



Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Marthe Ovesdatter Johannesen og Tine Nilsen

Veileder: Liv Bekkeli

«Å fremme håp til unge menn som ønsker å avslutte livet»

«Promote hope for young men who want to end life»

Antall ord: 12 096

Bachelor i sykepleie, 2014

2017

Samtykker til utlån hos biblioteket:

x	JA
x	JA

	NEI
	NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

Sammendrag

Bacheloroppgavens hensikt er å sette fokus på selvmordstruende unge menn og hvordan sykepleier skal kunne nå fram for å fremme håp. Statistikker viser høyere tall blant menn enn kvinner og vi vil derfor gjennom denne oppgaven tilegne oss kunnskap om hvorfor det er slik og hvilken rolle sykepleier har for den selvmordstruende pasient. I sykepleie til selvmordstruende pasienter ser vi viktigheten med å etablere et menneske-til-menneske-forhold, som baserer seg på at sykepleier og pasient ser hverandre som unike individer. Etableringen av et slikt forhold krever opprettholdelse av sykepleier, og gjennom de ulike fasene vil et tillitsforhold og relasjonene bli tilstrekkelig for et godt samarbeid.

Gjennomgående i oppgaven blir det satt fokus på hvordan en skal oppnå god relasjon og kommunikasjon med pasienten, og hva som kreves av sykepleier i møte med denne pasientgruppen. I møte med personer som ønsker å avslutte livet er det viktig at sykepleier er bevisst på egne kunnskaper og holdninger, da tematikken handler om refleksjoner rundt liv og død. Sykepleiers plikter trekkes fram i oppgaven som gir grunnlag for de yrkesetiske retningslinjene sykepleier forholder seg til hver dag. Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis.

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to focus on suicidal, young males and how nurses can reach out and promote hope. Statistics show higher numbers among men than women who are suicidal and we would therefore, through this thesis, acquire knowledge about why it's like this and which part nurses play towards the suicidal patient. When caring for suicidal patients we see the importance of establishing human- to- human interactions that are based on nurses and patients seeing each other as equals. The establishment of this relationship demands maintenance from the nurses.

Through the thesis we put focus on how one can achieve good relations and communication with the patients as well as what it takes from a nurse when meeting this patient group. When meeting suicidal patients it is important that the nurses are conscious of their knowledge and attitudes because the theme surrounding the patients is about life and death. The nurses duty towards the patient is a part of the thesis as it lays the foundation for the nurses professional ethics that we relate to every day. This bachelor thesis is a literary study that is based on course material, our chosen literature, research and our own experience in the field.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

1.0 Innledning	6
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling	6
1.3 Oppgavens formål	7
1.4 Avgrensing av oppgaven	7
1.5 Oppgavens oppbygning	7
2.0 Metode	9
2.1 Litteraturstudie	9
2.2 Litteratursøk	9
2.3 Presentasjon av forskningsartikler	11
3.0 Teori	15
3.1 Joyce Travelbee sykepleietenkning	15
3.1.1 Menneske – til – menneske – forhold	16
3.2 Håp	17
3.2.1 Sykepleiers rolle for å fremme håp	20
3.3 Selvmord og selvmordsforsøk	20
3.3.1 Risiko- og påvirkningsfaktorer	21
3.3.2 Større risiko for suicidalitet hos menn	21
3.3.3 Selvmordsprosessen	22
4.0 Drøfting	24
4.1 Hva forventes at sykepleier forbereder i forkant av et møte med den unge selvmordstruende mann?	24
4.2 Hvordan kan sykepleier møte den selvmordstruende pasient ved det innledende møtet i hjemmet?	26
4.3 Hvordan kan sykepleier styrke og bevare identiteten til pasienten?	30
4.4 Hvordan kan sykepleier vise empati, sympati og medfølelse til pasienten?	32
4.5 Hvordan kan sykepleier og pasient oppnå gjensidig forståelse og kontakt?	35
5.0 Konklusjon	37
6.0 Litteraturliste	38

Vedlegg 1.....	42
Vedlegg 2	43

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å ta for oss temaet yngre menn som er selvmordstruende og derfor har behov for sykepleie i form av å fremme håp om å fortsette livet. En statistikk fra Folkehelseinstituttet (2015) viser at det var gjennomført ca. 150 selvmord blant menn i alderen 25 – 44 år i 2014 (FHI, 2015). Vi skal derfor legge vekt på aldersgruppen 20 – 35 videre i oppgaven og henviser til det i Vedlegg (1). Temaet er valgt på bakgrunn av stor interesse og at vi ønsker mer kunnskap om å fremme håp hos de aktuelle pasientene. Folkehelseinstituttet (2015) skriver at selvmordsrisikoen er høyere blant personer med psykiske lidelser. Å se antall selvmord og at risikoen er høyere blant personer med psykiske lidelser, synes vi er urovekkende. Slik vi ser det er sykepleier en viktig person som kan fange opp blant annet den psykiske lidelsen depresjon, da vi har kunnskaper om kjennetegn ved denne lidelsen. Dersom tiltak som er forebyggende mot å forverre situasjonen settes i gang, tror vi det også kan redusere tall for antall selvmordsforsøk og selvmord.

Som studenter opplevde vi det krevende å møte denne pasientgruppen fordi vi kjente på at vi ikke strakk godt nok til for å gjøre situasjonen deres bedre. Dette var pasienter som lenge hadde hatt negative tanker på livet, og noen hadde gjort selvmordsforsøk tidligere. Snoek & Engedal (2011, s. 128) skriver at ca. 10% av personer som gjør alvorlige selvmordsforsøk, senere vil dø i selvmord. Vi ser at det er en krevende jobb å skulle snu innstillingen til selvmordstruende pasienter. For at sykepleier skal kunne fremme håp hos disse pasientene og utøve god sykepleie, skal vi videre i oppgaven fokusere på hvordan sykepleier kan nå dette målet.

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Problemstillingen som er valgt i denne oppgaven, baserer seg på psykiatri og etikk som er viktige temaer i sykepleiefaget. Forskningsartikler og pensumlitteratur som senere vil bli presentert i oppgaven, viser at selvmordstruende yngre pasienter, har de siste årene kommet mer i lyset. Med bakgrunn i dette, men også ut ifra egne interesser har vi kommet frem til denne problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleiere fremme håp hos selvmordstruende unge menn?»

Begrepet håp står sentralt i problemstillingen. Vi ønsker med det å få en bredere kunnskap om hvilken rolle sykepleiere har i møte med yngre menn som er selvmordstruende og hvordan

håp kan fremmes i en slik situasjon. Problemstillingen er derfor både konkret og relevant for sykepleiefaget.

1.3 Oppgavens formål

Gjennom denne bacheloroppgaven ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan fremme håp i selvmordstruende pasienters hverdag. Vi vil se nærmere på hvordan sykepleiere kan gjennomføre rollen som generell sykepleier, uavhengig av omgivelser og sted. Vi ønsker i etterkant av denne oppgaven å være mer bevisst og kunnskapsrike for at vi videre kan benytte fagkunnskapen i arbeidet som sykepleier.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Tematikken innenfor sykepleie til selvmordstruende pasienter er et omfattende tema, og berører flere parter i en slik situasjon. For å kunne svare best mulig på problemstillingen vi har kommet frem til vil vi fokusere på unge, norske hjemmeboende menn i aldersgruppen 20 – 35 år som tidligere har forsøkt å begå selvmord. Videre vil vi se nærmere på hvordan kommunikasjon og relasjon kan benyttes som metode og tilnæringsmåte i sykepleiers arbeid med selvmordstruende unge menn. For at et godt samarbeid skal lykkes mellom pasient og sykepleier, ser vi det som viktig å redegjøre for hvilke ressurser pasienten har rundt seg, og at han er bevisst på hvilke forskjeller dette eventuelt kan medføre. Gjennom oppgaven vil vi fokusere på hvordan de indre og ytre faktorene hos pasientene samspiller, og hvilke påvirkninger som har spilt inn for at de nå sees som selvmordstruende.

1.5 Oppgavens oppbygning

Under dette kapittelet skal vi med en kort beskrivelse vise hva som følger videre i oppgaven. Hensikten med oppbygningen er for at den skal være oversiktlig og henge sammen på en måte hvor både lesere og vi får en gjennomgående forståelse av oppgavens innhold.

Det neste som følger er kapittel 2 som omhandler metode. Her gjøres det rede for litteratursøk, litteraturstudie og det blir lagt fram hvordan vi har gått frem for å finne artikler som benyttes i oppgaven. Kildekritiske meninger vil komme frem i dette kapittelet.

I kapittel 3 legger vi frem teori som vil ligge til grunne for drøftingen. Vi skal her ta med relevant teori knyttet til problemstillingen og benytte sykepleieteoretiker Joyce Travelbee spesielt. Selvvalgt litteratur og pensum er sentralt i dette kapittelet, noe som knyttes opp mot Travelbee sine teorier.

Kapittel 4 inneholder drøfting om anvendt teori som vil underbygge og vise til relevant forskning og egne erfaringer fra praksis. Vi har valgt å benytte Travelbees fem faser om etablering i et menneske-til-menneske-forhold som oppsett. Drøftingen vil gi grunnlag til svar på problemstillingen.

I kapittel 5 legger vi fram konklusjonen som gir svar på problemstillingen vi har forholdt oss til gjennom hele oppgaven. Den vil være relevant for å oppsummere, samtidig gi leseren svar.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode i Dalland (2015) som følgende:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2015, s. 111).

Metode kan ses på som en veiviser som forteller hvordan vi kan fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Etter å ha valgt metode, vil det gi oss data og informasjon som benyttes videre i oppgaven, samtidig som det hjelper oss til å belyse viktigheten med valg av tema og problemstilling på en faglig interessant måte (Dalland, 2015, s. 111).

I denne bacheloroppgaven vil vi vise til både kvantitative og kvalitative forskning, da det er relevant for besvarelsen. Vi er opptatt av å kunne finne forskning som er relatert til selvmordstruende unge menn. Kvantitative og kvalitative metoder benyttes for å undersøke et problem, og slike metoder er viktig å skille fra hverandre. En kvantitativ metode gir data og informasjon som er målbare, og en kan derfor finne gjennomsnitt eller antall. Kvalitativ metode benyttes for å gå mer i dybden, for å fange mening og opplevelse som ikke kan tallfestes (Dalland, 2015, s. 112).

Bacheloroppgaven er også basert på litteratur, både pensum og selvvalgt, og egne erfaringer fra praksis. I dette kapittelet skal vi beskrive og gjøre rede for hvilke søk vi har gjort for å finne artiklene som er med og hvordan vi har vært kildekritiske til litteraturstudie og søk.

2.1 Litteraturstudie

Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i, og problemstillingen drøftes i forhold til (Dalland, 2015, s. 67). For at vi skal kunne besvare kravene for denne bacheloroppgaven, som er bruk av forskningsartikler, obligatorisk pensum, selvvalgt litteratur og egne erfaringer fra praksis, må vi anvende litteraturstudie.

