



BACHELOROPPGAVE

”Et sår kan gro men arr forsvinner aldri”

Hvordan kan sykepleier hjelpe unge kvinnelige asylsøkere med PTSD til en opplevelse av trygghet og mestring?

Av

Kandidatnummer: 39

Marie Claire Mukankusi

“A wound may heal, but the scar never disappears”

Emnekode og navn: Sk 152, Bacheloroppgave i sykepleie

Innlevelingsdato: 19. oktober 2012

Tallord: 7068



Rettleier: Siv Førde

Sammendrag

Tittel: "Et sår kan gro, men arr forsvinner aldri"

Bakgrunn for valg av tema: Denne oppgaven viser at mange asylsøkere som bor på asylmottak har kompliserte traumatiske stresslidelse som følge av urettferdigheter eller krigshandlinger fra hjemlandet. I tillegg kan forhold på asylmottak være utløsende av traume. Det med å vente lenge uten å vite hva framtiden vil bringe, er en annen stressende faktor. Min erfaring er også at helsepersonelle som møter pasienter ikke forstår hvordan pasienten har det og hvordan de kan forholde seg til pasienten. Derfor ønsker jeg å lære mer om hvordan jeg som sykepleier best mulig kan møte kvinnelige asylsøkere som sliter med symptomer på PTSD.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier hjelpe unge kvinnelige asylsøkere til en opplevelse av trygghet og mestring?*

Framgangsmåte: Dette er en litterær oppgave der jeg brukte pensumbøker og bøker jeg har søkt i Bibsys som er relevante i oppgaven. Jeg har også benyttet forskningsartikler og rapporter som viser studie på asylsøkere og flyktninger.

Oppsummering: Gjennom arbeidet med den oppgaven fant jeg at de finnes flere muligheter til å gi opplevelsen av trygghet og mestring til unge kvinnelige asylsøkere, men at mange utfordringer kan også redusere mulighetene hos dem som bor på asylmottak, som igjen har fått avslag på asylsøknad. Jeg ser at det helsedirektoratet sier virker det motsatt i praksis og det er utfordring for sykepleiere å fremme skikkelig helse hos pasientene

Summarization

Title: "A wound may heal, but the scar never disappears"

Background for the choice of topic: This task shows that many asylum seekers living in reception centers have complicated traumatic stress disorder as a result of inequity or war problems from home. In addition, conditions in reception centers can lead to more traumatic stress. That by waiting too long without knowing what the future will bring, are other stressful bill

My experience is that health-personal who meet those patients do not understand how deep the patients suffer and then how they can deal with them. Therefore, I would like to learn more about how I as a nurse can best meet female asylum seekers who suffer of symptoms of PTSD.

Topic question: *How can the nurse help young female asylum seekers to a sense of safety and coping?*

Method: This is a literary task where I read curriculum books, the books searched on Bibsys and other publications that are relevant to my thesis. I used also research papers and reports showing studies about asylum seekers and refugees.

Summary: Through the work of this task, I found that they are many of opportunities to give the experience of safety and coping to young female asylum seekers, but that many challenges can also reduce opportunities among asylum seekers living in reception centers, again have been refused asylum. I show that the Health Directorate says it seems the opposite in practice, and it is challenge for nurses to promote proper health for patients.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Avgrensninger.....	7
2.0 Framgangsmåte og valg av teori	9
2.1 Metode	9
2.2 Valg av teorier	9
2.3 Artikler/rapporter, søkeord og treff.....	10
3.0 Teori.....	11
3.1 Lover og retningslinjer i arbeidet med flyktninger og asylsøkere.....	11
3.2 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	11
3.3 Asylsøker, asylmottak	12
3.4 Trygghet	12
3.5 Mestring	13
3.6 Omsorg	13
3.7 Menneskesyn og etablerin av relasjon.....	14
3.8 Håp	15

3.9 Salutogenese og empowerment.....	16
3.10 Sosial nettverk og Sosial støtte	17
4.0 Drøfting.....	18
4.1 Omsorg, relasjon som skaper tillit og trygghet.....	18
4.2 Pasient undervisning.....	20
4.3 Hvordan kan Marta mestre situasjonen?	21
4.5 Salutogenese og empowerment tenkning.....	21
4.6 Håp og tro som mestringsstrategi.....	22
4.7 Sosialt nettverk og sosial støtte.....	23
4.8 utfordringer som påvirker mulighetene for bedring av PTSD hos asylsøkere.....	24
5. Styrke og svakhet	26
6. Konklusjon.....	27
Litteraturlister	28

1.0 Innledning

Posttraumatisk stresslidelse/Post Traumatic Disorder (PTSD) er en tilstand som kan oppstå hos personer som har vært utsatt for en traumatisk hendelse i forbindelse med krig, naturkatastrofer, alvorlige ulykker, eller fysiske/ seksuelle overgrep (Varvin, 2008).

Tilstanden regnes som kronisk hvis symptomene omfatter blant annet stadig gjennopplevelser (flashbacks) av hendelsen både i drømmer og i våken tilstand, unngåelse av situasjoner som minner om hendelsen, konsentrasjonsvansker, søvnevansker og humørsvingninger (Brunvatne, 2006).

Flyktninger og asylsøkere er den gruppen som kan utvikle PTSD mer enn den vanlige befolkningen. Studier har vist at andelen med PTSD blant flyktninger og mennesker fra tidligere konfliktfylte områder, stort sett blir estimert til mellom 15-47 prosent, mot anslagsvis 1,3 og 8 prosent blant den øvrige befolkningen i Australia og USA (Norges Forskningsråd 2008). En undersøkelse av flyktninger ankommet til Norge som hadde opplevd krig og potensielt traumatiserende opplevelser, viste at ca. 30 % hadde posttraumatiske plager (Varvin, 2008).

Pasienter med Posttraumatisk stresslidelse som bor på asylmottak er ofte i en sårbar situasjon, noe som kan være utfordringer for helsepersonell som møter dem. Å forsøke å forstå det enkelte menneskes følelser kan være helt fundamentalt for å kunne bidra til at det føler trygghet. For å yte omsorg må vi prøve å forstå og ta vare på pasienten i sin sammenheng. Dette kan også bidra til mer økt mestring (Thorsen, 2005).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg selv kommer fra et krigsrammet land. Jeg flyktet da jeg var enslig ung jente og bodde i eksil i flere år. Som kvinne levde jeg 4 år i krig og opplevde traumer ved sterk våpenlyd, drap på nære personer, fare for vold, tortur og seksuelle overgrep av soldater. Som en følge av dette slet jeg i etterkant med flashbacks, dårlig søvn, mareritt, stress og dødsangst.

Gjennom kontakten med helsepersonell i Norge, opplevde jeg at de ikke forsto hvordan jeg hadde det, og hvordan de skulle forholde seg til meg. Det å være asylsøker med opplevelsen av ikke å vite hva morgendagen ville bringe, var en ytterligere stressfaktor som sjelden ble tatt opp som et problem. Møtet med helsepersonell ble derfor til tider en belastning i seg selv. Flere av mine venner som har samme erfaringsbakgrunn som jeg, har også beskrevet disse

vanskelighetene. Jeg er også kjent med at det har forekommet selvmord som en direkte følge av opplevelsen av å ikke bli trodd, hørt på eller respektert.

