



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum
Folkehelse
4BACH

Rikke Wulff Gregersen og Liv-Jorunn Smalberget
Ingunn Johansen

Et smil kan skjule tusen tårer

A Smile can Hide a Thousand Tears

Antall ord: 11 162

Bachelor i sykepleie kull 123

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Når jeg blir såret og lei meg, tenker jeg:

Utrolig hva som kan skjules bak et smil

- og så smiler jeg.

(Elisabeth Arnet: Ser du meg?)

Sammendrag

I 2011 ble det begått 598 selvmord i Norge, 78 av disse var unge jenter og gutter i alderen 15-24 år. Dette er et økende antall unge fra året før (Statistisk Sentralbyrå, 2013). Erfaringer fra psykiatripraksis og personlige erfaringer med selvmord hos unge er bakgrunnen for oppgaven vår: *"Et smil kan skjule tusen tårer"*. Vi har erfart at å kommunisere med selvmordstruede mennesker, og særlig de unge skaper usikkerhet hos sykepleieren og krever noe av oss som menneske å håndtere. Oppgaven tar for seg faglitteratur og forskning om selvmord, og det å fremme håp hos den selvmordstruede pasienten. Vi har valgt å benytte litteratur som har fokus på det å fremme håp hos den unge voksne som ikke lenger ønsker å leve. Vi ønsker å definere hva det vil si å være suicidal og hvordan man kan kommunisere med unge, for å skape relasjon og hvordan dette igjen bidrar til å hjelpe den unge i en vanskelig livssituasjon. Begreper som vil være sentrale i oppgaven er respekt, åpenhet, tillit og relasjon. Dette fordi det er svært relevant for å være en støttende og hjelpende sykepleier og at man utviser respekt for pasienten og har en åpen dialog for å skape en tillitsfull relasjon.

Oppgaven er basert på litteratur og forskning som allerede foreligger om temaet, og er satt opp mot våre egne erfaringer i en drøftingsdel. Vi ønsker å belyse et fenomen, som vi selv ønsker å forstå bedre.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2. MIA 17 ÅR.....	7
1.3. PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	7
1.4. AVGRENSNING.....	7
1.5. BEGREPSAVKLARING	8
2.1. FREMGANGSMÅTE.....	9
2.2. PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER.....	11
2.3. KILDEKRITIKK	12
3. TEORI	14
3.1. DEN SUICIDALE UNGDOM	14
3.1.1. Hva er suicidalitet?.....	14
3.1.2. Årsaker til suicidalitet.....	15
3.1.3. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord.....	16
3.2. HÅP.....	18
3.2.1 Hva er håp?.....	18
3.2. KOMMUNIKASJON	20
3.2.1. Hva er kommunikasjon?.....	20
3.2.2. Kommunikasjon med ungdom	20
3.4 RELASJONSBYGGING	23
3.4.1. Sykepleier-pasient-fellesskapet.....	23
3.4.2 Relasjonsbygging med egostyrkende sykepleie	24
3.4.3. Det moderlig og faderlig prinsipp.....	24
3.6.2. Prinsippene for egostyrkende sykepleie	25
4. JOYCE TRAVELBEE OG SYKEPLEIETEORI	27
4.1 ET SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	27
4.2 MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD	27
5. DRØFTING	30
5.1 HVORDAN FORSTÅR VI BEGREPET HÅP?	30
5.2 HVORDAN KAN KOMMUNIKASJON OG RELASJONSBYGGING FREMME HÅP?.....	33
5.3 RELASJONEN MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT	36
6. KONKLUSJON	38

7. LITTERATURLISTE..... 40

Figur 1.....15

Vedlegg: 1

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Med ulik erfaring fra praksis innen psykiatriske avdelinger i helsevesenet, og personlige erfaringer med psykisk syke mennesker har vi sett behovet for å ha en bedre forståelse av deres livssituasjon. Vi har i ulike situasjoner opplevd å møte mennesker som ønsker å avslutte livet, de har ikke håp om at livet kan bli bedre. De mangler motivasjon for å se løsninger på de negative faktorer som har oppstått i deres liv. Menneskene vi har møtt, og deres bakgrunn for å ha et ønske om å dø har vært ulik og unik for hvert menneske. Felles for disse pasientene er at de er unge mennesker med ”hele livet foran seg”. Vi opplever at unge mennesker med psykiske lidelser er en pasientgruppe som ikke inngår i stor grad i vår bachelorutdanning. Vi anser det likevel som viktig at sykepleiere uten spesialutdannelse har en generell og grunnleggende forståelse for hva det innebærer å være ung på et sted i livet, hvor livet selv ikke lenger er verdt å leve.

1.2. Mia 17 år

Bakgrunnen for valg av tema kommer blant annet av praksiserfaring fra Barn og Ungdoms Psykiatrisk døgnenhet (BUP). Vi har derfor laget et case basert på erfaringer fra denne avdelingen. Caset er anonymisert.

Mia er 17år, bor i en liten bygd og går siste året på dramalinjen på videregående skole. Hun drømmer om å bli skuespiller i New York når hun blir stor. Hun bor sammen med mor og tre søsken. Foreldrene til Mia skilte seg for en liten stund siden, begge foreldrene har funnet seg nye kjærester. For et år siden var Mia på fest på hjemstedet sitt, hvor hun under seksuelt samleie ble tatt bilder av, som senere ble delt på sosiale medier. Hun legges inn fra lokal BUP-poliklinikk etter å ha gjort sitt andre selvmordsforsøk på kort tid. Henholdsvis en overdose med tabletter og en selvskapt trafikkulykke med scooter. Hun har skrevet avskjedsbrev til familien og har også detaljerte tanker og planer om nye selvmordsforsøk. Vi møter Mia i en uformell situasjon i avdelingen, hun har da vært innlagt to dager i døgnposten.

1.3. Presentasjon av problemstilling

” Hvordan kan sykepleieren, ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging, fremme håp om livet hos suicidal ungdom? ”

Vi har valgt denne problemstillingen fordi vi med erfaring fra praksis gjennom hele sykepleierutdanningen har sett effekten av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Vi har opplevd å være usikre og nye i møtet med mennesker, og da sett hvordan dette kan påvirke samarbeidet med pasient og pårørende med uønsket utfall. Vi har lært og opplevd at gjennom å utvikle en bedre forståelse og kunnskap om det å kommunisere har vi lyktes med å ha god samhandling med pasienten.

1.4. Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til møtet med den selvmordstruede ungdom, uten at vi går i dybde på utløsende årsak. Vi har laget et case basert på erfaring for å skape et bilde av hvor vi møter pasienten og i hvilken situasjon vi møter den. Caset tar utgangspunkt i en ung jente, men vi forholder oss kjønnsnøytrale gjennom oppgaven. Vi har sett i faglitteraturen og forskningen om fenomenet at det er finnes forskjeller i blant annet kjønn, alder og kultur. Disse forskjellene er kun nevnt i deler av oppgaven og blir ikke utdypet. Dette fordi vi skulle kunne holde oss innenfor de gitte krav om antall ord i oppgaven. Det samme gjelder for sentrale og viktige arbeidsmetoder i arbeid med ungdom, som samarbeidet med blant annet familie og

skole. Vi har også utelatt eventuelle diagnoser, både psykiske og somatiske, og medikamentell behandling. Vi har et ønske om at oppgaven skal belyse temaet på en slik måte at man kan møte pasientene med en generell kunnskap om selvmord og selvmordstanker hos unge mennesker.

I oppgaven veksler vi mellom å bruke begreper som *pasienten, den syke, den lidende og menneske, samt hun og henne*. Dette med bakgrunn i at caset er basert på en ung jente og vi ønsker å skape en rød tråd gjennom oppgaven, selv om vi forholder oss kjønnsnøytrale.

1.5. Begrepsavklaring

Autonomi: Selvbestemmelse. Et hvert menneske har rett til å bevare sin autonomi, men man er ikke alltid i stand til å utøve denne retten. Dette kan gjelde spebarn, aldersdemente, bevisstløse og alvorlig syke. Som på grunn av intellektuelle, psykiske eller fysiske hindringer ikke har evner eller krefter. Disse skal likevel få sin integritet respektert (Hummelvoll, 2006).

Inntoning: Blir brukt av Eide & Eide (2012) i deres teori om å kommunisere med barn og unge. Begrepet kommer av Sterns (1985) teori om at man må tone seg følelsesmessig inn på den unge. ”Det følelsesmessige samspillet mellom mor og barn, og på omsorgspersonens evne til å avstemme sin kommunikasjon med barnets...” (Eide & Eide, 2012, s. 149).

Barn og Ungdom Psykiatri (BUP): BUP har poliklinikker, akuttposter og langtidsposter. Dette er et tilbud innen spesialhelsetjenesten for barn og unge under 18 år og deres familie. De gir tilbud om rådgivning, utredning, behandling og tilrettelegging knyttet til psykiske problemer, atferdsvansker og lærevansker. Hos BUP arbeider det leger, psykologer, sykepleiere, barnepsykiatere m.fl. Det er et bredt tverrfaglig samarbeid, med fokus på godt samarbeid med blant annet familie og skole (Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk, 2006)

Kongruent: Når man kommuniserer på en slik måte at det nonverbale understøtter den verbale kommunikasjonen (Eide & Eide, 2012, s. 200).

Inkongruent: Det motsatte av kongruent. Det nonverbale og det verbale vi stemmer ikke over ens. For eksempel hvis man ser på klokken, samtidig som man spør om pasienten har det bra. Man kan da virke uinteressert i pasienten (Eide & Eide, 2012).

2. Metode

Vilhelm Aubert forklarer metode slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Sitert av Dalland, 2013, s. 111).

Denne oppgaven er et litterært studie etter retningslinjene som foreligger fra Høgskolen i Hedmark 2014. Oppgaven inneholder konkret problemstilling skal besvares gjennom kritisk vurdert litteratur og forskning (Dalland, 2013). Hensikten med et litteraturstudie er at vi skal mestre utøvelse av sykepleie som er basert på kunnskap og forskning. ”*Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap*” (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s. 7). For å kunne komme frem til den kunnskapen vi trenger, må vi ta i bruk en metode. Metoden skal være vårt hjelpemiddel for å kunne løse problemstillingen vi har satt oss. Standarden vi har satt for metoden er at den skal være relevant faglig og etisk god, slik at drøfting av problemstillingen kan gi oss svar (Dalland, 2013).