2.2 Litteratursøk

Den innledende litteratursøkingen har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet om temaet. I søk etter relevant litteratur er det gunstig å plassere problemområdet innenfor et hovedemne. Grunnlaget for søket er at en vet hva en leter etter (Dalland, 2015, s. 68).

Ved hjelp av et strukturert litteratursøk har vi funnet fem forskningsartikler, hvor tre av dem er engelskspråklige. Vi har i tillegg tatt med tre norske artikler. For å få bredere kunnskap i forkant av oppgaveskriving, har vi blant annet sett på nettsider som omhandler selvmord og psykiske lidelser. Under selve oppgaveskrivingen har vi benyttet oss av databaser som er anbefalt av høgskolen. Databaser som har vært aktuelle og benyttet for å finne artiklene som er med i oppgaven er: PubMed, Idunn, Forskning.no, Tandfonline og sykepleien.no. I tillegg har vi benyttet Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet sine nettsider.

Vi har benyttet både norske og engelske søkeord. Norske søkeord som selvmord og unge menn, sykepleie, håp, håpløshet, selvmordsfare, sårbarhet, skam, skyldfølelse, psykisk helse, depresjon, motivere, mestre, samarbeide, brukermedvirkning og kommunikasjon. De engelske søkeordene er young men suicide, signs, caring science, share, recovery, suicidal, psychiatric nursing, hope, suicide, patients, hopelessness og suicide ideation. Med disse søkeordene fikk vi mange treff, og måtte konkretisere søket mer ved hjelp av flere av de utvalgte søkeordene. Dette for å finne de forskningsartiklene som er relevante til vår oppgave.

Vi benytter kildekritikk for å kunne besvare oppgaven vår på en faglig og sikker måte. Kildekritikk er de metodene som brukes for å avgjøre at en kilde er sann. Det betyr å overveie og fremheve de kildene som benyttes. Videre må man bevise at kildene er tilstrekkelige til å svare på problemstillingen, både når det gjelder relevans og pålitelighet (Dalland, 2015, s. 67-75). Under søket huket vi av artikler med full tekst og fri tekst, på grunnlag av å få opp hele artikkelen og ved at det reduserer antall treff. Vi har vært kritiske til både forskningsartikler og litteratur, og her vært opptatt av at det blant annet skal være nyere forskning. Det har vi lykket med, da funnene er ifra 2009 – 2015.

Søkestrategien vår er utarbeidet i en tabell, som viser oversikt over databaser, søkeord og antall treff i Vedlegg (2).

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Under dette kapittelet vil vi kort presentere forskningsartiklene med bakgrunn, metode og funn. Vi vil også presentere andre relevante artikler som er benyttet videre i oppgaven.

Forskningsartikler og artikler som er valgt å bruke videre i oppgaven omhandler faktorer vi mener er viktig å ha med når det gjelder å fremme håp hos selvmordstruende pasienter. Håp, forståelse av selvmord, brukermedvirkning og kommunikasjon.

Artikkel 1.

«Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicide ideation»

Forfatter: Huen, Ip, Ho & Yip (2015).

Bakgrunnen for studien var å undersøke om håp og håpløshet er bedre som en enkel konstruksjon av bipolarspektrum eller to forskjellige konstruksjoner. Studien går også ut på om håp kan moderere forholdet mellom håpløshet og selvmordstanker.

Metode: Håp, håpløshet og selvmordstanker ble målt i en fellesskapsprøve på 2106 deltakere gjennom en befolknings basert husstandsundersøkelse.

Funn: To faktorer som er avhengig av hverandre er håp og håpløshet. I undersøkelsen viste det seg at det er lavere selvmordstanker hos pasienter med håp enn de som ikke har et håp om at ting vil bli bedre. Derfor er det viktig med håp da dette kan forhindre selvmord.

Artikkel 2.

«Warning signs of suicide among young men».

Forfatter: Rasmussen, Dieserud, Dyregrov & Haavind (2014).

Bakgrunn for studien: Studien gikk ut på å se om de var noen tegn fra unge menn før de begikk ett selvmord.

Metode: Studien er basert fra en kvalitativ studie. Hvorfor selvmord? En psykologisk obduksjonsstudie. Prosjektbeskrivelse, Norsk institutt for folkehelse.

I tråd med fenomenologiske tilnærmingen så var det hensikt å generere en detaljert forståelse av varsel om selvmord, ved hjelp av kvalitativ analyse.

Funn: Fra de nærmeste avdødes synspunkt ba ikke de unge mennene om hjelp i selvmordskrisen. Informantene fremhevet derimot i sine fortellinger noe om den avdødes måte å være på i løpet av de siste timene, dagene og /eller ukene i livet som var i kontrast til,

og som de beskrev, fremsto som noe som ikke passet godt inn i det gode bildet de hadde av den avdøde. Etter tolkninger så var det fire indirekte tegn som de unge mennene viste før de forsøkte å avslutte livet: (1) gjentatte ganger peker på irreversibiliteten til en feilaktig beslutning, (2) desperasjonen de følte i denne forbindelsen, (3) bruker sin egen død som en trussel og (4) henviser til døden som et sted å gå.

Artikkel 3.

«The inner door: Toward an understanding of suicidal patients»

Forfattere: Tzeng, Yang, Tzeng, Ma & Chen (2010).

Studiets bakgrunn: Forskningens bakgrunn handler om at psykiatriske sykepleiere spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienter etter selvmordsforsøk. Det er foreløpig lite kjent om hvordan sykepleiere løser situasjoner med selvmords problemer.

Metode: Feltarbeidet inneholdt to års deltaker observasjon og individuelle intervjuer med atten psykiatriske sykepleiere. Data fra transkripsjoner av observasjonsnotater og intervjuer ble transkribert ordentlig og analysert.

Funn: Det de fant ut av i denne forskningsartikkelen var at "den indre dør" (en synlig dør i sykepleierens sinn) var avgjørende for sykepleierens evne til å kunne forstå de indre verdiene i selvmordspasienter. Sykepleierne som var med i undersøkelsen følte seg til tider motløse med disse pasientene på grunn av mangel på forståelse av hva som var de indre verdiene i disse pasientene og derfor "lukket" sin indre dør. På en annen side så kom det frem at sykepleiere som hadde evne og vilje til å reflektere over egne erfaringer og motta undervisning om hvordan man skulle forstå disse pasientene, synes det var lettere å holde "døren" oppe. Den å åpne "den indre dør" er en dynamisk prosess og det er derfor viktig at sykepleiere må kunne forstå den essensielle betydningen av en selvmordsopplevelse for å utvikle innsikt for å åpne den "indre dør" og holde den åpen. Mye av dette handler om å ha forståelse og empati for den selvmordstruende pasienten.

Artikkel 4.

«Som å åpne noe som er fastlåst»

Forfattere: Biong & Herrestad (2011).

Bakgrunn for studien: Bakgrunnen for forskningen var å ta for seg ulike definisjoner av begrepet «håp» i krisehåndteringer i lokalt basert psykisk helsevern.

Metode: Deltakerne i denne delstudiene besto av åtte personer, en mann og syv kvinner. Deltakerne var hovedsakelig sykepleiere, men også en psykolog og vernepleier. Metoden for forskingen tok for seg gruppeintervjuer som dataskapningsmetode. Det første intervjuet var ustrukturert med utgangspunkt i åpningsspørsmålet: «hva tenker dere om håp i en psykiskkrise?» På bakgrunn av det som kom frem i det første intervjuet, ble det gjort en foreløpig analyse av ansattes forståelse av håp.

Funn: Pasientens krisesituasjon ble beskrevet av ansatte som noe som var fastlåst. Lesningen av tekstene ga en foreløpig forståelse av håp som er knyttet til bevegelighet. Evnen til bevegelighet ble beskrevet som at det var relatert til en medfødt egenskap, en kampånd eller en selvpopholdelsesdrift hos pasienten. Pasienten har da altså en intensjon om at endring var ønskelig, mulig og kunne skje. Det ble også beskrevet at bevegelighet som noe de ansatte brakte med seg til pasienten som bærere av håp. En slik bevegelighet ble erfart i fastlåste situasjoner der pasienten ikke klarte å lage egne mål. Bevegeligheten som ansatte brakte med seg til pasienten ble også uttrykt som energi som kunne skape en motvekt til pasientens håpløshet, likegyldighet eller meningsløshet.

Artikkel 5.

«Bruker medvirkning i sykepleie»

Forfatter: Jamtvedt & Nortvedt (2015).

Artikkelen handler om at pasienter skal ha medvirkning og i hvilken form de skal medvirke og hvordan dette skal gjennomføres. Brukermedvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester, skal ha innflytelse på beslutninger som tas og utforming av tilbud som blir gitt. Brukermedvirkning er lovpålagt.

Artikkel 6.

«Hjelp ved selvmordsfare»

Forfatter: Vråle (2014).

Dette er en artikkel som handler om psykisk helse og at man må tørre å snakke om døden med pasientene. I artikkelen tar Vråle for seg en studie som er gjort av psykiatrisk sykepleier og førstelektor May Vatne. Kort om denne studien er at den bygger på erfaringer hos mennesker som har opplevd selvmordsforsøk. Studien konkluderer med at møtet med helsepersonell ikke alltid ga de nødvendig hjelp til å kunne fortsette livet. Denne studien antyder også at helsepersonell kan ha forsterket smerten og/ eller redusert håpet om et bedre liv hos de som

har eller vurderer selvmord. Vråle nevner også noen holdninger hun mener at vi som helsepersonell må ha i møte med den selvmordstruede pasient. Det at man skal tørre å snakke med pasienten om selvmordsforsøket og at det skal være ett likeverdig møte der pasienten ikke ydmykes eller krenkes, men blir møtt med respekt.

Artikkel 7.

«Terapeutisk fotfølging»

Forfatter: Vråle & Mjøsund (2009).

Denne artikkelen tar for seg ordet «fotfølging» som er det norske betegnelsen på det mest kontrollerende omsorgsnivået i møte med pasienter som er i stor fare for å ta sitt eget liv. Ordet skal gi oss en beskrivelse på behandlingstiltak – som innebærer overvåkning og nærhet mellom pasient og helsepersonell. Dette gjør man for å ivareta pasientens sikkerhet, men også gi mulighet for å bygge en terapeutisk relasjon.

Ved å bruke terapeutisk fotfølging så innebærer dette også veiledning. Tiltaket gir mulighet for å ha en samtale med pasienten om betydningsfulle temaer i hans liv. Når man fotfølger en pasient så innebærer dette en kontroll som kan krenke pasientens autonomi, samt et nærvær som kan krenke hans verdighet. Det er derfor viktig å tenke brukermedvirkning i disse situasjonene. Dagens lovgivning stiller krav til at vi som helsepersonell imøtekommer pasientens rett til dette.

Artikkel 8.

«Skam, sinne og sårbarhet bak unge menns selvmord»

Forfatter: Graven (2014).

