

BACHELOROPPGÅVE

Sjølvskaiding- å tørre å sjå, å tørre å spørje.

Korleis kan sjukepleie fremje meistring hos ungdom som skadar seg sjølv?

av

Kandidatnummer 33

Marianne Hauge

Self- harm- to dare to look, to dare to ask.

Emnekode og namn:

Bachelor i sjukepleie, SK 152

Innleveringsdato:

19.04.2013

Tal ord:

6989

Rettleiar:

Siv Førde

Samandrag

Utgangspunktet for denne oppgåva er problemstillinga: ”Korleis kan sjukepleie fremje meistring hos ungdom som skadar seg sjølv?”.

Mitt ynskje med dette temaet var å få meir innsikt i kvifor ungdom skadar seg sjølv, og kva eg som sjukepleiar kan gjere for å hjelpe ungdommen til meistring, og med dette makte å velje andre løysingar på problema sine enn sjølvskading. Samfunnets syn på sjølvskading har endra seg opp igjennom tidene, frå tida då det var forbundet med ein besetting, til i dag der vi ser at sjølvskading er eit komplisert fenomen som det ligg mange grunnar bak (Øverland, 2008). Forsking viser at over 10% av elevane på ungdomsskulen har skada seg sjølv, utan at det nødvendigvis treng å ligge ei alvorleg psykisk liding bak (Ystgaard, Reinholdt og Mehlum, 2009).

Å hjelpe ungdom som skadar seg sjølv vil vere utfordrande, spesielt med tanke på at det kan vere bakgrunnen for skadinga som er det største problemet . For å finne svar på problemstillinga har eg nytta litteratur frå fagbøkar og artiklar, og egne erfaringar frå praksis. I tillegg har eg brukt ei ”dagbok” skriven av ein pasient og hennar familie. Dette for å få eit nærare innsyn i korleis dei næraste opplever problemet. Eg har igjennom denne prosessen funne ut at det ikkje finnast eit fasitsvar på korleis vi kan møte sjølvskading. Likevel vil dei små delsvara kunne hjelpe oss litt på veg, f.eks å skrive dagbok, lage sikkerheitsplan og hjelpe ungdom til sjølvhjelp.

Det viktigaste svaret i denne oppgåva må likevel vere betydinga av relasjonen mellom sjukepleiar og pasient for at pasienten skal kunne nytte seg av andre individuelle tiltak for å oppleve meistring.

Summary

The point of departure for this thesis is my research question: How may nursing promote empowerment by self-harming adolescents?

By focusing on this subject I expected to gain more knowledge about the reasons of why young people is physically harming themselves. In addition I was hoping to find how to intervene as a nurse, to support the patients in gaining empowerment and strength in order to be able to choose other solutions to their problems than self-harming.

Society's attitude to self-harming has changed during time, from the years when people believed that it was connected to an obsession, until today when we have learned that the action is a most complicated phenomenon linked to many different reasons (Øverland, 2008). Research shows that more than 10% of pupils in secondary schools are self-harmers without necessarily suffering of any serious mental disorder (Ystgaard, Reinholdt and Mehlum, 2009).

It is challenging to help self-harming adolescents, in particular as the reasons for the self-harming may be the most serious problem. I have used literature from scientific books and articles, along with my own experiences from practice in a psychiatric youth institution, to find answers to my research question. Additionally I have used stories from a Diary written by a patient and her family to get a closer insight in how the problem is experienced by people in the closest environment.

As a result of my study I have found that there may not be one simple answer to how to meet this problem. Anyway I have found many different concrete interventions like writing a diary, make a creating a security plan and helping adolescents to help themselves.

The most important answer to my research question is the importance of creating a good relation between the nurse and the patient. Only then the patient will take the benefit of the other individual interventions in order to experience empowerment.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstilling og definisjonar	2
1.1.2 Presisering og avgrensing av problemstilling	3
1.2 Hensikta med undersøkinga	3
1.3 Disposisjon av oppgåva	4
2.0 Metode	4
2.1 Kva er metode?	4
2.2 Min val av litteratur	4
2.2.1 Litteratursøk og val av litteratur.....	4
2.2.2 Artikkane	5
2.2.3 Bøker	6
2.3 Kjeldekritikk samt metodens sterke og svake sider	7
3.0 Teoretisk bakgrunn.....	9
3.1 Sjukepleieperspektiv og teori	9
3.1.1 Joyce Travelbee	9
3.1.2 Menneske - til - menneske- forhold	10
3.2 Sjølvskading	10
3.4 Meistring	11
3.5 Relasjon og kommunikasjon.....	13
3.5.1 Ungdommens relasjon til familien	13
3.5.2 Fire- perspektiv- modellen	13
3.6 Miljøterapi	14
4.0 Drøfting.....	16
Korleis kan sjukepleiar fremje meistring hos ungdom som skadar seg sjølv?	16
4.1 Når er det sjølvskading og korleis skal det møtast?	16
4.2 Korleis skal ein kommunisere for å danne ein god relasjon?	19
4.3 Kva bør miljøterapi innehalde og korleis kan dette bidra til meistring?	20
5.0 Oppgåvas veikskap og styrke.....	23
6.0 Konklusjon	24
7.0 Litteraturliste	25
Vedlegg 1	28
Vedlegg 2	29

1.0 Innleiing

Når eg gjekk på ungdomsskulen, var det eit par jenter som skada seg sjølv mens dei var på skulen. Den eine jenta kom til meg og viste kutta, og det var eg som måtte varsle lærar om det. Det vart ein del reaksjonar i ettertid på skulen, der eg oppfatta at skulen hadde lite kunnskap om ungdom som skadar seg sjølv. Seinare i tid har eg opplevd fleire som har skada seg sjølv med vilje, både privat og i praksis. Eg har stilt meg nokre spørsmål rundt temaet sjølvskading; Kvifor skadar nokre ungdommar seg med vilje? Er det eit rop om hjelp, eller for å få oppmerksamheit ifrå andre? Kor mykje skal til før ein tyr til sjølvskading? Har det noko med familien å gjere? Og kva vil dei eigentleg med sjølvskadinga, ha hjelp eller dø?

Når eg var i psykiatrisk praksis, var eg på ei psykiatrisk avdeling for ungdom med psykiatriske lidingar mellom 12- 18 år. Der opplevde eg fleire jenter som vart innlagt på avdeling pga sjølvskading.

Kvart år døyr mellom 500- 600 menneske av sjølv-mord i Noreg. Statistisk sentralbyrå (2011) viser at det er ca. 5000 sjølv-mordforsøk kvart år. I tillegg finst det mørketal. Ein reknar med at ca. 5% av landets befolkning har sjølv-mordstankar, som vil sei at ca. 220.000 menneske har slike tankar (Renolen, 2010). CASE- studie (Childe and Adolescent Selfharm in Europe) avslører at 10,7% av elevane som går første år på vidaregåande skule i Noreg har utført handlingar som klassifiserast som sjølvskading. 56% av ungdommane som skada seg sjølv, gjorde det for å dø. Derfor er det veldig viktig å ta sjølvskading på alvor gjennom tidleg identifisering, utredning og behandling (Ystagaard, Reinholdt og Mehlum, 2001).