Jeg har derfor undret meg over hvilke teorier som finnes om disse utfordringene. Finnes det for eksempel studier som sier noe om hvordan asylsøkere selv forklarer sine problemer og hva som kan hjelpe dem?

Jeg ønsker med dette å lære mer om hvordan jeg som sykepleier best mulig kan møte kvinnelige asylsøkere som sliter med symptomer på PTSD.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier hjelpe unge kvinnelige asylsøkere med posttraumatiske stresslidelser til en opplevelse av trygghet og mestring?

1.3 Avgrensninger

Noen har større risiko for å utvikle posttraumatisk stresslidelse enn andre. Det kan blant annet gjelde personer som har en psykisk lidelse forut for den traumatiske hendelsen, eller personer som befinner seg i fremmede/utrygge omgivelser eller opplever å miste en av sine nærmeste idet hendelsen inntreffer. Asylsøkere har de fleste av disse situasjonene jeg nevner her. Mange som har blitt utsatt for krigsopplevelser, fengsling, seksuelle overgrep, tortur også videre, har større påkjenninger enn andre innvandrere og den vanlige befolkningen (Hansen, 2005).

Derfor ønsker jeg å avgrense min problemstilling til denne pasientgruppen, og spesielt kvinner. Psykiateren Sverre Varvin har skrevet i sin studie at menn har større sannsynlighet for å oppleve traumatiserende hendelser, mens kvinner har mer enn dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle PTSD. Kvinner har videre større sannsynlighet for å utvikle kronisk PTSD enn menn. Grunnen er at mange kvinner som har opplevd seksuelle overgrep og tortur har problemer med å søke hjelp hos lege og annet helsepersonell (Varvin, 2008).

Min erfaring er også at det tar lengre tid for kvinnelige asylsøkere å forholde seg i et nytt land både med språk, kultur, sosiale aktiviteter og jobb. Noen kommer med små barn og andre kommer alene uten familien og kan være redd å oppsøke kontakt hos fremmed folk. Kvinner er mer sårbare når det gjelder forhold i ekteskap, gynekologiske problemer og seksuell vold (Dossa og Hatem, 2011).

Forholdene i asylmottak kan også føre til utvikling av PTSD når en blir redd for dem man bor sammen med. Hun kan tro at de kan gjøre henne noe farlig igjen. Kvinner kan bli utsatt for overgrep fra politi og andre myndighetspersoner og kriminelle (Skogøy, 2008; Varvin, 2008). Derfor kommer oppgaven til å gjelde sykepleiers møte med unge kvinnelige asylsøkere på asylmottak, og ikke i en helseinstitusjon.

I oppgaven vil jeg ikke fordype meg i den medisinske og psykologiske behandlingen. Jeg vil gå gjennom sykepleieprosessen og sykepleierens handlingsmåte i møte med pasienten med PTSD. Som sykepleier vil jeg gå gjennom grunnleggende behov som kan fremme trygghet og mestring til pasienten.

Definisjon av begreper i problemstillingen finnes i teoridelen.

2.0 Framgangsmåte og valg av teori

2.1 Metode

Metoden/fremgangsmåten er hvordan jeg har funnet frem til kunnskap om området jeg vil undersøke. Den hjelper meg til å belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte som igjen gjør at jeg får nye kunnskaper. Dette er en litterær oppgave som betyr å bruke litteratur andre har skrevet. En bruker metoden ved å diskutere teori ut fra bøker og forskning (Dalland, 2007).

2.2 Valg av teorier

Fokuset i denne oppgaven er rettet mot å finne litteratur som tar utgangspunkt i flyktningers erfaringer, om hva som hjelper dem i samhandling med helsepersonell, med tanke på symptomene på PTSD. Jeg har derfor lett etter litteratur som omhandler relevant sykepleieteori, samt andre teorier som kan belyse problemstillingen min. En oppsummering av dette følger:

I pensumbøkene valgte jeg å bruke Kristoffersen bind 1,3 og 4 i *Grunnleggende sykepleie*, Hummelvoll: *Helt - ikke stykkevis og delt* og Renolen: *Forståelse av mennesker*. Bøkene inneholder teorier som er relevant og kan hjelpe til å svare på problemstillingen.

På nett søkte jeg i Bibsys ved å søke på ordene «asylsøker og psykiske helse». Her fant jeg *Flyktninger og asylsøker i helsetjenesten* av Reidun Brunvatne. Boken har en del kapitler som handler om det psykososiale hos flyktninger og asylsøkere, og deres problemer som følge av krig og tortur. Sverre Varvin har bøkene *Flukt og Eksil* og *Flyktning pasienten*. Bøkene handler mye om traume, identitet og mestring. Videre fant jeg *Asylsøker i velferdsstatens venterom* av Maroko Valenta og Berit Berg som presenterer den virkeligheten som møter asylsøkere i Norge i dag.

På biblioteket fant jeg også *Sykepleieteorier* av Marit Kirkevold. *Omsorg, sykepleie og Medisin* av Kari Martinsen og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee. Bøkene er relevante i sykepleieteori om omsorg og relasjon som jeg vil bruke i drøfting.

2.3 Artikler/rapporter, søkeord og treff

Da jeg søkte på Helsebiblioteket.no -> PubMed med søkeordene "Posttraumatic stress disorder treatment", fant jeg 2687 artikler med flere som er relevant. Fordi at jeg ville finne artikler som sier noe direkte om asylsøkere, søkte jeg med ordene "post traumatic stress disorder asylum seeker and treatment". Da fant jeg 4 treff og jeg valgte å bruke *Cognitive-Behavioral Therapy versus Other PTSD Psychotherapies as Treatment for Women Victims of War-Related Violence* av N. In`es Dossa and Marie Hatem. Artikkelen omhandler en randomisert kontrollert studie (RCT) med mange flyktninger. Den omtaler sivilbefolkningen som blir rammet og kvinner sin situasjon er sentralt. På PubMed søkte jeg også med ordet Asylum seekers nursing for mental health og fant 28 artikler. Jeg valgte å bruke *Post-Traumatic stress disorder i asylum seekers* av Steve Madderern. Artikkelen gir oversiktig over den behandlingen som kan gi gode effekter hos asylsøkere. At sykepleiere bør bruke Maslows behovs pyramid for å gi helhetlig pleie til pasient. Trygghet, omsorg, sosialtilhørighet, mestring er sentralt i artikkelen.

Jeg søkte på Kunnskapssenteret.no med ordene asylsøkere og PTSD og fikk 5 treff. Artikler: *Behandlingsmetoder for flyktninger med alvorlige psykiske helseproblem* av Simon Innvær, Sari Susanna Ormstad, Elizabeth J Paulsen, Inger Natvig Norderhaug, 2006 og *Arbeidet med vold utsatte kvinner med minoritetsbakgrunn* av Skogøy Elin.

Jeg fikk også anbefalt Årsmelding 2010 fra Krise Senter i Sogn og Fjordane. Det er skrevet noe om minoritetskvinner som oppholder på asylmottak.

3.0 Teori

Som sykepleier har jeg det synet at vi skal gi omsorg til den syke pasienten, og at sykepleie skal være preget av mellommenneskelige forhold. Derfor valgte å bruke Kari Martinsens og Katie Erikssons omsorgsteori; og Joyce Travelbees teori om sykepleie som mellommenneskelige forhold, for å belyse min problemstilling.

