



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Ida Ovidie Johnsrud og Stine F. Aamodt
Veileder: Arild Granerud

Jeg vil ikke leve, men jeg vil ikke dø!

I don't want to live, but I'd rather not die!

Antall ord: 13729

Bachelor i sykepleie 2010-2013

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Bare tynne nåler

Det er så tynt, lyset.

*Og det er så lite av det. Mørket
er så stort.*

Det er bare tynne nåler, lyset

I en endeløs natt.

*Og det har så lange veier å gå
Gjennom så ødslige rom.*

Så la oss være varsomme med det.

Verne om det.

Så det kommer igjen i morgen.

Får vi tro.

- Rolf Jacobsen -

Sammendrag

I 2011 ble det begått 598 selvmord i Norge og det viser seg at selvmordstrenden fortsatt er økende (Statistisk sentralbyrå, 2012). Erfaring fra psykiatripraksis har gitt oss en stor interesse for samhandling med selvmordstruede mennesker og hvordan vi som sykepleiere kan arbeide for å redusere disse skremmende tallene på antall selvmord. «Jeg vil ikke leve, men jeg vil ikke dø», er en bacheloroppgave som setter fokus på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleiere fremme håp hos selvmordstruede pasienter?». Oppgaven tar for seg tidligere forskning og litteratur som belyser selvmordsproblematikken, betydningen av håp hos selvmordstruede mennesker og hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme håp hos pasienten. Ut ifra litteraturen fremgår det at sykepleieren kan fremme håp hos pasienten med sin væremåte, holdning og personlige egenskaper. Dette må skje gjennom en gjensidig relasjon basert på tillit, likeverdighet, respekt og åpenhet mellom pasient og sykepleier. Oppgaven tar også for seg utfordringer tilknyttet samhandling med selvmordstruede pasienter.

Oppgaven er basert på en litteraturstudie hvor det er benyttet en sammenfatning av faglitteratur og forskning som allerede finnes om temaet. Dette settes opp mot egne erfaringer i en diskusjon i drøftingen. Oppgaven tar utgangspunkt i en kvalitativ og hermeneutisk tilnærming for å få en sammenhengende og helhetlig forståelse rundt temaet.

Innholdsfortegnelse

1.0	<i>Innledning</i>	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven	5
1.2	Presentasjon av problemstilling	5
1.3	Avgrensning av oppgaven	6
1.4	Begrepsavklaring	7
1.5	Oppgavens oppbygning	7
2.0	<i>Metode</i>	8
2.1	Metodevalg	8
2.2	Litteraturgjennomgang	8
2.3	Presentasjon av artikler	10
2.4	Kildekritikk	12
3.0	<i>Et sykepleieteoretisk standpunkt</i>	14
3.1	Travelbee sin sykepleieteori	14
3.2	Hva er psykiatrisk sykepleie?	15
3.3	Sykepleier-pasient-fellesskapet	16
3.4	Møte mellom mennesker	17
4.0	<i>Selv mord – hva, hvorfor, hvem?</i>	18
4.1	Hva er selvmord?	18
4.2	Utbredelse og årsak	19
4.3	Det selvmordstruede mennesket.....	20
4.3.1	<i>Selv mordsrisiko og det precuicidale syndrom</i>	21
4.4	Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord	22
4.5	Samtalen med det selvmordstruede menneske	22
5.0	<i>Håp</i>	25
5.1	Hva er håp og betydningen av det?	25
5.2	Å fremme håp	27
6.0	<i>Drøfting</i>	29
6.1	Hvordan forstås håp?	29
6.2	Hvordan forstås håp hos selvmordstruede personer?	32
6.3	Å fremme håp	34
7.0	<i>Konklusjon</i>	41
8.0	<i>Litteraturliste</i>	43

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven

Våre erfaringer fra psykiatripraksis ved en akuttavdeling på et psykiatrisk sykehus har gitt oss en stor interesse for samhandling med selvmordtruede mennesker. I denne perioden møtte vi flere pasienter som hadde forsøkt å ta sitt eget liv eller hadde tanker om å gjøre det. Alle med ulike bakgrunn og ulike motiver for hvorfor de ønsket å dø. Vi fikk innblikk i at hver enkelt pasient har behov, lengsler og følelser som må respekteres på lik linje med andre pasienter. Tap og personlige traumer i nært miljø bidrar til å gjøre livet vanskelig for mange, som til slutt ikke ser noen annen utvei enn å ta sitt eget liv. Flere av pasientene vi kom i kontakt med fortalte at de ikke mestret å leve fordi de ikke så noe håp for fremtiden. Vi er også av den oppfatning av at gode samtaler er viktig for å klare å snu pasientens tanker og på den måten kunne redusere antall selvmord. Disse erfaringene har bidratt til at vi ser på dette som et interessant tema og et viktig felt innen sykepleie.

Opgaven er skrevet som avsluttende eksamen ved bachelorutdannelsen i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Formålet med oppgaven er at vi ønsker å lære mer om hvordan sykepleiere kan fremme håp i møte med det selvmordstruede mennesket og hva som kan påvirke dette møte. Vi ønsker å bli mer bevisst på hvordan vi kan endre pasientens tanker om å avslutte livet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Selvmondsproblematikk er et tema som det er vanskelig å forholde seg til. Etter møte med selvmordstruede pasienter har vi fått mer erfaring med hvor utfordrende det er å forstå deres innerste tanker for å kunne finne et behandlingsopplegg som hindrer at de tar sitt eget liv. I 2011 ble det begått 598 selvmord i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2012). De siste fem årene har selvmordsraten vist en økende trend (Folkehelseinstituttet, 2012).

Håp er essensielt for å oppleve et godt og meningsfylt liv (Kristoffersen & Breievne, 2005). Vi tenker at håp er en helende iboende kraft i mennesket og at alt vi gjør er basert på håp, selv om det ikke alltid er tilstede i vår bevissthet. Håp er individuelt og det kan trues ved sykdom og lidelse. Travelbee (2001) hevder at håp er en viktig sykepleieoppgave, slik at pasienten får tro på seg selv. Håpet gir handlinger en retning og et mål, og for sykepleiere blir håpet derfor en drivkraft for behandlingen.

Sosial og helsedirektoratet utgav i 2008 «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» med denne begrunnelsen:

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og å sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling (Sosial og helsedirektoratet, 2008, s.8).

Det viser også til å ”gjøre helsepersonell som har kontakt med selvmordstruede personer mer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko” (Sosial og helsedirektoratet, 2008, s.8). Utfordringer knyttet til møte med selvmordstruede mennesker kan vi møte videre i jobbsammenheng, enten det er i somatikken eller i psykiatrien. En viktig sykepleieroppgave er å fremme håp hos lidende pasienter og kunnskaper rundt dette temaet er viktig for at vi som sykepleiere skal kunne ha de faglige forutsetningene for å skape gode relasjoner til pasientene. På bakgrunn av dette, ønsker vi å belyse temaet og vi har vi valgt denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere fremme håp hos selvmordstruede pasienter?

1.3 Avgrensning av oppgaven

I denne oppgaven velger vi å fokusere på møte med selvmordstruede personer generelt, uavhengig av årsak. Alle mennesker kan ha vanskeligheter med å finne mening i livet, og vi har sett og erfart at det er ulike årsaker til at folk ønsker å gjøre slutt på livet. Variasjon i alder og kjønn har betydning for selvmordsrisikoen, men vi velger likevel ikke å begrense oppgaven til en spesiell gruppe da vi mener at håp er essensielt for alle uansett alder og kjønn. Vi velger å ikke gå inn på diagnose eller medikamenter, da vi ønsker at kunnskapen som kommer frem i oppgaven skal kunne brukes i møte med selvmordstruede pasienter uavhengig av hvor møtet skjer. Gjennom arbeidet med oppgaven har det dukket opp mange interessante temaer som det kunne vært spennende å gå nærmere inn på. Vi er også klar over at det er en del etiske utfordringer tilknyttet arbeid med selvmordstruede mennesker, men på grunn av oppgavens størrelse og tidsaspektet har vi ikke muligheten til å gå i dybden på alt.

I drøftingsdelen vil vi veksle mellom å bruke betegnelsen «sykepleier, hun og vi» og «pasient og han».

1.4 Begrepsavklaring

Selvord: «Selvord er en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden» (Vråle, 2009 s.31, sitat fra Stengel, 1969).

Selvordsforsøk: «Ved selvordsforsøk forstår vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden» (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003, s.660).

Pasient: «En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999).

Håp: Med håp mener vi en iboende kraft i mennesket som gir styrke og energi til å tro på fremtiden og iverksettes av personens tilgjengelige ressurser og verdier.

Sykepleier: Med sykepleier mener vi en person som har fullført 3.årig bachelor utdanning innen sykepleiefag.

1.5 Oppgavens oppbygning

I første del av oppgaven vil vi komme inn på metoder som ligger til grunn for å innhente litteratur og forskning, samt våre kritiske innvendinger av de informasjonskildene vi har brukt. Deretter vil vi komme nærmere inn på sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Jan Kåre Hummelvoll for å belyse det sykepleieteoretiske standpunkt. Etter dette vil vi beskrive nærmere hva selvord og selvordsforsøk er, for så å komme inn på det selvordstruede mennesket og begrepet håp. Etter den teoretiske delen vil vi drøfte hvordan håp forstås generelt, hvordan håp forstås hos selvordstruede personer og hvordan vi som sykepleiere kan fremme håp. Til slutt kommer konklusjonen av drøftingen vår.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert forklarer metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er basert på litteraturstudium og vil ha en kvalitativ tilnærming. Et litteraturstudium er en sammenfatning av stoffet som allerede finnes om temaet (Dalland, 2012). Gjennom en kvalitativ metode ønsker vi å få en mer sammenhengende og helhetlig forståelse rundt temaet, gjennom erfaringer og meninger (Polit & Beck, 2006) Vi velger å se på litteraturen for å avklare begreper og finne teori som belyser temaet, for så å drøfte dette opp i mot problemstillingen og egne erfaringer.

I oppgaven vil vi ta utgangspunkt i et hermeneutisk vitenskapssyn. Hermeneutikken er en måte å tolke informasjon på og er viktig for å forstå menneskenes handlinger, livsytringer og språk (Lægneid & Skorgen, 2006). Hermeneutikken handler om å forstå og tolke, og det kan handle om forforståelsen vi som sykepleiere får som kan gjelde informasjon om for eksempel en pasient, og hvordan vi kan forstå den faglige informasjonen som er gitt. Dette er noe som vil være viktig for alle som arbeider med mennesker (Dalland, 2012).

Sykepleieteoretisk har vi valgt å bruke Joyce Travelbee og Jan Kåre Hummelvoll, da vi mener deres definisjon av sykepleie og psykiatrisk sykepleie er relevant og anvendelig for oppgaven. I forhold til vår problemstilling mener vi at samspillet mellom mennesker er viktig for å fremme håp, og dette er noe både Travelbee og Hummelvoll er svært opptatt av.

2.2 Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgang er en organisert skriftlig presentasjon av fremgangsmåter for å finne aktuell litteratur og forskning, med hensikt i å gi leserne en forståelse av hva som er benyttet for å innhente kunnskaper om temaet (Polit & Beck, 2004).