Temaet i mi oppgåve er ungdom og sjølvskading, der fokuset mitt er korleis sjukepleie kan fremje meistring for at ungdommen skal takle sin situasjon på ein best mogleg måte, slik at ein ikkje treng i skade seg sjølv. Renolen (2010) skriv at sjølvskadande åtferd blant ungdom er eit auka problem i heile verda. Årsak til sjølvskading blant ungdom kan vere fysisk eller psykisk mishandling, seksuelle overgrep, familieforhold, brudd i vennskap eller kjærleiksforhold, forventingar og press ifrå skulen og ifrå vener, alkohol og narkotika problematikk, sosiale vanskar m.m (Renolen, 2010).

Ystgaard et al, har gjort ei forskning på ungdom og sjølvskading, og fant at dersom ungdom har skada seg sjølv med vilje ein gong, kan det skjer igjen. I CASE- studie vart det avslørt at det var tre gongar så mange jenter enn gutar som skada seg sjølv men at det er tre gongar fleire gutar som døyr pga sjølv-mord. Det som er vanskeleg å vite ut ifrå desse tala, er kva årsak og hensikt ungdommen hadde for å skade seg sjølv. Kanskje sjølv-mordet var meint som sjølvskading med eit uheldig utfall eller var sjølvskadinga eit mislykka forsøk på sjølv-mord? (Ystgaard et al., 2001).

1.1 Problemstilling og definisjonar

Ut ifrå dette har eg kome fram til denne problemstillinga:

”Korleis kan sjukepleiar fremje meistring hos ungdom som skadar seg sjølv?”

Eg har funnet mange ulike definisjonar om desse orda, men dette er dei eg meiner eg mest relevante for mi oppgåve.

Sjølvskading:

”Selvskading er handlingar som innebærer at individet påfører seg skader og smerter utan at man har til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskading er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt.” (Øverland, 2008 s. 17).

Ungdom:

Eg definerar ungdom som barn/ unge vaksne i alderen 12- 18 år.

Meistring:

”Kognitive og adferdsmessige bestræbelser, som er under konstant forandring of sørger at håndtere spesifikke yder og/ eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressurcer” (Lazarus, 2006 s. 139).

Eg skal fokusere på meisting som kan oppnå at ungdom ikkje skadar seg sjølv, men tyr til andre metodar og pga det opplev meisting i den situasjonen. Eg vil at den meistringa ungdommen opplever på institusjonen skal følgje henne vidare når ho blir utskriven og skal stå på eigen bein. Det er snakk om å føle meistring igjennom heile institusjonsopphaldet og å kunne lære seg andre metodar enn å skade seg sjølv, som kan føre til meistring for ungdommen.

1.1.2 Presisering og avgrensing av problemstilling

Når eg tenkjer tilbake på praksiserfaring som eg har hatt, er det berre jenter eg har erfaring med som har skada seg sjølv. Når eg i tillegg begynte å lese forskingsartiklane eg har funnet, viser det seg at det er fleire jenter som sjølvskadar enn gutar (Fikke, Landrø og Melinder, 2009). Ut frå dette, avgrensar eg oppgåva mi til å omhandle unge jenter mellom 12- 18 år, som skadar seg sjølv og at dei er innlagt på ein psykiatrisk institusjon, og ikkje før eller etter.

1.2 Hensikta med undersøkinga

Hensikta med denne undersøkinga er å belyse temaet sjølvskading blant ungdom. Eg ynskjer å få meir kunnskap om temaet for å kunne bli ein god sjukepleiar i slike situasjonar. Eg ynskjer også at anna helsepersonell skal få meir kunnskap om dette ved å lese denne oppgåva. Eg har også eit ynskje om at antal sjølvskading blant ungdom skal gå ned og finne korleis sjukepleie kan hjelpe ungdom til å meistre det psykiske smertene utan å måtte skade seg sjølv.

Eg skal med denne oppgåve legge fram kva teori og forskning vektlegg som hjelpemidlar mot sjølvskading, slik at sjukepleie kan ta i bruk dette når dei er ilag med ungdom som sjølvskadar. Eg opplever at sjølvskading er eit tabubelagt tema utanfor ein psykiatrisk institusjon. Ved å skrive om dette ømtålelege emnet i denne oppgåva, håpar eg å kunne bidra til at temaet kan opne for diskusjon og synspunkt i miljøarbeidet, til det beste for ungdom som er i ein slik sårbar situasjon.

1.3 Disposisjon av oppgåva

I neste del kjem eit kapitel om metode og litteraturstudie, der eg beskriv kva ein metode er, kva den blir brukt til og korleis ein har kome fram til det litteratursøket som eg har gjort. Eg har også tatt med om metodens svake og sterke sider. Vidare kjem ein oppsummering av dei artiklane og fagbøkene eg har valt å bruke.

Etter dette kjem teoretisk bakgrunn, der eg har presentert ulike teori som eg har brukt for å finne svar på spørsmålet i problemstillinga. Så kjem drøftinga, der eg har med tankar og diskusjon rundt litteraturen, forskning og personleg erfaring. Til slutt kjem ein konklusjon til problemstillinga.

2.0 Metode

2.1 Kva er metode?

I følge Dalland (2012) Vilhelm Aubert beskriv metode som ein framgangsmåte, eit middel til å løyse eit problem og kome fram til ny kunnskap. Ein metode fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å framskaffe eller etterprøve kunnskap. Ein brukar metode som eit reiskap når ein møter noko ein vil undersøkje. Det er igjennom metoden at ein klara å samle inn data/informasjon som ein treng til undersøkinga. Ein metode kan også beskrivast som vegen til eit mål, der forskaren blir utfordra til å beskrive vegen og gjere greie for dei vala som er tatt undervegs mot målet. Intervju, observasjonar og spørjeskjema kan vere eksemplar på ein metode (Dalland, 2012). Denne oppgåva er lagt opp som eit litteraturstudie, der eg også har knytt litteraturen til erfaringar frå praksis.

2.2 Min val av litteratur

2.2.1 Litteratursøk og val av litteratur

Eg oppretta ein konto på helsebibloteket.no, slik at eg kunne finne litteratur der. Der var det linkar til ulike internasjonale databasar, så eg gjekk innpå PubMed sidan dei hadde fulltekst.

Eg bruke først søkeordet "self-harm" men oppdaga då at det gav mange treff. Då søkte eg på "self-harm and youth" men også dette gav mange treff. Eg søkte derfor "self-harm among children and young". Eg fant tre artikkel som omhandla sjølvskading og sjølv-mordforsøk blant ungdom, ein om kva ein kan gjere når ungdom skadar seg sjølv og ein om meistring og støtte til ungdom som skadar seg sjølv. Når eg søkte på "nursing, youth, self-harm, Coping" kom det opp om ungdom som hadde åtferdsproblem, om vaksne som skada seg sjølv med vilje og generelt om sjølvskading. Eg valte derfor å sjå vekk ifrå desse artiklane.

