



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13 kl 14.00

Kandidatnr.: 23

Veileder : May Kristin J. Hamre Valen

Antall ord: 9002



Sykepleieren og den selvmordsnære pasienten

«But suicides have a special language.

Like carpenters they want to know *which tools*.

They never ask *why build*.»

- Anne Sexton, fra *Wanting to Die*, 1981.

Sammendrag

Bakgrunn : Omlag en fjerdedel av alle selvmord som begås i Norge hvert år utføres av personer som er i eller som den siste tiden har vært tilknyttet psykisk helsevern. De siste årene har tendensen til selvmord i psykiatrien vært stigende. Sykepleiere står overfor store utfordringer med tanke på å nå meningfulle relasjoner til slike pasienter, og forskning viser til at større tyngde bør legges på å forsøke å forstå selvmordstankegang. Eksistensielle, etiske og faglige spørsmål står sentralt i relasjonsarbeidet med suicidale, som ofte er krevende og tyngende for sykepleiere.

Hensikt : Å svare på problemstillingen «*Hvordan kan sykepleiere nå en relasjon til selvmordstruede pasienter på profesjonelt og eksistensielt grunnlag?*»

Metode : Oppgaven er utformet som en systematisk litteraturstudie.

Resultater : Sykepleiere må ha solide teoretiske kunnskaper om selvmord og bakenforliggende psykiske lidelser for å oppnå faglig god relasjon til selvmordstruede pasienter. Det stilles krav til kompetanse innen kommunikasjon, evne til selvbevissthet, selvrefleksivitet og bruk av seg selv på en ekte og autentisk måte for å nå genuin pasientkontakt og forstå pasienten. Bevissthet på etiske dilemma er viktig for helhetlig tilnærming til suicidale, og hensyn til juridiske retningslinjer er avgjørende for å beskytte pasienter som er til fare for seg selv. Sykepleieren må imøtekomme pasienten der han befinner seg og åpne for eksistensiell dialog. Også klarhet i eget ansvar i rollen som sykepleier og pasientens ansvar for egne valg er vesentlig. Pasienten må videre ses i sammenheng med sine medmennesker i sin eksistensielle krisesituasjon.

Abstract

Background : About one fourth of all suicides committed in Norway each year are linked to persons receiving mental health care or have been in affiliation with mental health care as of late. The last few years have seen an increase in suicides connected to psychiatric health care. Nurses face challenges in reaching meaningful relationships with suicidal patients, and research underlines the need for an emphasis on understanding suicidal ideation. Existential, ethical and professional considerations are vital in relationships with such patients, which is often considered a demanding, burdensome nursing task.

Aim : To answer the research question : *«How can nurses reach a relationship with suicidal patients on a professional and existential basis?»*

Method : This thesis is a systematic study of literature.

Results : Nurses need thorough knowledge of suicide and predisposing mental illnesses in reaching professional relations with suicidal patients. Competence in communication and abilities in being self-conscious and self-reflective are needed to attain a genuine, authentic connection with the suicidal individual as well as in understanding him. Being conscious of ethical dilemmas is decisive in gaining an all-encompassing patient approach. Considering judicial features is also of great importance in protecting patients who are at risk of suicide. A nurse has to meet the patient as a unique individual and establish an existential dialogue. The nurse has to be aware of both her own and the patients' responsibilities. Futhermore, the patient's existential crisis needs to be seen within the terms of human beings coexisting.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	7
-----------------------	---

1.1. Bakgrunn for valg av tema	7
1.2. Hensikt og problemstilling	7
1.3. Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling	8
1.4. Oppgavens disposisjon	8
2.0. Presentasjon av teoretisk perspektiv	9
2.1. Selvmord	9
2.2. Den selvmordsnære pasienten	10
2.2.1 Suicidalitet	10
2.2.2. Predisponerende faktorer for selvmord.....	11
2.3. Sykepleieteoretisk perspektiv	11
2.3.1. Eksistensialisme	11
2.3.2. Josephine Paterson og Loretta Zderad	12
2.4. Sykepleiefaglige forutsetninger	13
2.4.1. Profesjonell kompetanse	13
2.4.2. Ansvar	13
2.5. Relasjon	14
2.5.1. Relasjonsbegrepet	14
2.5.2. Relasjoner i psykiatrisk helsearbeid	15
2.6. Etske aspekter	15
2.6.1. Retten til å velge	15
2.6.2. Pliktetikk, konsekvensetikk og velgjørenhet	16
2.6.3. Yrkesetikk	17
3.0. Metode	17
3.1. Metodebegrepet og vanlige forskningsmetoder.....	17
3.1.1. Kvalitativ metode	17
3.1.2. Kvantitativ metode	18
3.1.3. Grounded Theory	18
3.1.4. Litteraturstudie	18
3.2. Forskningsetiske hensyn	19
3.3. Litteratursøk	20
3.4. Kildekritikk	21
4.0. Presentasjon av funn fra forskningsartikler	21
4.1. Artikkel 1	21
4.2. Artikkel 2	22
4.3. Artikkel 3.....	22

4.4. Artikkel 4	23
4.5. Artikkel 5	23
4.6. Artikkel 6	23
5.0. Diskusjon	24
5.1. Sykepleierens profesjonelle posisjon	24
5.2. Etske overveielser	27
5.3. Å se den selvmordsnære	29
6.0. Avslutning	31
7.0. Litteraturliste	32
8.0. Vedlegg	38
8.1. Litteratursøk	38
8.2. Oversikt over forskningsartikler med kildekritikk	38

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Helsetilsynet (2011) viser til en økning i antall meldinger om selvmord i psykiatrien de siste årene. Selvmord er et stigmatisert, alvorlig emne som utgjør en særlig krevende utfordring både på

menneskelig og sykepleieprofesjonelt nivå. Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) påpeker at møtet med den selvmordsnære innebærer en eksistensiell konfrontasjon hos hjelperen der den menneskelige utfordringen kan overstyre faglige og samfunnsdefinerte forpliktelser. Noen pasienter innen psykisk helsevern har sterke dødsønsker, *thanatos*, og selvutslettende tankesett som kan være fremmed for en sykepleier.

Da jeg hadde min praksis på en psykosepost møtte jeg en suicidal pasient allerede første dag, og situasjonen dukket opp flere ganger i løpet av praksisperioden. Ved ett tilfelle gjentok en alvorlig deprimert pasient i en én-til-én situasjon at bare døden kunne gi fred, at alt var meningsløst og at ingen prøvde å forstå. Episodene gjorde sterkt inntrykk og stilte store krav til meg med tanke på livssyn, holdninger og innsikt i fortvilelsen og de psykiatriske lidelsene som fremkaller suicidal tankegang. Usikkerheten fører fort til at en får «stein i magen» slik Karlsen (2007) ordlegger det; en blir plutselig ordknapp, forvirret og redd for å si de «gale tingene» som kan forverre situasjonen eller svekke relasjonen til pasienten.

Selv kompetente, bevisste og erfarne sykepleiere har gjerne vansker med å komme selvmordstruede pasienter i møte. Sykepleieren har ikke konkrete hjelpemidler som infusjonssett, blodtrykksapparat og lignende i arbeidet med disse pasientene; de har bare seg selv, sine refleksjoner og evner til disposisjon. Pleiere har likefullt et ansvar og en plikt til å yte omsorg til mennesker som gjennomgår en så dyptgående fortvilelse at selvmordet representerer en utvei og forløsning. White (2010) mener at suicidale i varierende grad kjemper mot selvmordsimpulsen, men at mange anser denne kampen som overveldende. Følgelig blir det sykepleierens hovedansvar å tilegne seg et innsyn i og del i denne interne striden for virkelig å kunne hjelpe den rammede.

1.2. Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan en som sykepleier på psykiatrisk institusjon kan forholde seg til suicidale pasienter slik at en genuin og faglig god relasjon kan oppstå. Oppgaven vil forsøke å gi sykepleiere som møter selvmordstruede pasienter innsikt i sin profesjonelle stilling i denne relasjonen, sitt ansvar samt behovet for forståelse, autentisitet og etiske vurderinger. Eksistensielle spørsmål vil ha en fremtredende stilling i pasientenes tankesett, og en vektlegging av eksistensialismen som filosofisk grunnmotiv og sykepleieteori synes å være hensiktsmessig for å undersøke de mer dyptloddende elementene i en meningsfull pleier-pasientrelasjon. En videre hensikt er å øke egen kunnskap innen et område jeg har spesiell interesse for.

På bakgrunn av dette vil problemstillingen lyde : «*Hvordan kan sykepleiere nå en relasjon til selvmordstruede pasienter på profesjonelt og eksistensielt grunnlag?*»

1.3. Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen er valgt av hensyn til viktigheten av forståelse, fag og etikk når en som sykepleier skal yte helsehjelp til mennesker som ønsker å gjøre slutt på livet. Oppgaven vil handle om pleierens tanker, følelser og innstilling i relasjonen til pasienten sammen med den faglige kompetanse og ansvaret som ligger til grunn for sykepleiens mål å hindre selvmord. Å klargjøre dette vil kunne sette sykepleieren i stand til å ivareta den suicidale pasienten slik at han kan oppleve et meningsbærende terapeutisk samvær og assistanse i sin vanskelige situasjon.

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter innlagt på psykiatrisk institusjon, på akuttpost eller ved distriktpsykiatrisk senter. Fokus er pasienter som har blitt vurdert å ha høy selvmordsrisiko og pasientens pårørende inkluderes ikke. Gjeldende pasientgruppe vil innbefatte personer over 18 år. Videre vil oppgaven begrenses til ikke å omfatte inngående diagnosebeskrivelser, medikamentell behandling, fysisk miljømessig sikring, organisatoriske forhold eller teknikker for selvmordsvurdering.

1.4. Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i seks hoveddeler. I den første delen presenteres oppgavens bakgrunn, hensikt og problemstilling. Andre del omfatter teorier, definisjoner og fakta som oppgaven i stor grad bygges på. Tredje del gir en innføring i grunnleggende begreper innen forskning og beskriver oppgavens litteratursøkeprosess. Dernest følger en presentasjon av forskningsfunn som belyser tema i oppgavens fjerde del, og en diskusjon på bakgrunn av teori, forskning og egne synspunkter/erfaringer i femte del. Sjette og siste del inneholder en avslutning.

2.0. Presentasjon av teoretisk perspektiv

2.1. Selvmord

Litteraturen gjengir tallrike definisjoner på begrepet selvmord. Retterstøl, Ekeberg & Mehlum fremlegger følgende definisjon i boken «Selvmord : Et personlig og samfunnsmessig problem»,

2002 s. 13 : «Selvmord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelig.» Forfatterne påpeker at intensjonen gjerne er uviss og at døden ikke alltid er det resultatet personen virkelig ønsker. Aarre, Bugge & Junklestad (2009) skriver at selvmord ikke nødvendigvis er planlagt men at det like gjerne kan forekomme som en impulshandling som følge av en rekke utløsende omstendigheter.

World Health Organization (u.å.) opplyser at antatt mortalitetsrate årlig på verdensomspennende basis er 16 av 100.000 individer, eller én selvpåført død hvert førtiende sekund. WHO oppgir videre at global frekvens av selvmord har økt med 60 % de siste 45 årene, og at bevissthet på selvmordsproblematikk som et betydelig problem er utilstrekkelig i mange land på grunn av fenomenets sammensatte egenart. Statistisk Sentralbyrå (2012) tallfester totalt antall selvmord i Norge i 2011 til 598, der alle aldre, begge kjønn og alle selvmordsmetoder inkluderes. Sosial- og Helsedirektoratet (2008) informerer at antallet selvmordsforsøk som blir begått årlig i Norge kan tidobles i forhold til antall fullbyrdede selvmord, og at omtrent 25 % av selvmordene begås av pasienter som de siste tre årene er i eller har vært underlagt psykisk helsevern.

