



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02.13, kl 14.00

Kandidatnr.: 56

Antall ord: 8642

”Ikke la deg skremme vekk”

Utsagn fra en kvinne som selvskader seg:

*”Det er jo ofte det som er skjult,
man tenker nok ikke over det,
men det er et budskap, det er en...*

*Det å kutte seg,
det er et signal om at jeg ikke har det bra,
kan noen fange opp og ta vare på meg.
Jeg er fortsatt frustrert over at ingen kommer,
at ikke noen av vennene mine bare
kan SE at jeg har det kjipt og vanskelig.
Jeg klarer ikke å sitte der å si det.*

*Hvorfor kan de ikke komme
å gi meg en klem,
eller bare et eller annet,
ta litt vare på meg?”*

(Moe og Ribe, 2007, s. 96).

Sammendrag

Bakgrunn: Jeg har møtt flere unge jenter som har borderline, og som selvskader seg. I overkant av 10 % av befolkningen har personlighetsforstyrrelser, av disse har ca. 1 % borderline. Av de ulike personlighetsforstyrrelsene er borderline den eneste som har selvskading i et av de diagnostiske kriteriene.

Hensikt: Hensikten er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan skape en tillitsfull relasjon med kvinner som selvskader seg, og har diagnosen borderline.

Metode: Studien er inspirert av systematisk litteraturstudie.

Resultater: Sykepleiere kan oppleve vanskelige følelser i møtet med brukere som selvskader seg. Refleksjon er nødvendig for at sykepleierne skal kunne lære å håndtere disse følelsene, og for å kunne øke kunnskapene sine om hvordan de kan oppnå en tillitsfull relasjon med denne brukergruppen. Sykepleierne bør se hver enkelt bruker som et helhetlig menneske, og vektlegge empati, lytting og tålmodighet i relasjonsbyggingen. Samt holde sine egne følelser under kontroll for å klare å opptre profesjonelt.

Oppsummering: Å bygge en tillitsfull relasjon med denne brukergruppen er en sammensatt oppgave, som krever fokus og bevissthet fra sykepleierne.

Abstract:

Background: I have met several young girls who have borderline, and that self-harm themselves. Over 10 % of the population has a personality disorder, and 1 % of these have borderline. Of the different personality disorders borderline is the only one that has self-harm as one of the diagnostic criteria.

Purpose: The purpose is to attain increased knowledge about how nurses can create a relationship based on trust with women who self-harm, and who have been diagnosed with borderline.

Method: This study is inspired by a systematic literature review.

Results: Nurses may experience difficult emotions in their meetings with service users that self-harm. Reflection is necessary for nurses to learn to deal with these feelings, and to increase their knowledge about how they can achieve a relationship based on trust with the service users. Nurses need to see each person as a complete human being, and place emphasis on the skills of empathy, listening and patience when building a relationship with the service user. They should also try to keep their own emotions under control to be able to act professionally.

Summary: To build a relationship based on trust with the service users is a complex task that requires focus and awareness on the part of the nurses.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2. Hensikt.....	2
1.2.1 Problemstilling	2
1.2.2 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori	4
2.1 Relasjon som sykepleieteoretisk perspektiv.....	4
2.2 Tillitsfull relasjon	5
2.3 Borderline og relasjon	7
2.4 Selvskading	8
2.5 Lovverket	9
3.0 Metode	10
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	10
3.2 Litteraturstudie som metode.....	10
3.3 Metodens sterke og svake sider	11
3.4 Litteratursøking.....	11
3.5 Kildekritikk	12
3.6 Etiske aspekter	13
4.0 Presentasjon av studier og funn	14
4.1 Studie 1.....	14
4.2 Studie 2.....	15
4.3 Studie 3.....	15
4.4 Studie 4.....	16
4.5 Studie 5.....	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Møtet med selvskadingen	17
5.2 Relasjonsbygging.....	20
5.2.1 Å forstå brukeren	21
6.0 Avslutning.....	24
7.0 Litteraturliste	25
8.0 Vedlegg.....	28

8.1 Presentasjon av forskningsartikler	28
8.1.2 Artikkel 1:	28
8.1.3 Artikkel 2:	29
8.1.4 Artikkel 3:	30
8.1.5 Artikkel 4	31
8.1.6 Artikkel 5	31

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet er kvinner med diagnosen borderline som selvskader seg, og hvordan sykepleiere kan oppnå en gjensidig og tillitsfull relasjon med denne brukergruppen.

Jeg har møtt flere unge jenter i hovedsak fra 18 års alderen, med denne problemstillingen i psykiatrisk praksis. Spesielt en ung jente gjorde et sterkt inntrykk på meg, da jeg opplevde henne som svært trist og prøvde å oppmuntre henne. Etter en stund alene kom hun til meg og hadde kuttet seg på armen, jeg kunne se smertene i øynene hennes på tross av at hun gjorde uttrykk for at det ikke spilte en stor rolle. Kuttene var dype og måtte sys. Jeg synes det var utfordrende å vite hvordan jeg skulle håndtere situasjonen videre, da brukeren opplevdes som likegyldig. I situasjonen opplevde jeg redsel for å si noe som kunne utløse aggresjon hos brukeren, siden jeg hadde erfaringer med at brukeren var emosjonelt ustabil. Jeg følte meg stresset, men prøvde og unngå å uttrykke dette ovenfor brukeren ved å fokusere på å rense og bandasjere kuttene, se og lytte til brukeren. Denne situasjonen er en av bakgrunnene for valg av tema, i tillegg til at jeg har erfart i løpet av seks år med deltidsjobber i psykiatri at helsepersonell ofte synes det er utfordrende å oppnå en tillitsfull relasjon med brukere som har borderline.

I overkant av 10 % av befolkningen forekommer personlighetsforstyrrelser, og forekomsten av borderline (ustabil personlighetsforstyrrelse) er ca 1 %. Borderline er den eneste av de ulike personlighetsforstyrrelsene som har selvskading i et av de diagnostiske kriteriene. Selvskading er blitt svært vanlig hos pasienter som har borderline, da opp i mot 70 % er blitt rapportert uten suicidal intensjon (Urnes, 2009).

1.2. Hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan skape en tillitsfull relasjon med kvinner som selvskader seg, og har diagnosen borderline. Å få økt kunnskap om dette kan trygge, hjelpe og veilede sykepleierne til hvordan de kan gå frem for å skape en tillitsfull relasjon med brukerne.

1.2.1 Problemstilling

Hvordan kan en tillitsfull relasjon skapes mellom helsepersonell og kvinner som har diagnosen borderline og som selvskader seg?

1.2.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen til å gjelde kvinner som er avhengige av hjelp i dagliglivet. I oppgaven vil kvinnene omtales som brukere. Videre avgrenses helsepersonellet til sykepleiere. Jeg vil fokusere på relasjonen mellom kvinnene og sykepleierne, og ikke pårørende. Selvskading avgrenses til direkte selvskading (kutting) uten suicidal intensjon. For å kunne fokusere på denne brukergruppen fra et norsk kontekst, avgrenses forskningen til studier som er utført i Norge.

1.3 Begrepsavklaring

Borderline betyr emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I ICD – 10 – kriteriene, som er norsk helsevesens diagnosesystem kommer det frem at borderline blant annet kjennetegnes av impulsivitet, ustabil humør, manglende følelsesmessig stabilitet, voldsutbrudd, truende adferd og forstyrret selvilde. Borderline er en undergruppe av personlighetsforstyrrelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). I denne oppgaven brukes borderline i stedet for personlighetsforstyrrelse.

Selvskading defineres av Sutton som; ”...en tvang eller impuls til å påføre fysisk skade på egen kropp, motivert av behovet for å mestre psykologisk smerte eller for å gjenvinne følelsesmessig balanse. Handlingene er vanligvis utført uten suicidale, seksuelle eller dekorative hensikter” (Sommerfeldt og Skårderud, 2009, s. 755).

Tillit er en følelse som utvikles gjennom erfaringer, og bygges ved flere tillitsvekkende handlinger. Tillit er enkeltmenneskets opplevelse, den er ikke alltid gjensidig i et forhold. Tilliten i en relasjon er dermed god når begge parter opplever omtrent det samme. Tillit er tyngden i alle relasjoner (Spurkeland, 2012).

Relasjon: Mellommenneskelige relasjoner oppstår når mennesker påvirker hverandre gjensidig, ved at den ene personen gir innflytelse på den andre gjennom det vedkommende sier, gjør, tenker eller føler (Vaglun, 2005).

2.0 Teori

2.1 Relasjon som sykepleieteoretisk perspektiv

For å belyse problemstillingen vil Jan Spurkelands perspektiv på relasjon anvendes som sykepleieteoretisk perspektiv. Sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer som må følges, de bygger både på menneskerettighetene som fremkommer i FNs menneskerettighetserklæring, og på ICNs (International Council of Nurses) etiske regler. Grunnlaget for all sykepleie er blant annet å respektere og vise verdighet til hvert enkeltmenneske. Sykepleieren skal vise barmhjertighet, omsorg og respekt, og ha kunnskap. Sykepleieren skal fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse hos pasientene (Norsk sykepleierforbund, 2007).