For å finne bøker som omhandle dette temaet brukte eg høgskulen sitt biblotek Bibsys med same søkjeord. Eg hadde også nokre bøker ifrå før. I tillegg har eg brukt både bøker og artiklar som står på pensum. Eg har valt å bruke bøker og artiklar som er nyare enn ti år og eg har vore skeptisk til forskning etter 2005. Men eg har funnet nokre artiklar som eg syns var relevante sjølv om dei har vore eldre. Eg har brukt både norsk og engelsk litteratur.

Eg har brukt retningslinjer for oppgåveskriving som skulen har utarbeida i forhold til kildebruk og litteraturlisa, og eg har brukt Dalland (2012) for andre generelle retningslinjer for oppgåveskriving.

2.2.2 Artiklane

Her er ein oversikt over dei artiklane er meiner er relevante for mi oppgåve:

"Selvskading hos ungdom" er ein studie av Fikke, Landrø og Melinder (2009) som omhandlar fenomenet sjølvskading, faktorar som er relevante for sjølvskading og avdekking og hjelp ved sjølvskading.

"Selvskading og suicidal oppførsel i Hong Kong blant ungdom" gjort av Shek i 2012. Artikkelen tek føre seg forskjellige ungdomskular i Hong Kong, der dei tek føre seg forhold mellom kjønn, familie, økonomi og ser det i samanheng med ungdom som skadar seg sjølv.

”Selvskading- hva gjør vi?” er ein tidsskrift for den norske legeforening gjort av Mehlum og Holseth (2009). Artikkelen tek føre seg bakgrunnen for sjølvskading, aktuelle spørsmål som helsepersonell bør stille til ungdom som skadar seg sjølv og ulike behandlingstiltak.

”Hva er selvskading?” er ein tidsskrift for den norske legeforening gjort av Sommerfeldt og Skårderud (2009). Artikkelen tek føre seg fenomenet sjølvskading, med ulike definisjonar og risikofaktorar.

”Mestring, hjelp og støtte” av Ystgaard, Reinholdt og Mehlum (2001). Det er ni europeiske land og Australia som deltek. Også denne studien tek føre seg om det er forskjell mellom livsstilar, familieforhold og miljøet rundt ungdom.

Eg har valt å bruke desse artiklane fordi dei inneheld om emnet sjølvskading, førekomst, behandling, meisting og støtte.

2.2.3Bøker

Eg har valt å bruke forskjellige fagbøker for å få finne mest mogleg teori om emnet. Her er ein oversikt over dei bøkene som eg meiner er mest relevante for mi oppgåve:

Øverland (2008) ”*Selvskading*” som omhandlar begrepet sjølvskading, forståing av sjølvskading og behandling av sjølvskading. Han skriv også om ulike tiltak som kan fremje meisting til ungdom som skadar seg sjølv.

Hummelvoll (2012) ”*Helt- ikke stykkevis og delt*” som gjer ei innføring i psykiatrisk sjukepleie og tek utgangspunktet i ulike psykiske fenomen og lidingsuttrykk som skapar psykisk uhelse. Han tek også føre seg relasjonsmodellen og meistringsstrategiar.

Røkenes og Hanssen (2012) ”*Bære eller bryte*” som tek føre seg kommunikasjon og relasjon i arbeid med menneske.

Kistoffersen (2008) ”*Grunnleggelse sykepleie*” bind 4, som tek føre seg ulike sykepleieteoretiske perspektiv, og bind 3 som tek føre seg meistring og livsendring og identitet.

Kirkevold og Ekern (2011) ”*Familie i sykepleiefaget*” som tek føre seg familiens oppleving av situasjonen og korleis ein kan jobbe rundt og med familien til ein pasient. Kirkevold tek også føre seg familie og meistring.

Lazarus (2006) ”*Stress og følelser*” som omhandlar forskning og teoridanning med fokus på ein kognitiv- mediativ samanheng mellom stress og følelsar. Den omhandlar også om meistring og korleis stress, følelsar og meistring heng saman i ulike situasjonar.

Travelbee (2001) ”*Mellommenneskelig forhold til sykepleie*” som omhandlar Travelbee’s teoretiske prinsipp, blant anna om menneske- til- menneske- forhold, kommunikasjon og pårørandearbeid.

2.3 Kjeldekritikk samt metodens sterke og svake sider

Eg har valt å bruke både primær- og sekundærkjelde, noko som kan vere positivt og negativt. Når det er primærkjelde er det forfattarens egne ord som er basert på eigen erfaring eller oppleving. Det er derfor mindre sjansar for feiltolking. Sekundærkjelde vil sei noko forfatternen tolkar eller oppfattar ifrå ei anna forfattar eller forskar (Dalland, 2008).

For å fastslå om ein metode er sann, må ein bruke kjeldekritikk. Då må ein kunne vurdere og karakterisere dei kjeldane som blir brukt. Kjeldekritikk blir også brukt som eit samlebegrep for å kunne skilje verifiserte opplysningar frå speulasjonar (Dalland, 2008).

3.0 Teoretisk bakgrunn

3.1 Sjukepleieperspektiv og teori

Det er forskjellige perspektiv og teoriar ein som sjukepleiar må forhalde seg til i møte med pasienten. Teoriane legg hovudvekt på forskjellige sider av sjukepleiarens ansvar og oppgåver og den beskriv kva sjukepleie bør rette oppmerksomheita mot i møte med pasienten og kva metode som kan brukas for å hjelpe. Uansett kva slags perspektiv ein som sjukepleiar vel, er det nokre generelle grunnlag ein skal ha. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleie, som er utvikla av norsk sykepleieforbund (NSF) (2007) skriv at ”all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.”

Eg meiner at Travelbee sin teori passa best til denne oppgåva. Hennar syn på sjukepleie, både si hensikt og mål, er eit syn eg kjenner meg godt igjen i frå praksis i psykiatrien, så eg vel derfor å sjå nærmare på den.

3.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee har jobba som psykiatrisk sjukepleiar og har retta sin sjukepleietenking ved å bruke seg sjølv terapeutisk mot det mellommenneskelege aspektet ved sjukepleie. Ho forheld seg til kvar person som unik, der enkelt menneske er eineståane og uerstatleg. Travelbee sin definisjon av sjukepleie byggjer på eit eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidning og smerte er uunngåleg del av menneskelivet. Ho meiner at sjukepleie består i å hjelpe den sjuke og lidande til å finne ein mening i den situasjonen han opplev. Dette gjer ein ved å etablere eit menneske- til- menneske- forhold (Kristoffersen, 2008).

Målet og hensikta med sjukepleie er ifølge Travelbee å hjelpe pasienten, familien og samfunnet til å meistre, bere og finne mening i dei erfaringane som føler med lidning og sjukdom og å førebyggje sjukdom og fremje helse. Sjukepleie har også ei oppgåve å hjelpe menneske til å gjenvinne håp og mening og at dette er noko som kvart enkelt menneske må finne sjølv for det kan ikkje gjevast frå eit menneske til eit anna. Ho meiner at eit menneske blir sjukepleiarens pasient når det søker hjelp fordi det opplever eit problem eller ei krise. Ho meiner derfor at sjukepleie må hjelpe pasienten til å sjå mening i lidinga ved hjelp av håp og

aksept av sårbarhet. Ho meiner også at det er viktig at sjukepleiaren kan sette seg inn i pasientens opplevingar når han oppsøker hjelp, enn å forhalde seg til hans diagnose (Travelbee, 2001).