2.1. Fremgangsmåte

Som utgangspunkt i arbeidet med oppgaven, har vi brukt Dallands bok ”*Metode og oppgaveskriving*” fra pensumlitteraturen. Dette for å skape en god struktur i oppbyggingen av oppgaven.

Oppgaven vår er bygget på pensum fra tidligere i studieforløpet, selvvalgt faglitteratur og relevant forskning. Fra tidligere pensum har vi valgt å legge vekt på Eide og Eide (2012), Hummelvoll (2006) og Strand (1990) da disse fokuserer på kommunikasjon og sykepleierens holdninger og handlinger. I den selvvalgte litteraturen har vi fokusert på Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Vi har brukt henne som en rød tråd gjennom hele oppgaven, da vi anser hennes teorier som relevant i for vår problemstilling.

Vi har også vektlagt Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern av Helsedirektoratet, samt Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier av Norsk Sykepleierforbund.

For å finne fram til relevant forskning har vi laget PICO-skjema, og funnet MeSH-termer. Vi har skrevet ned alle søkeordene vi har brukt og antall treff på søkene. Søkemotorene vi har anvendt er Cinahl gjennom EbscoHost, som er en bibliografisk database som inneholder engelskspråklige tidsskrifter og litteratur innen sykepleie og helsefag, PsychINFO som er

engelskspråklig referansedatabase for litteratur innen psykologi, og Google Scholar som er en søkemotor etter akademisk litteratur i flere fagfelt. Norske søkemotorer vi har brukt er Helsebiblioteket som inneholder forskning og kliniske retningslinjer, og består av norske og internasjonale baser, og Sykepleien.no som inneholder sykepleieforskning. Vi har også brukt SveMed+ som er en nordisk database innenfor helse og medisin.

Vi har brukt høgskolens søkemotor Oria for å finne frem til litteratur som handler om vår problemstilling. Ved å bruke Oria, har vi hatt muligheten til å finne tilgjengelige bøker på høgskolen og aktuelle fag- og forskningsartikler. Vi har vært raus med å inkludere bøker og artikler i startfasen. Dette for å få en oversikt over tilgjengelig og aktuell litteratur og skape en tanke om hvor vi vil med oppgaven vår, deretter har vi snevret inn litteraturen etter hva vi finner mest interessant og relevant for vår oppgave.

Vi har søkt i norske databaser, men da ikke funnet ønsket og relevant nok forskning.

Via Cinahl har vi brukt engelske søkeord for å få opp norske artikler, skrevet på engelsk eller som har tittel og sammendrag på engelsk. Da har vi spesifisert i søkemotoren at vi kun ønsker norsk forskning.

Vi har også brukt engelske søkeord for å finne frem til internasjonal, engelskspråklig forskning.

Suicidal adolescent + promote hope + communication (0)

Suicidal adolescent + hope + communication (1)

Young adult + suicide prevention + communication (2)

Young adult + prevent suicide + communication (1)

Teenager + hope + communication

Adolescent + suicide + hope (9)

Adolescent + suicidal + communication (18)

Teen + suicide + communication (1)

Teen + suicide + hope (2)

Adolescent + hope + prevention (36)

Adolescent + suicide + prevention (318)

Suicidal adolescent + prevention + hope (2)

Young adult + suicidal + hope (2)

Young adult + communication + suicidal (6)

Suicidal Adolescent + hope + communication (1)

Suicidal adolescent + hope (4)

2.2. Presentasjon av forskningsartikler

Artikkel 1:

John R. Cutcliffe, Chris Stevenson, Sue Jackson, Paul Smith (2007) ***"Reconnecting the Person with Humanity - How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People"***

Forskningen baseres på intervju av pasienter som tidligere har vært under behandling i psykisk helsevern, etter å ha begått selvmordsforsøk. Studien ønsket å finne svar på om, og i så fall hva, sykepleiere kan gjøre for å hjelpe pasienten til å gå fra "dødsorientert" til "livsorientert".

Studien konkluderer med at sykepleieren kan være helt avgjørende for å hjelpe pasienten tilbake til livet. Hvis pasienten blir møtt med forståelse, og det blir skapt en relasjon, vil sykepleieren og pasienten, sammen kunne finne tilbake til de positive følelsene pasienten hadde før den ble suicidal.

Artikkel 2:

May Vatne & Dagfinn Nåden (2013) ***"Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises"***.

Studien belyser pasienters opplevelse av deres møte med helsepersonell, etter å ha hatt begått et selvmordsforsøk. Funnene er basert på intervju med pasienter.

Studien konkluderer med at møtet med helsepersonellet ikke nødvendigvis hjelper pasienten i deres lidelse, men kan redusere håp og forsterke lidelse hvis de blir møtt av helsepersonell med lite forståelse og tid til dem. Pasientene hadde behov for å bli møtt med forståelse, tillit og respekt.

Artikkel 3: May Vatne (2006) ***"Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter"***

Forskeren har intervjuet psykiatriske sykepleiere. Hun ønsket å forstå hvordan helsepersonellet forstår sitt ansvar i møtet med pasienter som ønsker å begå selvmord og hvordan de etiske dilemmaene settes opp mot sykepleierens faglige bakgrunn. Funnene i

forskningen er at sykepleierens faglige kunnskap gjør den forpliktet til å utføre en handling og forsterker følelsen av ansvar for pasientens liv.

Artikkel 4:

Martin Anderson, P. J. Standen & Joe P. Noon (2005) ”*A Social Semiotic Interpretation of Suicidal Behavior in Young People*”

Studien er basert på intervju av helsepersonell som arbeider i ulike avdelinger hvor det er innlagt barn og unge som har begått et selvmordsforsøk. De har intervjuet leger og sykepleiere i akuttmottak, somatiske barneavdelinger og barn- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Studien konkluderer med at helsepersonellet sitter med svært ulike holdninger til selvmordsforsøk blant unge, og enkelte opplever usikkerhet i møtet med dem. Felles for de intervjuede er at de opplever selvmordsforsøkene som en kommuniserende handling, og ikke en handling med et reelt ønske med døden som utfall.

2.3. Kildekritikk

I arbeidet med oppgaven har vi valgt å bruke noe teori av eldre dato. Vi har med bakgrunn i praksiserfaring og funn i nyere teori funnet det relevant å bruke disse kildene for å få en større forståelse av temaet og gjenkjenner teoriene som aktuelle i dag.

Deler av teorien er sekundærkilder, i form av at det er oversatte bøker og artikler, eller forfattere, sykepleiere og lignende er blitt sitert av andre forfattere. ”Teksten er kanskje både oversatt og fortolket før du leser den. Det betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg” (Dalland, 2013, s. 73)

Ved bruk av disse kildene har vi vært bevisste på at dette er kilder hvor innholdets opprinnelige budskap kan være delvis vekk og har derfor vært svært forsiktige med å tolke det videre.

Tre av fire forskningsartikler som er brukt i oppgaven er engelskspråklige, dette gir rom for feiltolkninger i vår oversettelse. To av disse artiklene er også studier utført i andre land enn Norge, som også kan gi feilkilder i forhold til aktualitet for norske sykepleiere og eventuelle helserelaterte lover som sykepleiere er underlagt i Norge. Ved gjennomgang av artiklene har vi vært kritiske til dette, og finner de valgte artikler aktuelle for vår oppgave.

Artiklene er funnet i anerkjente databaser, som bygger opp og gjør de styrkende i forhold til god faglig forankring og gyldighet. Artiklene har også likhetstrekk i metode og konklusjon, noe som vi også ser som styrkende for deres gyldighet.

Artikkelen *"Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter"* tar som tittelen sier, utgangspunkt i intervju av sykepleiere med videreutdanning innen psykiatri. Vi finner denne artikkelen relevant for sykepleiere uten spesialutdanning fordi av erfaring er arbeidet med suicidale barn og unge svært tverrfaglig. En sykepleier uten spesialutdanning vil komme til å møte de samme pasientsituasjonene og inneha mye av den samme faglige kunnskapen som trekkes frem i studien, som det avgjørende for hvilket ansvar sykepleieren føler for pasientens liv.

Alle artiklene er bygget opp etter IMRaD prinsippene. Det er den mest brukte malen for oppbygging av en forskningsartikkel. "IMRaD er en forkortelse for introduksjon/Introduction, metode/Methods, resultat/Results og (and) diskusjon/Discussion" (Dalland, 2013, s. 79)

Noe av teorien vi har brukt er ikke den nyeste utgave av kilden. Dette fordi bøkene ikke fantes eller ikke var tilgjengelig ved biblioteket ved Høgskolen i Hedmark, eller lokale biblioteker i området Elverum, Hamar, Nittedal. Vi har derfor vært kritiske til kildene, og sammenlignet med lignende teori med nyere utgaver, for å kvalitetssikre gyldigheten av kildene.

3. Teori

Med bakgrunn i selv valgt litteratur, pensumlitteratur og forskning ønsker vi i denne delen av oppgaven å legge frem aktuell teori omkring temaet for oppgaven og ut i fra valgt problemstilling.

3.1. Den suicidal ungdom

Vi ønsker med dette kapittelet å se nærmere på hva suicidalitet er, og hva som ligger til grunn for årsaker og forebyggingen av det. Vi har brukt de nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging som en sentral kilde for denne teorien. Vi ønsker å skape en generell forståelse av begrepet *suicidal*.

3.1.1. Hva er suicidalitet?

Ordet *suicid* kommer fra det latinske ordet *suicidium* som er satt sammen av leddene *sui* – seg selv og *caedere* – å drepe. Det betyr altså å drepe seg selv (Mehlum, 1999).

Hvis man skulle kort forklare hva som kjennetegner en suicidal pasient, kan ord som håpløshet, meningsløshet, ensomhet og verdiløshet være beskrivende på tvers av kjønn, alder, yrke og somatisk eller psykiatrisk diagnose (Vråle, 2009). Felles for personer som omtales å være suicidal er at de har et ønske eller tanker om å ta sitt eget liv, eller har forsøkt å ta sitt eget liv.