For å finne relevant litteratur som belyser temaet har vi søkt i databasen BIBSYS, en felles søkekatalog for norske høyskoler og universiteter. Her fant vi flere bøker som var aktuelle for temaet. To av bøkene velger vi å bruke kontinuerlig gjennom oppgaven. Gry Bruland Vråle (2009) skriver i sin bok «Møte med det selvmordstruede mennesket», eksplisitt om det selvmordstruede menneske og er derfor svært relevant. Lars Mehlum (1999) sin bok «Tilbake til livet, selvmordsforebygging i teori og praksis», gir en forståelse av årsaksforhold og forebygging av selvmord. Vi har benyttet oss av boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleien», da dette er Travelbee (2001) sin originalbok som er oversatt til norsk. Vi velger også å benytte oss av pensumlitteratur. Hummelvoll (2012) sin bok «Helt, ikke stykkevis og delt» er mye brukt i oppgaven. I kapittelet «Et sykepleieteoretisk standpunkt» benytter vi teori fra Travelbee (2001) og Hummelvoll (2012), og det vil derfor være ensidig henvisning i dette kapittelet. For å få et mer personlig preg på oppgaven har vi valgt å ta med «Sebrapiken», en selvbiografi skrevet av Sofia Åkerman (2005). Boken vil brukes i drøftingskapittelet. Annen litteratur som er brukt i oppgaven omhandler selvmord og håp, og er relevant for problemstillingen.

For å finne relevante vitenskapelige artikler har vi søkt i databasene SveMed+, EBSCOhost, Cinahl og Google Scholar. De mest relevante artiklene og de vi har valgt å benytte oss av fant vi i EBSCOhost, Cinahl og Google Scholar. I Google Scholar har vi søkt direkte på artikler og artikkelforfattere.

Under følger en oversikt over søkeordene vi har valgt å bruke og antall treff:

	Søkeord	Søkeord	Søkeord	Søkeord
Databaser	Suicide*	Suicide*	Suicide*	Suicide*
		Hopelessness	Hope	Psychiatric nursing Communication
EBSCOHOST	108 707	1497	1269	96
CINAHL	11 127	245	99	31
SveMed+	917	0	3	4

Tabell 1: Oversikt over litteratursøk

Etter kontakt og faglig samtale med Bente Birkeland, spesialrådgiver i selvmordsforebygging ved Sykehuset Innlandet, fikk vi flere tips til artikkelforfattere. Vi søkte opp disse i Google Scholar og fant en artikkel vi mener er relevant for oppgaven, «*Relational hopes: A study of lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm*». Vi fikk også tips om en rapport fra Helsetilsynet, som vi har benyttet for å belyse antall selvmord i psykisk helsevern.

Vi fant også to aktuelle og relevante artikler i referanselisten til en annen interessant forsker. I Google Scholar søkte vi opp artiklenes tittel: «Positive lifegoals and plans in parasuicide» og «Reconnecting the Person with Humanity: How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People».

Vi har brukt Statistisk sentralbyrå (2012) og Folkehelseinstituttet (2012) for å få en oversikt over antall selvmord i Norge. Vi har også benyttet oss av «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern», som vi søkte opp på helsedirektoratets sider.

2.3 Presentasjon av artikler

Artiklene vi har valgt å bruke i oppgaven vil berøre temaet i større og mindre grad. Selv om ikke alle vil berøre problemstillingen direkte, vil de være med på å belyse temaet. Følgende forskningsartikler er benyttet i oppgaven:

1. Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Nordberg, A. (1999). ***“The meaning of suicidal psychiatric in-patients’ experiences of being cared for by mental health nurses”***.

Denne studien ble gjennomført ved intervju av 21 inneliggende psykiatriske pasienter som hadde tenkt, uttrykt ønske om eller forsøkt å begå selvmord. Målet med studien var å belyse betydningen av selvmordstruede pasienters erfaring med å motta omsorg. Studien konkluderte med at pasientene hadde behov for bekreftelse og behov for at sykepleieren kommuniserte håp.

2. McLaughlin, C. (1999). ***“An exploration of psychiatric nurses’ and patients’ opinions regarding in-patient care for suicidal patients”***.

Denne studien ble gjennomført med intervju av 20 sykepleiere og 17 pasienter, hvor målet var å undersøke psykiatriske sykepleiere og pasienters mening om omsorg for selvmordstruede pasienter og hvordan denne kan forbedres. Resultatene viste at

sykepleiere og pasienter mente at kommunikasjon var den viktigste ferdigheten i psykiatrisk sykepleie. Pasientene mente at sykepleierne burde bruke mer tid på å bidra til å løse problemene deres.

3. Herrestad, H. & Biong, S. (2010). «***Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm***».

Studien ble gjennomført med intervjuer av 12 pasienter som om var innlagt i et somatisk sykehus etter fortsettlig selvskading. Målet med studien var å tolke levd erfaring av håp hos pasientene. Funnene fra studien viste at pasientene mente at håp for liv og død var relasjonelt og belyste et skille mellom håp som bestemt og ubestemt.

4. Cutcliffe, J.R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2007). “***Reconnecting the person with humanity. How psychiatric nurses work with suicidal people***”.

Denne studien ble gjennomført med intervju av 20 utvalgte pasienter som hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Studien ønsket å belyse hvordan sykepleiere hjalp selvmordstruede personer i bevegelsen fra å være orientert om å ville dø til å ville leve. Studien konkluderte med at nøkkelen lå i å koble personen til menneskeheten og at dette hadde tre sider: reflektere et bilde av menneskeheten, hjelpe den enkelte tilbake til menneskeheten og å lære å leve.

5. Vincent, P.J, Boddana, P. & MacLeod, A.K. (2004). “***Positive Life Goals and Plans in Parasuicide***”.

24 personer som nylig hadde utført selvmordsforsøk ble kontrollert opp mot en gruppe på 24 personer som kontaktet legevakt av andre grunner. Studien ble gjort for å undersøke et veldokumentert men lite forstått fenomen av mangel på positive forventninger om fremtiden, funnet hos selvmordstruede personer. Målet med studien var å fastslå om det eksisterte forskjeller mellom disse to gruppene. Resultatene viste at antall mål var like, men at selvmordstruede personers mål var mindre spesifikke og at de ofte tenkte på flere hindringer for å oppnå målene.

6. MacLeod, A.K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K. & Thompson, S. (2005). *"Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide"*. Studien ble gjennomført med intervju av 441 pasienter som hadde utført gjentatte selvmordsforsøk, hvor målet var å undersøke mulige komponenter av håpløshet. Resultatene viste at håpløshet hos selvmordstruede individer var mangesidig, men at manglende positive tanker om fremtiden var den viktigste faktoren.

2.4 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2012) betyr kildekritikk å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet, for å fastslå om en kilde er sann.

Noen av bøkene og artiklene vi har valgt å bruke er av eldre dato, men er brukt for å få en bedre forståelse av temaet. Det forekommer noe litteratur som er sekundær i den forstand at forfatteren har tolket andre forfattere. Dette kombinert med vår egen fortolkning av temaet kan svekke påliteligheten, men tilgangen på nyere og relevant litteratur mener vi er med på å styrke oppgaven.

Alle artiklene vi har benyttet oss av er på engelsk og vår oversettelse av disse kan gi rom for andre fortolkningen i forhold til originalmaterialet. Artiklene vi bruker er hentet fra anerkjente databaser, slik at de fyller kravene til gyldighet og pålitelighet. Likevel kan det være begrensninger ved studiene. Talseth et al. (1999) fremhever at problemet med retrospesktive intervjuer er at intervjuobjektene kan rekonstruere fortiden i lys av påfølgende hendelser og innenfor et rammeverk de har lært seg. Jf. Polit & Beck (2006) har en tekst alltid flere betydninger og kan dermed tolkes på flere forskjellige måter. Tolkningen av intervjuene med pasientene er bare en av flere. I en kvalitativ studie kan det være vanskelig å diskutere validitet, pålitelighet og generalisering i sine tradisjonelle former. Vi mener at artiklene sikrer styrke og representativitet i forhold til overførbarhet da de gir en inngående innsikt i fenomenet som studeres. Det er mye detaljer i dataene, studiene belyser pasientopplevelser og vi ser likhetstrekk mellom artiklene, noe vi mener er med på å styrke gyldigheten.

Vi finner boken «Sebrapiken» meget troverdig da den bygger på en sann historie, hvor forfatteren selv forteller det hun har opplevd. Den gir et godt innblikk i hvordan pasienter kan oppleve det å miste håpet og gjenvinne dette.

3.0 Et sykepleieteoretisk standpunkt

For å beskrive det sykepleieteoretiske standpunkt velger vi å bruke sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Jan Kåre Hummelvoll, da begge er opptatt av håp, kommunikasjon, mestring, samt forholdet mellom sykepleier og pasient. De har begge et eksistensielt grunnsyn og dette kjenner vi oss igjen i, ved at vi har fokus på pasientens opplevelse av problemene. Vi møter pasienten i hans forestillingsverden og ønsker å lære pasienten å kjenne som et menneske. Hummelvoll (2012) skriver om behandling av psykiatriske pasienter og selv om dette er mye rettet mot spesialsykepleiere innen psykiatri, vil det være aktuelt for «vanlige» sykepleiere innen psykiatri da disse jobber veldig likt. Både Travelbee (2001) og Hummelvoll (2012) er opptatt av å forstå personens subjektive erfaring og at omsorg og behandling må gis på bakgrunn av personens verdier.

3.1 Travelbee sin sykepleieteori

Travelbee definerer sykepleie slik:

«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, 2001, s.29).

I sin definisjon legger hun vekt på at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Med dette mener hun at sykepleie går ut på direkte eller indirekte kontakt mellom mennesker og at det foregår en prosess av handlinger eller erfaringer mellom sykepleier og pasienten, pårørende eller annet helsepersonell. Gjennom å etablere en tilknytning til den syke og formidle at han blir forstått og ikke er alene, kan vedkommende mestre sykdom og lidelse som erfaring. Det vil være helt nødvendig at sykepleieren setter seg inn i pasientens egen oppfatning av sykdommen og holdninger og følelser tilknyttet denne (Travelbee, 2001).

Å hjelpe pasienten til å finne mening med sykdommen, mener Travelbee (2001) er sykepleierens vanskeligste oppgave. Mening brukes her i den forstand at den syke bruker sykdommen som en positiv livserfaring istedenfor å underkaste seg sykdommen. Mening kan finnes i den grad den syke forstår at ham fremdeles er verdifull. Hun påpeker at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverdi i kraft av å være et menneske, og at det å føle seg verdifull gir en følelse av å være nødvendig og at ens liv betyr noe. Den syke må finne mening

i reglene som må følges for å bevare helsen, holde symptomer under kontroll, akseptere sykdommen og leve et fullt og rikt liv til tross for begrensingene sykdommen medfører (ibid.).

Travelbee legger også stor vekt på menneske-til-menneske-forholdet i sin tenkning. Hun definerer det slik:

«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 2001, s.177).

Menneske-til-menneske-forholdet er gjensidig viktig og meningsfylt og bygges opp over tid gjennom samhandling. Forholdet kjennetegnes av gjensidig forståelse og kontakt, hvor sykepleieren har ansvaret for at forholdet blir etablert og opprettholdt (Travelbee, 2001).

Ved å bruke seg selv terapeutisk skal man som sykepleier kunne fremme forandring hos den syke. Denne forandringen er terapeutisk når den lindrer lidelser eller plager. For å kunne bruke seg selv effektivt som en endringsagent, må en være bevisst på hvordan egen atferd virker på andre. Terapeutisk bruk av seg selv dreier seg om en bevisst og målrettet bruk av sin egen personlighet og kunnskaper for å oppnå et forhold til den syke (ibid.).

