



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskans erfarenheter i vården av patienter med suicidalt beteende

En beskrivande litteraturstudie

Bertil Ahlberg & Linda Elemyr

2017

Examensarbete, grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnad

Handledare: Marie Nordfeldt
Examinator: Britt-Marie Sjölund

Sammanfattning

Bakgrund

Suicidalt beteende även kallad suicidalitet är ett stort globalt hälsoproblem. Begreppet innefattar suicidtankar, suicidförsök och suicid. Var 40:e sekund avlider en människa på grund av suicidalitet någonstans på jorden.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter i vården av patienter med suicidalt beteende samt beskriva undersökningsgruppen i de inkluderade artiklarna.

Metod

Föreliggande litteraturstudies resultat inkluderar 12 vetenskapliga artiklar, med både kvantitativ och kvalitativ ansats. Studien har en beskrivande design. Databaser som användes var PubMed, CINAHL och PsycINFO.

Huvudresultat

Sjuksköterskorna erfar att omvårdnad av patienter med suicidalt beteende är en komplex situation. Erfarenheterna är att suicidalt beteende väcker känslor som chock, besvikelse, frustration, skuld och stress hos sjuksköterskorna. Egna värderingar har en dömande inverkan på patienten. En osäkerhet i omvårdnaden av dessa patienter finns. Fysiska behov prioriteras därför före psykiska. Detta kan kopplas till brist på utbildning, stöd och resurser.

Slutsatser

Sjuksköterskors erfarenheter är betydelsefulla för att ge den suicidala patienten bästa möjliga omvårdnad. Sjuksköterskor bör ha en icke dömande inställning och ett holistiskt förhållningssätt. Föreliggande studie vill bidra till en samlad bild av sjuksköterskors erfarenheter i omvårdnaden av denna patientgrupp. Detta för att belysa det stöd och utbildning som sjuksköterskan behöver för att möta patienten professionellt. Men även för att belysa vikten av förståelse och betydelsen av rätt omvårdnad.

Nyckelord: Erfarenhet, omvårdnad, sjuksköterska, suicid, suicidalt beteende, suicidförsök

Abstract

Background

Suicidal behavior, also called suicidality, is a major global health problem. The concept includes suicide thoughts, suicide attempts and suicide. Every 40 seconds a person dies due to suicidality somewhere on earth.

Aim

The aim was to describe the nurse's experience in the care of patients with suicidal behavior as well as describe the study group in the included articles.

Method

The results of the current literature study includes 12 scientific articles, both quantitative and qualitative. The study has a descriptive design. Databases used were PubMed, CINAHL and PsycINFO.

Main Results

Nurses experience that nursing of patients with suicidal behavior is a complex situation. The experience is that suicidal behavior raises emotions like shock disappointment, frustration, guilt and stress in nurses. Own values have a judgmental impact on the patient. An insecurity in the care of these patients exists. Physical needs are therefore prioritized before psychological. This can be connected to lack of education, support and resources.

Conclusion

Nurses experience is important for giving the suicidal patient the best possible care. Nurses should have a non-judgmental attitude and a holistic approach. The present study aims to contribute to a comprehensive picture of nurses' experiences in the care of this patient group. This is to highlight the support and education that the nurse needs to meet the patient professionally. But also to highlight the importance of understanding and the importance of proper nursing.

Keywords: Experience, nurse, nursing care, suicide, suicide attempt, suicide behaviour

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Suicidalt beteendet	1
1.1.1 Suicid	1
1.1.2 Suicidförsök	2
1.1.3 Suicidtankar	2
1.2 Suicidalitet, ett folkhälsoproblem	2
1.3 Riskfaktorer för utvecklande av suicidalt beteende	3
1.4 Patientens upplevelse av vård efter ett suicidförsök	3
1.5 Sjuksköterskans omvårdnadsroll och värdegrund	4
1.6 Begreppsdefinition	5
1.7 Teoretisk referensram	5
1.8 Problemformulering	6
1.9 Syfte	6
1.10 Frågeställning	7
2. Metod	7
2.1 Design	7
2.2 Sökstrategi	7
2.3 Urvalskriterier	8
2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar	9
2.5 Dataanalys	9
2.6 Etiska överväganden	10
3. Resultat	10
3.1 Erfarenhet från omvårdnaden av patienter med suicidalt beteende	11
3.2 Sjuksköterskans bedömning av patienten	12
3.3 Erfarenheter utifrån ålder, kön, utbildning och yrkeserfarenhet	12
3.4 Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer till suicidalt beteende	13
3.5 Erfarenheter utifrån kulturella och religiösa värderingar	13
3.6 Sjuksköterskans känslor i vården av suicidala patienter	14
3.7 Metodologisk frågeställning – urvalsgrupper	15
3.7.1 Antal deltagare och könsfördelning	15
3.7.2 Ålder samt yrkeserfarenhet	16
4. Diskussion	16
4.1 Huvudresultat	16
4.2 Resultatdiskussion	17
4.2.1 Erfarenhet från omvårdnaden av patienter med suicidalt beteende	17
4.2.2 Sjuksköterskans bedömning av patienten	17
4.2.3 Erfarenheter utifrån ålder, kön, utbildning och yrkeserfarenhet	18
4.2.4 Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer till suicidalt beteende	18
4.2.5 Erfarenheter utifrån kulturella och religiösa värderingar	19
4.2.6 Sjuksköterskans erfarna känslor av vården med suicidala patienten	19
4.2.7 Metodologisk diskussion – urvalsgrupper	20
4.2.7.1 Antal deltagare och könsfördelning	20

4.2.7.2 Ålder samt yrkeserfarenhet.....	21
4.3 Metoddiskussion.....	21
4.4 Kliniska implikationer.....	23
4.5 Förslag på fortsatt forskning.....	23
4.6 Slutsats.....	23
Referenser.....	25
Bilaga 1 – Tabell 2 Metodologisk översikt resultatartiklar	
Bilaga 2 - Tabell 3 Sammanställning av resultatartiklarnas syfte och resultat	

1. Introduktion

Våra språk, tankar, fantasier och idéer tar form i storhjärnan och är förmågor som gör att vi kan skapa bilder av det som ännu inte finns, men även se till att det en dag kan bli verklighet. Utifrån dessa färdigheter kan människan själv styra över sitt liv, värdesätta det eller välja att avstå från det. Att värdera vårt liv är en ständigt pågående process, ett livsproblem (Beskow 2000). Tankar innehållande livsleda i någon form kan uppstå hos alla människor någon gång under livet. Livsledan kan hos några leda till ett suicidalt beteende (Tegern, Beskow och Eriksson 2003).

1.1 Suicidalt beteende

Suicidalt beteende, ett begrepp som innefattar suicidtankar, suicidförsök och suicid, myntades under 1970-talet (Sjöström 2014). Begreppet omnämns även i litteraturen som suicidalitet (Beskow, Palm Beskow & Envall 2005). Fenomenet suicidalt beteende betraktat utifrån ett psykologiskt perspektiv, beskrivs av forskare som en process där personen går från tankar, till försök, till fullbordat suicid. Denna modell användes för att förstå den psykologiska och kommunikativa utvecklingen fram till suicid (Beskow 2000). Även Beskow, Palm Beskow och Envall (2005) beskriver suicidalt beteende som en suicidal process där suicidtankar, suicidförsök och suicid utvecklas över tid. Processen kan vara både kort och lång. Den långa processen kan vara över decennier och variera i tydlighet hos den suicidala personen. Den korta processen kan utlösas av exempelvis en tanke eller händelse som utvecklas till impulshandling. Beskow, Palm Beskow och Envall (2005) beskriver hur den suicidala processen utvecklas av svårigheter, hinder och lidanden. Både destruktiva och konstruktiva inslag kan ses, vanligen med lyckligt slut. Detta bekräftas av förhållandet att av hundra personer som har suicidtankar är det en som begår suicid. Suicidalt beteende kan tolkas som ett allvarligt tillstånd i en människas liv (Tegern, Beskow & Eriksson 2003).

1.1.1 Suicid

Begreppet suicid, som i vardagsspråk kallas självmord, beskrivs som mindre negativt laddat än det vardagliga uttrycket. Suicid är ett viljeinriktat, självtillfogat och ett livshotande agerande som resulterar i döden (Beskow 2000; Sjöström 2014).

1.1.2 Suicidförsök

Suicidförsök definieras av både Sjöström (2014) och Beskow (2000) som ett livshotande eller skenbart livshotande agerande med intentionen att ta livet av sig. En händelse där personen har begått en konkret eller uppenbar handling i syfte att tillfoga sig själv livshotande skada, men som inte leder till döden. Teger, Beskow och Eriksson (2003) beskriver suicidförsök som ett sätt att kommunicera. Genom denna handling försöker personen förmedla fysiska och psykiska smärtor, negativa tankar och impulser.

1.1.3 Suicidtankar

Suicidtankar, tankar att ta sitt liv, innefattar personens fantasier, tankar, önskningar och impulser (Sjöström 2014). Suicidtankar kan liknas vid delar av ett inre samtal. Ett övervägande om livet är värt att leva (Teger, Beskow & Eriksson 2003). Suicidtankar beskrivs som ett beteende som direkt kan upptäckas eller tolkas. Beteendet berör eller tar riktning mot en möjlig livshotande handling gentemot individens liv. Men där potentiell dödliga handlingen inte utförts (Beskow 2000).

1.2 Suicidalitet, ett folkhälsoproblem

Suicidalitet är ett stort globalt folkhälsoproblem. Var 40:e sekund avlider en människa på grund av suicidalitet någonstans på jorden. Även om antalet suicid globalt minskat med 9% mellan 2000 - 2012 så varierar det kraftigt mellan en ökning i vissa regioner och minskning i andra. Orsaken till detta är okänd. I större delen av världen är antalet suicid högst i 70-årsåldern eller äldre, dock finns det några undantag med länder där suicidtalerna är högst hos den unga befolkningen. Globalt sett är suicid den näst största dödsorsaken bland 15 - 29 åringar i världen. Dessa siffror från WHO kan vara underskattade då suicid är ett känsligt ämne i många länder som inte alltid rapporteras (World Health Organisation 2014). Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), vid Karolinska Institutet samt Stockholm Läns Sjukvårdsområde, beskriver i en rapport, utveckling av suicid i Sverige mellan åren 1980 - 2014. Rapporten visar att antalet suicid generellt har minskat genom åren. 2014 dog 1 524 personer, över 15 år, i suicid fördelat över 1 042 män och 482 kvinnor. Åldersgruppen 45 - 64 visar generellt högst antal suicid över åren, följt av åldersgruppen över 65 år. 25 - 44 år är den åldersgrupp som uppvisar den största minskningen i antalet suicid, medans åldersgruppen 15 - 24 år haft en mer jämn utveckling över åren men har tenderat att öka de sista åren. Rapporten bygger på Socialstyrelsens dödsorsaksregister och inkluderar både säkra suicid samt osäkra suicid. Till osäkra suicid

räknas dödsfall där misstanke om suicid finns, men suicidala avsikten inte har kan styrkas (Jiang, Hadlaczky & Wasserman 2016).