Det er viktig å skille mellom selvmord og selvmordsforsøk (*parasuicid*), da selvmord vil si selvpåført skade, med fatal utgang og *parasuicid* vil si å begå en bevist selvskadende handling uten at det fører til død. Det er 10-15 flere forsøk på selvmord enn fullbyrdede selvmord (Kringlen, 2011).

Å være suicidal er også blitt omtalt som en selvmordsprosses. Og med dette menes det utviklingen fra selvmordstankene og selvmordsforsøk, mot et fullbyrdet selvmord (Vråle, 2009). Selvmordsprossesen kan brukes som en modell. Modellen kan bidra til å hjelpe sykepleieren med å finne holdepunkter for når det er viktig å gripe inn og hindre at prosessen gir en dødelig utgang (Vråle, 2009).

Prossesen beskrives i tre ledd: Innsnevring og sosial isolasjon, pasienten er på vei ut av det levende livet og inn i seg selv og sin dødsprosess. Valgalternativene blir færre og færre, pasientens interesse for å leve livet avtar. Videre nevnes aggresjonsfasen, hvor pasienten vender aggresjon mot seg selv eller nære relasjoner. Hos noen går følelsene over til forsonelse

med at valget som selvmord er tatt. All energi går med til å planlegge selvmordet, og dette kan gi pasienten en opplevelse av økt energi, fordi man opplever å ha kontroll over seg selv. Siste ledd av prosessen er flukt fra virkeligheten. I denne fasen preges pasienten av dagdrømmer og fantasier om det å bli sørget over. Ofte glemmer pasientene sine nære relasjoner og deres behov for omsorg i denne fasen av selvmordsprosessen.

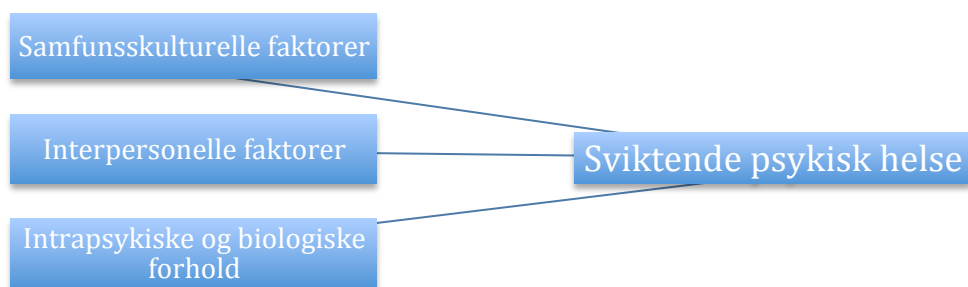
Vatne (2006) skriver i sin studie *”Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter”*, at selvmord kan forstås som en handling for å komme seg ut av uutholdelig smerte, og ikke som et primært ønske om å dø.

3.1.2. Årsaker til suicidalitet

Det er viktig å forstå at årsakene til suicidale tanker og planer er forskjellig fra person til person (Snoek, 2002). Det kan være helt avgjørende når man møter suicidale mennesker, at man som sykepleier ser personen for det den er.

Lars Mehlum er sitert i Vråle (2009): ”Å bli sett, forstått og møtt som en særegen person er både identitetsbekreftende og selvmordsforebyggende”

Hvor og hvordan man som sykepleier finner årsaker til suicidale tanker hos pasienten, vil være individuelt fra sykepleier til sykepleier. Dette fordi mennesker har ulike holdninger, syn og erfaringer med suicidalitet (Vråle, 2009). Det er likevel mulig å se at generelle faktorer kan være felles for mange av de suicidale pasientene, det kan vises med denne skissen:



Figur 1

(Hammerlin og Schjelderup referert i Vråle, 2009, s. 31)

Samfunnskulturelle faktorer, Snoek (2002) refererer til studien ”Rom for unge liv” av Hytten, Mehlum og Gjertsen. Hvor det trekkes frem en rekke samfunnsmessige og kulturelle faktorer

som er i endring, og kan være årsaksmedvirkende og årsaks forklarende. Blant annet at samfunnet generelt har en økende pessimisme med manglende struktur, som kan være vanskelig for barn og unge å forholde seg til. Det er økende forventninger i forhold til mestring hos unge, med en samtidig svekket trygghet.

” For en ungdom som strever med å skaffe seg en voksen identitet, kan det virke absurd og uforståelig at noen kan tvangsinnlegges hvis de ikke synes de har noe å leve for...” (Snoek, 2002, s. 145)

Interpersonelle faktorer kan forklares som hvem pasienten er og hvordan de samspiller med andre mennesker, personlighet er derfor et sentralt begrep. Hvem pasienten er som person og hvilken rolle man har i, og til nettverket rundt seg påvirkes blant annet av fysisk og psykisk helse, og familieforhold (Snoek, 2002). *Biologiske faktorer* som kan være årsaksmedvirkende for sviktende psykisk helse, er psykisk lidelse i nære relasjoner. Blant annet har depresjon biologiske komponenter. Kjønn er også en viktig del av de biologiske faktorer. Mens gutter har økt risiko for fullbyrdet selvmord, har jenter et enda større antall selvmordsforsøk (Snoek, 2002).

Disse faktorene understrekes av Vatne (2006): ”Selvmordsutvikling skjer over tid, under påvirkning av personlige sårbarhetsfaktorer og ytre belastning. Spesielle hendelser kan utløse selvmordshandling.”

Selv mord og selvmordsforsøk forbindes ofte med depresjon, fordi den depressive nedstemtheten kan føre til tanker om å ikke ønske å leve (Snoek, 2002).

3.1.3. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord

Et viktig helsepolitisk mål er å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk, og å kunne øke kvaliteten av behandlingstiltakene. Sosial- og helsedirektoratet har derfor utarbeidet nasjonale retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) for å kunne gi veiledende tiltak til de som arbeider med suicidale pasienter. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel for å kunne oppnå forsvarlighet og kvalitet i tjenesten. De baserer seg på faglig forskning om tiltak, som kan forebygge selvmord og selvmordsforsøk hos pasienter som er under behandling i psykiatrisk helsevesen. De går lite inn på grunnleggende prinsipper som mestring og økte ressurser, men tar for seg mer konkrete handlinger, vurderinger og bygningsmessige forbedringer for å forebygge suicidale handlinger.

Elementer som trekkes frem som viktige for å kunne forebygge er blant annet å kartlegge og oppdage selvmordsrisiko. ”Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon” (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 14).

Kartlegging innebærer å spørre alle pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker, - planer eller forsøk. Ut i fra dette må man gjøre en vurdering av risiko, for å iverksette tiltak som beslutter person, situasjon og tidsperiode. Det er lege eller psykolog, basert på deres faglige kompetansekrav som ligger i deres utdanning, som skal avgjøre denne risiko og avklare tiltakene som skal startes. Dette for å overholde det generelle forsvarlighetskravet man plikter som helsepersonell i tråd med Helsepersonelloven §4 (Helsepersonelloven, 2010). Det er likevel viktig å huske at man som sykepleier også plikter å overholde Helsepersonelloven §7 om å gi den helsehjelp de evner, når det er påtrengende nødvendig. For eksempel i situasjoner hvor man anser risiko for selvmordsforsøk svært høy, og man derfor ser det som nødvendig å skjerme pasienten fra omgivelser, gjenstander eller situasjoner som kan fremprovosere suicidale tanker eller handlinger (Helsepersonelloven, 2010).

3.2. Håp

Håp er et gjentagende begrep i teorien omkring suicidale pasienter. I dette kapittelet har vi valgt å bruke ulike sykepleielitteratur som beskriver begrepet og fenomenet. I et forsøk på å gi teoretisk forståelse.

3.2.1 Hva er håp?

Håp er mye vektlagt i sykepleieforskning og i sykepleieteori, og defineres av Kristoffersen og Breievne (2005) som en underliggende tro og tillit til livet.

Håp som en aktiv ressurs kommer tydeligst frem når mennesker er i en livssituasjon som truer personens liv og helse. Det er i slike situasjoner det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å finne håp, og holde fast ved det (Kristoffersen & Breievne, 2005).

For pasienter med selvmordstanker er begrepet håp svært sentralt, og følelsen av fravær av håp for livet særlig aktuelt. Som sykepleier må man derfor hjelpe pasienten i å ha en følelse av at håpet ikke er tapt, men midlertidig skjult av en vanskelig livssituasjon (Vråle, 2009).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee fokuserer på håp. Hun sier blant annet at det er håpet i mennesker som gjør dem i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner. ”Den som mangler håp, ser ingen utsikter til forandring eller forbedring i livet, og heller ikke noen løsninger på problemene eller veier ut av vanskelighetene” (Travelbee, 2001, s. 118)

Travelbee definerer håp som en mental tilstand, hvor man ønsker å nå frem til eller oppfylle et mål. Sammen med at man har en forventning om at målet ligger innen for den som er oppnåelig (Travelbee, 2001).

Det er individuelt fra menneske til menneske hva som gir håp. Begreper som forventning, tillit, motivasjon, positiv ressurs og mental kraft er nært knyttet til det å oppleve håp (Kristoffersen & Breievne, 2005). Sentralt for det å opprettholde håpet, er å ha en positiv forventning om å kunne mestre motstand i livet. Graden av håpets tilstedeværelse vil komme til syne i pasientens opplevelse av sin livssituasjon (Kristoffersen & Breievne, 2005).

Håpet kan gjenspeiles i tre dimensjoner hos mennesket. Første aspekt er *tankene*, tankene om hvilke ønsker og forventninger man har om sin situasjon, videre fører tankene til *følelser*.

Følelse av å få hjelp når man trenger det, eller en grunnleggende tro på å mestre livet.

Travelbee (2001) skriver at håp skapes av tillit, og tilliten springer ut av hva man som barn opplever av tillit til morsrollen, og det å få hjelp når man trenger det. Videre vil dette avgjøre hvilke *handlinger* man tar, de fysiske valg man utfører.

”Uten håp blir det nærmest meningsløst å foreta seg noe” (Kristoffersen & Breievne, 2005, s. 179).

