

Kandidatnummer: 10103

Holdninger til selvskading på operasjonsavdeling - en kvantitativ studie

Prosjektbachelor

HSYK3003 (Fagartikkel)

Kull: H2019

Antall ord: 4676

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2022

Kandidatnummer: 10103

Holdninger til selvskading på operasjonsavdeling - en kvantitativ studie

Prosjektbachelor

HSYK3003 (Fagartikkel)

Kull: H2019

Antall ord: 4676

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag:

Tittel: Holdninger til selvskading på operasjonsavdeling

Innledning og bakgrunn:

Operasjonssykepleiere og kirurger er viktige i møte med pasienter som driver med alvorlig form for selvskading, og kanskje til og med eneste møtet disse pasientene har med helsevesenet. Det viser seg at bare ca. 25% av pasienter som skader seg selv kontakter helsevesenet grunnet skam og stigma (1). Usympatiske holdninger kan hos enkelte helsepersonell oppstå, og disse holdningene kan bidra til vanskeligheter med å vurdere og gi hensiktsmessig omsorg. Det finnes lite nyere forskning på holdninger sykepleiere har til pasienter som selvskader, spesielt holdninger til operasjonssykepleiere, det er derfor oppstått en interesse for mer. Bevisstgjøring rundt egne holdninger, samt mer kunnskap om pasientgruppen har vist å være gunstig i møte med pasienter som skader seg selv.

Metode:

Kvantitativ studie med bruk av spørreskjema. Norsk oversettelse av et spørreskjema utviklet i Australia «*Nurses` attitudes towards clients who self-harm*», forkortet ADShQ. Data ble samlet inn på en kirurgisk operasjonsavdeling, hvor totalt 36 respondenter deltok.

Hovedresultat:

36 av 138 mulige respondenter besvarte spørreskjemaet. 58% mener de selv håndterer pasienter som selvskader effektivt og 69% har en empatisk tilnærming til disse pasientene. Det vil si at majoriteten heller mot positive holdninger til pasienter som skader seg selv.

Konklusjon:

Til tross for at studien viser at majoriteten heller mot positive holdninger, viser studien også at det eksisterer negative holdninger. Disse holdningene kan forklares i bakgrunn av mangel på kunnskap og håndteringsevne noe som sammenfaller med Dunning-Kruger-Effekten og Freuds sin definisjon av motoverføring. Kontinuerlig påfyll av kunnskap, samt bevisstgjøring og refleksjon har vist seg å være gunstig i behandlingen av pasientgruppen.

Abstract:

Title: Attitudes towards self-harm at an operation department

Inroduction/background;

Surgical nurses and surgeons are important in encounters with patients who engage in severe forms of self-harm, and perhaps even the only encounters these patients have with the health care system. It turns out that only approx. 25% of self-harming patients contact the health service due to shame and stigma (1). Unsympathetic attitudes can arise in some health professionals and these attitudes can contribute to difficulties in assessing and providing appropriate care. There is little recent research on the attitudes of nurses towards patients who self-harm, especially attitudes within surgical nurses and surgeons. Therefor it has arisen an interest in more. Awareness-raising about one`s own attitudes, as well as mote knowledge about the patient group has been shown to be beneficial in meeting patients who self-harm.

Method:

Quantitative study using a questionnaire. Norwegian translation of a questionnaire developed in Australia «*Nurses` attitudes towards clients who self-harm*», abbreviated ADSHQ. Data were collected at a surgical operating department. A total of 36 respondents participated.

Result:

36 of 138 possible respondents answered the questionnaire. 58% showed confidence in dealing effectively with deliberate self-harm patients. 69% showed an empathic approach. This means that the majority tends towards positive attitudes towards patients who self-harm.

Conclusion:

Even though this study shows that the majority tends towards positive attitudes, the study also shows that negative attitudes exist. These attitudes can be explained by the lack of knowledge and ability to handle patients who self-harm. Attitudes can also be linked to the Dunning-Kruger-Effect and Freud`s definition of countertransference. Continuous replenishment of knowledge, as well as awareness-raising and reflection have proven to be beneficial in the treatment of the patient group.

Introduksjon:

At mennesker ønsker å skade seg selv, klore, brenne, kutte opp kroppsvev samt svelge skarpe gjenstander kan for mange være uforståelig. Skade og smerte er for friske mennesker noe man forsøker å unngå, og er naturligvis noe vi løper fra, ikke til (2). Helsepersonell kan enkelte ganger oppleve å ha en dårlig holdning til pasienter som driver med selvskading (3). Mangel på kunnskap om selvskading kan øke opplevelsen av hjelpeløshet og overveldelse hos den enkelte sykepleier og dermed påvirke holdningene man har til pasientgruppen (3). Som en ugunstig effekt av dette kan behandlingen og omsorgen individet får, kanskje være av dårligere kvalitet enn man ønsker.

Denne studien tar for seg pasienter som skader seg selv i møte med en kirurgisk operasjonsavdeling på et sykehus i Norge. Operasjonssykepleiere er viktige i møte med denne sårbare og emosjonelt ustabile pasientgruppen. Studien tar for seg ikke-suicidal selvskading. Dette er en atferd preget av bevisst ødeleggelse av kroppsvev uten intensjon om å dø. Slik selvskading gjøres som regel ved kutting, brenning, kloring samt slag og dunking, områdene det oftest går utover er armer, hender, håndledd, hofter og mage. (2). Studien vil også ta for seg hvordan og hvorfor operasjonssykepleiere og kirurger kan oppleve å få negative holdninger i møte med disse pasientene og hvordan økt kunnskap kan forbedre holdninger og redusere stigma.

Årsaker og risikofaktorer:

Ikke-suicidal selvskading forekommer for det meste i ungdomsårene og hos unge voksne. Det anslås at 13-17% av ungdommer har skadet seg selv i løpet av livet. Tallene varierer ut fra om selvskadingen har selvmords intensjon eller ikke (4). Internasjonale tall varierer fra 13-23% (5). De fleste som utfører selvskading har opplevd overgrep, traume, selvmord i familie og mobbing (6). Det er et betydelig problem at bare ca. 25% av ungdommer som skader seg selv kontakter helsevesenet (1).

«Livet mitt var å få kjeft når jeg kom med behovet for andre mennesker. Livet mitt var å bli møtt med oppgitthet og sinne: «Nå må du slutte å tulle!» Livet mitt var sorgen, ensomheten, frustrasjonen: «Jeg tuller da ikke?»» (7) s. 484

Studier viser at selvskading utfordrer behandlerkulturene (6, 7, 8, 9). Å bli møtt med avvisning og stigma er ugunstig i behandlingen med selvskadende individer. Å møte pasientene kan være utfordrende, og måten det blir gjort på er en test på egen profesjonalitet i yrket. En systematisk kunnskapsoppsummering om ikke-suicidale grunner til selvskading har listet opp årsaker til hvorfor noen velger å skade seg selv (10). Undersøkelsen fant at hele 93% svarte at de utfører selvskading for å lindre følelsesmessig smerte. Riktignok er denne studien rundt 12 år gammel, men likevel relevant. Studien viser at de fleste foretrekker fysisk smerte framfor å håndtere følelsesmessige smerter (10).

«Jeg ønsket å ta smerten vekk fra hjertet mitt og legge den andre steder» (11) s.452

I samme studie fant man også at andre årsaker kan være å utføre handlingene for å glemme noe, for å stoppe flashbacks eller holde traumer unna (9). Over halvparten av studiene i kunnskapsoppsummeringen viste til at mange selvskader for å straffe seg selv

eller andre på, og hvor førstnevnte er vanligst. I tillegg viser studien at det er en sammenheng mellom selvskading og dissosiative følelser (10). I en annen studie fant man at selvskading uttrykker et ønske om å søke oppmerksomhet og omsorg fra de rundt seg. Et sår som blør er konkret og synlig skade som for noen vil hjelpe å uttrykke en indre uro som er vanskeligere å definere og se (12).