Av kjønnsfordelingen fremkommer det at menn begår selvmord fire ganger så hyppig som kvinner og at deres selvmordsmåte er av mer absolutt, ugjenkallelig karakter. Mens kvinner benytter metoder som hengning og drukning, vil vanlige selvmordsmåter for menn være skyting, hengning og planlagte trafikkulykker (Skårderud et al., 2010). Renolen (2008) skriver at selvmord er et tema som angår svært mange mennesker idet de fleste blir berørt av emnet siden de kjenner eller vet om noen som har utført handlingen eller på et tidspunkt foretatt et selvmordsforsøk.

Selv mordets egennatur må belyses ut ifra et vidt perspektiv. En samfunnsvitenskapelig innfallsvinkel kan redegjøre for overordnede rammer for selvmordet. Sosiologen Émile Durkheim (1858 – 1917) fremsetter i sin innflytelsesrike selvmordstudie «Le Suicide» fra 1897 fire anerkjente klassifikasjoner av selvmord. Ifølge Durkheim (1978) bærer det *egoistiske* selvmordet preg av at personen ikke klarer å finne sin plass i samfunnet; *altruistisk* type skyldes sterke krav til samfunnintegrasjon; *anomisk* selvmord handler om relasjonelle brister - og til sist *fatalistisk* variant indikerer et overdrevent regelmessig levesett. Et individ er ifølge forfatteren uløselig inkorporert i samfunnsstrukturen og finner sin identitet først i samvær med andre mennesker.

2.2. Den selvmordsnære pasienten

2.2.1. Suicidalitet

Selvmondsideasjon kan ses på som ytterpunkt i et individs fortvilede søken etter hjelp samtidig som det kan være uttrykk for et reellt dødsønske som må tas på alvor. Personen er oftest preget av tanker som kretser rundt eksistensiell tvil, hjelpeløshet, håpløshet, meningsløshet og mangel på holdepunkter for en fremtid som er verdt å leve for (Hummelvoll, 2012). Individet kan gi signaler som peker i retning mot selvmondsintensjon, noe størstedelen direkte eller indirekte gir uttrykk for til tross for myten om at mennesker som i realiteten ønsker å dø ikke meddeler dette (Vråle, 2009). Suicidalitet innlemmes rettslig i psykisk helsevernlovens § 3 -3 (1999) der det slås fast at dersom man finner at en person har en alvorlig psykisk lidelse og er en fare for seg selv eller andre, kan det etter legeundersøkelse fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Den biokjemiske dimensjonen ved selvmondsadferd kan ytterligere underbygge forståelsen for hvorfor enkelte mennesker har selvmondsimpulser. Post mortem studier viser at personer predisponert for selvmond har færre presynaptiske serotonin-transportlokalisasjoner i den prefrontale hjernebarken, i hypothalamus og i hjernestammen. Tilsvarende har autopsier av selvmonds ofre vist lave verdier av spesielle metabolitter av serotonin i cerebrospinalvæsken, i tillegg til en antydning av dysfunksjonell virksomhet i det cerebrale noradrenergiske ledningssystemet (Van Heeringen, 2005).

Den såkalte «entrapment» eller «cry of pain»-modellen er en nyere teori som anvendes for å kaste lys på de psykologiske prosessene bak selvmond. Å føle seg *fanget* innebærer umuligheten av å kunne flykte fra omstendigheter som er frembragt av nederlag, tap eller fra symptomer som hørselshallusinasjoner ved schizofreni. I denne tilstanden kan en person oppleve at situasjonen er permanent fastlåst og at det ikke finnes noen form for redning, noe som resulterer i en overveldende følelse av håpløshet. Med basis i kognitiv adferdsteori kan en deprimer person i det lange løp assosiere dette med dødsønsker og da fremvise selvmondstanker- og/eller adferd i repetitive mønstre (Mark, Williams, Crane, Barnhofer & Duggan, 2005).

2.2.2. Predisponerende faktorer for selvmond

Rusavhengighet, brudd i relasjoner og tidligere selvmondsforsøk er underliggende risikomomenter for selvmond kommer det frem i Skårderud et al., (2010). Bestemte situasjoner som plutselige livsomveltende kriser, opplevelse av ærekrenkelse, ensomhet og opplevd seksuelt misbruk kan medføre økt selvmondsfare. Tidligere selvmondsforsøk disponerer for selvmond særlig i det nærmeste tidsrommet etter forsøket. Faren for at personer med psykiske lidelser begår selvmond er

høyere enn i den øvrige befolkningen, men psykisk sykdom er likevel ikke enerådende årsak til selvmord. Av personer med psykiske lidelser vil generelt svært få begå selvmord. Livstidsrisikoen ved alvorlig depresjon er mellom 3 – 6 % og 5 % ved schizofreni (Folkehelseinstituttet, 2011).

De viktigste langvarige og alvorlige psykiatriske diagnosene der selvmordsrisikoen noen ganger kan vurderes som kritisk omfatter stemningslidelser, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. De ulike gradene av depresjoner og bipolare spektre klassifiseres som stemningslidelser, og sykdomsforløp i tid og alvorlighetsgrad definerer her potensiell selvmordsfare. Schizofreni korreleres med lav impuls kontroll, vrangforestillinger og stadige forverring; schizofrene har dermed høyest antatt selvmordsrisiko. Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser utgjør hovedvekten i den siste gruppen, og her står blant annet svekket kriseberedskap og affektregulering sentralt (Retterstøl et al., 2002).

2.3. Sykepleieteoretisk perspektiv

2.3.1. Eksistensialisme

Den eksistensialistiske filosofiske tankegangen har sitt opphav i den danske tenkeren Søren Kierkegaards (1813 - 1855) litterære produksjon der det å være til i seg selv betraktes som hovedtema for forståelse for og holdning til våre livsvilkår. Eksistensialismen er ikke en helhetlig retning men en form for filosofisk vinkling der det individuelle subjektets forhold til egen eksistens problematiseres (Brown og Granberg, 2004). Eksistensialismen legger vekt på at frihet, valg og ansvar blir vesentlige begreper når et menneske retter sin bevissthet mot egen eksistens og søker å fylle sitt liv med innhold. Døden fordrer til selvoppgjør i eksistensialistisk tankegang og tillegges derfor en helt kritisk plass. Stilt overfor frihet vil mennesket konfronteres med angst og prospektet å leve et autentisk, sannferdig liv basert på overveide valg. Autentisitet spiller en viktig rolle i det eksistensialistiske møtet med andre mennesker, der det handler om å møte den andre med ekthet som medmenneske som den han eller hun «er» gjennom den man selv «er.» Eksistensialismen fikk fotfeste i sykepleieteori fra 1970-tallet med nye tankestrømninger om menneske-til-menneskeforhold og holdningsgrunnlag bak yrkesutøvelsen (Mathisen, 2006).

Den eksistensielle modell for tilnærming til psykiatriske pasienter legger sin hovedvekt på å møte pasientens egen forestillingsverden og eksistensielle situasjon; hele mennesket må da læres å kjenne. I modellen tenkes det at pasientens opplevelse må møtes *her-og-nå*, og at han lever *uekte* på grunn av manglende kontakt med seg selv og sitt sosiale rammeverk. Den resulterende *fremmedgjøringen*

ses i sammenheng med manglende eller fraværende verdigrunnlag, følelse av mening og genuin tilknytning til andre mennesker (Hummelvoll, 2012).

2.3.2. Josephine Paterson og Loretta Zderad

Møtet med den selvmordsnære pasienten vil inneha dyptgripende eksistensielle, mellommenneskelige utfordringer for sykepleieren. Josephine Paterson og Loretta Zderads sykepleieteoretiske verk «Humanistic Nursing» utgitt i 1976 funderes på et eksistensielt-humanistisk grunnlag som søker å rette pleierens oppmerksomhet mot selvbevissthet og bevissthet for den hjelpetrengende. Følgelig involverer sykepleieren seg som et opplevende, vurderende, reflekterende og konseptualiserende menneske med hele sitt vesen overfor sine pasienter. Forfatterne skriver at en sykepleier skal være våken for at den andre befinner seg unikt *i-sin-situasjon*, og bruke sin egen eksistensielle selverkjennelse for å skape en autentisk relasjon til den andre. Denne innsikten vil skape en ekte, «aktiv» tilstedeværelse idet sykepleieren innser at det å være tilstede vil utgjøre en forskjell for pasienten. Pleieren må være tilstede i ordets fulle betydning, rette sin oppmerksomhet fullt mot pasienten med sin forståelseshorison og tilkjennegi at hun er tilgjengelig der for å hjelpe. Autentisitet i pleieren selv vil tvinge frem konfrontasjoner ved pleierens motivasjoner, holdninger og handlingsapparat. Dette muliggjør sykepleietilnærminger med rot i pleierens latente potensial.

Teorien om eksistensielt engasjement fordrer at pleieren er tilstede med hele seg, alle sine kunnskaper og egenskaper. Dette gjelder både i profesjonell og personlig henseende i møtet med pasienten. Sykepleie til den trengende kan kalles en «intersubjektiv transaksjon» idet to parter står i dialog uansett hvilken form den tar. Pleieren har på den måten en unik mulighet til hjelpe den syke til å oppnå selvbekreftelse gjennom å adressere at pasienten har muligheten til å foreta ansvarlige valg. Både pleier og pasient møter hverandre gjennom felles opplevelser som vil øve gjensidig innflytelse. Av den grunn er hvert møte å anse som en eksistensiell erfaring for sykepleieren (Paterson og Zderad, 1988; egen oversettelse).

2.4. Sykepleiefaglige forutsetninger

2.4.1. Profesjonell kompetanse

Kompetanse kan forklares som en skikkethet og en kvalifikasjon til å foreta bestemte handlinger i et område en skal kunne løse problemer på en tilfredsstillende måte. Sykepleiekompetanse vil formes i

en prosess som inkluderer selvevaluering, refleksjon og erfaringskunnskap (Kristoffersen, 2005). Profesjoner har vitenskapelig kunnskap som fundament for sitt virke. De profesjonelle kunnskapsbaser er satt sammen av elementer fra ulike vitenskapelige disipliner da en må bruke kunnskap fra flere ulike felt for å imøtekomme menneskers behov i forskjellige klientforhold (Grimen, 2008). Måseide (2008) skriver at den profesjonelle kompetansen blir virkeliggjort og konkret når en profesjonell yrkesutøver involverer seg praktisk i profesjonell aktivitet; først da vil faglig standard og etiske styringer finne sin mening. Ifølge Hem (2009) står sykepleieren overfor en serie forventninger fra pasientene de møter med hensyn til sykepleierens profesjonelle rolle.

Helhetlig profesjonell kompetanse kan illustreres i en trekantmodell bestående av følgende delpunkter : *Yrkesspesifikke ferdigheter* erverves gjennom trening i bruk av metoder og teknikker som tjener til å løse bestemte arbeidsoppgaver som eksempelvis å kommunisere med andre. *Teoretisk kompetanse* bygger på vitenskapelig faktakunnskap som kan inkludere kjennskap til ulike modeller, konsepter eller kjensgjerninger. Siste komponent i denne kompetanseteorien, *personlig kompetanse*, innebærer anvendelse av hele det personlige register av holdinger, etisk refleksjon og sensitivitet (Skau, 2005).

2.4.2. Ansvar

Behandling av den psykiske smerten som i noen tilfeller leder til selvmord eller selvmordsforsøk har en helt vesentlig plass i avhjelpingen av selvmordstanker. Helsepersonell med ansvar for risikogrupper må ha kunnskaper om aktuelle psykiske lidelser og om brukerens egen vurdering av sin situasjon og behov for hjelp. Leger og psykologer har ansvaret for hva som anses å være en alvorlig psykisk lidelse og å vurdere mulig selvmordsrisiko. I tillegg til nødvendig kompetanse stilles krav til at helsepersonell stiller seg tilgjengelig for pasienten og møter ham med respekt og omsorg (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008).

