



Høgskulen  
på Vestlandet

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 578

Antall ord: 7747

# Selvskading og mestring



Hentet 19. April 2017 fra [https://www.nrk.no/video/PS\\*131029](https://www.nrk.no/video/PS*131029)

Høgskulen på Vestlandet – Haugesund  
Bachelor i sykepleie, avdeling for helsefag

Kull 2014

Antall ord: 7747

## **Sammendrag**

**Tittel:** Selvskading og mestring

**Bakgrunn:** I min praksisperiode innen psykiatri, møtte jeg mennesker som skadet seg selv. Rundt 20-30 % av pasienter i allmennpraksis har personlighetsforstyrrelser. I undersøkelser er det gjort funn på at det skjer en eksplosiv stigning i antall mennesker som kutter seg, spesielt blant yngre mennesker.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere hjelpe personer som skader seg selv til endret mestring?

**Hensikt:** Formålet med bacheloroppgaven er å få kunnskap og kompetanse om hvorfor noen mennesker skader seg, og hvordan man kan hjelpe dem med å finne andre mestringsstrategier. Jeg vil også kunne bruke den kunnskapen jeg har tilegnet meg til å videreføre kunnskapen videre til andre sykepleiere.

**Metode:** Bacheloroppgaven er et litteraturstudie, hvor faglitteratur og forskning er benyttet for å belyse min problemstilling.

**Funn:** I studiene som er gjennomgått har det vist seg at mestring hos mennesker som skader seg selv er sammensatt og bestående av flere viktige faktorer. For at pasienter skal kunne mestre trangen til selvskading, er det viktig at de oppnår en følelse av kontroll, danner relasjoner knyttet til tillit og trygghet til sykepleiere, i tillegg til å være autonom.

**Oppsummering:** Hver pasient er ulike å trenger derfor ulik behandling. Sykepleier kan hjelpe pasient med å mestre selvskadingen ved å støtte, styrke, identifisere utløsende faktorer for selvskading, å vise forståelse og empati. Det viktigste tiltaket en sykepleier kan gjøre for å fremme mestring hos pasienter som kutter seg selv, er å danne en god relasjon med pasienten.

**Nøkkelord:** Selvskading, Travelbee, litteraturstudie, recovery, sykepleie

## **Abstract**

**Title:** Self-harm and coping

**Background:** In my psychiatric practice, I met people who injured themselves. About 20-30% of patients in general practice have personality disorders. Surveys have found that there is an explosive increase in the number of people who cut themselves, especially among younger people.

**Research question:** How can nurses help people who hurt themselves to cope with the need to self-harm?

**Aim:** The aim of this bachelor is to gain knowledge about why some people hurt themselves, and how to help them find other coping strategies.

**Method:** The bachelor thesis is a literature study, where literature and research articles are used to answer the research question.

**Findings:** The review studies have shown that coping with people who injure themselves is complex and consist of several important factors. In order for the patients to cope with the self-harming, they must achieve a sense of control, have relations connected to trust and safety to the nurses, as well as being a autonomous person.

**Conclusion:** Each patient is different, and therefore they need different treatment. Nurses can help the patient to cope with self-harm by supporting, strengthening, identifying triggering factors for self-harming, understand and have empathy. The most important measure a nurse can do to promote coping with pasients who cut themselves, is to form a good relationship with the pasient.

**Keywords:** Self harm, Travelbee, Recovery, Nursing, self injured

## **Forord**

Dette er en bacheloroppgave som er en avsluttende eksamen. Å skrive denne oppgaven har vært en stor læringsprosess med høy læringskurve. Det har vært en tidskrevende, lærerik og kjekk prosess.

Jeg vil takke veilederen min Hildur Veia for en svært god veiledning og som har bidratt til god støtte og oppmuntring underveis i skriveprosessen.

Jeg vil også takke Høgskolens bibliotekbetjening for å være meget behjelpelige med utlån av litteratur til bacheloroppgaven min.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKTEN	2
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	AVGRENSNINGER	2
1.5	BEGREPSAVKLARING	2
<b>2.0</b>	<b>TEORI</b>	<b>4</b>
2.1	TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	4
2.2	BRUKERMEDVIRKNING OG RECOVERY	5
2.3	RELASJON OG KOMMUNIKASJON	6
2.4	SELVSKADING	6
2.5	LOVVERKET	7
<b>3.0</b>	<b>METODE</b>	<b>9</b>
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	9
3.2	KILDEKRITIKK	10
3.3	ETISKE ASPEKTER	10
3.4	LITTERATURSØK	11
3.5	DATAANALYSE	12
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
<b>5.0</b>	<b>DRØFTING</b>	<b>16</b>
5.1	KONTROLL OVER SELVSKADINGEN SOM MESTRINGSSTRATEGI	16
5.2	MESTRING I FORM AV TILLIT OG TRYGGHET I RELASJONEN MELLOM PLEIER OG PASIENT	18
5.3	Å STØTTE PASIENT TIL Å VÆRE AUTONOM FREMMER MESTRING	20
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b>	<b>23</b>
	LITTERATURLISTE	24

# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Internasjonalt regner en med at forekomsten av personlighetsforstyrrelser er mellom 7-13 prosent i befolkningen, og at 20-30 prosent av pasienter i allmennpraksis har slike tilstander. Forekomsten av borderline (ustabil personlighetsforstyrrelse) i Oslo-befolkningen er 0,7 prosent (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 279-280). I nye undersøkelser og rapporter fremkommer det at det skjer en eksplosiv stigning i antall mennesker som kutter seg, og da spesielt blant yngre mennesker. Vi vet meget lite om hvor utbredt kutting er, fordi det er både underrapportert og underdiagnostisert. Det finnes uten tvil langt flere mennesker som kutter seg enn det vi vet. Det kan henge sammen med at det er skamfullt og derfor blir skjult, men også en slags motstand hos behandlerne og andre for å se og erkjenne det. Det kan også være vanskelig å være vitne til at et annet menneske bevisst skader seg selv (Møhl, 2007, s. 49-50).

Psykiatrien har en særegen historie om hvordan en gjennom tidene har oppfattet og behandlet pasienter med psykiske lidelser. Det førmoderne samfunnet handler om magiske og religiøse forestillinger der for eksempel den rasende eller forvirrede pasienten kunne oppfattes som en som var besatt av demoner. Tiltaket for å hjelpe de psykisk syke pasientene var å utdrive disse demonene gjennom en religiøs magiker. Senere ble det bestemt at de psykisk syke pasientene skulle sperres inne, der ”de galne” ble fordrevet fra byene. Gjennom utstøtingen skulle en bevare samfunnsordenen. I slike institusjoner var tilstandene brutale, det ble brukt lenker, sult og fornedrelse. Folk oppsøkte disse institusjonene hvor de med skrekkblandet fryd kunne betrakte menneskearten med grotesk atferd (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 60-62).