I relasjonsperspektivet vektlegger Spurkeland (2012) at en må ha interesse for mennesker for å kunne sette seg inn i en annens situasjon, som innebærer at en må kunne være empatisk. Empati handler om å være spørrende, undersøkende og aktivt lytte til den andre. Det er fire grunnleggende egenskaper som er avgjørende for å bygge en relasjon (Spurkeland, 2012). I disse grunnleggende egenskapene kan lytteren betraktes som sykepleieren og den andre personen (fortelleren) som brukeren. I følge Spurkeland (2012) er den første egenskapen at personen bør ha en generell positiv nysgjerrighet på mennesker, som i praksis innebærer at personen søker kontakt, og er i stand til å se positive trekk og egenskaper hos andre. En god egenskap å ha er å være positiv og søke mer informasjon om personene en møter, ved å oppmuntre den andre til å fortelle. Lytteren bør ikke avbryte mens den andre snakker. Dersom lytteren åpent deler litt om seg selv, vil den andre lettere gjøre det samme. Den andre egenskapen omhandler å få aktivt engasjement i andre mennesker, det viktigste her er å forstå mer om mennesket og se helheten i andre mennesker. Samt møte de med ydmykhet og respekt. Den tredje egenskapen er å være sosial intelligent, som kan innebære og forstå intensjoner, motiver og ønsker hos andre mennesker. Ved sosial intelligens kan relasjoner raskere settes på rett spor, siden det ikke er noen garanti for at relasjoner bygges. Relasjonen kan deles i fire nivåer, kjærlighetsrelasjon og vennsapsrelasjon, vennlighetsrelasjon og respektrelasjon. I de to første vil en relasjonsoppløsning oppleves svært vanskelig. I vennlighetsrelasjonen er det emosjonelle ikke avgjørende, men tydelig, dersom denne oppløses vil det innebære savn og litt sorg. Mens i respektrelasjonen er det emosjonelle i relasjonen utydelig, oppløsning medfører ikke sorg eller savn. Den fjerde og siste egenskapen er at vedkommende har evne til å vise positive følelser for andre, som blant annet innebærer

å bruke tid, vise omtanke, empati og sympati for andre mennesker. For å kunne åpne sitt eget sinn og gi rom til andre mennesker, er det viktig å legge vekt på de positive sidene og trekkene hos den andre (Spurkeland, 2012).

2.2 Tillitsfull relasjon

Tillit og relasjon kan defineres på ulike måter, henviser til begrepsavklaring i punkt 1.3. Spurkeland (2012) sier at grunnlaget for tillit skapes i løpet av de første sekundene, i det første møtet mellom to personer. I følge Røkenes og Hanssen (2012) oppstår ikke en relasjon mellom brukeren og fagpersonen av seg selv, men er et resultat av samhandlingen mellom de to. I følge Bøe og Thomassen (2007) er en god relasjon et mål og et gode i seg selv, som kan være til for at endringer skal kunne skje. Relasjonen er til for brukerne, og skal ikke misbrukes ved at sykepleierne gjennomfører tiltak som brukerne er motvillige til. Relasjonen skal altså være et trygt sted der brukeren kan få muligheter og åpne seg (Bøe og Thomassen, 2007).

Grunnarbeidet i relasjonsbyggingen er at sykepleieren ser etter brukerens måte å forstå sin egen situasjon på, hvordan brukeren bevisst eller ubevisst håndterer situasjonen, hvilken fase brukeren er i, i forhold til funksjonsnedsettelsen, og hva som gir håp og mening i brukerens nåværende situasjon (Lemvik, 2006). Tre aspekter ved relasjonsbyggingen mellom brukeren og sykepleieren er ”... *empati, respekt og evne til å ikke bli fanget av symptomer og psykologisk forsvar*” (Lemvik, 2006, s. 51). Empati handler om å kunne leve seg inn i den andres situasjon, mens en skiller ut egne følelser. Sykepleieren lærer gjennom empati å regulere nærhet og avstand til brukeren. Mens respekt er en holdning som innebærer at sykepleieren hele tiden må se brukeren med nye øyne, da brukeren kan være annerledes enn sykepleieren hadde forestilt seg. Sykepleieren bør også gi brukeren frihet til å være den en ønsker. Det tredje aspektet handler om at sykepleieren kan oppleve det utfordrende å forstå forvirringstilstander, som hører med den psykiske lidelsen brukeren har. Men kunnskapene skal hjelpe sykepleieren å forstå symptomene og forsvarsmekanismene brukeren har (Lemvik, 2006).

I følge Spurkeland (2012) tar det tid å bygge tillit i relasjonen, fordi personene i relasjonen må gjenta handlingene over tid. Personene i relasjonen kan ha ulike oppfatninger av tilliten, ved at den ene gjerne føler stabil og sterk tillit, mens den andre føler det motsatte. Når påkjenninger blir for store, eller det oppstår konflikter og skuffelser kan tilliten brytes og relasjonen ødelegges. Bøe og Thomassen (2007) skriver for at en skal kunne utvikle en

tillitsfull relasjon må sykepleieren bekrefte brukerens vitale og modne sider, og ikke ensidig fokusere på manglene hos brukeren. I følge Røkenes og Hanssen (2012) bygges en god relasjon på tillit, trygghet, opplevelse av troverdighet og tilknytning gjennom en samhandlingsprosess. For at en god relasjon eller samhandling skal oppstå, forutsetter det at fagpersonen har grunnleggende menneskelige egenskaper som for eksempel empati. Når fagpersonen viser at en forstår brukeren, vil handlingene virke positivt inn på relasjonen. Å føle seg forstått skaper en opplevelse av troverdighet og tilknytning, trygghet og tillit. Det er også viktig å føle seg forstått for å kunne skape endring. Fagpersonen som her vil si sykepleieren, kan tilrettelegge for og delta i en kommunikasjons prosess for å utvikle en relasjon og en større forståelse for brukeren (Røkenes og Hanssen, 2012). Når en tillitsfull relasjon er bygget, kan den gi rom for at brukeren kan få snakke om følelsene sine. I relasjonen kan det arbeides mot at brukeren blir oppmerksom på sine egne følelser, og utvikle evnen til å sette ord på følelsene, videre kan brukeren lære hvordan vanskelige følelser kan håndteres. I arbeidet mot dette og i relasjonen er det viktig at brukeren hele tiden blir sett, anerkjent og bekreftet i følge Monsen (siteret i Bøe og Thomassen, 2007).

I følge Schibbye (2009) er den ene parten i en relasjon uavhengig av den andre. For at partene skal kunne utvikle seg, og anerkjenne hverandre må de godta den andres synspunkter, bytte posisjoner og se hverandre som subjekt. Personene i relasjonen skaper hverandres forutsetninger og er gjensidig avhengige av hverandre for å få anerkjennelse. Bøe og Thomassen (2007) skriver at dersom brukeren opplever at fagpersonen, i dette tilfellet sykepleieren er engasjert i forholdet mellom de to, og viser dette ved å involvere seg utover det som kreves av sykepleieren fra den rollen og funksjonen en har, kan dette gi brukeren trygghet, ekstra livsgnist eller håp. Dette kan videre gi brukeren opplevelsen av at sykepleieren virkelig ønsker å hjelpe en, da brukeren opplever å bli sett som en person og ikke som en bruker eller pasient. Dette kan gi brukeren og sykepleieren en opplevelse av noe meningsfylt, og være med å bidra til et nødvendig vendepunkt for brukeren.

2.3 Borderline og relasjon

I følge Hummelvoll (2012) har de to amerikanske psykiatere John Gunderson og Margaret Singer beskrevet fem trekk ved den ytre atferden til personer som har borderline:

1. Personene er emosjonelt ustabile, og preges ofte av depresjon og sterk fiendelighet.
2. De preges ofte av mye impuls atferd.
3. På overflaten kan de uttrykke god sosial tilpasning, på tross av at de bak fasaden sliter.
4. De har ofte kortvarige psykotiske episoder.
5. De mellommenneskelige forholdene er oftest kortvarige, intense, avhengige og overfladiske. Relasjonen kan bære preg av manipulering, krav og devaluering. Devaluering vil si at brukeren gjør andre mennesker små og verdiløse, for å skjule sin desperasjon og øke selvbildet sitt. Devaluering kan oppleves i brukerens holdning, omtale og handlinger ovenfor andre mennesker, i følge Evang (sitert i Hummelvoll, 2012).

I en relasjon opplever brukere som har borderline ofte angst for å bli forlatt og tomhetsfølelse, de trenger desperat andre mennesker for å føle at de eksisterer. Ofte kaster de seg intenst inn i relasjoner, og ender opp skuffet og kommer i en emosjonell krise. For å holde på vedkommende kan brukeren begå desperate handlinger, som for eksempel å true med å ta selvmord eller selvmordsforsøk. Brukere som har borderline lever et utfordrende liv med mye uro, dramatik, samlivsbrudd og farlige episoder. Den mer impulsive borderline forstyrrelsen kan bli roligere med alderen (Torgersen, 2008).