En annen studie samt litteratur viser at det er en sterk sammenheng mellom selvskading og videre risiko for selvmord (1, 3, 12). Dette betyr at helsepersonell som håndterer pasienter som selvskader må være ekstra obs på selvmordsfare. Beskyttelsesfaktorer eksisterer og kan bidra til å redusere selvskadende atferd. Gode relasjoner og hjelp til å håndtere problemer og endringer i livet er blant annet med på å redusere selvskading (5).

Negative holdninger hos helsepersonell – hvordan kan det forstås?

Når pasienter skader seg selv kan dette føre til negative holdninger hos helsepersonell. Motoverføring er et begrep som Freud introduserte i 1910. Begrepet forklarer hvordan følelser som sinne, frustrasjon, irritasjon, tristhet m.m. kan oppstå hos behandlere i behandlingen av en pasient (12). Begrepet motoverføring brukes ofte i psykiatrien og er ikke like kjent i somatikken, men motoverføring kan oppstå i enhver pasient-pleier-relasjon. Det er mange grunner til at motoverføring kan skje, det kan blant annet dreie seg om terapeutens stemningsleie, variasjon i våkenhet, interesse for pasienten, kjedsomhet, døsigheit, egne traumer, kunnskapsnivå m.m. Alt i alt dreier det seg om ubevisste reaksjoner hos en behandler/helsepersonell (14). Bevisstgjøring samt refleksjon rundt egenoppstått motoverføring kan gi et metaperspektiv for å forutsi og bedømme eget møte med individer som selvskader. Ved å kontinuerlig reflektere rundt egen motoverføring kan sykepleiere i møte med pasient unngå å falle ut av behandlingsrollen sin og inn i negative og destruktive forhold til pasienten (15).

Dunning-Kruger-effekten er en teori som forsøker å forklare hvordan lite kunnskap har sammenheng med å se begrensninger innen egen kompetanse (16). Et eksempel kan være at personer kan utføre oppgaver på en utilfredsstillende måte, men ikke ha nok selvinnsikt til å innse dette. At en person selv ikke erkjenner at kompetansenivået bør økes kan gjøre at man ikke oppdager mangler i eget kompetansenivå. Effekten handler ikke om lave evner i seg selv, men derimot at personer med høy kompetanse kan tenke at de har god kompetanse på andre felt også (16).

Årsaken til at denne effekten er verdt å nevne er at det hos helsepersonell forventes en viss kompetanse og profesjonalitet i mange ulike felt, det kan tenkes at man som autorisert lege eller sykepleier kan glemme å søke kunnskap på felt man egentlig ikke har kompetanse som en konsekvens av Dunning-Kruger-effekten. Man kan da oppleve en form for motoverføring, falle ut av den profesjonelle behandlerrollen, kanskje gi dårligere behandling og dårlige holdninger kan oppleves. En kollisjon kan oppstå mellom forventningene individene som selvskader har til helsepersonell og omsorgen og behandlingen de møter (17).

Joyce Travlebee introduserte mellommenneskelige forhold i sykepleie (18). Travlebee sine teorier kan også trekkes inn i møte med pasienter som selvskader. Travelbee ønsket å unngå paternalistiske holdninger, som kan defineres som et slags maktforhold (18). Hun var opptatt av blant annet empati og sympati i møte med pasienter. Hun definerer empati som evnen til å dele, forstå og gå inn i et annet menneskets nåværende

psykologiske tilstand, og at det er en erfaring mellom to mennesker. Sympati definerer hun som et ønske eller trang til å hjelpe mennesker med å lindre lidelse, en tilstand hvor sykepleier er i stand til å forstå pasienten (19). Dette er teorier som er viktige i profesjonsutøvelsen og som bidrar til helhetlig sykepleie. Travelbee ønsket å legge vekt på et menneske-til-menneske-forhold ved å blant annet jobbe mot å forstå mennesket som et unikt individ som gjennomgår en naturlig livserfaring. Hun understreker viktigheten ved å bygge relasjoner, ved å blant annet bruke kommunikasjon, empati og sympati (18).

Tidligere studier om selvskading viser at det er en sammenheng mellom utdanning/kunnskap og holdninger, og at kunnskap er fundamentalt for å forandre sykepleiers holdninger til selvskading (19, 20, 21). Det er tidligere gjort studier på akutt sykepleiere og sykepleieres holdninger til pasienter som selvskader (6, 7, 8), men jeg har ikke funnet tidligere studier på hvilke holdninger operasjonssykepleierne har til pasienter som selvskader. Denne pasientgruppen er i høy risiko for senskader, omfattende sykehusinnleggelser, senere selvmordsforsøk i tillegg til at de har betydelige helseproblemer. Operasjonssykepleiere og kirurger er viktige i møte med pasienter som driver med alvorlig form for selvskading, og kanskje til og med eneste møtet disse pasientene har med helsevesenet. Derfor er det viktig med ny kunnskap om sykepleieres holdninger til selvskading. De fleste studiene om holdninger til pasienter som skader seg selv er gamle, og man kan ikke finne mange studier av nyere dato. Likevel vil jeg vise til den forskningen fordi den fortsatt er relevant for studien.

Hensikten med denne studien er å kartlegge holdninger helsepersonell har til selvskadende pasienter som trenger kirurgisk behandling og hvordan dette henger sammen med kunnskap. Problemstillingen er formulert til; *«Hvilke holdninger har operasjonssykepleiere og kirurger ved en kirurgisk operasjonsavdeling til pasienter som skader seg selv?»*.

Metode

Denne studien har benyttet kvantitativ metode i form av spørreskjema som heter "Nurses' attitudes towards clients who self-harm" (ADSHQ) av McAllister (20). Kvantitativ metode i form av spørreskjema har blitt valgt for å innhente målbare og representative data om temaet selvskading. Datainnsamlingen foregikk uten direkte kontakt med feltet slik at ærlighet i større grad kan etterstrebes. En anonym spørreundersøkelse er gunstig for å kartlegge holdninger som strider mot forventet profesjonalitet i yrket. Selve spørreskjema består av fire faktorer som tar for seg ulike spørsmål innenfor ulike kategorier. Denne studien baserer seg på to av faktorene. Valgt metode gir mulighet til å utføre regneoperasjoner slik at målbare enheter kan framstilles (23).

Metodekapittelet er et samarbeid med en medstudent som har jobbet med det samme prosjektet. Deler av dette kapittelet vil dermed ha store likheter.

Deltakere og utvalgsstørrelse

Utvalget besto av 138 ansatte på en kirurgisk operasjonsavdeling på et sykehus i Norge, derav 70 leger og 68 operasjonssykepleiere. Inklusjonskriteriene var at alle operasjonssykepleierne og kirurgene var fast ansatt på avdelingen, samt at de hadde erfaring med selvskading. Eksklusjonskriterier er personell uten relevant erfaring innenfor selvskadende pasienter.

Variabler

Spørreskjemaets inkluderte variabler er yrkestittel, aldersgruppe og ansiennitet. Dette for å undersøke hvorvidt utdanningsnivå og utdanning (operasjonssykepleier/kirurg), alder og ansiennitet utgjør en forskjell i holdningene til selvskading. Grunnet anonymitet ble ikke disse variablene brukt i studien.

Beskrivelse av skjema

ADSHQ består av 25 forskjellige påstander relatert til selvskading. Dette er et validert spørreskjema utviklet på engelsk i Australia (20) som vi har oversatt til norsk (vedlegg 1). Vi valgte å fjerne et av spørsmålene på grunn av manglende relevans i Norge. (spm. nr 31 i vedlegg 2). Spørreskjemaet har en Likert-skala, helt enig (4p.) - enig (3p.) - uenig (2p.) helt uenig (1p.). Omtrent en tredjedel av påstandene er negativt formulert, og har derfor omvendt poengskala (dette gjelder spørsmål; 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 og 22). F.eks. spørsmål 15: "*Pasienter som skader seg selv med vilje er bare ute etter oppmerksomhet*".