3.1 Lover og retningslinjer i arbeidet med flyktninger og asylsøkere

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen. Lover og retningslinjer for helsearbeidere gjelder også for arbeid med flyktninger og asylsøkere. I utgangspunktet har alle, inkludert asylsøkere, lik rett til helsetjenester. Personer uten lovlig opphold må som hovedregel betale fullt ut for den helsehjelpen som mottas. Det er imidlertid ikke anledning til å kreve forhåndsbetaling for akutt hjelp og for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som ikke kan vente (Helsedirektoratet.no 2011).

I følge etiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning, og bidra til å sikre at tjenestetilbudet er likeverdig, tilpasset og tilgjengelig for pasientene. De skal yte øyeblikkelig helsehjelp til enhver når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Etiske retningslinjene bygger på menneskerettighetene. Pasienten skal ha rett til liv, verdighet, og til å bli behandlet med respekt uten å krenke vedkommende på grunn av hudfarge, kultur, alder, trosoppfatning etnisk bakgrunn, osv. Som sykepleiere skal vi basere på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Brinchmann 2005).

3.2 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

PTSD er en tilstand som kan oppstå etter svære psykiske påkjenninger. Traumatisering kan defineres i følge Brunvatne (2006) som psykisk stress av så overveldende karakter at den rammede personen opplever total avmakt med sammenbrudd av evne til mestring.

Årsaker er at pasienten har vært utsatt for en traumatisk hendelse i forbindelse med krig naturkatastrofer, alvorlige ulykker, eller fysiske/ seksuelle overgrep. Flyktninger og asylsøkere er dermed i en spesielt utsatt situasjon med tanke på utvikling av PTSD (Varvin, 2008). Langvarig opphold på asylmottak med usikkerhet og venting kan øke traumatiseringen, det Brunvatne (2006) kaller retraumatisering.

Dette innebærer stressfulle opplevelser som hos traumatiserte personer reaktiverer følelser av smerte og avmakt framkalt under traumatiseringen. Symptomene består av 3 hovedelementer:

1. *Gjenopplevelse*: Personen gjenopplever den traumatiske hendelsen gjennom tilbakevendende tanker og/eller bilder, drømmer, illusjoner, flashbacks.
2. *Unngåelsesatferd og endret følelsesliv*: Personen unngår stimuli slik som tanker, følelser, samtaler, aktiviteter, situasjoner og steder som kan minne om hendelsen.
3. *Økt fysiologisk beredskap*: Personen har symptomer på økt vaksomhet slik som problemer med søvn, at man lett lar seg skremme opp, anspenhet og irritabilitet (Jind og Arendt, 2012).

PTSD kan medføre nedsatt konsentrasjonsevne og redusert hukommelse, atferdsendringer som medfører høyere konfliktnivå og sosial tilbaketrekning, og fremmedgjøring. Diagnosen forutsetter nedsatt funksjonsevne i utdanning, arbeidsliv, dagliglivets aktiviteter, familie og fritid. I tillegg får de fleste søvnproblemer og kroppslige plager (Jind og Arendt, 2012).

3.3 Asylsøker, asylmottak

En asylsøker er en person som kommer til et annet land på egenhånd og søker om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning ved ankomst. Personen kalles asylsøker inn til søknaden er endelig behandlet. Asylsøkere er i en vanskeligere og mer ustabil livssituasjon enn flyktninger som har blitt innvilget oppholdstillatelse (Brunvatne, 2006).

Asylmottak beskrives i følge Brunvatne (2006) som en venteromstilværelse. Marko Valenta (2012) sammenligner asylmottak som en hybel eller en institusjon uten personale der en bor mens en venter på asylsøknadens svar.

3.4 Trygghet

Trygghet er viktig for de aller fleste mennesker. Men mennesker opplever tryggheten på forskjellige måter. Noen føler seg trygg når de har familien rundt seg, mens andre føler seg trygg når de bor i et fritt land med ro og fred. En del mennesker opplever trygghet når de blir forstått i sin sammenheng. Mange blir også trygg når de lever i et miljø som hjelper dem til å mestre livet (Thorsen, 2005).

Psykologen Abraham Maslow (1954) beskrev en behovshierarkisk pyramide som han inndelte fra fysisk-, trygghets-, sosiale-, anerkjennelses- til selvrealiseringsbehov. Han mente at trygghet eller sikkerhet er ett av de grunnleggende behovene. Med trygghet mener han blant annet behov for forutsigbarhet og beskyttelse.

Vi finner trygghet på den måten vi blir møtt med, som er preget av kjærlig bekymring som på mange måter er omsorgens vugge (Thorsen, 2005).

3.5 Mestring

Når man lever med en sykdom som utløser angst og stress er det viktig at man lærer måter å mestre disse. Mestring kan forstås i følge Lazarus og Laurier (1978) som handlingsorienterte og/ eller intrapsykiske forsøk på å tolerere eller å redusere miljømessige ytre påkjenninger. Dette gjelder også indre krav og konflikter som setter individet på en prøve som vanligvis går ut over individets ressurser (Kringlen, 2005). Aktiv og god mestring vil kunne hjelpe pasienten til å se forskjellen på det en må leve med, og det en selv kan være med å endre på. Lazarus og Folkmann (1980) skiller mellom to typer mestringsstrategier: problemfokuserte og emosjonsfokuserte. Problemfokuserte mestringsstrategier kjennetegner tiltak som fokuserer på problemløsning, mens emosjonsfokuserte mestringsstrategier prøver å endre følelsesreaksjonene som oppstår i forbindelse med stress (Renolen, 2008). Strategiene kan hjelpe pasienten med PTSD til å mestre situasjoner som er stressende. Det som er viktig er at vi hjelper pasienten til å finne den beste strategien som pasienten synes kan hjelpe til å mestre situasjonen.

3.6 Omsorg

Omsorg består av ordene ”Om” og ”Sorg”. Sorg er beslektet med det tyske ordet ”Sorgen” som kan oversettes med å bekymre seg for, vise omtanksomhet, og det betyr mer å sørge for enn å sørge over (Martinsen, 2003). Det engelske ordet for omsorg er ”Care”. Det kommer fra det latinske ordet ”Cartas” som betyr barmhjertelig, kjærlighet og hengivenhet (Kristoffersen, 2005).

Kari Martinsen (2003) vektlegger i sin tilnærming at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker og at relasjonen bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjenytelser. Sykepleierens omsorg skal omfatte personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering.

Martinsen sier også at omsorg brukes for å beskrive en kvalitet ved mellommenneskelig forhold. At den er en sosial relasjon og oppstår i forhold mellom mennesker der den ene viser bekymring, omtenkksomhet, kjærlighet, hengivenhet over for den andre. Den som trenger omsorg er dyrebar for den som utøver omsorg, og når den lider vil sykepleier lide sammen med pasienten og sørge for å hindre smerter eller ubehag (Martinsen, 2003).

Omsorgen bygger på en holdning som formidler at sykepleieren anerkjenner pasienten ut fra hans situasjon uten at sykepleieren nødvendigvis venter noe tilbake. Den som gir ekte omsorg, er hos den andre og sørger for hans situasjon. Der i mot er omsorgen uekte hvis den som gir omsorg griper inn for å forandre den andres situasjon uten å anerkjenne vedkommende som en selvstendig person (Martinsen, 2003).

