade suicid med religion över huvudet taget. Studien gjordes i England och det framgick inte om de deltagande sjuksköterskorna hade någon stark religiös tro eller inte (46). En trolig anledning till att studierna har kommit fram till olika resultat om de religiösa attityderna mot suicid är att deltagarna utgår från sig själv och sina egna religiösa värderingar. Deltagande sjuksköterskor som hade en stark religiös tro där suicid ses som en synd tar med sig dessa tankar och åsikter in i sin yrkesroll, vilket gör att den suicidala patientens vård blir lidande (49, 50). Patienter bör, oavsett suicidförsök eller inte, bemötas med samma attityd och välvilja från sjuksköterskan. Alla patienter har rätt till samma bemötande oavsett om sjuksköterskan är religiös eller inte.

Att sjuksköterskor är religiösa behöver inte innebära negativa attityder. Det framkom att religionen kan ses som en resurs i mötet med patienter. Det uttrycktes att religionen kan bringa hopp när livet känns meningslöst då Gud har en plan för allt som sker (50). Om en sjuksköterska har detta tankesättet tror vi att det kan vara en fördel i försöket att motivera patienten och öka dennes känsla av hopp. På så sätt ökar patientens möjlighet till delaktighet vilket är en viktig del i den personcentrerade vården (24). Det kan också hjälpa patienten med insikten att sjuksköterskan är införstådd med att patientens situation är unik och att vården skall anpassas efter patientens egna behov (42).

Sjuksköterskans upplevelser av att vårda suicidala patienter

Det påvisades att sjuksköterskor upplever svårigheter med att möta patienter med suicidalt beteende. De ansåg att patienterna uttryckte hopplöshet vilket gjorde det svårt för sjuksköterskorna att kunna trösta och samtala med patienten om situationen. Hopplösheten gjorde det svårt att tala om framtiden vilket är en förutsättning för att kunna bringa hopp (53). Patienterna beskrevs som inåtvända

och svåra att få kontakt med, vilket gjorde det svårt för sjuksköterskorna att kommunicera med patienterna. Bristen på kommunikation gjorde att sjuksköterskorna upplevde att omvårdnaden blev lidande (52). Uppfattningen om att en suicidal patient kan vara besvärlig att möta kan grunda sig i att patienter och sjuksköterskor har olika uppfattningar om ett visst sjukdomstillstånd. När en patient upplever sina problem och svårigheter annorlunda än sjuksköterskan förväntar sig, då det medicinska tänkandet kan vara annorlunda än patientens tänkande, kan patienten upplevas som besvärlig. Sjuksköterskan har då en ännu större utmaning i att bemöta patienten, då omvårdnaden kan bli lidande om sjuksköterskan går in med inställningen att patienten är besvärlig och irriterande (32). För att kunna förstå patientens tankesätt om den individuella situationen bör sjuksköterskan fokusera på patientens styrkor och unika behov istället för patients problem och svagheter (20).

Att sjuksköterskor upplevde även att deras tid var bortkastad då patienter gång på gång återkom till sjukhuset för vård efter ett suicidförsök framkom i resultatet (48). Sjuksköterskor menade att den tid de lagt ner på ett vårdtillfälle var förgäves då patienten ändå inte blev hjälpt (53, 54). Detta ledde i sin tur till att sjuksköterskor omedvetet straffade patienten genom att bli mindre engagerade i vården vilket förhindrade att vården och omvårdnaden blev så bra som möjligt (54). Det viktiga och betydelsefulla mötet med suicidal patienter blir lidande när sjuksköterskorna inte upplever att deras ansträngningar och försök till hjälp visar någon framgång (54), istället känner de hopplöshet och en vilja att ge upp sina försök att hjälpa patienten (53). Det finns förhinder för detta i dagens sjukvård då många av sjuksköterskans arbetsuppgifter präglas av den datorbaserade vården. Tid försvinner från samtal med patienten vilket minskar sjuksköterskans möjlighet att stötta patienten (27). Det krävs nämligen att sjuksköterskan stöttar patienten för att få en inblick i patientens livsvärld och på så sätt skapa en terapeutisk relation (20). För att en patient ska acceptera en inbjudan till konversation krävs en känsla av trygghet vilket blir svårt om sjuksköterskan inte stöttar och bekräftar patienten. För att skapa en trygghet bör sjuksköterskan villkorslöst bekräfta patienten med alla sina sinnen för att på så sätt inbjuda patienten till att öppna sig (27). Då patienten känner sig tillräckligt bekräftad och sedd för att öppna sig tror vi att sjuksköterskans förståelse för patientens unika situation ökar och att mötet blir mer givande för båda parter.