3.2 Hva er psykiatrisk sykepleie?

Hummelvoll (2012) definerer psykiatrisk sykepleie slik:

”Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer.” (s.43)

Hummelvoll (2012) sier at god sykepleie må grunnes på respekt for mennesket egenverd og ukrenkelighet, integritet, frihet og selvbestemmelse, samt tiltro til menneskets utviklings- og erkjennelsesmessige potensialer.

3.3 Sykepleier-pasient-fellesskapet

Hummelvoll (2012) skriver ut ifra et eksistensielt synspunkt at sykepleier-pasient-fellesskapet bør hvile på ni sentrale hjørnesteiner.

Disse hjørnesteinene er:

- 1) Likeverdighet: Sykepleieren må åpne seg for den forestillingsverden og situasjonsopplevelsen pasienten har, dette er viktig for å oppnå en gjensidig respekt for hverandres integritet.
- 2) Møte/nærværenhet: Sykepleieren må benytte aktiv lytting for å forstå pasientens selvoppfatning og problem, pasienten kan prøve å gjøre seg forstått med og uten ord.
- 3) Selvaktelse/signifikans: Det er avgjørende at pasienten blir møtt med en aksepterende holdning da selvaktelsen kan påvirkes negativt når man må søke hjelp for sine problemer. Signifikans handler om at man betyr noe for noen, og at man har en oppgave å utføre.
- 4) Ansvar og valg: For mennesker som har en psykisk lidelse er det vanskelig å se sammenheng mellom enkelte handlinger og konsekvensen av dem. De trenger derfor hjelp til å bli klar over valgmuligheter i gitte situasjoner.
- 5) Mål, mening og verdiavklaring: Verdier har en egen mening for hver enkelt. Sykepleieren må bistå i å avklare hva som er pasientens verdier for å kunne styre behandling og sykepleie etter hva pasienten ønsker å realisere.
- 6) Skyld og soning: Det kan for mange være frigjørende å snakke om tidligere konflikter og problemer.
- 7) Åpenhet og innsikt: I et trygt kontaktforhold må pasient og sykepleier være åpne og oppriktige. Åpenhet kommer når man har vilje til å prøve å forstå og skapes ved gjensidig tillit.
- 8) Konformitet versus opprør: Hva som ligger i god helse er en personlig vurdering avhengig av den enkeltes verdioppfatning. I sykepleie og behandlingssammenheng kan konformitet med de normer og regler som er gjeldende få pasienten til å oppleve å ikke

være selvstendig. Opprør kan derfor være en sunn reaksjon fordi pasienten føler at han ikke kan realisere sine verdier.

- 9) Håp: Når en opplever lidelse og plager er håpet av vesentlig betydning for å holde ut (ibid.)

3.4 Møte mellom mennesker

Hummelvoll (2012) stiller spørsmålet om vi lett blir ufølsomme ovenfor pasientene vi møter, fordi vi opplever så mange av dem? Hindrer det oss i å oppleve at i ethvert møte og i ethvert forhold er det noe å gi og noe å få? Spørsmålene vil vi drøfte senere i oppgaven.

Kommunikasjon er en komplisert og gjensidig prosess mellom avsender og mottaker for utveksling av meninger, tanker og følelser. Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et verktøy som er viktig for å bli kjent med pasienten som menneske og for å etablere og opprettholde et menneske-til-menneske-forholdet. Det vil være viktig at sykepleieren forstår det den syke formidler både verbalt og nonverbalt (Travelbee, 2001).

Det blir viktig å se mennesket med friske øyne uten å kategorisere eller sette i bås for å klare å se mennesket bak pasienten. Sykepleieren må være i stand til å oppfatte, respondere og respektere det unike ved dette mennesket. Det vil være viktig å sette den andre i fokus, være åpen, lyttende og mottakelig for det en sanser for å få tak i hva som foregår i samhandlingen. Det er en del forutsetninger som må oppfylles for at pasienten skal ønske å åpne seg. Sykepleieren bør være nærværende, varm og villig til å la seg selv kjenne, og forholdet bør være preget av tillit og akseptasjon for at samtalen skal bli vellykket (Travelbee, 2001, Hummelvoll, 2012).

Det er viktig å være seg bevisst hva en kommuniserer i ulike situasjoner. Sykepleierens tanker, følelser og intensjoner for den personen hun samhandler med, vil alltid kommuniseres til vedkommende. Den syke vil oppfatte i hvilken grad sykepleieren «har gode hensikter» eller «prøver å hjelpe». Det som kommuniseres i sykepleiesituasjoner er avgjørende for om sykepleieren får kontakt med vedkommende eller ødelegger denne kontakten. For å oppnå god kontakt og et nært forhold til den syke, er det nødvendig å ha innsikt i egen atferd, hvordan denne virker inn på andre og selvfølgelig forstå andres atferd (Travelbee, 2001).

4.0 Selvmord – hva, hvorfor, hvem?

Selvmord er et avansert og flersidig fenomen. I dette kapittelet vil vi se nærmere på selvmord som et teoretisk begrep, utbredelse, årsak, risikofaktorer og forebygging.

4.1 Hva er selvmord?

Ordet suicid kommer av det latinske suicidium som er satt sammen av leddene sui = seg selv og caedere = å drepe. Rett ut betyr dette altså «å drepe seg selv» (Mehlum, 1999).

Nestor i amerikansk suicidologi Edwin Shneidman beskriver selvmord som en bevisst selvpåført, tilintetgjørende handling og en krisetilstand. En krisetilstand kan oppstå når de sentrale psykologiske behovene ikke er tilstrekkelig dekket. I en krisetilstand vil mennesket selv definere det på en slik måte at selvmord er eneste utvei. Han viser til noen konkrete punkter for å bedre forstå de udekkede psykologiske behovene:

- Avvist kjærlighet eller aksept – knyttet til behovet for hjelp, støtte og tilhørighet.
- Tap av kontroll, sterk hjelpeløshet og frustrasjon som er knyttet til behovet for prestasjon, autonomi, ukrenkelighet, orden og forståelse.
- Truet selvbilde, skam, nederlag, ydmykelse og vanære knyttet til behovet for sosial aksept for å unngå skam og for å oppnå støtte.
- Ødeleggelse av nære relasjoner med påfølgende sorg og følelse av å være forlatt knyttet til behovet for å være i en nærende relasjon (Shneidman, referert i Vråle, 2009 s.30).

Når ulike behov ikke blir tilfredsstilt oppstår ofte en psykisk smerte. Det er ikke alltid det sentrale ved selvmordshandlingen er å dø, men og reduserer selve smerten.

Felles for definisjoner av selvmord og selvmordsforsøk er at selvmordsatferd betegnes som selvskading med eller uten døden til følge (Vråle, 2009).

To andre vanlige definisjoner som gjengis i litteraturen er:

«Selvmord er en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden» (Stengel, sitert i Vråle, 2009 s.31).

«Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å framkalle de av den avdøde ønskede forandringer» (WHO, sitert i Vråle, 2009 s.31).

Det vil være en gradvis utvikling fra selvmordstanker og til å begå selvmord. Hvis tankene rundt det å avslutte livet blir sterke nok kan en legge konkrete planer for hvordan man vil ta livet sitt. Personen kan da bestemme seg for tid, sted og metode for handlingen. Det kan bli gjort forberedelser, som for eksempel å finne frem utstyr og eventuelt å skrive et avskjedsbrev. Dette kan så ende opp i et selvmordsforsøk eller i selvmord. Men ikke alle legger planer for selvmordet, for noen kan det være en impulsiv handling. En person som ikke uttrykker å ha selvmordstanker og ikke oppleves som selvmordstruet om morgenen, kan plutselig begå selvmord samme kveld (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009).

4.2 Utbredelse og årsak

I 1988 ble toppen av selvmord registrert og antallet var da 708, frem til registrering i 1995 var tallet betydelig lavere med 517. Hva som er årsaken til dette er usikkert, men reduksjonen har skjedd i løpet av de årene man bevisst har arbeidet med et nasjonalt forebyggende program, og iverksatt flere aktuelle tiltak. Blant annet var et av tiltakene å heve kunnskapsnivået om selvmordsproblematikk blant leger, helsearbeidere og andre nøkkelpersoner (Malt, Retterstøl & Dahl, 2003).

I 2011 ble det begått 598 selvmord i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2012). Alle dødsfall registreres hos Statistisk Sentralbyrå på bakgrunn av dødsattester som er innsendt fra behandlende lege som har fastslått døden. Alle meldingene blir gjennomgått og registrert manuelt for å sikre kvaliteten på selvmordsstatistikken (Mehlum, 1999).

De siste fem årene er selvmordtrenden voksende. Det er vanlig å anta at det er ti ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. (Folkehelseinstituttet, 2012). Man antar at økningen i selvmordsstatistikken kan skyldes en bedret registreringspraksis og at selvmord har kommet mer frem i lyset og ikke er så tabulagt som det har vært tidligere (Mehlum, 1999).

I en rapport fra Helsetilsynet (2011) om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern, kommer det frem at antall meldinger om selvmord i psykisk helsevern har økt fra 31 i 2001 til 118 i 2009. Denne økningen tyder på at psykisk helsevern har blitt bedre til å melde tilfeller

av selvmord, men enda er det usikkert hvor stor underrapporteringen er. I 2005 og 2006 foretok Statens helsetilsyn en systematisk registrering av selvmord som ble begått av pasienter som var innskrevet i psykisk helsevern. Resultatet viste at virksomhetene ikke overholdt den lovpålagte meldeplikten til tilsynsmyndighetene i nesten ett av fem tilfeller. Men rapporten understreker at det er grunn til å tro at virksomhetene har blitt bedre til å melde (ibid.).

Mehlum (1999) trekker frem følgende årsaksfaktorer til selvmord:

- Sosiale forhold
- Personlighet
- Biologi
- Psykisk lidelse
- Livshendelser
- Smitte
- Genetikk
- Familie

4.3 Det selvmordstruede mennesket

Mehlum (1999) sier at mennesker i en psykisk krise naturlig nok viser seg fra en annen side, ved at de ikke kommuniserer og fungerer sosialt slik de vanligvis bruker å gjøre. Mange sliter med lav selvfølelse og forsømmelse av seg selv når de er i en selvmordskrise. Det selvmordstruede menneske vil ofte kjenne skam og frykt, både for å oppleves som hjelpesløs og for å være til bry for andre. I møte med andre kan vedkommende også være avventende, tilbaketrukket og sårbar. Følsomhet for avvisning vil ofte være veldig stor.

Er det mulig å beskrive det selvmordstruede menneske på en kort og bestemt måte, slik at vi kan gjenkjenne det? For å kunne gjøre det, måtte det ha blitt brukt følelseladete ord som håpløshet, livslidelse, meningsløshet, ensomhet og verdiløshet. Dette er opplevelser som kjennetegner det selvmordstruede mennesket uansett kjønn, alder, diagnose eller yrke. Dette kan komme av at de har en sårbarhet etter tidligere opplevelser eller belastende hendelser i livet i nåtid eller som de vet vil oppstå (Vråle, 2009). Et sårbart menneske kan i møte med ytre belastninger ha et innsnevret syn på alternative løsninger dersom vedkommendes ressurser ikke står til de utfordringene og belastningene livet kan gi. Personen kan da ha et «tunnelsyn», hvor det å ta sitt eget liv oppleves som den beste løsningen (Stänicke, 2010).