Interessen min for diagnosen selvsykdom fikk jeg på ungdomsskolen da en venn startet å kutte seg selv. Senere fikk jeg oppleve selvsykdom på nært hold i praksis som vekket mange følelser i meg, og som ga meg mange spørsmål etterpå som jeg vil få mer kunnskap om gjennom å arbeide med min bacheloroppgave. Hva jeg som sykepleier kan gjøre for at mennesker som skader seg selv skal få andre mestringsstrategier for å oppnå kontroll er hva jeg fant ut at jeg ønsket å skrive om.

## 1.2 Hensikten

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap og kompetanse om hvorfor noen mennesker skader seg selv, slik at jeg som kommende sykepleier skal ha en dypere forståelse av omfanget selvskading. Samtidig vil jeg oppnå kompetanse med å arbeide med mennesker som driver med selvskading til å finne andre mestringsstrategier.

## 1.3 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleiere hjelpe personer som skader seg selv til endret mestring?*

## 1.4 Avgrensninger

Jeg vil nå presentere kort definisjonen på forskjellige begreper som er relevant mot min problemstilling. Videre utdypning av begrepene vil forekomme i teoridelen.

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til kun å gjelde mennesker som skader seg selv ved å kutte seg, da det finnes mange former for selvskading, uten suicidal intensjon. Fokuset er satt til å gjelde pasienter som er innlagt på institusjon innenfor psykiatri, fordi det er der sykepleiere ofte treffer denne pasientgruppen.

Jeg vil fokusere på relasjonen mellom pasient og sykepleier over tid, så behandling innen akutt psykiatri vil ikke være relevant for denne oppgaven. Jeg vil fokusere kun på kvinner som skader seg selv i ung voksen alder, ettersom de er den gruppen mennesker som det er mest litteratur og forskning på angående dette temaet.

Artiklene mine er fra Europa da de har mest relevans for min videre forståelse av problemstillingen i forhold til mennesker som skader seg selv i Norge.

## 1.5 Begrepsavklaring

Jeg har valgt å ta med begrepene Borderline og ustabil personlighetsforstyrrelse, fordi mange av de personene som skader seg selv har nettopp denne diagnosen.



Personlighetsforstyrrelse forekommer når dysfunksjonelle personlighetstrekk over tid skaper vanskeligheter og bidrar til lidelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, s. 272).

Borderline er definert som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, s. 278). Ustabil er en presis beskrivelse av mange av disse menneskenes kjerneproblem. Borderline er hyppig forbundet med oppmerksomhetskrevende dramatik, som selvskading, sterke scener, spiseforstyrrelser, rus- og misbruksatferd, selvmordsforsøk og mer. Det er ustabilitet i affekter, så vell som i selvbilde og relasjoner. Det kan gjelde relasjoner til partnere, venner, arbeidsgivere og behandlere (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010 s. 286).

Selvskading er en kompleks atferd der en person tilsiktet skader seg selv uten en suicidal hensikt. Selvskading er en direkte og sosialt uakseptert atferd som kan forekomme en eller flere ganger. Det kan resultere i varierende grader av vevsbeskadelse, sykdom og utilsiktet død (Rubæk, 2009, s. 25).

Relasjoner handler om forhold mellom mennesker. Når sykepleier skal hjelpe en pasient som selvskader seg, er det viktig at sykepleieren bygger opp en relasjon med pasienten (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 27). En sykepleier bygger relasjoner med pasienter, for å hjelpe pasienter til å bygge relasjoner med seg selv. Når en sykepleier kan akseptere en pasient som den er, er det lettere for en pasient å akseptere seg selv.

## 2.0 Teori

Her vil det presenteres teori som er ment å belyse det valgte temaene ved å beskrive relevant teori knyttet til sentrale begrep benyttet i oppgaven.

### 2.1 Travelbees sykepleieteori

Jeg har valgt å belyse min problemstilling gjennom sykepleieteorien til Joyce Travelbee. Hun bygger sitt menneskesyn på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Det er derfor en menneskelig erfaring med lidelse og tap, men den enkeltes erfaring kan være personlig. Dette gjelder også selvskadere da en i utgangspunktet ikke vet hva deres smerte handler om. Ut fra dette skal sykepleieren hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen pasienten er i (Kristoffersen, 2011, s. 216).

Som sykepleier skal man gi helsefremmende undervisning som blant annet dreier seg om å hjelpe enkeltindivider og familier til å forebygge sykdom eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Hovedoppgaven i all helsefremmende undervisning er å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Helsefremmende undervisning innebærer også å bistå syke mennesker med å finne mening i selvfornektelser og ofre for å bevare helsen. Hvis en person føler at de tiltakene han må iverksette for å beholde helsen, fratår livet all mening, kan han snart gi opp alle forsøk på å underkaste seg et slikt regime. Det er ingen enkel sak å legge om vaner som er innarbeidet gjennom et langt liv. Med mindre personen selv opplever disse helsebevarende tiltakene som meningsfylte, kan han over tid komme til å føle at målet ikke er verdt tiltakene (Travelbee, 1999, s. 34-35).

En av sykepleierens måter å bistå syke mennesker på, er å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Sykepleieren gjør det ved å etablere en tilknytning til den syke, som formidler til han at han blir forstått, og at han ikke er alene. En dyktig sykepleier vet at et av de største problemene vil være den sykes egen holdning til sykdommen, på grunn av alle konsekvensene den kan få for ham selv og familien. Den syke har holdninger og følelser overfor sykdommen. Skal sykepleieren kunne hjelpe den syke, er det absolutt nødvendig at hun setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom (Travelbee, 1999, s. 35-36).

Som sykepleier kan man bruke seg selv terapeutisk. Når en bruker seg selv terapeutisk, gjør en bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommens plager. Å bruke seg selv terapeutiske dreier seg om evnen til å bruke sin egen personlighet målrettet i forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene. En må forstå eget syn på verdier, sykdom og mer for å kunne hjelpe andre til å finne mening (eller ikke mening) i ulike situasjoner (Travelbee, 1999, s. 44-45).

Arbeidet med å utvikle en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte kombinert med evne til å bruke seg selv terapeutisk vil si å erkjenne tidens betydning. Det betyr å være og å bli, om å leve i det nærværende øyeblikket, påvirke framtiden gjennom handling, og ta ansvar for disse handlingene. Det betyr å lære den vanskelige leksen at fortiden er forbi, at framtiden ennå ikke har kommet, og at alt et menneske har er øyeblikkets nå (Travelbee, 1999, s.46).