Sjuksköterskans förutsättningar

I sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs Universitets ingår inte mycket utbildning kring hur man bör bemöta och samtala med suicidal patienter. I termin 3 får sjuksköterskestudenterna möjlighet att delta i en temadag på cirka 6 timmar där det diskuteras om mötet med suicidnära patienter. Under temadagen tas det upp frågeställningar som varför det är viktigt att prata om suicid, vad som kännetecknar suicidrisk och suicidtankar samt attityder och fördomar mot suicidnära patienter (Personlig kommunikation Bodil Augustsson, universitetsadjunkt, 12-11-08). Att det inte ingår så mycket utbildning om suicidal patienter kan vara en förklaring till att det framkommit stora skillnader på attityderna hos sjuksköterskor med och utan ytterligare utbildning om suicidal patienter. I en rapport beskriver Socialstyrelsen ett rekommenderat utbildningsinnehåll som inkluderar såväl attityder, etik, livs – och dödsproblematik samt suicidprevention (39). Detta är särskilt viktigt då hälso- och

sjukvården har stora möjligheter att påverka suicidförekomsten på ett positivt sätt (16) och dessa möjligheter bör sjuksköterskor vara väl medvetna om. I resultatet framgick det att sjuksköterskor som fått utbildning om suicid och hur de bör möta suicidala patienter, antingen genom specialistutbildning eller genom någon annan utbildning som behandlar suicid, hade mer positiva attityder än de sjuksköterskor som inte fått någon ytterligare utbildning (49, 51, 56). Utbildningen hade gett sjuksköterskorna nytt perspektiv på suicidala patienter och upplevde ökad kompetens. Detta gjorde att de kände sig tryggare i sin roll som sjuksköterska i mötet med en suicidal patient vilket gjorde attityderna generellt mer positiva (55). En högre utbildningsnivå innebär således mer positiva attityder och färre förutfattade meningar och fördomar, det är alltså att rekommendera att sjuksköterskor som vårdar suicidala patienter har tillräckligt med utbildning för att kunna göra bemötandet i vården så bra som möjligt.

En annan faktor som påverkade sjuksköterskornas attityd visade sig vara sjuksköterskans erfarenhet. Sjuksköterskor som var vana vid att möta suicidala patienter kände sig tryggare än de sjuksköterskor som sällan mötte patienter med suicidalt beteende (51). Erfarenheten hjälpte dem att känna sig trygga i sin yrkesroll och det gjorde det lättare att kommunicera med patienterna och tala om situationen (56). Det är dock inte en garanti att erfarenhet leder till mer positiva attityder. Det framkom nämligen i en annan studie att det inte var någon skillnad mellan de oerfarna sjuksköterskor och erfarna sjuksköterskor, båda grupperna påvisade generellt negativa attityder (48). Det har även undersökts om åldern har någon betydelse för sjuksköterskors attityder i mötet med suicidala patienter. En studie (51) påvisade att äldre sjuksköterskor hade mer positiv attityd och en studie (48) kom fram till att de äldre sjuksköterskorna hade mer negativ attityd till suicidala patienter jämfört med de yngre kollegorna. Ingenting tyder dock på att erfarenhet skulle bidra till mer negativa attityder vilket påvisar att erfarenhet endast kan ses som en fördel. Erfarna sjuksköterskor menar att de har tillräckligt med kompetens för att kunna möta en patient med suicidalt beteende på ett professionellt sätt (51). För att ett möte med en suicidal patient ska vara bra krävs det att sjuksköterskan känner sig trygg för att på så sätt kunna ta in patientens berättelse. Om sjuksköterskan känner sig såpass trygg i sin yrkesroll att det blir möjligt att lyssna till patienten kommer patienten att känna sig delaktig. Får patienten möjlighet att vara delaktig och få beskriva sina upplevelser, känslor och önskemål optimeras patientens upplevelse av vården (24). Att patienten ska ges möjlighet att vara delaktig i sin vård är ett krav på hälso- och sjukvården från Socialstyrelsen (30). Genom delaktigheten känner sig patienten trygg vilket har en positiv inverkan på vården (31).