Artikkelen tar for seg Mette L. Rasmussen, forsker og psykolog, sine bekymringer for antall selvmord som blir gjort av unge menn. Hun hevder at selv om vi har bygd opp tilbudet innen psykisk helsevern blant annet med tanke på å forebygge selvmord, har man i liten grad klar å gjøre noe med selvmordstallene. Hun mener derfor at man må flytte fokus fra forskning rundt risiko som har bestemt mye av feltet for selvmord, og heller forsøke å forstå mer av hvorfor mennesker tar livet sitt, uavhengig av psykisk sykdom.

3.0 Teori

Dalland (2015) beskriver hensikten med teori som å komme frem til en best mulig beskrivelse av hva som forbindes med virkeligheten. Teorier har med hensikt å gi allmenngyldige forklaringer, og det kan derfor være utfordrende å finne teorier som forklarer det konkrete problemet. Det vil da være relevant å se på menneskelige fenomener eller egenskaper problemet omhandler (Dalland, 2015, s. 134).

Teorikapittelet omhandler sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Kapittelet tar for seg menneske-til-menneske-forhold og de ulike fasene for denne etablering. Teori om håp, selvmord, risiko- og påvirkningsfaktorer og suicidalitet hos menn legges fram. I oppgaven tar vi for oss definisjonene til begrepene i problemstillingen. Det var utfordrende å finne definisjon på selvmordstruende, og velger derfor å ha med definisjon av selvmord og selvmordsforsøk.

3.1 Joyce Travelbee sykepleietenkning

Vi velger å ta for oss sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, da hennes teorier, holdninger og definisjon av sykepleie er relevant i forhold til vår problemstilling. Å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient er svært sentralt i forbindelse med å kunne gi håp til selvmordstruende pasienter. Vi har erfart at det å skulle hjelpe pasienter som står i fare for eget liv, er utfordrende fordi de ikke lenger ser på livet som meningsfullt. Det er vanskelig å skulle endre en slik situasjon dersom pasienten ikke selv er motivert for å kunne endre tankegangen og få profesjonell hjelp. Gjennom mellommenneskelige forhold skal den syke hjelpes av sykepleier til å kunne finne håp og mening, og å mestre en hverdag med sykdom og lidelse (Travelbee, 2015, s. 29-30).

Travelbee definerer i sin bok sykepleie som følgende:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2015, s. 29).

Som Travelbee (2015) hevder, vil alle bli utsatt for lidelse. Vi mennesker vil gjennom livet kunne erfare i ulik grad, situasjoner som er smertefulle psykisk, fysisk eller åndelig, og må da håndtere det der etter. Erfaring om å kjenne lidelse psykisk, vil for noen være så smertefullt at livet ikke lenger gir mening, mens for andre er et ønske om å overvinne lidelsen tilstede

(Travelbee, 2015, s. 98). Definisjonen av sykepleie gir oss et grunnlag for hvordan rollen som sykepleier skal utøves i praksis, men som også indirekte gir uttrykk for at det kreves kunnskap og erfaring for å gjennomføre helhetlig sykepleie.

3.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

Ved å oppnå et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og den syke, oppnås sykepleierens mål og hensikt med å kunne forebygge eller mestre sykdom og lidelse og eventuelt finne mening i disse erfaringene. Den profesjonelle sykepleieren etablerer og opprettholder et menneske-til-menneske-forhold bevisst. Opplevelsene og erfaringene som deles er behjelpelig med å ivareta pasientens, familien og sykepleiers behov (Travelbee, 2015, s. 41). Når både pasient og sykepleier ser på hverandre som enkeltindivider og unike mennesker, hevder Travelbee (2015) at forholdet er gjensidig og meningsfylt.

Travelbee (2015) definerer menneske-til-menneske-forhold følgende:

«Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2015, s. 177).

Et menneske-til-menneske-forhold er utviklet gjennom fem sammenhengende faser over tid, og de er som følger:

Det innledende møte foregår på de første sammentreffene mellom pasient og sykepleier, hvor de begge danner et førsteinntrykk av hverandre. Observasjoner, antakelser og meninger vil dannes ut ifra hvordan sammentreffene oppleves for begge parter. Førsteintrykket vil påvirke hvordan et videre samarbeid mellom pasient og sykepleier vil være, på bakgrunn av hvilke tanker som er knyttet til den andre personen. De vil i liten grad se på hverandre som unike individer, men som «en hjelper» og «en pasient». Sykepleierens rolle for å videreutvikle et menneske-til-menneske-forhold vil være å bryte kategoriseringen, og kunne oppfatte mennesket i pasienten. Når kategoriseringen gradvis går over for begge parter, vil forholdet gå over i en ny fase og identiteten til partene vil tre frem (Travelbee, 2015, s. 186-188).

Fremvekst av identiteter er fasen hvor både pasient og sykepleier ser på hverandre som et unikt menneskelig individ. Sykepleieren klarer i større grad å se hvordan pasienten er som person, hvilke tanker han har og hvilke reaksjoner som kommer i ulike situasjoner. Samtidig ser pasienten sykepleieren som et individ, og ikke under kategorien eller yrkestittelen

«sykepleier». Gjennom denne fasen opplever partene å rette tanker og følelser mot den andre, og forståelse av inntrykkene som oppstår hos den andre. Klarheten over det unike ved partene er ikke ferdig utviklet, men en begynnelse på den neste fasen for empati (Travelbee, 2015, s. 188-192).

Empati er en opplevelse av å forstå, og evnen til å kunne ta del i og forstå den andre personens psykiske tilstand. Det er en erfaring som to eller flere individer deler, og gir muligheten til å kunne se forbi den ytre atferden og fornemme den andres indre opplevelse, forstå hva den andre tenker og føler i øyeblikket. En forutsetning for at empati skal kunne vises, er likhetstrekkene mellom partenes erfaringer og egen bakgrunn (Travelbee, 2015, s. 193-200).

Sympati og medfølelse regnes ikke som en av fasene, men en fortsettelse på empatifasen, der en trang eller et ønske foreligger om å lindre plagene. Sykepleieren som står ovenfor å skulle hjelpe den syke, vil føle sympati og medfølelse ved at hun har et sterkt ønske om å kunne hjelpe. Dette formidles gjennom kommunikasjon, både verbal og non-verbal. Å uttrykke og motta sympati vil si at en bevisst går inn for å dele sorgen eller plagene og avlaste byrden med å bære den alene (Travelbee, 2015, s. 200-210).

Gjensidig forståelse og kontakt oppleves først når partene har kommet til stadiet hvor fasene over er gjennomført å tilstede. Dette resulterer i et menneske-til-menneske-forhold. Kategoriseringen av «pasient» og «sykepleier» er ikke lenger tilstede, men allikevel foreligger det et profesjonelt samarbeid. Denne fasen handler om en sammensetning av de andre fasene, hvor tillit, trygghet og kjennskap til den andre har blitt realisert. For at gjensidig forståelse og kontakt skal kunne oppleves, må handlingene sykepleieren utfører, bevisst være til pasientens beste for lindring eller forebygging av det verre. En fullverdig forståelse fra begge side vil oppstå når en verdsetter hverandres personlighet, og ser på hverandre som unike mennesker (Travelbee, 2015, s. 211-217).

3.2 Håp

En persons håp gjenspeiles i vedkommendes tanker, følelser og handlinger (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 271). Mennesker som befinner seg i vanskelige og vonde situasjoner kan ofte kjenne på håpløshet og trenger da motivasjon og hjelp til å finne håp for framtiden. Derfor beskrives håp som fremtidsorientert og relateres opp mot avhengighet fra andre, valgalternativer for de beste løsninger og ønsker om hvordan framtiden skal bli (Travelbee, 2014, s. 117-119). Kristoffersen et al. (2014) hevder at for at mennesker skal

oppleve livet som godt og meningsfullt, må de kjenne situasjonen som de står ovenfor nå, og samtidig tenke over forventningene til framtiden.

William F. Lynch (referert i Rustøen, 2006, s. 44) beskriver håp som en vesentlig kunnskap og en følelse av at det er en vei ut av vanskeligheter og lidelse. Håp blir videre presentert som en positiv ressurs som alltid er tilstede. En som har håp sitter inne med kunnskaper og følelser om at livets stressfylte hendelser kan mestres (Rustøen, 2006, s. 44).

Videre er det også en ofte sitert og brukt definisjon av håp, definert av Karin Dufault & Benita C. Martocchio:

«a multidimensional dynamic life force characterized by a confident yet uncertain expectation of achieving a future good which, to the hoping person, is realistically possible and personally significant» (Rustøen, 2006, s. 46).

Definisjonen her legger vekt på håp som realistisk og framtidsrettet, og det hevdes å være et flerdimensjonalt fenomen. Dufault & Martocchio mener at håp har seks ulike dimensjoner (Rustøen, 2006, s. 46-47):

Den affektive dimensjonen fokuserer på fornemmelser og følelser som deler av håpsprosessen. Personen som kjenner håp har tillit til seg selv og vet at det kan gå bra. Følelser knyttet til håp kan være optimisme, men samtidig usikkerhet fordi håp gjerne er knyttet til fremtiden. På grunn av motstridende følelser blir personen satt i et ventende aspekt, der resultatet av mengde tillit avhenger av de andre dimensjonene for håp. Håpsprosessen involverer med andre ord mange ulike følelser som hele tiden vil variere til målet er oppnådd (Rustøen, 2006, s. 47).

Den kognitive dimensjonen vurderes ut ifra hvordan personen vurderer virkeligheten i forhold til håp. Det er vesentlig å se hvordan den enkelte tenker, forestiller, ønsker, tror og bedømmer, noe som avhenger av hva man oppfatter og hvordan vurderer situasjonen man er i. En forsøker å tørre å håpe på noe til man ser at dette ikke er realistiske muligheter i virkeligheten. Dufault & Martocchio presiserer at det er virkeligheten til den håpende en skal ta utgangspunkt i, og at dette kan være forskjellig fra sykepleier og pasient da det baseres på egen tro og egne erfaringer (Rustøen, 2006, s. 47-48).

Handlingsdimensjonen fokuserer på handlingsorienteringen hos den håpende. Det kan foregå på ulike plan, som for eksempel psykologisk, fysisk, sosialt eller religiøst. Travelbee mener at det er flere valgmuligheter ved håp og at det kan gi en følelse av å ha kontroll over

egen skjebne. Dette kan gi et større engasjement og forståelse over egen situasjon for den håpende. Allikevel vil man møte personer som ikke klarer å handle uten bekreftelse, støtte og motivasjon fra helsepersonell, og det vil da være nødvendig for sykepleier å være behjelpelig med dette. En handling kan for eksempel være å spise riktig og sørge for nok hvile (Rustøen, 2006, s. 50-51).