På et overordnet juridisk nivå fastslår Molven (2009) at krav om forsvarlig yrkesutøvelse er lovhjemlet i helsepersonellovens § 4 (1999), som befester at all profesjonell helsehjelp skal være faglig forsvarlig og levert på en god menneskelig, omsorgsfull måte. Det presiseres at disse termene ikke er av absolutt karakter. Utøvelse av sykepleie defineres som en formålsrasjonell virksomhet der kunnskap medfører handlingskompetanse. Helsepersonellovens § 7 (1999) stadfester at helsepersonell er ansvarlige for å yte den helsehjelpen de evner dersom hjelpen anses å være av påtrengende nødvendig natur.

2.5. Relasjon

2.5.1. Relasjonsbegrepet

En relasjon defineres i sin latinske grunnbetydning ved at «*én gjenstand står i forbindelse med en annen*» og designerer et «*forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker*» (Eide og Eide 2007, s. 17). Forfatterne skriver at relasjonen er avgjørende for behandlingens utfall. En relasjon med eller et forhold til andre mennesker vil si at en person påvirkes av den andres situasjon med hensyn til egen forståelse, tolkning og følelser. For sykepleiere vil det å stå i en relasjon til pasienter være et grunnvilkår for evnen til etisk omsorg, personlig moral og faglig kyndighet. Relasjonen mellom pleier og pasient er i utgangspunktet basert på at partene opptrer som likeverdige mennesker, men relasjonen kan anta en asymmetri på grunn av ulikheter i roller, ansvar, kunnskaper, sårbarhet og kompetanse (Kristoffersen og Nortvedt, 2005). Karlsson (2008) peker på at verdier som respekt, oppmerksomhet på egne begrensninger, gjensidighet og samarbeid gir vekst for endringsmuligheter i en hjelperelasjon. Lindström (2003) trekker frem at relasjonen mellom pleier og pasient åpner for at et «jeg» blir tilgjengelig for et «du.» Forfatteren legger til at en relasjon ytterligere kjennetegnes ved at en sykepleier klarer å imøtekomme de faglige vitenskapelige og etiske krav som stilles til sin profesjonelle funksjon.

2.5.2. Relasjoner i psykiatrisk helsearbeid

Relasjonen står i en særstilling i psykisk helsearbeid. Det kan hevdes at «*relasjonen er hjelpen*» (Bernler, Johansson og Skårner, sitert i Hummelvoll 2012, s. 395). Den rammede vil ha god støtte i å ha noen fysisk ved sin side som tålmodig vier sin oppmerksomhet mot ham og forsøker å vise at han er tilstede for den som har vanskeligheter. En god relasjon vil videre være avhengig av elementer som pålitelighet og forutsigbarhet. Et *terapeutisk* forhold i et pleier-pasientfellesskap dannes idet pasienten trenger hjelp og sykepleieren inntretr som hjelperen. Denne relasjonen utgjør selve kardinalpunktet i psykiatrisk sykepleie og funderes først og fremst på det mellommenneskelige aspekt (Hummelvoll, 2012).

En relasjon kan ha en lindrende effekt, og det at en pasient føler seg sett, forstått og møtt vil ha et betydelig helbredende potensial. Møtet med den selvmordstruede pasienten vil imidlertid vekke sterke følelser og sårbarhet. Enkelte slike følelser kan forstås ut fra den faktiske situasjon sammen

med analyse av både pasientens pleierens egen historie (Vråle, 2009).

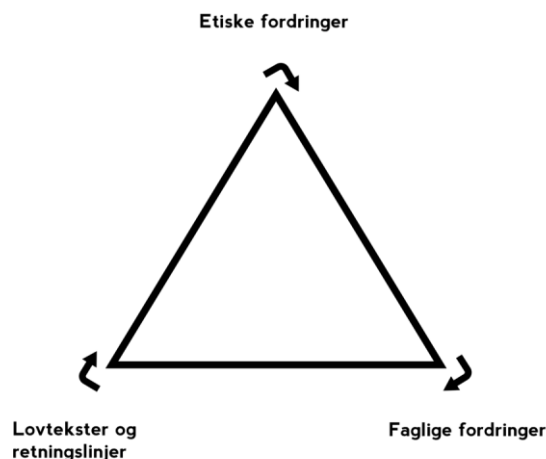
2.6. Etiske aspekter

2.6.1. Retten til å velge

Autonomiprinsippet kan defineres som plikten til å respektere pasienters selvstendige beslutninger som angår eget liv og egen helse. Prinsippet har som forutsetning at pasienten er i mentalt stand til å foreta begrunnede avgjørelser da psykiske innflytelsesfaktorer som depresjon eller sterk angst kan påvirke graden av en persons evne å foreta autonome valg. Tanken om pasienters selvråderett har inntatt en tiltakende sterk posisjon i dagens helsevesen (Brinchmann, 2005). Rettsmessig finner aspektet autonomi og grunnlaget for helsetjenesten som tilbys sin posisjon i pasient- og brukerrettighetslovens § 4 -1 (1999) der det heter at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Det fordres fra denne paragrafen at pasienten må ha mottatt nødvendig informasjon om både egen helsetilstand og helsehjelpens art.

På individnivå vil enhver være autonome i den forstand at enkeltindividet handler på egne premisser ut ifra lover eller regler personen har satt for seg selv og anser som riktige. Begrepet autonomi relateres til menneskers muligheter for «fri handling», noe som er nært knyttet til idealet om frihet. Autonomi begrenses dersom andre mennesker kan utgjøre hindringer for denne «frie handling.» (Moorhouse, Yeo og Rodney, 2010). *Paternalisme* kan betegnes som en rettferdiggjort, intensjonell innsnevring av en persons autonomi som utføres i den hensikt å hjelpe personen (Hoffmann, 2002). Bruk av paternalisme kan også defineres som det å forhindre at en person skader seg selv. Paternalisme kategoriseres som *myk* eller *hard* basert på om personen henholdsvis vurderes å være beslutningskompetent til å foreta valg basert på begrunnet informasjon eller ikke (Nortvedt, 2008).

Selv mordet fremkaller en sterk ambivalens hos den utsatte pasient. Mennesker med selvmordstanker har som alle andre frie valg, og moralisering og bagatellisering av relasjonsmessige konflikter pasientene opplever vil ytterligere vanskeliggjøre hans situasjon. Forholdet til andre bør imidlertid alltid tas opp som tema idet mange pasienter gir uttrykk for at de ikke tar sitt liv på grunn av at andre er avhengige av dem. Etikk, jus og fag utgjør tre hjørnesteiner i tilnærmingen til pasienters frie vilje til å velge livet eller døden (Vråle, 2009).



Figur 1 : Dynamisk forhold mellom tre komponenter i arbeid med selvmordsnære (Vråle, 2009).

2.6.2. Pliktetikk, konsekvensetikk og velgjørighet

Etiske problemstillinger manifesterer seg tydelig i tilknytning til selvmordsproblematikk. Av NOU 2011:9 kommer det frem at medmennesker har en sterk etisk forpliktelse til å hjelpe andre ut av selvmordsfare og at dette veier tyngst av alt. *Pliktetikk* setter personen og handlingen i sentrum, hvor pliktangivende handlingsmønstre får forrang uavhengig eventuelle konsekvenser handlingen måtte bringe med seg. Indre plikter finner sin berettigelse fra personen selv mens ytre plikter dikteres av eksempelvis rådende lover og regler (Brichmann, 2005). Motsatt vil *konsekvensetikk* benevne handlinger som moralsk riktige først når de leder til overveiende gode konsekvenser. Handlingsvalg baseres i denne tradisjonen på refleksjoner rundt mulige positive og negative følger av en gitt situasjon, og tenkningen kan mulig kompromittere menneskets egenverd ved å gi den allmenne interesse fortrinn (Sneltvedt, 2005). Beauchamp og Childress (2009) beskriver «beneficence» eller *velgjørighetsprinsippet* som tanken om å redde personer i fare og foreta positive handlinger for å hjelpe andre; prinsippet bygger altså på universelle siktemål om å tilstrebe det gode og forhindre skade eller ondt.

2.6.3. Yrkesetikk

Etter Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere plikter sykepleieren å erkjenne grensene for sin egen kompetanse og å drive sin yrkesutøvelse innenfor disse. Pleieren skal videre *ikke* hjelpe pasienten til selvmord. Respekten for det enkelte menneskes liv og verdighet skal være grunnlaget for en sykepleie som også har omsorg, respekt, barmhjertighet og kunnskap som nøkkelverdier (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Yrkesetiske føringer tilsier at helsearbeidere først og fremst har

ansvar for å bevare liv. Ethiske dilemma oppstår når motsetningsforholdet mellom beskyttelse av liv og kravet om å hjelpe pasienter til å ta selvstendige valg blir tydeliggjort i arbeidet med suicidale. Å respektere beslutninger og samtidig verne om integritet fordrer fortløpende og utfordrende dialog med pasienten (Vråle, 2009).

3.0. Metode

3.1. Metodebegrepet og vanlige forskningsmetoder

Metode er et redskap eller instrument forskeren benytter seg av for å samle inn relevant informasjon for sin undersøkelse. Metoden skal være veileder for innhenting av data og stå i samsvar med studiens hensikt. Bestemte metoder kan være mer formålstjenlige enn andre, og valg av metode skal alltid ha en forskningsmessig begrunnelse. Etter gjennomført studie skal metoden kunne etterprøves og vurderes (Dalland, 2012). Malterud (2003) skriver at ingen forskningsmetode kan drive direkte bevisførsel, men tas i bruk for å sannsynliggjøre et bestemt forhold.

3.1.1. Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode innehar en subjektiv dimensjon og går i dybden på forskningstematikken. Metoden baserer seg på et mindre antall respondenter, multiple variabler og konsentrerer seg om spesifikke miljøer og tidspunkter. Kvalitativ forskning innbefatter arbeid med løse problemstillinger der et gitt fenomen blir utforsket og danner grunnlag for en teori (Olsson og Sørensen, 2003). Hovedtrekk ved kvalitativ metode er å få frem det særegne, det unike, og siktemålet er å utarbeide forståelse for et konkret tema der forskeren har hatt direkte kontakt med undersøkelsesobjektene (Dalland, 2012). Slike studier benytter narrative forklaringsmodeller og bunner i en induktiv tankegang (Polit og Beck, 2012). Den kvalitative metodologi egner seg til å utforske menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker og generelt til å forstå menneskelig adferd (Malterud, 2003). Metoden er av den grunn utgangspunkt for forskningsartiklene i denne oppgaven.

3.1.2. Kvantitativ metode

Metodevariant av *kvantitativ* type kjennetegnes av objektivitet, målbarhet og bredde i undersøkelsesområdet. En kvantitativ studie er en strukturert strategi som søker å teste en predefinert hypotese. Resultatene fra slike studier er av generell karakter og har klare, valide og reliable variabler (Olsson og Sørensen, 2003). Dalland (2012) skriver at kvantitativ forskning

defineres av av presisjon, nøytralitet, distanse til det aktuelle feltet og at den tilstreber å være deskriptiv. Kvantitativ forskning benytter seg av numeriske verdier og en deduktiv tenkemåte (Polit og Beck, 2012).