Kristoffersen og Breievne (2005) skriver at en sykepleiers helt konkrete oppgave er å hjelpe mennesker å finne *sitt* håp, til å holde fast ved håpet i vanskelige perioder og være et vikarierende håp når pasienten kjemper for å finne sitt håp. I andre perioder må sykepleieren kunne gi støtte og hjelp til *nytt* innhold i håpet.

Som nevnt om fasene av å være suicidal, er en del av prosessen at man isolerer seg. For noen kan det likevel være slik at ensomheten kan skape følelse av å miste håp og mening for livet (Vråle, 2009). Det å miste håpet påvirker livskvaliteten, Rustøen sitert av Vråle (2009) bekrefter dette. Fellesskapet inngår i begrepet håp, mening og identitet, å gjenskape kontakt med andre mennesker kan bidra til å gradvis øke opplevelsen av håp. Travelbee (2001) skriver at håp er sterkt knyttet til menneskets avhengighet av andre. Hjelp og samarbeid er nødvendig både for samfunnet og for noen som lider.

3.2. Kommunikasjon

I dette kapittelet ønsker vi å si noe om hvordan man skal kommunisere med ungdom, og spesielt da med ungdom i en vanskelig livssituasjon. Vi ser det som relevant å vite noe om hvordan man skal skape god kommunikasjon med ungdommen. Med bakgrunn i at sykepleiere i en Barn og Ungdomspsykiatrisk avdeling ikke har behandlendesamtaler med ungdom, vil vi ikke ha fokus på hvordan disse foregår. Vi ser dette kapittelet som aktuell teori når man møter pasienten i de uformelle samtalene i løpet av en vakt og under innleggelse i en døgnavdeling.

3.2.1. Hva er kommunikasjon?

Kommunikasjon kan på enkleste måte beskrives som meningsfylte tegn mellom to eller flere personer. Hvordan kommunikasjon foregår er likevel forskjellig fra person til person, avhengig av personlig erfaring, kultur og hvem vi kommuniserer med (Eide & Eide, 2012). Kjernen i kommunikasjon som sykepleier er at den er profesjonell, den skal ha god fagligkvalitet og være til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2012). Hjelpende kommunikasjon er kompleks, og det er flere faktorer som vil påvirke om kommunikasjonen fra sykepleierens side er hjelpende. Man er avhengig av at man kan åpne for tillit mellom sykepleier og pasient for å kunne skape en forutsetning for nærhet og kontakt (Eide & Eide, 2012).

3.2.2. Kommunikasjon med ungdom

”Selvmord og selvmordsforsøk er kommunikasjon av fortvilelse, og denne kommunikasjonen trenger et svar som kan føre til økt mestring i en vanskelig livssituasjon” (Snoek, 2002). Ungdom er ingen ensartet gruppe, tvert i mot, de er også som voksne til dels svært forskjellige – en hver ungdom er unik (Eide & Eide, 2012). Det som definerer ungdom som en egen gruppe å kommunisere med, er at det er svært individuelt hvor de befinner seg i utvikling. Dette utfordrer sykepleierens evne til å kommunisere på deres premisser i forhold til utviklingstrinn (Eide & Eide, 2012).

Ved innleggelse i avdeling oppstår en krise som vil innebære usikkerhet og engstelse hos ungdommen. Kontaktforhold og rutiner endres, foreldrene kan oppføre seg annerledes fordi de også opplever sorg og krise for det som har skjedd og det oppstår situasjoner hvor viktige personer som venner og personale i skole blir midlertidig borte. Dette kan være vanskelig for ungdommen og uklarhet og spørsmål om fremtiden vil bli gjeldende. Sykepleieren bør derfor gjøre seg tilgjengelig og tydelig gjøre sin rolle, både ovenfor ungdommen og de pårørende (Eide & Eide, 2012).

Ungdom har mindre livserfaring, og det er derfor svært viktig å skape tillit og trygget under innleggelse (Bugge mfl. Referert i Eide & Eide, 2012, s. 358)

Ungdom har gjerne kommet dit i sin utvikling at de kan forstå en voksens forklaring og tankegang. Det er likevel viktig at sykepleieren er klar over at dette er individuelt, og at en ungdom fortsatt er barn. De vil i særlig grad ved sykdom ha behov for å blitt møtt der de er, og ha behov for ekstra støtte og hjelp (Eide & Eide, 2012).

For å fremme god kommunikasjon med ungdommen kan det være nyttig å reflektere over hva de har behov for i kommunikasjon, ut i fra sin situasjon. Anne Kirsti Ruud (2011) trekker frem tre overordnede prinsipper for å fremme god kommunikasjon med ungdom.

Mening er et av disse prinsippene, ungdom bruker mye krefter på det å forså egen livssituasjon. På grunn av deres manglende livserfaringer og lavere utvikling enn voksne, vil deres årsaksforklaringer være annerledes enn voksnes. Via kommunikasjon er det viktig å skape mening i det ungdomen kan ha opplevd, for å unngå at ungdommen skaper egne meninger som kan være langt fra sannheten. Man bør derfor gjøre det klart for seg selv og ungdomen hvilke informasjon ungdommen sitter med, og hva ungdommen bruker av denne informasjonen for å skape sin mening. For å skape mening i kommunikasjonen er det viktig å tilpasse kommunikasjonen til ungdommens utviklingsnivå, hjelpe ungdommen å forstå her og nå situasjonen – hvorfor samtalen finner sted og sette situasjonen i en meningsfull sammenheng. Neste prinsipp som trekkes frem er det å skape verdighet, en viktig del av det å skape verdighet er å skille situasjon eller handling fra person. Vi kan forstå det ut ifra at et selvmordsforsøk er ikke en egenskap ungdomen innehar, men at det er en hendelse påvirket av hvordan man har det med seg selv som person. Det er derfor viktig å unngå å stille ungdomen i et krenkende lys på grunn av sine handlinger og at man har et klart fokus på å skille ungdomens identitet fra hendelsen. Det siste punktet som ses som et overordnet prinsipp for god kommunikasjon med ungdom er å anerkjenne. Med dette menes sykepleierens holdinger ovenfor ungdomen, mer enn noe vi aktivt gjør. Vi må være åpne og lyttende til det ungdommen forteller, og kan på best måte anerkjenne ungdommen ved å akseptere hvordan ungdommen velger å presentere seg selv, og være genuint interisert i ungdommens oppfattelse av situasjon eller hendelse.

Inntonning og nonverbal kommunikasjon er essensen av å kommunisere med ungdom, og er ikke avgrenset til utviklingstrinn, men gjelder særlig for ungdoms emosjonelle utvikling.

Nonverbal kommunikasjon er en stor del av hvordan vi kommuniserer med hverandre. Som sykepleier er det helt avgjørende for å skape tillit og kontakt med pasienten, at den nonverbale

kommunikasjon er godt utviklet og at den også samsvarer med den verbale kommunikasjon (=kongurens) (Eide & Eide, 2012).

Nonverbal kommunikasjon er de signalene vi sender uten ord. Eide og Eide (2012) har satt opp seks hovedpunkter som sammenfatter hva god nonverbal kommunikasjon inneholder:

1. Å ha øyekontakt med pasienten – uten å strirre.
2. En mottagende kroppsholdning.
3. Å ha en henvendene kroppsholdning.
4. Bekrefte den andres verbale kommunikasjon med for eksempel nikk.
5. Avslappet, naturlig og vennlig stemme og bevegelse.
6. Rolig ansiktsuttrykk, tilstedeværelse og interesse (Lukket munn, glatt panne og lignende.)

Nonverbale ferdigheter er et viktig hjelpemiddel for å skape relasjon, trygghet, motivasjon og stimulere pasienten til å bruke sine ressurser så godt som mulig. I møtet med ungdom vil den nonverbale kommunikasjonen ofte ha sterkere gjennomslag enn den verbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2012).

3.4 Relasjonsbygging

I alle møter med pasienter vil det skapes en relasjon. En sykepleier vil gå inn i relasjonen med erfaringer, holdninger og meninger basert på sin faglige kompetanse. På samme tid møter sykepleieren pasienten, som med sin livserfaring har dannet seg sin mening om sykepleiere og helsevesenet. I dette kapitlet ønsker vi å belyse noen temaer som kan bidra til å bygge en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten.

3.4.1. Sykepleier-pasient-fellesskapet

Hummelvoll beskriver sykepleier-pasient-fellesskapet som:

”Det terapeutiske forhold som dannes som følge av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette. Denne allianse preges av et opplevelses- og arbeidsfellesskap som har til hensikt å gi pasienten øket selvinnsett og situasjonsforståelse og gjennom dette bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem, eventuelt leve med det. For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand – støtte og utfordring” (Hummelvoll, 2006, s. 41).

Hummelvoll definerer sykepleieprosessen som et begrep bestående av to forløp:

kommunikasjonsprosessen og problemløsningsprosessen. Fasene utspiller seg fra før det første møtet, gjennom kartlegging og pleieplan, behandlingsprosessen, bearbeidingsfasen og avslutningen av sykepleier-pasient-forholdet (Hummelvoll, 2006). Problemløsningsfasen er en metode hvor man samler data, fastslår problemer, finner tiltak og utfører dem, og evaluere resultatet av sykepleien i relasjon med pasienten (Hummelvoll, 2006).

Kommunikasjonsprosessen er den delen av sykepleien som handler om relasjonsbygging. Sykepleieprosessen skjer med en forutsetning på at sykepleieren utvikler et fellesskap med pasienten, derav begrepet sykepleier-pasient-fellesskapet (Hummelvoll, 2006). Ordet ”fellesskap” i begrepet går ut på at sykepleieren og pasienten sammen som hele mennesker kartlegger pasientens lidelser og problemer, og er løsningsorienterte sammen. Sykepleier-pasient-fellesskapet fokuserer på at sykepleieren og pasienten møter hverandre som likeverdige individer (Hummelvoll, 2006).

I møte med den psykiatriske pasienten mener Hummelvoll at sykepleier-pasient-fellesskapet er svært viktig da ønsket utfall er en allianse mellom sykepleieren og pasienten basert på gjensidig tillit, åpenhet og respekt for hverandre. Denne alliansen gir pasienten trygghet ved at noen er der og støtter dem igjennom sykdomsprosessen. Psykiatriske pasienter føler gjerne

ensomhet, hjelpeløshet og isolerer seg fra omverdenen. En allianse med sykepleieren vil gi en følelse av at pasienten ikke er alene (Hummelvoll, 2006).