Brukere som har borderline har ulike forsvarsmekanismer som rettes mot å forebygge angst, skam, skyldfølelse, depresjon, eller mot å fungere i dagliglivet. Hvor god effekt det har avhenger blant annet av hvor effektivt de holder unna smerte, i følge Evang (sitert i Hummelvoll, 2012). Disse forsvarmekanismene omfatter blant annet splitting, som innebærer at brukeren har mangelfull evne til å forstå positive og negative opplevelser brukeren selv har i forhold til andre, i følge Yegdich (sitert i Hummelvoll, 2012). En annen forsvarmekanisme er at brukerne ofte betrakter helsepersonellet som kun gode og allmektige, som de stiller ekstremt store og urealistiske forventninger til, i følge Evang (sitert i Hummelvoll, 2012). I relasjonen betrakter brukeren da helsepersonellet som beskyttere fra sitt eget farlige og onde selv, eller av en truende verden. Brukeren kan oppleve kontroll over egne negative impulser og behov, ved å legge disse over på andre. Når sykepleieren blir utsatt for denne forsvarsmekanismen, blir vedkommende ledet til å handle slik brukeren opplever sykepleieren

på dette tidspunktet. Altså dersom sykepleieren er imøtekommende og positiv, men av brukeren blir oppfattet som aggressiv og en som ikke kan stoles på, vil brukeren fortsette å være overbevist om dette. Brukerens egne følelser om seg selv på det tidspunktet, blir da overført til sykepleieren (Hummelvoll, 2012).

2.4 Selvskading

Ofte har brukere med langtidsutviklet borderline ikke full egeninnsikt over egne motiver, spesielt i stressende situasjoner (Urnes, 2009). Når brukere som har borderline kutter seg, kan det oppleves enten som en tilstand der de er borte fra kroppen, slik at de nesten ikke føler noe. Eller de kan føle smerten, men utholde den fordi det er den eneste måten og fysisk føle at de eksisterer. Etter selvskadingen vender brukeren tilbake til kroppen og har sterke smerter som økes av stress, fortvilelse, angst og skam (Dyhr, 2010). Brukere som kutter seg opplever ofte sinne, redsel, hjelpeløshet, maktesløshet og tristhet, det varierer om de har kontakt med disse følelsene. Gjennom kutting prøver brukerne å dempe disse følelsene. For å forebygge kutting er det viktig at brukerne gjenkjenner og klarer å uttrykke disse følelsene (Moe og Ribe, 2007). Brukerne kan føle at den eneste måten å få bort de vonde og utholdlige følelsene er gjennom selvskading, og at det er vanskelig å sette ord på disse følelsene (Øverland, 2006). For sykepleieren kan det være utfordrende å være vitne til selvskadingen. Derfor er det viktig at sykepleieren gjenkjenner reaksjonene som blir aktivert i seg selv, i møtet med brukeren som har selvskadet seg. Sykepleieren kan oppleve frykt, sinne, redsel og hjelpeløshet, i relasjonen med brukeren som kutter seg selv. For å håndtere disse følelsene bør sykepleieren søke hjelp i fagmiljøet. Utfordringene sykepleieren og brukeren møter har lite skille da begge handler om å identifisere, håndtere og sette ord på ubehaget. Sykepleieren kan oppleve å bli manipulert, føle seg presset til dialog eller til å hjelpe brukeren som har kuttet seg. Selv om sykepleieren gjerne føler seg presset til å hjelpe, behøver ikke brukeren og hatt det i tankene under selvskadingen (Moe og Ribe, 2007).

Når sykepleieren møter en bruker som har kuttet seg, kan brukeren oppleve at vonde følelser strømmer ut, noe som også rammer sykepleieren. Dette kan oppleves smertefullt og utfordrende for sykepleieren. Sykepleieren kan oppleve å føle seg truet, redd, trist eller maktesløs og reagere med sinne. For å bli kunne forutse slike reaksjoner, må en bli bevisst på hvordan en reagerer i ulike situasjoner. Sykepleierens utfordringer vil være å bli kjent med sine egne følelser, opparbeide kontrollen over dem og håndtere de (Moe og Ribe, 2007).

Det vil være vanskelig for sykepleieren å kunne hjelpe brukeren over tid dersom sykepleieren ikke forstår hva som er problemet. For at sykepleieren skal kunne forstå brukeren, bør sykepleieren lytte til hva brukeren prøver å uttrykke, og vise empati. Dersom sykepleieren slutter å prøve å forstå brukeren, er det i seg selv farlig for den terapeutiske relasjonen. For sykepleieren kan det være utfordrende å forstå hvorfor brukeren velger å påføre seg selv smerte, da mennesker ofte prøver å unngå smerte siden det gir oss følelsen av å miste kontrollen. Det er ikke alltid lidelsen forsvinner selv om årsaken til selvskadingen blir klar for både sykepleieren og brukeren (Øverland, 2006).

2.5 Lovverket

Helsehjelpen som helsepersonellet gir, blir i stor grad styrt gjennom lovverket (Molven, 2009). Helsepersonelloven (1999) § 4 sier; *"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig"*. I følge Molven (2009) omfatter forsvarlighet all helsehjelp, som vil si pleie og omsorg, forebygging, utredning, behandling, rehabilitering og habilitering.

Pasientrettighetsloven retter seg mye mot helsevesenet og helsepersonellet, og gir pasientene mange rettigheter. Mens psykisk helsevernloven gir pasienter i det psykiske helsevernet rettigheter. Flere av forskriftene til denne loven har innflytelse på sykepleiernes yrkesutøvelse blant annet i forhold til tvang (Molven, 2009). I psykisk helsevernloven fremkommer det at det skal utarbeides en individuell plan tverrfaglig, til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud (Psykisk helsepersonelloven, 1999). For at en individuell plan skal kunne utarbeides innebærer det at en relasjon må være til stede.

3.0 Metode

Metode er et hjelpemiddel som kan brukes for å undersøke noe eller til å samle inn data, metoden forteller noe om hvordan en bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at en mener den vil gi gode data, og belyse problemstillingen eller spørsmålet på en faglig og interessant måte (Dalland, 2012). Det finnes ulike definisjoner av metode. I følge Dalland (2012) beskriver Aubert metode som en fremgangsmåte, en måte for å løse problemer og tilegne seg ny kunnskap. Alle midler som vil oppnå dette formålet, hører med i definisjonen av metoder.

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ og kvalitativ design er to tilnæringsmåter i forskning, som representerer hver sine kunnskapsperspektiv, metodevalget avgjøres ut fra hva man ønsker å undersøke (Olsson og Sörensen, 2003). Ved kvantitativ metode undersøkes et utvalg som skal representere hele populasjonen. Metoden brukes for å beskrive forekomst og fordeling, og for å finne sammenhenger (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2007). I motsetning til kvalitativ metode som presenterer det som ønskes målt eller tallfestes (Dalland, 2012). Kvalitativ metode brukes for å undersøke det subjektive, som menneskelige opplevelser, erfaringer og holdninger (Nortvedt et al., 2007). Metodene er svært ulike, men begge har som formål å sikre en bedre forståelse av samfunnet, og hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesker handler og samarbeider (Dalland, 2012).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er inspirert av en systematisk litteraturstudie. I følge Olsson og Sörensen (2003) skal en litteraturstudie blant annet bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Litteraturstudien er en informasjonskilde.

Det finnes tre ulike typer litteraturstudier: allmenn litteraturstudie (overview), systematisk litteraturstudie (systematisk review) og begrepsanalyse (concept analysis). En litteraturstudie skal være med å belyse hva som tidligere er gjort innen et bestemt forskningsområde (Forsberg og Wengström, 2008). En forutsetning for at en systematisk litteraturstudie skal kunne gjennomføres er at det skal finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan danne et grunnlag for vurderinger og konklusjoner. Mulrow og Oxman beskriver at en systematisk litteraturstudie skal baseres på et klart formulert spørsmål, som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstöm, 2008).

3.3 Metodens sterke og svake sider

Å bruke litteraturstudie som metode har både sterke og svake sider. Metodens sterke sider er i følge Dalland (2012) at en får tilgang til store deler data under kort tid, som lærebøker, fagbøker, forskning, statistikk og lignende, som gjør at en lett kan finne tilbake til kildene. De svake sidene i følge Olsson og Sörensen (2003) at den bygger på sekundærkilder, som gjør at en ikke kommer frem til ny kunnskap. Videre kan i følge Forsberg og Wengström (2008) mengden av relevant forskning og litteratur være begrenset.