3.1.3. Grounded Theory

Grounded Theory defineres av Polit og Beck (2012) som en fremgangsmåte for å innsamle og analysere kvalitativ informasjon med den hensikt å utvikle teorier som baseres på observasjoner fra den virkelige verden. Metoden bruker åpne forskningsspørsmål og få forutinntatte meninger om emnet som utforskes, da siktemålet er å oppdage og ikke verifisere en teori (Olsson og Sörensen, 2003). Teorier som oppdages gjennom *Grounded Theory* stammer direkte fra deltakernes opplevelser, og forskningen søker å utvikle koblinger mellom ulike konsepter i hvert studie (Streubert Speziale og Carpenter, 2011). To av denne oppgavens forskningsartikler er utarbeidet med basis i denne metoden.

3.1.4. Litteraturstudie

En litteraturstudie er ifølge Polit og Beck (2012) en kritisk gjennomgang av av forskning på et interesseområde og kontekstualisering av et særskilt forskningsproblem. Ved å systematisk analysere eksisterende litteratur vil en ta i bruk og vurdere allerede etablert kunnskap om et emne for å belyse en problemstilling (Glasdam, 2011). Bruk av forskningskunnskap vil sette helsearbeideren i bedre stand til å møte krav som stilles i ulike praksisfelt ut fra påviste, evidensbaserte resultater (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

For å kunne gjennomføre en *systematisk* litteraturstudie må det eksistere et kvalitetssikret utvalg forskning som kan lede til overveielser og konklusjoner (Forsberg og Wengström, 2008). Litteraturstudien skal i seg selv være en metodisk undersøkelse som skal summere de nyeste mest relevante funnene tilgjengelige (Polit og Beck, 2012). Foreliggende bacheloroppgave kommer under kategorien systematisk litteraturstudie.

Hovedstyrken til litteraturstudier er at de gir tilgang på en stor mengde kunnskap på kort tid og at kildene her lett tilgjengelige. Studiene er synteser av svært mye informasjon gjennom ulike former for forskning som kan brukes til å finne svar på aktuelle problemstillinger (Forsberg og Wengström, 2008). Svakheter ved litteraturstudier vil være at de tar for seg eldre litteratur og at de avhenger av sekundærkilder og fortolkningsbetingelser (Dalland, 2012).

3.2. Forskningsetiske hensyn

Helsinkideklarasjonen fra 1964 slår fast at enhver som arbeider med medisinsk forskning skal prioritere undersøkelsesobjektets verdighet, integritet og samtykke. Helseforskning skal inneholde forskningsprotokoller der etiske betraktninger skal beskrives og godkjennes av uavhengige forskningskomitéer (World Medical Association, 2008). Forskningens mål er å etablere ny kunnskap og forståelse etter prinsipielle retningslinjer uten at dette kommer på bekostning av enkeltindividers velferd. En skal da vise varsomhet med hensyn til anonymisering, sensitive opplysninger og taushetsplikt (Dalland, 2012).

I tråd med dette og Høgskolen HSHs anvisninger vil denne litteraturstudien inneholde pålitelige, kvalitetssikrede studier og være forankret i egne betraktninger. Siden oppgaven i stor grad handler om krevende emosjonelle aspekter innen sykepleie er det særlig nødvendig å ivareta de etiske prinsippene som ligger til grunn for den anvendte forskningen.

3.3. Litteratursøk

Forsberg og Wengström (2008) skriver at fremgangsmåte for søk etter og utvalg av forskningslitteratur handler om å identifisere, kritisk vurdere og analysere de artiklene som viser seg å være relevante for en problemstilling. Litteratursøkets mål var å finne kvalitetssikrede publikasjoner for å kaste lys på ovennevnte problemstilling. Søkeord som «suicidal patients», «suicidal behavior», «nursing care» og «suicidal ideation» ble anvendt. Andre nøkkelord av betydning for problemformuleringen som «competence», «mental health», «understanding», «existential» og «relationship» syntes også hensiktsmessige i litteratursøkeprosessen. Ordkombinasjoner og trunkering ble benyttet, eksempelvis «nurs*.»

Flere adekvate søk ble gjort i søkemotoren Cinahl, som er anbefalt av Høgskolen som særlig god ressurs for kvalitativ forskning. Andre vitenskapelige, bibliografiske søkebasen som PubMed og SveMed ble også benyttet på basis av god erfaring med disse. Vedlagt tabell 8.1. viser hvordan søkekombinasjonene som ble brukt i søkeprosessen resulterte i funnene av forskningslitteraturen anvendt i oppgaven.

For å lokalisere aktuell forskningslitteratur som kunne benyttes til å svare på problemstillingen ble

databasenes avgrensningmuligheter brukt. Søk ble moderert til å omfatte artikler i fulltekst fra akademiske journaler med tilgjengelige abstrakter, utgitt i årspennet 2002 til 2012 av hensyn til ønske om å benytte mest mulig oppdaterte forskningsresultater. I starten ble et basissøk med ordene «suicide» og «nurs*» utført i Cinahl for å få et bilde av tilfanget av litteratur om grunntema for oppgaven. Antall treff viste 320, noe som antydte at nyere forskning om selvmord og sykepleie etter de angitte parametrene er av en brukbar kvantitet.

Samtlige potensielle forskningsartikler til bruk ble vurdert etter hvorvidt etiske komitéer hadde godkjent forskningen, og med forbehold om konfidensialitet, frivillighet og anonymitet ble imøtesett. Artikkene skulle fortrinnsvis være fagfelleverderte, og en totalvurdering av artiklenes validitet og reliabilitet ble brukt som inklusjons-og eksklusjonskriterium. Aktuell pensumlitteratur ble anvendt sammen med øvrig støttelitteratur om selvmordstematikk som ble funnet på biblioteket på Høgskolen HSH gjennom søk med ovennevnte søkeord i emneportalen BIBSYS. Andre kanaler var Google-Books, bokhandlere på Internett og Haugesund Folkebibliotek. Offentlige dokumenter i elektronisk versjon ble funnet ved manuelle internettsøk.

3.4. Kildekritikk

Kildekritikk har som formål å redegjøre for og vurdere den utvalgte forskningsinformasjonens relevans og gyldighet med tanke på belysning av oppgavens problemstilling (Dalland, 2012). Forfatteren peker på at hensikten er å forklare hvorfor valgt litteratur er tatt i bruk. Ifølge Polit og Beck (2012) betyr kildekritikk at forskningens verdi objektivt skal vurderes ved å analysere eventuelle styrker og svakheter. Begrunnelse for valg av artiklene og vurderinger av hver av dem finnes i oppgavens vedleggsdel. Bruk av litteratur ikke eldre enn ti år har vært en hovedregel. Bøkene av Durkheim (1897) og Paterson med Zderad (1988) er inkludert på grunn av innholdets fagmessige anerkjennelse og innflytelse samt relevans for oppgaven. Sistnevnte er valgt spesifikt på grunn av det eksistensialistisk-humanistiske sykepleieteoretiske elementet som synes nært knyttet til oppgavens kjerne.

Sykepleierne i artiklene som er valgt betegnes som «psychiatric nurses» eller «psykiatriske sykepleiere.» Avgjørelsen om å bruke artiklene begrunnes med funnenes overføringsverdi til alle sykepleiere som arbeider i psykiatrien og med basis i tallrike egne erfaringer som sykepleiestudent og assistent på psykiatrisk avdeling.

4.0. Presentasjon av funn fra forskningsartikler

Nærmere beskrivelse av forskningsartiklene finnes vedlagt i oppgavens del 8.2.

4.1. Artikkel 1

Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter av Vatne (2006).

Hovedfunnene deles i tre ledd : 1. *Ansaret som etisk holdning*. Sykepleierne i studien gir uttrykk for at forhindring av selvmord i hovedsak er et etisk anliggende. Pleiere kan hindres i sitt arbeid med pasienten på grunn av byrden den følelsesmessige involveringen denne typen arbeid kan innebære. 2. *Kunnskap forplikter til handling*. Dette momentet kaster lys på at sykepleieren i sin relasjon med pasienten må legge vekt på hva som må til få at pasienten skal oppleve vilje til å leve. Teoretisk kunnskap støtter pleiere i sitt arbeid med suicidale og kan også videreføres til pasienten for å øke innsikt i egen situasjon. Forståelse av psykisk smerte og det å gripe øyeblikket til å snakke om selvmordstanker når pasienten viser tillit er ansvarspåliggende. 3. *Pasienten som ansvarlig person*. Til slutt presenteres respondentenes syn på ansvarliggjøring av pasienten som en viktig felles holdning. Pasientens autonomi og konsekvenser av hans intensjon ses på som etiske overveiellesmomenter i sykepleierens arbeid.

4.2. Artikkel 2

Psychiatric nurses' response to suicidal inpatients : Struggling with self and sufferer av Gilje, Talseth & Norberg (2005).

Undersøkelsen antyder at sykepleie i denne settingen dreier seg om å dele tanker om eksistensielle spørsmål, å skille mellom en selv og den lidende og at det er nødvendig at pleieren har en indre samtale om temaer den selvmordstruede pasienten presenterer. Pleiere fra studien forteller at arbeidet med selvmordstematikk overfører tanker om lidelse og eksistensielle spørsmål over på pleieren selv. At pleieren selv har tanker om livets mening har dermed betydningsfulle konsekvenser for pleie-pasientforholdet. Sykepleiere må være resolute i sin overbevisning om livets verdi samtidig som at pasientens eget ansvar må gjøres tydelig. Videre understreker forskerne at terapeutisk bruk av seg selv og egne livserfaringer vil kunne sette sykepleieren i beredskap til å nærme seg den suicidale.

4.3. Artikkel 3

A theory for the nursing care of patients at risk of suicide av Sun, Long, Boore & Tsao (2006).

Funnene deles i grupperinger som utgjør en modell for sykepleie til selvmordsnære pasienter. Selvmordstankenes årsak defineres av mangelfull mestring og et spekter av smertefulle erfaringer. Sykepleiere må forsøke å forstå bakgrunnen til selvmordsadferden hos den enkelte. Et beskyttende miljø er en betingelse for vern av personer med selvmordskrise, men kan komme i motsetningsforhold til pasientens autonomi. Å være tilstede for pasienten innebærer å «være der» i sin menneskelighet, både fysisk og emosjonelt. Dette kan lede til muligheter for terapeutisk samvær med pasienten dersom han gis tid og rom til å uttrykke sin smerte. Sykepleierens faglige evner, tidsbegrensninger og holdninger har avgjørende betydning for pleien som ytes.

4.4. Artikkel 4

The Inner Door : Toward an understanding of suicidal patients av Tzeng, Yang, Tzeng, Ma & Chen (2010).

Metaforen om en «indre dør» hos sykepleieren blir brukt for å skildre hvordan pleierens motivasjon og følelser kommer til skue i møte med den suicidale. Ved å være emosjonelt forberedt vil pleieren åpne sin «indre dør» og kunne nærme seg pasientens indre verden og dermed bedre forstå både pasienten og seg selv. Barrierer som stempling og negative holdninger komme i veien for pleierens omsorgsevne. Studien slår fast at det kan være gunstig å reflektere over egne livserfaringer og lytte til pasientens livshistorier for å komme i en god posisjon i pleier-pasientrelasjonen. Virkningsfull sykepleie i forbindelse med selvmordsadferd kan oppnås dersom pleieren åpner sin «indre dør» og venter tålmodig til den suicidale velger å åpne sin. Å åpne og stenge denne figurative døren betraktes av forskerne som en dynamisk prosess.

4.5. Artikkel 5

Reconnecting the Person With Humanity : How Psychiatric Nurses Work With Suicidal People av Cutcliffe, Stevenson, Jackson & Smith (2007).