## 2.2 Brukermedvirkning og recovery

Brukeren har rett til deltakelse i sin behandling slik som å motta informasjon om behandlingen, og retten til å gi samtykke til behandlingen som blir gjort. Anerkjennelse og respekt for brukerens egne erfaringer og kunnskaper om seg selv som mottar helsehjelp er en viktig del av brukermedvirkning. Dette kan være en utfordring i møte med personer som skader seg selv, da pasientens kunnskaper kan være motstridende fra sykepleieren sine kunnskaper. Det er viktig å ha respekt for pasienten sine meninger og avgjørelser og at forholdet oppleves som likeverdig (Storm & Rennesund, 2009, s. 11-12). Brukermedvirkning og empowerment handler om makt over eget liv, gjennom konkret makt over de hjelpetiltakene en er bruker av. Det handler videre om å endre hjelperelasjoner. I et makt-, verdighets- og demokratiperspektiv er dette en utrolig viktig og betydningsfull bevegelse (Skårderud et al., 2010, s. 45).

Recovery handler om menneskers egne erfaringer om hva som hjelper og hva som er viktig i slike livsprosesser. Det ser ut for at det ikke er nok med behandling og profesjonell hjelp. Sosiale forhold som penger, et trygt hjem, en meningsfull hverdag, åndelighet og tro samt vennskap er like viktig. Det er sentralt å jakte på ressurser i seg selv, alene eller sammen med andre for å oppnå bedring. Det dreier seg om å bygge håp og tro om et bedre liv og finne frem til omgivelser som gir næring til og styrker den psykiske helsen og troen på en meningsfull

fremtid. Dermed er sykepleiere og miljøet rundt den selvskadende viktige støttespillere. Recoverytenkningen bygger på en systematisert kunnskap om personens egne erfaringer med å komme seg gjennom eller leve med psykisk helseproblemer. Det dreier seg om å ta kontrollen tilbake over sitt eget liv (Karlsson & Borg, 2013, s. 64-66). Den psykiske lidelsen kan oppleves som katastrofe, og recovery er veien tilbake til et nytt liv med en ny mening, selv om lidelsen ikke er fjernet. I recovery-forskningen kommer det fram at recovery-prosessen ikke nødvendigvis er avhengige av behandling og rehabilitering. Det kan se ut for at det, uavhengig av behandling, skjer en bedringsprosess hos mennesker med psykiske lidelser, at kroppen over tid prøver å reparere seg selv. Ved å styrke bedringsprosessen, vil en lettere oppnå at personen det gjelder beholder ansvaret for eget liv (Lemvik, 2006, s. 35-36).

### **2.3 Relasjon og kommunikasjon**

All kommunikasjon mellom mennesker handler både om innhold relatert til saken de snakker om og relasjonen mellom menneskene. Mennesket lever og utvikler seg både i de nære og stabile relasjonene og i de mange møtene man har midlertidig. Vi kan oppleve sider ved oss selv som viser at vi er i relasjon med noen vi føler oss selvsikre med, mens andre ganger er vi usikre og engstelige. I samspill med andre utvikler vi felles måter å forstå virkeligheten på, felles rammer og ideer og fortolkninger. Likevel er det forskjeller og ulikheter mellom oss, uavhengig av miljø om hvordan man oppfatter virkeligheten. Når samtalen er en viktig del av arbeidet med mennesker, er det helt avgjørende å ha en god relasjon for å lykkes med arbeidet (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 22-46).

### **2.4 Selvskading**

Å skade seg selv kan handle om å få hvile fra vanskelige relasjoner og vonde minner. En beskrivelse av hvorfor et mennesket kutter seg selv kan være at de føler at smertene inni kroppen forsvinner når de kutter seg da smerten renner ut med blodet. Det kan roe kroppen og skaper mindre utrygghet/angst og det gir en form for renselse av kroppen og bidrar til å holde fokus på noe annet enn smertene inni kroppen, som såret og blodet. Sårene og arrene er tegn på at de har det vanskelig og trenger hjelp fra andre. De som skader seg selv kan oppleve mange følelser som sinne, redsel, smerte, sorg, og aggresjon når de har kontakt med smertene inni kroppen (Moe og Ribe, 2007, s. 22-26).

Som sykepleier kan det være utfordrende å være vitne til at noen skader seg. Da kan det være viktig at sykepleieren gjenkjenner reaksjonene som kan bli aktivert i møtet med brukeren. Sykepleierne kan til tider føle seg maktesløse, redde, sinte, og kan til tider føle seg skyldige, fordi de ikke kan gi "tilstrekkelig" omsorg for personen slik at mennesket som skader seg umiddelbart kan slippe sin brutale og i utgangspunktet uforståelige selvdestruktiviteten (Rubæk, 2009, s.143). For å håndtere følelsene som kan komme, kan sykepleierne søke hjelp i sitt fagmiljø. Sykepleierne kan møte på utfordringer som kan være å identifisere, håndtere og verbalisere de ubehagelige følelsene. Sykepleieren kan oppleve å bli manipulert eller føle seg presset til å ha en dialog eller å hjelpe mennesket fordi han/hun har kuttet seg selv. Følelser som sinne og frustrasjon kan komme fordi sykepleieren blir presset til noe en ikke har kontroll over. Men sykepleierens opplevelse er å føle seg presset til å hjelpe, trenger ikke brukeren og ha det i tankene under selvskadingen (Moe og Ribe, 2007, s. 169)

Selv om det umiddelbart ser ut til at to selvskadere gjør det samme når de kutter seg, kan de ha ulike motiver for å gjøre det. For den ene kan det å kutte seg være en måte på å minske et indre følelsesmessig press på, mens en annen utfører det for å stoppe skremmende minner (Møhl, 2007, s.57).

## 2.5 Lovverket

Når helsepersonell skal ta stilling til spørsmål og problemer i sitt arbeid, kan det skje gjennom hva de anser som etisk rett, hensiktsmessig eller formålstjenlig å gjøre. Standpunktene blir da tatt ut fra egne verdier, mål eller interesser som man har eller som de mener bør prioriteres. I noen tilfeller er det lover og forskrifter som viser hva som er den rette løsningen (Molven, 2012, s. 20-21). Det kan for eksempel dreie seg om man skal beltelegge noen som skader seg selv eller ikke. Helsepersonelloven § 1(1999) sitt formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonelloven § 4 (1999) sier at helsepersonell skal gjennomføre arbeidet sitt i forhold til de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasientene en rekke rettigheter. Loven gjelder indirekte mot helsevesenet og helsepersonellet, og dermed sykepleiere som har plikter i forhold til pasientens rettigheter. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) står det at pasient og

bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Psykisk helsevernloven handler om pasienters rettigheter og plikter spesielt rettet mot det psykiske helsevesenet. Flere av forskriftene i denne loven retter seg inn mot sykepleiernes utøvelse og gjennomføring av tvunget psykisk helsevern (Mølven, 2012, s. 30). Psykisk helsevernlov § 1-1 (1999) sitt formål er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.