Tilknytning til andre omhandler betydning ved å være involvert i andre for å opprettholde håp. Mennesker omgås hverandre gjennom hele livet og kan benyttes som en tilknytning. Den nærmeste familie og venner gir ofte trygghet og er villig til å lytte til eller hjelpe den syke. Tilstedeværelsen av andre kan være nok til at en har noe å leve for og at en ikke må gi opp i tunge perioder i livet (Rustøen, 2006, s. 51). Eksempelvis vil foreldre ha en ekstra tilknytning til sine barn, og vil derfor leve i håpet om å bli bedre for deres skyld. Personer som har gitt opp håpet om å bli bedre psykisk eller fysisk, vil derfor ha behov for sykepleie i form av å fremme håp. Sykepleier kan derfor benytte den sykes tilknytning og relasjon til andre som en del av behandlingen, for å fremme håpet.

Tidsaspektet i håp vektlegger personens egne erfaringer av fortid, nåtid og framtid. Selv om håp knyttes mot framtid, vil både fortid og nåtid ha en viktig rolle for hvordan håpet for fremtiden er. Det er derfor viktig at personen blir klar over at alle tidsaspektene virker inn. Når en person klarer å se framtiden til tross for sykdom og lidelse, har man håp om en framtid. Å sette seg mål i livet står helt sentralt for håp. Målene viser at en ser fremover og at positive endringer kan skje. Samtidig krever det å se framover, at man tåler å vente. Vente på at ting skal løse seg. Venteaspektet er derfor sentralt under begrepet håp. Personen kan kanskje ikke se noen vei ut av vanskelighetene akkurat nå, og venter derfor på en opptur. Evnen til å vente viser at personen takler håpløshet og tålmodighet å vente på det rette øyeblikket til rett tid (Rustøen, 2006, s. 52-54).

Den kontekstuelle dimensjonen tar utgangspunkt i livssituasjoner som påvirker den håpende. Dystre hendelser som tap, stress og kriser påvirker i hvilken grad en kan håpe for framtiden. Omgivelsene rundt personen er derfor en påvirkning. Travelbee mener i denne dimensjonen at håp normalt ikke foreligger i bevisstheten. Håp vil i ulike grader komme til syne ut ifra gitte situasjoner. Blant annet ved lidelse, vil håpet bli satt på prøve. Dersom evnen til å håpe blir svekket i større grad, kan meningen med livet forsvinne. Videre hevder Travelbee at opplevelser og erfaringer helt fra barndommen, spiller inn for hvor sterkt håpet er (Rustøen, 2006, s. 54-56).

3.2.1 Sykepleierens rolle for å fremme håp

Mennesker vil gjennom livet komme opp i situasjoner hvor ting føles vanskelig og tungt, og kan derfor kjenne på å miste håpet. Sykepleier spiller derfor en stor rolle for å gi pleie og omsorg til personer som trenger det. For å gjennomføre det på en god måte, er det viktig at sykepleier innehar gode kunnskaper om hva håp er, og hva som virker styrkende og svekkende. Omgivelsene til pasientene spiller inn for hvilken grad håp fremkommer i ulike situasjoner, og siden sykepleier ofte har mye daglig kontakt med pasienten, vil derfor væremåten og opptreden hos sykepleier oppfattes som styrkende eller svekkende, alt ettersom hvordan sykepleier fremtrer. Aktivisering av håp kan styrkes ved at sykepleier virker engasjert og medfølende eller svekkes hvis pasienten opplever sykepleier som uinteressert og lite empatisk (Rustøen, 2006, s. 100-101).

Den profesjonelle sykepleieren vil hjelpe syke mennesker med å fremme håp og unngå håpløshet ved å være tilgjengelig og lyttende. Det kommer ikke automatisk fram at den syke trenger hjelp og støtte, men gjennom opparbeidet tillit vil pasienten åpne seg og sykepleier kan deretter finne ut hvilke behov som må dekkes, skriver Travelbee (2014, s. 123-124).

3.3 Selvmord og selvmordsforsøk

Selvmord og selvmordsforsøk kan defineres på ulike måter. Felles for disse definisjonene av selvmordsforsøk og selvmord er at selvmordsatferd betegnes som selvbeskadigelse med eller uten dødelig utgang (Vråle, 2009, s. 31). Vi har valgt å ta med definisjonene fra Norsk Helseinformatikk, definert av WHO (1986):

«Selvmordsforsøk er en handling uten dødelig utgang, hvor en person med vilje inntar en overdose medisin eller liknende, eller utviser annen ikke vanemessig atferd som vil være skadeforvoldene hvis andre ikke griper inn, og der hensikten har vært å fremme vedkommenes ønskede forandringer via handlingens forventende fysiske konsekvenser» (NHI, 2017).

«Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å framkalle de av den avdøde ønskede forandringer» (NHI, 2017).

Forskning på forekomst av selvmord og systematisering av årsaksfaktorer er et omfattende og komplisert felt. Det er store mørketall i registreringer når det gjelder selvmord. Grunnen til dette er at en kan anta at mange som dør i ulykker, kan ha vært en selvmordhandling

(Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 356-357). Det er også vanlig å anta at det er ca. 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord (FHI, 2015).

3.3.1 Risiko- og påvirkningsfaktorer

For at man skal kunne forstå og vurdere faren for selvmord, er det viktig å kjenne til ulike risikosituasjoner og årsakssammenhenger som kan ha forårsaket selvmordstrusselen. Som regel er det ikke bare en årsak alene som utløser en situasjon som dette, og må derfor forstås og vurderes ut ifra et helhetsperspektiv (Vråle, 2009, s. 36-36). Mobbing, avvisning, overgrep, krenkelser, rus og avhengighet, akutte kriser og psykiske lidelser, er eksempler på hva som alene eller sammen kan føre til selvmordsatferd. En viktig risikofaktor å kartlegge er om pasienten tidligere har forsøkt å ta livet sitt, da gjerne kort tid etter et selvmordsforsøk (FHI, 2015).

Som helsepersonell er det viktig at vi identifiserer risiko for selvmord. Dette kan vi gjøre ved å finne ut som situasjonen, spørre om fysiske endringer, observere atferd, lytte etter tankeinnhold og kjenne etter følelser. Man bør være observant om pasienten ser selvmord som den eneste utveien. I mange tilfeller vil ikke pasienten selv være klar over hvor farlig eller alvorlig selvmordstanker er, fordi den følelsesmessige smerten tar over all oppmerksomhet. Derfor trenger vi informasjon av pasienten, det finnes tre sentrale forhold for å kunne vurdere selvmordsfare og risikonivået og det er følgende: nåværende selvmordsplan, tidligere selvmordsatferd og tilgjengelige ressurser. Å få denne informasjonen har en verdi. Dette har blitt bekreftet via klinisk og forskningssammenheng, men kan samtidig ikke gi oss full garanti. Av de som har planer om å begå selvmord er det ikke alle som ønsker hjelp, de er bestemte på å dø. Derfor skjuler de ofte selvmordsplanene og symptomene sine. Det man vet er at det bare er en liten del av disse pasientene som tar sitt eget liv som er i denne gruppen. Mange vil gjerne ha hjelp til å mestre problemet sitt og gi oss rom til å finne en annen utvei sammen med de (Silvola, Tallaksen, Amundsen, Ystgaard, Mehlum & Bjørneset, 2001, s. 50).

3.3.2 Større risiko for suicidalitet hos menn

For å gjøre rede for at det er flest menn som begår selvmordsforsøk og gjennomfører selvmord i Norge, ser vi det som sentralt i oppgaven at vi tar med forskning, litteratur og statistikker på både menn og kvinner.

I Norge har det lenge vært slik at menn har tatt sitt eget liv 3-4 ganger så ofte som kvinner, mens kvinner oftere gjør selvmordsforsøk. En kan tenke at det muligens kan ha en sammenheng med at menn har mindre aksept og tradisjon for å snakke og formidle

problemene sine til andre. Unge menn er i en livssituasjon som kan fortine seg smertefull. Konkurransen om utdanningsplasser og jobber kan true mannens identitet som familieforsørger (Vråle, 2009, s. 39).

Forsker og psykolog Mette L. Rasmussen hevder i artikkel, skrevet av Graven (2014) en teori om at menn som tar livet av seg er en utvei av situasjoner der de opplever uutholdelig mental smerte. Menn opplever ofte situasjoner hvor det oppstår en sterk følelse av skam og sinne som de ikke klarer å håndtere. De kan kjenne på et stort nederlag og svekkelse i selvtillit når målene deres ikke nås. Målene trenger nødvendigvis ikke være høye i seg selv, men følelsen av å mislykkes som person trer frem (Graven, 2014).

Metodene menn bruker når de skal ta livet sitt er ofte mer dramatiske og absolutte i sine utfall. De vanligste metodene for menn er skyting, henging, forgiftning og intenderte trafikkulykker. Kvinner bruker metoder som forgiftning, henging og drukning. Kvinner bruker metoder som innehar en større mulighet for å bli funnet i tide (Skårderud et al., 2015, s. 256-357). Selv om forekomsten av selvmord er vesentlig høyere hos menn så ser man at selvmordsforsøk er større blant kvinner. Dette kan forklares ved se på metodevalg og sannsynlighet ved for å dø ved de forskjellige metodene. Som vi har nevnt så er jo forgiftning en metode som blir brukt både ved selvmordsforsøk og selvmord. Denne metoden er mer usikker enn for eksempel skyting. Grunnen til at egenforgiftning kan være en mer usikker måte er fordi det kan være vanskelig å dosere og at man kan bli funnet i tide.

Det er viktig at man skjønner forskjellen på selvmord og selvmordsforsøk. Det er mange likhetstrekk mellom selvmord og selvmordsforsøk. Mange skader som er selvpåførte er ikke "mislykkete forsøk" på å ta sitt eget liv. Mange studier viser at mange av de som har påført seg skader så var ikke hensikten å dø, men å komme seg bort fra det som var en vanskelig situasjon eller synliggjøre at man har det vondt. Raymond Jack (referert i Rossow, 1999, s. 132) hevder at grunnen til at kvinner oftere begår selvmordsforsøk, men i mindre grad enn menn begår selvmord så dreier dette seg om ulike kjønnsroller. Jack mener at kvinnerollen er en "lært hjelpeløshet" og at når kvinner påfører seg selv skader så er det et endepunkt i en ond spiral som er redusert av handlingsmuligheter (Rossow, 1999).

3.3.3 Selvmordsprosessen

Professor i psykiatri, Nils Retterstøl (referert i Vråle, 2009, s. 33) definerer selvmordsprosessen som en utvikling fra selvmordstanker og selvmordsforsøk til fullbyrdet selvmord. Retterstøl mener at denne prosessen kan hjelpe å skille mellom skjulte og åpne

selvmordsproblemer. Gjennom selvmordsprosessen beskriver Ringel (referert i Vråle, 2009, s. 34) presuicidal syndrom gjennom disse tre fasene mot et selvmordsforsøk eller et selvmord:

Innsnevring og sosial isolasjon er fasen hvor pasienten er på vei inn i sin egen dødsprosess. Følelser av håpløshet og rådløshet fremtrer og han vil ikke lenger kunne se muligheter knyttet til situasjoner i livet. Motivasjon for liv svekkes, og selvmordsprosessen går i en mer sårbar retning (Vråle, 2009, s. 34).