ADSHQ er i utgangspunktet utviklet for å måle sykepleieres holdninger til selvskading på generell basis. Poengskalaen gir totalskår på skjemaet. Utviklerne av ADSHQ beskriver det slik at høy skår indikerer generelt positive holdninger til pasienter som skader seg selv med vilje. Lavere skår derimot, indikerer generelt negative holdninger (20). Skjemaet er delt opp i fire faktorer. Denne studien benytter to av de (faktor 2 og 3) for å svare på studiens hensikt og problemstilling. Dette fordi faktorene går ut på å kartlegge holdninger. De er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Deskriptiv data av faktor 2 og 3

	<i>Spørsmål</i>	<i>Betydning</i>	<i>Mulig faktorskår</i>
<i>Faktor 2</i>	9-14	Effektiv håndtering av pasienter som skader seg selv med vilje	6-24
<i>Faktor 3</i>	15-19	Empatisk tilnærming	5-20

Faktor 2 består av seks spørsmål. Ved å summere spørsmålene i hver faktor vil vi få en sumskår. Denne summen forteller hvor godt respondentene selv mener de håndterer selvskadende pasienter. Skåren kan variere fra 6-24.

Det er fem ulike spørsmål innenfor faktor 3 som sammensatt forteller hvordan operasjonssykepleierne og kirurgene på avdelingen definerer sin egen empatiske tilnærming til pasienter som selvskader. Skåren kan variere fra 5-20. Faktor 3 har kun spørsmål som er negativt formulert. For å få riktig total skår har denne blitt reversert fra 4, 3, 2, 1 til 1, 2, 3, 4.

Datainnsamling/gjennomføring

Før spørreskjemaet ble sendt ut til avdelingen, ble det gjennomført pilottest av skjemaet. På bakgrunn av konstruktiv tilbakemelding, ble det gjort mindre endringer i skjemaet i forhold til grammatikk og mindre uklarheter. Vi benyttet Google Forms ved utformingen av spørreskjema.

Det ble utviklet et informasjonsskriv som beskrev prosjektets formål, metode, beskyttelse og bruk av personopplysninger, forekomst av selvskading samt kontaktinformasjon til veileder. Dette ble inkludert i e-posten som inneholdt lenke til spørreskjemaet (Vedlegg 3).

Spørreskjema var åpent for respons i perioden 5.04.22 - 28.04.22. En purring ble sendt ut ca. halvveis i perioden. Svarene på skjemaet ble importert til Microsoft Excel for analysering, utregning av faktorene og fremstilling av diagrammer og tabeller.

Etiske overveielser

Spørreskjemaet ble utformet med en deskriptiv informasjonstekst som informerte om studiens formål. Videre ble det informert om at innsendelse av skjema betydde at innsender ga samtykke til bruk av data, samt info om at ingen kombinasjoner av identifiserende personinformasjon vil bli offentliggjort. Grunnet opprettholdelse av anonymitet vil ikke data som rolle, ansiennitet og alder kobles sammen med svar på spørsmålene. Følgelig er respondentenes anonymitet beskyttet.

Resultat:

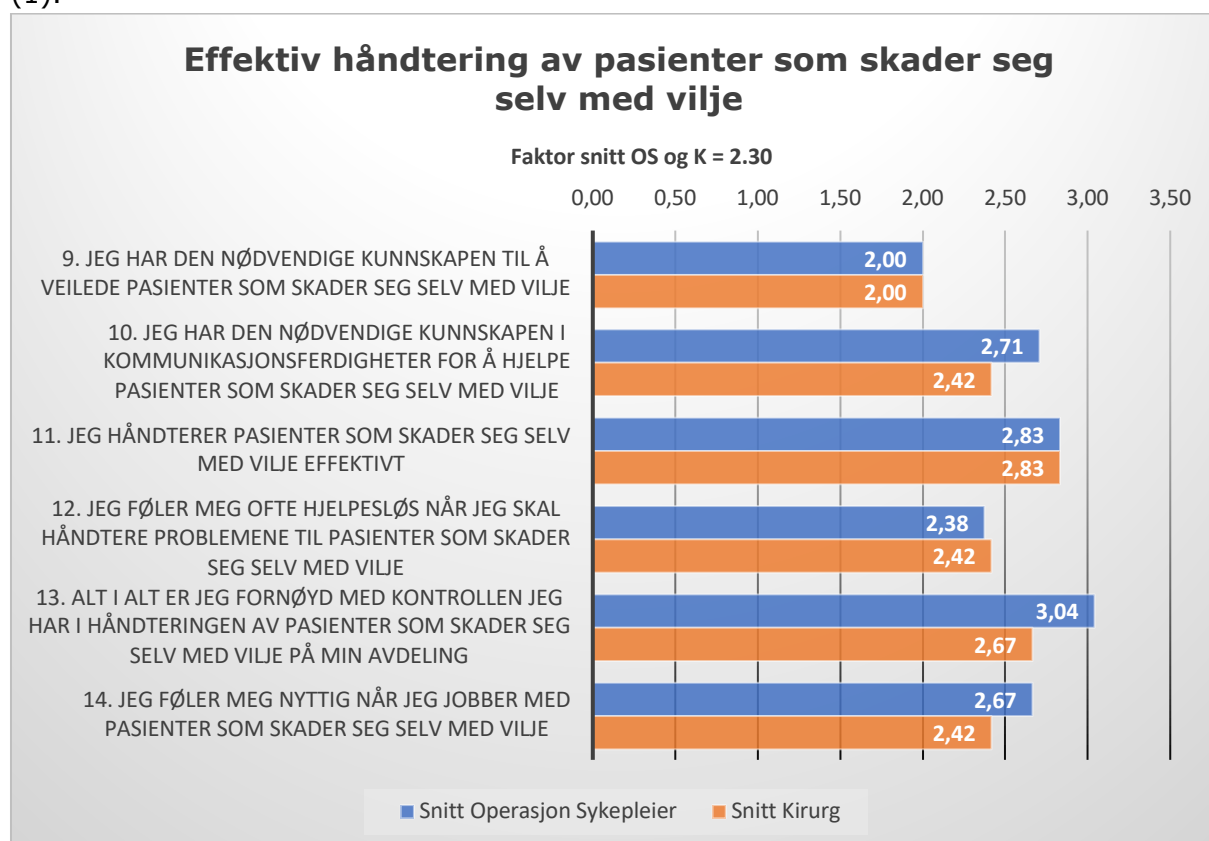
Totalt responderte 36 av 138 mulig respondenter på spørreskjemaet, som gir en svarprosent på ca. 26%. Av de 36 respondentene er 33,3% (n=12) svar fra kirurger og 66,7% (n=24) svar fra operasjonssykepleiere. Majoriteten (58,33%) av respondentene hadde en ansiennitet på 10 + (Se tabell 2).

Tabell 2: Deskriptiv data fra spørreskjema N = 36

VARIABEL	N	%
ROLLE / UTDANNINGSNIVÅ		
- OPERASJONSSYKEPLEIER	24	66,7
- KIRURG	12	33,3
ANSIENNITET		
- 2-5 ÅR	5	13,89
- 5-10 ÅR	10	27,78
- 10 + ÅR	21	58,33
ALDERSGRUPPE		
- 20-40 ÅR	12	33,33
- 40-50 ÅR	12	33,33
- 50 + ÅR	12	33,33

Effektiv håndtering av pasienter som skader seg selv med vilje (faktor 2)
Sumskåren på faktor 2 er 2,3 i gjennomsnitt for alle respondentene. Det er seks ulike spørsmål innenfor faktor 2 som sammensatt forteller hvordan operasjonssykepleierne og kirurgene på avdelingen selv definerer sin egen evne til å håndtere pasienter som selvskafer.

Figur 1: Gjennomsnittet for hvert spørsmål. Helt enig (4), enig (3), uenig (2), helt uenig (1).



Altså viser figuren er de fleste svarer mellom svaralternativet «enig (3)» og «uenig (2)».