Slutsats

Det visade sig finnas olika orsaker till sjuksköterskors attityder mot patienter som försökt begå suicid. Det har visat sig att dessa orsaker kan finnas i sjuksköterskors inre i form av inställningar, religiösa värderingar och upplevelser av att vårda suicidala patienter. Orsaker fanns även i yttre faktorer, sjuksköterskans egna förutsättningar. Det är viktigt att som sjuksköterska vara medveten om att dessa orsaker och faktorer finns för att kunna ge lika vård till alla patienter. Attityder och fördomar som kan påverka vården av en patient strider mot hälso- och sjukvårdslagen där det står skrivet att vård ska ges på lika villkor för alla och med

respekt för den enskilda människans värdighet (23). Enligt ICN:s etiska kod skall sjuksköterskor kunna lägga sina värderingar åt sidan vid mötet med en patient och ge god omvårdnad till alla patienter oberoende av människors värdering, vanor och tro (40). Vetskapen om dessa bidragande orsaker till sjuksköterskors attityder kan vara betydelsefull i den framtida yrkesroll som sjuksköterska. Är sjuksköterskor medvetna om dessa orsaker så minskar risken att de själva skulle blanda sina egna värderingar och inställningar i möten med patienter. Istället ska en sjuksköterska ha ett öppet sinne och utan att döma patienter bemöta patienter med respekt och omtanke. Eftersom det tydligt framkommer i vårt resultat att utbildning kring suicidala patienter kan förbättra sjuksköterskors attityder anser vi att det inte bara borde ingå mer utbildning om suicidala patienter i sjuksköterskans grundutbildning. Personal inom hälso- och sjukvården bör få kontinuerlig utbildning för att på så sätt optimera vården. Vidare forskning inom detta ämne skulle undersöka patienters upplevelser av sjuksköterskors attityder som ett komplement till vårt resultat.