I **aggresjonsfasen** gir pasienten seg selv eller nære personer rundt anklager. Vekslende følelser oppstår, men i denne fasen er valget om å ta sitt eget liv tatt. Personen bruker derfor tid til å planlegge hvordan selvmordet skal gjennomføres og andre ting knyttet til det (Vråle, 2009, s. 34).

Flukt fra virkeligheten er fasen hvor personens liv i stor grad er preget av dagdrømmer og fantasier. Å kjenne en lengtende følelse av å bli sørget over, og derfor kan føle at en er betydningsfull og elsket av andre. Samtidig er personens drømmer fortsatt preget av selvmordplanlegging, og han kan glemme nære personer og deres behov for omsorg (Vråle, 2009, s. 34).

Vråle (2009) presiserer at en selvmordprosess ikke nødvendigvis vil ende med selvmordsforsøk eller et fullstendig selvmord. Men å se denne prosessen og vite kjennetegn som kan være knyttet opp mot selvmordsatferd, kan være nok til å hjelpe en person til å få større mening med livet igjen. Å vite om personen har hatt negative tanker om livet og i verste fall vært suicidal tidligere, er en viktig opplysning i forhold til tiden etter et selvmordsforsøk. Nærhet og åpenhet vil i noen tilfeller være enklere å oppnå i etterkant av forsøk, da personen selv kan fortelle og være viten til sin egen situasjon. Noen personer har kun et engangstilfelle av dette gjennom livet, mens andre er kronisk suicidale (Vråle, 2009, s. 33-35).

4.0 Drøfting

Gjennom drøftingskapittelet skal vi benytte kunnskapen vi har fått gjennom teorikapittelet, som er sentrale begreper i problemstillingen. Vi vil bruke Travelbee sin teori om etablering av et menneske-til-menneske-forhold gjennom de fem ulike fasene. Herunder vil vi drøfte hvilke relevante forutsetninger som bør være til stede for å kunne fremme håp hos den selvmordstruende pasient, gjennom fasene mot et menneske-til-menneske-forhold.

Drøftingskapittelet vil være den delen av oppgaven som gir oss svar på anvendt teori, ved at forskningsartikler, presentert i metodekapittelet, og egne erfaringer trekkes inn.

4.1 Hva forventes at sykepleier forbereder i forkant av et møte med den unge selvmordstruende mann?

Helsepersonelloven hevder i kapittel 2, krav til helsepersonells yrkesutøvelse, under § 4 at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (Lovdata, 2017). Som sykepleier er det derfor viktig med forsvarlighet for å kunne utføre sykepleierollen etter lovens ord. Med det er ferdigheter og erfaring også viktig å trekke inn under forsvarlig arbeid.

I forkant av det innledende og første møte med en ung selvmordstruende mann, er det sentralt å ha kjennskap til pasientens forhistorie og situasjonen per nå. Sykepleier må med det lese journaler og dokumentasjon for å kunne utøve sykepleie etter pasientens individuelle behov og for å fremme håp.

Kristoffersen et al. (2014) skriver at datasamling er opplysninger om pasientens forhistorie og situasjonen han befinner seg i nå, hvor hensikten er å kartlegge behov for sykepleie. De hevder også at kontinuerlig dokumentasjon er avgjørende for resultat av behandlingen. Retningslinjer for hva som er aktuelle sykepleiefaglige data, bidrar til å sikre både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, og sykepleier vil da kunne fokusere på riktige områder for tilrettelegging. Tidligere erfaringer vi selv har fra praksis underbygger teori om at kontinuerlig dokumentasjon er nødvendig i møte med nye pasienter. Uten dokumentasjon får vi mindre forståelse av hvordan pasienten til vanlig er, og det vil da være utfordrende å se bedring eller forverring av fysisk eller psykisk tilstand. Den psykiske lidelsen depresjon representerer den største faren for selvmord. Det er ikke en spesiell depresjon det er snakk om

da, men alle depresjoner der tap av selvfølelse og håp kan gi en opplevelse av motløshet. Selvmordsfaren er ofte størst ved de alvorlige depresjonene som er preget av et depressivt tankeinnhold og at man opplever følelsen av verdiløshet (Vråle, 2009). Vi tenker at å ha kunnskap om psykiske lidelser som sykepleier er viktig. Denne pasientgruppen er ofte sårbare og det skal ikke så mye til før en godt ment setning snus til det negative for pasienten. Slik vi ser det er det derfor viktig at sykepleier trer fram på en varsom og respektfull måte og gir pasienten bekreftelse på at han skal få hjelp.

Forberedelse av et innledende møte krever at sykepleier har kunnskap som kan hjelpe den selvmordstruende pasient. Det innebærer å ha relevante opplysninger, men også kunnskapsbasert praksis. Kristoffersen et al. (2014) skriver at forskningsbasert, erfarings basert og brukerkunnskap inngår i kunnskapsbasert praksis.

Forskningsbasert kunnskap er det samme som vitenskapelig kunnskap. Forskning kan identifisere, beskrive og forklare årsaksforhold, vise forekomst, gi forståelse av pasienters opplevelser og erfaringer eller understreke begreper innenfor sykepleiefaget (Kristoffersen et al., 2014).

Erfarings basert kunnskap er knyttet til konkrete situasjoner, som tilegnes gjennom et yrkesaktivt liv. Kunnskap blir her utviklet gjennom refleksjon av egne erfaringer som sykepleier (Kristoffersen et al., 2014).

Brukerkunnskap tar hensyn til pasientens ønsker og behov og medbestemmelse må gjennomføres i en samtale med den enkelte. Denne kunnskapen får sykepleieren gjennom kommunikasjon og samhandling med pasienten (Kristoffersen et al., 2014).

Dette skal enhver sykepleier selv ta stilling til, vurdere om egen kompetanse strekker til og kan utføres forsvarlig. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fra Norges sykepleierforbund (2011) står det at sykepleieren må holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sykepleier står med dette ovenfor egen læring og anskaffelse av kunnskap. Erfaringer vi har gjort i praksis, er at det finnes flere ulike måter å tilegne seg kunnskap på og hvor viktig dette er for både pasientens og sykepleierens sikkerhet. For eksempel dokumentasjon eller dialog med kollegaer om pasienten kan gi oss erfaring og kunnskap, som vil kunne gjøre møtet med pasienten planlagt og gjennomførbart.

4.2 Hvordan kan sykepleier møte den selvmordstruende pasient ved det innledende møtet i hjemmet?

Travelbee (2014) mener at både pasient og sykepleier danner et førsteinntrykk av hverandre under det innledende møtet, basert på observasjoner og antakelser. Under det første møtet er pasient og sykepleier ukjente og ser på hverandre som stereotype «pasient» og «sykepleier». Travelbee (2014) hevder videre at dersom sykepleier ikke forstår at hun oppfatter den syke som «pasient», vil hun heller ikke kunne komme videre i forholdet mot et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleiers rolle blir å bryte ned kategoriseringen for å oppfatte selve mennesket i pasienten. Egne praksiserfaringer knyttet opp mot møte med nye mennesker underbygger teorien til Travelbee. En har forventninger til hvordan det første møtet skal være og gjør seg opp tanker i forkant. Samtidig underbygger Travelbee sin teori hva vi selv har opplevd i praksis, om at sykepleier må se pasienten bak lidelsen for å lære å kjenne personen og dens begrensninger, og samtidig vise forståelse og at pasienten selv kan føle at han blir sett og har medvirkning i behandlingen.

Måten vi forholder oss til andre mennesker avhengiger av egne verdier og vurderinger, og hva vi ønsker at våre holdninger skal være (Henriksen & Vetlesen, 2006). Holdningene og verdiene vi som sykepleier har, vil påvirke hvordan det første møtet blir med en selvmordstruende pasient i hjemmet (Silvola et al., 2001). Dette sier oss at holdningene sykepleier viser under det innledende møtet er avgjørende for at pasienten skal kunne oppfatte og ville etablere forhold med sykepleier.

Slik vi ser det er det både fordeler og ulemper ved å møte selvmordstruende unge menn i hjemmet. Å møte personer i eget hjem påvirker oss som sykepleiere, men også pasienten. Lingås (2006) angir at en ser pasienten som et helt menneske i hjemmet og en som har makt over egen sfære. Travelbee (2014) underbygger dette ved å tydeliggjøre at det er viktig å se mennesket bak sykdommen. Vi har selv erfaring med å møte pasienter i hjemmet, og kan derfor se forskjellene som utpeker seg under møte med pasienter. Hjemme hos pasienten kan sykepleier observere omgivelsene pasienten til vanlig ferdes i, men det kan være vanskeligere på en institusjon.

Henriksen & Vetlesen (2006) hevder under menneskesynets betydning i møte med andre, at det er viktig å møte pasienter på en slik måte som man selv ville blitt møtt i liknende situasjon. Holdninger vises på hvordan en opptrer foran andre mennesker. Kroppsspråk, uttrykk og tonevalg påvirker hvordan mottakeren opplever dine holdninger. I situasjoner med

selvmordstruende pasienter er det viktig som sykepleier å kunne få en forståelse av hvordan og hvorfor pasienten opplever livet uutholdelig. Vi tenker dette kommer til uttrykk i det innledende møtet, hvor pasienten forhåpentligvis allerede da får en opplevelse av å bli tatt på alvor og at sykepleier er interessert i å hjelpe.

Travelbee (2014) angir at alle mennesker viser tendenser til å bedømme andre, som gjerne skjer på grunnlag av atferd. Positiv eller negativ bedømmelse baseres da på holdninger som gjenspeiles eller viker fra ens egne holdninger og erfaringer enn fra andre. Vi har erfart selv at holdninger og meninger kan utløse temaer som pasienten helst vil unngå. Som sykepleier må man derfor jobbe for at pasienten etter hvert aksepterer å snakke om uønskede temaer, noe som krever erfaring og sykepleierens bevisste bruk av metoder. Fra psykiatripraksis har vi erfaring med at det pasienten gir uttrykk for som uønskede temaer, ofte er problemet som sykepleier skal hjelpe pasienten med og gjennom.

Vi har gjort oss bevisste på hvor viktig god kommunikasjon er, fordi det er tilstede til enhver tid. Alt vi gjør i møte med mennesker, er kommunikasjon. Det har enkelte ganger vært utfordrende å opprettholde en samtale med yngre selvmordstruende menn, da de ikke er like åpne for samtale og utdyping av problemer, som kvinner.

I studien gjort av Rasmussen, Dieserud, Dyregrov & Haavind (2014) er funnene basert på at en del av de selvmordstruende unge mennene som var i en selvmordskrise, ga få eller ingen tegn til selvmordadferd. Mennene sa selv at de synes at psykisk helsetjeneste spilte relativt liten rolle i forebygging av selvmord. Videre i artikkelen hevdes det at helsepersonell må flytte fokus fra repeterende risikoforskning, og få en forståelse av hvorfor de tar livet sitt uavhengig av psykisk sykdom. Mange av mennene var ikke i kontakt med psykisk helsevern før selvmordsforsøket. Slik vi tolker forskningen må vi som sykepleiere finne en måte å nå frem til de unge mennene, men at det kan være en utfordring. Det å kommunisere med pasienten og legge merke til tegn og signaler, som for eksempel uttalelser man finner merkverdige, at pasienten gjentatte ganger viser til feilvalgte beslutninger, bruker sin egen død som trussel eller refererer til døden som et sted å dra, er sentralt for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, da dette kan være en indikator (Rasmussen et al., 2014).