Figuren viser gjennomgående positive holdninger til effektiv håndtering av pasienter som skader seg selv. Imidlertid viser Spørsmål 9 et lite avvik fra de andre spørsmålene, noe som trekker ned den gjennomsnittlige skåren.

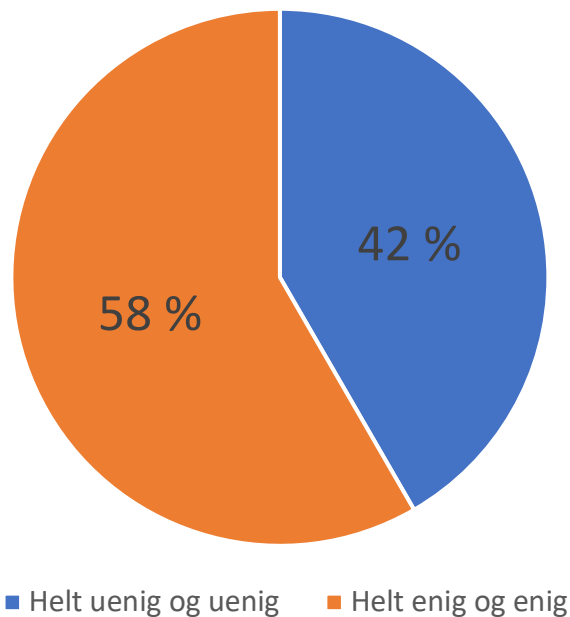
McAllister sitt spørreskjema definerer en høyere skår som en opplevd økt evne til å håndtere selvskadende pasienter. McAllister skiller høy og lav skår med en cut-off verdi som hun ikke definerer i spørreskjemaet (20). Jeg har derfor valgt en cut-off verdi på 15 for faktor 2. Dette basert på at et svarsnitt på 2,5 per spørsmål i faktoren vil være midt mellom enig og uenig. Ett snittskår i faktoren på over 15 vil dermed helle mot enig og en mer positiv retning, og snitt skår under 15 heller mot en mer negativ retning.

Tabell 5: snitt skår faktor 2

	Snittskår mellom 6-9 (helt uenig)	Snittskår mellom 9-15 (uenig)	Snittskår mellom 15-21 (enig)	Snittskår mellom 21-24 (helt enig)
Antall respondenter	1	14	20	1
Prosent	2,72%	38,89%	55,56%	2,72%

Figur 2: snitt skår i prosent - faktor 2

Effektiv håndtering av pasienter som skader seg selv med vilje

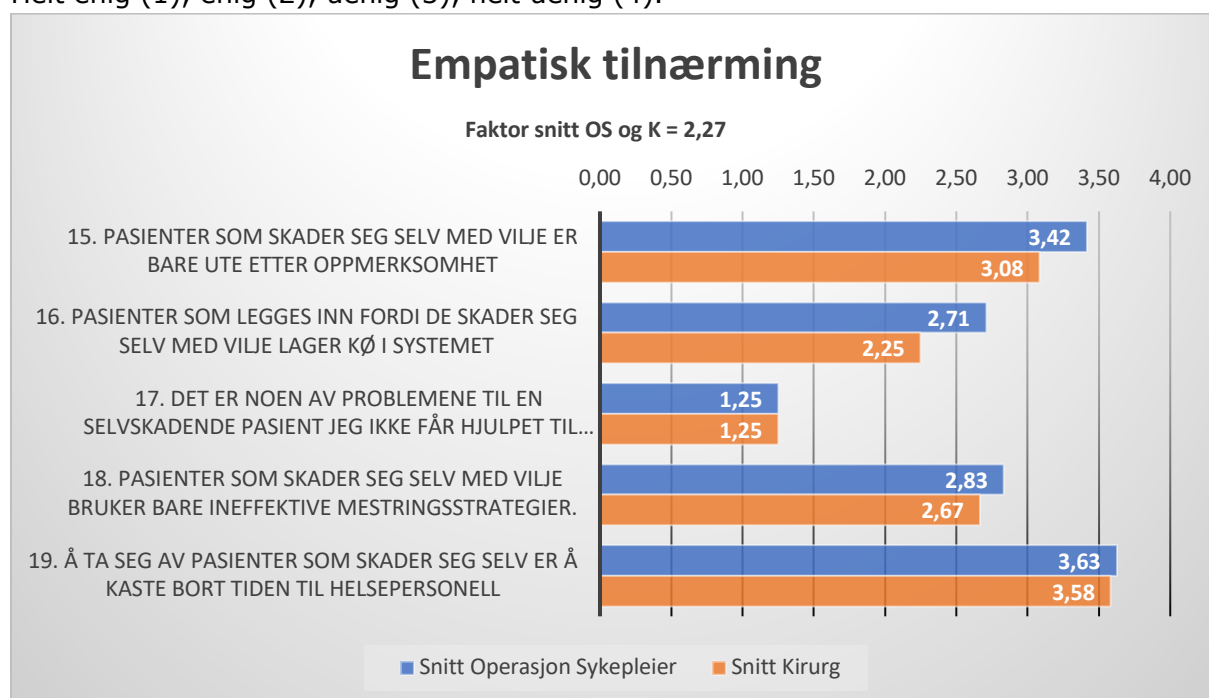


Tabell 5 viser at majoriteten ligger mellom uenig og enig på faktor 2. Figur 2 viser dette i prosent. Ca. 58% heller i positiv retning.

Empatisk tilnærming (faktor 3)

Faktor 3 handler om empatisk tilnærming til selvskadende pasienter. Sumskåren på faktor 3 er 2,27 i gjennomsnitt for alle respondentene. Det fem ulike spørsmål innenfor faktor 3 forteller hvordan operasjonssykepleierne og kirurgene på avdelingen selv definerer sin empatiske tilnærming til pasienter som selvskader. Dette illustreres i figur 3 gjennom Likert-skala

Figur 3: Presentasjon av gjennomsnittlig svar ut fra Likert-skala med reversert skår 1-4. Helt enig (1), enig (2), uenig (3), helt uenig (4).



Høyere skår på denne faktoren indikerer en empatisk holdning til pasienter som selvskader, mens lavere skår indikerer en mindre empatisk holdning.

Spørsmål 17 (se figur 3) har en gjennomsnittlig lav skår på 1,25, noe som trekker ned totalt snittskår.

Tabell 7: Viser hvor mange som har sagt seg enig eller uenig i spørsmål 17: «Det er noen av problemene til en selvskadende pasient jeg ikke får hjulpet til med å løse»

Spørsmål 17	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	Gjennomsnitt
Likert-skala	4	3	2	1	1,25
N = 36	29	6	-	1	
Prosent %	80,56%	16,67%	-	2,78%	

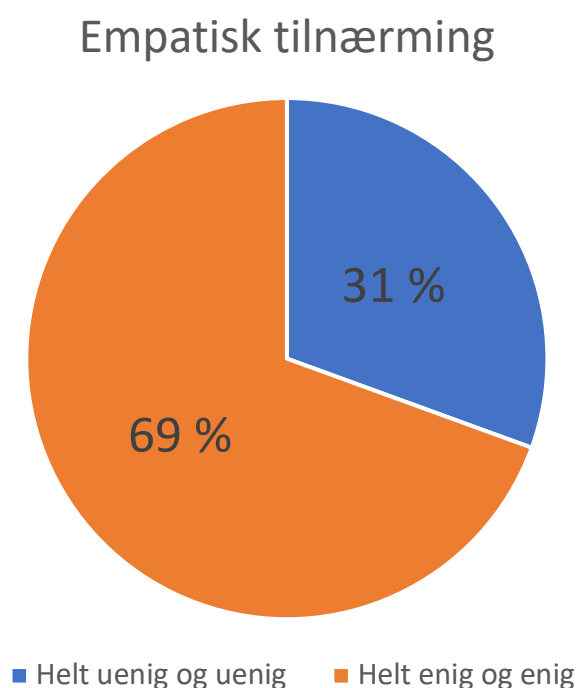
Tabell 7 viser at ca. 97% er enig eller helt enig i at det er noen av problemene til en selvskadende pasient de ikke får hjulpet til med å løse.