## 3.0 Metode

Metodekapittelet er bygget opp av kapitlene litteraturstudie som metode, kildekritikk, etiske aspekter, litteratursøk, og dataanalyse. Metoden forklarer hvordan man bør arbeide for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, den hjelper oss til å samle inn data eller informasjon som man trenger til undersøkelsen (Dalland, 2012, s. 111-112). Det er blitt valgt ut fire artikler som er relevant for å kunne svare på min problemstilling derav en er oversiktsartikkel, og de andre tre er kvalitative forskningsartikler. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. De kvantitative metodene har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp. Både kvalitativt og kvantitativt metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112). En oversiktsartikkel er en type artikkel som kan både inkludere kvalitativ og kvantitativ forskningsartikler. Oversiktsartikler skal ta opp og kritisk vurdere forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2012, s. 79). Det er brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80). Når man skal legge litteraturen frem, skal det sies noe om fremgangsmåten, om eventuelle avgrensninger som er foretatt og hvilke søkeord som er brukt. Man skal også gjøre rede for hvor artiklene er funnet, hva som er brukt som data i oppgaven og kriterier som er benyttet ved utvelgelsen. Deretter skal man drøfte studiene som er blitt presentert. Man skal se hva funnene i studiene forteller om problemstillingen. Drøftingen innebærer å sette ulike kilder opp mot hverandre og problemstillingen (Dalland, 2012, s. 228-229). Gjennom hele oppgaven, har man arbeidet frem mot en konklusjon som kommer til sist, som skal være et svar på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 231).

## 3.2 Kildekritikk

Kildekritikk skal vise at du kan forholde deg kritisk til de kildematerialene du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen av forskningen. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72). I de fire forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i min bacheloroppgave, har jeg benyttet meg av kunnskapssenteret sin sjekkliste for å vurdere kritisk om de forskningsartiklene er brukbare til min oppgave. Jeg har også tilstrebet å bruke primærkilder og forskning eller litteratur som er yngre enn 10 år. På grunn av kompleksiteten av oppgavens spørsmål, har jeg valgt å ta med eldre forskning og litteratur som er vurdert som relevant for å kunne svare på min problemstilling.

## 3.3 Ethiske aspekter

Etikk handler om de normene for riktig og god livsførsel. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler. Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. For å kunne ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning, er det etablert flere forskningsetiske komiteer oppnevnt av Kunnskapsdepartementet. Oppgaven til komiteen er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet. All forskning som involverer mennesker, skal det søkes om forhåndsgodkjenning (Dalland, 2012, s. 96-98). I de forskningsartiklene som jeg har brukt, er alle artiklene vurdert ut fra kunnskapssenteret sin sjekkliste for forskningsartikler for å vite at de er gode nok til å ha med i oppgaven. Jeg har ikke behandlet sensitive opplysninger i denne oppgaven, da det allerede er gjort i utvalgt litteratur. Etter jeg valgte ut de forskningsartiklene jeg skulle ha, brukte jeg artiklene på en etisk måte. Jeg har også vært nøye med henvisning til litteraturen som jeg har brukt, ved å følge APA-standarden som er Høgskolens retningslinjer. Jeg har også tilstrebet å bruke litteraturen på en korrekt måte uten å kopiere den, for å unngå plagiat. Det betyr å utgi andres arbeid som om det er ditt eget (Dalland, 2012, s. 80).



### 3.4 Litteratursøk

I oppgaven har jeg benyttet relevant pensumlitteratur, faglitteratur og forskningsartikler som kan belyse min problemstilling. For å finne artikler som belyser problemstillingen, har jeg brukt to databaser til søking etter relevante studier som er CINAHL og SveMed +. Jeg valgte å bruke norske søkeord i SveMed +, og engelske ord i CINAHL for å få mest mulig artikler i søkemotorene. Jeg avgrenset forskningsartiklene til å bare vise forskning etter år 2010, for å få de nyeste forskningsartiklene, men fant ut det var nødvendig å utvide søket til år 2003. En forskningsartikkel fra 2004 er brukt, da jeg vurderte den forskningsartikkelen som like relevant den dag i dag. I litteraturgjennomgangen hadde jeg et krav om at forskningsartiklene skulle være på norsk for å være mest mulig relevant for problemstillingen min. Jeg hadde satt krav på å ha både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i oppgaven, men jeg måtte si meg fornøyd med kun kvalitative- og oversiktsartikler. Jeg fant ingen kvantitative forskningsartikler som passet til min problemstilling, men oversiktsartikkelen jeg har anvendt i oppgaven inneholder derimot kvantitative artikler. Ved å bruke kvalitative forskningsartikler, vil pasienten kunne fortelle subjektivt om hennes erfaring å leve med selvsykdom.

Etter å ha søkt og brukt de to søkemotorene CINAHL og SveMed +, brukte jeg god tid på å lese gjennom artiklene for å finne ut om de var relevant for min problemstilling. For å gjøre søkeprosessen min oversiktlig, har jeg lagt søkene mine inn i en tabell.

#### **TABELL: oversikt over søkeprosess**

Søk	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Leste artikler	Utvalgte artikler
1	Self-harm		1562		
2	Self harm AND borderline	Etter år 2010	62	4	1
3	Borderline personality disorder AND women	Etter år 2010	77	3	1
4	Clarifying self-harm		1	1	1
5	Relasjon	Etter år 2003	29	2	1

### **3.5 Dataanalyse**

Når jeg samlet inn data i forskningsartiklene og teoridelen, skal jeg i drøftedelen analysere det som jeg fant ut (Dalland, 2012, s. 42). I artiklene har jeg funnet temaer som gir svar på min problemstilling som jeg drøfter opp mot relevant litteratur. For å finne aktuelle temaer som er relevant for min problemstilling, leste jeg alle forskningsartiklene og med den forståelsen jeg hadde samlet meg av problemstillingen, og knyttet de temaene som gikk igjen.

## 4.0 Resultat

Jeg vil nå presentere valgte forskningsartikler som belyser min problemstilling.

### **Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study**

(Holm og Severinsson, 2010)

**Hensikt:** Å utforske og tolke kvinners ønske om å overleve den emosjonelle smerten de har knyttet til selvskadingen.

**Utvalg og metode:** Det er en kvalitativ studie med hermeneutisk (fortolkende) metode. Studien omfattet 13 kvinner fra alder 25 til 53 år som har diagnosen borderline og som bor i Norge.