Katie Erikssons bruker ordet *caritas* for omsorg og hun definerer omsorg som en universell menneskelig naturlig instinkt. Erikssons og Martinsen har felles trekk i deres omsorgsteori, men Eriksson er opptatt av våre kunnskaper knyttet til menneskets åndelige dimensjon og åndelige behov. Hun snakker om det åndelige livsrommet med gudsforhold og personlig tro som vesentlig for menneskers helse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Hennes syn på omsorg er preget av en holistisk tilnærming som legger vekt på at pasienter må betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere når deres helsemessige problem skal løses (Brinchmann, 2005). Utgangspunktet for den profesjonelle omsorgen er nært knyttet til tro, håp og kjærlighet.

Sykepleierens mål er å understøtte den naturlige omsorgen slik at menneskets helse og integrasjon fremmes (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

3.7 Menneskesyn og etablering av relasjon

Joyce Travelbees teori (1999) er sentralt i etableringen av en relasjon mellom sykepleier og pasient og deres pårørende. I sin teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ og at den enkelte er enestående og uerstattelig og er forskjellig fra alle andre som har levd, og som noensinne kommer til å leve. Opplevelse av lidelse og tap er fellesmenneskelig erfaring som uunngåelig følger av den menneskelige eksistens. Travelbee sier alltid at sykepleie dreier seg om mellom- menneskelige forhold og at sykepleien består i å hjelpe den syke, lidende og familie til å finne en mening i den situasjonen en gjennomlever. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske til menneske – forhold. Hun understreker betydningen av å etablere et mellommenneskelig forhold. Relasjon mellom sykepleieren og pasienten må være preget av gjensidighet (Travelbee, 1999). Hun mener også at å stå i relasjon til noen innebærer at en selv påvirkes av den andres situasjon på en måte som involverer evne til å tolke og forstå andre mennesker. I tillegg påvirkes vi også på en måte som involverer våre egne følelser.

Etableringen av relasjoner i sykepleien er grunnlagt på verdier, og verdigrunnlagt er humanistisk og altruistisk. Det betyr at sykepleiens virksomhet bygger på et menneskesyn som er humanistisk, på verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet og omsorg. Dette handler om å gjøre det mulig å oppfylle mål om å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Sykepleier skal vise respekt og omtengesomhet, ha evne til å forstå andre mennesker og evne til innlevelse i pasientens situasjon. Dette gjør at pasienten opplever seg trygg og ivaretatt av sykepleieren og kan ha tillit til den hun står i relasjon med (Kristoffersen, 2005).

Etableringen av relasjoner skjer også gjennom kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter. Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske- til- menneske- forhold. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker, og følelser til hverandre. Kommunikasjon kan skje ved hjelp av både ord(verbalt) og ved hjelp av mimikk, bevegelse eller berøring (nonverbalt). Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person og sykepleieren skal kunne kommunisere med pasientene både verbalt og nonverbalt (Travelbee, 1999).

3.8 Håp

Håp er en mental tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret og bli mer behagelig, meningsfylt dersom en oppnår det en ønsker (Travelbee, 1999).

Håp har betydning for mennesker som lider og sykepleier har en viktig rolle når det gjelder å fremme menneskers opplevelse av håp. Det viser seg at en har evne til å takle sitt liv og livssituasjon når en erfarer tap, lidelse og usikkerhet. Opplevelsen av håp bidrar til økt livskvalitet, og kan påvirke forløp av sykdom (Rustøen, 2001). Videre sier Travelbee (1999) at håp er en motiverende impuls som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i de vanskelige oppgavene som kan ligge i rehabiliterings- eller endringsprosessen (Kristoffersen og Breievne, 2005).

3.9 Salutogenese og empowerment

Aroon Antonovsky hadde et salutogenetisk perspektiv som har fokus på helse og hva som fremmer helsen, og er motsatt av patogenese som er en medisinsk benevnelse på årsaker til utvikling av sykdom. Teorien om salutogenese definerer helse som et kontinuum og søker etter faktorer som skaper en høyere grad av helse. Videre fokuserer salutogenese heller på personens historie enn på diagnosen og vektlegger mestringssevnen i historien (Renolen, 2008).

Sentralt i Antonovskys tenkning er begrepene generelle motstandsressurser og opplevelsen av meningssammenheng (sense of coherence – SOC). Han peker på at vi gjennom livet stadig utsettes for indre og ytre stimuli og hvis man ikke vet hvordan man skal håndtere dette, kan det føre til stress som fører oss mot dårligere helse. I følge Antonovsky består opplevelse av sammenheng av tre komponenter: **begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet**. Dette handler om å kunne forstå situasjonen, å ha tro på at vi kan finne frem til løsninger og å finne mening i det man opplever (Renolen, 2008).

De tre komponentene henger sammen og påvirker hverandre. Høy meningsfullhet og begripelighet gjør at motivasjon øker for å søke etter mestringsressurser. Ulike mestringsressurser som potensielt kan fremme effektiv mestringsressurser, såkalte motstandsressurser. Hvis en person opplever å ha sterke motstandsressurser vil man oppleve en høyere grad av sammenheng og dermed høyere grad av helse (Renolen, 2008).

Empowerment har sitt utspring i politiske og sosiologiske miljø i USA i 1960-årene. Empowerment kan oversettes til myndiggjøring og kan bety som en prosess, og den måten som mennesker, organisasjoner og lokalsamfunn oppnår mestringsressurser over livet på. Ut fra definisjonen kan en se at myndiggjøring dreier seg om mestringsressurser av livet. En kan beskrive empowerment som å oppnå kontroll over eget liv i en sammenheng hvor en deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter en lever under. Motsetningene til empowerment blir kraftløs, lært hjelpeløs, fremmedgjøring, manglende kontroll over livet (Øverby, 2011).

3.10 Sosial nettverk og Sosial støtte

Sosialt nettverk kan defineres som nærmiljøet av både formell og uformell art som individet beveger seg innenfor, og som kan gi følelsemessig støtte og verdsetting, informasjon og hjelp til både å orientere seg i omverdenen og til å mestre problemer. Vårt personlige nettverk består av de personer som vi synes er viktige for oss. Sosiale nettverk kan bli delt opp i uformelle nettverk, som er våre nærmeste pårørende, og slekt og venner vi velger å omgås. Det formelle nettverket er personer som er viktige av andre grunnere som arbeidskollegaer, myndighetspersoner og yrkespersoner (Smebye, 2005 og Garsjø, 2010).

Sosialt nettverk betyr også vennskap, felles interesser og verdier samt materiell støtte. Et støttende sosialt nettverk med opplevelse av, og tilhørighet i et fellesskap gjør mennesket i bedre stand til å mestre livspåkjenninger og fører til en raskere bedring av psykiske lidelser.

Mennesker med et lite og svak sosialt nettverk og mennesker med psykiske lidelser opplever ofte problemer i forhold til selvfølelse og i relasjoner til andre. De kan oppleve vanskeligheter med å knytte kontakter og skaffe gode relasjoner og dermed blir ekstra sårbare for påkjenninger (Hummelvoll, 2004).

Sosial støtte innebærer emosjonell støtte, råd og veiledning. Begrepet inneholder også tanker, følelser og funksjoner, i tillegg til mobilisering og støttegivende arbeid (Hanssen, 2005). En pasient trenger nærhet, respekt og fortrolighet i forhold til de som står ham nær og i forhold til de profesjonelle hjelperne (Hummelvoll, 2004).