Faktor 3 har en skår som kan variere fra 5-20. Tabell 8 illustrerer dette. Jeg har valgt en Cut-off verdi på faktor 3 på 12,5. McAllister sitt spørreskjema definerer en høyere skår som en opplevd økt empatisk tilnærming til selvskadende pasienter (20).

Tabell 8: snitt skår faktor 3

	Skår mellom 5-7,5 (helt uenig)	Skår mellom 7,5-12,5 (uenig)	Skår mellom 12,5-17,5 (enig)	Skår mellom 17,5-20 (helt enig)
Antall respondenter	-	11	25	-
Prosent	-	30,56%	69,44%	-

Figur 3: snitt skår i prosent - faktor 3



Figur 4 med data fra tabell 8 får fram at ca. 69% er positiv (enig) i faktor 3, og dermed heller mot en mer positiv empatisk tilnærming til pasienter som skader seg selv. Ca. 31% heller dermed mot en mindre empatisk tilnærming til pasienter som skader seg selv.

Diskusjon:

Denne studien har hatt som formål å kartlegge hvilke holdninger operasjonssykepleiere og kirurger på en kirurgisk operasjonsavdeling har til pasienter som skader seg selv. Hovedresultatene fra faktor 2 og 3 viser at ca. 58 % definerer at de selv, på en effektiv måte, håndterer pasienter som selvskader. Ca. 69% heller mot en positiv empatisk tilnærming til selvskadende pasienter. Det vil si at 31% har en mindre empatisk tilnærming til selvskadende pasienter og 42% har rapportert at de ikke håndterer pasientgruppen effektivt.

Sammenlignbarhet med tidligere forskning

Sammenlignet med studien gjort av McAllister i 2002, viser mine funn at majoriteten av respondentene heller mot generelle positive holdninger, og McAllister sine funn viser til mer negative holdninger (20). Helsepersonell som skårer høyere på faktorene er mer sannsynlig til å føle seg positive i møte med pasienter som skader seg selv, og dermed mer positiv til omsorgen de gir. Man kan dermed tenke at pasientene på samme måte vil føle seg mer ivaretatt og positive til oppfølgingen og behandlingen de mottar (20). Til tross for dette vil mine funn kanskje ikke være like representative grunnet den lave svarprosenten. McAllister sin studie viser til at dersom personalet selv opplever seg som dyktige i møte med behovene til pasienter som selvskader, vil dette gi større sannsynlighet til å føle viktigheten rundt god omsorg til pasientene og dermed større sannsynlighet til å vise mindre negative holdninger (20). Funnene har oppnådd målinger av holdninger til pasienter som selvskader, men det er nødvendig med et større utvalg i videre forskning. Flere andre studier (7, 8, 17, 21) har også vist at det eksisterer dårlige holdninger og stigma rundt pasienter som selvskader.

Hvorfor studiens funn viser til mer positive holdninger kan ha flere årsaker. En årsak kan være at det sammenlignes med eldre studier. I dagens samfunn økes kunnskap rundt stigma og tabubelagte tema, noe som kan bidra til å forbedre holdningene. En annen årsak kan være den lave svarprosenten. Kanskje den gruppen helsepersonell som responderte på spørreskjema er mer interessert i tema enn de som ikke responderte. En tredje årsak kan være at studien bare benytter to faktorer, mens McAllister sin studie har tatt forbehold rundt alle fire faktorene. Da kan tallene se noe forskjellige ut. Ettersom denne studien bare belyser holdninger, vil ikke de andre faktorene være relevante.

Skapelsen av dårlige holdninger

Hvorfor har det seg slik at bare ca. 25% av ungdommer som skader seg selv søker hjelp hos helsevesenet? (1). Kristin Ribe har tidligere vært pasienten som selvskader. Hun setter ord på hvordan det er å oppleve stigma i ekstremt sårbare og ustabile perioder med selvskading. Hun forteller i boken «*selvskadingens dynamikk*» hvor viktig det er å bli møtt med vennlighet når man er tøff nok til å innrømme at man har det vondt, og hvor farlig det er å bli møtt med stigmatiserende holdninger (25). Hun gir også uttrykk for at de periodene hun følte på mest ubehag og trengte forståelse og trygghet, det var da omsorgspersonene på sykehuset ikke grep inn, men i stedet møtte henne med oppgitthet og skuffelse, «*Nå må du slutte å tulle*» (7) s. 484. Det kan tenkes at å bli møtt med slike holdninger når man ber om hjelp, bidrar til at man ikke søker den.

Helsepersonell er pålagt å behandle pasienter som skader seg selv, men de fleste har ikke spesialisert utdanning på akkurat dette området. Likevel blir man nødt til å håndtere denne sårbare pasientgruppen (20). Selvskading er kompleks, man må behandle både

den somatiske skaden i tillegg til å se den psykologiske bakgrunnen. Dette kan hos enkelte av helsepersonellet oppleves skremmende, trist, fremmed, provoserende og irriterende m.m. Dette er en form for motoverføring som kan skje ubevisst ved manglende kunnskap og refleksjon. Dette sammenfaller med Dunning-Kruger-Effekten. Sykepleieryrket er sammensatt og det forventes en viss kunnskap om mye. Det at man selv ikke erkjenner manglende kompetanse gjør at man kanskje ikke innser at man må øke kompetansenivået innenfor et felt. Det kan tenkes at man som autorisert lege eller sykepleier kan glemme å søke kunnskap på felt man egentlig ikke har kompetanse fordi det forventes at du allerede har de som en konsekvens av Dunning-Kruger-Effekten. Ved manglende evne på refleksjon og forståelse øker risikoen også for et uønsket reaksjonsmønster og dannelse av uønskede holdninger som står i strid med profesjonen og dette er en konsekvens av motoverføring (14).

Hvordan kan økt kunnskap forbedre holdninger og redusere stigma?

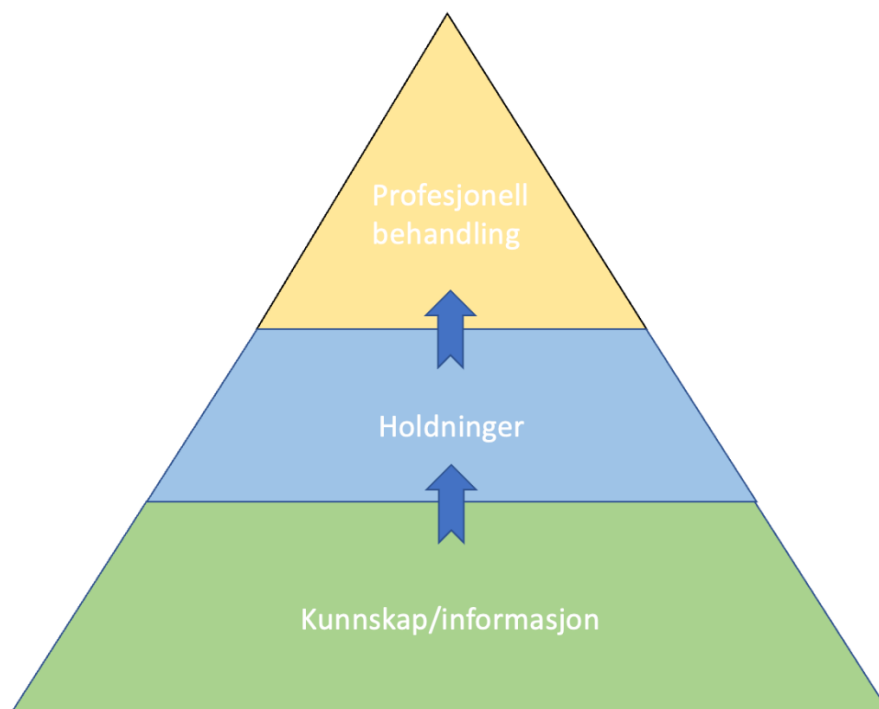
Uten kontinuerlig refleksjon, opplæring og dypere forståelse av kompleksiteten av selvskading samt terapeutiske reaksjoner som motoverføring, vil trolig helsepersonellet på avdelingen gi utilstrekkelig hjelp til pasientene (20). Ifølge McAllister er ferdighetstrening og mål om en dypere forståelse rundt kompleksiteten av selvskading viktig for å kunne yte god behandling. Det er tre ganger så stor risiko for gjentakelse av selvskading ved ufullstendige vurderinger av omfanget (20). Derfor kan det tenkes at gjentakende kunnskapspåfyll, refleksjon sammen med ledelse og kollegaer samt gode rutiner på hvordan håndtere pasienter som selvskader vil være avgjørende for god behandling. Til tross for at resultatene belyser at over gjennomsnittet føler de har kontroll på håndtering av pasientgruppen, samt gode holdninger, kan det tenkes at det eksisterer noen mørketall. Uansett vil kontinuerlig påfyll av kunnskap være viktig for alle.