1.3 Riskfaktorer för utvecklande av suicidal beteende

Risken för suicidalt beteende påverkas av olika riskfaktorer; 1. Psykiatriska faktorer så som psykiska sjukdomar, alkohol och droganvändning. 2. Negativa livshändelser, till exempel förlust, sorg och familjekonflikt. 3. Psykologiska faktorer som inre konflikter, sexuellt våld, utnyttjande och negativa känslor. 4. Sociala faktorer såsom social isolering och ekonomiska problem. 5. Miljöfaktorer, det vill säga tillgång till suicid medlet, till exempel vapen eller giftiga substanser (Sjöström 2015). I studien av Choi, Lee, Yoon, Won och Kim (2017) har riskfaktorer för suicid bland män och kvinnor med suicidtankar i Korea beskrivits. Studien visar att gemensamma riskfaktorer bland både män och kvinnor var ålder under 50 år, låg utbildning och depression. Studien visade även att cancerdiagnos hos män var en signifikant riskfaktor, medans låg inkomst, stress samt rökning var signifikant hos kvinnor. Gordon och Melvin (2014) beskriver liknande riskfaktorer som kan leda till suicid bland tonåringar. Faktor som psykisk sjukdom, familjeförhållanden och miljö nämns även här, likaså medel och verktyg för att ta sitt liv. Det mentala tillståndet, t ex självmordstankar, ångest och oro anses också vara riskfaktorer.

1.4 Patientens upplevelse av vård efter ett suicidförsök

Patienter beskriver ofta en känsla av skam efter ett suicidförsök, och är därför känslig för personalens bemötande. Om personalen är respektfull, snäll och icke dömande lättar skammen. En tolerant och flexibel atmosfär bidrog till bättre acceptans av behandling. Om patienterna däremot känner sig utpekad eller upplever negativa attityder förstärks skamkänslan (Wiklander, Samuelsson & Åsberg 2003). Det innebär inte alltid att patienten i mötet med vårdpersonal, efter ett suicidförsök, känner att hen får stöd i sin kamp för ett fortsatt liv. Mötet i vården kan också orsaka ett förstärkt lidande och minskat hopp till en bättre livssituation. Något som patienterna ofta saknades var önskan att bli trodd, förstådd och bekräftad i deras lidande. Att bli sedd som en hel människa var något som patienterna längtade efter (Vatne & Nåden 2014).

I en litteraturöversikt skildrar Berglund, Åström och Lindgren (2016) patienters upplevelser av vården efter ett självmordsförsök. Patienterna uppgav att kampen att hålla hoppet levande var det centrala när livet blev för svårt. Även om de kände sig trygg och befann sig i en vårdande miljö fanns lidandet närvarande. De upplevde att det var viktigt att bli skyddad från

sig själv, därför var det viktigt att miljön omkring dem var säker och beskyddande. Att vara övervakad ingav känslan av trygghet och välmående. Att vara under specialobservation, vilket innebär en närvarande sjuksköterska, oftast under tystnad, kunde upplevas antingen betryggande eller hotande. Om bevakningen var empatilös och utan omsorg upplevde patienterna det som intrång i deras autonomi och privatliv och beskrevs som mer kontrollerande än skyddande. Att kommunicera med vårdpersonal uppgavs vara viktigt för att uppnå emotionell balans, känna sig uppmärksammad och unik. Några patienter upplevde att ångesten ökade och förtroendet sjönk när sjuksköterskorna inte visade empati och visade det genom att inte vara tillgänglig eller signalera att patienten var en börda. Behovet av att kommunicera om behov, problem och känslor och få respons av sjuksköterskorna var stort. Trots detta var det ofta information, t ex om medicinering, som sjuksköterskor fokuserade på. Att få tid och utrymme med sjuksköterskorna var viktigt för att diskutera sina problem men också för att etablera en relation med sjuksköterskorna. Patienterna uttryckte också att sjuksköterskorna kunde ge dem hoppet åter, men förutsättningen vara att de hade tid att samtala med och lyssna på dem.

1.5 Sjuksköterskans omvårdnadsroll och värdegrund

I sin yrkesroll har sjuksköterskan ett stort omvårdnadsansvar. Svensk sjuksköterskeförening (2010) har tagit fram en värdegrund för omvårdnad. Värdegrunden riktar sig till alla sjuksköterskor för att god omvårdnad ska utföras, samt för att gemensamt skapa etiskt förhållningssätt inom det dagliga arbetet. Värdegrunden syftar till att medvetandegöra sjuksköterskornas värderingar, för att kunna utveckla etisk medvetenhet och en förmåga att kunna agera etiskt. Även personliga värderingar påverkar relationen med andra och hur sjuksköterskor interagerar. Willman (2014) konkretiserar sjuksköterskans roll som en uppgift att bejaka det friska hos människor, upptäcka och förebygga ohälsa samt motivera och uppmuntra till förändrat levnadssätt. I rollen ingår också insatser för att bedöma och ta tillvara patienternas egenvårdsresurser samt att vara stödjande och undervisande. Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016) beskriver hur sjuksköterskans omvårdnadsroll är uppbyggd av en kunskaps- och evidensbaserad vård. Den utgår från granskade och värderade vetenskapliga data samt beprövad klinisk kompetens. Samtidigt behöver sjuksköterskan föra en dialog med patienten för att inhämta viktig information. Ett etiskt förhållningssätt är viktigt när dessa delar sammanfogas för en adekvat omvårdnad.

Sjuksköterskan ska också arbeta utifrån den internationella etiska koden, som är framtagen av International Concil of Nurses, ICN (2014). Den etiska koden handlar om att främja hälsa,

förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande och är riktlinjer för alla sjuksköterskor i världen. ICN:s etiska kod kan tillsammans med svensk sjuksköterskeförenings Värdegrund för omvårdnad användas av sjuksköterskor för att hålla den etiska diskussionen levande, och för att utveckla ett gott omvårdnadsarbete. En studie bekräftar att sjuksköterskestudenter ser de etiska koderna som en viktig del av sjuksköterskans etiska kunskapsbas (Numminen, Leino-Kilpi, van der Arend & Katajisto 2011).

1.6 Begreppsdefinition

I Nationalencyklopedin beskrivs erfarenhet som ett "filosofiskt begrepp med skiftande innehåll". Erfarenhet symboliseras av den process där både utvecklingen, genom vilken lärdom och kompetens erövrar, som för processens utfall. Begreppet ställs filosofiskt i motsättning till akademisk och verbal kunskap (Haglund u. å.). Erfarenhet kopplat till sjuksköterskans profession uppnås enligt Benner (1993) när "förutfattade meningar och förväntningar utmanas, förbättras eller falsifieras av det faktiska förhållandet." Erfarenhet är således grunden till expertvetande.

1.7 Teoretisk referensram

Patricia Benner utvecklade en teori som innebär att sjuksköterskan utvecklar expertvetande genom sin erfarenhet. Genom samtal och intervjuer med sjuksköterskor, skapades ett teoretiskt koncept där hon beskriver hur sjuksköterskan utvecklas genom 5 stadier. Benner påpekar dock att enbart erfarenhet inte leder till expertkunskap utan det är kombinationen av inlärd kunskap, erfarenhet och reflektiv förmåga tillsammans med sjuksköterskans personliga egenskaper som leder fram till expertvetande.

Fem stadier i sjuksköterskans utveckling framkom genom att analysera samtal och intervjuer:

1. Novis - Som novis är sjuksköterskans beteende regelstyrkt och rigid. Anledningen är ovana att hantera de olika situationer de möter. Detta kräver då ett arbete styrt av regler.
2. Avancerad nybörjare - I det här stadiet har sjuksköterskan själv, eller med hjälp av handledare, mött ett antal verkliga situationer som gör att hen kan se återkommande viktiga delar och aspekter i omvårdnadsrollen.
3. Kompetent - Stadiet nås när sjuksköterskan ser sitt agerande som steg i den långsiktiga planeringen av en situation. Ett perspektivseende gör att det kliniska arbetet upplevs mer strukturerat.

4. Skicklig - Sjuksköterskan har nu uppnått tillräcklig erfarenhet för att se situationer som helheter. Genom erfarenheten har sjuksköterskan också lärt sig vilka händelser som kan förväntas i ett specifikt läge och anpassa sitt handlande efter detta.
5. Expert - I expertstadiet grundar sig sjuksköterskans agerande på helhetsperspektiv och stor erfarenhetsbakgrund. Sjuksköterskan kan nu bedöma en händelse och hantera enskilda situationer utifrån gedigen kunskap och erfarenhet (Benner 1993).

Författarnas val av Patricia Benner som teoretisk referensram grundar sig på att hennes modell om processen för utveckling av erfarenhet för sjuksköterskan kan ligga som grund för de resultat som framkommer i detta arbete om erfarenheter från sjuksköterskors möte med suicidalt beteende. Teorin sammanfaller också med den allmänna definitionen av erfarenhet; att den symboliseras av den process där utveckling sker genom vilket lärdom och kompetens erövrar.

1.8 Problemformulering

Suicidalitet, eller suicidalt beteende, är enligt World Health Organisation (2014) ett stort globalt folkhälsoproblem. Var 40:e sekund avlider en människa på grund av suicidalitet någonstans på jorden. Sjuksköterskan har en viktig roll i mötet av patienter med suicidalt beteende, oavsett i vilken vårdinstans mötet sker. Forskning visar att patienter med suicidalt beteende inte alltid möter förståelse eller stöd i sitt lidande i kontakten med sjukvården (Vatne & Nåden 2014). Tidigare forskning finns om erfarenheter från vården av suicidala patienter, dock är perspektivet utifrån patienter, anhöriga eller sjuksköterskor med specialkompetens, eller så är forskningen av äldre datum. Föreliggande litteraturstudie vill bidra till en samlad bild av erfarenheter i omvårdnaden av denna patientgrupp från sjuksköterskor utan specialistkompetens. Författarna vill även sammanställa nyare forskning i ämnet. Detta kan bidra till att sjuksköterskan får ny kunskap, men även för att belysa vikten av förståelse och betydelsen av rätt omvårdnad för patienter med suicidalt beteende.

1.9 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter i vården av patienter med suicidalt beteende samt vidare beskriva undersökningsgruppen i de inkluderade vetenskapliga artiklarna.

1.10 Frågeställning

1. Hur beskriver sjuksköterskorna sina erfarenheter i vården av patienter med suicidalt beteende?
2. Hur beskrivs undersökningsgruppen i de inkluderade vetenskapliga artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

En beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck 2012).