3.4 Litteratursøking

Databasene CINAHL, SveMed + og ProQuest i BIBSYS ble anvendt for å komme frem til forskningsartiklene i oppgaven. I CINAHL og i SveMed + ble søkene avgrenset til forskningsartikler som er peer - reviewed, etter 2003, og i full tekst. Mens i ProQuest ble søket avgrenset til fulltekst, fagfellevurdert, artikkel, hunkjønn og etter 2003. Selv om søkene i hovedsak er fra etter år 2003, er det brukt en artikkel som er eldre på grunn av dens relevans for oppgaven. Ingen av artiklene som ble funnet i ProQuest er anvendt, fordi de ikke belyste problemstillingen godt nok, og siden det var svært vanskelig å få oversikt over alle artiklene i denne databasen. I følge Nortvedt et al (2007) er peer – review en vurderingsprosess for å undersøke kvaliteten og viktigheten av forskningen.

For å belyse søkene er søkeordene, databasene og antall treff sett i tabellen under:

Søkeord:	CINAHL	SveMed+	ProQuest
Borderline + self harm	15	0	672
Borderline	537	28	10 405
Personality disorder	721	927	12 875
Nurse patient relation	271	285	9775
Relation	5664	2444	89 162
Relasjon		10	
Borderline confident relation	0	0	120

Ut i fra søkene, ble flere abstrakt lest før 10 kvalitative artikler ble utvalgt, disse ble det anvendt kvalitative sjekklister på fra det Nasjonale kunnskapssenteret for heletjenesten (Kunnskapssenteret, 2006). Ut fra sjekklistene ble det vektlagt å se etter hvordan og hvorfor utvalget ble valgt, om etiske forhold er vurdert, om studiene er godkjent av etisk komité og om resultatene kan anvendes i praksis. Det ble også vektlagt å se etter om studiene kunne være med å belyse problemstillingen. Fem av artiklene ble valgt bort da de blant annet ikke

oppfylte kravene til å belyse problemstillingen, resultatene ikke var tydeliggjort godt nok, eller de etiske kravene ikke ble oppfylt.

Fem artikler ble utvalgt for å belyse problemstillingen, både fra brukerens – og sykepleierens perspektiv.

Studiene som belyser brukerens perspektiv:

- ”Desire to survive emotional pain related to self – harm: A Norwegian hermeneutic study” (Holm og Severinsson, 2010).
- ”Struggling to recover by changing suicidal behavior: Narratives from women with borderline personality disorder” (Holm og Severinsson, 2011).

Studiene som belyser sykepleierens perspektiv:

- ”Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte” (Sneltvedt, 2004).
- ”Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere” (Myklebust og Bjørkly, 2011).
- ”Selvskading og sykepleie. Hvordan kan sykepleiere hemme / og eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv?” (Brodtkorb, 2001).

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å vurdere om en kilde er sann, det vil si at en vurderer og karakteriserer kildene som brukes. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få delta i refleksjonene som er gjort i forhold til relevansen og gyldigheten litteraturen har for å belyse problemstillingen (Dalland, 2012). Som tidligere nevnt er oppgaven inspirert av en systematisk litteraturstudie, dermed vil kun en mindre del av problemstillingen belyses, da ikke all litteratur og forskning kan fremkomme.

I oppgaven er det brukt pensum og støttelitteratur som belyser problemstillingen, fra 2000 – 2012 grunnet pålitelighet. All litteraturen og forskningen er kritisk vurdert. Hovedsakelig er det brukt primærkilder i litteraturen, de få stedene det ikke er brukt primærkilder belyses dette i teksten. Det var enkelt å finne litteratur om hvert enkelt emne, altså borderline, selvskading og tillitsfull relasjon, men det var utfordrende å finne litteratur om emnene samlet. Ved borderline og selvskading legger mye av litteraturen vekt på suicidal atferd. Selv om fokuset ikke er suicidal atferd er noe av litteraturen likevel brukt, siden den omhandler selvskading, og gjerne er fra brukerens perspektiv. Det finnes mye forskning, som nevnt i avgrensingen er

det avgrenset til norske studier, dette for å få se problemstillingen fra norsk kontekst, og for at forskningen skal være mest mulig relevant for å kunne anvendes i praksis.

3.6 Etiske aspekter

Etikk er et hjelpemiddel til å gi veiledning, og et grunnlag for å kunne vurdere før en handler i vanskelige avgjørelser (Dalland, 2012). Helsinkideklarasjonen vektlegger at de fire etiske prinsippene; autonomiprinsippet, velgjørighetsprinsippet, ikke – skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet skal stå sentralt i forskning som er direkte på mennesker (Olsson og Sörensen, 2003). Dette handler om å ivareta personvernet for deltakerne og sikre troverdigheten av forskningsresultatene, altså forebygge at deltakerne blir utsatt for skade eller unødvendige belastninger. Forskningsetiske komiteer har som formål å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning (Dalland, 2012).

Studiene bør være godkjent av etisk komité eller ha etiske overveielser gjort. Når en arbeider med en litteraturstudie bør etiske overveielser gjøres om valg og presentasjon av resultater. Fordi fusk og uærlighet kan forekomme ved bevisst feilaktig fremstilling av studien gjennom ukorrekt fortolkning av data, plagiat, ved manipulering av forskningen eller uærlighet mot eieren (Forsberg og Wengström, 2008). Plagiat vil si at en utgir andre sitt arbeid for å være sitt eget, dette regnes som fusk (Dalland, 2012).

Studiene til Holm og Severinsson (2010 og 2011) er begge godkjent både av etisk komité og datatilsynet. Myklebust og Bjørkly (2011) og Snelvedt (2004) sine studier er godkjent av datatilsynet. Brodtkorb (2001) sin studie trengte ikke tillatelse, da det ikke ble opprettet noen form for personregister, og siden studien foregikk innenfor en utdanningsinstitusjon, dette har Brodtkorb redegjort for i studien.

4.0 Presentasjon av studier og funn

Her vil det legges vekt på funnene som har relevans for problemstillingen, studiene vil belyses ytterligere i vedlegget (punkt 8). Det er brukt 5 studier, da Olsson og Sørensen (2003) skriver at en ikke bør bruke mer enn 5 – 6 forskningsartikler.

4.1 Studie 1.

Selvskading og sykepleie. Hvordan kan sykepleiere hemme / og eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv? (Brodtkorb, 2001). Er en kvalitativ studie som undersøker hvordan sykepleiere kan begrense og / eller fremme regresjon hos brukere som selvskader seg. 12 erfarne sykepleiere fra fem institusjoner ble intervjuet. I studien fremkommer det at sykepleierne opplever at brukere som selvskader seg ikke har et ønske om å dø, men at flere likevel er redde for å dø med en feiltakelse. Selvskadingen kan forstås som en måte å kommunisere på, ved at brukeren sender ut signaler som er uklare og vanskelige å tolke. Altså er ikke kommunikasjonsmetoden lett å forstå for andre. Bakgrunnen for selvskadingen kan være et rop om hjelp, en reaksjon på å ha blitt avvist, en måte å få ut sinne på eller en måte å lindre psykisk smerte på, og dermed føle at en fysisk eksisterer (Brodtkorb, 2001).

I studien fremkommer det også at sykepleieren kan avlaste og trygge brukerne, som kan gjøres ved at sykepleieren hjelper brukeren med praktiske gjøremål eller at sykepleieren bruker tid sammen med brukeren. Det bør gjøres med forsiktighet for å unngå å ta ansvarsfølelsen bort fra brukeren. Flere av sykepleierne er redde for at vektlegging av nærhet og trygget vil hemme brukerens vekst og modning, og at sykepleierne da blir for overinvolverte. Ved selvskading som er omfattende og livstruende kan det være aktuelt å iverksette kontrolltiltak, med fare for at inngrepet blir et overgrep. Dersom brukeren oppleves mer hjelpeløs enn vedkommende i realiteten er, kan sykepleieren henvende seg til brukerens ansvarsfølelse, ved å overse selvskadingen og overlate alt ansvaret til brukeren. Er brukeren motivert kan sykepleieren lære vedkommende selvkontroll og mestring - strategier, slik at brukeren kan oppleve kontroll over situasjonen. Faren er at sykepleieren kan bevege seg inn på vanskelige terapeutiske områder der en har mangelfull kompetanse (Brodtkorb, 2001).

4.2 Studie 2.

Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere (Myklebust og Bjørkly, 2011). Er en kvalitativ studie med hensikt å få innsikt i hvordan psykisk helsearbeidere oppfatter brukermedvirkning i utfordrende samspill. Syv psykiatriske helsearbeidere ble dybdeintervjuet. Ved brukermedvirkning vektla helsearbeiderne å være fleksible og vise at de ønsket å skape en god relasjon. De vektla også brukerens mål, men disse kunne være utfordrende å finne. Det fremkommer at hjelpen i utfordrende relasjoner ofte blir ensidig styrt av hjelperen eller brukeren. Fordi det kan oppleves vanskelig å tilrettelegge for brukermedvirkning i situasjoner der brukeren mangler selvinnsett, eller brukerens ønske ikke er til det beste for en selv. I slike situasjoner ble ønske om praktisk hjelp vektlagt (Myklebust og Bjørkly, 2011).