Travelbees menneske-til-menneske forhold prøver å begrense paternalistiske holdninger ovenfor pasienter. Hun belyser viktigheten av forståelse for hverandre og hvordan kommunikasjon med pasienten er en måte å forstå hvorfor mennesket gjør som hen gjør. Pasienten Kristin Ribe gjentar gjentatte ganger viktigheten med å føle seg forstått, sett og oppleve empati, dette sammenfaller med Travelbees menneskesyn. Sykepleieren må kjenne pasienten for å forstå (26). Travelbees definisjon av sykepleie som en mellommenneskelig prosess sammen med McAllister sitt fokus på viktigheten av økt kunnskap kan bidra til å gi bedre behandling til pasienter som selvskader. Den profesjonelle sykepleier skal bidra med å assistere individet og forebygge eller mestre erfaringen med sykdommen eller lidelsen individet gjennomgår (18).

En av måtene Travelbee forklarer hvordan man kan oppnå menneske-til-menneske kontakten er gjennom empati og sympati (18), og det er også noe pasienten Kristin Ribe ønsker i sine kritikkverdige utsagn til helsevesenet (7). Evnen til å gå inn i, dele og forstå det andre menneskets psykologiske tilstand er viktig (18). Travelbee mener at idealet om å innta en ikke-dømmende holdning ovenfor alle pasienter er en myte, og at dette er noe man ikke skal strebe etter, men at man likevel skal være bevisste på standpunktene man tar. Det krever innsikt i egen adferd å redusere virkningen av sine negative holdninger, og man bør, i følge Travelbee redusere negative holdninger ovenfor pasienten til et minimum. Travelbees sykepleierteorier går også på sympati, en prosess hvor man ønsker å forstå pasienten og lindre dens plager (18). Sympati kan trolig økes ved økt kunnskapsnivå om hvorfor noen individer velger å skade seg selv (18). Dette synet sammenfaller med forskningen gjort av McAllister og andre (19, 20, 21).

McAllister mener at sykehussystemene bør gjennomføre en vurdering av psykososiale problemer og risiko hos pasienter som selvskader (27). Dette kan hindre risiko for senere selvmord, re-innleggelser og økt frekvens av selvskading. Crawford et al. fant ut at undervisningsøkter bidrar til å øke kunnskapen hos helsepersonell og at det er mer sannsynlig at personalet vurderer og behandler mer nøyaktig (20). Den økte kunnskapen i møte med pasienter som selvskader vil bidra til forståelse at smerten selvskading medfører er paradoksal. Det at noen velger å søke smerte må bety at smerten gjør noe for personen. Fysisk smerte kan for noen bidra til å avlede mental smerte (12).

Det finnes altså en klar linje mellom nivå av kunnskap innenfor et felt og utvikling av holdninger. Dette tilsier både forskning (17, 18, 19, 21) og Dunning-Kruger-effekten (16). Dette har jeg valgt å illustrere i figur 4.



Figur 4: Illustrerer hvordan kunnskap henger sammen med holdninger og profesjonell behandling. Økt kunnskap gir bedre holdninger og dermed bedre behandling. Figuren er laget selv, men inspirert av <https://respons-ability.net/knowledge-attitude-behavior/>

Uten kunnskap kan man altså risikere å miste forståelse av enkeltindividers helse og psykiske problemer (28). Mindre kunnskap blir en hindring for forståelse av pasientene som selvskader og negative holdninger kan skapes (19, 25, 22, 26, 27, 28, 29). Sett i lys av motoverføring og Dunning-Kruger-Effekten bidrar dette også til å forstå hvordan både kunnskap om behandlerrollen, egne følelser og holdninger samt kunnskap om pasientgruppen henger sammen.

Beskyttelsesfaktorer

Forebygging av selvskading kan bidra til mindre re-innleggelser av pasienter som selvskader. En nylig publisert studie (35), viser hvor viktig det er å redusere stigma samt oppmuntre de som selvskader til å søke hjelp hos noen de stoler på. Det finnes få forebyggingsprogrammer med dokumentert effekt, men det er dokumentert at økt

kunnskap om pasientgruppen forbedrer stigma og kan bidra til at flere søker hjelp og rehabilitering noe som kan bidra til redusert frekvens av selvskading (36).

Hvorvidt videre forebygging er relevant for operasjonsavdelingen kan diskuteres. Dette fordi en operasjonsavdeling er en avdeling som har hovedfokus på operasjon, pre-operativ og post-operativ sykepleie/behandling. Å bygge en relasjon mellom sykepleier og pasient er kanskje vanskelig grunnet tidsbegrensning. Likevel er møtet mellom den selvskadende pasienten og den kirurgiske avdelingen viktig for begge parter. For noen selvskadere er kanskje dette den eneste behandlingen de får, før de blir sendt hjem.

Forskning tyder på at blant annet motivasjon til å søke hjelp samt kommunikasjon om behov for psykisk helsehjelp er noe som kan forebygge gjentakelse (35). Det finnes strategier for å forhindre selvskading. I denne studien er det inkludert forebygging som kan være mulig for en operasjonsavdeling å ha fokus på ved innleggelser av pasienter med alvorlig selvskading. Forebyggingen er presentert som tiltak i en tabell med forklaring på hvordan dette kan benyttes på en operasjonsavdeling som ikke har like mye tid til pasientkontakt og nære relasjoner. Dette presenteres i tabell 9:

Tabell 9: Forslag til tiltak for å minske stigma for pasienter og negative holdninger blant helsepersonalet

Hva	Hvordan/hvorfor
Øke kunnskap rundt mestringsstrategier	Informasjonsskriv til pasienter
Motivere/oppmuntre til psykisk helsehjelp	Informere om ulik hjelp man kan få, bidra med henvisning, evt. Kontakte fastlege ang. bekymring
Øke egen kunnskap om selvskading	<ul style="list-style-type: none"> - Reflektere sammen med kollegaer - Inkludere tema på fagdager - Søke informasjon
Undervisningsøkter med personalet	Undervisningsøkter vil bidra til å øke forståelsen til hvorfor pasienter skader seg selv.
Vise støtte, forståelse og omsorg	Kristin Ribe forteller hvor viktig det er å bli sett og møtt med vennlighet når man søker hjelp.
Henvise – gi håp	Det er viktig å styrke pasientens tro på at det er mulig å få hjelp til å slutte med selvskading. <ul style="list-style-type: none"> - Pasientene bøt motiveres til å aktivt ta del i egen behandling.