3.1.2 Menneske - til - menneske- forhold

Travelbee skriv at

”Et menneske- til- menneske- forhold i sykepleiesituasjonen er virkemiddelet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 2001 s. 171).

Travelbee meiner at kommunikasjon er eit av sjukepleiarens viktigaste redskap for å oppnå eit menneske- til- menneske- forhold til pasienten. For å oppnå eit slikt forhold må ein igjennom ein interaksjonsprosess som har fleire fasar. Fasane blir delt inn i *det innledande møtet*, der sjukepleiaren skal danne seg eit bilete av pasientens førsteinntrykk. Den neste fasen er *framveksten av identiteter*, der sjukepleiaren begynner å fange opp korleis pasienten som individ føler, tenkjer og oppfattar situasjonen. Den neste fasen er *empati*, der ein forstår meining med den andres tankar og følelsar, som går over i *sympatifasen*. Sympati og *forståing* er eit resultat av empati og eit ønske om å hjelpe pasienten (Travelbee, 2001).

3.2 Sjølvskading

Som nevnt tidlegare, kan sjølvskading ende med sjølv mord, det er derfor viktig å sjå om ungdom sender ut signal på at noko er gale. Desse signala kan vere meir eller mindre tydelege. Angst og depresjon, isolering og manglande interesse for personleg hygiene og utsjånad kan vere symptomar på at noko er gale (Renolen, 2010). Grunnen til at ungdom skadar seg sjølv kan vere mange, f.eks mobbing, vanskeleg familiesituasjon, seksuelle overgrep og dårleg sjølvbilete (Øverland, 2008).

Nokre eksemplar på korleis ein kan skade seg sjølv, kan vere kutting/ rispe huda med kniv eller andre skarpe gjenstandar, brenning av hud, plukking/ riving av sår eller hud, bruk av

skadeleg stoff for utskylling eller klyster, dunking av hovudet mot harde flater eller kveling eller slåing av seg sjølv (Fikke et al., 2009).

Når det vert oppdaga at ein ungdom skadar seg sjølv, er det viktig å kartlegge kva slags type sjølvskadingsåtfærd dette handlar om. Ein kan forstå og sjå på sjølvskading ifrå forskjellige sider. Ei grundig kartlegging kan hjelpe sjukepleiaren til å forstå typen og alvorlegheita ved å skade seg sjølv. Dette kan også hjelpe sjukepleiaren til å forstå kva ungdommen treng hjelp med (Fikke et al., 2009).

I CASE- studiet kjem det fram at det er forskjellig kven ungdom tek kontakt med når dei har det vanskeleg. Flest jenter seier at dei er godt knytt til venene sine, og at venene deira legg vekt på meiningane deira og at dei kan bidra å hjelpe til når dei treng hjelp. Men når det gjeld familie er det motsatt, då meiner gutane at familien la mest vekt på deira meiningar og at dei kunne rekne med familien når dei trengte hjelp. På spørsmålet om dei i løpet av det siste året har hatt alvorlege personlege problem svarte jentene 37% og gutane 17% at dei hadde hatt det men berre 9% jenter og 3% gutar hadde oppsøkt profesjonell hjelp (Ystgaard, et al. 2001).

3.4 Meistring

Når ein som sjukepleiar skal jobbe med å fremje meistring hos ungdom som driv med sjølvskading, er det viktig å vite kva meistring er. Ein må ha kunnskap om korleis ein kan fremje meistring men også å vite kjenneteikna til ein ungdom som treng meistringsstrategi.

Meistring omhandlar korleis ein handterer stressande livssituasjonar. Ein kan i nokre tilfeller sei at stress og meistring forhold seg gjensidig til kvarandre. Når meistring er ineffektivt, vil stressnivået vere høgt, og når det er effektiv meisting, vil stressnivået vere lavt. Lazarus meiner at meistring bør sjåast i samanheng med følelsesprosessen til ungdommen. Følelsar beteikna eit overordna system som består av individuelle mål, motivasjonar, vurderingar, stress, følelsar og meistring. Igjennom følelsesprosessen kjem også personens oppfatting, meistringsmoglegheit og eventuelle begresningar fram (Lazarus, 2006).

I meistringsprosessen er tankar, følelsar og handlingar avhengig av å påverke kvarandre. I følgje Renolen (2010) var Lazarus og Folkman opptatt av å skilje mellom meisting og resultatet av meistinga. Dei hevdar at ein meistringsstrategi i seg sjølv ikkje kan betegnast som god eller dårleg men den må sjåast i samanheng med den prosessen som personen er i. Ein kan dele meistringsstrategiar inn i to deler; problemfokuserert og emosjonsfokuserert meistring. *Problemfokuserert meistring* kjenneteiknar tiltak som fokuserar på problemløysing, f.eks å søkje støtte og hjelp, å endre rutinar, å endre livsstil eller redusere ytre årsak til stress. *Emosjonsfokuserert meistring* vil sei at ein prøver å endre følelsesreaksjonane som oppstår i forbindelse med stress, f.eks unngåing av informasjon eller situasjonar, distansering til problem/ situasjonar eller selektiv oppmerksamheit- ”å høyre det ein vil høyre” (Renolen, 2010).

Evna menneske har til å oppnå meistring er ein kontinuerleg prosess igjennom heile livet. Det sentrale i denne prosessen er å lære, til å bearbeide erfaringar og til å vere i utvikling som menneske. Meistringsevna blir oppbygd i barn- og ungdomsåra og når sitt høgaste nivå i vaksen alder. Ein person med god meistringsevne har eit høgt helsenivå men kan likevel bli ramma av fysisk og psykisk sjukdom. Pga høgt helsenivå vil evna til å meistre fysisk og psykisk påkjenning vere langt betre enn hos ein person som i utgangspunktet har eit lavare helsenivå. Det vil ta lengre tid for denne personen å bli frisk igjen (Kristoffersen, 2008).

For å fremje meisting må sjukepleiaren samle inn data om forhold som innverkar på pasientens kognitive vurdering. Når viktige faktorar i personen og i miljøet er kartlagt, har sjukepleiaren moglegheit til å iverksette konkrete tiltak for å påverke opplevinga av trussel og for å styrke pasientens moglegheit til å meistre situasjonen på ein aktiv og direkte måte. Eksempel på tiltak kan vere ei aktiv rolle og medbestemming ifrå pasienten og å gje kunnskap og ferdighet (Kristoffersen, 2010).

For at helsepersonell skal hjelpe ein ungdom til å føle meistring, er det viktig at ein har ein god relasjon og at ein kommuniserar godt.