Referenser

1. Skogsberg A. Vården måste följa upp självmordsförsök: Aftonbladet; 2012 [cited 2012 1110]. Available from: (<http://www.aftonbladet.se/debatt/debattamnen/samhalle/article15415934.ab>).
2. Självmord: Nationalencyklopedin; 2012 [cited 2012 1029]. Available from: <http://www.ne.se/lang/sj%C3%A4lvmord>
3. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2010 2011 [cited 2012 1121]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18394/2011-7-6.pdf>.
4. Runeson B, Stockholms län L. Vård av suicidnära patienter: regionalt vårdprogram. Stockholm: Beställarkontor Vård, Stockholms läns landsting; 2003.
5. Cronström-Beskow S. Samtal om självmord. Stockholm: Folksam; 1983.
6. Runesson B. Inledning. In: Runesson B, editor. Den suicidnära patienten: värdering och hantering av suicidrisk. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 9-14.
7. Beskow J. Nationellt program. In: Beskow J, editor. Självmord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick. Lund: Studentlitteratur; 2000. p. 49-64.
8. Ottosson H, Ottosson J-O. Psykiatriboken. Stockholm: Liber; 2007.
9. Arbetslöshet och självmord: Karolinska institutet; 2012 [cited 2012 1114]. Available from: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=40154&a=148871&l=sv>.
10. World Health Organization 2011 [cited 2012 1029]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/.
11. Karin Bäckman MD, Dag Tiderman, Bo Runeson. Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada: Läkartidningen; 2012 [cited 2012 1011]. Available from: <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=13767>.
12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:133-54. PubMed PMID: 2010143981.
13. Stack S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1991 Aug;26(4):168-70. PubMed PMID: 1948297.
14. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *The American journal of psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2303-8. PubMed PMID: 15569904.
15. Renberg ES. Etnicitet. In: Runesson B, editor. Den suicidnära patienten: värdering och hantering av suicidrisk. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 91-4.
16. Beskow J, Sverige S. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Allmänna förl. [distributör], 1990
17. Wiklander M, Samuelsson M, Åsberg M. Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(3):293-300. PubMed PMID: 2004040510.
18. Personcentrerad vård: Svensk Sjuksköterskeförening; 2010 [cited 2013 0114]. Available from: http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OMPersoncetrerad.pdf.
19. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 29-37.
20. Slater L. Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary nurse*. 2006 Oct;23(1):135-44. PubMed PMID: 17083326.

21. Sidani S, Epstein D, Miranda J. Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*. 2006;3(3):116-23. PubMed PMID: 16965313.
22. Willman A. Evidens och personcentrerad omvårdnad In: Edvardsson D, editor. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 101-12.
23. Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763 2§ (2012).
24. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*. 2011 Dec;10(4):248-51. PubMed PMID: 21764386.
25. Fossum B. Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. In: Fossum B, editor. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur. p. 23-40.
26. Enqvist B, Bengtsson K. Förmågan att kommunicera - en överlevnadsfaktor. In: Enqvist B, Bengtsson K, editors. *Orden som läker: kommunikation och möten i vård och terapi*. Lund: Studentlitteratur; 2005. p. 9-13.
27. Enqvist B. Förutsättningarna för ett bra möte. In: Enqvist B, Bengtsson K, editors. *Orden som läker: kommunikation och möten i vård och terapi*. Lund: Studentlitteratur; 2005. p. 15-20.
28. Andersson S-O. Mötet och samtalet. In: Fossum B, editor. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 101-32.
29. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [cited 2012 1102]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
30. Socialstyrelsen 2005:12, Kapitel 4.
31. Larsson I, Rahle Hasselbalch L, Palm L, Nylander S. *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag; 2008.
32. Hansson Scherman M. *Den besvärlige patienten: om den inre logiken i skilda sätt att tänka om sjukdom och bot* / [Elektronisk resurs]. Stockholm: eLib [distributör]; 2006.
33. *Personcentrerad vård, Vad är en patientberättelse? : Göteborgs universitet*; 2012 [cited 2013 0114]. Available from: <http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-var/d/patientberattelsen>.
34. Kristoffersen NJ, Berg-Thomassen H, Bjerneroth G, Larsson-Wentz K. *Allmän omvårdnad: 1, Profession och ämnesområde - utveckling, värdegrund och kunskap*. Stockholm: Liber; 1998.
35. Svenska Akademien; 2011 [cited 2012 1101]. Available from: http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista.
36. Attityd: Nationalencyklopedin; 2012 [cited 2012 1101]. Available from: <http://www.ne.se/attityd>.
37. Qvarnström U. *Vår död*. Stockholm: Liber; 1998.
38. Söndergaard HP. Överföring och motöverföring, gruppen och organisationen. In: Fossum B, editor. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 231-50.
39. Socialstyrelsen. *Vård av självmordsbenägna patienter 2003* [cited 2012 1102]. Available from:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10650/2003-110-8_20031108.pdf.