2.2 Sökstrategi

Databaser: Artiklar har sökts i databasen MedLine, med hjälp av sökmotorn PubMed, samt databasen CINAHL, då dessa databaser är omfattande gällande vetenskapliga publikationer inom vårdvetenskap (Willman et al. 2016). För att få en bredare sökning har författarna även använt en databas med mer specifika inriktningar PsycINFO, samt manuell sökning utifrån referenslistor i artiklar. Willman et al. (2016) menar att en sökmetod som denna är att föredra i litteraturstudier för att uppnå ett betryggande omfång i arbetet. Sökningarna i databaserna gjordes via Högskolan i Gävles webbsida.

Sökord/sökordkombinationer: I sökningarna har författarna delvis använt Mesh-termer som ökar chansen att få väl avgränsade sökningar (Polit & Beck 2012). I övrigt användes fritext ”all fields”. En kombination av sökord som är indexerade och fritext skapar balans mellan en smal och bred sökning (Willman et al. 2016). I CINAHL användes ”headings” för att smalna av sökningen. Författarna har använt sökorden “Suicide, Attempted”, “Nursing Care”, “Suicide behaviour”, “Nurse experience”, “Care”, ”Nurs*”, ”Experience”, “Suicide” och ”Self-harm”. Sökorden har använts i olika kombinationer.

2 artiklar till resultatet hittades genom att författarna läste artiklars referenslistor, så kallad manuell sökning (Willman et al. 2016). De booleska termerna “AND” och “NOT” användes vid sökningarna för att kombinera respektive utesluta olika söktermer i en sökning. Detta för att få så relevanta träffar som möjligt som svarade mot litteraturstudiens syfte (Willman et al. 2016). För att öka chanserna att hitta artiklar som stämde med syftet användes även trunkering (*). Trunkering används för att generera en bredare sökning. Genom att använda trunkeringssymbolen bakom ett ord så inkluderades även andra ändelser samt varianter av ordet (Polit & Beck 2012). Sökstrategin presenteras i Tabell 1.

Begränsningar: Publicerade artiklar mellan 2007 - 2017 i samtliga databaser tillgängliga för Högskolan i Gävle. Engelsk text. Peer-review, vilket utförs av två eller flera experter inom området för att utröna om kvalitén på den vetenskapliga artikeln håller för publicering (Polit & Beck 2012).

2.3 Urvalskriterier

Inklusionskriterier: Empiriska vetenskapliga artiklar som svarar mot föreliggande studies syfte samt frågeställning. Kvalitativa och kvantitativa artiklar med sjuksköterskors erfarenheter i fokus. Artiklar strukturerade efter IMRAD, vilket innefattar introduktion, metod, resultat samt diskussion (Polit & Beck 2012).

Exklusionskriterier: Sjuksköterskestudenter, psykiatrisjuksköterskor samt erfarenheter från vårdpersonal i andra professioner. Artiklar som uteslutande behandlar en specifik åldersgrupp samt litteraturstudier. Artiklar där olika vårdprofessioner erfarenheter ej går att urskilja. Artiklar som behandlade fenomenet självskadebeteende, vilket i sökningen exkluderades med NOT self-harm.

Tabell 1. Utfall av databassökningar

Databas, begränsningar, sökdatum, söktermer, antal träffar, antal lästa abstrakt, utvalda artiklar.

Databas	Begränsning sökdatum	Sökterm	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Valda artiklar
Medline PubMed	Full text 2007–2017 Engelska 2017-09-05	Suicide, attempted (meSH) AND Nursing care (meSH) NOT self-ham	149	20	4
Medline PubMed	Full text 2007–2017 Engelska 2017-09-28	Suicide behaviour AND nurse experience AND care NOT self-harm	25	4	1
Cinhal	Peer review Full text 2007–2017 2017-09-28	Suicide, attempted (all fields) AND nurs* (MJ) AND experience (all fields) NOT self harm (all fields)	13	6	1
Cinhal	Peer review Full text 2007–2017 2017-09-28	Suicide behaviour (all fields) AND nurse experience (all fields) AND care (all fields) NOT self harm (all fields)	12	4	2
Cinhal	Peer review Full text 2007–2017 2017-09-28	Suicide (all fields) AND experience (all fields) AND nurse (all fields) NOT self harm (all fields)	61	3	1

PsycINFO	Peer review Full text 2007–2017 2017-09-28	Suicide behavior (all fields) AND Nursing experience (all fields) AND Care (all fields) NOT self harm (all fields)	48	7	1
Cinhal	Peer review Full text 2007–2017 2017-09-18	Manuell sökning	2	2	2
Summa;					12

2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar

Till föreliggande studies resultat har författarna gjort sökningar i tre databaser, PubMed, CINAHL, PsycINFO. Detta resulterade i 310 vetenskapliga artiklar vilket fördelades över; PubMed 174 stycken, CINAHL 88 stycken, PsycINFO 48 stycken. Vid dessa sökningar såg författarna utifrån artiklarnas rubriker snabbt att en stor andel av artiklarna behandlade psykiatrisjuksköterskor, eller suicidalitet ur patient, anhörig eller utbildningsperspektiv. Dessa artiklar studerades inte närmare då de inte svarade mot syftet. Med utgångspunkt från detta hittades 46 till synes relevanta artiklar där abstrakt lästes för att få en djupare inblick i valda artiklars syfte. 25 av dessa svarade inte mot syftet. Detta resulterade i 21 stycken artiklar vars metod och resultat analyserades. Artiklar som valdes bort under genomläsningen behandlade suicidala personers eller anhörigas erfarenheter, specifika åldersgrupper, studerande, erfarenheter från andra yrkesgrupper. Även artiklar där flera yrkesgrupper ingår och där ej sjuksköterskors erfarenheter kan extraheras separat valdes bort. Utifrån denna process valdes 10 stycken vetenskapliga artiklar ut. Under processens gång hittade författarna ytterligare två artiklar via en läst litteraturstudies referenslista. Detta resulterade i 12 vetenskapliga artiklar som svarade på föreliggande studies syfte och frågeställning. Se tabell 1 för artiklarnas fördelning över databaserna.

Artiklar som behandlade psykiatrisjuksköterskors erfarenheter valde författarna att exkludera då de har specialkompetens i att bemöta suicidala personer. Dubletter samt litteraturstudier har sållats bort under arbetets gång.

2.5 Dataanalys

För att besvara frågeställning 1 har de artiklar som valts ut i föreliggande litteraturstudie lästs av författarna individuellt och upprepade gånger. För att få ett sammanhang samt centrala teman, söktes meningsbärande enheter, stycken och meningar som relaterar till studiens syfte

och valdes ut (Graneheim & Lundman 2004). Enheterna kodades med färger och sorterades in i kategorier (Polit & Beck 2012). Efter detta träffades författarna för en genomgång. De meningsbärande enheterna komprimerades, skrevs ut och abstraherades av författarna för att hitta mönster och strukturer. Genom denna process hittades 6 underkategorier till den föreliggande studiens syfte, detta utifrån den kvalitativa innehållsanalysmetoden (Graneheim & Lundman 2004). För att besvara frågeställning 2 har undersökningsgrupperna i varje artikel granskats av författarna separat. Undersökningsgrupperna analyserades utifrån deltagarnas ålder, könsfördelning, deltagarnas antal och yrkeserfarenhet. Resultatet av granskningen analyserades gemensamt av författarna (Polit & Beck 2012). En sammanställning av artiklarnas undersökningsgrupper presenteras i tabell 2, bilaga 1 och en sammanställning av artiklarnas syfte och resultat presenteras i tabell 3, bilaga 2.

2.6 Etiska överväganden

I föreliggande studie har författarna gjort etiska överväganden i linje med Vetenskapsrådets riktlinjer. Felaktiga eller påhittade data samt förvrängning av data, hypoteser eller metoder har ej använts av författarna. Författarna har granskat artiklarna objektivt genom att analyserat var för sig och sedan diskuterat innehållet för att försäkra sig om att en samförståelse råder. På detta sätt har egna värderingar eller förutfattade åsikter undvikits (Forsberg & Wengström 2008). Risken att resultatet feltolkats under bearbetningen på grund av språket är författarna medvetna om. Anledningen är att författarnas modersmål är svenska och artiklarna är skrivna på engelska. För att minimera risken för tolkningsfel har artiklarna lästs av båda författarna. Vid bearbetning av artiklarna är det egna etiska ansvaret för att resultatet presenterar korrekt grunden för god forskningsetik (Olsson & Sörensen 2011).

3. Resultat

Resultatet för föreliggande litteraturstudie baseras på 12 vetenskapliga artiklar och beskriver sjuksköterskans erfarenhet av att vårda patienter med suicidalt beteende. Resultatet delas in i 6 rubriker; Erfarenhet från omvårdnaden av patienter med suicidalt beteende, Sjuksköterskans bedömning av patienten, Erfarenheter utifrån ålder, kön, utbildning och yrkeserfarenhet, Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer till suicidalt beteende, Erfarenheter utifrån kulturella och religiösa värderingar samt Sjuksköterskans känslor i vården av suicidala patienter. I slutet av resultatet beskrivs de 12 vetenskapliga artiklarnas undersökningsgrupp.

3.1 Erfarenhet från omvårdnaden av patienter med suicidalt beteende

Sjuksköterskornas erfarenheter var att det var en kritisk, utmanande och komplex vårdssituation (Vedana et al. 2017). Sjuksköterskorna blev överraskade och förvånade över att patienter som är inneliggande för somatiska sjukdomar även kan vara suicidala (Wang, Ding, Hu, Zhang & Huang 2016). Suicidet var ofta oförutsägbart. Tecknen på suicid var svåra att se då patienterna var skickliga att dölja sin dödslängtan (Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016). Sjuksköterskorna erfor att hjälpa suicidala patienter var viktigt, utmanande, och oförutsägbart. Det krävdes också snabbhet, psykologisk förberedelse, kunskap och träning. Sjuksköterskorna erfor också konflikter och motsättningar när de vårdade suicidala patienter, eftersom de ville dö och därmed inte var samarbetsvillig och följsam till vården de fick. Men erfarenheten var att i akuta situationer fanns det inte möjlighet att starta upp och underhålla en terapeutisk relation på grund av kortvarig kontakt, tidsbrist, överbelastning och begränsningar på grund av patientens autonomi. Då det saknades riktlinjer i omhändertagande av suicidala patienter agerade sjuksköterskorna oftast efter de egna värderingarna (Vedana et al. 2017). Sjuksköterskorna erfor att patienter som gjort suicidförsök försökte kommunicera sitt lidande och ville ha hjälp, samt att de behöver terapi för att förstå sina motiv (Anthony, Groh & Gash 2017; Sun, Long & Boore 2007). En erfarenhet var att patientens mentala tillstånd i samband med vårdtillfället också var en utmaning. Speciellt om alkohol- och drogmisbruk var anknutet till det suicidala beteendet (Doyle, Keogh & Morrissey 2007). Otillräckliga resurser, så som brist på psykiatriplatser, ledde till ökad arbetsbelastning var också en erfarenhet. Vid dessa tillfällen blev patienten kvar och krävde övervakning. Således blev detta mer resurskrävande (Doyle, Keogh & Morrissey 2007). Ytterligare erfor sjuksköterskorna brister i samhället för att förebygga suicidalt beteende redan i ung ålder. En önskan fanns om att psykologiskt stöd bör vara allmänt tillgänglig i samhället (Jones, Krishna, Rajendra & Keenan 2015).