Sykepleiere har utfordringer knyttet mot tidspress, og av erfaring kan kommunikasjonen svikte på grunn av det. Vi har sett at en god samtale med pasienter ofte er det de setter mest pris på, uavhengig av de er på institusjon eller i hjemmet. Eide & Eide (2013) hevder at kommunikasjon i yrkessammenhenger skal være faglig og til hjelp for den andre. Travelbee

(2014) underbygger dette ved å angi at kommunikasjon er et viktig verktøy for å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Ved å kommunisere verbalt eller nonverbalt har man evne til å trekke andre mennesker nærmere, støtte de bort, hjelpe eller å såre. Det hevdes også at kommunikasjon er en gjensidig prosess, hvor sykepleier får og gir informasjon og pasienten får gjennom formidlingen, hjelp til sine problemer (Travelbee, 2014).

Eide & Eide (2013) angir at en stor del av kommunikasjonen, blir formidlet nonverbalt. Målet med nonverbal kommunikasjon er å skulle fremtre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Travelbee (2014) hevder det er i kommunikasjonsprosessen sykepleier må finne ut hva som skiller pasienter fra hverandre, for å kunne hjelpe og være lyttende til de individuelle behovene. For en ung selvmordstruende person har vi erfart at måten sykepleier kommuniserer på er sentralt i forhold til arbeidet videre. Tillit og trygghet bør oppstå for at pasienten skal åpne seg, dele tanker og følelser med sykepleier. Eksempelvis kan ansiktsuttrykk, øyekontakt og berøring være måter å kommunisere nonverbalt (Eide & Eide, 2013).

Under det innledende møtet med en ung selvmordstruende mann, ser vi det som nødvendig å anvende teorien Travelbee har om å skille pasienten fra tidligere pasienterfaringer, da alle mennesker har individuelle behov. Det som har virket i en annen liknende situasjon, vil nødvendigvis ikke være til det beste for denne pasienten. For å kunne jobbe opp mot Eide & Eide sine mål om nonverbal kommunikasjon, vil vi vise pasienten interesse for å hjelpe gjennom væremåte og opptreden. Sammen med den nonverbale kommunikasjonen, er det i høyest grad også viktig å presisere hvordan sykepleier ordlegger seg.

Praksisperioder gjennom studiet har gitt oss erfaringer om observasjon og kartlegging. Vi har tilegnet oss kunnskap om hva som skal observeres og kartlegges etter at gitt diagnose av lege er stilt. For å observere riktig rundt pasienten, er vi nødt til å vite hva problemet til pasienten er. Når vi vet at en ung mann er selvmordstruende, skal vi som sykepleiere vite hva vi skal observere og kartlegge. Travelbee (2014) underbygger dette ved at hun mener behovene for sykepleie må identifiseres før de kan ivaretas. Videre hevder Travelbee (2014) at observasjoner er nødvendig i fortsettelsen av etablering av menneske-til-menneske-forhold. En kan ikke tolke pasienten før en bekreftelse har kommet fra pasienten selv. Dette har med opplevelsen av observasjonene sykepleier gjør, for eksempel et ansiktsuttrykk eller en bevegelse pasienten gjør under samtale.

Sykepleier kan oppfatte ulike signaler ved selvmordstruende pasienter. Dette kan samsvare med det pasienten faktisk formidler, men kan også være et manipuleringsforsøk for å skjule tanker han egentlig har om å ta livet sitt. Sykepleier må derfor ha kunnskap om signaler og tegn på ulike atferdsmønstre i møte med denne pasientgruppen, hevder Silvola et al. (2001). Videre hevder Silvola et al. at jo mer kunnskap en har om en pasient, jo mer virkningsfull vil risikovurderingen bli. Dette bekrefter det vi selv har erfaring med fra praksis, og det vi tidligere har referert til under forberedelser i forkant av det innledende møtet.

Hummelvoll (2014) understreker behovet for at personal innenfor helseyrker øker sin kompetanse for å kunne gjøre gode og nyttige vurderinger. Det er viktig å være klar over hvilke personer eller grupper som er i risikozonen. Hummelvoll (2014) presiserer at personer som tidligere har gjort selvmordsforsøk, har større risiko for å gjenta det. Vi mener det innledende møtet skal være hensiktsmessig for både pasient og sykepleier. Det vi ser som sentralt er at sykepleier viser sin utøvelse at de tar selvmordproblemet på alvor. Pasienten skal kjenne seg sett og hørt, og behovene for sykepleie skal formuleres og konkretiseres.

I følge Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008), er det konkrete spørsmål som bør stilles til pasienten som vurderes som selvmordstruet:

- Har personen selvmordstanker?
- Er tankene til stede hele tiden/av og til?
- Har personen selvmordsplaner, og hvor konkrete er disse?
- Hører vedkommende stemmer som sier at personen skal ta livet av seg selv eller andre?
- Foreligger uttalt håpløshet eller dødsønske?
- Har personen tilgang til våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?
(Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Spørsmålene som stilles er konkrete, og slik vi ser det er det liten mulighet for at det oppstår misforståelser ved svarene. Under psykiatripraksis fikk vi selv være med på samtaler hvor disse spørsmålene ble stilt og det ga resultater som viste seg å være positive. Positive i den forstand at vi lettere kunne kartlegge hvor reelt problemet var for pasienten og hvilke tiltak som måtte iverksettes. Et tiltak som ble brukt for å fremme håp hos pasienten, var å opprette en «kontrakt» mellom sykepleier og pasient, hvor pasienten skulle love at han ikke skulle ta

livet sitt i mellomtiden av neste møte. Ved å gjøre det på denne måten skulle det være til hjelp for pasienten å kjenne et håp om at ting vil bli bedre. «Kontrakten» viser fra sykepleiers side at hun faktisk vil hjelpe han ut av situasjonen han er i nå.

Egne erfaringer er at sykepleiere i hjemmebasert omsorg ikke har mulighet til å observere pasienter gjennom hele døgnet, men allikevel kan gjøre observasjoner og kartlegging som gir grunnlag for at det er forsvarlig å fortsette behandling i hjemmet fremfor innleggelse på institusjon. Helsepersonelloven underbygger dette i kapittel 3, under §3-1. «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (Lovdata, 2016). Studien til Jamtvedt & Nortvedt (2015) underbygger egne erfaringer, men også lovverket, ved at de kom fram til at pasienten har rett til medvirkning, og at man som sykepleier skal vite hvordan det skal gjennomføres.

Travelbee (2014) hevder at et menneske-til-menneske-forhold først er etablert når både pasient og sykepleier ser på hverandre som unike individer, viser forståelse og tillit. Med dette som videre grunnlag til drøftingen, mener vi at det innledende møtet står sentralt med forberedelser, holdninger, kommunikasjon, observasjon og kartlegging for å fremme håp om at livet kan snu i det positive for pasienten.

4.3 Hvordan kan sykepleier styrke og bevare identiteten til pasienten?

Kristoffersen et al. (2014) skriver at identitet omhandler opplevelse av å være og kjenne seg selv. Uansett om en person er fysisk eller psykisk syk, vil de befinne seg i en sårbar situasjon. Oppfattelsen av ord som blir sagt av andre kan føre til både tap av selvfølelse og identitet, men kan også motsatt gi økt selvfølelse og dannelse av identitet. Et bekreftende ord eller utsagn kan gi opplevelse av respekt og verdighet hos den syke. Av erfaring fra praksis har vi sett at sykepleier er en sentral person i arbeidet om å fremme håp hos pasienten gjennom å være tilstede og gjennom samtaler. Dette underbygges av Travelbee (2014) som hevder at den profesjonelle sykepleierens oppgave er å holde håpet mot framtiden fast og unngå håpløshet.

Kristoffersen et al. (2014) hevder at identitet og egenverd hører sammen til en viss grad. Egenverd omhandler hvilken betydning og verdi vi gir oss selv som menneske. Identitet og egenverd er grunnleggende for at vi skal kunne sette verdi også på andre enn oss selv. I en sykepleiesituasjon, må sykepleier og pasient se hverandres behov og erfaringer for å kunne lykkes. Vi mener det er viktig at pasienten forstår at ved for eksempel å snakke om vanskelige

temaer vil dette gi sykepleieren nødvendig innsikt for å iverksette riktig tiltak og ha kjennskap til sykepleiers erfaring med tilsvarende arbeid, vil det være tillitsskapende. Travelbee (2014) underbygger dette med å angi at fasen i fasen for fremvekst av identitet vil sykepleier og pasient utvikle evnen til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre.

Egne erfaringer fra praksis underbygger Travelbees teori om denne fasen. Vi har sett at selvmordstruende pasienter over lengere periode har følt tap av identitet og egenverd, og sammen med en utløsende faktor, har mistet håp om framtiden og ser eneste utvei å avslutte livet brått. I eksempler fra praksis har utløsende faktor kunne for eksempel vært menn med svekket selvbilde, mangel på tilhørighet, tap av sosialt nettverk, identitetskrise fra barndom eller tap av jobb.

Saastad (2016) skriver i sin artikkel om flere pårørende som hevder at menn i deres nære familie har taklet sykdom dårlig og at det har utløst identitetskrise ved at de måtte trappe ned eller forlate jobben. Videre angis det at menn ser på sykdom som å være «svak» og ikke stemte med deres eget bilde av seg selv. Vi kan ut ifra dette tolke det som at menn ser arbeidslivet som nødvendig og knyttet opp mot den mannlige identiteten. Dette passer inn i bildet av mannen som forsørger av familien.

Beskrivelsen til Kristoffersen et al. (2014) av hvordan identitet kommer til uttrykk, gir muligheter for sykepleiere til å kartlegge deres behov for hjelp ved å fremme identitet og selvbilde. I hjemmebasert omsorg varer kontakten ofte over tid og det er mer kontinuitet i relasjoner som oppstår. De dagligdagse samtaler med pasienten kan gi kunnskap til sykepleieren om pasientens tanker om sin identitet, ved at de forteller eller svarer, indirekte eller direkte, på spørsmål knyttet til tilværelsen og situasjonen. Dette underbygges av egne erfaringer fra praksis, hvor ny informasjon dukker opp i en uformell samtale som har fokus et annet sted enn sykdom og lidelse (Kristoffersen et al., 2014). Som nevnt har sykepleier kunnskap om hva som skal observeres, og blant annet uttrykk og uttalelser som pasienten sier, kan fortelle oss mye om hvordan de føler seg nå. Rustøen (2009) underbygger dette med å hevde at sykepleieren må klare å fremme ovenfor pasienten at ting vil bli bedre gjennom en prosess, og derfor må vite faktorer som kan virke styrkende og svekkende for identiteten til pasienten.