**Funn:** Studien peker på to forklaringer, på den ene siden var det et ønske om å føle seg verdig for å unngå følelser av skyld og skam. På en annen side var det et ønske om å bli usynlig for å bevare ens selvoppfatning. Det fremkom også ønske om å bli beskyttet og tatt vare på i krisetider, og å treffe noen som kunne forstå deres frykt for å bli alene og forlatt. Kvinnene forteller videre at de ville sykepleierne skulle vite at de ville ikke ha oppmerksomhet, men samtidig ønsket de at noen kunne stoppe dem i å skade seg selv. Kvinnene skadet seg selv for å oppnå emosjonell lettelse fra og overleve sin følelsesmessige smerte.

### **Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd – Hvordan kan sykepleieren gjennomføre avtaler som samsvarer med pasientens behov der det utvikles tillit og pasienten våger å utprøve nye erfaringer?**

(Anderaa og Meling, 2004)

**Hensikt:** Nyttiggjøre erfaringer i terapeutisk arbeid med pasienter med lignende problemstillinger. Forskeren ville finne ut hvordan sykepleier kan bruke avtaler som samsvarer med pasientens behov, der det utvikles tillit og pasienten våger å utprøve nye erfaringer.

**Utvalg og metode:** Studien er kvalitativ og baseres på fenomenologi/hermetikk design. Det ble utført dybdeintervjuer med en pasient som selvskader seg for å samle inn data.

**Funn:** Sykepleieren gikk inn i en nær relasjon til pasienten og var i stand til å oppfatte stimuli som påvirket pasienten. Avtalene handlet om en forpliktende og terapeutisk relasjon der det ble tatt hensyn til pasientenes autonomi og behov, der metode ble brukt for å skape tillit og trygghet i relasjonen. Gjennomføringen av avtalene ble utført for å kunne beskrive hvilke kvaliteter som førte til bedring hos pasienten. Det var viktig å ikke tvile på pasientens egne oppfatninger om traumene. Pasienten kan føle seg krenket av å ikke bli trodd på og dermed kan det bli vanskelig å gjenoppbygge tilliten igjen. Sykepleiehandlingene medførte at pasienten fikk større forståelse for sine handlinger, noe som kom til uttrykk gjennom vendepunktene både sykepleieren og pasienten ga uttrykk for. Forskerne mente kvaliteten på relasjonen ved gjennomføring av avtalene var avgjørende for at resultatet av terapien ble vellykket.

### **Struggling to recover by changing suicidal behaviour: Narratives from women with borderline personality disorder**

(Holm og Severinsson, 2011)

**Hensikt:** Å undersøke hvordan en recovery prosess kan endre suicidal oppførsel.

**Utvalg og metode:** Studien bruker kvalitativ metode og tematisk analyse. Det ble utført dybdeintervjuer for å samle inn data. Den inkluderer 13 kvinner fra 25-53 år som var diagnostisert med borderline personlighetsforstyrrelse.

**Funn:** Kvinnene fant det utfordrende å ta ansvar for seg selv og andre. Videre fortalte de at de slet med å ha ansvar for deres liv, i motsetning til å forlate den i hendene til sine ektemenn/partnere, fagfolk eller andre. Kvinnene kunne ikke forstå hvorfor sykepleierne sa de måtte bruke styrken deres, men likevel tok alle avgjørelsene på deres vegne som gjorde at kvinnene følte seg maktesløse. De følte seg trygge og trodd på når noen hadde troen på dem. De fortalte også hvordan de kom i bedringsprosessen med hjelp av psykolog, sykepleier eller andre profesjoner. Kvinner med borderline personlighetsforstyrrelse kan endre atferd når de

føler seg bekreftet, trygge og pålitelig til seg selv og sykepleieren. Bygge og opprettholde håp og tillit ser ut til å være nøkkelen til bedringsprosessen.

## **Clarifying self-harm through evolutionary concept analysis**

(Toftshagen og Fagerstrøm, 2010)

**Hensikt:** Å lage et første utkast til en teoretisk modell som kan brukes som grunnlag for videre undersøkelser og utvikling av fenomenet selvskading.

**Utvalg og metode:** Det er en litteraturstudie der innholdsanalyse ble anvendt basert på 48 artikler, hentet fra medisinsk og sykepleieforskning.

**Funn:** Studien kom frem til at det var tilsynelatende mangel på kliniske prosedyrer i oppfølgingen som ble gitt til pasientene. De kom fram til to hovedtemaer som var kontroll og autonomi. I forhold til kontroll, var sikkerheten til pasientene viktig. Det ble brukt sikkerhetsprosedyrer som å låse inn pasienter med skuddsikre vinduer, minske pasientenes frihet og fjerne objekter for å forhindre pasienter fra å rømme. Forskerne la fram autonomi perspektiver som handlet om at sykepleiere må lære pasientene alternative strategier for å håndtere deres selvskading trang. Det innebærer også å lære pasientene at de er ansvarlige mennesker. Sykepleierne må være løsningsorientert i behandlingen til pasientene og stole på dem, for å kunne hjelpe dem med å slutte å skade seg selv. Det viste seg at samarbeid mellom ulike helsepersonell og en felles forståelse av hovedmål mellom profesjonene trengs. De helsepersonell som behandler pasienter som skader seg må danne et grunnlag for tillits og omsorgsfull relasjon med pasientene deres. Videre kom det frem at videreutdanning er avgjørende for at omsorg og behandling av pasienter som skader seg selv skal bedres.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg med utgangspunkt i utvalgte forskningsartikler drøfte tre temaer som er gjennomgående. Temaene som er valgt er: kontroll, tillit og trygghet og betydningen av å være en autonom pasient. Funnene skal jeg drøfte opp mot relevant litteratur, for å kunne finne svar på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere hjelpe personer som skader seg selv til endret mestring?*