40. ICN:s etiska kod: Svensk sjuksköterskeförening; 2007 [cited 2012 1210]. Available from: [http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF Etisk kod t webb2.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20webb2.pdf).

41. Runesson B. Tidigare suicidförsök. In: Runesson B, editor. Den suicidnära patienten: värdering och hantering av suicidrisk. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 17-22.

42. Ezra E. Det goda mötet. Stockholm: Norstedt; 2010.

43. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 133-44.

44. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 57-80.

45. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2011.

46. Anderson M, Standen PJ. Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2007;14(5):470-7. PubMed PMID: 2009640830.

47. Demirkiran F, Eskin M. Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in Turkey to patients who have attempted suicide. *Social Behavior and Personality*. 2006;34(8):891-906. PubMed PMID: 621463335.

48. McLaughlin C. Casualty nurses' attitudes to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;20(6):1111-8. PubMed PMID: 1995003115.

49. Sun F, Long A, Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(2):255-63. PubMed PMID: 2009505891.

50. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49(6):691-700. PubMed PMID: 2011559501.

51. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1997 Mar;95(3):222-30. PubMed PMID: 9111855.

52. Carlén P, Bengtsson A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007;16(4):257-65. PubMed PMID: 2009640517.

53. Tzeng W, Yang C, Tzeng H, Ma H, Chen L. The inner door: toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(9-10):1396-404. PubMed PMID: 2010630302.

54. Larsson P, Nilsson S, Runeson B, Gustafsson B. Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21(4):222-32. PubMed PMID: 2009654611.

55. Chan SW, Chien W, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*. 2009;29(7):763-9. PubMed PMID: 2010429943.

56. Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, Hatta K, Thurber S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*. 2011;33(4):393-7. PubMed PMID: 2011213300.

Bilaga 1, sökschema

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal valda artiklar (ref)
Cinahl Begränsningar: "peer reviewed"	Suicid*	11679	0 avgränsades till
	Suicid*, attitude*	1276	0 avgränsades till
	Suicid*, attitude*, nurs*	310	2 (46,56)
	Suicid*, attitude*, nurs*, care for	178	1 (55)
	suicide attempt, attitude*, nurs*	12	1 (49)
	Suicidal behavior, attitud*, nurs*	6	1 (50)
	Suicid*, nurs*, experience*	196	0
	Suicid*, nurs*, treatment	200	0
Pubmed Begränsningar: "full text available", "English"	Suicid*, attitude*, nurs*	28	0
	Suicid*, attitude*, nurs*, care for	15	0
	Suicid*, attitude*, suicid attempt	107	0

	Suicid*, nurs*, care for, attitude*	229	0
	Suicidal behavior, nurs*, attitude*	111	2 (52, 54)
	Suicid*, nurs*, experience*	280	0
	Suicid*, nurs*, experience*, attitude*	113	1 (48)
	Suicid*, nurs*, treatment, attitude*	316	0
PsycINFO Begränsningar: "peer reviewed"	Suicid*, attitude*, nurs*	223	1 (53)
	Suicidal behavior, nurs*, attitud*	58	1 (47)
	Suicid*, attitude*, nurs*, care for	103	0
	Suicid*, nurs*, treatment, attitude*	60	0
	suicide attempt, attitude*, nurs*	46	0
	Suicid*, nurs*, experience*	283	0

	Suicid*, nurs*, experience*, attitud*	66	0
Sekundärsökning på PsycINFO	Samuelsson, suicid*	12	1 (51)