Selvordstruede mennesker sliter som sagt ofte med en følelse av håpløshet. Dette kjennetegnes ved at de mener at ingenting vil gå deres vei, at de aldri vil lykkes i det de gjør, at deres viktigste mål aldri vil bli oppfylt og/eller at deres verste problemer aldri vil bli løst. Dette viser klart en manglende evne til å realisere positiv fremtidstenkning. Håpløshet er sterkt relatert til personens oppfatning om at positive resultater er lite oppnåelig (MacLeod et al., 2005)

Noen mennesker opplever å være selvmordstruet en gang gjennom livet, mens for andre kan det være et problem som gjentar seg (Vråle, 2009). Mehlum (1999) påpeker at det i mange tilfeller handler om vanlige mennesker som har hatt for mange og for store påkjenninger gjennom en tid, som fører til at grensen for hva de kan tåle er nådd. Som oftest ønsker de å fortsette livet, men de trenger en del forandringer for å orke å holde ut.

Snoek og Engedal (2008) sier at selvmord og selvmordsforsøk skiller seg fra hverandre ved at et selvmordsforsøk antas å være et mislykket forsøk på selvmord. De sier også at det likevel kan diskuteres om vedkommende virkelig ønsket å lykkes i sitt forsøk, eller om det var et «rop om hjelp». Det antas at en del selvmord egentlig var et «rop om hjelp», men at hjelpen kom for sent frem. Mehlum (1999) likestiller begrepet parasuicid med selvmordsforsøk og hevder at dette er en av de største risikofaktorene for senere selvmord. 5-10% av parasuicidpasientene dør senere ved selvmord. Han mener derfor at det er svært viktig å fokusere på denne pasientgruppen i det forebyggende arbeidet.

4.3.1 Selvmordsrisiko og det *preuicidale* syndrom

Selvordstruede mennesker kommuniserer ofte direkte eller indirekte at noe er galt. Men det kan være vanskelig å se fordi mye av det som kommuniseres ofte kan være uklart og lite spesifikt. Til tross for dette er det visse kombinasjoner av risikotegn og situasjonsfaktorer som kan knyttes til høy selvmordsrisiko (Mehlum, 1999). I vurdering av selvmordsrisiko må en finne frem til den relasjonen som binder den selvmordstruede til livet. Når denne relasjonen er brutt foreligger selvmordsfare og dette kan vurderes ut fra det *preuicidale syndrom*. Dette innebærer en atferdsendring preget av tendens til isolering, innsnevring av interesser, aggresjon overfor seg selv og andre og virkelighetsflukt (Snoek & Engedal, 2008). Som sagt er det av avgjørende betydning om vedkommende tidligere har gjort selvmordsforsøk og av hvilken alvorlighetsgrad. Videre må en vurdere om det foreligger en psykisk lidelse, om vedkommende lider under en livskrise, konfliktsituasjon, en alvorlig somatisk lidelse eller om

vedkommende misbruker rusmidler. Om vedkommende tilhører en særskilt risikogruppe ut fra alder og kjønn kan også være aktuelt å vurdere. Selvmord i familien er også en viktig risikofaktor (Vråle2009).

4.4 Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord

De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har som formål å sette fokus på forebygging av selvmord, redusere omfanget av selvmord og sikre forsvarlig helsehjelp. Retningslinjene skal være et hjelpemiddel og til veiledning for helsepersonell i det psykiatriske helsevesenet. I følge de nasjonale retningslinjene er vurderingen av selvmordsrisiko en av de vanskeligste oppgavene helsepersonell kan møte. Retningslinjene skiller mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Kartlegging innebærer å spørre alle pasientene i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker, selvmordsplaner eller utført selvmordsforsøk. Vurdering av selvmordsrisiko og iverksettelse av eventuelle behandlingstiltak omfatter person, situasjon og tidsperiode. Den psykiske helsetilstanden vurderes i forhold til risikofaktorer, selvmordstanker og planer (Sosial og helsedirektoratet, 2008). Disse retningslinjene er sentrale, men vi går ikke nærmere inn på dette i oppgaven.

4.5 Samtalen med det selvmordstruede menneske

Det kan være smertefullt og utfordrende å våge seg inn i de vanskelige temaene og snakke med den selvmordstruede om dem (Vråle, 2009). Temaet selvmord er ubehagelig, tabuisert og skremmende og mange tror det kan være farlig å bringe temaet frem i samtalen med mennesker som har det vanskelig, fordi det kan sette vedkommende på tanken. Men det kan isteden være med å redusere selvmordsfaren, da vedkommende kan kjenne en lettelse og oppleve det som støtte at den andre har sett og er villig til å forholde seg til problemene (Mehlum, 1999). Vråle (2009) påpeker at det kun er i samtale med den selvmordstruede at en kan avklare hvordan tankene er og hva de representerer.

Kommunikasjonsevner viser seg å være identifisert med den viktigste ferdigheten i psykiatrisk sykepleie. Det å snakke om sine problemer kan hjelpe for å lindre de psykiske plagene (McLaughlin, 1999). Samtalen bør inneholde temaer som er sentrale for den personen det gjelder. Kunsten er å bringe frem de dynamiske motsetningsparene som selvmordstruede mennesker ofte sliter med. De smertefulle temaene som selvmord reiser, har ofte en dynamisk motpol som er livgivende og det er nødvendig å balansere samtalen mellom det smertefulle og

gradvis bringe inn mer livgivende temaer. På denne måten kan vedkommende bli mer reflektert rundt begreper som håp - håpløshet, mening - meningsløshet, verdifull - verdiløs og respektert - krenket (Vråle, 2009).

Selvordstruede personer beveger seg i et spenningsfelt mellom livet og døden, og kan derfor ha behov for å snakke om disse to ytterpunktene. Her har sykepleieren muligheten til å fokusere på lysten til å leve og det kan være nødvendig å hjelpe pasienten til å finne egne holdbare livsverdier. Ved å bruke tidsperspektivet i samtalen kan personen få innsikt i egen situasjon og dette kan gi en opplevelse av sammenheng og derved mening (Vråle, 2009). Å hjelpe pasienten til å bli mer trygg på betydningen av selvmordsforsøk og hvordan det passer inn i vedkommendes fortid, nåtid og fremtid, kan det bidra til at pasienten får mer makt over selvmordstankene. Å gi plass for selvmordsproblemet kan føre til gjenoppretting av kontakt med de ordinære oppgavene i livet og reetablering av de viktigste mellommenneskelige relasjonene. Gjennom dette kan det bli mulig å lage planer og sette mål, som hjelper pasienten til å føle seg håpefull (Cutcliffe et al., 2007).

Selvordstruede mennesker kan ha god nytte av å forstå og bli mer bevisst på tanker og følelser, da dette kan føre til at personen får bedre kontroll over eget liv, slik at selvmordsfaren reduseres. De kan ha behov for å bli mer bevisst på sine egne valgmuligheter da det kan hjelpe de til å bli mer selvstendig og på denne måten kan de frigjøre seg selv. Gjennom samtale om nedbrytende og destruktive påvirkningsfaktorer kan personen forhåpentligvis se sammenheng og finne en vei bort fra dette. Dette er noe som på sikt kan hjelpe pasienten til selvaktelse. Selvordstruede mennesker er ofte engstelige for å snakke om temaene håpløshet og meningsløshet fordi de er nært knyttet til selvmord. Det å kunne møte andre som opplever det samme vil kunne gi trøst og lindring. Pasientene trenger å få kunnskap om håp og mening, og arbeid med disse temaene vil trolig bidra til en bedringsprosess og gi livskraft for pasienten (Vråle, 2009).

Identitet og egenverd kan være truet ved sykdom. For å styrke pasientens egenverd, kan sykepleieren bekrefte pasienten som person, hans/hennes følelser og opplevelser. Med dette uttrykker sykepleieren at pasienten er verdifull på tross av omstendighetene (Solvoll, 2005). Studien av Talseth et al., (1999) viste tydelig at pasienter trenger å bli bekreftet i løpet av samspillet med sykepleiere. Å bekrefte pasienten innebærer at sykepleieren kontinuerlig viser omsorg og omtanke gjennom sin holdning. Sykepleieren må bruke god tid sammen med

pasienten, være rolig og avslappet og lytte til hva vedkommende har å si. Å la pasienten fortelle om og vise sine følelser og samtidig bli akseptert, kan få vedkommende til å føle seg trygg. Å trøste pasienten med nærhet kan også være nødvendig. Denne kontakten med sykepleieren kan gi pasienten håp, slik at de ikke gir opp.

5.0 Håp

5.1 Hva er håp og betydningen av det?

I følge Kristoffersen & Breievne (2005) defineres håp ved motivasjon, forventninger, tillit, mental kraft og positiv ressurs. Håp er det som gir glede og pågangsmot, og fører til kreativitet og åpenhet mot livet. En positiv forventning om at det finnes en vei gjennom det vanskelige og en tiltro til at dette kan mestres synes å være det sentrale ved håp. Håpet er viktig for helse og velvære av den grunn at det er nettopp håpet som gir styrke og mot til å våge å tro på fremtiden. Cutcliffe (2012) sier at for personer som opplever en psykisk lidelse er håp et spørsmål om liv og død. For at livet skal oppleves godt og meningsfullt trenger mennesket håp. Personens håp gjenspeiles i vedkommendes tanker, følelser og handlinger. Den som håper tenker på hvordan håpet skal realiseres og på denne måten er håpet en sterk motiverende kraft i menneskets liv. Håpet er som sagt avgjørende for å mestre livet og dette er utgangspunktet for hvordan vi handler og hvilke avgjørelser vi tar (Kristoffersen & Breievne, 2005).

Det finnes ulike definisjoner av håp. Dufault & Martocchio definerer håp på denne måten:

«En sammensatt dynamisk livskraft karakterisert ved en trygg, men likevel usikker forventning om å oppnå noe som for den personen som håper, er realistisk og oppnå, og har stor personlig betydning» (siteret i Kristoffersen & Breievne, 2005, s. 177).

Travelbee definerer håp slik:

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2001, s. 117).

Ifølge Travelbee (2001) har håp seks kjennetegn. Disse er knyttet til avhengighet av andre og til valg, det er fremtidsorientert, og videre knyttet til ønsker, tillit, utholdenhet og mot. Til tross for at selvstendighet og uavhengighet er idealer i vår verden er mennesket i høy grad avhengig av hverandre. Ved manglende håp, kan det være vanskelig å se utsikter til forandringer eller forbedringer i livet, og det vil være vanskelig å se løsninger på problemer eller veier ut av vanskeligheter. Håpet vil da knyttes til forventningene om at andre vil komme en til hjelp. Troen på at andre vil hjelpe oss når det trengs, knytter håp til tillit. Den som har

håp befinner seg derfor i en avhengig posisjon der hjelp fra andre aksepteres. En som har håp, retter oppmerksomheten mot en endring i fremtiden. Et menneske som finner lite trøst i livet slik det er nå, står ovenfor en oppgave med å ta livet «her og nå» for å strukturere fremtiden for å oppnå det han håper på og kan på denne måten oppleve en viss mulighet til å velge. Dette kan gi en opplevelse av frihet og autonomi, som igjen kan skape følelse av kontroll over sin egen skjebne. Når håp knyttes til ønsker, er det viktig å vurdere det som sannsynlig å oppnå det man håper på, slik at håpet er realistisk. Ønsker kan ofte være urealistiske og uoppnåelige, som for eksempel å vinne en million kroner. Håp knyttes til utholdenhet ved at vi evner å prøve på nytt og på nytt og det krever en sterk vilje. En person som håper har mot til å innse egen utilstrekkelighet og frykt (ibid.).