4.0 Drøfting

I denne delen vil jeg begynne med en fortelling som sier noe om en pasienthistorie og hennes opplevelse av situasjonen. Videre vil jeg drøfte teorier mot case.

Hvordan kan sykepleier hjelpe kvinnelige asylsøkere med posttraumatisk stresslidelse til en opplevelse av trygghet og mestring?

Case/Pasienthistorie: *En jente som jeg vil kalle Marta er i begynnelsen av 20 årene. Hun bor nå på asylmottak og venter på oppholdstillatelse. Hun sier at hun så selv på at familien hennes ble drept i krigen da hun var 5 år. Hun har også opplevd masse vold og seksuelle overgrep i fengsel og hun gjenopplever ofte hendelsen.*

Da Marta begynte på ungdomskolen i hjemlandet, måtte hun flytte til skolens internat. Da kom minnene fra traumene hun opplevde som 5 åring sterkt tilbake, og hun begynte å bli plaget av symptomer på PTSD. Det var som om en film var satt på og hun så denne igjen og igjen. Hun skrek og ville beskytte seg selv. Marta kommer fra en etnisk gruppe som har ingen rettigheter i hjemlandet. Derfor ble oppførselen hennes oppfattet av personalet som overdrivelse og truende. Da måtte hun fengsles. I fengselet ble hun voldtatt av fangevakter. Etter en tid klarte hun ved hjelp av en utenforstående å rømme fra fengselet og hun fikk mulighet til å komme til Norge. Marta sier at hun har bodd på asylmottak i 5 år. Hun sier selv at hun har ekstra stresspåkjenninger i tillegg til traume hun har fra før. Hun tenker mye på hvordan livet har blitt ødelagt, ingen utdanning, ingenting. Hun har angst og dårlig søvn, tenker mye på forhold i hjemlandet, hvis hun blir sendt tilbake og hvordan framtiden vil bli.

4.1 Omsorg, relasjon som skaper tillit og trygghet

Å etablere kontakt vil si å skape en atmosfære av gjensidig tillit og respekt. I og med at ensomhetsfølelsen er fremtredende hos mange psykisk syke asylsøkere, vil tilliten til andre ofte være skjør (Hummelvoll, 2004).

Joyce Travelbee (1999) mener at møtet med pasienten er et viktig første steg på veien i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Hun bruker altså ikke termen sykepleier-pasient forhold, da hun mener at man må tre ut av disse rollene for å lære den andre å kjenne.

Marta har opplevd stor svikt i hjemlandet. Hun er i en sårbar situasjon knyttet til overgrep før og den hun har fått under flukten, i tillegg har hun mistet familienettverket som kunne beskytte henne. Hun kan føle seg utrygg i asylmottaket. Vi vet ikke om hun kan stole på oss sykepleiere som møter henne. Derfor må vi gjøre oss fortjent til tilliten ved å ta henne på alvor. Hun må oppleve at vi bryr oss om henne og ivaretar hennes interesser og behov (Madderern, 2004). Som jeg har nevnt i teorien, sier Kari Martinsen (2003) at vi skal gi omsorg til den syke pasienten og at sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering.

For at Marta skal stole på oss må vi møte henne med empati og villighet til å lytte. Det dreier seg om å gjenskape tillit. Martinsen (2003) understreker at sykepleier skal vise omsorg og omsorgen skal beskrive en kvalitet i mellommenneskelige forhold. Hun skal lide sammen med pasienten som lider og sørge for å hindre smerter eller ubehag, noe som er med på å gi pasienten tillit. Tiden i asylmottak er en kritisk periode, og holdningene som flyktningene da blir møtt med, betyr mye for framtidig tillit (Brunvatne, 2006). Derfor er den holdningen sykepleier viser i sitt møte med pasienten svært viktig.

Tralvelbee (1998) sier også at vi skal ha en god kommunikasjon med den vi hjelper. Hun understreker at kommunikasjonen er et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske- til- menneske- forhold til pasienten. Sykepleieren må skape et godt kommunikasjonsklima ved å kommunisere med pasienten på en forståelig måte. Selv om kommunikasjonen kan være en utfordring i samhandlingen med Marta på grunn av språkvansker. Det er viktig å finne en tolk som også hun har tillit til, sier Brunvatne (2006) og Madderern (2004).

Sykepleieren kan også snakke rolig og bruke enkle ord pasienten kan forstå eller at hun bruker kroppsspråk. I kroppskommunikasjonen må sykepleieren sørge for ikke å gjøre noe som kan såre pasienten fordi noen kan fortolke kroppsspråket på forskjellige måter. Derfor må sykepleier alltid observere pasientens reaksjon i kommunikasjonen (Hanssen, 2005). Alt dette er særdeles viktig i kommunikasjon med en som er i et fremmed land med fremmed språk, og i tillegg sliter med symptomer på PTSD som konsentrasjonsproblemer, angst, søvnvansker, sorg, mistenksomhet. Marta er i krisereaksjoner som hemmer samhandlingen i kommunikasjonen.

4.2 Pasient undervisning

Undervisningene skjer gjennom informasjon som gis i møte med pasienten. I undervisningen skal sykepleieren hjelpe pasienten til å forebygge sykdom eller mestre erfaring med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Kjernen i undervisningen er i følge Travelbee (1999) å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og de tiltakene som settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene. Dette er også i tråd med Antonovskys teori om sence of coherensc, som jeg går nærmere inn på under. Undervisningen er et tiltak for å stimulere og øke individets egen mestringsevne, slik at vedkommende er bedre rustet til å klare livets påkjenninger (Brunvatne, 2006).

For at sykepleier skal kunne hjelpe Marta, må hun setter seg inn i hvordan hun oppfatter selv PTSD og situasjonen. Det er ikke mulig å hjelpe en syk person til å mestre sykdom og lidelse eller finne mening i disse erfaringene, hvis en som sykepleier er helt utvitende om hvordan den syke selv stiller seg til sykdommen eller funksjonssvikten. Undervisningene skal ta utgangspunkt i pasientens behov for kunnskap og gå over tema som erfaringsmessig er av betydning for å mestre lidelsen og hverdagslivet (Travelbee, 1999).

Under et møte med Marta kan sykepleier for eksempel gå gjennom hva posttraumatisk stresslidelse er, hvilke symptomer som er vanlig og hvordan symptomene arter seg. Man kan snakke om hvordan PTSD utvikles og at sykdommen ses på som en forståelig reaksjon av svært traumatiske opplevelser. Opplysninger om de ulike behandlingmulighetene gjør at pasienten får bedre forutsetninger for å delta aktivt i behandlingen, og en bedre forståelse for meningen med de ulike tiltakene som fremmer behandling og mestring (Kristoffersen, 2005; Hummelvoll, 2004).

Hummelvoll understreker at mange forhold kan virke inn i pasientenes læremåte.

Asylsøkere, slik som Marta, har ekstra påkjenninger som kan redusere forståelsen av sykdommen og som kan redusere forståelsen av det vi prøver å formidle til henne. Hun husker kanskje ikke det vi har sagt for fem minutter siden og i alle fall ikke til neste gang vi treffes. Hun har kanskje vanlige symptomer som konsentrasjonsvansker som gjør at hun ikke klarer å følge med i det vi sier. Hun faller bort og tenker på noe annet. Hun har gjerne også dårlig samvittighet for dette, eller føler skam over det, og derfor prøver hun å late som om hun følger med av høflighet. Dette gjør henne enda mer fortvilet, og hun har likevel ikke forstått det vi prøver å formidle. Det er viktig å fortelle pasienten at dette er helt naturlig, og at det er helt vanlig for mennesker i hennes situasjon (Varvin, 2003, 2008).