### 5.1 Kontroll over selvskadingen som mestringsstrategi

Kvinnene kutter seg selv for å få kontroll over smerter, dermed må pasienten være villig til å gjennomføre tiltak slik at de tar kontroll på andre måter. Pasienter som opplever følelsen av å bli holdt under kontroll kan føle seg maktesløse, få raserianfall og muligens også skade seg mer (Holm og Severinsson, 2010). Pasienter som kutter seg kan relatere smerten de føler inne i kroppen med den psykiske smerten som gjør at de får en form for kontroll over smertene. Det roer kroppen og skaper en mindre utrygghet og mindre angst samt så gir det en form for renselse av kroppen. Det bidrar også til at pasienten greier å holde fokus på noe annet som for eksempel såret og blodet, enn de indre psykiske smertene (Moe og Ribe, 2007, s. 22-26). Det er enklere å oppnå en følelse av kontroll over det fysiske enn det psykiske (Møhl, 2007, s. 61-62). Det kan dermed tolkes at pasienter som velger å kutte seg, gjør det nettopp for å undertrykke de psykiske smertene ved å påføre seg fysiske smerte og dermed fokusere på denne. Men det kan også være helt motsatt, at pasienten kutter seg for å komme i kontakt med seg selv og omverden. For pasientene er det viktig å ha kontroll over sitt liv. Ved å flykte fra de psykiske smertene kan pasienten oppnå følelsen av kontroll over flashbacks og psykisk smerte. Ved å slutte å flykte fra de psykiske smertene kan pasienten gjenvinne kontrollen over sin bevissthetstilstand og over sitt forhold med omverden (Møhl, 2007, s. 62). Sett i lys av dette kan man si at kutting av hud kan hjelpe pasientene å oppnå kontroll over psykisk smerte. For at pasientene skal kunne ta kontroll over sine liv, er det viktig å få hjelp av profesjonelle fagfolk for å få verktøy til å slutte å skade seg selv. Det vil være bærende krefter for relasjonen mellom sykepleier og pasient at sykepleier har troen på pasientens mulighet til forandring og nysgjerrighet på eget bidrag til påvirkning av pasientens tilstand (Aanderaa og Meling, 2004).

For at pasienten skal kunne få kontroll over selvskadingen er det viktig at hun får støtte av sykepleieren. Sykepleieren følger opp og er mest rundt pasienten som gjør at nettopp sykepleieren vil ha et ansvar om å hjelpe personer som skader seg selv til å endre mestring. Det er viktig å finne verktøyet for å kunne gjennomføre en endring i praksis. Det er ikke nok med kun beslutningen om å skape en endring, pasienten trenger i tillegg hjelp og støtte fra personer og omgivelsene rundt henne (Topor, 2006, s. 89). Støtte fra helsepersonell og pårørende vil dermed spille en rolle i forhold til pasientens beslutning om å skape en endring og oppleve en følelse av å mestre selvskadingen. Sykepleieren må identifisere det som utløser angst hos pasienten, for å kunne se hvor relevant denne følelsen er i forhold til selvskadingen (Aanderaa og Meling, 2004). En sykepleieroppgave vil dermed være å legge til rette for at pasienten klarer å mestre erfaringene som pasienten har med sin selvskading. Det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten med å finne tiltak som kan bidra til å skape en god helse for at pasienten skal få kontroll over trangen til å skade seg selv. Dette kan ses i sammenheng med sykepleieteoretikeren Travelbee (1999, s. 34) som sier det er en sykepleieroppgave å legge til rette for at pasienten klarer å mestre erfaringene h\*n har med selvskadingen sin. Travelbee understreker hvor viktig det er at sykepleierne hjelper pasienten med å fine tiltak for å få en god helse å for at pasienten skal kunne kontrollere symptomene på trang til å skade seg selv. I studien til Aanderaa og Meling (2004) fremkom det likevel at selv om pasienten er bevisst på at hennes tilpasnings- og forsvarsstrategier ikke lenger er hensiktsmessige, er det viktig at sykepleieren forstår og viser empati for at strategien vil fortsette som et vern over lang tid.

For å få kontroll over problemer, må pasientene ta en avgjørelse om å slutte å leve i makten av sykdommen sin (Topor, 2006, s. 88). Det er dette recovery handler om. Recovery handler om kunnskapen om pasientens egne erfaringer med å komme seg gjennom eller leve med psykisk helseproblemer (Karlsson og Borg, 2013, s. 64-66). Målet er at sykepleier skal styrke pasienten slik at h\*n klarer seg best mulig selv. Dette gjør at pasienten får erfare at h\*n kan påvirke sitt eget liv som og dermed opplever en forandring i tankegangen som gjør at pasienten begynner på recoveryprosessen. En slik forandring kan være en enkel endring, og for andre usynlige uttrykk, men selv en liten fremgang utgjør verdifullt bevis for at individet kan påvirke livet sitt, seg selv og omgivelsene (Topor, 2006, s. 89). Selv om Recovery tenkningen er oppløftende, er det ikke alle pasienter som er i stand til å ta kontroll over deres liv, som når deres trang til selvskading er så sterk at de gjør hva som helst for å skade seg selv. Det kan være en utfordrende oppgave for sykepleieren når pasientene er så fortvilet at de skader seg selv. Når pasienten vil skade seg, er det viktig å skåne henne for stimuli og ytre

påkjenninger slik at hun ikke har mulighet til å skade seg selv. Dette underbygges av studien til Tofthagen og Fagerstrøm (2010) som viser til viktigheten med å skåne pasienten for farlige objekter. Sett i lys av dette kan en forhindre at pasienten gjør noe farlig ovenfor seg selv når pasienten ikke klarer å kontrollere trang til selvskadingen selv.

For at pasienten skal kunne få kontroll over selvskadingen, må pasienten selv ville fatte tiltak som gjør at hun kommer i bedringsprosessen. Pasienten må gjennomgå en endringsprosess som går ut på å bli indre styrt, det vil si at personen kan våge å kjenne etter ønsker og behov og gradvis ta ansvar over eget liv (Aanderaa og Meling, 2004). For å kunne ta ansvar over eget liv kan det å få ett trygt utgangspunkt for å kunne kontrollere trang til kutting av hud være vesentlig. Ved å opprettholde rutinene i hverdagen når pasientene kjenner at hun får en trang til å skade seg, kan gjør at pasienten får en trygg ramme som utgangspunkt for å håndtere trang til selvskadingen (Topor 2006, s. 97). Ved å gjøre en ting om gangen, og reflektere over hendelsene får pasienten oppleve seg samlet og kan skille seg selv fra omverden. Da kan pasienten få en opplevelse av mestring og selvtillit som gjør at hun får en mer reell opplevelse av det som skjer, og bruker ny kunnskap som endrer følelsene (Aanderaa og Meling, 2004).

## **5.2 Mestring i form av tillit og trygghet i relasjonen mellom pleier og pasient**

For å kunne hjelpe pasienter som skader seg selv til å finne alternative måter å håndtere trang til selvskading, er det viktig at pasienten har tillit og trygghet til sykepleieren. I studien til Tofthagen og Fagerstrøm (2010) fremkom det at helsepersonell som behandler pasienter som skade seg selv, må skape en tillitsfull relasjon og ha et omsorgsfullt forhold med sine pasienter. Dette handler om relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, som omhandler forholdet mellom dem (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 27). Det kan dermed tolkes at det er viktig for kvinnene å ha en tett relasjon basert på tillit og trygghet for at pasienten skal mestre selvskadingen. Sykepleier må ha troen på pasientens mulighet til forandring og å være nysgjerrig på eget bidrag til påvirkning av pasientens tilstand. Det vil være bærende krefter for relasjonen når motstanden skaper usikkerhet hos sykepleieren (Aanderaa og Meling, 2004).