3.5 Relasjon og kommunikasjon

Ein relasjon oppstår ikkje av seg sjølv men er eit resultat av samhandling mellom brukar og fagperson. Ein god relasjon oppstår via ein samhandlingsprosess som skapar tillitt, tryggleik og ein oppleving av truverdigheit og tilknytning. Det blir utvikla ein berande relasjon dersom samhandlinga blir utført/ fungerer på denne måten. Når det er ein trygg relasjon er det lettare å forstå kvarandre og pga dette kan det også bli lettare å opne seg for kvarandre. Når ein fagperson handlar ut ifrå korleis han/ ho forstår den andre, vil handlinga verke positivt inn på relasjonen. Det blir skapt tillitt, tryggleik og ein oppleving truverdigheit og tilknytning når ein føler seg forstått, som kan føre til positiv utvikling med seg sjølv. Dersom fagpersonen klara å skape/ styrke denne relasjonen som er beskive, oppstår det ein sirkulær prosess. Relasjonspyramiden er eit godt eksempel på ein slik prosess (Vedlegg 1) (Røkenes og Hanssen, 2012).

3.5.1 Ungdommens relasjon til familien

Familien kan ha ein viktig innflyting på den unge, noko som kjem klart fram innanfor psykiatrien. Familien kan ha innverknad på mange områder, f.eks tilbakefall av psykiske lidingar, psykososial fungering, medisinsk oppfølging og på generell velvære hos ungdommen. For ein familien vil det kunne vere vanskeleg å erkjenne at eit familiemedlem har ein alvorleg psykiatrisk lidning. Å gå rundt å føle hjelpelausheit for at barnet sitt skal bli dårlegare eller få eit tilbakefall når ungdommen er utskreven, kan verke negativt inn på sjukdomsbilete til ungdommen (Kirkevold og Ekern, 2011). Dette er noko Ystgaard, et al, (2009) også seier i sin forskning.

3.5.2 Fire- perspektiv- modellen

Ein situasjon kan opplevast på fleire måtar. Eit eksempel på ein modell som tek føre seg dette er fire- perspektivmodellen for kommunikasjon (Vedlegg 2). Denne modellen viser at ein situasjon kan opplevast ifrå fire grunnleggande perspektiv:

1. Eigenperspektiv

Vi ser verda på vårt eige perspektiv, pga vår eigen erfaring, vår personlegheit, våre holdningar og kunnskap. Vi tar med oss for- forståing og sjølvforståing i alle situasjonar, som har

betyding på korleis vi tolkar andres åtferd og forholder oss til andre menneske og til omverda. Det er viktig å bli kjent med seg sjølv, som å kunne reflektere over betyding av eigen erfaring, kulturbakgrunn, for- forståing, menneskesyn, verdisyn og personlegheit (Røkenes og Hanssen, 2012).

2. Andreperspektivet

Vi menneske har forskjellig oppfatning av verda rundt oss og vi som helsepersonell må ofte forholde oss til andres opplevingar. Hovudprinsippet i andreperspektiv er å finne ein person der, kor han er, og begynne der ifrå, for å kunne forholde deg slik at anderperspektivet blir ivaretatt i samhandlinga (Røkenes og Hanssen, 2012).

3. Det intersubjektive opplevingsfellesskapet

Menneske med- delar oss til kvarandre igjennom kommunikasjon. Vi delar meiningar og opplevingar og arbeidar saman for å gjere fleire sider ved eigenverdenen felles. Igjennom desse prosessane skapar vi eit opplevingsfellesskap. Dersom eit menneske skal kunne føle at han blir møtt av eit anna menneske, er opplevingsfellesskapet ein føresetnad. Opplevingsfellesskapet kan også utvidast i ein samtale, slik at ein kan forstå meir korleis den andre opplever ting, korleis han tenkjer og kva han føler (Røkenes og Hanssen, 2012).

4. Samhandlingsperspektivet

Dette punktet handlar om å forstå samhandlingprosessen og relasjonen mellom partane (Røkenes og Hanssen, 2012).

3.6 Miljøterapi

Det fins mange ulike definisjonar om kva miljøterapi er og kva det går ut på men eg har valt å forhalde meg til Andersen (1997) sin definisjon av miljøterapi:

”Miljøterapi innebærer en reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver til tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å legge til rette for utvikling, vekst og modning, å gi gode og overførbare relasjonserfaringer og derigjennom fremme og tyeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre” (Øverland, 2008, s. 206).

Miljøterapi dreier seg om å bruke samhandling i eit avdelingsmiljø som ei kjelde til terapeutisk endring. Med terapeutisk meiner ein moglegheita for å lære noko meir om seg sjølv og andre, slik at ein får eit større sjølvinnstikk og å utvide sine meistrings- og problemløsningsmåte. Det må vere tilrettelagt og organisert slik at det er tilpassa pasientens behov og situasjon for at ein skal kunne utnytte terapeutisk moglegheit (Øverland, 2008).

Personalet som jobbar på ein slik avdeling er ofte tverrfagleg, som kan gje eit samordna hjelpetiltaka rundt ungdommen. Personalet har også retningslinjer for korleis dei skal møte ulike situasjonar som kan oppstå. Viktige holdningar som ein miljøarbeidar bør ha er støtte, vere strukturert og å vise engasjement over pasientane. Det er blitt ein auka forståing av sjølvskadingas funksjon som har medført fleire tilnærmingar på korleis denne pasientgruppa skal møtast mest mogleg terapeutisk i institusjonane (Øverland, 2008).

Sidan vi menneske er forskjellige treng vi også forskjellig behandling. Det er derfor viktig at miljøarbeidarane legg til rette for at kvar ungdom skal få hjelp etter sine behov, og ikkje behandlar alle likt. Det kan då vere lurt å opprette ein primærkontakt/ primærsjukepleiar til ungdommen. Funksjonen til ein primærsjukepleiar er å vere ein kontaktperson for pasienten, ein som gjer støtte, råd og hjelp undervegs. Hovudansvaret til ein primærsjukepleiar er å oppfølge og utvikle ein trygg relasjon til pasienten. Ein primærsjukepleiar skal vere tydleg og synleg som person og dette kan vere med på å auke tryggleiken til pasienten og primærsjukepleiaren kan vere ein modellfunksjon. Å vere tydleg kan f.eks vere å gje informasjon til pasienten etter hennar behov og utvikling, gje klare å greie beskjedar og vise at ein bryr seg om pasienten (Hummelvoll, 2012).

4.0 Drøfting

Korleis kan sjukepleiar fremje meistring hos ungdom som skadar seg sjølv?

4.1 Når er det sjølvskading og korleis skal det møtast?

Det har visst seg å vere vanskeleg å definere sjølvskading som begrep, sjølv om det er einigheit om at dei fleste som skadar seg sjølv gjer det pga psykisk smerte. Det er vanskeleg å kome fram til ein felles operasjonslisering av begrepet og dette kan medføre at det har vort vanskeleg å få oversikt over fenomenet. Som sjukepleiar kan det derfor verte vanskeleg å arbeide med ungdom som skadar seg sjølv. Eg meiner at sjukepleiarar som jobbar med ungdom, må tenkje sjølv og bruke sin faglege kompetanse for å oppdage sjølvskading. Ein må tenkje på kva situasjon ungdommen er opp i, f.eks med den psykososiale utviklinga, hennar eige sjølvbilette, anatomiske forandringar i kroppen og hennar sårbarheit (Lazarus, 2006).