Sykepleier-pasient-fellesskapet baserer seg på at sykepleieren og pasienten er verdt like mye som individ, og forholdet er basert på gjensidig respekt for hverandre. I møtet mellom sykepleieren og pasienten er det viktig at sykepleieren lytter til pasienten. Hummelvoll beskriver at ved å lytte gis det mulighet for pasienten å oppleve følelsen av en allianse med sykepleieren. Sykepleier-pasient-fellesskapet baserer seg på at partene i fellesskap er enige om målet for sykepleien, og det er viktig at pasientens håp fremmes på en realistisk og optimistisk måte med veiledning fra sykepleieren (Hummelvoll, 2006).

Hummelvoll beskriver god sykepleie som respekt for mennesket som individ, frihet og det å kunne få bestemme over seg selv (Hummelvoll, 2006). Sykepleieren skal være i kontakt med egen adferd i forhold til andre mennesker. Sykepleieren skal være bevisst på sin rolle som sykepleier og være fortrolig med sykepleier-pasient-fellesskapet (Hummelvoll, 2006).

3.4.2 Relasjonsbygging med egostyrkende sykepleie

I dette kapittelet vil vi presentere egostyrkende sykepleie som er en form for relasjonsbygging. Egostyrkende sykepleie går ut på å hjelpe mennesker som har sviktende egofungering, at jeg-grensene er svake og jeg-ressursene er lite tilgjengelige (Strand, 1990). Vi ser nærmere på de prinsippene vi finner relevant for vår pasientgruppe. Egostyrkende sykepleie er hovedsakelig rettet mot pasienter som er på vei inn i, eller er i en psykose, men av erfaring mener vi at noen av punktene er aktuelle i relasjonsbygging med andre pasientgrupper.

3.4.3. Det moderlig og faderlig prinsipp

Det moderlige og faderlige prinsipp beskriver Strand som ”en overbygning over alle prinsippene for egostyrkende sykepleie, og egentlig over alt som har med menneskelig omsorg å gjøre” (Strand, 1990, s. 77). Prinsippene er begge nødvendige for vekst og utvikling, og brukes i psykiatrien om svært viktige terapeutiske måter å forholde seg på. Det moderlige prinsipp handler om en trygg relasjon hvor kontinuitet, trofasthet og kravløshet er sentralt. For at en ny relasjon skal få utvikle seg i positiv retning er det moderlige prinsippet nødvendig (Strand, 1990).

Det faderlige prinsipp omfatter krav og mål. Krav om å få utvikle seg som individ og bli selvstendig. Strand beskriver det faderlige prinsippet som ”et puff ut i verden” (Strand, 1990).

Selv om prinsippene sier noe om kjønn, det å være *mor* eller *far*, finnes de begge hos både kvinnen og mannen. Det er viktig å finne frem til prinsippene hos seg selv som sykepleier, slik at vi kan bruke egostyrkende sykepleie for å hjelpe pasienten (Strand, 1990).

3.6.2. Prinsippene for egostyrkende sykepleie

Prinsippene for egostyrkende sykepleie omfatter kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, pedagogisk tilnærming, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, realitetsorientering, praktiske gjøremål, krav og mål, verbalisering og trening i å foreta egne valg (Strand, 1990). De egostyrkende prinsippene kan brukes hver for seg, men de skaper også mening når det er en rød tråd og flere av prinsippene blir brukt (Strand, 1990).

Kontinuitet og regelmessighet er grunnlaget for at forholdet mellom sykepleier og pasient skal få utvikle seg og ha positiv virkning. Ved at en tilbyr kontakt og regelmessighet, gjøre avtaler og holde dem, være tilgjengelig gang på gang, samt ha en tålmodig holdning og ikke kreve for mye av pasienten, gjør at man kan skape en allianse. Sykepleieren må være bevisst på at det kan ta en viss tid å nå inn til pasienten og at den ønsker å ha noe med sykepleieren å gjøre. Det å være tilgjengelig og oppsøke pasienten uansett reaksjon eller handling fra pasienten, vil etter hvert skape et bånd hvor pasienten forstår at den ikke er alene, og oppretter tillit til sykepleieren. Trofasthet fra sykepleierens side er helt nødvendig, hvilket innebærer at sykepleier-pasient-forholdet ikke skal oppløses før man har avsluttet det på en profesjonell måte, og når pasienten er klar for det (Strand, 1990).

Fundamentet for profesjonell holdning i forholdet mellom pasient og sykepleier er balansen mellom nærhet og avstand. Evnen til empati er et godt verktøy i å finne denne balansen da det å fange opp situasjonen i øyeblikket er helt avgjørende for å finne riktig balanse. ”Terapeutisk distanse kan sies å være det som til en hver tid optimalt tilpassende balansepunkt mellom nærhet og avstand” (Strand, 1990, s. 81).

”Grensesetting er et omstridt virkemiddel både i barneoppdragelse, pedagogikk og psykiatrisk arbeid” (Strand, 1990, s. 86). Grensesetting skal alltid brukes terapeutisk, ikke ufølsomt eller som straff. Grensesetting som virkemiddel er suksessfullt når det hjelper pasienten til jeksamling, og for å bedre mestring. Brukes grensesetting feil kan det utarte seg til overgrep og frarøving av pasientens autonomi og frihetsfølelse (Strand, 1990). Føyn sitert i Strand (1990, s. 88): ”Grensesetting er alt personalet gjør for å stoppe pasienters uhensiktsmessige eller skadelige adferd, og omfatter også forebygging av slik adferd”.

Skjerming er en form for grensesetting, der hensikten er å hjelpe pasienten til indre samling. Samtidig beskytter og skåner det andre pasienter i nærheten, og sykepleieren får god oversikt over situasjonen, og kan fungere mer terapeutisk. Skjerming er et verktøy som brukes når pasienten ikke mestrer å forholde seg til flere personer og mye stimuli. Målet med skjermingen er å redusere indre kaos hos pasienten (Strand, 1990).

4. Joyce Travelbee og sykepleieteori

I dette kapittelet presenterer vi sykepleieteoretikeren vi har valgt til oppgaven, hennes teorier rundt sykepleier og pasientforholdet, menneske-til-menneske-forholdet og etableringen av dette.

4.1 Et sykepleieteoretisk perspektiv

”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).

Joyce Travelbee ble født i 1926 og døde i 1973. Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og som lærer i sykepleierutdanningen. Hennes bok *Interpersonal Aspects in Nursing* ble første gang utgitt i 1966 (Travelbee, 2001). Dermed er hennes sykepleieteori relativt gammel. Til tross for dette er hennes teori like aktuell i dag.

Travelbee er opptatt av at alle mennesker er et unikt individ. Mennesket er konstant i vekst, utvikling og endring. Hun understreker at sykepleie ikke er et mål, men et hjelpemiddel for mennesket. Travelbees definisjon av sykepleie går ut på at det foregår en mellommenneskelig prosess. Med dette mener hun at sykepleie går ut på direkte og indirekte kontakt med mennesker, hvor det foregår en prosess av handlinger og erfaringer mellom sykepleier og pasienten, pårørende eller annet helsepersonell. Ved at man etablerer en tilknytning og fremhever at pasienten ikke er alene, men blir forstått og støttet. Da kan den syke mestre sykdom og lidelse som erfaring. Travelbee understreker at det er viktig for sykepleieren å sette seg inn i pasientens egen virkelighetsoppfatning av sykdommen, holdninger og følelser tilknyttet til det å være syk (Travelbee, 2001).

4.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee legger stor vekt på menneske-til-menneske-forholdet i sin sykepleieteori. 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 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-forhold er et hjelpemiddel for sykepleieren til å oppnå hennes mål og hensikter med sykepleien hun utøver, å hjelpe den syke med å fremme helse, skape håp, og mestre sykdom og lidelse. Når sykepleieren lærer den syke å kjenne, samt finner frem til pasientens behov og ivaretar dem, er dette en del av prosessen med menneske-til-menneske-forholdet. Forholdet bygger på gjensidig forståelse og kontakt hvor det er sykepleieren som står med ansvaret for at forholdet blir etablert og opprettholdt. Det er viktig at sykepleieren forstår den syke og de pårørende både nonverbalt og verbalt (Travelbee, 2001).

For å oppnå et godt forhold til den syke er det viktig at sykepleieren har god innsikt i egen væremåte og hvordan fremtredelsen påvirker andre. Egne tanker, følelser og intensjoner vil alltid kommuniseres, nonverbalt og verbalt, med mennesker man samhandler med, og da er det svært viktig at sykepleieren gjør seg bevisst på hva hun kommuniserer. Pasienten og pårørende vil alltid oppfatte i hvilken grad sykepleieren ønsker å hjelpe og har gode hensikter med handlingene som gjøres (Travelbee, 2001).