Filosofen Gabriel Marcel sier: «Håpet er det stoff vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevel i sjelens kjerne og kan bare utryddes sammen med livet selv» (sitert i Hummelvoll 2012, s.43). Håp er individuelt og hva den enkeltes håp er knyttet til, er avhengig av livssituasjonen. Uten håp blir det nesten meningsløst å foreta seg noe som helst. Opplevelse av håp er av betydning for hvordan mennesket takler livet sitt og mestrer livssituasjoner som innebærer tap, lidelse og usikkerhet. Håp er en av de viktigste faktorene for å overleve kriser og sykdom (Kristoffersen & Breievne, 2005). Betydningen av håp understrekes når Travelbee (2001) karakteriserer håpet som en motiverende faktor som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i vanskelige situasjoner.

I studien av Vincent, Boddana, & MacLeod (2004) kommer det frem at selvmordstruede pasienter synes å være i stand til å tenke på positive livsmål, men at de har problemer med å tenke på hvordan de skal oppnå. Denne følelsen er understøttet av å være i mindre stand til å tenke på planer, spesielt konkrete, for å oppnå målene. Samtidig tenker de ofte på hindringer. Mangelen på forventning om å oppnå målene blir ledsaget av mangel på oppfattet kontroll og dårlig planlegging. Det er sannsynlig å tenke at selvmordstruede personer er havnet i en ond sirkel av disse faktorene. Selvmordstruede personer har ofte mål som er fokusert på egne følelser, som naturligvis er en følge av affektive forstyrrelser.

Håp kan skilles mellom bestemt og ubestemt, hvor det bestemte håpet tilknyttes bestemte objekter, et tidsperspektiv og det handler om å sette seg mål. Det ubestemte håpet kan bli sett på som en beskyttelse for skuffelse og håpløshet. Ved å være uspesifikk i hva som må skje og når det skjer, velger personen å redusere sjansen for svikt. Sykepleiere bør derfor være klar over at det noen ganger kan være viktigere for pasienten å opprettholde håpet enn å se håpet oppfylt (Herrestad & Biong, 2010).

5.2 Å fremme håp

Sykepleieren kan ikke gi håp til den syke, men hun kan legge til rette for at den syke opplever håp (Travelbee, 2001). Sykepleieren må vurdere hvilke muligheter det finnes for å inspirere håp i hvert møte, hver interaksjon og hver beslutning om pasientens omsorg (Cutcliffe, 2012). Gjennom å være tilgjengelig og lyttende kan sykepleieren hjelpe pasienten til å opprettholde håp. Det er helt nødvendig at sykepleieren er åpen for å snakke med den syke om problemene, slik vedkommende oppfatter dem (Travelbee, 2001). Rustøen (2002) påpeker at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om hva håp er og hvilke faktorer som er styrkende og svekkende. Håp kan ikke gis bort til andre, det må letes fram i en selv!

Som nevnt er håp beslektet med tillit og sykepleieren må derfor gjennom egen atferd vise at hun kan og vil hjelpe den syke. Tillit er noe som sykepleieren må gjøre seg fortjent til. Det er sykepleierens ansvar at hjelpen tilbys og blir gitt, ikke den syke. En god sykepleier skal forutsi den sykes behov ut i fra observasjon og kommunikasjon (Travelbee, 2001).

Ifølge Vaillot er sykepleieren en viktig del av pasientens miljø, og derfor får sykepleierens væremåte en stor betydning for den enkeltes opplevelse av håp. Sykepleieren med sin væremåte kan og bør utstråle ekte håp (referert i Rustøen, 2002 s.101). Hvis sykepleieren virker uinteressert og lite empatisk kan pasienten oppleve håpløshet, og at han ikke er verdt en videre innsats. Men hvis hun er engasjert og medfølelse kan engasjementet overføres til pasienten, og som kan gi nye krefter og aktivisere håp. Dette viser at sykepleierens atferd og tilstedeværelse spiller en viktig rolle for pasienten og pårørendes håp. Sykepleieren kan ved å oppmuntre pasienten til å bruke egne ressurser framkalle og styrke håp. Hvis det er mulig å øke pasientens evne til å ta vare på seg selv i en kritisk situasjon i livet, vil pasienten oppleve mestring i forhold til det å leve med de begrensningene som sykdommen medfører (ibid.).

I artikkelen av Talseth et al. (1999) forteller pasientene at de har behov for at sykepleieren kommuniserer håp. Evnen til å gi håp er avhengig av at sykepleieren har tid til å snakke og lytte til hva pasienten har å si. Pasienten vil føle seg verdifull som person når han får muligheten til å tilbringe tid sammen med sykepleieren. For at pasientene skal kunne ha muligheten til å være seg selv, er det viktig at sykepleieren tør å gå inn i samtalen om pasientens selvmordstanker.

6.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi, med utgangspunkt i valgt teori, belyse problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleiere fremme håp hos selvmordstruede pasienter?*». Først ønsker vi å si noe om hvordan håp forstås generelt, da vi mener en forståelse av dette begrepet er nødvendig for å bli bevisst på håpets betydning. Vi vil deretter se på hvordan håp forstås hos selvmordstruede mennesker, da dette gir en forståelse av personens problemer og vil være nyttig for å bli kjent med pasienten. Vi velger til slutt å se nærmere på hvordan vi som sykepleiere kan fremme håp hos selvmordstruede pasienter.

Som nevnt i litteraturgjennomgangen har vi i dette kapittelet valgt å bruke boken «Sebrapiken» av Sofia Åkermann (2005). I boken får vi møte 18 år gamle Sofia og hennes egen og sterke historie om kampen for et verdig liv. Hun skader seg selv og har ved flere anledninger prøvd å ta sitt eget liv til tross for at hun er en ressurssterk og oppegående jente. Det går så langt at legene har gitt opp håpet. Boken deler Sofias innerste tanker, skamfølelse og redselen for å bli frisk og bortglemt. Vi vil bruke denne selvbiografien som en pasientfortelling gjennom drøftingen og vil derfor ikke henvise til boken hver gang.

6.1 Hvordan forstås håp?

Hva innebærer det å ha et håp og å være håpefull? For å kunne fremme håp, må en kunne vite noe om hva det innebærer å ha håp og en må være bevisst på sin egen holdning til håpets betydning. Men er det egentlig mulig å definere begrepet håp på en enkel og presis måte? For mange er begrepet håp svevende og diffust. Vi bruker det ofte i språket, men vi erfarer vanskeligheter med å forklare hva det innebærer og betyr. Det finnes mange definisjoner av begrepet håp, men det finnes ingen utbredt enighet om hva begrepet innebærer. Vi erfarer at håp er svært individuelt og at det er noe av det dypest personlige. Noen er mer bevisste på sitt håp enn andre. Håp kan være åndelig begrunnet og det kan stimuleres av troen på egne muligheter. Vi tenker at håp ikke alltid er til stede i vår bevissthet, men at det i enkelte perioder av livet vil bli viktigere og mer tydelig. Når vi er friske tar vi det for gitt at vi skal fungere som normalt. Når sykdom og lidelse rammer, kan det være en stor utfordring at livet blir annerledes og vi tror at håpet først dukker opp når mål i fremtiden blir usikre.

Definisjonen til Default & Martochhio (sitert i Kristoffersen & Breievne, 2005) fremhever hvordan håpet blir en livskraft som gir dynamikk, visshet og utholdenhet i forhold til å nå det

fremtidige gode. På denne måten forstår vi at håp har en følelsesmessig dimensjon, hvor både optimisme og usikkerhet er vesentlig. Felles for definisjonen til Travelbee (2001) og Default & Martocchio (sitert i Kristoffersen & Breivne, 2005) er at håp er fremtidsrettet, flerdimensjonalt, mangesidig og realistisk. Travelbee (2001) karakteriserer håp som en fornemmelse av det mulige og hun trekker også inn ønske i sin definisjon, men påpeker at det bør være realistisk. Teoretisk forstår vi at skillet mellom håp og ønske er at håp er realistisk og det er noe som kan påvirkes. Men kan man ikke finne håpet eller skyve bort en vanskelig og truende hverdag ved å fantasere og lengte? Vi erfarer at håp kan være drømmeaktig og at det ikke nødvendigvis trenger å knyttes til det oppnåelige. Drømmene kan bringe noe positivt inn i livet ved at vedkommende finner frem til de gode opplevelsene, noe vi mener vil være nødvendig for å kunne håpe. Dagdrømming og fantasier kan derfor ha en livreddende virkning i svært vanskelige situasjoner. Sofia hadde en drøm om en karriere som skuespiller. Hun ville bli fremgangsrik og beundret. Da hun begynte å spille teater fant hun ikke bare en fremtidsdrøm, men også en måte å flykte på, fra den Sofia hun ikke ville være og det livet hun syntes var vanskelig å takle. Herrestad & Biong (2010) trekker frem at udefinerte håp er håp om at noe godt skal skje uten at det spesifiseres hvem som må gjøre noe, når det skal skje eller hvordan det skal skje. Det kan være liten sannsynlighet for at slike håp oppfylles, men de kan være verdifulle fordi det kan beskytte mot opplevelse av håpløshet og meningsløshet. Vi tenker at det ikke bare er realiseringen av det man håper på som har verdi, men også det å ha et håp i seg selv. Udefinerte håp er ikke falske i den forstand at de er urealistiske selv om de har lav sannsynlighet for å oppnås. Å være håpefull kan innebære en generell holdning som ikke trenger å ha noe spesifikt objekt. Mennesker forstår og bruker ord ulikt. Ut ifra forståelsen av udefinerte håp mener vi at en kan være mer nyanserte i forståelsen av spennvidden av håp og i enkelte tilfeller se at håp kan handle om drømmer som nødvendigvis ikke trenger å være realistiske.

Filosofen Gabriel Marcel (referert i Hummelvoll, 2012) definerer håp som noe helt atskilt fra forventninger eller ønske om nytelse eller andre positive tilstander. I hans definisjon er essensen av håp ikke å håpe noe, men bare det å håpe, knyttet til selve det å leve. Ut ifra hans definisjon forstår vi at håp er et åndelig fenomen og mer som et mysterium som er vanskelig å forklare. Marcel hevder at håpet er så sterkt i mennesket at det vil overleve selv et fullstendig sammenbrudd hos individet (Rustøen, 2001). Ut ifra definisjonene vi har valgt å bruke i oppgaven forstår vi at begrepet håp kan skilles mellom å ha håp for noe og å være i håp. Å

være i håp vil innebære en tilstand hvor en føler seg trygg og hvor man kan finne styrke. Det vil være en tilstand som er åpen, subjektiv og personlig, og vi tenker at håp er noe iboende i alle mennesker. Å ha håp for noe, handler om å sette mål og disse målene kan endres og variere gjennom livet. Dette er viktig for å ha et meningsfylt liv. Herrestad & Biong (2010) trekker frem at bestemte håp tilknyttes bestemte objekter og vil ha en grense for når håpet skal realiseres. Forventningene om å nå målene setter mennesket i aktivitet ved å bruke tilgjengelige ressurser. Å ha håp for noe blir dermed en aktiv dimensjon.