Det er fleire forhold som er viktig å ta hensyn til dersom det er mistanke om eller får kjennskap til at ein ungdom skadar seg sjølv. Det er sentralt å identifisere den vonde følelsen som vekker ubehag. Då er det spesielt viktig å fokusere på situasjonar, tankar og tilstandar for oppbygging av dei vonde følelsane som kan føre til sjølvskading. Det er også viktig å kartlegge kva ungdommen sjølv meiner er sjølvskading. Ein måte å finne ut kva ungdom legg i ordet sjølvskading kan vere å be dei forklare når dei meiner at det er sjølvskading og at dei kan fortelje kva dei har gjort. Dette kan føre til at ungdommen fortel om sjølvskading som dei ikkje har fortalt om før (Fikke et al., 2009).

I praksis fekk eg beskjed om å ikkje gje sjølvskadinga noko merksemd men heller gje ungdommen oppmerksamheit når ho ikkje skada seg sjølv. Men slik eg forstå Øverland (2008) er han ikkje einig i den tanken. Han meiner at dersom ein ignorerar ungdom som skadar seg sjølv, vil ungdommen oppleve dette så sterkt at den tidvise positive oppmerksamheita rundt ikkje- sjølvskading ikkje har noko effekt. Avvisninga kan også opplevast endå sterkare fordi den skjer når ungdommen er mest sårbar, som igjen kan føre til at ungdommen tyr til sjølvskading som er den einaste meistringsstrategien ho opplev som nyttar (Øverland, 2008). Når eg første gang fekk høyre at eg ikkje skulle gje sjølvskading

noko oppmerksomheit, reagerte eg på dette. Eg tenkte at det faktisk førte til sjølvskading, sidan ein oversåg problemet. Etter å ha observert ungdom som skadar seg sjølv, oppdaga eg at Øverlands teori ikkje stemte i mine opplevingar ifrå praksis. Når ungdommane klarte å fortelje/ vise sine følelsar og tankar på andre måtar enn å skade seg sjølv, kunne dei i ettertid kome å sei at dei opplevde ein meistring ved å bryte sin ”vanlege” meistringsstrategi og heller skape ein ny som ikkje innehaltd sjølvskading. Men kva er å gje oppmerksomheit? Ein sjukepleiar skal uansett hjelpe ein ungdom som har skada seg sjølv, og då får ungdommen oppmerksomheit igjennom omsorg. Ein gjer oppmerksomheit når ein steller eit sår men også når ein viser støtte når ungdommen ikkje har skada seg. Sjukepleiaren må uansett hjelpe ein ungdom om ho har skada seg i løpet av ei vakt eller ikkje. Det spørst berre kva ein gjer mest oppmerksomheit til, og det å kunne vise at ein bryr som om eit anna menneske.

Dette er også noko Travelbee har omtalt. Ho meiner at dersom ein person har evne til å bry seg om andre, vil den andre personen kunne verdsette og sette pris på seg sjølv og vanskelege sider i livet (Kristoffersen, 2008). Å stille direkte spørsmål som ”har du tankar om å ta ditt eige liv?” kan for mange verke ubehageleg og krenkande men ungdom som skadar seg sjølv kan faktisk bli letta over å få slike spørsmål. Nokon opplever at når dei får slike spørsmål så er dei ikkje åleine med vonde tankar og at noko ser at dei ikkje har det bra. Det kan vere livreddande å vise at ein bryr seg (Renolen, 2010).

For nokon ungdommar kan det vere vanskeleg å søkje hjelp. Tidsskrift for det norske legeforening (2009) skriv i sin forskning at det er eit mindretal av ungdom, som skadar seg sjølv, som kjem i kontakt med helsevesenet. Det er derfor viktig at sjukepleiaren møter ungdom som skadar seg sjølv med ein open og akseptert holdning, som kan føre til at ungdom også opnar seg. Fokuset til sjukepleiaren på arbeidet vil vere pasientens erfaring, oppleving og dei problema ho ynskjer å få hjelp til å løyse. Eit godt førsteinntrykk er positivt og eit dårleg førsteinntrykk kan utvikle ein negativ utvikling i kontakten (Øverland, 2008). Eg fekk ein gong høyre at eg ikkje brydde meg fordi eg ikkje smile ved mitt første møte med ungdommen. Det fortel om kor sårbar desse ungdommane kan vere. Dette skriv også Fikke et al., (2009) i sin forskning. Uansett om hjelparen er godt egna og empatisk må ein alltid tenkje på at ungdom som skadar seg sjølv kan oppleve seg krenka i løpet av kontakten, som kan føre til sjølvskading.

Vi menneske vurderar alltid dei vi møter og blir kjent med. Det er derfor viktig at helsepersonell tenkjer over veremåten sin, som f.eks kva klede enn går med, handtrykket, sittestilling, om ein er konsentrert og lyttar, om ein er avslappa og trygg i situasjonen. Det er også viktig å kunne leve seg inni ein anna situasjon, hans indre, subjektive oppleving både innhaldsmessig og affektivt. Det er dette som blir kalla empati, som er ein sterk følelsemessig nærheit men ein må også kjenne sine avgrensingar og avstand. Det er viktig at pasienten føler seg bekrefta og anerkjent, då må helsepersonell møte pasienten men ubetinget aksept. Pasienten må føle seg trygg på at han kan bli møtt med respekt, uansett kva slags oppleving han fortel om eller kva slags følelsesuttrykk han viser. For å oppnå dette må helsepersonell spegle seg sjølv i den gitte situasjonen, ein må kunne leve seg inn i opplevinga, og bekrefte, anerkjenne og respektere sjølvopplevinga til pasienten (Røkenes og Hanssen, 2012).

Travelbee (2001) seier at i enkelte forhold har pasientens familie ein stor betydning for den som er sjuk. Familien kan vere i ulike fasar pga ungdommens tilstand. For ein familie kan dette vere første gong at barnet deira har sjølvskada seg, for ein anna familie kan dette vere noko dei har opplevd før. Uansett kva førhistorikk familien har med helsevesenet på bakgrunn av barnets sjølvskading, er det viktig å få i gang eit samarbeid mellom helsepersonell og familien (Kirkevold og Ekern, 2011). Men familien kan også ha negativ innverknad på ungdom som skadar seg sjølv, f.eks ved incest, vold eller andre vanskeleg familiesituasjonar.

Det kan vere lurt å informere ungdommen og familien om tilstanden og ulike typar behandling, fokusere på familiens meistring ved å bekrefte det som familien gjer som er bra, og å formidle om kunnskap om tidligare varselteikn (som symptomar og endra åtferd) på tilbakefall. Det finst også noko som heite pårørandegrupper, der pårørande samlast og fortel om sine situasjonar og opplevingar. Dersom ein kan få familien til å føle at dei kjem til å meistre denne situasjonen, vil angstens bli redusert, og ungdommen kan føle at det presset familien har til ein kan bli mindre (Kirkevold og Ekern, 2011).