Vråle (2009) angir at dersom den selvmordstruende pasient blir møtt, sett og forstått som en særegen person, vil det gi bekreftelse på hans identitet. Bare dette kan være

selvmordsforebyggende. Ut ifra det vi har erfart med selvmordstruende unge menn, stemmer dette godt. Vi har ved flere anledninger møtt personer som har sett mørkt på livet, men ved å gi bekreftelse på at vi har hørt, sett og vist omtanke for pasienten, har det bidratt positivt i den videre behandlingen.

4.4 Hvordan kan sykepleier vise empati, sympati og medfølelse til pasienten?

Travelbee (2014) hevder at ønsket om å lindre plager er framtrедende i fasen om sympati og medfølelse, mens fraværende i empatifasen. Allikevel går disse to fasene inn i hverandre. I empatifasen er sykepleieren i stand til å forstå den psykiske tilstanden til mennesket hun skal hjelpe, mens i sympati- og medfølelsesfasen føler en behovet for å lindre plagene, skriver Travelbee. Hummelvoll (2014) underbygger dette ved å angi at det er viktig som sykepleier å være tilstede når pasienten trenger å uttrykke seg, ved enten positive eller negative situasjoner. Å skape grunnlaget for betydningsfulle møter for både pasient og sykepleier, ved å være seg selv, ekte og nær. Dette krever empati, mener Hummelvoll (2014).

I praksissituasjoner med selvmordstruende personer, kan vi underbygge det Travelbee og Hummelvoll hevder med fasene empati, sympati og medfølelse, da pasienter har bekreftet at de opplevde samtaler og en tilstedeværelse fra oss, ved å være interessert, forståelsesfull og lyttende til deres situasjon. Flere av pasientene hadde over en lengre periode unngått å snakke med noen om sine vansker, og syns det var nyttig å snakke med sykepleiere. Kristoffersen et al. (2014) belyser at ved å ha øyekontakt, være lyttende og interessert og gjentakelse av hva pasienten har gitt uttrykk for, viser at man har forståelse ovenfor pasienten.

Det at man som sykepleier viser en nærværenhet til pasienten kan virke selvmordsforebyggende, og grunnen er fordi at andre mennesker rundt pasienten, enten man er sykepleier eller har en relasjon til mennesket, kan bringe inn alternative løsninger hevder Vråle & Mjøsund (2009) i sin artikkel.

Øyekontakt med personen du skal hjelpe er viktig fordi det uttrykker følelser og oppmerksomhet for den andre, hevder Eide & Eide (2013). Det kan oppleves beroligende eller vekke engstelse, og derfor er det viktig å tenke over hvilket blikk du retter mot pasienten. Overdrivelse av blikk kan i verste fall føre til at pasienten føler seg overvåket og vurdert (Eide & Eide, 2013).

Ved å observere ansiktsuttrykk så får man som regel automatisk informasjon om den andres følelser og reaksjoner. Det man skal huske på her er at vi som sykepleiere kan lese pasientens sine ansiktsuttrykk, men de kan også lese våre. Så om vi himler med øynene, gjesper eller ser lite interesserte ut så vil det påvirke kommunikasjonen (Eide & Eide, 2013).

Studien til Tzeng, Yang, Tzeng, Ma & Chen (2010) omhandler sykepleiers innlevelsessevne ovenfor selvmordstruende pasienter. Det kom frem i studien at sykepleierne som deltok følte seg motløse og gjerne var lukket og avgrenset på grunn av manglende forståelse for de indre opplevelsene til de selvmordstruende pasientene. Det hevdes i artikkelen at man som sykepleier må forstå betydningen av å ha selvmordstanker for å kunne utvikle innlevelse for deres situasjon. Erfaringer vi har gjort oss gjennom praksis underbygger temaet innlevelsessevne hos sykepleiere, da vi har sett at personalet ofte har opplevd det vanskelig og tøft å skulle møte pasienter som har selvmordstanker. Vi har sett at det er en psykisk påkjenning å være rundt pasienter som kun har negative tanker om framtiden og på livet. På grunnlag av dette ser vi hvor viktig det er med et godt samarbeid rundt pasienten, slik at også sykepleiere kan føle seg sett, hørt og forstått i tøffe situasjoner. Når sykepleier også kan føle seg ivaretatt, tror vi det blir enklere å skulle hjelpe pasienten til å fremme håp knyttet til framtiden. Dette underbygges igjen av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, som skriver at sykepleieren skal erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner. De skriver også at sykepleier skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten, som understreker våre egne erfaringer med at et godt samarbeid rundt pasienten er viktig (Norsk sykepleieforbund, 2011).

I følge Travelbee (2014) er det viktig at sympati og medfølelse ikke går over til å bli «overidentifikasjon». Med dette hevdes det av Travelbee at enkelte setter seg selv så mye inn i situasjonen fordi en gjenkjenner seg selv i for stor grad med pasienten. Det kan føre til at sykepleier blir så følelsesmessig engasjert og involvert i pasientens problemer at hun da ivaretar sine egne behov fremfor pasientens behov. Ved overidentifikasjon vil det nettopp være at sykepleier ikke klarer å skille mellom hva som er sykepleier versus pasientens behov. Dette kan være at sykepleier har tilsvarende erfaringer fra eget liv. Vi tolker dette som at sykepleier må gjøre seg bevisst på sine følelser og reaksjoner under møte med selvmordstruende pasienter, for å ikke identifisere seg med og i hva pasientens situasjon er, men heller fokusere på å vise empati, sympati og medfølelse på en profesjonell måte.

For å gjenopprette håp og fremtidstro, er det ifølge Jerome D. Frank (referert i Wormnes & Manger, 2005) fire viktige faktorer som er sentrale. Det må være en sterk følelsesmessig og

tillitsskapende relasjon, som må være tilstede over en lenger periode. Begrunnelse og teori som kan vise til og forklare personens tidligere tilstand og kunne tilby en løsning som skal føre til det bedre. Til slutt vektlegges det at et godt utarbeidet behandlingsopplegg, som kan love bedring for personen, fører til bedring allerede før behandlingen er påstartet fordi håpet er reetablert (Wormnes & Manger, 2005). Rustøen (2006) underbygger dette med at dersom sykepleieren ikke viser sympati, empati og medfølelse, kan det oppfattes av pasienten som at sykepleier ikke legger innsats for videre håp, og dermed speiler hans situasjon. Det vi forstår med dette er at vi må etablere et tillitsskapende forhold til pasienten ved å vise at man oppriktig er interessert i hans situasjon ved å lytte aktivt og vise et ønske om å hjelpe.

Biong & Herrestad (2011) sin studie om håp i krisehåndteringer og hvordan helsepersonell forstod håp, kom fram til at helsepersonell knyttet håp til noe som sykepleier overførte til pasienten. Når pasienter på egenhånd ikke klarte å sette seg egne mål var det derfor viktig at sykepleier var tilstede for å fremme håp. Videre ble det skrevet at vårt håp kan gi en motvekt av pasientens håpløshet, likegyldighet eller meningsløshet. På bakgrunn av studien tenker vi det er viktig at sykepleier som møter selvmordstruende unge menn, hele tiden fokuserer på å fremme håp. Dette kan gjøres gjennom samtale om hans syn på nåtid og framtid, og gjennom dette ytre at han fremdeles har et langt liv foran seg. Vi tror også at fokuset bør ligge på de positive egenskapene og ressursene han har i livet, i hjelp om å fremme håp. Studien og egne oppfattelser samsvarer med det de yrkesetiske retningslinjene skriver om at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleieforbund, 2011).

Travelbee (2014) hevder at hvis sykepleieren bevisst bruker egen personlighet og egne kunnskaper for å oppnå forandring hos den syke pasienten og det gir resultater, bruker hun seg selv terapeutisk. Selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i hva som innebærer å være et menneske og å forstå egne åndelige verdier og syn på sykdom og lidelse, kreves for å oppnå terapeutisk bruk av seg selv. Dette vil være avgjørende for om man klarer å hjelpe den syke til å finne mening eller ikke mening i situasjoner, mener Travelbee (2014). Slik vi forstår Travelbee mener hun at det er en viktig egenskap å ha som sykepleier å kjenne seg selv og være bevisst på egne kunnskaper og erfaringer for å kunne hjelpe andre. Dette mener vi er sentralt i forhold til unge selvmordstruende menn, som igjen også enklere kan vise pasienten empati, sympati og medfølelse.

4.5 Hvordan kan sykepleier og pasient oppnå gjensidig forståelse og kontakt?

Relasjonsarbeid er viktig i selvmordsforebyggende arbeid, hevder Vråle (2009). Det underbygger Travelbee (2014) med å angi at gjensidig forståelse og kontakt er siste fase for etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Tidligere i drøftingen har vi satt fokus på hva som må ligge til grunne for at det skal være nyttig for både pasient og sykepleier å arbeide sammen, og det gjennomgående ser vi hele tiden faller tilbake på hvordan sykepleier forholder seg til og fremtrer ovenfor den selvmordstruende unge mannen. Egne erfaringer fra praksis har gitt oss perspektiv på hvor enkelt eller hvor vanskelig det kan være å fremme håp hos selvmordstruende pasienter, særlig unge menn. Så hvordan kan sykepleier gjennom den siste fasen i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold være sikker på at det er gjensidig forståelse og kontakt, og at pasienten etter hvert gjenvinner håp om en framtid?

Vråle (2014) skriver i sin artikkel at det er gjennom samtaler med pasienten om deres liv, utfordringer og smerter at selvmord fremtrer som mulig løsning fra hans perspektiv. Vi ser viktigheten med at helsepersonell forstår at vi kan medvirke i pasientens liv og livsbetingelser og må derfor tørre å invitere til samtaler om eksistensiell smerte, tilhørighet, samhandling og mening som påvirker livet til pasienten. Men for at pasienten skal åpne seg for sykepleier og fortelle om hans tanker er det viktig med tillit. Silvola et al. (2001) underbygger dette ved å angi at en åpen samtale som viser pasienten bekymring ofte kan føre til lettelse, og med det være selvmordsforebyggende.

Hummelvoll (2014) hevder det er et behov hos alle å ha tillit til medmennesker og at tillit er avgjørende for vekst og modning. Gjennom sympati- og medfølelsesfasen har sykepleier opparbeidet tillit hos pasienten, hevder Travelbee (2014). På bakgrunn av egne erfaringer har vi sett at sykepleiere som har hatt mye å gjøre med den selvmordstruende pasienten, har fått mer informasjon og utbytte av samtalene som har foregått de imellom, enn annet personalet som ikke har den samme relasjonen til pasienten. Erfaringene underbygger derfor Travelbees teori om at tillit opparbeides og skapes gjennom et kontinuerlig samarbeid. Et holdepunkt om at gjensidig forståelse og kontakt er tilstede, ser vi altså via tillit mellom pasient og sykepleier.