Når helsearbeiderne opplevde maktesløshet i situasjonen, kunne en tilnærming være å spørre etter brukerens opplevelse. For å se om samtalene oppleves betydningsfulle eller meningsløse for begge parter. Videre kan helsearbeideren være søkende etter brukerens følelser i situasjonen, på denne måten kan brukeren oppleve å komme i kontakt med sine indre følelser, dermed kan tomhetsfølelsen oppleves mindre dominerende, og brukeren kan føle håp. Det er også viktig at helsearbeideren prøver å forstå brukeren, slik at brukeren vil oppleve å føle seg møtt. Til relasjonsbygging blir selvpsykologiske tilnærminger foreslått. I begrepet selvpsykologiske tilnærminger legges et refleksjonsgrunnlag for hvordan helsepersonellet møter utfordrende brukermedvirkningsrelasjoner (Myklebust og Bjørkly, 2011).

4.3 Studie 3.

Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte (Sneltvedt, 2004). Er en kvalitativ studie som omhandler hvordan det er for sykepleieren å være i en relasjon der en opplever en annens smerte. Og hvordan det påvirker den profesjonelle hjelpen som skal gis. Det fremkommer at sykepleierne blir sterkt berørt, og opplever det smertefullt å se pasientene som er deprimerte sin lidelse. Pasientene kan ofte være klamrende eller avvisende i kontakten, fordi de opplever den indre smerten som intens, og vanskelig å verbalisere. Sykepleierne føler ofte ansvar for pasientene, noe som gjør at de enten støtter pasientene ved å overta mye av ansvaret deres, eller utfordrer pasientene til å ta ansvar for seg selv ut fra deres tilstand. Sykepleierne hjelper pasientene uansett til å ivareta sine grunnleggende behov. Det krever tålmodighet og innlevelse fra sykepleierne å hjelpe pasientene til å klare å ta ansvar for seg selv. I svært krevende situasjoner støtter og avlaster sykepleierne hverandre, som stimulerer utviklingen av faglig skjønn og er nødvendig for å takle utfordringene de møter i relasjonen,

på en profesjonell måte. Utfordringene handler om å få innlevelse i pasientens situasjon, ta ansvar, tåle klamring og avvisning (Sneltvedt, 2004).

4.4 Studie 4.

Desire to survive emotional pain related to self – harm: A Norwegian hermeneutic study (Holm og Severinsson, 2010). Er en kvalitativ studie med hermeneutisk (fortolkende) design. 13 kvinner fra 25 – 53 år som har diagnosen borderline, og som bor i Norge ble dybdeintervjuet. Studiens hensikt er å utforske og tolke kvinners ønske om å overleve den følelsesmessige smerten knyttet til selvskading. Studien peker på to forklaringer, på den ene siden et behov for å føle verdighet, unngå å føle selvforakt, skyld og skam. Kvinnene føler seg forvirret og uverdige, noe som på sikt kan føre til selvforakt. Og på den andre siden et ønske om å bli usynlig for å bevare selvbildet, disse kvinnene ønsket at noen skulle stanse dem i å selvskade seg. Det fremkommer også at selvskadingen er en måte å få emosjonell lindring, og å flykte fra uønskede følelser, tanker og / eller stressende situasjoner (Holm og Severinsson, 2010).

4.5 Studie 5.

Struggling to recover by changing suicidal behavior: Narratives from women with borderline personality disorder (Holm og Severinsson, 2011). Studien har det samme utvalget som i studien ovenfor, denne gangen har forfatterne belyst andre sider og gått mer inn i dybden. Studien undersøker hvordan en bedringsprosess tilrettelegges for endringer i suicidal atferd, hos kvinner som har borderline. En kvalitativ metode ble brukt. 13 kvinner fra 25 – 53 år som har borderline ble utvalgt av psykiatriske sykepleiere, en terapeut og gjennom organisasjonen Mental Helse på vestlandet i Norge. Resultatene viser at kvinnene fant det utfordrende å ta ansvar for seg selv og andre. Kvinnene opplevde det vanskelig å forstå hvorfor sykepleierne ba de finne styrke, og samtidig tok alle beslutningene for dem, noe som etterlot de en følelse av maktesløshet. Noen ganger slet kvinnene med å holde seg i livet, da de i bedringsprosessen opplevde det utfordrende å føle trygghet, og ha pålitelighet til seg selv og andre. Bakgrunnen for den suicidal atferden var å få fred og unnsnippe verden, men også et ønske om å ta ansvar for seg selv. Studien konkluderer med at kvinnene kan endre atferd når de føler seg bekreftet, trygg og pålitelighet til seg selv og sykepleieren. Nøkkelen til bedringsprosessen kan være å bygge og opprettholde tillit og håp (Holm og Severinsson, 2011).

5.0 Drøfting

Først vil jeg kort presentere hva studiene og litteraturen sier om de ulike temaene problemstillingen handler om, og videre drøfte dette. Spørkelands relasjonsperspektiv (punkt 2.1) vil være med å belyse drøftingen. Som nevnt lyder problemstillingen; ”Hvordan kan en tillitsfull relasjon skapes mellom helsepersonell og kvinner som har diagnosen borderline og som selvskader seg?” Kvinnene vil som nevnt i avgrensningen (punkt 1.2.2) bli omtalt som brukere.

5.1 Møtet med selvskadingen

På den ene siden handler problemstillingen om hvordan brukeren og sykepleieren opplever selvskadingen. Basert på brukerstemmene kan det se ut som det er motstridende forklaringer på hvorfor brukerne selvskader seg, og hvordan de opplever selvskadingen. Ut i fra sykepleierstemmene er det også her motstridende forklaringer på hvordan sykepleierne opplever selvskadingen. Studiene og litteraturen viser at det er flere forklaringer på hvordan partene opplever selvskadingen, noe som kan bunne ut i at opplevelsen er individuell eller kompleks. I tillegg til at selvskadingen setter i gang flere følelser både hos brukeren og sykepleieren, og at sykepleieren blir sterkt involvert i brukerens opplevelse. Dette er med på å gjøre problemstillingen vanskeligere å finne svar på. Ut i fra studiene og litteraturen kan det tolkes som at sykepleieren distanserer seg fra brukeren, i situasjoner der sykepleieren opplever seg presset til å hjelpe brukeren. Først vil jeg belyse brukerens perspektiv, deretter sykepleierens.

Det fremkommer i Holm og Severinssons (2010) studie at brukerne selvskader seg for å flykte fra uønskede følelser, tanker eller situasjoner. Brukerne kan også selvskade seg fordi de føler seg forvirret, uverdige, eller fordi de ønsker å bli usynlige for å bevare selvbildet. Dette fremkommer også i Moe og Ribe (2007) da de skriver at brukerne ofte prøver å dempe følelser som sinne, redsel, hjelpeløshet, maktesløshet og tristhet gjennom kutting. Øverland (2006) skriver at følelsene er vanskelig for brukerne å uttrykke, og at de føler at den eneste måten å få uttrykt disse følelsene er gjennom kutting. I Holm og Severinsson (2011) sin studie ser brukerne på selvskadingen med et litt annet syn, som gir et mer kompleks bilde av selvskadingen. Da det kommer frem i studien at bakgrunnen for selvskadingen er at brukerne ønsker å ta ansvar for seg selv, men at de også har et ønske om å unnsnippe verden. Videre fremkommer det at brukerne ofte selvskader seg når de ikke opplever trygghet eller tillit til seg selv eller andre. Dyhr (2010) skriver at brukeren kan etter selvskadingen oppleve sterke

smerter som økes av stress, fortvilelse, angst og skam. Dette kan føre til at følelser strømmer ut, noe som også påvirker sykepleieren (Mor og Ribe, 2008). I Sneltvedts (2004) studie fremkommer det at sykepleieren kan oppleve et stort ansvar for brukeren som kan føre til at sykepleieren enten støtter brukeren ved å overta brukerens ansvar, eller utfordrer brukeren til å ta ansvar for seg selv ut i fra tilstanden. Moe og Ribe (2008) skriver at sykepleieren kan oppleve det utfordrende å være vitne til selvskadingen, og da oppleve frykt, sinne, redsel og hjelpeløshet i situasjonen. Sykepleieren kan også føle seg manipulert og presset til dialog, eller til å hjelpe brukeren som har selvskadet seg (Moe og Ribe, 2008).