Eg var med på fleire møter med ungdom og foreldra deira når eg var i praksis. Eg var overraska over kor støttande og hjelpande foreldra var til ungdom som hadde skada seg sjølv.

Foreldra var veldig positive til at familien ilag skulle meistre den påkjenninga dei var opp i og at dei saman med avdelinga skulle klare å hjelpe ungdommen til andre meistringsstrategiar.

4.2 Korleis skal ein kommunisere for å danne ein god relasjon?

I følge Røkenes og Hanssen (2012) har ungdom som skadar seg sjølv, ofte større vanskar med å få tillitt til andre. Det er viktig å skape tillitt fordi det kan førebyggje misforståingar og konfliktrar. Når ein sjukepleiar handlar på bakgrunn av at ho forstår ungdommen kan handlinga verke positivt inn på relasjonen. Det å føle seg forstått skapar tillitt, tryggleik og ei oppleving av truverdigheit og tilknytning. Det er også viktig i seg sjølv å bli forstått, fordi dette kan skape endring. Noko anna som kan skape tillitt er å informere om tausheitsplikta. Det er viktig at ungdommen føler seg trygg på det ho skal seie og at det forblir mellom henne og sjukepleiaren (Røkenes og Hanssen, 2012).

Måten sjukepleiaren kommuniserar med ungdommen på, kan ha stor betydning for om ho får gjort arbeidet på ein tilfredsstillande måte, sjølv om ho ikkje legg vekt på å utvikle ein nær relasjon til nokon. Men det kan også bli problematisk dersom sjukepleiaren er einseitig oppteken av å skape ein god relasjon og ein varm og forståelsesfull atmosfære, og ikkje gjer det som vert forventa av ho i form av konkrete handlingar, råd og tiltak. Ein god kommunikasjon mellom sjukepleiar og ungdom skapar rom for utvikling, læring, forståing, bekræftelse, endring og firgjøring. Målet med kommunikasjon er ikkje alltid å kome til einigheit men å forstå ungdommens subjektive oppleving, følelsar og ynskjer (Røkenes og Hanssen, 2012). Å finne balansen mellom å ikkje prøve for mykje eller for lite var i byrjinga vanskeleg syns eg. Eg merka sjølv at eg prøvde veldig hardt å vise at eg var der for ungdommane i byrjinga men oppdaga at dersom eg hadde ei avslappa holdning, oppsøkte ungdommane meg.

Ein modell som eg ofte hadde i bakhovudet når eg var på jobb, var fire- perspektiv- modellen. Den tek ikkje føre seg min verden og din verden som to forskjellige fenomen men at det heng i hope. Det er viktig å bli kjent med seg sjølv, som å kunne reflektere over betydning av eigen

erfaring, kulturbakgrunn, for- forståing, menneskesyn, verdisyn og personlegheit. Dersom ein sjukepleiar ikkje kjenner seg sjølv, kan ho utgjere ein potensiell risiko for brukar, samarbeidspartnarar og seg sjølv. Eit eksempel kan vere at ein ikkje kan setje grenser for ungdommen, då kan ein invadere andres verden på ein krenkande måte, eller ein kan bli utbrent fordi ein på tar seg for mange arbeidsoppgåver (Røkernes og Hanssen, 2012)

4.3 Kva bør miljøterapi innehalde og korleis kan dette bidra til meistring?

Ein sentral oppgåva i miljøarbeid er å hjelpe ungdommane til å forlengje avstanden mellom impuls og handling ved å leggje inn eit nytt mellomledd med tankar om konsekvensar av handlingane dei gjer. For pasienten kan det vere ei positivt læring å hente gjennom å sjå – og identifisere seg med - personalets måte å handtere ulike situasjonar på (Hummelvoll, 2012). Eit eksempel på å forlengje ein slik avstand kan vere å skrive dagbok, skrive dikt eller teikne, kjem tilbake til dette seinare.

Atmosfæren i avdelinga har ein vesentleg terapeutisk faktor, som inneheld kjemien mellom pasient og personalet og av holdningar og eigenskapar hos miljøarbeidaren. Pasientens motivasjon verkar også inn på miljøets kvalitet. Derfor er det viktig å undersøkje kva slags haldning og eigenskapar hos personalet ungdommane set pris på. Eit eksempel på positiv personalforhold er innlevingsevna, openheit, fleksibilitet og gje tryggleik og støtte. Miljøarbeidarane skal vere mest mogleg nøytral og ha ei objektiv handling, der ein skil mellom fag – og privatperson. Privatpersonen skal ikkje komme mykje til syne. Som miljøarbeidar må ein også kunne skilje mellom nærleik og avstand – støtte og utfordringar. (Hummelvoll, 2012). I praksis, sat eg og to andre miljøarbeidarar og snakka med tre andre ungdommar. Ei jente spurte kor ein anna miljøarbeidar budde, og då svarte ikkje personalet. Jenta spurte igjen, med litt irritert stemme. Då svarte miljøarbeidaren igjen ”du veit at vi ikkje har lov til å snakke om privatlivet til dei andre som jobbar her”. Jenta slo seg til ro med at ho ikkje fekk vite det, sjølv om ho vart irritert. Dette kan føre til meistring hos jenta, fordi ho først vart irritert fordi ho ikkje fekk svar på spørsmålet, så fekk ho eit svar med ikkje det ho ville ha.

Det er ein føresetnad at ungdommen er trygg på at miljøarbeidaren vil ho vel for å kunne hjelpe. Dette kan kome fram ved at ungdommen viser personleg omsorg og ved at man aktivt søker å finne ungdommen der vedkommande er – nemleg igjennom empatisk forståing. Det er eit menneskeleg samkvem at det er lettare å opne seg når man møter openheit. Det kan verke løftande, gje mot og fremje meistring hos ungdommar dersom ein opplever at miljøarbeidaren har tru på at det er mogleg å overkomme vanskane. Dersom ein møter ungdom med vilje og evne til å tenkje nytt og fritt – og med fagkunnskap – kan dette føre til nye problemløysingar og ein anna forståing av vanskane (Hummelvoll, 2012).

Her kjem ein oversikt over tiltak som kan førebyggje sjølvskading og fremje meistring:

Nye ferdigheitar

Ungdom som skadar seg sjølv, treng hjelp til å lære seg meir konstruktive ferdigheitar i å regulere følelsar og gjere det mogleg å halde ut vanskelege følelsar til dei gradevig går over, f.eks høyre på musikk, ringe til nokon, lukte på ein god parfyme eller ta eit bad (Mehulm og Holseth, 2009).

Hjelp til sjølvhjelp

I størst mogleg grad bør behandlaren hjelpe ungdommen i å løyse sine problem sjølv ved hjelp av ferdigheitar dei lære igjennom behandla. Det gjer ein langt betre moglegheit for læring og vekst som vil vedvare også etter at behandlinga er avslutta (Mehulm og Holseth, 2009).