Det er fire faser som er nødvendige i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet mellom sykepleier og den syke. Disse fasene er det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001). Det innledende møtet er det viktigste trinnet i sykepleieprosessen, og er grunnlaget for all pleie. Sykepleieren observerer pasienten og danner seg et førsteinntrykk. Førsteintrykket baserer seg på verbal og nonverbal kommunikasjon, stikkord og hint fra den man kommuniserer med. Årsaken til at Travelbee definerer sykepleier-pasient-forholdet som et menneske-til-menneske-forhold er begrunnet med at individet må forbi rollene sine for å nå inn til hver enkelt. Det er først når man opplever individet som et menneske at en genuin kontakt oppstår. Ved det innledende møtet ser pasienten sykepleieren som "en sykepleier", og sykepleieren ser den syke som "en pasient". Ofte blir begge parter kategorisert ut fra stereotyper: tidligere erfaringer sykepleieren har med pasienter, og den sykes tidligere erfaringer med sykepleiere som gjerne kan være opplevd selv, eller hørt av andre. Begge parter ser hverandre i ingen eller liten grad som et eget individ med egne erfaringer og meninger, men disse inntrykkene endres straks sykepleieren og den syke blir bedre kjent med hverandre (Travelbee, 2001). "Det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper" (Travelbee, 2001, s. 188). Fasen som etterfølger det innledende møtet handler om fremvekst av identiteter. I denne delen av sykepleieprosessen blir mennesket som et eget og unikt individ fremtredende. Sykepleieren oppfatter hvordan pasienten føler og tenker om

situasjonen, mens pasienten ikke lenger ser på sykepleieren som ”en av alle sykepleiere”. I denne fasen blir det etablert en tilknytning mellom to ulike og unike individer, og forholdet er i en mellomfase (Travelbee, 2001). Travelbee definerer empatifasen som ”evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i det øyeblikket” (Travelbee, 2001, s. 193). Prosessen går ut på at den enkelte ser forbi all ytre adferd og tar del i følelsene og tankene til den andre, samtidig som en tenker som et selvstendig individ. Empati er følelsen av å forstå, og er en bevisst prosess. Hensikten med empati er å forutsi den andres adferd (Travelbee, 2001). Videre nevner Travelbee evnen til å vise sympati og medfølelse. Disse dannes på grunnlag av empatiprosessen da det oppstår et ønske om å hjelpe individet en føler empati for. Sympati og medfølelse går ut på å forstå den andres problemer og lidelse, og ønsker å hjelpe individet med å lindre plagene. Sympati er å ta del i andres følelse og selv føle medlidenhet overfor det andre individet. Derfor er det ikke mulig å føle sympati for noen man er distansert fra. ”Sympati og medfølelse vil si at en oppriktig føler at den andres ulykke og plager angår en, kombinert med et ønske om å hjelpe vedkommende som har det vondt” (Travelbee, 2001, s. 201). Det er her forskjellen på empati og evnen til sympati og medfølelse ligger. Sympati og medfølelse blir oftest kommunisert verbalt, men kan også kommuniseres nonverbalt, som ved ansiktsuttrykk, blikk, eller måten sykepleieren utfører hjelpen. Sykepleierens væremåte formidler sympati og medfølelse ovenfor pasienten. Sympati og medfølelse må ikke forveksles med godhet og vennlighet mot den syke, men en evne til å gi omsorg til pasienten på et følelsesmessig nivå. Målet er å anvende sin sympati og medfølelse til sykepleiehandlinger, hvor utfallet er å redusere eller lindre den sykes lidelser. Den syke vil oppleve sykepleieren som et individ kvalifisert og dyktig i sitt arbeid. Sykepleieren hjelper den syke fordi hun er interessert i pasienten som et unikt individ, og ikke fordi det er hennes plikt i rollen som sykepleier. I denne fasen har den syke begynt å få tillit til sykepleieren. Den profesjonelle sykepleieren omsetter sympati og medfølelsen til konstruktive og riktige sykepleiehandlinger, og bruker seg selv terapeutisk. De fire overnevnte fasene, samt gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient, er etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, og er det absolutte mål for all sykepleie (Travelbee, 2001).

”Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2001, s. 41).

5. Drøfting

Med dette kapittelet ønsker vi å ta utgangspunkt i den teori vi har valgt, og bruke den til å belyse problemstillingen vår : ”Hvordan fremme håp om å leve hos den suicidale ungdom?”.

Med utgangspunkt i caset vi har laget til oppgaven, vil vi vektlegge hva vi opplever som viktig i arbeidet med Mia, og hva vi stiller oss kritiske til. Vi vil begrunne dette med våre egne erfaringer, forskning på området og den teori som foreligger i oppgaven. I dette kapittelet vil alle henvisninger til pasient være med utgangspunkt i caset, hvis ikke annet er skrevet.

5.1 Hvordan forstår vi begrepet håp?

Selve begrepet håp er ikke ukjent i språket vårt, vi bruker det ofte i det daglige, men å beskrive og forklare ordet kan være vanskelig. Vi mener at håp er individuelt fra person til person. Vi har alle ulike livserfaringer og holdepunkter i livet, og på grunnlag av dette skaper vi vårt eget håp. Begrepet virker fremtidsknyttet og har en positiv vinkling, når vi håper ønsker vi noe godt for fremtiden. Man kan si det så enkelt som noe godt for fremtiden, men også knytte håpet mot mer konkrete mål i hverdagen. Eksempelvis å håpe på sol i morgen, eller håpe på dessert etter middagen. Med dette kan vi forstå håpet som en positiv del av livet. Men hvordan skal man forstå håpet, hvis det man håper på har negative aspekter? Som å håpe at man dør, eller håpe at man blir skadet. Det er her vi mener at sykepleieren har en viktig rolle i det å hjelpe pasientene å håpe på noe som er det bedre, og at dette innebærer å beholde livet i seg selv. Sykepleieren skal hjelpe pasienten å finne de endringer som må til for at livet skal bli til det bedre. Som sykepleier skal vi hjelpe pasienten til å identifisere, støtte og forsterke den troen pasienten hadde til livet, før den ble suicidal (Cutcliffe, Stevenson, Jackson, & Smith, 2007).

Joyce Travelbee skrev allerede i sin bok *Interpersonal Aspects in Nursing*, som ble utgitt første gang i 1966, om håpets betydning for å mestre vanskelige situasjoner i livet. Travelbee (2001) mente at den som ikke hadde håp, ikke hadde noen forutsetning for å se løsninger til forbedring i livet. Vi gjenkjenner dette fra praksis i psykiatrisk avdeling, hvor Mia kunne ha kommentarer som ”Jeg har ingenting å våkne til om morgenen” eller ”Livet mitt er bare dritt uansett, det er ikke noen vits at jeg er her og bruker opp tiden din”. Det kunne virke som at

Mia ikke hadde noe håp om at livet skulle bli bedre av å være innlagt på avdelingen. Det er her sykepleieren må hjelpe Mia å finne de håpene hun hadde for livet før hun ble suicidal.

Vi forstår av erfaring at håpet er noe som kan knyttes til drømmene våre, håpet trenger ikke alltid ligge nære oss, men ligge langt fremfor oss. Det at Mia ønsker å bli skuespiller i New York, er en drøm og håp hun har for fremtiden. Vi må hjelpe henne å fremme håpet om denne fremtiden. Likevel mener vi det er viktig å ikke bruke drømmer som en flukt fra virkeligheten. Det kan være godt å slippe drømmene til og la virkeligheten stå på vent, men ikke alltid, man må også møte hverdagen. Av erfaring med ungdom innlagt i avdeling vil det derfor være nødvendig å finne noe å håpe på som ligger nærmere, som ikke krever mer enn at det kan oppnås innen en rimelig tid. Dette fordi vi har sett at med store drømmer, kan det oftere oppstå skuffelse over at man ikke når målet. Dette gjelder også for håp som involverer andre mennesker, man blir avhengig av andre for å nå målet og det kan bli vanskelig å selv påvirke håpet.

I arbeidet med Mia, må vi sammen med henne søke etter hvilke mål og håp hun hadde for fremtiden før hun ble suicidal. Som Kristoffersen og Breievne (2005) skriver om håp, vil pasienten ved å gjenopprette håpet, finne mot til å våge å tro på morgendagen. Vi ser dette som aktuelt i Mias situasjon, hun må finne noe som gir henne mot til å møte morgendagen flere dager etter hverandre.

Vi mener at alle har et iboende håp, det trenger ikke være slik at vi tenker mye over hva vi håper på når vi er friske, men når sykdom rammer oss, blir det svært aktuelt å finne håpet. Det håpet som har positive aspekter og som innebærer å kjempe for å leve.

Kristoffersen og Breievne (2005) skriver at håp gjenspeiles i pasientens tanker, følelser og handlinger. Avhengig av hvordan man velger og tolke dette kan vi være enige i dette. Vi kan forstå det som at en suicidal pasient vil ha tanker, følelser og handlinger om død og derfor også håper på død. Vi tror likevel at det ikke er så enkelt som det, men at ytre faktorer i livet legger en skygge på det positive håpet, og håpet om å leve livet. En studie gjort av Anderson, Standen og Noon (2005) trekker frem et viktig spørsmål om ungdom med suicidale tanker og handlinger. Vil ungdommen ta sitt eget liv? Eller prøver de å kommunisere at de ikke ønsker å være i det livet de har ?

Vi opplever at det er nettopp det Mia prøver å kommunisere med sine selvmordsforsøk, hun synes livet hun nå er i er vanskelig. Og vi kan tenke oss at det er flere grunner til det. Blant annet har hun opplevd flere ting som kan ha påvirket hennes tro og håp om tillit til andre mennesker. Mia kan oppleve det som tillitsbrudd fra foreldrene sine at de nå er skilt, siden hun nå bor hos mor, har far som en sentral og nær relasjon blitt delvis borte fra hverdagen hennes. Vi har tidligere skrevet om at ungdom kan skape egne sannheter, Mia kan ha skapt en sannhet for seg selv om skilsmissen til foreldrene. Hun kan føle skyld, eller hun klandrer den ene av foreldrene sine for det som har skjedd. Da Mia ble utsatt for at seksuelle bilder av henne ble delt på sosiale medier, opplevde hun enda et tillitsbrudd fra relasjoner. Vi mener at Mia trenger en voksen person i livet sitt, som kan hjelpe henne å se at det mulig å skape tillit til andre mennesker igjen. I Mias livssituasjon nå, er sykepleieren den som må være tillitspersonen. Vår erfaring fra praksis i psykiatrisk avdeling, er at ungdommen trenger fast personell som følger dem i løpet av vekten og gjennom innleggelses perioden. De er avhengig av å ha muligheten til å bygge en relasjon over tid. Det er avgjørende at pasienten møter de samme sykepleierne jevnlig, i stedet for nye å forholde seg til fra dag til dag. Som Strand (1990) skriver om sykepleier-pasient forholdet; er kontinuitet og regelmessighet rammen for selve forholdet. For å skape denne relasjonen og tilliten er det avgjørende at sykepleieren er reflektert over hvilke handlinger man gjør ovenfor pasienten. Når sykepleieren lover pasienten noe, må den holde dette. Sykepleieren skal aldri love mer enn hva man er i stand til å holde. På denne måten viser vi respekt og tillit for ungdommen som individ, og kan bidra til at pasienten gjenvinner håpet om at det er mulig å ha tillit til andre mennesker igjen og da se løsninger på sin egen livssituasjon. Like viktig er det at sykepleieren ikke lar sin tillit til pasienten svekkes, fordi den har gjort en suicidal handling. Anderson et.al. (2005) intervjuet sykepleiere og leger som arbeidet i avdelinger hvor man møter unge som har hatt selvmordsforsøk. Ønsket med deres studie var å høre helsepersonellens meninger og holdninger om ungdommene. Noen av de intervjuede sa blant annet at selvmordsforsøket var et rop om oppmerksomhet, vi kan si at vi gjenkjenner denne holdningen blant sykepleiere. Vår opplevelse er at de sykepleierne som innehar disse holdningene har en mistillit til ungdommen. Fra praksis erfarer vi at ungdommen kan føle skam over de handlingene den har gjort, og er redd for nettopp dette – at man har mistet muligheten til å oppleve tillit fra andre. Dette bekreftes av Vatne & Nåden (2013) i deres studie om hvordan suicidale pasienter opplevde å møte helsepersonell etter et selvmordsforsøk. De konkluderer i sin studie at suicidale pasienter har et behov for å møte helsepersonell som gir dem tillit, forståelse og bekreftelse for deres lidelse. Funnene i denne studien støtter vår mening om viktigheten av å

skape en positiv kontakt mellom sykepleier og pasient. Oppnås denne kontakten vil sykepleieren kunne veilede og hjelpe pasienten til å gjenoppta håpet om å leve.