I två studier erfor sjuksköterskorna att en del av deras omvårdningsroll i mötet med dessa patienter var att riskbedöma samt se tecken på ytterligare suicidalt beteende. Detta ledde till extra observationer samt att säkra miljön runt patienten (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Valente 2007). Sjuksköterskorna erfor även att deras vårdroll för att uppnå omvårdningsmålen innefattade smärtlindring, socialt stöd, hänvisning till psykiatrisk hjälp, stödja familjen samt ha en god kommunikation med annan vårdpersonal (Valente 2007). Flera studier påvisade erfarenheten av att sjuksköterskorna vanligen skiljde på de fysiska och psykosociala behoven vid vården av dessa patienter och valde att prioritera de fysiska vårdbehoven först. De psykosociala behoven behandlades ytligt genom att samtala med patienten eller hänvisa till

expertis på området. (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Jones et. al. 2015; Vedana, et al. 2017). Samtidigt visar Jones et al. (2015) att sjuksköterskorna erfor att avdelningarna inte är lämpade för holistisk vård utan tillgodoser främst de fysiska vårdbehoven.

3.2 Sjuksköterskans bedömning av patienten

Sjuksköterskor erfor att de kände sig otrygga i att bedöma suicidrisk hos patienter, erbjuda enklare rådgivning eller skapa en individuell säkerhetsplan (Betz et al. 2013). Två studier bekräftar känslan av osäkerhet vid bedömning och ingripanden. Sjuksköterskorna kände sig otillräckliga och upplevde att de inte visste hur de skulle ge stöd till de suicidala patienterna (Anthony, Groh & Gash 2017; Valente 2007). Enligt Valente (2007) erfor sjuksköterskorna att om personen uttryckte planer på suicid visste sjuksköterskorna att de skulle ställa frågor som varför och hur patienten skulle begå suicid, utvärdera planen för suicid och avsikten att dö. Efter detta skulle psykiatrisk expertis kontaktas. Men många sjuksköterskor vittnade om en osäkerhet på sin egen förmåga att se om personen menade allvar. Enligt sjuksköterskorna så kunde det finnas tecken på suicidalt beteende, men tecknen ignorerades (Wang et. al. 2016). Många sjuksköterskor erfor att patienterna led av depression, och listade detta som en åkomma som hade behov av psykiatrisk bedömning, men uppföljning saknades av detta (Valente 2007).

3.3 Erfarenheter utifrån ålder, kön, utbildning och yrkeserfarenhet

Flera studier visar att sjuksköterskorna upplevde att de hade brister i kunskap när det gäller att förebygga suicidalt beteende och hantera och bemöta patienter med detta fenomen (Anthony, Groh & Gash 2017; Sun, Long & Boore 2007; Wang et al. 2016). Vid vården av denna patientgrupp var erfarenheten att det saknades adekvata färdigheter att kommunicera med dessa patienter, som kan vara manipulativa, motsträviga och nedstämda. Brister i psykologiska kunskaper som innebär att ingripa mot patienter som hotar begå självmord, är aggressiva eller våldsamma belystes också (Doyle, Keogh & Morrissey 2007). Även Osafo, Knizek, Akotia & Hjelmeland (2011) beskriver utifrån sjuksköterskors erfarenhet att de efterlyser utbildning i grundläggande psykologi, för att upptäcka och förstå suicidalt beteende i preventivt syfte. Sjuksköterskorna beskriver att de hade en positiv inställning till personer trots att de hade gjort suicidförsök. Sjuksköterskor upplever att högre utbildningsnivå var signifikant för sjuksköterskors inställning. Ju högre utbildning desto positivare attityd (Neville & Roan 2013; Sun, Long & Boore 2007). Sjuksköterskor med tidigare erfarenhet från psykiatrisk vård hade en positivare attityd till patienter som begått suicidförsök jämfört

med andra. Det antas att de hade bättre färdigheter och kunskaper i att vårda suicidala patienter (Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta & Thurber (2011). Två studier visar att sjuksköterskor erfor att professionellt psykiatriskt stöd, stöd från sjukhusledning gällande förbättringar för patientgruppen eller stöd från samhälle eller familj ofta brister (Anthony, Groh & Gash 2017; Betz et al. 2013). Deltagarna i Jones et al. (2015) studie erfor att den psykologiska omvårdnaden, som till exempel tid, empati, förtroende och neutralt bemötande behövs i vården av de med suicidalt beteende. Något som deltagarna bekräftar inte följs konsekvent. Samtidigt erfor en annan studie att förståelse och empati betraktades av en minoritet av deltagarna som viktiga faktorer vid omvårdnad av denna patientgrupp (Valente 2007). I en studie beskrev yngre sjuksköterskor att de hade en positivare attityd mot personer med suicidalt beteende jämfört med äldre (Neville & Roan 2013). Det motsägs av Kishi et al. (2011) som menar att ålder eller erfarenhet gav inget signifikant samband till hur inställningen var hos japanska sjuksköterskor. Däremot var det en positivare inställning hos manliga sjuksköterskor jämfört med kvinnliga.

3.4 Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer till suicidalt beteende

Sjuksköterskorna i två studier erfor att suicid var impulshandlingar som kunde uppkomma utifrån familje- eller relationsproblem. Många av patienterna ångrade sina försök, och handlingen var ett sätt att dra uppmärksamhet till sina problem (Anthony, Groh & Gash 2017; Jones et al. 2015). Sjuksköterskorna i Guyana erfor att det fanns flera faktorer till suicidalt beteende. En hierarkisk och konservativt uppbyggd familjerelation, och det "manliga egot", oftast förvärrat av alkoholmissbruk och hög arbetslöshet. Hos barn var misshandel en faktor till suicidalt beteende. Vid livsproblem som dessa, kan personen se suicid som den enda utvägen (Anthony, Groh & Gash 2017). En annan erfarenhet av indiska sjuksköterskor är hur barn inte blir rustade för att hantera stress och misslyckanden i barndomen, vilket enligt sjuksköterskorna i undersökningen har betydelse för hur mentalt starka de blir i vuxenlivet (Jones et al. 2015). I en studie från USA såg sjuksköterskorna dödsönskan och ett avvikande beteende som att skänka bort sina ägodelar som riskfaktorer. Även ensamhet, oro, rädsla, ledsamhet samt vägran av behandling sågs som riskfaktorer (Valente 2007).

3.5 Erfarenheter utifrån kulturella och religiösa värderingar

Sjuksköterskor i Brasilien och Ghana erfor svårigheter i att ha empati och förståelse för dessa patienter. Bakgrunden till detta är att suicid är socialt oacceptabelt och därför uttrycktes moraliska fördömanden och nedsättande värderingar om denna patientgrupp. Att avsiktligt

begå suicid är oförståeligt, oansvarigt, intolerant och ställde vården inför stora utmaningar (Osafo et al. 2011; Vedana, et al. 2017). En stor del av sjuksköterskorna i studien av Osafo et al. (2011) ville se suicidalitet som en kriminell handling. De vill avskräcka andra att begå suicid genom att göra handlingen straffbar. Andra sjuksköterskor ansåg att de preventiva åtgärderna skulle utgå från moralisk lydnad, religiöst grundade hot eller juridiska hot (Osafo et al. 2011). Sjuksköterskor i Ghana och Indien hade en dömande och skuldbeläggande syn gentemot dessa patienter. Suicid är tabu. Detta är baserat på religiösa grunder och moraliska värderingar (Jones et al. 2015; Osafo et al. 2011). En kinesisk studie visar hur sjuksköterskorna erfor att det var svårt att prata om döden med patienterna, då döden var ett tabubelagt ämne (Wang et al. 2016). Studien av Anthony, Groh och Gash (2017) beskriver också hur sjuksköterskorna erfor att suicidalt beteende upplevs som stigmatiserat i samhället. Både den suicidala och dennes familjemedlemmar, riskeras att diskrimineras, skuldbeläggas och ifrågasättas av samhället.

Indiska sjuksköterskor erfor att de hade en mer empatisk attityd när indiska unga utsatte sig för suicid efter misslyckande i skolan. Sjuksköterskorna menade att de unga inte visste vad de gjorde utan handlande i desperation. Vidare erfors att sjuksköterskans beteende, att inte helt ta hänsyn till det psykologiska vårdbehovet, acceptera suicidpatienten eller visa medkänsla, är signifikant för den indiska kulturen (Jones et al. 2015). I dessa fall gick sjuksköterskorna ut ur sin profession och de etiska värdegrunderna (Osafo et al. 2011). Samtliga erfor att patienterna hade behov av professionell hjälp, men ändå styrde moralen och egna värderingar (Osafo et al. 2011). De mindre dömande sjuksköterskorna förespråkade hjälp i form av uppmärksamhet och omvårdnad (Osafo et al. 2011; Vedana, et al. 2017). Sun, Long och Boore (2007) konstaterar att sjuksköterskor utan religiös tro beskrev en positivare inställning till patientgruppen än de troende. Medan i studien av Neville och Roan (2013) ansåg sig sjuksköterskorna som hade en religion ha en positivare attityd mot patienter med suicidalt beteende.

3.6 Sjuksköterskans känslor i vården av suicidal patienter

De känslor som uppstod kopplade till vårdandet av personer med suicidalt beteende var chock, besvikelse, ilska, skuld, självtvivel, frustration, hjälplöshet, otillfredsställelse och medkänsla (Matandela & Matlakala 2015; Vedana, et al. 2017; Wang et al. 2016).

Sjuksköterskorna erfor att suicid hade en negativ påverkan. Efteråt uppstod djup och långvarig stress. Den känslomässiga reaktionen var bland annat minskad självkänsla, känslomässigt trauma och depression. Att skuldbelägga sig själv var vanligt, och att känna att

vården man utfört inte var tillräcklig (Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016). Olika metoder, såsom förflyttning, undvika arbetspass, situationer, anhöriga och att prata om händelsen, användes för att inte bli påmind om händelsen (Vedana, et al. 2017; Wang et al. 2016). Sjuksköterskors engagemang gentemot denna patientgrupp styrdes av erfarenheter, egna värderingar och omständigheterna kring patientens uppträdande. Känslan av stress och oro kunde uppstå om patienten var våldsam eller aggressiv. Patientens individuella situation eller tidigare historia av suicidalt beteende var också faktorer som påverkade sjuksköterskans engagemang. Sjuksköterskorna erfor att när de inte såg tecknen på suicidalt beteende, skapade detta frustration och hjälplöshet (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016). Några sjuksköterskor uttryckte oro över att patienten inte ville ta emot hjälp, trots att de ville hjälpa patienten att tillfriskna (Valente 2007). Generellt erfor personalen svårigheter att kontrollera sina känslor i vårdandet. Dessa känslor uttrycktes då i kritik, distansering, diskriminering, dömanden och negativa attityder. Men andra kunde uttrycka tillfredsställelse i att kunna hjälpa en suicidal person och strävade efter att vara neutral och respektfull (Vedana, et al. 2017).