Kristoffersen & Breievne (2005) betrakter håp som følelsen av at det er en vei ut av vanskeligheten. Håp blir da en positiv ressurs som gir energi. Dette perspektivet støttes også av Travelbee (2001) og Hummelvoll (2012) da de begge påpeker at håp er av vesentlig betydning for å holde ut når en opplever lidelse og plager. Håp er en motiverende faktor som setter kreftene inn i vanskelige situasjoner. Dette er noe vi ser igjen hos Sofia. Når hun var som sykest og legene hadde gitt opp håpet om at hun skulle bli frisk, ville hun kjempe for å komme tilbake til livet. Sofia rettet oppmerksomheten mot en endring i livet og til fremtiden. Travelbee (2001) knytter håp til utholdenhet, ved at vi evner å prøve på nytt og på nytt. Sofia hadde en sterk vilje til å komme tilbake til livet gjentatte ganger og hadde et håp om at endringene hun gjorde ville gi henne livsgleden tilbake.

Håp og lengsler kan leve side om side. Erfaringsmessig ser vi at håpets kilde kan være lengselen etter å leve et liv slik en gjorde før sykdom og lidelse. Fortiden kan være viktig ved at gode minner gir grunnlag for håp om å gjenoppleve lignende opplevelser. Håpet som skapes i nåtid, kan derfor ha disse lengslene om fortiden i seg. Slik kan håp knyttes til fortid, nåtid og fremtid, slik Vråle (2009) beskriver det. Håp synes også å ha mye å gjøre med vårt forhold til andre mennesker. Håpet har utspring i det enkelte individ, men som Herrestad & Biong (2010) fremhever er håp relasjonelt og det relateres derfor ofte til omgivelsene og involverer andre. Dette skjer gjennom gode relasjoner og realisering av håp kan derfor være avhengig av andres handlinger og støtte.

Håp gir ofte glede, men konsekvensen av å håpe kan også i noen tilfeller føre til skuffelse og vonde opplevelser. Mestring påvirker selvbildet og vi erfarer at for høye forventninger kan føre til oppgitthet og motløshet. Samtidig kan for lave mål føre til at motet aldri aktiveres. Opplevelse av å mislykkes i å nå viktige livsmål gir sterke følelser av smerte og frustrasjon, og kan redusere håp. Ved krenkelse kan en person oppleve å føle seg verdiløs og for mange

kan det være den totale ensomheten og følelsen av og ikke bety noe for andre føre til at de mister mening og sitt håp. Alvorlig sykdom og lidelse kan redusere håp dersom personen ikke finner erstatning for de begrensningene sykdommen medfører. Et håp som er tilknyttet andre mennesker, kan være urealistiske i den forstand at man ikke selv kan påvirke det og det kan føre til håpløshet dersom håpet ikke realiseres. Vråle (2009) påpeker at samhörighet og forpliktelse til andre styrker identiteten, og at fellesskap er viktig for livskvalitet. At et menneske mangler sosialt nettverk og sosial støtte kan gi en opplevelse av ensomhet og føre til isolasjon. Ut i fra dette forstår vi at tap og relasjonsbrudd syntes å være viktige faktorer som påvirker håp i en negativ retning.

6.2 Hvordan forstås håp hos selvmordstruede personer?

Selvmordstruede mennesker ser ofte liten mening i livet og ønsker derfor selv å gjøre slutt på det. Slik Sofia beskriver det, er tankene om selvmord en utvei for å slippe lidelse.

Erfaringsmessig er mange selvmordstruede personer ambivalente i forhold til liv og død. På den ene siden ønsker de å leve, men på den andre siden ønsker de å dø. De føler seg fanget i en «felle» og i en nedadgående spiral slik Sofia også beskriver det. Døden kan altså være et objekt for håp og vi tror det ofte er snakk om å ønske seg bort fra smerten man føler og at en ikke vet hvordan man blir kvitt den. Dette karakteriserer Travelbee (2001) som håpløshet. I en periode med døds lengsel er mangel på håp for livet sentralt. Cutcliffe (2012) sier at for personer som opplever en psykisk lidelse er håp et spørsmål om liv og død. Vi tenker at fortvilelse over egen situasjon kan føre til døden, mens håpet leder til liv. Spørsmålet er om håpet er tapt eller om det bare midlertidig er skjult i fortvilelsen? Det er nærliggende å tro at selvmordstruede personer ikke har noe håp, ønsker eller planer for fremtiden. Men vi erfarer ofte at pasienter faktisk har et livshåp, men at opplevelser av plagsomme tanker og følelser forstyrrer den kognitive evnen slik at det blir vanskelig å fokusere på ønsker og planer. Personens «kaos» både følelsesmessig og tankemessig gir ikke plass til annet enn problemene. Selvmordstruede mennesker synes å miste fornemmelsen av det mulig og er på en måte demoraliserte når det gjelder forventninger om og tro på fremtiden. Vi tror at når man resignerer og gir opp håpet, kan undergangskreftene få for stor plass. Selvmordstruede mennesker har derfor et sterkt behov for en forandring i sin livssituasjon.

Vincent et al., (2004) hevder at selvmordstruede personer har evne til å tenke på positive mål, men at de har problemer med å tenke på hvordan de skal realiseres. De har ofte mindre

konkrete mål og mer følelsesrelaterte mål blant de viktigste, noe vi tenker vil være naturlig når en føler seg ulykkelig. Vi tenker at personer som tidligere har mislykkes i å nå viktige livsmål vil være bekymret for at dette skal skje igjen. Å ha et ubestemt håp med en generell tro på fremtiden kan beskytte personen mot nye skuffelser og fortvilelse. Håp hos selvmordstruede mennesker synes også å gjelde deres relasjoner til andre, som for eksempel at andre vil akseptere dem, tildele dem sosiale roller og hjelpe dem. Av erfaring ser vi at håp ofte relateres til å bli frisk, være glad, akseptere seg selv og få kontroll over seg selv. Men det mest fremtredende er å bli akseptert av andre og å være integrert i samfunnet. Sofia synes å ha liten tilhørighet i et fellesskap og føler seg usynlig og betydningsløs. Sett utenifra var hun steinhard og fremsto alltid som trygg, sterk og sikker. Hun lo vekk alt som gjorde vondt og alt som truet henne. Når sykdomsmonsteret var i full gang med å spise henne opp fra innsiden, var det ingen som så henne. Hun ønsket at andre kunne ha sett hvor vondt hun hadde det inni seg og forstå at en ung jente som utad oppleves som glad, kunne ha det forferdelig vondt. Hun trekker frem en grunn til selvmordsforsøket og det var håpet om at noen skulle forstå hvor redd og fortvilet hun var. En kan tenke at dette kanskje er en feil måte å vise det på, men for Sofia var det vanskelig å vite hvordan hun ellers skulle få den kjærligheten og oppmerksomheten hun trengte.

Hummelvoll (2012) skriver om signifikans, at man betyr noe for noen og at det spiller en rolle at man er til. Dette er viktig for å se sin betydning som menneske. Sofia's historie tar en vending når hun blir med i en teatergruppe. Her fikk hun en oppgave hun skulle utføre og hun var av betydning for de andre. Hun ble inkludert og møtt med smil og glede. For Sofia var det avgjørende at hun ble sett av noen som brydde seg om henne og dette fikk henne til å føle seg verdifull. Jentene i teatergruppen hadde det som Sofia beskriver som det sterkeste våpenet, de hadde kjærlighet. I hennes indre kamp mot sykdom og lidelse, var det jentenes latter, klemmer og fine ord som fikk henne til å føle lykke. Hun hadde følt kjærlighet og dette ga henne håp for fremtiden. Vråle (2009) trekker frem verdiløs, verdifull og verdibevisst som sentrale begreper når mennesket opplever og ikke å føle seg verdt noe. For å bli mer bevisst på seg selv som en verdifull person trenger vedkommende å ha et forhold til andre gjennom tillit, gjensidighet og omsorg. Å oppleve og ikke ha egne verdier kan være smertefullt. En av de viktigste årsakene til selvmord er kanskje at selvmordstruede ikke har fått muligheten til å lære hvor viktig verdier er.

6.3 Å fremme håp

Hummelvoll (2012) stiller spørsmålet om vi lett kan bli ufølsomme ovenfor pasienter fordi vi møter så mange av dem? Det kan være utfordrende og krevende å møte pasienter som ikke vil leve og det vil være tøft følelsesmessig å høre pasientens historie. Som sykepleier kan man føle motvilje til å høre de vonde historiene og en kan stille seg spørsmål om hvor mye man skal gi av seg selv, men fortsatt være profesjonell og ikke ta pasientens problemer og sårbarhet innpå seg? Vi ser av erfaring at det kan være lett å oppfattes som «kald» og «ufølsom» overfor pasienter og deres problemer når en har jobbet lenge innenfor feltet. Mange av pasienten har en fortid som er vanskelig og mange har flere vonde opplevelser bak seg, noe som selvfølgelig går inn på enhver. Er det å ha pasienten følelsesmessig litt på avstand en beskyttelse overfor seg selv eller har sykepleiere innen feltet møtt så mange av de «samme» pasienten at de har blitt for vant til dem? Travelbee (2001) mener det er viktig og ikke glemme sykepleieren. Å være sykepleier innebærer at en blir påvirket av sykdom, lidelse, død og spesielt i møte med selvmordstruede mennesker, andres sårbarhet. Ingen kan erfare slike møter uten å bli påvirket på en eller annen måte. Det er derfor avgjørende at sykepleieren kan dele sine tanker og erfaringer rundt møtene med annet helsepersonell. Da kan hun igjen møte styrket inn i nye møter og yte god sykepleie. Vi mener uansett at det er viktig å ha evnen til å ta i mot de vanskelige historiene og å vise at en bryr seg og at den pasienten en møter er unik. Det må ikke «skinne gjennom» at det er en rutine å møte slike pasienter, for det vil føre til at pasienten ikke føler seg betydningsfull i møte med sykepleieren. Dette kan gå utover tilliten og den relasjonen vi vil skape med pasienten, som er avgjørende for det videre arbeidet.

Sofia trekker frem et eksempel i sin historie, hvor hun opplevde en sykepleier som viste lite empati og snakket ut fra egen kunnskap og fornuft. For Sofia ble det som sykepleieren sa, innholdsløse ord fordi hun tittet ned i gulvet og evnet ikke å sette seg inn i hennes situasjon. Sofia opplevde kommunikasjonen som en del av sykepleierens arbeidsoppgave og rutine. Hun oppfattet raskt hvilke sykepleiere som hadde «gode hensikter» og virkelig ville hjelpe. Disse ga henne troen på at det fantes gode krefter i verden. Hun trekker også frem arbeidsmoral som en viktig årsak til og ikke åpne seg for hvem som helst. Hun sier det er lett å sortere ut hvilke sykepleiere som arbeider på grunn av lønnen og hvilke som er der ut i fra eget ønske. I møte med pasienten, tror vi det vil være viktig å gi litt av det «innerste jeg» og ikke bare presentere sine fornuftsbaserte meninger. Vi mener derfor at det må være rom for at sykepleieren kan si til pasienten at «dette har jeg ikke noe svar på» eller «nå vet jeg ikke hva jeg skal si». Det er

ikke alltid pasienten trenger å få svar på spørsmålene som stilles. Noen ganger kan det være nok at sykepleieren er ydmyk og lytter. Hun fremstår da som et menneske og fremstiller ikke seg selv som en ekspert. Vi tror pasienten kan bli litt lei av og alltid få råd om hvordan ting burde være, og at det kan ta fra han verdiene. Pasienten kan også føle at sykepleieren gir uttrykk for at hun vet hva som er best for han ved hele tiden å gi råd.