Bilaga 2, Artikelmatris

År Författare Land	Titel Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat	Antal kvalitets- /kvantitetsp oäng
2006 Demirkiran F & Eskin M Turkiet	Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in Turkey to patients who have attempted suicide (47). Social Behaviour and Personality	Syftet var att undersöka terapeutiska och icke-terapeutiska reaktioner mot patienter som försökt begå suicid hos läkare och sjuksköterskor.	Kvantitativ studie. Frågeformulär angående demografisk data, reaktioner och kontakt med patienter som har försökt ta livet av sig, attityder mot suicid och egna suicidtendenser. 364 deltagare (206 sjuksköterskor och 158 läkare)	Sjuksköterskor reagerar oftare än läkare icke-terapeutiskt mot patienter som har försökt ta livet av sig det vill säga mer negativt Kommunikation, känsla av medlidande hos patienter som har försökt begå suicid stärkte terapeutiska reaktionerna medan rädsla och ångest fick fram negativa reaktioner.	10 Medel
2012 Osafo J, Knizek B.L, Akotia C.S, Hjelmland H Ghana	Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study (50).	Syftet var att förstå attityderna mot suicidalt beteende hos hälso-och sjukvårdspersonal i Ghana.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer. 17 deltagare (9 läkare och 8 sjuksköterskor)	Fyra teman kom fram: 1. Suicid: Patologi eller en moralisk fråga? 2. Mellan omvårdnad och brott. 3. Behovet av en klandervärd person 4.	10 Medel

	<i>International Journal of Nursing Studies</i>			Förebyggande: Hälso- och sjukvård och en normgivande strategi. Många sjuksköterskor hade dömande attityd mot suicid.	
1994 Mc Laughlin C. Nordstrand	Casualty nurses' attitudes to attempted suicide (48). <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Att undersöka attityden till suicidförsök hos allmänna sjuksköterskor på 11 sjukhus. Betydelsen av sjuksköterskornas erfarenhet och ålders undersöks också.	Kvantitativ studie. Frågeformulär är SOQ (Suicide Opinion Questionnaire) med femgradig Likertskala mailades ut till deltagande sjuksköterskor. 146 deltagare.	Sjuksköterskorna hade överlag en god attityd till suicidbenägna patienter. Erfarenhet och ålder spelade roll, de äldre och mer erfarna sjuksköterskorna påvisade en mer positiv attityd jämfört med de yngre och mindre erfarna.	11 Medel
2007 Anderson M & Standen P.J.	Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm (46). <i>Journal of Psychiatric</i>	Syftet var att undersöka attityder till suicid hos sjuksköterskor och läkare som arbetar med barn och ungdomar som har självskadebeteende.	Kvantitativ studie. SOQ frågeformuläret användes tillsammans med Likertskalan. 179 deltagare	Framkom att många sjuksköterskor och läkare kopplar samman suicidalt beteende med psykisk ohälsa. De ansåg att suicidalt beteende var ett rop på hjälp. Många ansåg även	9 medel

	<i>and Mental Health Nursing</i>			att suicidalt beteende hörde ihop med depression.	
--	----------------------------------	--	--	---	--

2009 Chan W-C S, Chien W-T, Tso S Kina	Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention (55). <i>Nurse Education Today</i>	Syftet var att utvärdera ett utbildningsprogram om att förebygga suicid för sjuksköterskor som arbetar på allmän sjukhus.	Kvalitativ och kvantitativ studie. 4 stycken olika frågeformulär användes. SOQ frågeformulär för att få fram attityder. MCQ frågeformulär för att få fram kunskaperna. Checklista för att få fram preventionskunskaperna. Stress and Coping scale för att mäta stressnivåer. Fokusgrupper för att få fram den kvalitativa datan.	Attityder och kunskaperna hos sjuksköterskorna förbättrades efter utbildning. Sjuksköterskorna uttryckte att de hade ökat sin medvetenhet kring suicidala patienter.	14 Hög
2007 Larsson P, Nilsson S, Runesson B. Sverige.	Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy - Acceptance - Understanding - Competence model for confirming nursing (54).	Beskriva psykisk omvårdnad av suicidnära patienter med modellen SAUC (sympati - accepterande - förstående - kompetens).	Kvalitativ och kvantitativ studie. Sjuksköterskor från 13 olika psykiatriska avdelningar på ett sjukhus 29 deltagare i de semi-strukturerade intervjuerna. 21 deltagare av frågeformuläret.	Personstöd viktigt. Sjuksköterskorna betonade vikten av att vara tillgänglig, förstående, uppmärksam, respektfull och engagerad. Äkta empati gör det lättare	8,9 poäng dvs medel på båda formulärena.