Opplevelsen av PTSD fra hjemlandet, usikkerhet på om framtiden vil gi trygghet, passivitet og venting i asylmottak og fravær av sosialnettverk samt dårlig økonomi kan føre til nedsatt deltaking i helse undervisningen (Varvin, 2008). Disse forhold kan også være utfordring for den sykepleieren som gir undervisningen siden hun ikke kan gi den sårbare pasienten mulighet til asyl. I alle fall må sykepleieren etablere et klima som er preget av åpenhet, slik at pasienten våger seg fram med spørsmål og problemer. På den måten gir sykepleieren respons og viser om hun er pasientens tillit verdig (Kristoffersen, 2005).

4.3 Hvordan kan Marta mestre situasjonen?

I denne situasjonen synes jeg at både problemfokuserert strategi og emosjonsfokuserert strategi kan være til hjelp for Marta til å mestre PTSD påkjennning og situasjonen på asylmottaket. For eksempel kan hun bruke den første strategien til å søke støtte og hjelp, og til å finne noen aktiviteter som hun holder seg til i stedet for å tenke hele tiden på hendelsen. Men etter min erfaring er dette for mange asylsøkere vanskelig da økonomien er svært dårlig. Dette gjelder spesielt dersom pasienten har fått avslag på asylsøknaden sin. Derimot kan emosjonsfokuserede mestringsstrategier være bedre samtidig som de kan være dårlig fordi noen velger å ty til rusmidler for å unngå følelsesreaksjoner, noe som kan igjen føre til ødeleggelse av livet.

Min erfaring er også at noen jenter vil forsøke å gifte seg med en statsborger for å finne et fast forhold. Dette kan også føre til at hun havner hos en forferdelig mann som vil misbruke eller mishandle henne. Det bekreftes av statistikker fra Krisesenteret i Sogn og Fjordane, og gjennom samtale med styreleder og daglig leder i Årsmelding for Stiftingen Krisenter i Sogn og Fjordane (2010), at mange hjelpesøkende kvinner er innvandrere som er misbrukt av sine norske menn.

4.5 Salutogenese og empowerment tenkning

For å kunne oppnå bedret psykisk helse trenger Marta forhold som fremmer mestring. Dette er forhold som gir opplevelse av sammenheng. Det innebærer at tilværelsen er trygg og forståelig, og at den er håndterbar slik at hun selv kan påvirke den. I tillegg må det som skjer hos Marta, virke meningsfylt. Hennes situasjon kan langt på vei beskrives som det motsatte av dette. Hun har liten mulighet til påvirkning, og hun kan ha store problemer med å forstå det som skjer. Selv om hun hadde god mening til å søke asyl for å bedre framtiden, kan dette utvikles over tid i en følelse av meningsløshet på grunn av venting på asylmottak og langvarig saksbehandlingstid av asylsøknaden, eller opplevelsen av urettferdighet i behandlingen av den.

Det er viktig at sykepleier så langt som mulig tilrettlegger situasjonen som kan understøtte og styrke hennes egen opplevelse av sammenheng. Sykepleier må sørge for at hun opplever forståelighet, meningsfullhet og håndterbarhet av situasjonen (Kristoffersen 2005).

Sykepleieren må lære Marta å få mer forståelse av situasjonen og hvordan meningsfull sammenheng kan gi henne opplevelsen av kontroll. Det betyr at Marta bør se sammenheng i mestrings effekter på traume og stresspåkjenning. Marta må se at mestringsstemaet eller stoffet som presenteres, har betydning for hennes egen praksis (Tveiten, 2008).

4.6 Håp og tro som mestringsstrategi

Marta kan bruke håp som emosjonsfokuserede mestringsstrategier. En rekke studie tyder på at opplevelsen av håp er avgjørende for hvordan mennesker takler sitt liv og mestrer livssituasjonen når de erfarer tap, lidelse og usikkerhet (Rustøen, 2001). Ifølge Rustøen (2001) bidrar opplevelsen av håp til økt livskvalitet, og kan påvirke forløpet av en sykdom. Betydningen av håp understrekes også av Travelbee (1999), der hun karakteriserer håpet som en motiverende impuls som gir den syke energi og gjør ham i stand til å overvinne hindringer og sette kreftene inn i den vanskelige oppgaven en møter. Hun sier at dette kan føre til økt engasjement og forståelse for egen situasjon.

Som sykepleier vil jeg hjelpe Marta til å opprettholde sitt håp ved å orientere henne til å finne noe positive å gjøre eller tenke på. Det kan være å tro på Gud, å ha den åndelige troen dersom det virker om hun har tanke på dette. Jeg vil være varsom her siden jeg ønsker å respektere andres tro og unngå å krenke dem. Min erfaring er at mennesker som tror på Gud vet selv at Gud er den allmektige og kan forandre negative ting til positive. Dette understreker Kristoffersen (2005) også at å ha en personlig tro eller et livssyn er ofte en styrke for mennesker som opplever sykdom og tap av funksjonsevne og religion kan gi for mange mening til vanskelige situasjoner. Tro er en betydningsfull faktor som kan styrke pasientens forhold til framtiden. Religion og tro kan bidra til aksept av vanskelige situasjoner, trøst, trygghet og håp (Kristoffersen, 2005).

Jeg har selv en tro og har fått oppleve den tryggheten en tro kan gi i perioder av livet hvor ting kan være vanskelig. Derfor tror jeg at ivaretagelse av åndelige behov også kan være betydningsfylt for andre. I følge Katie Eriksson blir håp knyttet til tro uttrykt i den bibelske treklangen tro, håp og kjærlighet (Kirkevold, 1998).

4.7 Sosialt nettverk og sosial støtte

Sosialt nettverk og sosial støtte har stor betydning for menneskers opplevelse av et meningsfylt liv. Asylsøkere som Marta har ofte redusert sosialt nettverk som følge av tap av familiemedlemmer i krigen, eller å være langt fra dem. Derfor trenger de nye sosiale nettverk som de kan tilhøre. Det er utfordring hos mange å skaffe seg nye relasjoner (Brunvatne, 2006).

Bevisstgjøring av egne sosiale behov og ønsker kan være en nødvendig drivkraft som motiverer til endring av situasjonen. Gjennom sykepleiers kartlegging av hva som kan hjelpe Marta, kan man avdekke hvilken støtte som finnes i det sosiale nettverket for å fremme mestring hos henne (Kristoffersen, 2005). Mestringsevnen er noe som utvikler seg gjennom hele livet, og gode tilknytningsrelasjoner som gir trygghet og en følelse av tilhørighet er med på å tilrettelegge for en god utvikling for unge asylsøker (Brunvatne, 2006).

Det kan da stilles spørsmål ved om mestringsteoriene er for individfokusert og dermed utelukker sentrale deler av nettverket. Det skal likevel påpekes at modellen for mestringens vilkår også legger vekt på nettverkets betydning. Det å ha gode mestringsferdigheter legger til rette for å etablere og ivareta et sosialt nettverk. Det vil si at de menneskene som takler motstand og vanskeligheter på en god og hensiktsfull måte, gjerne får positiv respons fra nettverket. Da belastes ikke nettverket for mye, og det er lettere å få støtte når vanskeligheter oppstår (Kristoffersen, 2005).