Vi hører mange komme med påstanden «folk som snakker om selvmord, vil ikke begå selvmord. Det er bare for å få oppmerksomhet». Og ja, det er kanskje for å få oppmerksomhet, men det kan være et varsel om at pasienten ikke har det bra og trenger hjelp. Hummelvoll (2012) påpeker hvor viktig det er og ikke møte pasienten med likegyldighet. Likeverdighet er selve ledetråden i sykepleier-pasient-fellesskapet. Her mener vi at sykepleieren må ta pasienten på alvor, og vise varme og interesse ovenfor hva han forteller. Hun må åpne seg for den forestillingsverden og situasjonsopplevelse som pasienten har. Pasienten må få lov til å gi uttrykk for det som kjennes håpløst. Mange pasienter med en psykisk lidelse og selvmordstanker føler skyld sammen med et ønske om soning (ibid.). Vi opplever at pasienter ønsker å snakke om problemer eller tidligere konflikter, men vil kanskje ikke snakke så åpent om det fordi de ikke er vant til det. Årsaken kan være at de føler skam over egne tanker og følelser og vil derfor ikke dele de med andre. Vi mener derfor at det er viktig at sykepleieren gir uttrykk for at pasienten kan føle som han gjør uten at hun prøver å trøste det bort. Dette gjelder både det som er vanskelig, sinne, frykt og glede. Vi mener at i disse situasjonene må sykepleieren vise tilstedeværelse, hun må lytte og gi pasienten håp. Hummelvoll (2012) skriver at det er viktig å være der når pasienten trenger å lette på trykket. Sykepleieren må være seg selv, ekte og nær, noe som skaper grunnlaget for et betydningsfullt møte. Det krever empati, å forstå på best mulig måte den andres verden. Vi oppfatter dette som vesentlig for at møte mellom pasient og sykepleier skal bli vellykket. Vi tror at dersom pasienten opplever håp, har han også tro på en fremtid. Men for at pasienten skal åpne seg må sykepleieren gi av seg selv. Det er lettere for pasienten å være åpen om sykepleieren er åpen og oppriktig. Hun skal ikke fortelle om sine personlige problemer, men vi mener at det å innrømme svakheter, frykt og usikkerhet vil vi vise åpenhet, og en vilje til å forstå pasienten, og relasjonen kan da bygge på gjensidig tillit. Vi mener tillit skapes gjennom samtale og daglige gjøremål sammen med pasienten. Dersom vi ikke holder avtaler eller ikke viser interesse og åpenhet ovenfor pasienten, vil konsekvensen være at han kanskje føler seg avvist og at sykepleieren ikke bryr seg. Utfallet av det kan være at et mulig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier svekkes.

Sykepleieren må la pasienten være med i de beslutninger som tas, og ikke tro at hun vet hva som er best for han. Cutcliffe (2007) hevder at dersom sykepleier og pasient danner en relasjon, der avgjørelser blir tatt i fellesskap og hvor likeverd er viktig, vil pasienten føle at han fortsatt har kontroll over eget liv, noe som vil frigjøre krefter og håp. Sykepleieren bør kommunisere at pasienten gjør selve arbeidet, men at hun er der for å lytte og forsøke å forstå uten fordommer eller å dømme. Sykepleier-pasient-relasjonen må stadig arbeides med. Derfor mener vi det er viktig å behandle pasienten som en likeverdig part i relasjonen. Utforingen for sykepleieren vil være å nullstille egen forforståelse og fordommer for å være mottagelig for hva pasienten forteller.

Det er ikke opplagt at man kan utvikle vilje til å finne håp og mening. For at dette skal skje, må pasienten få kunnskaper om disse temaene (Vråle, 2009). Sykepleieren står i en unik posisjon til å kunne påvirke pasientens håp med sin kunnskap, rolle og personlige egenskaper. Travelbee (2001) hevder at det å fremme håp er en viktig sykepleieoppgave, slik at lidende pasienter får tro på seg selv. Men hvordan gjør man det? Er det å fremme håp en handling og en evne som ligger i oss? Noe av svaret tror vi ligger i våre verdier og holdninger, og gjenspeiles i våre handlinger. Erfaringsmessig kan det være utfordrende å få en selvmordstruet person til å se «lyset i tunnelen», men det er ingen umulighet. Utfordringen vil være å få pasienten til å finne egne livsverdier og se sine egne ressurser, når livet ikke gir mening. Vår erfaring med selvmordstruede pasienter er at de svært ofte er innesluttet og vanskelig å komme inn på. Pasienten kan være svært sårbar og ha opplevd belastende hendelser i livet som er vanskelig å takle. Sykepleieren bør derfor være forberedt på at møte kan preges av dette og det er viktig å være bevisst på egne holdninger og også sette disse til side i møte med pasienten. På denne måten kan vi komme pasienten i møte og forsøke å se situasjonen fra hans side. Vi erfarer at til tross for at man kan være uenig i pasientens argumenter, kommer man ingen vei før man er i stand til å sette seg inn i hans situasjon. Det er først da man kan oppnå noe gjennom samtale med pasienten. Vaillot (referert i Rustøen, 2002) mener at sykepleiere med sin holdning og væremåte kan og bør utstråle ekte håp. Hvis sykepleieren har en holdning som er avvisende, uinteressert og lite empatisk kan pasienten oppleve håpløshet og at han ikke er verdt en videre innsats. Vi som sykepleiere er en viktig del av pasientens miljø og hvordan vi oppleves av pasienten er av stor betydning for den enkeltes opplevelse av hvordan vi kan fremme håp. Vi erfarer at mange selvmordstruede pasienter ofte har en lav selvfølelse og kan være avventende, tilbaketrukne og sårbare. Mehlum (1999) påpeker at redselen og

følsomheten for avvist er svært stor. For sykepleiere i en travel hverdag kan dette være en stor utfordring. Det er ofte lett å si til pasienten at han må vente litt og dette kan føre til at han føler seg avvist og glemt. McLaughlin (1999) trekker frem i sin artikkel at pasientene uttrykte ønske om at sykepleiere burde bruke mer tid på å hjelpe med å løse deres problemer. Sykepleiere på sin side var skuffet over den begrensede tiden de hadde tilgjengelig til å kommunisere med pasientene. Erfaringsmessig ser vi at sykepleiere har mange viktige arbeidsoppgaver og det dukker stadig opp uforutsette ting, og det kan derfor være en utfordring å klare å strekke til på alle områder. Det er kjent at kommunikasjon med pasientene om deres problemer er sett på som en av sykepleierens viktige ferdigheter og det bidrar til god omsorg (ibid.). Men hvordan skal sykepleiere prioritere for å takle disse utfordringene? Dette er et vanskelig spørsmål å svare på og erfaringsmessig ser vi også utfordringer med dette i praksis. Dersom sykepleiere skal være kontinuerlig tilgjengelig vil det gå på bekostning av andre arbeidsoppgaver, da disse settes til side.

Snoek og Engedal (2008) skriver om bindinger til livet. Så lenge pasienten er motivert og det foreligger en tett allianse mellom sykepleier og pasient, mener vi at det kan være mulig å finne ut hva pasienten føler det er verdt å leve for. Men vi erfarer også utfordringer da denne motivasjonen kan være vanskelig å finne for pasienter som opplever gjentatte skuffelser, tap og opplever livet som en evig kamp. For å få tak i pasientens problemer og for å forstå årsakene til selvmordstankene, må sykepleieren tørre å snakke åpent om temaet selvmord (Vråle, 2009). Erfaringsmessig er vi nok redde for å snakke direkte om temaer som berører selvmord, kanskje fordi det fortsatt er litt tabubelagt, skremmende og man ikke vet helt hvordan man skal håndtere situasjonen? Vi erfarer at i vår kultur forbindes ofte trøst med avledning og ufarliggjøring av lidelsen. Vi opplever at vi er preget av en tanke om at jo mindre man snakker om det, jo raskere går det over. McLaughlin (1999) sier i sin artikkel at sykepleierens kompetanse kan begrenses ved manglende kommunikasjonsferdigheter. Vi mener at frykt for å si feil ting kan være en årsak til å unngå de vanskelige temaene som berører selvmord. Sykepleiere kan oppleve det enklere å snakke med pasienter som har fysiske problemer enn med pasienter med psykiske problemer (ibid.). Vi tenker at årsaken til dette kan være at det ikke er en fast prosedyre å følge for å gjøre pasienter med psykiske lidelser friske. Et sår på kroppen kan plastres, men et sår i sjelen kan ikke plastres. En psykisk lidelse er ofte noe som ikke synes på utsiden og det er kanskje derfor vanskelig å forholde seg til. Vi erfarer at pasienter med en psykisk lidelse er svært forskjellige, til tross for samme diagnose.

Pasienter har ulike personlighetstrekk og vi erfarer at det i psykiatrisk sykepleie ikke er lik hjelp som passer for alle pasienter. Sykepleieren kan være uforberedt på pasientens avvisning for den hjelpen som forsøkes å gis. Det krever at hun evner å tenke i nye retninger og dette kan være svært krevende. Erfaringsmessig opplever vi sykepleier si: « dette ordner seg nok» eller «dette går nok bra til slutt». Vi mener at dette ikke er med på å fremme håp hos pasienten. Når sykepleieren er usikker og ikke orker å gå inn i pasientens følelser og situasjon, kan en overfladisk forsikring være lettere for sykepleieren å forsvare seg bak, enn å gå inn i den vanskelige samtalen med pasienten. Dette kan oppleves sårende og støtende og tilliten svekkes. Vi mener dette er tegn på usikkerhet hos sykepleieren, og det er derfor viktig at hun er bevisst på sin holdning til håpets betydning. Sykepleierens egne håp og verdier kan påvirke holdningen ovenfor pasientens håp og verdier. En usikker og utrygg sykepleier kan skape unødig belastning for pasienten. Dette problemet belyses i artikkelen av Talseth m.fl. (1999) hvor pasientene ønsket å snakke om sine selvmordsplaner og tanker, men opplevde at sykepleierne unngikk å snakke om temaet. Vi er av den oppfatning at en god samtale gir rom å sette ord på følelser. Det er viktig å la pasienten fortelle om sin livshistorie og tidligere erfaringer. Vi har erfart at når pasienten kan se tilbake på fortiden kan han selv finne frem til ting han vil bearbeide, men han tar selv avgjørelsen om hva han vil fortelle. Pasienten kan også fortelle om positive ting fra fortiden som kan få håpet frem i den vanskelige situasjonen. Vi opplever at mange selvmordstruede pasienter ikke åpner seg for hvem som helst, derfor kan det være lettere for pasienten å fortelle hvis sykepleieren stiller noen konkrete spørsmål. Det kan for eksempel være hva som har gitt mening for pasienten tidligere, hva som er viktig i livet nå og hva oppleves som verdifullt. For å kunne fremme håp mener vi at det er viktig å akseptere pasienten som den personen han er samtidig som man gir rom for å snakke om tanker og følelser. For personer som har opplevd gjentatte skuffelser og svik kan sykepleierens nærhet åpne for gjenskapelse av relasjoner. Vi tenker at god omsorg bør dreie seg om å fremme en atmosfære hvor pasienten kan forestille seg et godt liv. Det kan skape tillit og fremme pasientens håp om et godt liv med positive relasjoner til andre. Tillit er selve grunnlaget for og kunne håpe. I studien av Talseth m.fl (1999) fremhever pasientene viktigheten av at sykepleierne stilte spørsmål rundt det de fortalte. Med det vil sykepleieren vise at hun har forstått hva pasienten forteller.