Metodekritikk

En svakhet med studien er en lav svarprosent på ca. 26%, som gjør det vanskelig å generalisere svarene for utvalget. Det kan derfor også diskuteres om resultatene er representative for utvalget på avdelingen. Dette kunne blitt forhindre ved å inkludere en tidsfrist i e-posten til utvalget, slik at de var klar over når de måtte svare innen. Likevel får vi et innblikk i holdninger på avdelingen. Kirurger ble inkludert av interesse og for å øke utvalget. Spørreskjemaet er i utgangspunktet utformet for sykepleiere, men ettersom kirurgene og operasjonssykepleiere arbeider i team og tett sammen fant vi ut at spørreskjema kan fungere for begge rollene. Sammen med medstudent og veileder konkluderte vi med at dette var greit å inkludere. Spørreskjemaet vi benyttet var utformet på engelsk og oversatt av meg og en medstudent. Det kan ha medført feil i oversetting. Dette er en svakhet ettersom skjemaet kun er validert på engelsk og ikke norsk.

Når spørsmålene har blitt oversatt til norsk kan de tolkes noe annerledes enn det som er ment i spørreskjema som er på engelsk. F.eks. spørsmål 17 som dermed trekker ned på den gjennomsnittlige totalskåren. Faktor 3 som handler om empatisk tilnærming har bare negativt formulerte spørsmål, f.eks. spørsmål 15 «*Pasienter som skader seg selv med vilje er bare ute etter oppmerksomhet*». Utformingen og oversettelsen av spørsmålene kan ha hatt effekt på hva respondentene svarte. Dette fordi det er spørsmål det kan være vanskelig å være helt ærlig på ettersom dette ikke er holdninger som strider imot profesjonaliteten i yrket, det er derfor usikkert om respondentene har vært helt ærlige.

Konklusjon

Hovedfunnene i studien tyder på at majoriteten av de ansatte på avdelingen heller mot en mer positive holdninger og håndtering av pasienter som selvskader. Det eksisterer likevel negative holdninger og følelsen av å ikke håndtere pasientgruppen. Disse holdningene kan blant annet tenkes å forklares av Dunning-Krüger-effekten, motoverføring samt mangel på kunnskap. Forskningen som har blitt presentert har underbygget hvor viktig kunnskap er i møte med stigmatiserte pasientgrupper, og hvordan økt kunnskap kan bidra til økt forståelse bak fenomenet og dermed forbedre egne holdninger. Travelbees teorier underbygger hvor viktig det er å se mennesket som en helhet og møte individet med blant annet forståelse, omsorg, empati og sympati. Hun understreker også viktigheten ved å være bevisst på egne holdninger og redusere negative holdninger til et minimum. Dette understreker også pasienten Kristin Ribe er ønskelig og viktig i møte med helsepersonell. Det har blitt presentert ulike tiltak som kan tenkes å være nyttige på en operasjonsavdeling hvor relasjonsbygging kan være vanskelig grunnet tidspress. Det eksisterer lite nyere forskning rundt behandling og forståelse av pasienter som selvskader, da spesielt på operasjonsavdelinger. Det oppfordres derfor til å gjøre mer forskning på dette.

Parallelt med denne bacheloroppgaven undersøkte en medstudent samme tema, men med mer fokus på henvisning og kunnskap. Ønsket etter denne studien er at denne og min medstudents bacheloroppgave brukes for å bevisstgjøre klinikkledelsen, operasjonssykepleierne og kirurgene slik at pasientene som selvskader blir godt ivaretatt. Studien tyder på at økt refleksjon og påfyll av kunnskap er viktig, og dette er ønskelig at skal bli et fokus for å forhindre stigmatiserende holdninger og lavere kvalitet av omsorg og behandling til pasienter som skader seg selv.

Referanser

1. Haugen JE. Akuttmedisin: utenfor sykehus. 4. utgave. Oslo: Gyldendal; 2019. DEI 4, kap. 4.1: Akutt psykiatri s. 281
2. Aarre TF. Psykiatri for helsefag. 2. utg. Bergen: Fagbokforl; 2018. 337 s. kap. 13 Selvskading og selvmord
3. Karman P, Kool N, Poslawsky IE, van Meijel B. Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015;22(1):65–75.
4. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014;44(3):273–303.
5. Om selvskading. Helsedirektoratet. Sist oppdatert: 11. juli 2017. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/fakta-om-selvskading-selvmordsforsok-og-sosial-overforbarhet-smitte/om-selvskading>
6. Saunders KE, Smith KA. Interventions to prevent self-harm: what does the evidence say? *Evid Based Ment Health.* august 2016;19(3):69–72.
7. Ribe K. For å kunne være sammen med menneskene rundt meg. *Tidsskr. Den Norske Legeforening.* 4. mars 2011; Tilgjengelig på: <https://tidsskriftet.no/2011/03/personlige-opplevelser/kunne-vaere-sammen-med-menneskene-rundt-meg>
8. McCann TV, Clark E, McConnachie S, Harvey I. Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *J Clin Nurs.* 2007;16(9):1704–11.
9. Dickinson T, Hurley M. Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *J Adv Nurs.* 2012;68(1):147–58.
10. Edmondson AJ, Brennan CA, House AO. Non-suicidal reasons for self-harm_ A systematic review of self-reported accounts | Elsevier Enhanced Reader. I 2015. Tilgjengelig på: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032715307485?token=18C0C0FE7D711AD890CF5F60ED687AC73F38601DEC39C0B9C53352E33C15EB932F57861E5A94E97AFF4596AC59C9F300&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220509065251>
11. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *J Youth Adolesc.* 1. oktober 2005;34(5):447–57.
12. Skårderud Finn, Sommerfeldt Bente. Miljøterapi boken. 1. utgave-4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018 – Kap. 2 Miljøterapiens idehistorie, Kap. 13 selvskading og selvmord og kap. 19 selvskade
13. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry.* juni 2003;182(6):537–42.

14. Zacharison A. Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. Tidsskr Nor Psykologforening. 1. august 2008; Tilgjengelig på: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/motoverføring-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen>
15. Motoverføring i individualterapi og miljøterapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Tilgjengelig på: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/10/motoverføring-i-individualterapi-og-miljøterapi>
16. Svartdal F. Dunning-Kruger-effekten. I: Store norske leksikon 2020. Tilgjengelig på: <http://snl.no/Dunning-Kruger-effekten>
17. Rovik AM. Selvskading og miljøterapi – Selvskadende pasienters erfaringer med å være innlagt i psykiatriske avdelinger. Nord Sygeplejeforskning. 1(4):299–313.
18. Torjuul K. Oversikt over Joyce Travelbees Sykepleieteori - forelesningsnotater basert på Joyce Travelbee: Interpersonal aspects of nursing (1971). Kirsti Torjuul; 1993.
19. Joyce Travelbee og hennes åtte punkter om håp. omhelse.no. Tilgjengelig på: <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/>
20. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. J Adv Nurs. 2002;40(5):578–86.
21. Wheatley M, Austin-Payne H. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. Behav Cogn Psychother. mai 2009;37(3):293–309.
22. Holdsworth N, Belshaw D, Murray S. Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2001;8(5):449–58.
23. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utgave. Oslo: Gyldendal; 2020. Kap. 3 – Hva er Metode s. 51-61
24. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). J Psychiatr Ment Health Nurs. august 2007;14(5):438–45.
25. Moe A, Ribe K. Selvskadingens dynamikk. 1. utgave. Universitetsforlaget; 2007.
26. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
27. MJ C, S. Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study - PMC. 1998. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28683/>
28. Kyaw Soe HH, Than NN, Lwin H, Nu Htay MNN, Phyu KL, Abas AL. Knowledge, attitudes, and barriers toward research: The perspectives of undergraduate medical and dental students. J Educ Health Promot. 9. februar 2018;7:23.
29. Hopkins C. «But what about the really ill, poorly people?» (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients). J Psychiatr Ment Health Nurs. april 2002;9(2):147–54.