Marta har som mange andre asylsøkere mistet familie, bosted og venner i løpet av et liv i konfliktfylte områder og senere på flukt. Marta snakker om tap av nære relasjoner, både ved separasjon av familie og ved flukt fra hjemlandet og ved død. Det er viktig som sykepleier å hjelpe henne med en riktig støtte fra sosialt nettverk.

Sykepleier og samfunn kan hjelpe henne til å opprettholde et sosialt nettverk, ved for eksempel å motivere henne til å delta i frivillige aktiviteter. Frivillige organisasjoner og religiøse forsamlinger kan ha aktivitetstilbud som hun kan ha stort utbytte av. Å oppmuntre og eventuelt følge henne i starten til slike aktiviteter, kan bidra til å bygge opp viktig nettverk i en sårbar livssituasjon. Andre nødvendig sosial støtte kan være å finne til henne en støttekontakt som hun har tillit til fordi at mange jenter som har blitt voldtatt stoler ikke på hvem som helst (Skogøy, 2008).

4.8 utfordringer som påvirker mulighetene for bedring av PTSD hos asylsøkere

I følge helsedirektoratet sin melding (2011), er at asylsøkere skal ha samme rett til helsetilbud på samme måte som vanlig befolkning. Det finnes mange forskninger som har vist at psykologiske terapier som brukes i behandling for PTSD gir god effekt hos mennesker som har stabile boforhold, og et relevant spørsmål er om dette er overførbart til asylsøkere. Det er ikke kjent hva for betydning kulturelle eller språklige forhold har for diagnostikk og behandling av PTSD og andre psykiske lidinger hos flyktninger. Flere av forfatterne peker på at dette er viktige utfordringer, men de er ulike løsninger på problem (Innvær, Ormstad, Paulsen og Norderhaug, 2006; Crumlish og Killian, 2010; Hærås, 2009).

Den britiske nasjonale retningslinjen for behandling av PTSD hevder at for flyktninger kan det være viktig å gjennomføre fasebaserte behandlingsmodeller. Første fase er å oppnå trygghet for videre oppfølging, noe som er vanskelig dersom personen ikke har oppholdstillatelse. Kunnskap om lovgiving, velferdsrettigheter og kulturelle og politiske skillelinjer er viktig i denne fasen. Primære behov er her et sted å bo, stønad og kontakt med familien. Det vil selvsagt være vanskelig å få til en behandling, selv med den beste tilpasset behandlingsmetoden, dersom disse primærbehov ikke er dekket (Innvær, Ormstad, Paulsen og Norderhaug, 2006; Madderern, 2004).

Når det gjelder asylsøkere bør man, i tillegg til primære behov, ha fått oppholdstillatelse. For at behandlingen skal få gode effekter trenger pasienten å være i stabile forhold der hun kan delta aktivt i behandlingstiltak. Behandlingsprosessen vil vanligvis ta relativt lang tid. Mange asylsøkere trekker seg fra behandlingen på grunn av at de ikke er sikre på hvordan fremtiden vil bli (Brunvatne, 2006).

Spørsmålet som må stilles til det argumentet er hvor lenge det er mening at de skal gå uten behandling dersom forhold som bosted/oppholdstillatelse ikke er i orden? Det krever store behandlingsressurser for å gjøre noe med de problemene som denne gruppen har. For de fleste er PTSD kroniske lidinger som må følges opp over lang tid. Varvin (2003, 2008) understreker også at all erfaring og kunnskap om mennesker med ulike former for traumeerfaringer, ikke minst der det også er knyttet til alvorlig krenkelse og skam, krever tid, ro og en visshet om at en kan fortsette å snakke senere, hvis behov.

Jeg synes at dette er også en stor utfordring for oss helsepersonell som jobber med disse pasientene på asylmottak. Pasienten har rett til helsetjenester tilbud og vi har plikt til å fremme folkehelsen hos alle i befolkningen inkludert asylsøkere (Brinchmann, 2005; Helsedirektoratet, 2011). Å arbeide som sykepleier på et asylmottak kan kanskje oppleves ensomt, da hennes arbeid på en måte befinner seg i et grenseland mellom de selvfølgelige helsetilbudene i det norske rettssamfunnet og den uhelse hun møter - ofte alene- i asylmottaket med mangelfull oppfølging av helse lidelser.

5. Styrke og svakhet

Jeg har valgt å skrive om unge kvinnelige asylsøkere som har symptomer på PTSD. Problemstillingen er hvordan sykepleier kan hjelpe dem til en opplevelse av trygghet og mestring. Jeg har ikke gått inn i hvordan de opplever lidelsen fordi at de har ofte komplekse traumer, da noen har opplevd tortur, drap og voldtekt i tillegg til andre traumer de opplever gjennom asylprosessen. Jeg synes at tema er så omfattende at det krever spesielle fagkunnskaper og ekspertise på området. Jeg valgte å fordjupe meg i sykepleiers rolle i møte med pasienten. Tiltakene som nevnes i oppgaven vil ha en mer kortsiktig og lindrende funksjon, da en trygg og forutsigbar livssituasjon er nødvendig for at pasienten skal oppleve en varig effekt av tiltakene. Det er min mening at dette vil handle like mye om samfunnsmedisin, men dette tar ikke denne oppgaven sikte på å belyse.

Min egen erfaringsbakgrunn kan styrke oppgaven, fordi jeg selv har opplevd tiltak som gav meg effekt. Det kan også være en sårbarhet og en svakhet fordi opplevelsen av PTSD har kommet om igjen i meg og jeg kan ha reagert sterkt i drøftingen av oppgaven.

I oppgaven har jeg brukt godkjent litteratur fordi at jeg brukte anbefalt søkeprosess som er kunnskapsbasert. I tillegg har jeg brukt nyere litteratur. Det betyr litteratur som ikke er eldre enn 10 år. Bøkene som er eldre enn 10 år, er revidert i senere år, eller andre forfattere har brukt dem i bøkene de har skrevet. Dette gir meg tillit til at litteraturen i min oppgave er relevant, akseptert og kunnskapsbasert og dermed styrker oppgaven.

Eksempel er boka til Joyce Travelbee *mellommenneskelige forhold* som hun skrev i 1999 men siste opplaget er fra 2005. Jeg har også nyttet bok av Tone Rustøen 2001 *Håp og livskvalitet* fordi Kristoffersen og Breivne også har brukt teoriene i *grunnleggende sykepleie*.

6. Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått mye innsikt i teori, om hvordan sykepleier kan hjelpe unge kvinnelige asylsøkere til en opplevelse av trygghet og mestring. Jeg har prøvd å beskrive dette. Jeg har også reflektert over en del utfordringer som sykepleier kan møte på et asylmottak, og som kan bidra til å begrense effekten av tiltak som jeg har drøftet. Det har også dukket opp mange spørsmål, som jeg gjerne skulle ha fordypet meg mer i. Oppgavens omfang begrenser dette.

Jeg vil likevel avslutte med å trekke frem noen refleksjoner og undringer jeg har fått under arbeidet med denne oppgaven.