Sykepleier skal hjelpe pasienter til å mestre sykdom og lidelse, som skjer ved å etablere en relasjon til den syke. Dette gjør at pasienten blir forstått og føler at en ikke er alene



(Travelbee, 1999, s. 35). En forpliktende avtale mellom sykepleier og pasient er viktig for at de skal få en nær relasjon til hverandre slik at en er i stand til å oppfatte stimuli som påvirker pasienten til å skade seg selv. Det er viktig å få pasienten så trygg at hun oppfattet det som skjedde og ikke blandet med fortid. Dette kunne pasienten oppnå gjennom at hun fikk tillit til et annet menneske (Aanderaa og Meling, 2004). Sykepleierens holdning til pasienten er viktig for å få den selvskadene til å få tillit til sykepleieren. Pasienten må ha en sykepleier som har tillit og troen på at pasienten kommer til å mestre selvskadingen, for at pasienten selv skal få troen å verktøy til å slutte med selvskadingen. I studien til Aanderaa og Meling (2004) fremkom det derimot at pasienten kan ha mange unnvikelser som er et forsvar mot det nye, å ha tillit til et annet menneske. Den selvskadende kan ha opplevd ting i livet som gjør det vanskelig for hun å ha tillit til et annet menneske. For sykepleieren kan det være vanskelig å forstå at det kan være store hinder for pasienten å ha tro og tillit til andre mennesker.

I studien til Aanderaa og Meling (2004) fremkom det at det er viktig at sykepleieren tror på pasienten når pasienten forteller historien om hvorfor hun selvskader seg som er en sannhet, fordi det er pasientens forståelse av hendelsene. Forsøker en å så tvil om pasientens opplevelser, kan en komme til å krenke pasienten på nytt, og det kan være vanskelig eller umulig å gjenoppbygge tillit. På en annen side kan dette være vanskelig for sykepleier, da ikke alle historiene er like troverdige, men det er pasientens forståelse av hendelsene, så sykepleier må vise pasienten tillit og troverdighet i forhold til pasientens forståelse. Pasientens sårbarhet forårsaker ofte at sykepleieren må tåle utskjelling og avvising fra pasienten. En må derfor kunne skille mellom pasientens og egne reaksjoner for å opprettholde en terapeutisk relasjon. Dersom sykepleieren gikk bort fra inngått avtale, opplevde pasienten det ikke bare som et nederlag for seg selv, men også som et svik fra sykepleieren (Aanderaa og Meling, 2004). Det kan på en annen side være vanskelig for sykepleier og til en hver tid opprettholde en avtale med pasienter for det kan oppstå ting som gjør at man må prioritere andre ting enn avtalen mellom partene. Andre forskere har sett på alternative løsninger til å hjelpe pasienter til endret mestring slik som Tofthagen og Fagerstrøm. De forteller i sin studie om at flere forfattere vurderer en åpen telefontjeneste der pasienter står fritt til å ringe når de føler behov for å snakke med noen, som kan være en alternativ behandling (Tofthagen og Fagerstrøm, 2010).

Som jeg har erfart i tidligere praksis, er det viktig for pasienter å ha en om mulig delvis forutsigbar behandlingsplan som innebærer at pasientene vet hva som skjer i behandlingsforløpet deres. Når pasientene har en forpliktende avtale, blir avtalene forutsigbare og på den måten fått innsikt i sin angst for det uforutsigbare i livet. Avtalene ble brukt som en metode for å skape tillit og trygghet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten (Aanderaa og meling, 2004). I studien til Holm og Severinsson (2011) fremkommer det at kvinnene i studien følte seg trygge og trodd på når noen hadde troen på at de ville greie å overkomme selvskadingen. Noen fortalte hvordan de ble bedre med hjelp av en psykolog, sykepleier eller andre profesjoner. Når de fikk følelser av trygghet og tillit begynte de å innse at livet deres hadde gått rundt i sirkler. Dette støttes av studien til Aanderaa og Melding (2004) der det fremkom at ved å flytte oppmerksomheten over fra pasientens skam og skyldfølelse samt redsel for avvisning, til avtaler som metode for mestring og tillit, fikk pasienten tro på seg selv og sin egen fremtid. Selvskadingen avtok etter forholdsvis kort tid, den psykiske smerten var gjenkjennelig og til å snakke om, slik at pasienten videre kunne gjøre seg nytte av ulike former for psykoterapi.

### **5.3 Å støtte pasient til å være autonom fremmer mestring**

Pasienter har rett til å medvirke i deres egen behandling. Det er dette autonomi handler om (Slettebø, 2013, s. 88). Autonomiprinsippet i forhold til selvskading innebærer å undervise pasienter til å bruke alternative strategier for å takle sin trang til å skade seg selv (Toftthagen og Fagerstrøm, 2010). I studien utført av Holm og Severinsson (2011) fremkom det at kvinnene ikke kunne forstå hvorfor sykepleierne fortalte dem at de måtte bruke sin styrke til å slutte å skade seg, men likevel tok alle beslutningene på deres vegne, som gjorde at kvinnene følte seg maktesløse. Sykepleier må se pasientene som autonome mennesker der pleieren må ha en god relasjon med kvinnen slik at sykepleieren kan finne alternative strategier for selvskading som kan hjelpe pasienten. På en annen side kom det frem i studien til Holm og Severinsson (2011) at kvinnene ønsket å bruke deres egne måter for å slutte å skade seg selv ved å bruke egne måter for å søke etter styrken deres for å kunne ta vare på seg selv. Derimot har ikke pasientene klart å slutte med selvskadingen alene, det er derfor pasientene er innlagt på en psykisk avdeling for å få hjelp av fagfolk til det. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det at pasienter har rett til å medvirke mellom undersøkelser og behandlingsmetoder når de yter hjelp av helsetjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi

og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Samlet kan man si at det er vesentlig for pasienten å kunne være med på å bestemme over tiltak som pasienten må gjøre for å slutte å kutte seg selv, for å kunne holde seg til tiltakene.