Funnene indikerer en sammenfattet teori for tilnærming til selvmordstruede der hovedtemaet kan

gjengis som «å gjenskape kontakt med menneskeligheten.» Gjennom intervjuer med pasienter kom det frem at et tredelt forløp kan hjelpe bedringsprosessen : 1. Sykepleiere må forsøke å fremstå som «representanter» for eller en gjenspeiling av menneskeheten overfor pasienten gjennom varm pleierettet menneske-til-menneskekontakt. 2. Sykepleieren opptrer som en «guide» for å vende pasientens gradvis tilbake til andre mennesker. Den mellommenneskelige relasjonen mellom pleier og pasient har i denne fasen funnet form og styrkes ved at pleieren underbygger pasientens innsikt og forståelse. 3. Pasienten ser sin selvmordsadferd i helhetlig perspektiv, og kommer i posisjon til å engasjere seg og gjenoppta kontakt med sine medmennesker.

4.6. Artikkel 6

Finally it became too much : Experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide av Vatne og Nåden (2012).

Suicidalitet beskrives av tidligere selvmordstruede som et resultat av å ha mistet kontakten med omverdenen, og de bruker ulike metaforer for å illustrere eksistensiell ensomhet. Intervjusubjektene understreker sammenhengen mellom suicidal ideasjon og psykiske forstyrrelser som angst, stemmehøring og i særdeleshet depresjon. Suicidal tankegang kjennetegnes av en eksistensiell kamp mellom liv og død der lidelsen blir for sterk. Selvmordskandidater fremheves å gå gjennom moralske overveielser forut for selvmordsforsøk der hensyn til ansvar for familiemedlemmer står sentralt. Selvmordtanker kan være en forløsning og trøst i seg selv, og frihet og ansvar innebærer intern konflikt. Flere informanter ønsker endring i holdninger til psykisk sykdom i samfunnet. Forhold som skam og skyldfølelse ses i sammenheng med eksistensiell smerte, og flere av informantene meddeler at de ikke uten videre er glade for at selvmordsforsøk har mislyktes.

5.0. Diskusjon

5.1. Sykepleierens profesjonelle posisjon

Som sett opptrer sykepleieren som fagperson og profesjonell i møtet med suicidale pasienter, der muligheten for dødelig utfall kan sidestilles med livstruende tilstander ved alvorlig sykdom. Pleieren har her færre håndgripelige støttepunkter enn hva pleiere i øvrige kontekster gjerne har, og rolleforståelse som sykepleier vil dermed være mer sammensatt i denne sammenhengen. Kompetanse og ansvar henger tett sammen, og som Hem (2009) sier vil det fra en pasients side naturlig oppstå forventninger til sykepleierens profesjonelle rolle. Pleieren må også imøtekomme

profesjonelle faglige krav som Lindström (2003) hevder, slik at en virksom relasjon kan oppstå. Kompetansebegrepet må her legges vekt slik Skau (2005) beskriver det med betydningen av teoretisk kunnskap som en av betingelsene for profesjonell kompetanse.

Den teoretiske kompetansen med solid kunnskap om og forståelse av selvmord som egenartet fenomen er avgjørende for opprettelse av meningsbærende relasjoner til sårbare, selvmordsnære pasienter. Kunnskaper om psykologiske prosesser bak selvmordsadferd er dermed et av kriteriene for at sykepleiere skal klare å oppnå god pasientkontakt. Vitenskapelige holdepunkter er grunnvollene for profesjonsvirksomhet, slik Grimen (2008) påpeker, og kan medbringe klarhet, oversikt og trygghet. For eksempel tolkes selvmord av pleiere i Vatne (2006) sin studie som et *symptom* på utålelig psykisk smerte. Faglig kunnskap forplikter til handling og befester ansvar antydes det i studien. Teoretiske kunnskaper vises altså å ha stor påvirkning på sykepleieres oppfatning av ansvaret for å avverge selvmord. Dette kan knyttes direkte til kunnskapers betydning for både handlingskompetanse og juridiske påbud om faglig forsvarlig sykepleie, jfr. punkt 2.4.2. Fra funnene i undersøkelsen kommer det også frem at kunnskaper om psykologiske begreper støtter sykepleiere både til å forstå egne reaksjonsmønstre og til makte å ta inn over seg prøvelsen dette arbeidet innebærer.

Vatnes (2006) forskningsstudie viser at faglige innsikter også kan meddeles til pasienten slik at også han kan oppnå kunnskaper for psykologiske årsaksforhold bak selvmordstankegang. Med dette kan pasienten tilegne seg et forståelsesgrunnlag basert på hva vi vet om det som skjer med mennesker i en selvmordsprosess. En slik overføring av kunnskaper forutsetter imidlertid at pasienten er mottakelig for denne informasjonen, noe som kan vanskeliggjøres av ulike psykopatologiske symptomatikk, og at den formidles på en klar og entydig måte som verken krenker eller objektifiserer pasienten. I samme undersøkelse slås det også fast at faglig veiledning kan bidra til verdiavklaringer og bearbeidelse av vanskelige følelser og erfaringer.

Ukomfortable følelser, usikkerhet og sviktende handlingskompetanse vil ofte prege pleieres møte med suicidale. Det kan tenkes at multidisiplinær kunnskap- og erfaringsutveksling personal imellom vil kunne avhjelpe dette og således stryke den individuelle profesjonelle kompetanse. En av sykepleierne fra Sun et al. (2006) studie forklarer det slik : «*I haven't enough knowledge. Sometimes when we come across obstacles or difficulties that we don't know how to solve we need someone to help us. Nurses need more education.*» Forhold som avmaktsfølelse hos pleiere og knapphet på tid fremstilles i denne studien som hindre for opprettelse av terapeutiske relasjoner til pasienter i selvmordskrise, noe som overlapper tilsvarende funn fra Tzeng et al. (2010).

Ifølge Kristoffersen (2005) inngår erfaringskunnskap som del av utviklingen av sykepleiekompetanse. Egen erfaring viser at det kan reises tvil om faglige lærdommers nytteverdi i møte med suicidale, der en står ansikt til ansikt med kompleks og ofte dramatisk lidelse som kan tilsidesette faglig-kritiske fremgangsmåter. Som Tzeng et al. (2010) fant i sin studie innså flere sykepleiere at lærebøker ofte er for lite fleksible og gir få klare holdepunkter i let etter årsaksforklaringer og metoder for tilnærming til suicidale. Selv om møtet med suicidale innehar slik tvetydighet må hjelperen etter mitt syn besitte kunnskaper om selvmordsforløp og biokjemiske mekanismer for å være velinformert nok til å bevege seg mot pasientens tankesett slik at påstander kan begrunnes og at relasjonen kan ha et faglig fruktbart grunnlag. Pasienter vil dessuten ha forventninger til faglig styrke hos en sykepleier. Faglige kunnskaper vil også være sentrale bestanddeler i det Paterson og Zderad (1988) omtaler som hele den menneskelige bredde av erfaringer, vurderinger og innsikter en sykepleier skal møte sine pasienter med. «*Man is a knowing place*» poengterer forfatterne. Sun et al. (2006), Cutcliffe et al. (2007) og Vatne og Nåden (2012) sine funn viser alle til den sentrale betydningen av gode kommunikative evner som sykepleiefaglig egenskap eller yrkesspesifikk kompetanse slik Skau (2005) omtaler det. Her vil evner som å lytte, søke samarbeid og vise respekt legge premissene for en faglig god relasjon til suicidale (jfr. punkt 2.5.1).

Funn fra Gilje et al. (2005) indikerer at det sykepleieprofesjonelt handler om å ha kontroll på situasjonen i arbeid med selvmordsnære, å være i stand til å innta en profesjonell holdning og å evaluere om pleien en yter virkelig er til hjelp for pasienten. Profesjonell holdning kan imidlertid påvirkes av mulige motforestillinger pleiere har mot suicidale som utfordrer deres ekspertise slik det fremgår av Tzeng et al. (2010) sine funn; ifølge Sun et al. (2006) og en annen studie (Carmona-Navarro og Pichardo-Martinez, 2012) kan forutinntatte idéer og moralske fordommer få negative konsekvenser for hvordan faglig sykepleie utføres og mottas av pasientene. Slike forhold vil representere faren for at enkelte pleiere inntar en profesjonell distanse som kan svekke pleier-pasientrelasjonen og true den faglige forsvarlighet det stilles krav til. Gilje et al. (2005) viser at distanse bidrar til avstandstakelse og tap av fokus på pasienten, mens Vatnes (2006) forskning antyder at avtakende profesjonell distanse kan lede til overbeskyttelse av pasienten. Å opprette likevekt i dikotomien nærhet og distanse er følgelig her en krevende faglig vurderingsoppgave. Sykepleieren skal på den ene siden ikke miste kontakt med pasienten og på den andre siden heller ikke gjøre pasienten avhengig av seg.

Som det fremkommer i Vatne og Nådens (2012) forskning vil suicidalitet ha flere forskjellige

uttrykksformer som helsepersonell må kjenne til for å nå kontakt med suicidale før pasientene skaper en barriere som blir for stor og adgang til pasientens tankeverden da umuliggjøres. Forskerne understreker behovet for større kunnskaper om suicidalitetens særegne språk. Her ser vi at «entrapment»-beskrivelsen samsvarer med respondentenes følelse av å være «fanget under isen», «å være omgitt av en «svart tåke», «trang boble» eller «eske.» Å se sammenhenger mellom slik billedbruk og etablert fagkunnskap vil trolig understøtte og berike sykepleierens forståelse av suicidalitet som tilstand. De intervjuede i denne undersøkelsen etterlyser endringer i holdninger til og bedre kunnskaper om psykisk sykdom på samfunnsnivå. Dette kan tenkes også å ha betydning for at profesjonell, faglig vilje kan rettes mot å ta problemer som selvmordsideasjon på alvor.

5.2. Ethiske overveielser

Etter Vråle (2009) ser vi at arbeid med menneskers frie vilje til å foreta valg mellom liv og død må ta hensyn til faglige, etiske og lovfestede styringer som alle står i et innbyrdes gjensidig avhengighetsforhold. Sykepleiere må reflektere rundt hva ansvar og fri handlingsvilje betyr for den suicidale, og også rundt etiske problemer og begrensninger for eget ansvar i pleier-pasientrelasjonen. Egne erfaringer fra praksis har vist at suicidale pasienter uansett psykiatrisk diagnose gjennomgår overveielser angående livets verdi og mening. Vatne og Nådens (2012) funn peker i samme retning da informantene i studien fremhever at selvmordstanker er forbundet med vanskelige personlige moralske konflikter, og at selvmordet ikke på noen måte anses å være en enkel løsning eller beslutning å komme til.

I Vatne (2006) sin forskningartikkel rapporteres det at sykepleierne ser på ansvar som en etisk holdning. Funnene viser at pleierne i studien i hovedsak argumenterer for at det å hindre selvmord er basert på etisk bevissthet om livets ukrenkelighet og menneskers verdighet, slik det også stadfestes i Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere, jfr. 2.6.3. Likefullt hevder pleierne i studien at ansvaret oppleves som følelsesmessig tyngende og at dette har betydelig innvirkning på det terapeutiske relasjonsarbeidet. En pleier i studien forklarer at smerten som blir overført på pleierne er umulig å holde ut. I Gilje et al. (2005) påpeker en av de intervjuede pleierne at «*everybody is responsible for themselves, but as a nurse I am responsible for the patient. How far I can go and when I cross the boundary is very, very difficult...*». Dette reflekterer hvor krevende de etiske dimensjonene i sykepleierrelasjonen til suicidale er. Fra opplysningene i artiklene kan det argumenteres at sykepleiere gjerne pålegger seg et for stort ansvar, kanskje fordi hensynet til velgjørenhetsprinsippet veier tungt for alt helsepersonell; pleiere vil det gode og hjelpe dem som står i fare. Samtidig hevder pleiere fra begge de nevnte forskningsartiklene at ansvaret for eget liv i

siste instans faller på pasienten selv, og at det er sykepleierens oppgave å gjøre pasienten oppmerksom på dette. Dette poengteres i et sitat fra Vatne (2006) der pleiere bekrefter overfor pasientene at «*hvis du bestemmer deg for å ta livet ditt, på tross av alle hindringer vi prøver å legge inn, så kan du det.*» Sykepleiere møter altså suicidale i skjæringspunktet mellom den enkeltes handlingsfrihet og hensynet til etiske anvisninger om ivaretagelse av livets egenverdi.