Brukere kan som nevnt selvskade seg fordi de ønsker å unnsnippe verden. Det er rimelig å si at bakgrunnen for dette er at brukeren opplever at følelsene blir for overveldende, føler seg avvist, eller at det oppleves som den eneste måten å dempe følelsene på. Det oppleves trolig som en stor påkjenning for brukeren å ha borderline og selvskade seg. For det første kan selvskadingen oppleves som en måte å forsvinne fra verden en liten stund, for det andre kan det oppleves som de vonde følelsene dempes og for det tredje at en føler at en lever. Ikke desto mindre så kan brukeren oppleve at følelsene kommer tilbake etter selvskadingen, og gjerne oppleves sterkere, spesielt dersom sykepleierne reagerer sterkt på at brukeren har selvskadet seg. På en annen side kan brukeren etter selvskadingen oppleve at sykepleieren viser omsorg og bryr seg, i tillegg til at de vonde følelsene dempes, siden brukeren da har noen rundt seg. Selvskadingen kan dermed ha positive sider, ved at brukeren på denne måten opplever å bli sett og får omsorg. For så vidt har jeg sett at kuttene kan være dype, og at brukeren likevel strør salt i sårene, på tross av at brukeren har store smerter. Det er vanskelig for sykepleieren å ta innover seg hvorfor brukeren gjør dette, og det kan oppleves forvirrende. Ut i fra det en har sett i studiene og litteraturen så langt kan en se at brukeren gjennom selvskadingen får et enda større utløp for smertene en bærer inni seg. Det kan også tenkes at brukeren selvskader seg for å få oppmerksomhet fra andre. Et tredje utløp kan være at brukeren prøver å fortelle noe gjennom selvskadingen, og når brukeren ikke får den forventede reaksjonen fra sykepleieren eller føler seg ivaretatt, strør brukeren salt i sårene. Det kommer i Holm og Severinssons (2011) studie at brukerne er engstelige for å føle seg alene eller forlatt. Videre kommer det frem i Brotkorbs (2001) studie at selvskadingen kan være en måte å kommunisere på, ved at bakgrunnen gjerne er et rop om hjelp eller en reaksjon etter avvisning, det kan også være en måte for brukeren å få ut sinne på. Derimot vil dette som kommunikasjonsmiddel i følge Brodtkorb (2001) og Sneltvedt (2004) være vanskelig å forstå for sykepleieren. I Spurkeland (2012) fremkommer det at et møte mellom mennesker endrer

noe i den relasjonelle situasjonen. Når brukeren og sykepleieren møter hverandre vil alltid den relasjonelle situasjonen endres underveis. I situasjonen kan partene finne ut om de føler trygghet og tillit til hverandre eller ikke, om de føler positiv eller negativ kontakt til hverandre eller om de føler anerkjennelse eller avvising (Spurkeland, 2012). Dette kan tolkes som at når brukeren har selvskadet seg og møter sykepleieren, vil den relasjonelle opplevelsen være i bevegelse, og gjerne være med å forme en relasjon.

Dersom sykepleieren opplever flere vonde følelser når en ser at brukeren har selvskadet seg, kan sykepleieren ubevisst distansere seg fra brukeren. Ved at sykepleieren tenker at det ikke er noe en kan gjøre med selvskadingen, eller trekke seg unna brukeren for å slippe å kjenne på de sterke følelsene som vekkes, dette kan føre til at sykepleieren ikke lenger klarer se brukeren perspektiv. Sett i et slikt lys vil sykepleieren gjerne ikke tenke over at brukeren prøver å kommunisere gjennom selvskadingen. Fordi når sykepleieren distanserer seg snakker en gjerne ikke lenger med brukeren, og får da ikke bygget en relasjon, som videre gjør at sykepleieren ikke får bruke kunnskapene sine til å hjelpe brukeren. På en annen side kan sykepleieren ha kunnskaper om at det kan være en måte å kommunisere på, og ønske å forstå hvorfor brukeren selvskader seg. Dette viser at det er komplisert for sykepleieren, da en gjerne opplever flere vanskelige følelser som redsel, sinne og hjelpeløshet i møtet med brukeren og selvskadingen. Samtidig som sykepleieren ønsker å forstå hva brukeren vil uttrykke, og gjerne tolker kommunikasjonen feil slik at det oppstår missforståelser. I Sneltvedts (2004) studie og i Skårderud (2006) fremkommer det at selvskading er en måte å uttrykke vonde følelser på. Skårderud (2006) sier videre at brukeren kan bruke kroppen som et språk når en ikke klarer å sette ord på følelsene. Et sår representerer brukerens indre tilstand. Det kan variere hva brukerne ønsker å uttrykke gjennom selvskadingen, alt fra å få ut vonde følelser til å synliggjøres. Brukeren kan da få søkelyset rettet mot seg ved at sykepleieren bandasjerer sårene og viser omsorg. Sykepleieren kan oppleve å bli skremt og miste selvtilliten, når en ser at brukeren har selvskadet seg. Derfor må sykepleieren huske at brukeren gjerne prøver å uttrykke noe gjennom selvskadingen (Skårderud, 2006). Selvskadingen setter altså i gang flere følelser både hos brukeren og sykepleieren. Det kan være utfordrende for sykepleieren å forstå hvorfor brukeren selvskader seg, og at det er en måte å kommunisere på, og eventuelt hva brukeren prøver å uttrykke. Spurkeland (2012) skriver at kommunikasjon er det sterkeste emosjonelle uttrykket en har. Og at en som leder, i dette tilfellet sykepleier kan lede en annen person altså brukeren der en ønsker, men at dette tar tid og krever en relasjon. En ferdighet som kan hjelpe sykepleieren er å finne den rette

tonen i kommunikasjonen, og justere seg etter brukerens emosjonelle nivå (Spurkeland, 2012).

5.2 Relasjonsbygging

På en annen side handler problemstillingen om hvordan en tillitsfull relasjon kan bygges dersom sykepleieren opplever flere vonde følelser i møtet med selvskadingen. I studiene og litteraturen kommer det frem flere mulige løsninger på hvordan sykepleieren kan håndtere følelsene en møter, noe som gjerne kan være med å styrke en relasjonsbygging. Det fremkommer i Myklebust og Bjørkløys (2011) studie og i Moe og Ribe (2007) at sykepleieren bør reflektere over egne reaksjoner og handlinger som oppstår i møtet med brukeren. I Sneltvedts (2004) studie og i Moe og Ribe (2007) fremkommer det at sykepleierne bør støtte og avlaste hverandre for å klare å være profesjonelle, i møtet med utfordringer i relasjonen med brukeren. Og at dersom sykepleieren lærer å gjenkjenne reaksjonene, kan en snakke med kollegaer og lære å kontrollere og håndtere følelsene når de fremkommer i nye situasjoner. Øverland (2006) skriver at en kan oppleve å bli sterkt berørt uansett hvor mye erfaring en har, og at det er viktig å erkjenne sine egne følelser og bearbeide dem, for å unngå å bli skremt av egne reaksjoner. Dette handler om at sykepleieren bør lære å kjenne igjen følelsene som oppleves i situasjoner der brukere har selvskadet seg, slik at en kan diskutere dem med kollegaer og dermed lære å håndtere og gjenkjenne følelsene. For å kunne hjelpe brukeren mest mulig i situasjonen, og ikke la følelsene ødelegge for en relasjonsbygging.

Dersom sykepleieren i møtet med brukeren opplever flere vonde følelser over å se at brukeren har selvskadet seg, kan det gå utover den profesjonelle hjelpen sykepleieren skal yte. Sykepleieren kan også oppleve å bli skremt av sine egne reaksjoner, som kan føre til at en distanser seg fra brukeren. På en annen side kan sykepleieren oppleve å skyve sine egne følelser til sides både i situasjonen og i ettertid. Derimot kan sykepleieren da oppleve at følelsene bygger seg opp og til slutt blir for overveldende og strømmer ut. Det er rimelig å si at dersom sykepleieren snakker med kollegaene om følelsene kan en lære å håndtere de, slik at de kommer under kontroll i nye situasjoner. På denne måten kan gjerne sykepleieren ha større fokus på å hjelpe brukeren, og skape en tillitsfull relasjon, ved å vise at brukeren kan lene seg på sykepleieren. På en annen side kan sykepleieren oppleve at det blir for sterkt og følelsesladet å snakke om følelsene og reaksjonene som oppstår. Spurkeland (2012) skriver at emosjonelle følelser kan dukke uventet opp, og at dersom en benekter og fortrenger disse følelsene kan det utvikle seg til alvorlige relasjonelle kriser. Dersom sykepleieren reflekterer og snakker om følelsene sine med kollegaer vil sykepleieren bearbeide de vanskelige

følelsene som oppstår i situasjonen (Spurkeland, 2012). Dette kan være med på å forebygge at sykepleieren plutselig blir sint eller frustrert i relasjonen med brukeren, og at sykepleieren unngår å distansere seg. Videre kan refleksjonene være med på å gjøre det lettere for sykepleieren å gå inn i relasjon.

5.2.1 Å forstå brukeren

For å kunne bygge en tillitsfull relasjon vil det kanskje være en mulig start dersom sykepleieren prøver å forstå hvorfor brukeren bevisst påfører seg selv smerte. Det fremkommer at det er en utfordring for sykepleiere å forstå hvorfor brukere bevisst påfører seg selv skade og smerter. Selv om dette er en utfordring, bør sykepleieren prøve å forstå brukeren for å kunne bygge en relasjon. Både Holm og Serverinsson (2011), Spurkeland (2012), Øverland (2006), Røkenes og Hanssen (2012) og Sommerfeldt og Skårderud (2009) nevner viktigheten av å prøve å forstå brukeren. Øverland (2006) skriver at det er vanskelig å hjelpe brukeren dersom sykepleieren ikke forstår hva problemet er. I Brodtkorb (2001) og i Sneltvedt (2004) sine studier fremkommer det at personalet synes det er vanskelig å forstå brukeren. Øverland (2006) skriver at det er farlig for den terapeutiske relasjonen dersom sykepleieren slutter å prøve å forstå brukeren. Forståelse handler mye om empati, Lemvik (2006) skriver som tidligere nevnt at empati handler om at sykepleieren skiller ut sine egne følelser, og lever seg inn i den andres situasjon.