I studien til Holm og Severinsson (2011) viste det seg at kvinnene slet med å ta ansvar for sine liv. De visste de kunne få hjelp når de var innlagt og trengte dermed ikke å ta ansvar for eget liv. Det er viktig som sykepleier å oppfatte pasientene som ansvarlige mennesker samt å være løsningsorientert i deres behandling (Toftagen og Fagerstrøm, 2010). Måten sykepleieren viser til pasienten at pasienten blir oppfattet som en autonom kvinne er vesentlig for at hun skal ville ta valg for egen helse. Det er ikke godt nok for pasienten å bli oppmuntret til å ”ta seg sammen” eller å ”slutte å gi etter for vanskelighetene”. Da gav det en motsatt effekt, der pasientene ikke ville anstrenge seg for å bli bedre. Det er viktig at sykepleier støtter pasienten til å medvirke i sin behandling for at pasienten selv skal kunne følge et behandlingsopplegg slik at pasienten ikke slutter med behandlingen før hun har mestret selvskadningen (Topor, 2006, s. 89). Pasientene må lære seg viktigheten med å legge fortiden bak seg, leve i det nåværende øyeblikket, å påvirke framtiden gjennom handling, og ta ansvar for handlingene. Det innebærer å ikke tenke på fortiden som har vært, men se fremover (Travelbee, 1999, s.46)

Selvbestemmelse og medvirkning i behandlingsopplegget kan være en faktor som påvirker bedringsprosessen. Det å få medbestemme i sin egen behandling, kan for noen være svært viktig for å i det hele tatt finne fram til de faktorer som kan bidra til at en bedringsprosess kommer i gang (Svidahl, 2008, s. 60). Anerkjennelse og respekt for brukerens egne erfaringer og kunnskaper om seg selv som mottar helsehjelp er en viktig del av brukermedvirkning. Det er viktig å ha respekt for pasienten sine meninger og avgjørelser (Storm og Rennesund, 2009, s. 11-12). I følge studien utført av Holm og Seversinsson (2011) forklarte pasientene at sykepleierne sa til dem at de hadde så mange ressurser, og at de måtte ta ansvar for sine liv, men å høre dette kontinuerlig bare økte deres frustrasjon. Dette kan være vanskelig for sykepleier, da pasienten tar avgjørelse om å kutte seg som kan være vanskelig å forholde seg til. For å få pasientene til å kunne medbestemme i behandlingen slik at de er motiverte til å få hjelp fra sykepleiere, er det viktig å utforme en plan på hvordan dette kan skje. Gjennom fritt sykehusvalg, fastlegeordningen og individuell plan er det formet en

målsetting om at pasienten skal ha et større innflytelse på eget behandlingsopplegg. En samtale der mestringsevnen til pasienten styrkes gjennom en åpen og demokratisk prosess, som skal være en læringsprosess, der det å forstå hverandre, tross ulikt utgangspunkt, er målet (Svisdahl, 2008, s. 62). For at en sykepleier skal kunne hjelpe en pasient som selvskader seg selv, er det viktig at de har en god relasjon for at de sammen skal finne tiltak som gjør at pasienten mestrer trangene til selvskadingen (Aanderaa og Meling, 2004). I følge studien utført av Holm og Severinsson (2011) forklarte pasientene at årsaken til deres suicidale atferd var å få fred og flykte fra verden. Noen av dem recovered da de bestemte seg for å gjøre noe positivt med livet.

## 6.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven har jeg tilegnet meg ny og mer kunnskap om selvskadning. Som oftest skader mennesker seg fordi det hjelper dem til å kontrollere og mestre vanskelige følelser gjennom vanskelige perioder i livet. De opplevelsene som har forårsaket smerten som gjør at de selvskader seg, er ofte knyttet opp til barndommen. Det er et flertall kvinner som skader seg selv, enn menn. Det er også flere unge kvinner som skader seg selv, enn voksne og eldre kvinner. I den foreliggende litteraturstudien viser det seg at sykepleier kan hjelpe pasienter som selvskader seg til endret mestring ved å hjelpe pasienten til å oppnå kontroll over sitt liv, skape en relasjon basert på tillit og trygghet og å oppfatte pasientene som autonome. Hvert menneske er forskjellig, og behandlingen til mennesker som skader seg selv er også forskjellig ettersom hvilke behov de har for å kunne mestre selvskadningen. Sykepleieren kan ikke mestre den psykiske lidelsen for pasienten, men hjelpe pasienten i å mestre den selv.

Det er viktig for pasienter som skader seg selv å få kontroll over selvskadningen og livet sitt. Sykepleierne må være tålmodige og å ha sine egne følelser under kontroll slik at en som sykepleier kan være profesjonell i møte med den selvskadende. Det er viktig at sykepleier danner en relasjon med pasienten der tillit og trygghet er tilstede mellom dem, for at pasienten skal komme i bedringsprosessen. Det er vesentlig for pasientene å kunne medvirke i sin behandling for å kunne ta ansvar for deres liv. Medvirkning i behandlingsopplegget kan være svært viktig for pasienten for å kunne finne fram til de faktorene som kunne bidra til bedring hos pasienten. Det kom frem i flere av studiene at det trengs et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene for at behandlingen av den selvskadende skulle ha virkning. Videreutdanning er også avgjørende for at sykepleiere skal kunne hjelpe pasienter som skader seg selv til endret mestring.

## Litteraturliste

- Anderaa, M M., & Meling, M. (2004). Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskadning og suicidal atferd – Hvordan kan sykepleieren gjennomføre avtaler som samsvarer med pasientens behov der det utvikles tillit og pasienten våger å utprøve nye erfaringer? *Vårt i nord* 4(2), 10-15. doi: 10.1177/010740830402400203
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- 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: 10.1111/j.1442-2018.2009.00485.x
- Holm, A. L., & 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
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2. Utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Hentet 19. April 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 19. April 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår: psykisk helsearbeid i kommunene*. Oslo: Kommuneforlaget

Moe, A. & Ribe, K. (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Møhl, B. (2007). *At skære smerten bort – en bog om cutting og anden selvskadende adfærd*. PsykiatriFonden.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Psykisk helsevernloven. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernlov>

Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi*. Lotte Rubæk og Psykologisk Forlag A/S.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-Kropp-Samfunn* Gyldendal Norsk Forlag AS

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Storm, M., & Rennesund, Å. Innledning. M. Storm., Å B. Rennesund., & M J. F. Jensen (Red.), Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. (1.utg., s. 11-17). Oslo: Gyldendal akademisk.

Svisdahl, M. (2008). *Veien ut av psykisk lidelse*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

Thidemann, I J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.

Toftthagen, R., & Fagerstrøm, L. (2010). Clarifying self-harm through evolutionary concept analysis. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(3), 610-619. Doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00749.x

Topor, A. (2006). Hva hjelper? *Veier til bedring av alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget AS.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.