Som vi har påpekt tidligere er forskjellen mellom håp og ønsker i hvilken grad det er sannsynlighet for oppnåelse. Men hvem kan egentlig bestemme hvor grensen går mellom et

håp og et ønske? Når pasienten avdekker sine håp og ønsker erfarer vi at de kan oppfattes som urealistiske. Det kan derfor være en utfordring å møte urealistiske håp ved å skulle se de som verdifulle for pasienten, og samtidig komme med alternative forslag som pasienten kan godta. Vi tenker at det kanskje vil være lurt å snakke med pasienten om forskjeller på ønskedrømmer og håp. Håp med målsettinger er typiske punkter som pasienten sikter på å oppnå.

Ønskedrømmer er ønsker man er klar over at sannsynligvis ikke blir innfridd. En kan snakke om hva som motiverer pasienten, og kanskje kan sykepleieren hjelpe pasienten med å drømme om ting uten å kreve at dette realiseres. Erfaringsmessig er det å snakke om håp, ønsker og drømmer en måte å finne pasientens egen visjon på, som dermed kan brukes i videre arbeid. Vi mener at det vil være viktig at pasienten kan få holde på sine ønsker og drømmer, da dette kan være med på å styrke pasienten utholdenhet i en vanskelig hverdag. Samtidig mener vi at det vil være en viktig oppgave for sykepleieren å gjøre håp og ønsker mindre og mulig å oppnå innen kort tid. For at pasienten skal føle mestring må ikke målene og håpene være så høye at det gir utrygghet, men de må heller ikke være så lave at de ikke gir pasienten en utfordring. Det kan derfor være fornuftig å fokusere på faktorer som er nær pasienten, for eksempel jobb, familie og sosialt nettverk. Men for at ikke pasienten skal føle seg mislykket må det ikke være uoverstigelige hinder.

Det kan være en utfordring å fremme håp hos lidende pasienter. Sykepleieren kan som sagt arbeide med å lete etter mål som kan være verdifulle for pasienten, men det må være noen på den andre siden som «tar i mot». Erfaringsmessig kan det føles ut som å åpne noe som er fastlåst. Dette er krevende og utfordrende, men det bidrar til nye endringer, noe som er vesentlig for betydningen av håp. Ut i fra Hummelvoll (2012) sin definisjon av psykiatrisk sykepleie forstår vi at dersom pasientens egne kunnskaper ikke strekker til eller vedkommende ikke ser de tingene han mestrer, kan sykepleieren fungere som bærer av håp. Vi erfarer at pasienter spør om vi tror det vil gå bra med dem. Vi med vår erfaringskunnskap kan formidle til pasienten at vi har opplevd flere pasienter i samme situasjon og at det er mulig å bli bedre. Hvis vi som sykepleiere kan gi håp om at det er mulig å gjøre slutt på smerten uten å ta sitt eget liv, tror vi at det vil være mulig at pasienten kan se håp for fremtiden. Pasienten må motiveres til å være med på et tilfredsstillende behandlingsopplegg. En må ha en tilnæringsmåte som er mye basert på pasientens ønsker og dermed forhindre at han blir overkjørt. Begge parter må være innstilt på at det vil være tidkrevende og at behandlingen avsluttes når det er realistisk å tro at han vil klare seg selv. Utfordringen kan

være at pasienten ikke er motivert nok til å fullføre behandlingen. En person som er selvmordstruet vil i det lengste håpe at situasjonen vil rette seg og at livet vil gå videre som vanlig. Et argument for innleggelse i institusjon kan selvfølgelig være at det er viktig med raske integrering i samfunnet. Erfaringsmessig hører vi at pasienter er bekymret for en institusjonalisering som gjør at de kan føle seg for trygge innenfor sykehuset. Dette er gode og viktige argumenter, men vi er av den oppfatningen at det er bedre å bruke ordentlig tid på pasienten én gang enn at vedkommende skal havne ut i det virkelige liv uten å få løst sine problemer. I verste fall kan pasienten også lykkes i å ta sitt eget liv. Vår mening er at det må arbeides med et behandlingsopplegg som kan fungere på et individuelt nivå, slik at en unngår at en pasient blir en «svingdørspasient». Vi tror det ofte skrives ut pasienter for tidlig fra sykehus, enten på grunn av pasientens manglende motivasjon eller fordi institusjonen ikke lenger følte de kunne tilby noe mer.

7.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med oppgaven ser vi at dette er et komplisert tema å drøfte. Håp er et flersidig begrep og det kan være vanskelig å forstå seg på. Men en bevissthet rundt håpets betydning vil være avgjørende for hvorvidt sykepleieren vil lykkes i å fremme håp.

Det er skremmende mange som antyder at selvmordstruede personer ikke har noe håp eller planer for fremtiden, men vi erfarer at de faktisk har livsmål men at dette er skjult i fortvilelsen av problemene. Derfor ser vi viktigheten av at sykepleieren hjelper selvmordstruede pasienter «tilbake» til livet. Håpet hører med til livet og endres med de situasjonene som livet bringer. Selvmordstruede pasienter som har kjempet en indre kamp mellom liv og død trenger kanskje å konsentrere seg om håp som består av gode opplevelse og ønske om å gjenoppleve og huske gode situasjoner. Det er også viktig å ta hensyn til ønsker og drømmer, da vi har sett at dette virker håpsfremmende. Sykepleieren har en viktig rolle i arbeidet med å fremme håp og vi ser viktigheten av en positiv holdning og ha respekt for pasienten som et særegent individ. Det er viktig å huske at pasienter er forskjellige og sykepleieren må derfor akseptere, godta og støtte pasienten. Tilstedeværelse, tid, tillit, åpenhet og mot til å stå i de vanskelige situasjonene er av stor betydning for å fremme håp. I arbeid med selvmordstruede pasienter blir vi ofte konfrontert med spørsmål rundt liv og død og en kan kjenne på frykt for egen utilstrekkelighet i samtale med denne pasientgruppen. Det er derfor nødvendig at sykepleieren er reflektert over eksistensielle spørsmål, da dette kan være essensen i det pasienten trenger å snakke om.

Det stilles store krav til sykepleierens faglige kunnskaper og de står ovenfor utallige utfordringer. Det er krevende å møte pasienter som ikke ønsker å leve. Gjennom arbeidet med oppgaven forstår vi at det er en utfordring å fremme håp hos selvmordstruede pasienter da de ofte er innesluttet, vanskelig å komme inn på, og mangler motivasjon. Men vi mener det er mulig å skape en endring i pasientens tankegang som bidrar til at han velger livet fremfor døden. Men det krever at pasienten motiveres og det må foreligge en tett allianse mellom sykepleier og pasient. Vi tenker at Hummelvoll (2012) sine ni hjørnesteiner i sykepleier-pasient-fellesskapet er en god mal å følge, da dette kan hjelpe sykepleieren i å forstå selvmordsadferd gjennom et tett samarbeid og dermed hjelpe pasienten til å bli mer bevisst på seg selv og sine egne muligheter. Gjennom dette samarbeidet kan pasienten oppnå bedre kontroll over livet sitt, slik at selvmord kan utelukkes som en eneste utvei for å slippe lidelse

og smerte.

Vi er klar over at det kan være andre innfallsvinkler til problemstillingen, men med tanke på litteratur og egne erfaringer mener vi at vi har kommet med gode løsninger for hvordan sykepleiere kan fremme håp hos selvmordstruede pasienter.

Vi ser nødvendigheten av at det i fremtiden forskes mer på håp hos selvmordstruede personer. Selv om vi har funnet noe aktuell forskning ser vi at studier gjort om håp stort sett handler om håp hos kreftrammede. Vi tenker også at det i en senere anledning vil være nødvendig å belyse hvilken innvirkning håp har på sykepleiere som arbeider med selvmordstruede personer.

Arbeidet med denne oppgaven har i stor grad bidratt til å bevisstgjøre oss enda mer.

Erfaringsmessig ser vi at det mangler kunnskaper om håp, selv om dette er fokus i behandling av pasienter. Kanskje sykepleiere innen feltet bør bli mer reflektert rundt begrepet håp og betydningen av det?

8.0 Litteraturliste

*Aarre, F.T., Bugge, P. & Juklestad, I.S. (2009) *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget (s.323).

*Cutcliffe, J. (September, 2012). *The transplantation of hope through the touching of souls: exploring, understanding and mobilizing hope in mental health care*. Stockholm: Horatio Festival of mental Health nurses, international conference.

*Cutcliffe, J.R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2007). Reconnecting the person with humanity: How psychiatric nurses work with suicidal people. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(4), 207-210. doi: 10.1027/0227-5910.28.4.207

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

*Folkehelseinstituttet. (05.11.2012). *Selv mord og selvmordsforsøk – faktaark med helsestatistikk*. Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:70808:::1:5647:62:::0:0

*Helsetilsynet. (2011, januar). *Meldesentralen- meldinger om uønskede hendelser rapportert fra psykisk helsevern*. (1/2011). Oslo: Statens helsetilsyn (s.9-10)

*Herrestad, H. & Biong, S. (2010). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(1). doi: 10.3402/qhw.v5i1.4651 (6 sider)

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt-ikke stykkevis og delt* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A.Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (s. 157-205). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 1-3. (01.01.2013) Lokalisert på: www.lovdatab.no

*Lægneid, S & Skorgen, T (2006) *Hermeneutikk- en innføring*. Oslo: Spartacus Forlag AS (s.9-10)

*Malt, F.U., Retterstøl, N., & Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (s.660-662).

*MacLeod, A.K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K. & Thompson, S. (2005). Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, s. 495-504. doi: 10.1348/014466505X35704

*McLaughlin, C. (1999). An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient care for suicidal patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1042-1051. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4a0f6810-d6f9-4fb6-ba6e-d10d3a95388e%40sessionmgr115&vid=2&hid=112>

*Mehlum, L. (Red.). (1999). *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. (463 sider)

*Polit, D.F & Beck, C.T. (2006) *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization*. (6.utg). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (s. 32, 417-419)

*Polit, D.F & Beck, C.T (2006) *Nursing Research: Principles and Methods*. (7.utg). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (s.88-89)

*Rustøen, T. (2002). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.45, 101)

*Snoek, J.E & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse og utfordringer* (3.utg.). [Oslo]: Akribe Forlag. (s. 127-133)

*Solvoll, B.A. (2005). Identitet og egenverd. I N.J.Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (s 118-155). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Sosial- og helsedirektoratet. (2008, januar). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (IS-1511). Oslo: Direktoratet

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

Stänicke, L. (2010). Selvmord og selvmordsvurdering. I F.Skärderud., S.Haugsgjerd. & E.Stänicke (red.), *Psykiatriboken: Sinn, kropp, samfunn* (s. 354-369). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L. & Nordberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of*

Advanced Nursing, 29(5), 1034-1041. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b52d9192-b0e6-42b8-8298-44a4a8d3222a%40sessionmgr115&vid=2&hid=112>

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (287 sider)

*Vincent, P.J, Boddana, P. & MacLeod, A.K. (2004). Positive Life Goals and Plans in Parasuicide. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, s. 90-99. doi: 10.1002/cpp.394

*Vråle, G.B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk. (174 sider).

*Åkerman, S. (2005) *Sebrapiken*. Oslo: Humanist Forlag (247 sider).

*** = 1332 sider**