3.7 Metodologisk frågeställning - urvalsgrupper

En beskrivning av de 12 artiklarnas undersökningsgrupper med avseende på antal deltagare och könsfördelning samt ålder och yrkeserfarenhet görs nedan.

Av de totalt 12 artiklarna som ingår i resultatet redovisade alla sin undersökningsgrupp. 10 bestod av sjuksköterskors erfarenheter (Anthony, Groh & Gash 2017; Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Jones et al. 2015; Kishi et al. 2011; Matandela & Matlakala 2015; Neville & Roan 2013; Sun, Long & Boore 2007; Valente 2007; Vedana, et al. 2017; Wang et al. 2016) och 1 av sjuksköterskor och psykologers erfarenheter (Osafo et al. 2011) respektive 1 av sjuksköterskors, ST-läkares och läkares erfarenheter (Betz et al. 2013).

Av de 12 artiklarna var 6 stycken kvalitativa (Anthony, Groh & Gash 2017; Jones et al. 2015; Matandela & Matlakala 2015; Osafo et al. 2011; Vedana, et al. 2017; Wang et al. 2016), 5 var kvantitativa (Betz et al. 2013; Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Kishi et al. 2011; Neville & Roan 2013; Sun, Long & Boore 2007), och 1 artikel var både kvalitativ och kvantitativ (Valente 2007).

3.7.1 Antal deltagare och könsfördelning

Lägst antal deltagande i de kvalitativa studierna var 6 (Matandela & Matlakala 2015) och högst var 19 (Vedana, et al. 2017). I de kvantitativa artiklarna var lägsta antalet deltagare 42

(Doyle, Keogh & Morrissey 2007) och högsta antalet deltagare var 454 (Valente 2007). Könsfördelningen redovisades i 9 av artiklarna där fördelningen var 960 kvinnor, 98 män samt 4 deltagare där kön ej angivits. I 3 av artiklarna redovisades ej könsfördelningen (Betz et al. 2013; Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Matandela & Matlakala 2015).

3.7.2 Ålder samt yrkeserfarenhet

10 artiklar redovisades sjuksköterskornas ålder. Deltagarnas ålder i de inkluderade artiklarna var från 19 år (Vedana, et al. 2017) till >65 år (Neville & Roan 2013). 2 artiklar redovisade inte deltagarnas ålder (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Matandela & Matlakala 2015).

8 artiklar redovisar yrkeserfarenhet som sträckte sig mellan 0 - 40 år. 4 artiklar redovisade ej yrkeserfarenhet (Anthony, Groh & Gash 2017; Betz et al. 2013; Jones et al. 2015; Matandela & Matlakala 2015).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Suicidalitet kan vara oförutsägbart, det suicidala beteendet döljs ofta, och händelsen leder till många känslor hos sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna ansåg att denna patientgrupp var viktig att stödja, även om patienternas följsamhet till vården ibland saknades. Sjuksköterskorna erfor att de resurser som fanns tillhands var otillräckliga. Detta ledde till ökad stress och arbetsbelastning. En annan aspekt av sjuksköterskors erfarenheter som framkommit, är att egna värderingar, grundat på religion och kulturella omständigheter, har stor inverkan. Riskfaktorer för suicidalitet skiljer sig till viss del utifrån kulturella värderingar enligt sjuksköterskors erfarenheter. Ytterligare en aspekt är osäkerhet i omvårdnaden av de suicidala patienterna. Denna osäkerhet visar sig som rädsla för att misslyckas i omvårdnaden, rädsla för felbedömningar av suicidrisk, samt att bli anklagad för att begå misstag i vården av denna patientgrupp. Vid vården av de suicidala patienterna såg sjuksköterskan i många fall först och främst till de fysiska vårdbehoven och i andra hand de psykiska behoven. Utbildning och erfarenhet är två faktorer som påverkar förståelsen av och inställningen till vården av patienter med suicidalt beteende. Erfarenhet av psykiatrisk vård och högre utbildning, påverkade inställningen positivt. Undersökningsgruppen är väl beskriven i samtliga artiklar i resultatet. 9 av artiklarna angav könsfördelning. Deltagarnas ålder redovisades i 10 artiklar och yrkeserfarenhet redovisades i 7 artiklar.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Erfarenhet från omvårdnaden av patienter med suicidalt beteende

I föreliggande studies resultat belyses svårigheten att se tecken på suicidalt beteende men även att patienterna var skickliga att dölja sin dödslängtan (Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016). Erfarenheten var även att patienterna som begår en suicidal handling försöker kommunicera sitt lidande samt att de behöver terapi för att förstå sitt motiv (Anthony, Groh & Gash 2017; Sun, Long & Boore 2007). Tzeng, Yang, Tzeng, Ma, & Chen (2010) menar att en viktig faktor för psykiatrisjuksköterskan i vårdandet efter ett suicidförsök, är att beakta sin "inre dörr", en osynlig dörr som ska spegla sjuksköterskans förmåga att förstå den inre världen av tankar och upplevelser hos suicidpatienter. I avsaknad av denna förståelse kan sjuksköterskan känna sig rädda att vårda, vilket kan påverka patienterna och kan hindra dem i tillfrisknandeprocessen. Öppning och stängning av den inre dörren är en dynamisk process och sjuksköterskor behöver förstå innebörden av en suicidal upplevelse för att utveckla insikten att öppna dörren och hålla den öppen. I resultatet beskrivs även att upptäcka och riskbedöma suicidalt beteende som en del i sjuksköterskans omvårdnadsroll. Detta leder till extra observationer samt att säkra vårdmiljön runt patienten (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Valente 2007). Berglund, Åström och Lindgren (2016) belyser detta ur patientens perspektiv. Patienterna kände sig trygga när de befann sig i en vårdande miljö trots att lidandet fanns närvarande. Att bli skyddad från sig själv var viktigt. Övervakning och en säker vårdmiljö ingav en trygghet för patienten.

4.2.2 Sjuksköterskans bedömning av patienten

Två studier i resultatet beskriver hur sjuksköterskan erfor osäkerhet i bedömning och ingripande av den suicidala patienten (Anthony, Groh & Gash 2017; Valente 2007). Författarna anser att som sjuksköterska möta suicidalt beteende innebär en mångfacetterad vårdssituation. Det finns inga givna omvårdnadsåtgärder, vilket inger en otrygghet. Detta bekräftar även Scheckel & Nelson (2014) i sin studie med sjuksköterskestudenter som även de beskriver osäkerhet i bedömningar och omvårdnaden av denna patientgrupp. I en studie av Bolster, Holliday, Oneal och Shaw (2015) påvisas brist på kunskap, träning och psykosociala barriärer (känslor, personliga erfarenheter och värderingar samt attityder) som påverkande faktorer vid bedömning och intervention.

Flera studier i resultatet beskriver hur sjuksköterskorna prioriterar de fysiska behoven framför de psykosociala (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Jones et al. 2015; Vedana, et al. 2017). Detta visar på en problematik i omvårdnaden av patienterna. Vatne och Nåden (2014)

beskriver hur de suicidala patienterna själva saknade att bli förstådd och bekräftad i deras lidande samt att bli sedd som en hel människa, med både fysiska och psykiska behov.

4.2.3 Erfarenheter utifrån ålder, kön, utbildning och yrkeserfarenhet

I föreliggande studies resultat beskrivs sjuksköterskans avsaknad av kunskap när det gäller att förebygga, hantera och bemöta den suicidala patienten (Anthony, Groh & Gash 2017; Sun, Long & Boore 2007; Wang et al. 2016). Vidare beskrivs att högre utbildning ger en positivare attityd (Neville & Roan 2013; Sun, Long & Boore 2007). Thomas (2017) bekräftar att empati- och attitydbaserad träning, kunskaper i psykiatrisk vård och ett flertal andra ämnen inom mentalhälsovård efterlystes av sjuksköterskor inom barn- och ungdomsvården. Dock anser Patricia Benner att enbart teoretisk kunskap inte bidrar till att göra sjuksköterskan mer kvalificerad. Kvalificerad kunskap förvärvas genom erfarenhetsbaserade färdigheter med den teoretiska kunskapen som grund (Benner 1993).

Sjuksköterskan erfor att stödet till patientgruppen brister ur flera olika aspekter (Anthony, Groh & Gash 201; Betz et al. 2013). Författarna anser att stöd är en viktig del i omvårdnaden av dessa patienter, sjuksköterskan har ett ansvar att samverka med samhällets instanser samt patientens nätverk för att ombesörja detta. Även Willman (2014) beskriver att en viktig vårdroll för sjuksköterskan är att stödja patienten. Vatne & Nåden (2014) beskriver ur patientens perspektiv, hur denne ser stöd, både från familj, vänner, medpatienter samt vårdpersonal som viktiga delar för att återfå lusten att leva. Sjuksköterskan har således en betydande roll i denna process för att stödja, informera samt samverka för att detta ska uppnås.

4.2.4 Sjuksköterskans erfarenhet av riskfaktorer till suicidalt beteende

I resultatet framgår hur sjuksköterskorna erfor att suicid var en impulshandling med ett ursprung i familje- eller relationsproblem (Anthony, Groh & Gash 2017; Jones et al. 2015). Gordon och Melvin (2014) beskriver även de hur familjeproblem är en riskfaktor som kan leda till suicid bland tonåringar. Men de belyser även riskfaktorer som psykisk sjukdom, det mentala tillståndet, miljö, medel samt verktyg. Författarna menar att även om sjuksköterskan anser sig ha erfarenhet och kunskap om vilka riskfaktorer som ska beaktas vid mötet med patienten så kan aldrig risken för suicid uteslutas. Beskow (2000) bekräftar att i vårdssituationer där riskfaktorer inte är uppenbara, så kan risken för suicid inte ignoreras.

4.2.5 Erfarenheter utifrån kulturella och religiösa värderingar

Utifrån resultatet identifieras kulturella, religiösa samt moraliska aspekter på sjuksköterskans erfarenhet i mötet med de suicidala patienterna. Två artiklar visar på att sjuksköterskor erfor att avsiktligt begå suicid är oförsvarligt, oansvarigt, intolerant samt ställer vården inför stora utmaningar (Osafo et al. 2011; Vedana, et al. 2017). Samtidigt visar studier på att sjuksköterskor har en skuldbeläggande och dömande syn till den suicidala patienten (Jones et al. 2015; Osafo et al. 2011). Resultatet står i stark kontrast till den internationella etiska koden, som är framtagen av International Council of Nurses, ICN (2014) som belyser sjuksköterskans etiska förhållningssätt. Riktlinjerna, som ska gälla för alla sjuksköterskor i världen, handlar om att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Det är av stor vikt att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete lägger bort värderingar samt negativa känslor och tänker på sitt förhållningssätt i mötet med den suicidala patienten. Detta bekräftar Carmona-Navarro & Pichardo-Martinez (2012) som belyser hur psykiatrisjuksköterskan projicerar sina känslor i mötet med de suicidala patienterna är av betydelse. Det är viktigt att sjuksköterskor får bättre självkänedom om sina känslor som i sin tur leder till bättre vård för patienterna. Vatne & Nåden (2014) beskriver ur patientperspektiv, hur sjuksköterskor som lyssnar, visar respekt, inger känslan av allas lika värde samt har professionell kunskap och signalerar hopp och tro är av betydelse vid mötet med dessa patienter. Dock visar resultatet även på att en holistisk omvårdnadsstanke fanns hos några av sjuksköterskorna (Osafo et al. 2011; Vedana, et al. 2017).