Ut i fra Vatne & Nådens (2013) studie, kan vi forstå det som at det første håpet vi kan hjelpe pasienten med å oppnå, er å møte dem som et likeverdig individ, tross lidelse og handling forut for innleggelsen.

5.2 Hvordan kan kommunikasjon og relasjonsbygging fremme håp?

Den suicidale tenåringen ser ingen fremtid, og tenker kun på det som skjer her og nå. Følelsen av at det er ingen ende på lidelsene og problemene, og det å prøve å snu livet er helt nytteløst. Hun føler at det er ingen eller ingenting som kan eller vil hjelpe. Det er da viktig å bygge en relasjon med pasienten basert på tillit og respekt, slik at man kan nå inn til pasienten med budskap om at livet er verdt å leve.

I det innledende møte med pasienten er det viktig å tenke på hva en kommuniserer for å få frem det budskapet man ønsker å formidle. Verbalt må man tenke på språket man bruker, at det er forståelig for pasienten. Medisinske begreper, ord og forklaringer vil i de fleste tilfeller være langt utenfor den unge pasientens forståelse, og kan få pasienten til å føle seg både dum og uvitende. Det er viktig å benytte seg av kunstpauser slik at pasienten har mulighet til å ta til seg informasjonen og stille spørsmål (Eide & Eide, 2012). Sykepleieren skal kommunisere på en oppmuntrende, oppmerksom og forståelsesfull måte. Vi har i praksis erfart viktigheten i å lytte til pasienten og vise respekt, samt formidle at ingen spørsmål eller følelser er dumme.

Liv Strands (1990) egostyrkende sykepleieprinsipper er aktuelle i fasen hvor vi blir kjent med Mia. Kontinuitet og regelmessighet vil gjøre at man kan skape en allianse med Mia. Psykisk ustabile tenåringer kan være utagerende men samtidig innesluttet, men det er da viktig å møte opp igjen og igjen slik at Mia ser at du ikke svikter henne. Mia kan forsøke å tøye sykepleierens grenser, da mener vi at det er viktig å bruke terapeutisk grensesetting. Det er i en slik situasjon nødvendig å være i kontakt med prinsippene for det moderlige og faderlige prinsippet. Terapeutisk grensesetting spiller på det faderlige prinsippet ved at det omfatter krav for Mia, samtidig som hensikten med grensesettingen er trygghet for pasienten, det moderlige prinsippet.

Vi reflekterer rundt grensesetting, og mener at sykepleieren må være veldig bevisst på sine handlinger ved utførelsen av dette tiltaket.

Ved et slik tiltak som grensesetting eller skjerming er det viktig å forklare den unge pasienten hensikten med det. Grensesetting og skjerming skal alltid brukes med god hensikt om å både fremme helse og forebygge uhelse (Strand, 1990). Via god kommunikasjon og respekt skal vi videreformidle den hensikten til Mia slik at hun forstår. Ved å bruke tiltak som grensesetting og skjerming mener vi det er viktig at Mia har tillit til sykepleieren, hvis ikke vil hun mulig se på det som ufølsomt og straffende.

Som sykepleiere har man kjennskap til etikk, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Disse lover og verdier blir sentrale for å hindre selvmord. En erfaring vi har er at sykepleieren kan oppleve følelsen av å hjelpe settes i mot det å bevare pasientens autonomi. Vatne (2006) skriver i sin studie at sykepleierens faglige kunnskap gir en forpliktelse til handling og bidrar til å forsterke det ansvaret man føler ovenfor pasienten.

Et hjelpemiddel som vi mener er nyttig å bruke i det å danne en relasjon med pasienten er å ha en aktivitet å gjøre sammen med pasienten. Erfaringsmessig vet vi at både barn og voksne føler det kan være vanskelig å forholde seg til og prate med en person som sitter rett ovenfor deg uten at noe annet skjer. Eksempelvis med voksne som finner det lettere å åpne seg når en har en kaffekopp i en avslappende og uformell sammenheng. Virkemidler som kortspill, tegning eller en film på tv kan være nok aktivitet for at pasienten åpner seg, da det ikke lenger er formelt og skummelt. Av erfaring mener vi ofte at sykepleieren kan komme tettere inn på pasienten enn en behandler, fordi sykepleieren er ute i miljøet med pasienten. Men likevel mener vi at det er viktig å finne en balansegang slik at bakgrunnen for miljøtiltaket ikke skal være å tvinge pasienten til å snakke, en opplevelse av å bli tvunget til å snakke, kan føre til at pasienten distanserer seg fra sykepleieren.

Vi må også kunne godta at det ikke alltid må sies noe verbalt, noen ganger kan bare det å være sammen, være like viktig for å skape relasjon.

Det kan ta lang tid før man når inn til Mia, og det vil være gunstig å være tålmodig, ikke kreve for mye av henne i startfasen. Ved at man møter opp igjen og igjen, uansett handling fra Mia, vil gi henne mulighet til å over tid føle tillit til sykepleieren. Hjemme hos Mia er foreldrene skilt, de har nye kjæresten på hver sin kant, og har kanskje ikke så mye tid til Mia som hun trenger. Hun føler kanskje at ingen bryr seg om henne, og tenårings tankegang er

av erfaring ofte irrasjonelle. I Mias ståsted vil det være viktig å ha en rollemodell å stole på, og i denne situasjonen kan sykepleieren være det. Det at sykepleieren er trofast hos sin pasient, er viktig gjennom hele behandlingsforløpet. Ved at sykepleieren plutselig ikke dukker opp, er sykemeldt eller av andre årsaker ikke følger opp Mia lenger, vil føre til at Mia kan føle seg sviktet og relasjonen hun og sykepleieren har bygget opp vil være forgjeves. Da kan det bli vanskeligere for Mia å bygge en relasjon senere i behandlingsløpet.

Vi mener at sykepleieren er den profesjonelle og stødige personen Mia har å forholde seg til, og derfor må man ikke svikte henne ved å ikke møte til avtaler. Forholdet mellom sykepleieren og den psykiatriske pasienten skal også avsluttes på en profesjonell måte når pasienten er klar for det (Strand, 1990). Vi mener det er spesielt viktig i arbeidet med den unge psykiatriske pasienten, slik at pasienten kan føle at den har hatt en betydning i relasjonen med sykepleieren. Vi må likevel være reflektert over at det skal være en profesjonell distanse mellom pasient og sykepleier. Pasienten skal ikke kunne kreve sykepleierens tid utover den tid de har sammen. Eksempelvis etter endt vakt eller etter utskrivelse fra avdelingen. Grensesetting er stikkordet, og viktigheten av å bryte relasjonen til pasienten på en slik måte at hun får en konkret avslutning og ikke føler seg avvist.

Vi mener at uansett motiv for selvmordsforsøket, er det viktig å ta Mia på alvor. Ved at man tar henne på alvor og tydeliggjør framtidsutsiktene hennes vil hun kunne oppnå nytt håp om livet (Vatne & Nåden, 2013). Her kan vi trekke frem Mias fremtidsønsker om å flytte til New York for å bli skuespiller. Forskning av Vatne & Nåden (2013) viser til at pasienter som ikke ble møtt med alvor, satt igjen med følelsen av å være mislykket og nytteløse. De hadde en opplevelse av at de ikke var verdsatt i å delta i deres eget behandlingsforløp (Vatne & Nåden, 2013). Hummelvoll (2006) understreker i sin teori om sykepleier-pasient-fellesskapet at pasienten bør være med på kartlegging av behandlingen, og det er vi delvis enige i. Vi erfarer at pasientene kan ha innsikt i hvilke tiltak de trenger for å mestre fremgang, men det forutsetter at de har et ønske om bedring.

Vi reflekterer over viktigheten i at Mia føler seg både hørt og sett, at hun får beholde sin egen autonomi og stemme som et eget individ. Vår oppgave som sykepleier er å fremme realiteten på en terapeutisk måte, men likevel ikke være kritisk eller autoritær ovenfor Mia. Pasienter som ikke føler tillit til sykepleieren, synes det er vanskelig å slippe sykepleieren inn på seg og dele de vanskelige tankene (Vatne & Nåden, 2013). Dette forsterker meningene våre om

viktigheten av tillit i sykepleier-pasient-forholdet og at når Mia opplever et håp om å bli sett for den hun er, åpner hun for å skape en relasjon med sykepleieren.