Spurkeland (2012) vektlegger at sykepleieren må ha interesse for mennesker for å kunne klare å sette seg inn i brukerens situasjon. Dette innebærer at sykepleieren må ha empati som handler om å kunne spørre, undersøke og aktivt lytte til hva brukeren har å si. Jeg har møtt flere brukere som har selvskadet seg, og erfart at det krever mye av seg selv for å kunne sette seg inn i brukerens situasjon, en må tåle å bli sterkt berørt og sette sine egne følelser til sides. Noe som jeg har opplevd utfordrende flere ganger. For at sykepleieren skal klare å opptre profesjonelt innebærer det at en ikke kan distansere seg, og at en må kjenne sine egne følelser. Trolig kan en ikke som menneske gå inn i brukerens situasjon uten å tåle å oppleve vanskelige følelser. På en annen side kan sykepleieren tenke at det ikke er en selv som har vondt, men at det er brukeren, og dermed distansere sine egne følelser og forholde seg profesjonell til brukeren. For så vidt så er alle mennesker, og når et menneske ser at et annet menneske lider fremkaller det ofte følelser i en som en ikke var forberedt på at skulle fremkalles. I Sneltvedts (2004) studie fremkommer det at sykepleierens dagsform og følelsesmessige tilstand bestemmer hvor mye sykepleieren klarer å leve seg inn i brukerens situasjon. I studien til Myklebust og Bjørkly (2011) fremkommer det at dersom sykepleieren prøver å forstå

brukeren, kan brukeren oppleve å føle seg møtt. Spurkeland (2012) skriver at sykepleieren bør forstå brukeren som et helhetlig menneske, forstå brukerens motiver, intensjoner og ønsker, for å kunne bygge en relasjon. Dette fremkommer også i de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleieren skal ha kunnskaper, fremme helse, gjenopprette helse og lindre lidelse hos brukerne (Norsk sykepleierforbund, 2007). Med dette kan det menes at sykepleieren må ha kunnskaper for å forstå brukeren, noe som vil innebære at sykepleieren ikke bare bør ha kunnskaper om selvskadning, men også om borderline. Sykepleieren bør da heller ikke glemme at brukeren er et individ, for å kunne få et helhetlig menneskesyn som Spurkeland nevner.

Problemstillingen handler videre om at trygghet og tillit er nødvendig for å klare å bygge en tillitsfull relasjon. Forsking viser at brukerne kan endre den selvskadende atferden når de føler sykepleieren bekrefter de, gir trygghet og viser at en stoler på brukeren (Holm og Severinsson, 2011). Det kan jo hende at dersom sykepleieren involverer seg, og viser at en ønsker å forstå brukeren, at brukeren opplever å få kommunisere verbalt, og dermed slippe å selvskade seg for å få ut følelsene. Øverland (2006) skriver at dersom sykepleieren skal hjelpe brukeren krever det en relasjon. Trolig kan en relasjon være med på å få brukeren til å føle seg trygg nok til å snakke om de vanskelige følelsene med sykepleieren, og da slippe å uttrykke følelsene gjennom kutting. Øverland (2006) skriver at relasjonen må være trygg for begge parter, men det kan være vanskelig å skape en trygg relasjon uansett hva problemet er. Spurkeland (2012) vektlegger lytting, respekt og ydmykhet for å kunne skape en trygg relasjon. Som vil si at sykepleieren må lytte til hva brukeren sier både verbalt og nonverbalt, og vise interesse for brukeren. Derimot skriver Hummelvoll (2012) at brukere som har borderline hopper inn i relasjonen, fordi de føler seg avhengige av andre mennesker, og har et sterkt behov for å føle seg bekreftet. Brukeren kan dermed ende med å føle seg skuffet, og true med selvmord. I følge Brodtkorbs (2001) studie kan sykepleierne iverksette kontrolltiltak etter lovverket ved omfattende selvskadning. Dette kan tolkes som at sykepleieren bør vurdere å sette inn kontrolltiltak dersom brukeren truer med å selvskade seg eller lignende. I Brodtkorbs (2001) studie fremkommer det videre at kontrolltiltak som hindrer brukeren i å skade seg selv kan oppleves som et overgrep for brukeren. Dersom kontrolltiltak iverksettes kan brukeren oppleve og ikke bli respektert eller lyttet til, og dermed utagere enda kraftigere. Dette kan gjerne føre til at brukeren mister respekten og tilliten til sykepleierne, som videre gjør at en relasjon vil bli vanskelig å bygge. Derimot kan gjerne sykepleierne slippe å sette inn kontrolltiltak dersom de lytter til hva brukeren ønsker å si, og da forebygge at brukeren reagerer med sinne. Dette viser at det er utfordrende å skape og bevare en relasjon til brukere

som har borderline. For å kunne skape en tillitsfull relasjon er det dermed viktig at sykepleieren vektlegger å lytte til hva brukeren ønsker å formidle, og at brukeren opplever å bli sett. Jeg har erfart og snakket med erfarne sykepleiere om hvordan de opplever å skape en tillitsfull relasjon til brukere som har borderline. Flere sier det er utfordrende siden brukerne ofte har store humørsvingninger, og når en endelig føler at en relasjon er bygget opp kan den lett ødelegges, og de må da starte på nytt. De sier at brukerne ofte føler at alle er i mot dem, noe som påvirker brukernes humør. Kanskje er det slik at dersom en er imøtekommende og positiv fra en møter brukeren, og fokuserer på positive ting brukeren gjør og er flink til, at det vil bli lettere å bygge en relasjon. I motsetning til dersom sykepleieren har størst fokus på det negative brukeren sier og gjør. På en annen side kan brukeren på denne måten oppleve at en ikke lytter til hva de ønsker å si, og at en positiv uansett, noe som kan få brukeren til å utagere. Derimot kan det være viktig å finne balansen mellom å være positiv, lytte og vise empati. I Spurkelands relasjonsperspektiv fremkommer det at sykepleieren bør være vennlig, uten å være for påtrengende. Sykepleieren bør også vektlegge å se hele mennesket. Det understrekes at personer som er skeptiske og mistenksomme trenger mye tillit for å bli trygge, og at dersom en legger press på de, kan det virke provoserende (Spurkeland, 2012). Med andre ord bør sykepleieren bruke tid på å vinne brukerens tillit.

6.0 Avslutning

I det kliniske arbeidet krever det et system for refleksjon, da dette er en brukergruppe som krever at sykepleierne må gi mye av seg selv. Arbeidsplassen bør derfor lage et system som kan hjelpe sykepleierne til og blant annet lære å håndtere egne følelser, reflektere med medarbeidere og øke kunnskapene sine om hvordan en kan oppnå en tillitsfull relasjon med denne brukergruppen. Å oppnå en tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og kvinner som har diagnosen borderline og som selvskader seg er utfordrende for helsepersonellet. Da brukerne er impulsstyrte og gjerne hopper raskt inn i en relasjon, som like fort brytes ned. Det kan være svært utfordrende for sykepleierne å forstå hvorfor brukere selvskader seg, trolig vil aldri sykepleiere helt forstå hvorfor, men gjerne er en åpen dialog viktigere enn at sykepleierne forstår brukerne. Altså at relasjonen er viktigere, og at dersom sykepleieren viser at en ønsker å forstå kan det være med å trygge brukeren til å snakke om følelsene sine i stedet for å selvskade seg. Brukerne kan gjennom kommunikasjon gjerne få andre muligheter til å få ut følelsene sine enn å bruke kroppen. Sykepleierne bør uansett være tålmodige og vise interesse for brukeren, og ha sine egne følelser under kontroll for å klare å opptre profesjonelt. Dette kan være med på å gjøre det lettere for sykepleieren å bygge opp tillit hos brukeren som videre kan bli gjensidig. For å så bygge opp en relasjon. For at relasjonen ikke skal brytes raskt ned, men vare bør sykepleieren hele tiden ha fokus på å se brukeren som et helhetlig menneske og vise positiv interesse for brukeren, slik at brukeren opplever å bli sett og lyttet til.