I samtaler med sykepleier på asylmottak i en distriktskommune, kommer det frem at en tilleggs utfordring i arbeidet kan være at det kan oppleves ensomt å være eneste helsearbeider på et asylmottak. Å arbeide isolert med liten støtte fra det resterende helseapparatet, er også en realitet som jeg antar må være et problem. I tillegg befinner sykepleiers intervensjoner seg i et slags konfliktområde mellom de ordinære og selvfølgelig helsetilbudene i det norske rettssamfunnet, og den uhelse og mangel på tilbud hun møter i asylmottaket.

Jeg går ikke inn på de mange tankene jeg har rundt hva som kan bedre denne situasjonen. Jeg ønsker likevel helt til slutt å løfte frem at den minste forutsetningen som må ligge til grunn for at sykepleier skal være i stand til å gi best mulig hjelp til Marta og andre unge kvinner i hennes situasjon, må være at hun har tilbud om jevnlig profesjonell veiledning i den utfordrende arbeidshverdagen hun er i.

Litteraturlister

Berg Marit og Lauritsen (2009). *Eksil og Livsløp*: Universitetsforlag

Berg Berit Og Marko Valenta (2008). *Frukt, eksil og flyktingers sosial integrasjon*. Norge
Forskningsråd Hentet fra: C:\Users\Eier\Pictures\webIMERFlukteksil (1).pdf **22.09.12**

Bisson J og Andrew M. (2009). *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. The Cochrane Collaboration C:\Users\Eier\Documents\CD003388 PTSD.pdf **02.9.12**

Brinchmann Berit Støre (2008). *Etikk i sykepleien*: Oslo Gyldendal Akademisk

Brunvatne Reidun (2006). *Flyktinger og asylsøker i helsetjenesten*. Oslo Gyldendal Akademisk

Cermlish Niall og Killiam O' Rourke (2010). *A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum - seekers*. Department of Psychiatry, Trinity College, Dublin, Ireland. niall.crumlish@tcd.ie. Hentet fra
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/20386252> **01.10.2012**

Dalland Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for student*. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS

Garsjø Olav (2010). *Sosiologisk tenkemåte: En introduksjon for helse og sosialarbeidere*. Oslo Gyldendal Akademisk

Hansen Ingrid (2005). Inter kulturell sykepleie. I Kristoffersen Nina Jahren Nortvedt Finn og Skaug Eli-Anne (Red). *Grunnleggende sykepleie Bind 1(s.78-105)*: Oslo Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2011). *Helsehjelp for personer uten lovlig opphold: Innvandrere helse: Helse og omsorgstjenester*. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/innvandrerhelse/rett-til-helsehjelp/Sider/helsehjelp-for-personer-uten-lovlig-opphold.aspx> **18.09.2012**

Hummelvoll Jan Kåre (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt*: Oslo Gyldendal Akademisk

Hærås Tone (2009). *Omstridt behandling av posttraumatisk stresslidelse*. Sykepleie.no Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/245431/omstridt-behandling-av-posttraumatisk-stress> **03.10.2012**

Innvær Simon, Sari Susanna Ormstad, Elizabeth J Paulsen og Inger Natvig Norderhaug (2006). *Behandlingsmetoder for flyktinger med alvorlige psykiske helseproblem*. Nasjonal Kunnskapssenteret for helsetjenester, 2006,s.1-30. Hentet fra C:\Users\Eier\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\9HO7LMHR\Notat_06_behandling_av_flyktingar_notat_06 (1).pdf **10.09.12**

Jind Lise og Arendt Mikkel (2012). Kognitiv adferdsterapi ved posttraumatisk belastningsreaksjon (PTSD). I Rosenberg Nicole, Mørch Merete og Arendt Mikkel (red) *Kognitiv terapi- Nyere utvikling (s.261-182)*: Hans Reitzels Forlag.

Kirkevold Marit (1998). *Sykepleieteorier – Analyse og evaluering*: ad Notam Gyldendal

Kringlen Einar (2005). *Psykatri*. Oslo Gyldendal Akademisk

Kristoffersen Nina Jahren (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie, Stress, mestring og endring av livsstil. I Kristoffersen Nina Jahren, Nortvedt Finn og Skaug Eli-Anne (Red). *Grunnleggende Sykepleie bind 4 (s.13- 99 og 207-270)*: Oslo Gyldendal Akademisk

Kristoffersen Nina J. og Breievne (2005). Lidelse håp og livsmot. I Kristoffersen Nina Jahren, Nortvedt Finn og Skaug Eli-Anne (Red). *Grunnleggende Sykepleie bind 3(s.155-205)*: Oslo Gyldendal Akademisk

Stiftinga krisesenteret i Sogn og Fjordane (2010). Krisesenterlova 2010. Hentet fra

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:gbABXCON3pgJ:www.fylkesmannen.no/KRI SESENTERTILBODET I SOGN OG FJORDANE_jZERE.pdf.file+%C3%A5rsmelding+k risesenteret+i+sogn+og+fjordane+2010&hl=no&gl=no&pid=bl&srcid=ADGEESiOi0wVCbx uN4D0Fsq7lwvoqojADVzFgJELhEbjDdlsWyq0juJaBY4BlbYLHI0EYjajlO9EidofxRMusa YMJTagduCLKGVlQbHK6OoG-e0L2CyK0Ofu9SIDmDTkO2dxG1lREbee&sig=AHIEtbTGShv9X6B-1S4ccpca_UZZG8em8w **15.10.2012**

Madderern Steve (2004). *Post- traumatic stress disorder in asylum seekers*. Nursing Standard. Hentet fra:

<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/219827781?accountid=35443>

05.10.12

N. In`es Dossa and Marie Hatem (2011). *Cognitive-Behavioral Therapy versus Other PTSD: Psychotherapies as Treatment for Women Victims of War-Related Violence: A Systematic*. The ScientificWorld Journal. Hentet fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pmc/articles/PMC3345529/pdf/TSWJ2012-181847.pdf> **10.09.12**

Rosenberg Nicole, Mørch Merete og Arendt Mikkel (2012). Kognitiv adferdsterapi. I Rosenberg Nicole, Mørch Merete og Arendt Mikkel (red) *Kognitiv terapi- Nyere utvikling* (s.23-52): Hans Reitzels Forlag

Skogøy Elin (2008). *Arbeidet med vold utsatte kvinner med minoritetsbakgrunn: Nasjonal kunnskapssenteret om vold og traumatisk tress A/S* Hentet fra:

http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Veileder_VoldsutsatteKvinner_Minoritetsbakgrunn.pdf **01.10.2012**

Smebye Kari Lislerud (2005). Kontakt med andre. I Kristoffersen Nina Jahren, Nortvedt Finn og Skaug Eli-Anne (Red). *Grunnleggende Sykepleie bind3(82-117)*: Oslo Gyldendal Akademisk

Thorsen Rolf (2005). Trygghet. I Kristoffersen Nina Jahren, Nortvedt Finn og Skaug Eli-Anne (Red). *Grunnleggende Sykepleie bind 3(s.12-38)*: Oslo Gyldendal Akademisk

Tveiten Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlag

Varvin Sverre (2008). *Flyktning pasienten*: Universitetsforlag.

Varvin Sverre (2003). *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestring*. Universitetsforlag

Øverby, Nina C. Torstveit, Monica Klungland og Høigaard, Rune (2011). *Folkehelsearbeid*.
Kristiansand: Høyskoleforlaget AS –Norwegian Academic Press.