4.2.6 Sjuksköterskans känslor i vården av suicidala patienter

Resultatet påvisar att erfarenheter kopplat till vården av patienter med suicidalt beteende framkallar negativa känslor (Matandela & Matlakala 2015; Vedana, et al. 2017; Wang et al. 2016). Författarna ser att osäkerhet kan utveckla negativa känslor i situationer där sjuksköterskor förväntas agera. När sjuksköterskorna, både erfarna och oerfarna, kommer till en ny vårdmiljö eller vårdssituation beskrivs detta som novis, det första steget i erfarenhetsutvecklingen. Men sjuksköterskan kan med egna erfarenheter samt stöd och kompetens utveckla en självständig roll (Benner 1993). Engagemanget gentemot patientgruppen styrdes av erfarenheter, egna värderingar och omständigheterna kring patientens uppträdande (Doyle, Keogh & Morissey 2007; Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016). En litteraturstudie av Talseth och Gilje (2011) bekräftar att vårdandet av den suicidala patienten involverade sjuksköterskornas egna upplevelser och erfarenheter. Mötet med patientens behov kunde innebära en smärtsam konfrontation med deras egna

behov, önsknings och frustrationer. Den frustration och hjälplöshet som sjuksköterskan erfor efter att ha misslyckats med att upptäcka tecknen för suicidalt beteende (Doyle, Keogh & Morissey 2007; Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016), styrks även i studien av Bohan och Doyle (2008) där man beskriver hur psykiatrisjuksköterskor känner frustration och ilska, men även hjälplöshet efter att en patients suicid. Detta ledde till en känsla av misslyckande i sin profession, att ej kunna förutse och förhindra suicidet. När sjuksköterskorna utvecklats till expert, som är det sista stadiet enligt Patricia Benners modell, litar sjuksköterskan fullt ut på sina färdigheter som hen förvärvat genom erfarenheter. Detta leder till att sjuksköterskan har en djup insikt om vad som krävs i varje situation (Benner 1993). Enligt den föreliggande studiens resultat, erfor sjuksköterskor att suicid hade en negativ inverkan genom upplevelsen av ökad stress, skuld, minskad självkänsla och nedstämdhet (Matandela & Matlakala 2015; Wang et al. 2016). Sjuksköterskorna använde olika metoder för att undvika att påminnas om den suicidala händelsen (Wang et al. 2016; Vedana et al. 2017). Författarna till föreliggande studie anser att det trauma som en suicidal händelse innebär kräver stöd och hjälp för den drabbade sjuksköterskan ur olika aspekter. Bohan och Doyle (2008) beskriver hur detta stöd kan erhållas av kollegor med liknande erfarenheter eller den egna familjen. Även ledningen har ett ansvar för sjuksköterskornas mående efter händelsen. Stöd, råd och chans till debriefing är viktiga delar att tillhandahålla. En kontinuerlig utbildning i bemötande av suicidalitet är också av vikt.

4.2.7 Metodologisk diskussion - urvalsgrupper

Artiklarna i resultatet redovisade alla sin undersökningsgrupp. Detta menar Polit och Beck (2012) ökar studiens trovärdighet. 10 artiklar bestod enbart av sjuksköterskors erfarenheter. 2 artiklar, Osafo et al. 2011 samt Betz et al. 2013 beskrev sjuksköterskor och psykologers erfarenheter respektive sjuksköterskors, ST-läkares och läkares erfarenheter. Författarna till föreliggande studie har valt att ta med dessa artiklar, eftersom det tydligt beskrivs vad i artiklarna som är sjuksköterskors erfarenheter.

4.2.7.1 Antal deltagare och könsfördelning

Deltagarantalet i artiklarna varierar mellan 6 (Matandela & Matlakala 2015) och 454 (Valente 2007). Det stora spannet av deltagare beror på att det är både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Ett lågt antal deltagare, 6 stycken, återfanns i en kvalitativ studie (Matandela & Matlakala 2015). Polit & Beck (2012) beskriver att om deltagarna är goda informanter, som beskriver erfarenheter bra, kan ett litet deltagarantal räcka för att få stöd för sin hypotes. Ett

tillräckligt stort antal deltagare behövs i kvantitativa studier för att kunna bekräfta forskarnas hypotes (Polit & Beck 2012). Utifrån detta ställer sig författarna tveksamma till de kvantitativa studierna av Doyle, Keogh & Morrissey (2007) och Neville och Roan (2013) vilka använde endast 42 respektive 45 deltagare, vilket kan ge mindre korrekta slutresultat. I 9 av artiklarna redovisades könsfördelningen vilket stärker deras överförbarhet (Polit & Beck 2012). Spridningen var 960 kvinnor, 98 män samt 4 deltagare där kön ej angivits. Resultatet visar en ojämn könsfördelning, med övervägande kvinnor. En förklaring till detta kan vara att sjuksköterskeyrket är kvinnodominerat. Dock kan överförbarheten begränsas när en undersökningsgrupp enbart baseras på ett dominerande kön (Polit & Beck 2012).

4.2.7.2 Ålder samt yrkeserfarenhet

2 artiklar redovisade inte deltagarnas ålder (Doyle, Keogh & Morrissey 2007; Matandela & Matlakala 2015) vilket försvårar överförbarheten. I de övriga artiklarna redovisades deltagarnas ålder på olika sätt. Som exempel angav Kishi et al. (2011) en medelålder på deltagarna. Ett annat exempel var Neville och Roan (2013) som angav ett åldersspann på 20 - >65 år. En majoritet av de inkluderade artiklar presenterade åldern på deltagarna på detta sätt, genom att ange åldersspann. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att detta leder till försvårad överförbarhet, i samband till det breda åldersspannet. Det kan vara viktigt att ha detta i åtanke då sjuksköterskors erfarenheter kan skilja sig beroende på ålder. Att åldrarna presenterades på ett tydligare sätt hade varit en fördel. Enligt Polit och Beck (2012) är det viktigt att vetenskapliga artiklar redovisar deltagares ålder och kön. Dock får inte deltagarens konfidentialitet röjas, särskilt när studien innehåller få deltagare.

I resultatet redovisade 8 artiklar yrkeserfarenhet. Yrkeserfarenheten sträckte sig mellan 0 - 40 år, vilket författarna tycker är bra, då både de med kort och lång erfarenhet representeras. I 5 artiklar redovisade ej yrkeserfarenhet (Anthony, Groh & Gash 2017; Betz et al. 2013; Jones et al. 2015; Matandela & Matlakala 2015). Detta anser författarna är en svaghet då yrkesverksamma år kan vara av betydelse för resultatet. När yrkesverksamma år ej anges kan det vara svårare att dra slutsatser om erfarenhet. Benner (2003) beskriver erfarenhet som vikten av att reflektera och bearbeta tidigare vårdssituationer.

4.3 Metoddiskussion

Föreliggande litteraturstudie presenteras utifrån en beskrivande design. Detta är passande då författarna har valt att beskriva sjuksköterskans erfarenheter i vården av patienter med suicidalt beteende. Relevanta vetenskapliga artiklar söktes i PubMed, CINAHL samt

PsycINFO. Författarna anser att fler än två databaser är att föredra för att få en styrka och trovärdighet i studien, vilket styrks av Polit & Beck (2012). En sökning i PubMed genererade 149 artiklar, vilket kan ses som ett stort antal. Författarna ansåg att inga mer begränsningar kunde göra utan att riskera att relevanta artiklar föll bort. Författarnas första sökningar genererade i ett stort antal artiklar som inkluderade "self-harm" vilket inte svarade på studiens syfte. Nya sökningar gjordes därefter med den booleanska termen NOT i kombination med "self-harm". Sökningarna i de olika databaserna gjorde med MeSH-termer, Headings, trunkering samt fritextsökning, i olika kombinationer. Med fritextsökning ökar känsligheten i sökningen vilket kan generer en stor utfall (Willman et. al. 2016). Men i föreliggande studies fall var det nödvändigt för att få tillräckligt stort antal artiklar. 2 artiklar hittades via manuell sökning, genom referenslistan till en artikel. En begränsning som användes i CINAHL och PsycINFO var "Peer review" vilket anses som en styrka då artiklarna är kontrollerade av andra forskare (Polit & Beck 2012). Författarna valde att begränsa artiklarnas ålder till högst 10 år. Detta kan ses som en svaghet då äldre artiklar med med eventuell relevant data kan ha valts bort. En styrka kan vara att forskningen som presenterades är mer aktuell. Författarna valde begränsningen engelsk text på artiklarna, vilket kan ses som en svaghet då författarnas modersmål är svenska vilket kunde innebära språkförbistringar i översättning och tolkning av artiklarna. Studien baseras på 12 artiklar, 6 kvalitativa, 5 kvantitativa och 1 med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Denna fördelning ser författarna som en styrka, då både narrativa upplevelser samt statistiska data, tolkats och kombinerats till ett resultat. Författarna har under processens gång granskat artiklarna, upprepade gånger och var för sig. Genom att flera personer läser artiklarna blir studien mer tillförlitlig (Polit & Beck, 2012). Detta minskar även risken för feltolkningar, både faktamässigt och språkmässigt. Dataanalysen har utgått från Graneheim och Lundman (2004) där meningsbärande enheter har plockats ut för att bilda teman. Dock finns en risk i detta fall, att meningsbärande enheter har fallit bort eller misstolkats, på grund av författarnas brister i det engelska språket.

Författarna har medvetet valt bort artiklar som beskriver psykiatrisjuksköterskors erfarenheter. Detta eftersom författarna anser att det har en specialkompetens i vården av personer med suicidalt beteende. Detta kan ses som en svaghet då den erfarenhet de besitter, genom att de möter denna patientgrupp oftare, inte tas med i resultatet. En annan svaghet i författarnas litteraturstudie är att fenomenet erfarenhet är mångfacetterat och ger utrymmen för olika tolkningar. Detta kan leda till att i resultatet återfinns upprepningar av teman under de olika rubrikerna. Geografiskt täcker artiklarna 5 av 6 världsdelar, vilket enligt författarna är en styrka i arbetet då studien får ett globalt perspektiv. En svaghet är att en ojämn fördelning

av artiklarna i föreliggande resultat mellan världsdelarna kan innebära att vissa kulturellt och religiöst grundade erfarenheter överväger i resultatet. Författarna är medveten om att resultatet visar en ojämn könsfördelning, med en majoritet av kvinnor. Polit & Beck (2012) menar att det kan ses som en styrka vad det gäller överförbarhet då sjuksköterskeyrket till stor del representeras av kvinnor.