Dette leder til tanken om autonomi som etisk korrektiv i arbeid med suicidale pasienter. Spørsmålet blir her hvordan sykepleiere skal relatere seg til suicidale pasienter som i likhet med alle andre pasienter har rettslig krav på selvbestemmelse og «fri handling» jfr. 2.6.1. Det blir for eksempel feil å direkte motsi pasienten, slik det ble funnet i Tzang et al. (2010), og insistere på grunner til å leve. Likevel mener en av sykepleierne i Gilje et al. (2005) at pleiere må være klare på at selvmordet *ikke* er en løsning. Ifølge Vråle (2009) må en respektfull dialog derfor finne sted i pleier-pasientfellesskapet. Som det kommer frem i en artikkel i Suicidologi «Selvmordshindring: Barbari eller barmhjertighet?» kan autonomiprinsippet og tanken om ukrenkelighet berettigede argumenter mot det å hindre selvmord, samtidig som det hersker enighet om at velgjørenhet og paternalisme her overveier autonomi (Haukø, 2002). NOU 2011:9 slår også fast at det av og til vil bli nødvendig å handle mot personens vilje for å verne om livet som den største gode.

Trolig kan lovverket gi tydeligere retningslinjer for sykepleieres innstilling til problemet. Av lovene omtalt i teori-delen kan en tolke det slik at mennesker som vurderes å vite sitt eget beste har rett til selvbestemmelse, mens mennesker som ikke anses å vite sitt eget beste har vi plikt til å beskytte mot seg selv. I Sosial- og Helsedirektoratets (2008) retningslinjer slås det fast at det er leger og psykologer som har kvalifikasjon til og ansvar for å vurdere helhetlig om det ligger alvorlig psykisk lidelse bak selvmordsadferd. Disse gruppene vurderer så etter loven jfr. 2.2.1. om tvang er aktuelt. Dette innebærer en nødvendig bruk av *hard* paternalisme idet sykdommer som psykoser og kliniske depresjoner svekker evnen til å begrunne egne handlingsvalg. Det er imidlertid slik at sykepleiere er de som tilbringer mest tid med pasientene og hyppigst danner sterkest relasjonsbånd til dem. Sun et al. (2006) fant at beskyttelse av suicidale kommer i opposisjon til både autonomi og integritet. Pleiere kan da oppleve at relasjonen til pasienten kan bli skadelidende på grunn av tvangsvedtak. Egen erfaring med dette tilsier at suicidale pasienter kan vise mistillit og forverring av tilstand når handlingsrommet deres blir innskrenket. Det blir i slike tilfeller nødvendig å tilpasse grundig informasjon om hvorfor bruk av tvang er vedtatt.

Fra definisjonene i 2.6.2. kan det utledes at både plikten til beskyttelse og rettigheter som autonomi følger av pliktetikken. Helsemyndighetene vurderer for eksempel pliktetisk om psykiatriske

institusjoner har fulgt de lovene de er pålagt, uavhengig av konsekvensene av å gjøre dette. Siden konsekvensetikken handler om hva man skal gjøre ut fra summen av gode og dårlige konsekvenser, vil sykepleiere ofte vurdere konsekvensetisk at ved bruk av tvang så risikerer man å bryte med alliansen med pasienten som behandlingen er avhengig av. Konsekvenser for eventuelle etterlatte må for øvrig også være del av helhetsvurderingen. Dilemmaer vil oppstå dersom sykepleiere og behandlere unnlater å gjennomføre nødvendig tvang fordi de da får kritikk av Helsetilsynet og samfunnet dersom pasienten tar sitt eget liv, samtidig som en ser at bruken av tvang vil kunne ødelegge muligheten til å fortsatt ha en virksom relasjon til pasienten.

5.3. Å se den selvmordsnære

For å nå en relasjon som vil oppleves som meningsfull for en selvmordstruet pasient kreves det av sykepleieren at hun forsøker å forstå ham der han befinner seg. Pasienten omtalt i oppgavens innledning ga sterkt uttrykk for ønsket om noen forsøkte å se tilstanden av fortvilelse og håpløshet. I Vatne og Nådens (2012) artikkel mener flere informanter at selvmordsnære lengter nettopp etter at noen er i stand til å se, høre og forstå dem. Artikkelen formidler at mennesker opplever eksistensiell ensomhet når de føler seg separat fra andre, og at håpløshet, skam og skyld er uttrykk for eksistensiell smerte. Etter 2.3.1. ser en at eksistensialisme legger vekt på den eksistensielle angsten som frihet og ansvar for handling fører med seg. Når en pasient vurderer å ta sitt eget liv er det naturlig å tenke seg at denne eksistensielle angsten og smerten vil være gjennomgripende og spille en dominerende rolle i pasientens tanker som sykepleier må ta stilling til.

Det er nærliggende å tenke seg at også sykepleieren gjennomgår en liknende prosess i relasjonsarbeidet med selvmordsnære pasienter. Møtet med lidelse og dødens nærhet vil tvinge frem eksistensielle spørsmål hos pleieren. Dette demonstreres i Gilje et al. (2005) der en pleier beskriver møtet med suicidale slik : *«I myself have to go through my own desire to live or not to live... we never do this once and for all. My own attitude about life is activated every time I meet a suicidal patient.»* Utsagnet finner sin parallell i Paterson og Zderads (1988) påstand om at hvert pasientmøte er en eksistensiell erfaring for sykepleieren der felles opplevelser vil yte tosidig påvirkning. Dette betegnes som en «intersubjektiv transaksjon» mellom pleier og pasient. Tolkere og forfatterne vil sykepleien innebære at to mennesker er villige til å gå inn i en eksistensiell relasjon med hverandre. Etter min mening vil dette være det springende punkt i relasjonen til den suicidale; når pasienten åpner seg om eksistensielle spørsmål vil pleieren kunne nå helt frem til ham og hans dypereliggende behov. I Hummelvoll (2012) hevdes det etter den eksistensielle tilnæringsmodell at pasienten må møtes *her-og-nå*, og Paterson og Zderad (1988) mener at pasienten må møtes *i-sin-situasjon*. Dette

betyr at pasienten må nås helhetlig som et enestående medmenneske som han «er» i sin umiddelbare situasjon. Sykepleieren må bruke seg selv som eksistensielt erkjennende subjekt for å møte pasienten i sitt eksistensielle selvoppgjør; et ekte «jeg» må vokse frem for et unikt «du.» Dette legger grunnlaget for en autentisk, oppriktig og «aktiv» tilstedeværelse i pasientrelasjonen, slik Paterson og Zderad (1988) mener at humanistisk sykepleie utøves.

En sykepleier må altså være selvbevisst og ha evne til selvrefleksjon for å nå en genuin relasjon til den suicidale. Gilje et al. (2005) sine funn peker på at evnen til å forstå pasientens tenkemåte avhenger av at pleieren har en løpende indre forsonende dialog om lidelse. Sykepleiere i studien oppfatter fortvilelse som en virkelig, «bunnløs» tilstand og understreker at pleiere må anerkjenne pasientenes vilje til å dø selv om dette kan være vanskelig å forstå. Videre kommer det frem i denne forskningen at arbeid med suicidale handler om å dele den eksistensielle fortvilelsen med pasienten. En pleier utdyper et møte slik : «*(the patient) trusted that she could talk about her blackest, deepest experience. I think she trusted because she was encouraged to talk about the black experiences and her behavior was accepted.*» Fra dette ser en at pasienten må ha tillit til sykepleieren og oppfordres til å meddele sine innerste vonde følelser slik at eksistensielle spørsmål kan prates åpent om. Både i Gilje et al. (2005) og Tzeng et al. (2010) kommer det frem at pasientens vonde følelser kan forstås i lys av pleierens egne utfordrende livshistorier. Ifølge sistnevnte studie kan refleksjoner rundt kriser eller vanskeligheter pleieren selv har opplevd bidra til å åpne pleierens «indre dør» for å få tilgang til pasientens tankeverden. Dette kan etter studien også oppnås dersom pleieren trekker lærdom fra pasientens livshistorie, en tanke som deles av Vråle (2009), jfr. 2.5.2. Evne til selvrefleksjon vil derimot være avhengig av at pleieren har en velutviklet personlig kompetanse. Faktorer som alder, erfaring, bakgrunn, og holdninger spiller også avgjørende roller når det gjelder anlegg for selvrefleksivitet. På psykoseposten opplevdes det flere ganger at pasientene stengte seg følelsesmessig for pleiere som var unge, uerfarne eller ikke åpnet sin «indre dør» og sendte signaler om usikkerhet og frykt for å nærme seg vanskelige følelser. Det må understrekes at en pleier må ivareta egen identitet og at hun kan skape en god relasjon uten nødvendigvis å knytte seg personlig nært til pasientens tanker.

Det er viktig at sykepleieren ser pasienten i et bredt perspektiv. Som sett vil suicidale føle seg avskåret fra omverdenen slik det beskrives i Vatne og Nåden (2012) eller at de har mistet kontakten med det menneskelige slik det fremgår av Cutcliffe et al. (2007). De vil da i eksistensialistisk forstand tenkelig leve uekte og fremmedgjort, jfr 2.3.1. Av og til uttaler pasienter ved psykoseposten at ønsker å «forsvinne» fra sine forpliktelser og livsvilkår. Dette korresponderer med Durkheims (1978) fremstilling av selvmordet som en følge av brudd mellom individet og dets sosiale

sammenheng. Cutcliffe et al. (2007) presenterer i sin undersøkelse en teori om at sykepleieren kan henseile et bilde av menneskelighet overfor pasienten gjennom omsorgsfull menneske-til-menneskekontakt. Ifølge teorien kan pleieren så lede pasienten til å se sin eksistensielle krise i vid sammenheng og dermed bringes i posisjon til å gjenoppnå kontakt med menneskeheten. Et sentralt moment her vil være å gjøre pasienten bevisst på hans ansvar og betydning for sine nære, jfr. 2.6.1., Vatne (2006) samt Vatne og Nåden (2012). Erfaringsmessig er det imidlertid slik at mange suicidale har få relasjoner eller utenom kontakten med helsevesenet. Tilbaketrekning fra det rent menneskelige vil sannsynligvis forsterke eksistensiell smerte og ensomhet, og mange vil dessuten avslå kontakt også med helsepersonell. Dette understreker betydningen av Cutcliffe et al. (2007) sin oppfordring om at sykepleieren må forsøke å innta en veilederfunksjon til det som er menneskelig.

6.0. Avslutning

Denne litteraturstudien har sitt utgangspunkt i problemstillingen : *Hvordan kan sykepleiere nå en relasjon til selvmordstruede pasienter på profesjonelt og eksistensielt grunnlag?»* Det viser seg at emnet er svært komplekst og at det er vanskelig å gi konkrete, entydige svar. Forskning og litteratur viser likevel til flere sentrale forhold som en sykepleier må ha kjennskap til for å nærme seg en slik relasjon.

Sykepleieren må ha helhetlig profesjonell kompetanse i møtet med suicidale. Pleieren må ha vitenskapelige kunnskaper om selvmord som fenomen og dets uttrykk. Teoretiske psykologiske kunnskaper hjelper sykepleiere å imøtekomme dette krevende relasjonsarbeidet og kan gi pasienten innsikt i sin egen situasjon. Yrkesspesifikk kompetanse som kyndighet i kommunikasjon står sentralt i pasientrelasjonen. Å etablere tillit, vise respekt, tålmodighet og anerkjennelse inngår som momenter i dette. Personlige evner som det å være selvbevisst og selvrefleksiv er avgjørende for å forsøke å forstå pasienten.