7.0 Litteraturliste

- Brodtkorb, K. (2001). Selvskading og sykepleie – hvordan kan sykepleie hemme og/eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv. *Vård i Norden*, 21(2), 11- 5. Hentet fra <http://svemedplus.kib.ki.se/>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Frå psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dyhr, K. (2010). *Bag om Borderline*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 02 Juli 1999 nr. 64*. Hentet 15. januar 2013 fra <http://www.lovdatabank.no/all/nl-19990702-064.html> "
- Holm, A. & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: a Norwegian hermeneutic study. *Nursing & Health Sciences*, 12(1), 52-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x>
- Holm, A. & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behavior: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(3), 165-173. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00713.x
- Hummelvoll, J. K. (2012). *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kunnskapssenteret, (2006). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 26. Januar 2013 fra http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572_086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=kvalitativ+metode&sa.x=0&sa.y=0
- Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår. Psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Moe, A. & Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Myklebust, K.K. & Bjørkly, S. (2011). Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere. *Vård i Norden*, 31 (3), 35 – 9. Hentet fra <http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?refresh=yes>
- Norsk sykepleierforbund, (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 20. Januar 2013 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 02. juli 1999 nr 62*. Hentet 15. januar 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-062.html>

- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Schibbye, A.L.L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F. (2006, 3. Juni). Skrift i hud. *Rus og avhengighet* (Nr. 3), s. 24 – 27. Hentet fra: http://www.idunn.no/file/ci/2913019/rus_2006_03_skrift_i_hud.pdf
- Snelvedt, T. (2004). Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte. *Vård i Norden*, 24 (4), 36 – 40. Hentet fra <http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?refresh=yes>
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 129: 754 – 8. doi: 10.4045/tidsskr.08.0454.
- Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse. Resultater gjennom samhandling* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 129: 872 – 6. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140.
- Vaglum, P. (2005). Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk helsearbeid? En introduksjon. I S. Opjordsmoen, P. Valgum & G.R.B. Thorsen (red.). *Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse* (s.14). Hertevig Forlag.
- Øverland, S. (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

8.0 Vedlegg

8.1 Presentasjon av forskningsartikler

For å kvalitetssikre alle artiklene er det som tidligere nevnt brukt sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning fra det Nasjonale kunnskapssenteret for helsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2006). I artiklene er hovedfunnene vektlagt.

8.1.2 Artikkel 1:

Selvskading og sykepleie. Hvordan kan sykepleie hemme og / eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv?

Forfatter: Kari Brodtkorb (2001).

Hensikt: Undersøke hvordan sykepleiere kan begrense og / eller fremme regresjon hos pasienter som selvskader seg.

Forsknings spørsmål: *”Hvordan opplever og forstår sykepleierne den selvskadende atferden?”*

”Hvilke følelsesmessige reaksjoner har sykepleierne på den selvskadende atferden?”

”Hvordan møter sykepleierne atferden?”

”Hvordan mener sykepleierne at eksisterende praksis påvirker pasientens regresjon?”

Metode: Kvalitativ metode. 12 erfarne sykepleiere fra fem institusjoner, og fra forskjellige avdelinger og poster gav samtykke til å delta i studien, og ble intervjuet. Det ble brukt intervjuguide. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og det ble skrevet ut verbatim.

Resultater: Selv om selvskadingen ikke er suicidal, er flere redde for at den kan ende med døden ved en feiltakelse. Det kommer frem fire ulike måter en kan møte dem selvskadende atferden på:

1. Trygge og avlaste pasienten for å ivareta sikkerheten. For eksempel ved å hjelpe til med praktiske gjøremål.
2. Gripe inn ved å iverksette kontrollinntak, for å forebygge selvskadingen.
3. Henvende seg til pasientens ansvarsfølelse, ved å overse selvskadingen.
4. Lære pasienten selvkontroll og mestringsstrategier, for å føle kontroll over situasjonen.

8.1.3 Artikkel 2:

Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere:

Forfattere: Kjellaug K. Myklebust og Ståle Bjørkly (2011).

Hensikt: Få innsikt i praksisbasert kunnskap som kan oppnå bedre brukermedvirkning i hjelperelasjonen. Med søkelys på tilnæringsmetoder i utfordrende situasjoner, i forhold til samspill og meningsskapning.

Forskningsspørsmål: *”Hvilke tilnærminger har psykisk helsearbeidere til utfordrende brukermedvirkningsrelasjoner?”*

”Kan selvpsykologisk forståelse bidra til å skape mening og bedre samspill i disse relasjonene?”

Mål: Få innsikt i hvordan psykiske helsearbeidere oppfatter brukermedvirkning i utfordrende samspill.

Metode: Kvalitativ metode. I to kommuner ble lederne for helsetjenesten kontaktet. 12 personer fikk tilsendt skriftlig informasjon, 8 undertegnet samtykkeerklæring og en ble ekskludert grunnet endring av fokus. 7 psykiatriske helsearbeidere som arbeidet uten for institusjon ble dybdeintervjuet. Alle intervjuene ble tatt opp elektronisk og transkribert.

Resultater / Funns: Hovedfunnene viser at brukermedvirkning ble vektlagt for å skape en god og varig relasjon. Å tilrettelegge for brukermedvirkning i relasjonen var vanskelig i praksis, da det ikke alltid var det beste for brukeren, eller brukeren manglet selvinnsikt. Hjelpen ble ofte ensidig styrt av hjelperen eller brukeren.

8.1.4 Artikkel 3:

Å være i en relasjon der en opplever en annens smerte.

Forfatter: Torild Sneltvedt (2004).

Hensikt: Beskrive sykepleiernes opplevelse i møtet med pasienter som har alvorlig depresjon, og deres strategier for å takle erfaringene.

Fokus: Hvilken betydning sykepleierens emosjonelle engasjement har å si for å kunne gi konstruktiv og profesjonell hjelp, og hvordan de håndterer det empatibaserte engasjementet.

Forskningsspørsmål:

Hvordan håndterer sykepleierne å bli utsatt for andre menneskers lidelse og behov for støtte hver eneste dag?

Makter de å være engasjerte og ytende, og i hvor stor grad blir de tilført personlig støtte og mulighet i jobbsammenheng til å bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner?

Metode: Kvalitativ metode (med fenomenologisk tilnærming). Studien ble gjennomført ved et større psykiatrisk sykehus, tre allmennpsykiatriske poster, en alderpsykiatrisk post med akutt og kortinnleggelse, og en akuttpost ble valgt ut. Syv sykepleiere med spesialutdanning i psykiatri undertegnet samtykkeerklæring, og gav tillatelse til bruk av lydbandopptaker, ingen trakk seg.

Resultat: Sykepleierne føler ansvar for pasientene, og opplever det smertefullt å se pasientens lidelse. Mangelen på livsmot gir sterkest inntrykk. Dagsformen og sykepleiernes emosjonelle tilstand avgjør om de klarer å innleve seg i pasientens situasjon. Sykepleierne må i relasjonen tåle avvisning og klamring. I krevende situasjoner støtter og avlaster personellet hverandre.

8.1.5 Artikkel 4

Desire to survive emotional pain related to self – harm: A Norwegian hermeneutic study.

Forfatter: Anne Lise Holm og Elisabeth Severinsson (2010).

Hensikt: Utforske og tolke kvinners ønske om å overleve den følelsesmessige smerten knyttet til selvskading.

Metode: Kvalitativ metode med hermeneutisk (fortolkende) design. 13 kvinner fra 25 – 53 år som har diagnosen borderline og som var bosatt i Norge, ble dybdeintervjuet. Intervjuene varte mellom 60 og 120 minutter og ble tatt opp på lyd – tape og transkribert ordrett.

Resultat: Kvinnene hadde på den ene siden et behov for å føle verdighet, og unngå å føle selvforakt, skyld og skam. Dersom kvinnene følte seg forvirret og uverdige, kunne det på sikt føre til selvforakt. På den andre siden hadde de et ønske om å bli usynlige for å bevare selvbildet, disse kvinnene håpet også at noen skulle stanse dem i å selvskade seg. Selvskadingen opplevdes for flere som en måte å få emosjonell lindring og flykte fra uønskede følelser, tanker og / eller vanskelige situasjoner. Det fremkommer også at kvinnene søkte etter noen som kunne forstå deres frykt for å være alene og bli forlatt.

8.1.6 Artikkel 5

Struggling to recover by changing suicidal behavior: Narratives from women with borderline personality disorder.

Forfatter: Anne Lie Holm og Elisabeth Severinsson (2011).

Hensikt: Undersøker hvordan en bedringsprosess tilrettelegges for endringer i suicidal atferd hos kvinner som har borderline.

Metode: Det samme utvalget fra studien de gjorde i 2010 (ovenfor) ble brukt, denne gangen har de gått mer i dybden og har et annet fokus. Kvalitativ metode med utforskende design ble brukt. Data ble samlet inn ved dybdeintervju av 13 norske kvinner fra 25 – 53 år som har borderline, og som var bosatt i Norge.

Resultat: Det fremkommer at kvinnene slet med å ta ansvar for seg selv og andre. De ønsket å bli sett som den personen de var, og ikke bli krenket. Noen ganger slet kvinnene med å holde seg i livet, fordi de ønsket å få fred og unnsnippe verden, men de hadde også et ønske om å ta ansvar for seg selv. Fere av kvinnene fikk selvmordstanker når de

opplevde kriser. Studien konkluderer med at kvinnene kan endre atferd når de opplever bekreftelse, trygghet og pålitelighet til seg selv og andre.