4.4 Kliniska implikationer

Föreliggande studie kan ha betydelse när det gäller förståelsen av hur sjuksköterskors erfarenheter påverkar vården av suicidala patienter. Sjuksköterskornas egna värderingar, känslor och utbildning spelar in. Utbildning om såväl suicidalt beteende som att vårda hela människan, och inte bara somatiska åkommor, behövs för att uppnå en holistisk omvårdnad. I dagens globaliserade samhälle där yrkesgrupper, som sjuksköterskor, har många olika ursprung och därmed många olika kulturella och religiösa grundvärderingar behövs utbildning och kunskap i omvårdnadens etiska värderingar för att få konsensus i hur den suicidale patienten bäst bemöts.

4.5 Förslag på fortsatt forskning

Forskning visar på en osäkerhet och rädsla i omvårdnaden och en önskan om ytterligare utbildning. Ytterligare forskning behövs för att undersöka om den rädsla och osäkerhet som sjuksköterskorna erfor, kommer av avsaknaden av utbildning, eller om en annan ansats kan behövas. Ett annat perspektiv där lite forskning finns, är erfarenheter ur ett globalt perspektiv, där kulturella och religiösa värderingar styr erfarenheten av att möta patienter med suicidalt beteende belyses. I detta fall skulle en global intervjustudie vara önskvärd för fortsatt forskning. Detta för att belysa skillnader i synsätt, och förståelse för suicidala personer i olika delar av världen då samhället vi lever i är mångkulturellt.

4.6 Slutsats

Sjuksköterskorna beskriver att de i vården av suicidala patienter kan ha en dömande inställning, där egna värderingar utifrån religiösa och kulturella grunder påverkar. Ett holistiskt förhållningssätt, där både fysiska och psykiska problem beaktas, är också en viktig erfarenhet. Vidare så är känslor såsom, rädsla, osäkerhet och stress erfarenheter som påverkar sjuksköterskan negativt i omvårdnadsarbetet. Dessa erfarenheter uppkommer av brist på kunskap och stöd vilket kan motverkas av förbättrad utbildning både på grundnivå och fortlöpande under yrkesutövningen. En säker miljö runt patienten är enligt sjuksköterskornas

erfarenhet viktig då den gynnar både patientens och sjuksköterskans säkerhet och mående. Sjuksköterskorna erfar att resurser som exempelvis tillräcklig bemanning saknas, då denna patientgrupp är mer tidskrävande. Även psykiatriplatser och personal med psykiatrisk kompetens behövs. Slutligen kan kunskapen om sjuksköterskornas erfarenheter bidra till en bättre omvårdnad.

Referenser

*Anthony, M., Groh, C. & Gash, J. (2017). Suicide in Guyana: Nurses' Perspectives. *Journal of Forensic Nursing*, 13(1), ss. 14-19.

Benner, Patricia (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Berglund S., Åström, S. & Lindgren, B.M. (2016). Patients' Experiences After Attempted Suicide: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), ss. 715-726.

Beskow, J. (2000) Definitioner och modeller. Beskow, J. (red.) (2000). *Själv mord och självmordsprevention: om livsavgörande ögonblick*. Lund: Studentlitteratur, ss. 27-44.

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

*Betz, M.E., Sullivan, A.F., Manton, A.P., Espinola, J.A., Miller, I., Camargo, C.A. Jr. & Boudreaux E.D. (2013). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depression and anxiety*, 30(1), ss. 1005-1012.

Bohan, F. & Doyle, L. (2008). Nurses' experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit. *Mental Health Practice*, 11(5), ss. 12-16.

Bolster, C., Holliday, C., Oneal, G. & Shaw, M. (2015). Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), ss. 1-1.

Carmona-Navarro, M. & Pichardo-Martínez, M.C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 20(6), ss. 1161-1168.

Choi, S.B., Lee, W., Yoon, J.H., Won, J.U. & Kim, D.W. (2017). Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(1), ss. 1-11.

*Doyle, L., Keogh, B. & Morrissey, J. (2007). Mental health. Caring for patients with suicidal behaviour: an exploratory study. *British Journal of Nursing*, 16(19), ss. 1218-1222.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation om omvårdnadsforskning*. Natur och kultur, Stockholm.

Gordon, M. & Melvin, G. (2014). Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Australian Family Physician*, 43(6), ss. 367-372.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2) ss. 105-112.

Haglund, D. A. R. [u. å.] *Nationalencyklopedin*.

<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/erfarenhet> [hämtad 2017-10-10]

ICN, International Council of Nurses (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2017-10-10]

Jiang, G-X., Hadlaczky, G. & Wasserman, D. (red.) (2016). *Själv mord i Sverige*. Stockholm: Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting.

http://ki.se/sites/default/files/sjalvmord_i_sverige_1980-2014.pdf [2017-09-25]

*Jones, S., Krishna, M., Rajendra, R.G. & Keenan, P. (2015). Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *Journal of Mental Health*, 24(6), ss. 423-429.

*Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K. & Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General hospital psychiatry*, 33(4), ss. 393-397.

*Matandela, M. & Matlakala, M.C. (2016). Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital. *Health SA Gesondheid*, 21(1), ss. 54-59.

*Neville K. & Roan N.M. (2013). Suicide in hospitalized medical-surgical patients: exploring nurses' attitudes. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 51(1), ss. 35-43.

Numminen O., Leino-Kilpi H., van der Arend A. & Katajisto J. (2011). Comparison of nurse educators' and nursing students' descriptions of teaching codes of ethics. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 18(5), ss. 710-724.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

*Osafo, J., Knizek, B.L., Akotia, C.S. & Hjelmeland, H. (2012) Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 49(6), ss. 691-700.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* . 9.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Scheckel, M.M. & Nelson, K.A. (2014). An Interpretive Study of Nursing Students' Experiences of Caring for Suicidal Persons. *Journal of Professional Nursing*, 30(5), ss. 426-435.

Sjöström, N. (2014) Suicid. Skärsäter, I. (red.). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. 2., [revid. och utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur, ss 263-278.

*Sun, F., Long, A. & Boore, J. (2007). The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), ss. 255-263.

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
[2017-10-10]

Talseth, A. & Gilje, F.L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), ss. 1651-1667.

Tegern, G., Beskow, J. & Eriksson, B.E. (2003). *Ungdomars tal och tankar om självmord*. Lund: Studentlitteratur.

Thomas L. (2017). Nursing children and young people: what mental health training is required?. *British Journal of Nursing*, 26(4), ss. 234-237.

Tzeng, WC., Yang, CI., Tzeng, NS., Ma, HS. & Chen, L. (2010). The inner door: toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), ss. 1396-1404.

*Valente, S.M. (2007). Oncology nurses' teaching and support for suicidal patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(1), ss. 121-137.

Vatne, M. & Nåden D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 21(2), ss. 163-75.

*Vedana, K.G.G., Magrini, D.F., Miasso, A.I., Zanetti, A.C.G., de Souza, J. & Borges, T.L. (2017). Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), ss. 345-351.

*Wang, S., Ding, X., Hu, D., Zhang, K. & Huang, D. (2016). A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), ss. 354-361.

Wiklander, M., Samuelsson, M. & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), ss. 293-300.

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. Edberg, A. & Wijk, H. (red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss 37-50.

Willman, A. (red.) (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 4., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation (2014) *Preventing Suicide: A global imperative*

http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1

[2017-10-10]

*Resultatartiklar

Bilaga 1. Tabell 2. Metodologisk översikt resultatartiklar

Författare Publicerings år Land	Titel	Design/Ansats	Undersökningsgrupp Ålder/Könsfördelning Antal deltagare/Yrkeserfarenhet	Datainsamlingsmetoder	Dataanalysmetod
Anthony, Groh & Gash (2017) Guyana	Suicide in Guyana: Nurses' Perspectives	Kvalitativ ansats Beskrivande design	<i>Deltagare:</i> 9 st allmänsjuksköterskor på ett privatsjukhus. <i>Könsfördelning:</i> 8 kvinnor, 1 man. <i>Ålder:</i> 20-30 år. <i>Yrkeserfarenhet:</i> Ej angivet. <i>Urvalsmetod:</i> En kombination av subjektivt, bekvämlighets och "snöbollsurval"	Semistrukturerade intervjuer	Line-by-line analysmetod
Betz, Sullivan, Manton, Espinola, Miller, Camargo & Bodreaux (2013) USA	Knowledge, attitudes, and practises of emergency department providers in the care of suicidal patients	Kvantitativ ansats Jämförande design	<i>Deltagare:</i> 631 st fördelat på 306 sjuksköterskor, 138 personal/behandlande läkare och 187 ST-läkare. <i>Könsfördelning:</i> Ej angivet. <i>Ålder:</i> Medianålder 35. <i>Yrkeserfarenhet:</i> Ej angivet. <i>Urvalsmetod:</i> Bekvämlighetsurval.	Enkät	Person-Chi-square Cronbachs alpha
Doyle, Keogh & Morrissey (2007) Irland	Caring for patients with suicidal behaviour: an exploratory study	Kvantitativ ansats Beskrivande design	<i>Deltagare:</i> 42st sjuksköterskor på akutmottagning. <i>Könsfördelning:</i> Ej angivet. <i>Ålder:</i> Ej angivet. <i>Yrkeserfarenhet:</i> 2-19 år. <i>Urvalsmetod:</i> Ej angivet	Enkät	Beskrivande statistik och tematisk analys
Jones, Krishna, Gopal Rajendra & Keenan (2015) Indien	Nurses attitude and beliefs to attempted suicide in southern India	Kvalitativ ansats Beskrivande design	<i>Deltagare:</i> 15 st sjuksköterskor från olika vårdavdelningar. <i>Könsfördelning:</i> 15 kvinnor, 0 män. <i>Ålder:</i> 35-58 år. <i>Yrkeserfarenhet:</i> Ej angivet. <i>Urvalsmetod:</i> Bekvämlighetsurval.	Semistrukturerade intervjuer	Interpretive Phenomenological Analysis Och öppen kodning
Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta & Thurber (2011) Japan	Attitudes of Japanese nursing persone towards patients who have attempted suicide	Kvantitativ Ansats Jämförande design	<i>Deltagare:</i> 323 sjuksköterskor. <i>Könsfördelning:</i> 291 kvinnor, 30 män, 2 ej angivet. <i>Ålder:</i> Medelålder 36,24 år. <i>Yrkeserfarenhet:</i> Medeltal 12,76 års. <i>Urvalsmetod:</i> Bekvämlighetsurval.	Enkät	t-test och Bonferroni test