Huen, Ip, Ho & Yip (2015) kom i sin studie fram til at håp og håpløshet henger sammen og at personer som har mistet håpet, i større grad har selvmordstanker enn de som sitter med håp. Forskningen underbygges av Rustøen (2006) som hevder at en som har håp, sitter inne med kunnskaper og følelser om at livets stressfylte hendelser kan mestres. Dette underbygger egne

tanker vi har om hvorfor flere selvmordstruende pasienter har behov for å fremme håp knyttet til framtiden. Dimensjonene i håpsprosessen vil få fram mange ulike følelser knyttet til fortid, nåtid og framtid. Vi tenker da at sykepleiers oppgave i møte med selvmordstruende unge menn vil være å gjøre de bevisste på tankene de har, og sammen finne måter å bearbeide og mestre de negative tankene på.

Som nevnt er gjensidig forståelse og kontakt siste fase av etablering av et menneske-til-menneske-forhold som Travelbee (2014) mener er målrettet og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. Vi ser gjennom alle fasene at et slikt forhold mellom pasient og sykepleier opprettholder hensikten til sykepleieren om å gi god sykepleie, og at det oppfyller de pliktene vi som sykepleiere må forholde oss til. Vi retter dette mot de yrkesetiske retningslinjene og lovverk som vi sykepleiere må ta stilling til hver dag på jobb.

5.0 Konklusjon

Vi har i denne bacheloroppgaven ønsket å finne svar på følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere fremme håp hos selvmordstruende unge menn?»

Det gjennomgående temaet i oppgaven baserer seg på unge menn som er selvmordstruende og som trenger kontinuerlig støtte av sykepleiere for å gjenvinne håp om en framtid. Vi har kommet fram til at det er et aktuelt tema, både for helsepersonell og mennesker generelt, da det de siste årene har blitt satt mye fokus på hvorfor selvmord er et alternativ for mange og hva den utløsende årsaken kan være, blant annet psykisk helsetilstand. Vi ser at sykepleiere kan komme opp i situasjoner hvor denne pasientgruppen fremtrer, og ser det derfor som viktig at sykepleier innehar kunnskap om hvordan hun skal gjennomføre god sykepleie og støtte i livets vanskeligheter og utfordringer. Litteratur, forskning og egne erfaringer i oppgaven viser at det å fremme håp, kanskje er det viktigste for denne pasientgruppen. Det har derfor vært viktig for besvarelsen å finne forskning som omhandler håp. Det viser seg i utvalgte artikler at håp er et omdiskutert begrep, og at sykepleiere har forskjellig syn på hva begrepet omhandler.

For å gjenvinne håp hos unge selvmordstruende menn har vi kommet fram til at det er viktig at sykepleier ser på pasienten som et enkeltindivid og har evne til å se mennesket bak sykdommen. Det er avgjørende hvilke kunnskaper og holdninger sykepleier har i møte med denne pasientgruppen, da de sjeldent åpner seg med mindre en god relasjon oppstår mellom sykepleier og pasient. Kunnskap om hvordan sykepleier bør forholde seg og tre fram i møte med denne pasientgruppen, kunnskap om årsaksforhold og risikogrupper. Holdninger og refleksjoner sykepleier har rundt liv og død, og hvordan man skal kunne fremme å velge livet fremfor døden, ser vi gjennom litteratur og forskning spiller en stor rolle. Sykepleier må selv tenke over hvilken rolle hun spiller for pasienten og hvilken forskjell det kan utgjøre for utfallet. Konklusjonen for denne oppgaven sier oss at en god relasjon er nøkkelen for videre samarbeid og økt sjanse for å fremme håp hos den selvmordstruende mann.

6.0 Litteraturliste

* Biong, S. & Herrestad, H. (2011). «Som å åpne noe som er fastlåst – begrepet håp i krisehåndtering og hjemmebehandling i lokalbasert psykisk helsevern». Hentet 12.04.17 fra https://www-idunn-no.ezproxy.hihm.no/klinisk_sygepleje/2011/02/som_aa_aapne_noe_som_er_fastlaast_begrepet_haap_i_krisehaandte

= 18 sider.

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Dieserud, G. (2015). *Forebygging av selvmord – faktaark*. Hentet 05.05.17 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/forebygging-av-selvord---faktaark/>

= 8 sider.

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Folkehelseinstituttet (2015). *Selvord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk*. Hentet 03.04.17 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordsforsok---fakta/>

= 6 sider.

*Graven, A. (2014). *Skam, sinne og sårbarhet bak unge menns selvmord*. Hentet 07.04.17 fra <http://forskning.no/forebyggende-helse-menneskekroppen-sykdommer-psykiske-lidelser/2014/01/skam-sinne-og-sarbarhet-bak>

= 2 sider.

Henriksen, J.-O. & Vetlesen A.J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Huen, J.M.Y., Ip, B.Y.T., Ho, S.M.Y. & Yip, P.S.F. (2015). *Hope and Hopelessness: The Role of Hope in Buffering the Impact of Hopelessness on Suicidal Ideation*. Hentet 17.04.17 fra <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.hihm.no/pmc/articles/PMC4481312/>

= 15 sider.

*Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. (2015). *Brukermedvirkning i sykepleie*. Hentet 07.04.17 fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/08/brukermedvirkning-i-sykepleie>
= 8 sider.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red). (2014). *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 2-3). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Lingås, L.G. (2005). *Over andres dørstokk: Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter* (3. utg). Oslo: Kommuneforlaget AS.
Kap. 4. S.42-63= 21 sider.

*Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Kap. 2, §4. (2017).

*Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63. §3-1. (2016).

*Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og – forskning (2015). Hentet 05.04.17 fra Universitetet i Oslo:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/statistikk-selvmoerd/>

*Norges Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10.05.17 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
= 46 sider.

*Norsk helseinformatikk (2017). *Selvmoerd og selvmordsforsøk*. Hentet 17.04.17 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/selvmoerd/selvmoerd-og-selvmoerdsforsok-veiviser/>

*Rasmussen, M.L., Dieserud, G., Dyregrov, K. & Haavind, H. (2014). *Warning signs of suicide among young men*. Hentet 19.04.17 fra <http://www.tandfonline.com.ezproxy.hihm.no/doi/full/10.1080/19012276.2014.921576>
=23 sider.

*Rossow, I. (1999). *Kjønnsforskjeller i suicidal atferd*. Hentet 08.05.17 fra <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/477/447>
= 5 sider.

*Rustøen, T. (2006). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
Kap. 3. S. 42-54= 12 sider.

Kap. 5. S. 68-77= 9 sider.

Kap. 7. S. 97-110= 13 sider.

*Saastad, A. (2016). *Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring*. Hentet 04.05.17 fra <https://reform.no/wp-content/uploads/2016/04/%C3%85-v%C3%A6re-mann-og-h%C3%A5ndtere-sykdom-oppslagssider.pdf>

= 15 sider.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Silvola, K., Tallaksen, D.W., Amundsen, K., Ystgaard, M., Mehlum, L. & Bjørneset, T. (2001). *Førstehjelp ved selvmordsfare*. Vivat

= 111 sider.

*Snoek, J.E. & Engedal, K. (2011). *Psykiatri: Kunnskap – Forståelse – Utfordringer* (3. utg). Akribe Forlag

*Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Hentet 07.05.17 fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>

= 5 sider.

*Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kap. 1. S. 27-48= 21 sider.

Kap. 4. S. 71-78= 7 sider.

Kap. 6. S. 98-113= 15 sider

Kap.7 S. 117-123= 6 sider.

Kap. 8. S. 126-127= 1 side.

Kap 10. S. 169-217=48 sider.

*Tzeng, W., Yang, C., Tzeng, N., Ma, H. & Chen, L. (2010). *The inner door: toward an understanding of suicidal patients*. Hentet 12.04.17 fra

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.03002.x/full>

=20 sider

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

Kap. 2. S. 29-49= 20 sider.

Kap. 4. S. 62-103= 41 sider.

*Vråle, G.B. & Mjøsund, N. (2009). *Terapeutisk fotfølging*. Hentet 05.05.17 fra

<https://sykepleien.no/forskning/2009/02/terapeutisk-fotfolging>

=8 sider.

*Vråle, G.B. (2014). *Hjelp ved selvmordsfare*. Hentet 17.04.17 fra

https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/hjelp_ved_selvmordsfare.pdf

=2 sider.

*Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring: Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Fagbokforlaget.

Kap. 6. S. 121-136 = 15 sider.

Vedlegg 1

Selv mord etter kjønn og alder. Utvalgte år 1970-2015. Antall

Alder	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015
Kvinner												
<10 år	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-19 år	2	3	3	8	13	10	8	7	4	6	8	6
20-34 år	14	23	35	46	26	25	33	47	33	36	30	44
35-49 år	35	30	23	38	54	46	41	50	45	50	38	45
50-64 år	32	33	50	40	33	26	27	44	59	61	47	51
65-79 år	13	21	25	23	37	25	21	20	16	18	20	34
>= 80 år	1	1	1	1	8	5	4	5	7	3	4	10
I alt	97	111	137	156	171	137	134	173	164	174	147	190
Menn												
<10 år	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-19 år	7	16	27	31	31	35	32	22	20	18	6	13
20-34 år	36	70	100	137	139	116	124	105	104	83	105	96
35-49 år	76	66	78	105	132	115	123	110	104	121	108	99
50-64 år	93	84	101	94	91	62	71	77	84	92	107	118
65-79 år	33	41	52	51	81	70	46	31	58	53	55	51
>= 80 år	5	6	12	10	14	13	18	15	16	15	20	23
I alt	250	283	370	428	488	411	414	360	386	382	401	400

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og -forskning

Kilde: Folkehelseinstituttet og SSB

Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og – forskning (2015).

Vedlegg 2

DATABASER	SØKEORD	ANTALL TREFF	VI VALGTE	NAVN PÅ ARTIKKEL
PupMed Full text <i>Forskning</i>	Understanding of suicidal patients psychiatric nursing	12	Nr 6	The inner door: Toward an understanding of suicidal patients
PupMed Full text – free text <i>Forskning</i>	Hope suicide + hopelessness+ suicide ideation	9	Nr. 4	Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hoplesness on suicide ideation
Forskning.no <i>Artikkel</i>	Hvorfor tar unge menn livet sitt + selvmord + sårbarhet+ skam	1	Nr. 1	Skam, sinne og sårbarhet bak unge menns selvmord
Sykepleien.no <i>Artikkel</i>	Selvmord håp kommunikasjon	4	Nr. 2	Terapeutisk fotfølging
Tandfonline <i>Forskning</i>	Young men + suicide + signs	7	Nr. 1	Warning signs of suicide among young men
Idunn <i>Forskning</i>	Begrepet håp krisehåndtering	8	Nr. 1	Som å åpne noe som er fastlåst
Sykepleien.no <i>Forskning</i>	Brukermedvirkning i sykepleie kunnskap innflytelse	10	Nr. 1	Brukermedvirkning i sykepleie
Sykepleien.no <i>Artikkel</i>	Hjelp ved selvmordsfare døden	2	Nr. 1	Hjelp ved selvmordsfare