Temaet selvmord representerer eksistensielle spørsmål som sykepleieren bevisst må forholde seg til for å nå en autentisk, hjelpende relasjon til pasienten. For å se pasientens eksistensielle smerte må sykepleieren tre inn i en eksistensiell relasjon sammen med ham. Pasienten må møtes som et særskilt individ i sin fortvilede situasjon og gis anledning til å prate åpent om sine dødstanker. Sykepleieren må rette hele sin «væren» og oppmerksomhet mot pasienten. Pleieren kan se til egen livshistorie for å relatere seg til pasientens vonde følelser. Den suicidale må også ses i sin sosiale kontekst og «guides» til å finne mening innenfor det menneskelige. Det er viktig å være klar over etiske, juridiske og faglige føringer når en arbeider med personer i selvmordskriser. Individer som

anses å være psykisk syke og som har selvmordsrisiko må beskyttes, samtidig som dette reiser spørsmål angående autonomi, bruk av tvang og paternalisme, plikter, konsekvenser samt sykepleierens og pasientens eget ansvar.

Takk til min veileder, Gry Bruland Vråle og May Vatne for hjelp på veien og til Espen Terjesen for illustrasjonen på forsiden.

7.0. Litteraturliste

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomechanical Ethics*. (6.utg.). New York : Oxford University Press.

Brinchmann, B. S. (2005). Pliktetikk. I : B. S. Brinchmann. (Red.). *Etikk i sykepleien*. (s. 51-61). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Brown, E. & Granberg, A. (2004). *Hva er et menneske : En innføring i filosofiske spørsmål om menneskets natur*. Bergen : Fagbokforlaget.

Carmona-Navarro, C. & Pichardo-Martinez, C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior : Influence of emotional intelligence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20 (6). Hentet 31.01.2012 fra : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692012000600019&lng=en&nrm=iso&tlng=en
DOI : 10.1590/S0104-11692012000600019

Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2007). Reconnecting the Person with Humanity : How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People. *Crisis* 28 (4): 207–210. Hentet 12.01.2013 fra : <http://psycnet.apa.org.proxy.helsebiblioteket.no/journals/cris/28/4/207.pdf>
DOI : 10.1027/0227-5910.28.4.207

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Durkheim, É. (1978). *Selv mordet*. Oslo : Gyldendal Forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Forlag.

Folkehelseinstituttet. (2011). *Helsetilstanden i Norge: Selvmord og selvmordsforsøk*. Hentet 16.01.2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:70808::1:6043:23::0:0. Sist oppdatert 05.12.2012.

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

Gilje, F., Talseth, A.G. & Norberg, A. (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal inpatients: Struggling with self and sufferer. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12 (5): 519-26. Hentet 08.01.13 fra : <http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=cf6ef255-206f-4033-b384-096c3822957e%40sessionmgr111&hid=127>
DOI : 10.1111/j.1365-2850.2005.00855.x

Glasdam, S. (2011). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I : A. Molander og L.I. Terum. (Red.). *Profesjonsstudier*. (s. 71-86). Oslo : Universitetsforlaget.

Haukø, W. (2002). Selvmordshindring : Barbari eller barmhjertighet? *Suicidologi* 7 (2): 17-19. Hentet 02.02.2013 fra : <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2002/nr2/Hauko.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet 19.01.2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Helsetilsynet. (2011). *Meldesentralen : Meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern (1/2011)*. Oslo : Statens Helsetilsyn. Hentet 12.01.2013 fra : http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport1_2011.pdf

Hem, H. A. (2009). Profesjoner. I : E. Brodtkorb & M. Rugkåsa. (Red.). *Mellom mennesker og*

samfunn : Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene. (2. utg.). (s. 43 – 65). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor : En kritisk gjennomgang. *Sykepleien* 90 (17): 39-44. Hentet 20.01.2013 fra : <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121242/pasientautonomi-som-etisk-rettensnor-en-kritisk-gjennomgang>
DOI : 10.4220/sykepleiens.2002.0048

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkvis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* (7. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Karlsen, R. (2007). Sykepleierstudenters møte med psykiatrisk praksis : Stein i magen. *Sykepleien Forskning* (4): 238-244. Hentet 06.01.13 fra : http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=120748
DOI : 10.4220/sykepleienf.2007.0063

Karlsson, B. (2008). Humanisme og psykiatrisk sykepleie. I : B. Karlsson (Red.). *Se mennesket : Om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie.* (s. 155-176). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005). Sykepleie : Kunnskap og kompetanse. I : N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug. (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1.* (s. 215-256). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I : N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug. (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1.* (137-181). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie : Teorier, verdier og praksis.* Oslo : Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : En innføring.* (2. utg.). Oslo : Universitetsforlaget.

Mark, J., Williams, G., Crane, C., Barnhofer, T. & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal

behavior : Elaborating the entrapment model. I : K. Hawton (Red.). *Prevention and Treatment of Suicidal Behavior : From Science to Practice*. (s. 71 – 89). Oxford : Oxford University Press.

Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie : Ideer – mennesker – muligheter*. (2. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. (3. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Moorhouse, A., Yeo, M. & Rodney, P. (2010). Autonomy. I : M. Yeo, A. Moorhouse, P. Kahn & P. Rodney. (Red.). *Concepts and Cases in Nursing Ethics*. (3. utg.). (s. 143 -207). Ontario : Broadview Press.

Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I : A. Molander og L.I. Terum. (Red.). *Profesjonsstudier*. (s. 367-385). Oslo : Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere : ICNs etiske regler*. Hentet 09.01.13 fra : http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. (2008). Profesjon og paternalisme. I : A. Molander & L.I. Terum. (Red.). *Profesjonsstudier*. (s. 251-261). Oslo : Universitetsforlaget.

NOU 2011: 9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet : 14.3.2. Nærmere om selvmord og selvmordsfare*. Oslo : Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 11.01.2013 fra : <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/15/3/2.html?id=647796>

Olsson H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen : Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 20.01.2013 fra : <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#2-5>

Paterson, J.G. & Zderad, L.T. (1988). *Humanistic Nursing*. New York : National League of Nursing.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9. utg.). Philadelphia : Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62. Hentet 21.01.2013 fra : <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html>

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker : Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen : Fagbokforlaget.

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser : Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (3.utg.) Oslo : Cappelen Akademisk.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken : Sinn – kropp – samfunn*. Oslo : Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2005). Konsekvensetikk. I : B. S. Brinchmann. *Etikk i sykepleien*. (s. 62 – 71). Oslo : Gyldendal Akademisk.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet. Hentet 13.01.2013 fra : <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>

Statistisk Sentralbyrå. (2012). *Selv mord, etter kjønn, alder og døds måte*. Hentet 07.01.2013 fra : http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=08877

Streubert Speziale, H.J. & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing : Advancing the Humanistic Imperative*. (5.utg.). Philadelphia : Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Sun, F., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of

suicide. *Journal of Advanced Nursing* 53 (6): 680-90. Hentet 09.01.13 fra :
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=cf6ef255-206f-4033-b384-096c3822957e%40sessionmgr111&hid=127>
DOI : 10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x

Tzeng, W.-C., Yang, C.-I., Tzeng N.-S., Ma, H.-S. & Chen, L. (2010). The Inner Door : Toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing* 19 (9-10): 1396-1404.
Hentet 10.01.2013 fra :
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=cf6ef255-206f-4033-b384-096c3822957e%40sessionmgr111&hid=127>
DOI : 10.1111/j.1365-2702.2009.03002.x

Van Heeringen, K. (2005). Psychobiological approaches to the predisposition to suicidal behavior : Implications for treatment and prevention. I : K. Hawton. (Red.). *Prevention and Treatment of Suicidal Behavior : From Science to Practice*. (s. 91-106). New York : Oxford University Press.

Vatne, M. (2006). Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 26 (1): 30-5.
Hentet 11.01.13 fra : <http://ezproxy.hsh.no:2071/docview/607002059/fulltextPDF?accountid=28726>

Vatne, M. & Nåden, D. (2012). Finally it became too much : Experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26 (2):304–312.
Hentet 20.01.2013 fra : <http://ezproxy.hsh.no:2052/doi/10.1111/j.1471-6712.2011.00934.x/pdf>
DOI : 10.1111/j.1471-6712.2011.00934.x

Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. (3.utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.

White, T. (2010). *Working With Suicidal Individuals : A Guide to Providing Understanding, Assessment and Support*. London : Jessica Kingsley Publishers.

World Health Organization. (u.å.). *Suicide prevention (SUPRE)*. Hentet 09.01.2013 fra :
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical*

Research Involving Human Subjects. Hentet 07.01 2013 fra
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Aarre, T. F., Bugge, P. & Junklestad, S.I. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen : Fagbokforlaget.

Diktutdraget på forsiden er hentet fra : <http://www.poetryfoundation.org/poem/171275>

8.0. Vedlegg

8.1. Litteratursøk

Søketerm	Søkemotor	Antall treff
Suicide + nurs*	Cinahl	320
Suicidal + nursing care	Cinahl	57
Nursing + suicidal + relationship	Cinahl	32
Nursing + suicidal + existential	Cinahl	1
Suicid* + understanding	Cinahl	131
Nurs* + suicid* + competence	PubMed	90
Selv mord + sykepleie	SweMed	30
Suicidalitet + sykepleie	SweMed	30
Suicidal + nursing care	PsychNet / Helsebiblioteket	4

8.2. Oversikt over forskningsartikler med kildekritikk

Artikkel	Hensikt	Metode	Funn	Kildekritikk
1. Vatne, M. (2006). <u>Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter.</u>	Som tittelen tilsier er artikkelens mål å undersøke psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar når de arbeider med selvmordsnære .	Kvalitativt forskningsintervju av 1 – 1/2 times varighet med fire psykiatriske sykepleiere på psykiatrisk poliklinikk og dag- og døgnavdelinger ble gjennomført. Hermeneutisk erkjennelsestradisjon følges for å	<i>1. Ansvar anses som etisk holdning.</i> - Bevissthet på egne etiske holdninger om livets verdi gjør at sykepleierne ønsket å hindre selvmord. - Relasjonarbeidet medfører tyngende ansvar og følelsesmessig involvering. Distanse og psykologiske kunnskaper ses på som	<u>Begrunnelse for valg</u> : Artikkelen står sentralt i oppgaven da den behandler avgjørende begreper som sykepleiers holdning, ansvar, etikk og kompetanse i møtet med suicidale mennesker.