Matandela & Matlakala (2015) Sydafrika	Nurses´experience of inpatients suicide in a general hospital	Kvalitativ ansats Explorativ design	<i>Delta</i> gare: 6 st allmänsjuksköterskor. <i>Könsfördelning</i> : Ej angivet <i>Ålder</i> : Ej angivet <i>Yrkeserfarenhet</i> : Ej angivet. <i>Urvalsmetod</i> : Subjektivt urval.	Djupintervjuer	Kvalitativ innehållsanalys
Neville, Nora & Roan (2013) USA	Suicide in Hospitalized Medical-Surgical Patients	Kvantitativ Ansats Beskrivande, icke experimentell design	<i>Delta</i> gare: 45 sjuksköterskor. <i>Könsfördelning</i> : 41 kvinnor, 2 män, 2 ej angivet. <i>Ålder</i> : 20- >65 år. <i>Yrkeserfarenhet</i> : 0- >30. <i>Urvalsmetod</i> : Bekvämlighetsurval.	Enkät	ATAS-Q skala Cronbachs alpha T-test
Osafo, Knizek, Akotia & Hjelmeland (2011) Ghana	Attitudes of psychologist and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study	Kvalitativ ansats Beskrivande design	<i>Delta</i> gare: 8 st akutsjuksköterskor. <i>Könsfördelning</i> : 4 kvinnor, 4 män <i>Ålder</i> : 25-60 år <i>Yrkeserfarenhet</i> : 2-40 år <i>Urvalsmetod</i> : Subjektivt urval	Semistrukturerade intervjuer	Interpretative phenomenological analysis
Sun, Long & Boore (2007) Taiwan	The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide	Kvantitativ ansats Icke experimentell design	<i>Delta</i> gare: 155 st akutsjuksköterskor. <i>Könsfördelning</i> : 153 kvinnor, 2 män <i>Ålder</i> : 21-49 år <i>Yrkeserfarenhet</i> : <1 - > 9 års <i>Urvalsmetod</i> : subjektivt urval	Enkät	Innehållsanalys
Valente (2007) USA	Oncology nurses teaching and support for suicidal patients	Kvantitativ och kvalitativ ansats Explorativ, beskrivande design	<i>Delta</i> gare: 454 st onkologisjuksköterskor. <i>Könsfördelning</i> : 90,4% kvinnor, 8,6% män. <i>Ålder</i> : 20 - >60 år. <i>Yrkeserfarenhet</i> : 0- >9 års. <i>Urvalsmetod</i> : Subjektivt urval.	Enkät	Innehållsanalys, beskrivande statistik, t-test och chi-två test
Vedana, Magrini, Miasso, Guidorizzi Zanetti, de Souza & Longo Borges (2017) Brasilien	Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study	Kvalitativ ansats Beskrivande design	<i>Delta</i> gare: 19 st akutsjuksköterskor. <i>Könsfördelning</i> : 7 män 12 kvinnor. <i>Ålder</i> : 19 - >50. <i>Yrkeserfarenhet</i> : <10 - >31år. <i>Urvalsmetod</i> : Theoretical sampling.	Ostrukturerade intervjuer	Grounded Theory (GT) och öppen kodning
Wang, Ding, Hu, Zhang & Huang (2016) Kina	A qualitative study on nurses´ reactions to inpatient suicide in a general hospital	Kvalitativ ansats Beskrivande design	<i>Delta</i> gare: 15 st allmänsjuksköterskor. <i>Ålder</i> : 25-39 år <i>Könsfördelning</i> : 1 man, 14 kvinnor. <i>Yrkeserfarenhet</i> : 1-17 år <i>Urvalsmetod</i> : Subjektivt urval	Semistrukturerade intervjuer Individuella djupintervjuer	Fenomenologisk analysmetod Colaizzis´ 7 stegsanalys Kodning

Bilaga 2. Tabell 3. Sammanställning av resultatartiklarnas syfte och resultat

Författare	Titel	Syfte	Resultat
Anthony, Groh & Gash (2017) Guyana	Suicide in Guyana: Nurses' Perspectives	Att undersöka sjuksköterskors attityder och erfarenheter relaterat till suicid..	Bearbetade data resulterade i fyra teman: Familjeproblem med kulturella grunder, suicidförsök "Ett rop på hjälp", brist på stöd vid suicidtankar och sjuksköterskors avsaknad av utbildning för hantering av patienter som gjort suicidförsök.
Betz, Sullivan, Manton, Espinola,, Miller, Camargo & Bodreaux (2013) USA	Knowledge, attitudes, and practises of emergency department providers in the care of suicidal patients	Att undersöka kunskap, attityder och praxis hos akutsjukvårdspersonal och att identifiera egenskaper i samband med screening av suicidtankar	Hälften av de svarande ansåg att de flesta av självmorden kan förebyggas. De flesta ansåg att de hade kunskap i att screena för suicid. Minoriteten ansåg att de hade kunskaper i att bedöma suicidrisk, skapa en säkerhetsplan och kunna erbjuda rådgivning. En majoritet ansåg också att de mentalhälsoinriktade personalresurserna nästan alltid var otillfredställande eller att behandlingen för suicidala patienter inte var prioritet på akutmottagningen.
Doyle, Keogh & Morrissey (2007) Irland	Caring for patients with suicidal behaviour: an exploratory study	Att beskriva de erfarenheter och utmaningar akutssjuksköterskor möter när patienter med suicidalt beteendekommer till akutmottagningen.	Akutsjuksköterskorna ansåg att riskbedömning och fysisk vård av patienterna ingick deras roll. Rollen innebar inte att ta hänsyn till psykiska måendet eller psykosociala omständigheter. De emotionella känslorna mot patienterna berodde på omständigheterna kring patienten eller sjuksköterskornas egen värdering av suicidförsöken. Utmaningar för sjuksköterskorna var brist på olika färdigheter, främst att kunna kommunicera med dem. En annan utmaning var resursbrister, främst avsaknad av akutpsykiatriska sängplatser.
Jones, Krishna, Gopal Rajendra & Keenan (2015) Indien	Nurses attitude and beliefs to attempted suicide in southern India	Att utforska erfarenheter och attityder hos sjuksköterskor som vårdat patienter som gjort suicidförsök på ett indiskt allmänsjukhus.	Resultaten visade att sjuksköterskornas attityder och erfarenheter påverkades av religiösa grunder och prioritering av fysisk vård framför psykologisk. Olika brister såsom utbildning, mänskliga resurser, material och ekonomisk fattigdom inverkar också på deras synsätt på patienter som gjort suicidförsök.
Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta & Thurber (2011) Japan	Attitudes of Japanese nursing persone towards patients who have attempted suicide	Att undersöka attityder hos sjuksköterskor i Japan samt deras upplevelse av behov av utbildning för att bättre förstå suicidalt beteende och preventiva åtgärder.	Sjuksköterskor med erfarenhet från psykiatrisk omvårdnad hade en mer positiv attityd till patienter som begått suicidförsök. De ansåg att de hade bättre träning att hantera patienterna än de som saknade den psykiatriska bakgrunden. Akutsjuksköterskor hade inte samma förståelse för patientgruppen. De visade mindre sympati och mindre förmåga att kommunicera med patienterna angående deras problem.
Matandela & Matlakala 2015 (Syd Afrika)	Nurses´experience of inpatients suicide in a general hospital	Att presentera erfarenheter från sjuksköterskor som vårdat patienter som fullbordat ett suicid.	Resultatet visar att sjuksköterskorna upplevde chock, skuld och fördömlse av anhöriga efter suicidet. Även en upplevelse av otillräcklighet samt rädsla för repressalier framkom.

Neville, Nora & Roan (2013) USA	Suicide in Hospitalized Medical-Surgical Patients	Att undersöka sjuksköterskors attityder gentemot suicid hos vuxna patienter som är inlagda på medicin-kirurgisk avdelning.	Studien fann att sjuksköterskornas ålder och utbildningsnivå korrelerade med positiva attityder till suicid. Religion var också en bidragande orsak till en positiv attityd.
Osafo, Knizek, Akotia & Hjelmeland (2011) Ghana	Attitudes of psychologist and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study	Att undersöka attityden till suicid och suicidprevention hos sjuksköterskor och psykologer i Ghana.	Psykologerna såg suicid som en mental hälsofråga med en vårdande och empatisk syn på suicidala personer och såg suicidprevention från en hälsovårdsmässig aspekt. Utbildning och förbättringar i primärvården sågs som ett sätt att praktiskt börja med suicidprevention. Sjuksköterskorna såg suicid som ett brott och såg suicidbenägna personer som klandervärda. Sjuksköterskorna förordade samtal med människor, skärpt lag mot suicid och att använda religiösa motiv för att skrämja suicidbenägna som suicidprevention. Utbildningsnivå kan vara avgörande i attitydskillnader mellan psykologer och sjuksköterskor.
Sun, Long & Boore (2007) Taiwan	The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide	Att undersöka akutsjuksköterskors attityd till personer som gjort suicidförsök och att identifiera faktorer som påverkar deras inställning till suicidförsök.	De taiwanesiska akutsjuksköterskorna hade en positiv attityd till patienter som gjort suicidförsök. Tre statistiska skillnader framkom: Ju högre utbildning sjuksköterskorna hade desto positivare attityd till patientgruppen, akutsjuksköterskor som inte var knutna till en religion hade en positivare attityd till patientgruppen samt att sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda 1-10 patienter som gjort suicidförsök hade en mer positiv attityd jämfört med de som vårdat över 10 patienter.
Valente (2007) USA	Oncology nurses teaching and support for suicidal patients	Att undersöka onkologisjuksköterskors kunskap och interventioner för att stödja patientundervisning, emotionellt stöd och försvar till en suicidal patient.	Onkologisjuksköterskorna berörde knappast patientundervisning, emotionellt stöd eller försvar i beskrivning av sin vård av suicidala patienter. Svårigheterna att bemöta patientgruppen utgick från religiösa eller andra värderingar, obekväma känslor, otillräcklig kunskap och personliga erfarenheter.
Vedana, Magrini, Miasso, Guidorizzi Zanetti, de Souza & Longo Borges (2017) Brasilien	Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study	Att förstå erfarenheterna från akutsjukvården med att hjälpa patienter med suicidal beteende.	Att hjälpa människor med suicidalt beteende är akut, utmanande och komplext. Detta väcker olika känslor och reaktioner som motstånd, dömande och oförståelse. Sjuksköterskorna intog en roll som begränsade sig främst till att tillgodose patientens fysiska vårdbehov.
Wang, Ding, Hu, Zhang & Huang (2016) China	A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital	Att undersöka reaktioner hos sjuksköterskor efter suicid på vårdavdelningen. Samt deras behov av stöd efter detta.	Resultatet delas in i tre kategorier. 1) Medvetenheten om vilka patienter som har hög suicidrisk. 2) Att suicid var svårt att förebygga. 3) Sjuksköterskor saknar den nödvändiga kunskapen om suicidprevention. Resultatet påvisar också de psykiska faktorer som chock, panik, skuld, rädsla och frustration som sjuksköterskorna kände efter suicidet.