30. Jeffery D, Warm A. A study of service providers' understanding of self-harm. *J Ment Health*. 1. januar 2002;11(3):295–303.
31. Smith SE. Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oktober 2002;9(5):595–601.
32. Mackay N, Barrowclough C. Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: attributions, emotions and willingness to help. *Br J Clin Psychol*. juni 2005;44(Pt 2):255–67.
33. Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pickard M, mfl. Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience. *J Psychosom Res*. mars 2006;60(3):273–7.
34. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. februar 2007;14(1):100–5.
35. Nonsuicidal self-injury in children and adolescents: Prevention and choosing treatment. Tilgjengelig på: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/16513>
36. Muehlenkamp JJ, Walsh BW, McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *J Youth Adolesc*. mars 2010;39(3):306–14.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Nr.	Spørsmålstekst
1	Pasienter som skader seg selv med vilje har et desperat behov for hjelp
2	Det er en god idé å gi pasienter som skader seg selv med vilje informasjon om støttegrupper
3	Løpende opplæring vil være nyttig for å hjelpe meg med å håndtere pasienter som skader seg selv med vilje på riktig måte
4	Kunnskap om årsaker for henvisning er viktig ved behandling av pasienter som skader seg selv
5	Det er viktig for meg å ha ferdigheter i risikovurdering
6	Pasienter som skader seg selv er også ofre for andre sosiale problemer
7	Det å henvise selvskadende pasienter til andre deler av helsetjenesten for videre utredning og behandling er effektivt.
8	Pasienter som bevisst skader seg selv med vilje har blitt såret og skadet tidligere i livet
9	Jeg har den nødvendige kunnskapen til å veilede pasienter som skader seg selv med vilje
10	Jeg har den nødvendige kunnskapen i kommunikasjonsferdigheter for å hjelpe pasienter som skader seg selv med vilje
11	Jeg håndterer pasienter som skader seg selv med vilje effektivt
12	Jeg føler meg ofte hjelpeløs når jeg skal håndtere problemene til pasienter som skader seg selv med vilje
13	Alt i alt er jeg fornøyd med kontrollen jeg har i håndteringen av pasienter som skader seg selv med vilje på min avdeling

14	Jeg føler meg nyttig når jeg jobber med pasienter som skader seg selv med vilje
15	Pasienter som skader seg selv med vilje er bare ute etter oppmerksomhet
16	Pasienter som legges inn fordi de skader seg selv med vilje lager kø i systemet
17	Det er noen av problemene til en selvskadende pasient jeg ikke får hjulpet til med å løse.
18	Pasienter som skader seg selv med vilje bruker bare ineffektive mestringsstrategier.
19	Å ta seg av pasienter som skader seg selv er å kaste bort tiden til helsepersonell
20	Sykehussystemet hindrer meg i å arbeide effektivt med pasienter som skader seg selv
21	Av og til føler jeg meg brukt av sykehussystemet.
22	Måten sykehussystemet fungerer på vil oppfordre til gjentagelse av selvskading
23	Noen ganger, når alle andre tiltak har mislyktes, føler jeg et behov for å ty til ytterligheter når jeg behandler pasienter som skader seg selv med vilje
24	Jeg føler at pasienter som skader seg selv med vilje blir behandlet mindre seriøst/alvorlig av helsepersonell enn pasienter med andre medisinske problemer

Vedlegg 2:

Table 2 Orthogonally Rotated Factor Loadings of the Attitudes To Deliberate Self-Harm Questionnaire Items

ADSHQ item	F1	F2	F3	F4	Item mean	SD
30. Clients who deliberately self-harm are in desperate need of help	0.633				3.22	0.58
28. Providing deliberate self-harm clients information about community support groups is a good idea	0.618				3.32	0.55
19. Ongoing education and training would be useful in helping me deal appropriately with deliberate self-harm clients	0.586				3.35	0.59
12. Knowledge of referral sources is important when dealing with deliberate self-harm clients	0.583				3.55	0.51
20. Risk assessment is an important skill for me to have	0.575				3.35	0.56
29. Self-harm clients are victims of some other social problems	0.558				3.00	0.54
24. Referral of DSH clients to external consultant services for further assessment or treatment is an effective course of action	0.429				3.05	0.65
17. Clients who deliberately self-harm have been hurt and damaged in the past	0.424				2.91	0.66
23. I have the appropriate knowledge in counselling skills to help deliberate self-harm clients		0.766			2.08	0.69
26. I have the appropriate knowledge in communication skills to help deliberate self-harm clients		0.717			2.45	0.69
15. I deal effectively with deliberate self-harm clients		0.684			2.64	0.65
5. I often feel helpless in dealing with the problems of DSH clients		-0.595			2.83	0.75
1. Overall, I am satisfied with the control I have in dealing with deliberate self-harm clients in my unit		0.564			2.67	0.79
8. I feel useful when working with deliberate self-harm clients		0.430			2.36	0.68
21. Clients who deliberately self-harm are just attention seekers			0.660		2.10	0.69
11. Self-harm clients just clog up the system			0.649		2.07	0.77
2. There is really no way I can help solve some of the problems the deliberate self-harm patient has			0.614		2.64	0.81
25. Self-harm clients are just using ineffective coping mechanisms			0.562		2.45	0.68
14. Dealing with self-harm clients is a waste of the health care professional's time			0.457		1.75	0.66
16. The hospital system impedes my ability to work effectively with deliberate self-harm clients				0.647	2.28	0.60
6. Sometimes I feel used by the hospital system				0.586	2.36	0.85
31. The legal system impedes my ability to work effectively with deliberate self-harm clients				0.558	2.11	0.56
9. The way the hospital system works encourages repetition of deliberate self-harm behaviour				0.537	2.45	0.79
22. Sometimes, when all other actions have failed, I feel the need to go to extremes when dealing with deliberate self-harm clients				0.448	2.17	0.67
32. I feel that clients who self-harm are treated less seriously by the medical staff than clients with medical problems				0.406	2.64	0.74
Eigenvalue	4.288	3.511	2.242	1.990		
Percentage of total variance accounted for	12.99%	10.64%	6.79%	6.03%		

Vedlegg 3:

Hei!

Vi er to sykepleierstudenter ved NTNU i Trondheim som skal skrive prosjektbachelor våren 2022 om tema; *selvskading som krever kirurgi*. I forbindelse med dette skal vi bruke kvantitativ metode for datainnsamling der vi sender ut et digitalt spørreskjema som vi håper dere ønsker å svare på. Alle opplysningene vil bli behandlet anonymt uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Prosjektet krever derfor ikke godkjenning i REK/NSD. Data vil bli slettet når datainnsamlingen avsluttes, senest ved utgangen av 2022. Helsepersonell kan oppleve at tematikken rundt selvskading er krevende. I forhold til forekomst oppgir Helsedirektoratet at gjennomsnittlig 18 prosent av ungdom mellom 12 og 18 år og 4 prosent av voksne i Norge at de har skadet seg selv.

Vi håper at denne bacheloroppgaven kan bidra til å sette søkelys på tema, kunnskap og behandling ettersom vi har forstått at det er et mye diskutert tema på arbeidsplassen. Formålet med prosjektet er å skaffe informasjon om hva slags holdninger sykepleiere og kirurger på [REDACTED] har til temaet og til behandling av pasienter som skader seg selv. Vi vil bidra til å skape oppmerksomhet rundt dette viktige temaet blant de ansatte og forhåpentligvis utenfor arbeidsplassen. Forhåpentligvis kan resultatene fra dette prosjektet bidra til bedre behandling for de aktuelle pasientene i fremtiden.

Du blir spurt om delta fordi du er ansatt som operasjonssykepleier eller kirurg ved [REDACTED] [REDACTED] Ansvarlig for undersøkelsen er [REDACTED] i samarbeid med NTNU. Det vil ta deg omtrent 10 minutter å gjennomføre undersøkelsen.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Spørreskjema er en oversatt versjon av et allerede eksisterende skjema som heter "~~Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire~~" (ADSHQ) som er et validert spørreskjema på engelsk av McAllister 2002. Ved å fylle ut spørreskjemaet og sende det inn er dette å anse som at du samtykker til å delta i studien. Når skjemaet er sendt inn, er det ikke lenger mulig å trekke seg fra undersøkelsen fordi vi ikke er i stand til å identifisere ditt spørreskjema. Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte studentenes veileder [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Beste hilsen,/
[REDACTED]