5.3 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Travelbee (2001) mener at for å oppnå god og riktig sykepleie må man mestre prosessen i å utvikle menneske-til-menneske-forholdet. Videre er hennes mening at begrepene sykepleier og pasient skal viskes ut for å klare å oppnå målet med sykepleie. Dette er noe vi reflekterer over, og vi er kritiske. Vår mening er at sykepleieren er nødt til å være bevisst på sin rolle, og ikke minst sitt ansvar ovenfor pasienten. Forholdet mellom sykepleieren og pasienten skal ikke være vennskap, og heller ikke føles familiært. Dette vil gjøre at sykepleieren mister sin profesjonelle rolle, og man vil ikke lenger ha den hjelpende funksjonen. Travelbee (2001) kommenterer at vennskap inneholder andre aspekter enn menneske-til-menneske-forholdet, og derfor ikke har muligheten til å bli et vennskap på dette grunnlaget. Her setter vi spørsmålsteget, vi mener at dersom rollene viskes ut, vil det anses svært nærliggende at sykepleier-pasient-forholdet utarter seg til vennskap eller en annen uprofesjonell relasjon, da man kan bli emosjonelt knyttet på en helt annen måte enn det man skal føle for en pasient.

Sykepleier er en rolle vi inntreffer når vi i garderoben skifter til uniformen. Privat kan vi slite med så mangt, ha ulike drømmer, fordommer, meninger og hobbyer. Når vi er på jobb er det viktig at krangelen med kjæresten eller konserten vi skal på senere i kveld blir puttet i en metaforisk skuff, og blir værende der til matpausen eller når arbeidsdagen er over. Det samme gjelder andre veien, pasienter kan røre veldig ved oss, noe trist har skjedd som dødsfall eller dårlige beskjeder. Ting som dette må puttes i en annen skuff når vi reiser hjem fra arbeidsdagen slik at vi ikke blir altfor berørte privat. Metaforen med skuffen er et viktig hjelpemiddel for sykepleieren, da vi umulig kan ha kapasitet til å ta med oss alle følelser pasientene gir oss igjennom en arbeidsdag. Vår mening er at den profesjonelle sykepleieren må ha et klart skille mellom rollene, både for pasienten sin del, og for sykepleierens del.

Travelbee (2001) beskriver at målet for sykepleie er å hjelpe den syke med å fremme helse, skape håp, mestre sykdom og lidelse. Dette er vi enige i. Videre mener vi at målet også er å få pasienten og de pårørende til å føle seg trygge, forstått og ivaretatt. Dette målet oppnår vi med god kommunikasjon, hvor vi må være bevisste på hva vi signaliserer både verbalt og nonverbalt. Som sykepleier trenger vi òg å arbeide kunnskapsbasert. Det at vi er oppdatert på riktige prosedyrer, retningslinjer og faglig litteratur, og er selvsikre i arbeidet vi utfører, skaper trygghet for pasienten. Det er viktig at pasient og pårørende føler seg sett og hørt, og at

de får de svarene de har behov for og ønsker. Er det noe vi ikke har kunnskap om, er vi ærlige om det, tillærer oss den kunnskapen, og formidler tilbake til pasient og pårørende. Trygghet og ærlighet er stikkord vi setter høyt i utøvelse av god sykepleie.

Hummelvolls (2006) definisjon av relasjonsbygging mener vi er mer anvendelig for sykepleieren. Det er en konkret og praktisk fremgangsmåte, hvor man da er bevisst på rollene som sykepleier og pasient. Felles for Strand (1990), Hummelvoll (2006) og Travelbee (2001) er at relasjonsbyggingen er nødt til å inneholde tillit for begge parter. De har fokus på at sykepleier og pasient møtes som likeverdige individer. Gjensidig respekt og tillit mener vi er grunnlag for en god relasjon med pasienten.

For å skape en relasjon med den selvmordstruede pasienten er det viktig at sykepleieren har god evne til empati, noe Strand, Hummelvoll og Travelbee er enig i. "Empati betyr egentlig å føle seg inn i en annens følelse" (Hummelvoll, 2006, s. 87). Det er viktig at sykepleieren skiller mellom det å leve seg inn i pasientens følelser og det å identifisere seg med henne. Da ser vi igjen viktigheten av å beholde rollene som sykepleier og pasient for å skape en viss avstand, og ikke utydelig gjøre dem slik Travelbee ønsker. Likevel mener vi at et godt forhold mellom sykepleieren og pasienten kan dannes. Gjennom kommunikasjonsferdigheter og at vi er i kontakt med hva vi kommuniserer både verbalt og nonverbalt med pasienten, kan vi skape trygghet, tillit og en god relasjon med pasienten.

Travelbee (2001) mener at det er viktig for sykepleieren at hun har god innsikt i egen væremåte og hvordan hennes fremtreden påvirker andre. Pasienten vil alltid oppfatte i hvilken grad sykepleieren ønsker å hjelpe og har gode hensikter med handlingene hun gjør, og det er derfor viktig med gode kommunikasjonsferdigheter.

6. Konklusjon

Problemstillingen igjennom oppgaven vår er: *Hvordan kan sykepleieren, ved hjelp av kommunikasjon og relasjonsbygging fremme håp om livet hos suicidal ungdom?* Nå ønsker vi gå igjennom oppgaven for å se om vi har fått svar på problemstillingen.

I arbeidet med oppgaven får vi belyst viktigheten for sykepleieren å ha riktig kunnskap om hva det vil si å være selvmordstruet, hva det gjør med betydningen for håp, og det å ha god kunnskap om kommunikasjon for å skape en relasjon av betydning med pasienten.

Da unge mennesker som har mistet håpet om å leve mangler motivasjon og gjerne er innesluttet, kan det være vanskelig å danne en relasjon. Det å ha gode fremgangsmåter ved relasjonsbygging, være tilgjengelig og ha regelmessig kontakt, lytte og vise forståelse, gir grunnlag for en god og trygg relasjon for begge parter. Forskningen vi har med i oppgaven understreker vårt poeng med at dersom pasienten ikke føler seg forstått og respektert av sykepleieren, er det ikke mulighet å danne en god relasjon med pasienten. Pasienten vil føle det ubehagelig å fortelle om sine tanker, hvis vi ikke vet noe om pasientens tanker og følelser kan vi ikke bidra til å fremme håp.

Definisjonen av hva hvert enkelt menneske mener håp er, er unikt og ulikt, akkurat som hvert menneske. Felles for håpet er at det er noe vi ser fram mot, og vi må leve for å nå det målet. I blant kan mennesket miste håpet, da kan det være nødvendig å få hjelp til å finne veien mot håpet igjen.

Selv om forholdet mellom sykepleieren og pasienten skal være basert på gjensidig respekt og tillit til hverandre, mener vi det er viktig å skille på de ulike rollene. Det er sykepleieren som har den hjelpende funksjonen, det er hun som sitter på kunnskapen og skal videreformidle den til pasienten. Ved at vi fjerner rollene og forholder oss til Joyce Travelbees (2001) definisjon av menneske-til-menneske-forholdet, mener vi at vi mister vårt virkelige budskap med sykepleien. Likevel synes vi at vi kan oppnå den gode relasjonen med pasienten, da basert på gode kommunikasjonsferdigheter og at vi har god egeninnsikt i hva vi kommuniserer verbalt og nonverbalt.

De fleste som velger å utdanne seg som sykepleier har et indre, oppriktig ønske om å hjelpe andre. Vi får ofte høre at sykepleier er et yrke for spesielt interesserte. Vi mener at det ikke er

nok å bare være godhjertet. For å være en god sykepleier må man også ha riktig kunnskap, samtidig som man mestrer å anvende den og videreformidle til andre. Det går begge veier, en god sykepleier kan ikke bare sitte på kunnskapen, men må også ha evnen til å kommunisere riktig og vise medmenneskelighet. Mye kommer av livserfaring og yrkeserfaring, men er man våken og observant samt har gode kunnskapsferdigheter, vil man også mestre å utøve god sykepleie selv om man er nyutdannet.

Vi velger understreke viktigheten i at relasjonen mellom sykepleier og pasienten ikke må brytes uten en verdig og fullstendig avslutning. Uten en ordentlig avslutning på forholdet, vil tillit brytes og pasienten vil føle seg ubetydelig. Vi ønsker alle å bety *noe* for *noen*, og vi vet selv å kjenne på følelsen av å bli oversett eller ubetydeliggjort.

Vi ønsker vi å avslutte oppgaven med et sitat om å arbeide i psykiatrien:

*Mer enn å forstå
hva som får noen
til å ta sitt liv,
må vi arbeide med
å forstå hva som
får mennesker til å leve!*

(Møte med det selvmordstruede mennesket)

7. Litteraturliste

- * Anderson, M., Standen, P., & Noon, J. (2005). *A Social Semiotic Interpretation of Suicidal Behavior in Young People*. Hentet fra Journal of Health Psychology.
- * Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk. (2006). Hentet fra <http://www.bupbarn.no/wips/1813556758/>
- * Cutcliffe, J., Stevenson, C., Jackson, S., & Smith, P. (2007). *Reconnecting the Person with Humanity - How Psychiatric Nurses Work with Suicidal People*.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.(257 sider)
- Eide, H., & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.(443 sider)
- * Helsepersonelloven. (2010). *LOV-1999-07-02-64*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Hummelvoll, J. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (614sider)
- * Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.(639 sider)
- * Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.(344 sider)
- * Mehlum, L. (1999). *Tilbake til livet - Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. (469 sider)

- * Norsk Sykepleie Forbund. (2011). *www.nsf.no*. Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

- * Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (246 sider)

- * Snoek, J. E. (2002). *Ungdomspsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget. (360 sider)

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

- * Statistisk Sentralbyrå. (2013, September). *www.ssb.no*. Hentet fra http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/140702?_ts=143c3c6bff8

- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS .

- * Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (287 sider)

- * Vatne, M. (2006). Psykiatriske sykepleieres forståelse av eget ansvar i arbeid med selvmordsnære pasienter. *Vår i Norden* .

- * Vatne, M., & Nåden, D. (2013, September 01). *Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises*. Hentet fra DOI: 10.1177/0969733013493218

- * Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (182 sider)

Vedlegg 1:

PICO-skjema

P opulation	I ntervention	C omparsion	O utcome
Selv mordstruet/ suicidal ungdom	Fremme håp	Kommunikasjon	Håp om livet
Tenåring Ung voksen Jente Gutt	Forebygge selvmord Skape håp		

Suicidal adolescent	Promote hope	Communication	Hope about life
Teen Teenager Young adult Girl Boy	Reinforce hope Prevent suicide Intentional self-harm Seeing hope		