	<i>Archives of Psychiatric Nursing</i>			för patienter att öppna sig och på så sätt kunna motverka ytterligare suicidalt beteende.	
2010 Tzeng W-C, Yang C-I, Tzeng N-S, Ma H-S, Chen L. Taiwan	The inner door: Toward an understanding of suicidal patients (53). <i>Jornal of Clinical Nursing</i>	Beskriva dilemman sjuksköterskor upplever och hur de bemöter dessa när de vårdar suicidala patienter.	Kvalitativa studier. Observation på avdelningen under två år. 18 deltagare.	En viktig faktor, den inre dörren (en osynlig dörr inne i sjuksköterskans sinne). Begreppet innerdörr hjälper sjuksköterskor att bättre förstå varför de tar avstånd från patienter när de stöter på kliniska dilemman och erbjuder ett sätt att lösa sina inre konflikter genom självreflektion och uppskattning av patientens upplevelser.	13 Hög
2006 Bengtsson A & Carlén P	Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in	Syftet var att undersöka hur psykiatrisjuksköterskor upplever patienter med	Kvalitativ studie. Semi-strukturerade intervjuer.	Sjuksköterskorna placerade in patienterna i olika fack	13 hög

Sverige	inpatient care (52). <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>	suicidalt beteende inom psykiatrisk slutenvård.	11 deltagare.	beroende på deras tidigare erfarenhet av suicidala patienter. Sjuksköterskorna upplevde patienterna som lidande.	
2011 Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, Hatta K, Thurber S. Japan	Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide (56). <i>General Hospital Psychiatry</i>	Syftet var att undersöka sjuksköterskors attityder mot suicidala patienter och deras upplevda behov av utbildning.	Kvantitativ studie. UPS formuläret skickades ut till sjuksköterskor som hade anmält sig till en databas för intresse av psykiskaundersökningar. 323 deltagare.	Sjuksköterskorna upplevde att suicidala patienter inte blev behandlade bra. Sjuksköterskor som arbetade inom psykiatri hade bättre attityder mot suicidala patienter än de sjuksköterskor som arbetade på akuten.	11 medel
2005 Sun F-K, Long A, Boore, J. Taiwan	The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide (49). <i>Journal of Clinical</i>	Undersöka allmänna sjuksköterskors attityd gentemot suicidala patienter och identifiera viktiga beståndsdelar som bidrar till suicidalt beteende.	Kvantitativ studie. Frågeformulär, SOQ, femgradig Likertskala. 155 deltagare.	Sjuksköterskorna har en positiv inställning till suicidala patienter. Aspekter som ökar positiva attityden: 1) Högre utbildning 2) Ej	13 hög

	<i>Nursing</i>			<p>religiös</p> <p>3) Lägre antal vårdade suicidala patienter</p> <p>Ytterligare utbildning och träning för att främja mer positiv inställning aktuellt.</p>	
<p>1997</p> <p>Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JF.</p> <p>Sverige</p>	<p>Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. (51).</p> <p><i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i></p>	<p>Undersöka sjuksköterskans attityder mot suicidala patienter</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Mail med frågeformulär (USP och VAS) skickades ut.</p> <p>191 deltagare.</p>	<p>Kom fram att kvinnor är med sympatiska än män. Äldre personal var mer välvilliga mot suicidala patienter än yngre personal. Mer positiva attityder hos de sjuksköterskor som träffade på suicidala patienter oftare.</p>	13 hög