		<p>oppnå forståelse for det menneskelige uttrykk.</p>	<p>nødvendig.</p> <p><i>2. Kunnskap forplikter til handling.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier må sammen med pasienten ta rede på hva som skal til for at pasienten vil leve. - Sykepleier kan gi pasienten innsikt i hva som skjer rent psykologisk når selvmordsprosessen er kommet langt. - Moralisering og det å ta avstand virker mot sin hensikt mens aktiv lytting og signalisering av respekt legges tyngde. <p><i>3. Pasienten som ansvarlig person.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansvarliggjøring av pasienten som holdning kan gjøre at den utsatte overveier alternativer og ser konsekvenser av sin intensjon. 	<p>Artikkelen er inkludert på grunn av relevans for problemstillingen, at den er fagfellevurdert og på grunnlag av Vård i Nordens autoritet som sykepleievitenskapelig tidsskrift.</p> <p><u>Vurdering :</u> Forskningens reliabilitet kompromitteres ved at artikkelen ikke utdyper om den er godkjent etisk komité. Per mail oppgir forfatteren at forskningen er godkjent av Norsk vitenskapelig samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), og at godkjenning fra Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke var nødvendig. Forfatteren påpeker selv i artikkelen at noen av deltakerne var kjente av forskeren, noe som kan være en svakhet. Studien forklarer ikke hvordan informantene er blitt anonymisert.</p>
2. Gilje, F.,	Å beskrive	Sekundæranalyse	- Å arbeide med	<u>Begrunnelse for</u>

<p>Talseth, A.G. & Nordberg, A. (2005). <u>Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: Struggling with self and sufferer.</u></p>	<p>sykepleieres reaksjon på sucidale pasienter innlagt på psykiatrisk institusjon.</p>	<p>av tidligere kvalitativ studie med 19 sykepleiere som arbeidet på et norsk psykiatrisk sykehus utført av en av forskningsartikkelens forfattere. Narrative intervjuer av informantene var foretatt. Anonymitet ble ivaretatt ved å bruke et kodesystem. Studien er godkjent av femte helseregions etikk-komité ved universitetet i Tromsø.</p>	<p>suicidale meddeles å omfatte evnen til å skille mellom selvet og den lidende. - At pasienten er ansvarlig for seg selv og at sykepleieren er ansvarlig for ham representerer et etisk dilemma. - Sykepleieren må anerkjenne pasientens vilje til liv eller død. - En indre forsonende dialog om lidelse og fortvilelse vil kunne sette pleieren i stand til å forstå egne yrkesverdier og hva begrepene innebærer. - Sykepleieren bør tilsikte å dele eksistensielle spørsmål med pasienten og aktivere sine holdninger til disse i møtet med slike pasienter. - Pleieren må forsøke å finne mening sammen med pasienten slik at håpløshet kan motvirkes.</p>	<p><u>valg</u> : Artikkelen er valgt fordi den forklarer sykepleierens forsøk på å forstå den sucidale pasient, noe som sterkt influerer sykepleierens tilnærming.</p> <p><u>Vurdering</u> : Studien tar i bruk eldre data. Avstand i tid kan tenkes å prege forskningens gyldighet. Oversettelse av originalmaterialet mellom språk kan mulig også prege studiens pålitelighet.</p>
<p>3. Sun, F-K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L.-I. (2004). <u>A Theory for the Nursing Care of Patients at risk of suicide.</u></p>	<p>Å presentere en sykepleieteori rettet mot individer med selvmordstanker og med tidligere selvmordsforsøk.</p>	<p>Systematisk komparativ kvalitativ (Grounded Theory)-metode praktiseres i studien av 15 pasienter med selvmordsrelatert adferd og 15 psykiatriske sykepleiere på fire psykiatriske avdelinger i Taiwan. Observasjoner av pleier-</p>	<p>- Sykepleiere må søke å forstå årsaksforhold bak selvmordsproblematikk. - Selvmordsadferd kan ha bakgrunn i manglende evne til å mestre livet. - Et trygt miljø er viktig men kan komme i konflikt med pasientenes privatliv og begrense autonomi. - Positive resultat kan oppnås gjennom fordomsfrie</p>	<p><u>Begrunnelse for valg</u> : En av to forskningsartikler fra Taiwan, der selvmordforskning - og statistikk er spesielt iøynefallende. Det er innforstått at det finnes sosioøkonomiske og kulturelle forskjeller mellom Norge og Taiwan, men artiklene er valgt på grunn av tanken om at</p>

		<p>pasientinteraksjon ble utført av forskerne, etterfulgt av delvis strukturerte intervjuer av 45-minutters varighet med hver deltaker. Undersøkelsen er godkjent av de tre sykehusene hvor studien foregikk. Konfidensialitet ble opprettholdt ved bruk av kodeidentifisering av deltakerne.</p>	<p>holdninger. - Fordommer blant sykepleiere utgjør barrierer og pasienter kan da stille seg negativt til pleien som ytes. - Evner som kommunikativ kompetanse og empatisk evne samt evne til å fremkalle håp er sentrale sykepleiefaglige egenskaper. - Viktig er også medlidenhetsfull pleie gjennom den terapeutiske relasjon.</p>	<p>møtet mellom sykepleier og den suicidale er av samme art internasjonalt. Likheter er derfor valgt foran forskjeller.</p> <p>Artikkelen er valgt på grunn av interesse for å finne helhetlig teori for tilnærming til suicidale pasienter.</p> <p><u>Vurdering</u> : Studien har sterk troverdighet og gyldighet idet både sykepleiere og pasienter er involvert i undersøkelsen. Forskningen har god validitet idet den frembringer en helhetlig teori for pleie til suicidale, slik forskerne har satt som mål gjennom bruk av Grounded Theory.</p>
<p>4. Tzeng, W.-C., Yang, C.-I., Tzeng, N.-S., Ma, H.-S. & Chen, L. (2010). <u>The inner door : Toward an understanding of suicidal patients.</u></p>	<p>Studien belyser ulike dilemma rundt psykiatriske sykepleieres arbeid med suicidale individer og pleiernes respons til disse pasientene.</p>	<p>To år langt feltarbeid med daglig 6-timers observasjon av 18 psykiatriske sykepleieres erfaringer med suicidale på psykiatriske enheter i Taipei, Taiwan la grunnlag for studiet, sammen med kvalitative 90- 120 minutter</p>	<p>- Å forstå suicidale pasienter fremstilles tematisk og metaforisk som at en «indre dør» må åpnes og lukkes i en dynamisk prosess. - Dersom pleieren åpner denne «indre døren» ved å være følelsesmessig forberedt på å samtale med pasienten, tilbringe tid med ham og lytte, vil en pasient kunne åpne sin «indre</p>	<p><u>Begrunnelse for valg</u> : Artikkelen er valgt på samme grunnlag som artikkel 2. Se over for begrunnelse for valg av ikke-vestlig litteratur.</p> <p><u>Vurdering</u> : Denne studien har sterk kredibilitet ved at den er utført over lengre tid og inkluderer</p>

		<p>lange intervjuer av hver enkelt deltaker. Forskningen er er godkjent etisk komité ved det tilknyttede sykehuset. Forskerne skriver at anonymitet og konfidensialitet ble ivaretatt i hele studiens forløp.</p>	<p>dør» og komme sykepleieren i møte. - Dersom dette ikke skjer vil en pleier kunne oppleve motløshet, avmakt og utmattelse. - Enkelte pasienter kan være lite samarbeidsvillige, manipulative og aggressive. Dette kan lede til at pleiere «stempler» disse pasientene. - Pleiere kan oppnå større forståelse av suicidale ved å reflektere over vonde erfaringer de selv har hatt og trekke lærdom fra pasienten ved å lytte til historier han forteller fra sitt liv. - Å «åpne den indre døren» innebærer bruk av tålmodighet, hensyn til pasientens interesser og å betrakte ham på en oppriktig, menneskelig måte. - Nærmere relasjon mellom pleier og pasient kan styrke pasientens vilje til liv. - Åpning av den «indre døren» kan endre både holdninger og pleier-pasientrelasjonen.</p>	<p>empirisk belegg i form av feltarbeid. (focused ethnography).</p>
<p>5. Cutcliffe, J.R., Steffenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2007). <u>Reconnecting the Person with Humanity : How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People.</u></p>	<p>Å fremskaffe en helhetlig teori om tilnærming til suicidalitet ved å fremme innsikt i psykososiale prosesser bak psykiatriske</p>	<p>Kvalitativ modifisert Grounded Theory ble benyttet i studien med delvis strukturerte 1 -2 timer lange intervjuer med 20 pasienter som hadde begått</p>	<p>Studien presenterer en teori for sykepleiepraksis ved suicidalitet bestående av tre ledd : <i>1. Å speile et bilde av menneskelighet.</i> Informantene oppgir at selvmordstanker inntreder dersom de føler</p>	<p><u>Begrunnelse for valg</u> : Som artikkel 3 gir denne studien en helhetlig teori for hvordan suicidale best skal imøtekommes. Studien gir innsikt i</p>

	<p>sykepleieres arbeid med denne pasientgruppen.</p>	<p>alvorlige selvmordsforsøk. Pasientene var innlagt på psykiatrisk avdeling, var dagpasienter eller fra hjemmetjenesten ulike steder i Storbritannia.</p>	<p>at de har mistet kontakten med det menneskeligheten. Sykepleiere kan vise medmenneskelighet ved å yte varm menneske-til-menneskerettet pleie.</p> <p>- Dette oppnås ved å vise at personen har betydning, at noen ønsker å lytte og forstå uten fordommer.</p> <p>2. <i>Å lede personen tilbake til menneskeligheten.</i></p> <p>- Pleieren fungerer som en «guide» for å gjenoppta kontakt med det menneskelige.</p> <p>- Å skape trygghet i relasjonen og støtte opp under håp er en viktig del av dette.</p> <p>3. Når pasienten har <i>gjenopprettet kontakt med det menneskelige</i> vil sykepleieren kunne hjelpe til å sette selvmordsadferden i perspektiv. Pasienten vil da kunne lære å leve igjen og fremvise endrede tenkemåter.</p>	<p>medmenneskelige sykepleieaspekter og hvordan pasienten står i forhold til sine medmennesker. Artikkelen er også valgt på grunn av John R. Cutcliffes fremtredende posisjon som selvmordsforsker.</p> <p><u>Vurdering</u> : Det kommer ikke klart frem om artikkelen er godkjent av etisk komité. Teorien kunne ha vært grundigere presentert og utdypet med pasientsitater. Studien gir ingen opplysninger om hvordan anonymitet ble overholdt.</p>
<p>6. Vatne, M. & Nåden, D. (2012). <u>Finally it became too much : Experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide.</u></p>	<p>Å undersøke opplevelsene til pasienter som har gjennomgått selvmordskriser eller selvmordsforsøk.</p>	<p>Ti deltakere som hadde vært innlagt på akuttpsykiatrisk eller vært i kontakt med kriseteam etter selvmordsadferd ble intervjuet hver i 90 – 110 minutter. De kvalitative forskningsintervjuene ble basert på en veiledende intervjuguide.</p>	<p>- Å være selvmordstruet beskrives som å miste kontakten med verden, og preges av en overstyrende følelse av håpløshet.</p> <p>- Selvmordstanker ses i sammenheng med vanskelige livshistorier og psykisk sykdom som depresjon, angst og psykoser.</p> <p>- Suicidalitet relateres til eksistensiell smerte</p>	<p><u>Begrunnelse for valg</u> : Artikkelen gir innsikt i hvordan pasienter opplever å være suicidale, og hvordan eksistensielle spørsmål her har klare overtoner. Dette knyttes til sykepleieteoretiske eksistensialistiske perspektiv i oppgaven.</p>

		<p>Undersøkelsen er godkjent av Regionale Komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk vitenskapelig samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).</p>	<p>og eksistensiell ensomhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for familiemedlemmer betraktes som en hovedgrunn til at flere informanter hindres i å begå selvmord. - Selvmordet innehar moralske implikasjoner om ansvar og frihet. - Tanken på selvmord kan ses på som en trøst og hjelp. - Skam og skyld i forbindelse med selvmordsforsøk kan betraktes som eksistensielle konsepter. - Suicidale og psykisk syke lider under samfunnets fordommer og manglende kunnskaper. - Helsepersonell har en utfordring å etablere relasjoner til den selvmordstruede før pasientens barriere mot hjelp blir for stor. 	<p><u>Vurdering</u> :</p> <p>Studien har tatt særlige hensyn til anonymisering av pasientene på grunn av studiens sensitive natur. Studiens generaliserbarhet svekkes av at bare ti respondenter deltok. Det samme forholdet vil gjelde samtlige artikler. Forskningen har høy grad av validitet idet forskerne har svart på spørsmålene som ligger til grunn for studien. Videre er studien særlig verdifull da tidligere pasienter av begge kjønn artikulere sine egne opplevde følelser og erfaringer.</p>
--	--	---	--	---