Sikkerheitsplan

Heilt ifrå starten av behandlinga, bør behandlaren saman med ungdommen og eventuelt foreldre utarbeide ein plan for kva pasient og pårørande kan gjere dersom sjølvskadinga skulle auke/ begynne igjen. Ein slik plan bør innehalde tiltak som ungdommen og pårørande kan iverksette når faresignal eller risikofaktorar oppstå, kven ungdommen kontaktar ved behov for

profesjonell bestand og det bør iverksettast tiltak for å fjerne midlar som lett kan brukast til sjølvskading (Mehulm og Holseth, 2009).

Dagbok

Det er mange fordelar ved å skrive ein dagbok, f.eks at ein slepp å hugse på vanskelege følelsar til ein skal til terapeuten igjen og at ein kan fange følelsen der og då og sette ord eller farge på den. Ei slik dagbok kan også gje terapeuten ein peikepinne på tema eller emne som er vanskelege å snakke om og som ofte ikkje kjem fram i ein ordinær samtale, og å kartlegge kontrollen av sjølvskadinga. Då ser ein etter ein detaljert oversikt over førekomsten av sjølvskading, etter mønster og samanhengar og også få ein oversikt over situasjonen der pasienten har unngått å skade seg sjølv. Ungdom som skadar seg sjølv, har ofte eit kaotisk liv og er svært impulsstyrte. Det kan ofte vere vanskeleg å vurdere om dei har aukande eller minkande kontroll over sjølvskading (Øverland, 2008). Eg har god erfaring ved bruk av dagbok. Det var fleire ungdommar som brukte denne teknikken og eg fekk tilbakemelding av ungdommane på at dei syns det var godt å få tankane og følelsane ut.

5.0 Oppgåvas veikskap og styrke

Eg skulle ønske at eg fant fleire artiklar som omhandla jenter som skada seg sjølv. Mange av artiklane eg fant omhandla sjølvskading generelt og fleire hadde også med tilleggsdiagnosar, for eksempel ADHD. Eg skulle også ynskje at det var meir om behandling til sjølvskading og korleis ein som sjukepleiar skulle handtere den situasjonen. Eg saknar også meir litteratur ifrå bøkene om sjølvskading og ungdom. Sidan vi no veit at dette er eit aukande problem hadde eg trudd at det skulle vere meir i pensum om dette.

6.0 Konklusjon

Det finst fleire svar på denne problemstillinga og ingen svar er betre enn andre. Det er forskjellige tiltak som ein kan setje i verk for fremje meistring hos ungdom som skadar seg sjølv og nokon av desse har eg skissert i avsnittet ovanfor. Men viktigast av alt er at ein gjer noko i det heile tatt og at ein viser at ein er trygg og bryr seg. Holdninga til sjukepleiaren er også viktig for vidare arbeid med ungdommen.

Eg vil avslutte oppgåva med å referere ifrå Travelbee (2001) at med ein god utholdenheit har ein evna til å prøve på nytt, om og om igjen for å oppnå det vi håpar på. Ein må også ha mot til å kunne holde ut og ikkje gje opp, sjølv om lidinga er stor. Ein skal ikkje fornekte eller flykte ifrå problema for motet veks fram ved at ein ser problemet i auga og forhold seg aktivt til dei når dei oppstår. På denne måten kan ein gjere sitt beste for å meistre situasjonen.

7.0 Litteraturliste

Dalland, O (2012). ”Kilder og Kildeetikk” (kap. 4, s. 63 – 80) og ”Kva er metode?” (kap. 7, s. 111- 122) I; Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademiske.

Fikke, L, Landrø, N. I og Melinder, A (2009). ”Selvskading hos ungdom”. Enheit for kognitiv utviklingspsykologi (EKUP) For nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern 2009.

(Online) Webadresse:

<http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/NBBF/EKUPSelvskading2009.pdf> 15.02.2013

Hummelvoll, J. K (2012). ”Psykiatriske sykepleie som fagområde” (kap. 1 s. 23 – 50), ”Stykkevis og delt” (kap. 4 s. 111 – 129), ”Samtaler og relasjon” (kap. 16 s. 419 – 441) og ”Et miljø for vekt og utvikling” (kap. 18 s. 465 – 496) I; Hummelvoll, J. K. *Helt- ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, M og Ekern, K. S (2011). ”Familiens plass i sykepleien” (kap. 2 s. 45 – 61) og ”Samarbeid med familien i psykiatrien” (kap. 5 s. 108 – 130) I; Kirkevold, M og Ekern, K. S (Red.). *Familie i sykepleiefaget*. Gyldendal Akademiske.

Kristoffersen, N (2008). ”Relasjonen mellom sykepleier og pasient” (Kap. 5, s. 137- 183), ”Stress, mestring og endring av livsstil” (Kap. 21, s. 206- 270) og ”Teoretiske perspektiv på sjukepleie” (Kap. 23,s. 26-32) I; Kristoffersen, Nina Jahren, Nordtvedt, Finn og Eli-Anne Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie-* Bind 1, 3 og 4. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus, R (2006). ”Mestring” (Kap. 5, s. 128- 157) og ”Stress, følelser og mestring hos særlige grupper” (Kap. 7, s. 203- 232) I; Lazarus, R. *Stress og følelser*. Akaemisk forlag.

Mehlum, L. og Holseth, K. (2009) ”Selvskading- hva gjør vi?” *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 129: 759- 62. (Online) Webadresse: <http://tidsskriftet.no/article/1823950>
18.03.2013.

Renolen, Å (2010). ”Helse, stress og mestring” (kap. 6. s 129 – 160) og ”Kriser og krisehåndtering” (kap. 7 s. 163 – 192) I; Renolen, Å. *Forståelse av mennesker*. Fagbokforlaget.

Røkenes, O. H og Hanssen, P. H (2012). ”Relasjonskompetanse og kommunikasjon” (kap. 1, s. 9 – 39), ”Bakgrunn og væremåte” (kap. 4 s. 101 – 141), ”For- forståelse, menneskesyn og kommunikasjon” (kap. 5 s. 153 – 159), ”Å forstå den andre” (kap. 6 s. 177 – 197) og ”Kommunikasjonsprosessen” (kap. 7 s. 211 – 221). I; Røkenes, O. H og Hanssen, P. H. *Bære eller bryte*. Fagbokforlaget.

Sommerfeldt, B. og Skårderud, F. (2009) ”Hva er selvskading?” *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 129: 754- 8. (Online) Webadresse: <http://tidsskriftet.no/article/1823575>
18.03.2013.

Shek, D. (2012). ” Self-Harm and Suicidal Behaviors in Hong Kong Adolescents: Prevalence and Psychosocial Correlates” Pubmed (Online) Webadresse: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pmc/articles/PMC3322490/>
(20.02.2013).

Statistisk sentralbyrå (2011) Dødsårsak i 2011. (Online) Webadresse: <http://www.ssb.no/dodsarsak/> 01.03.2013).

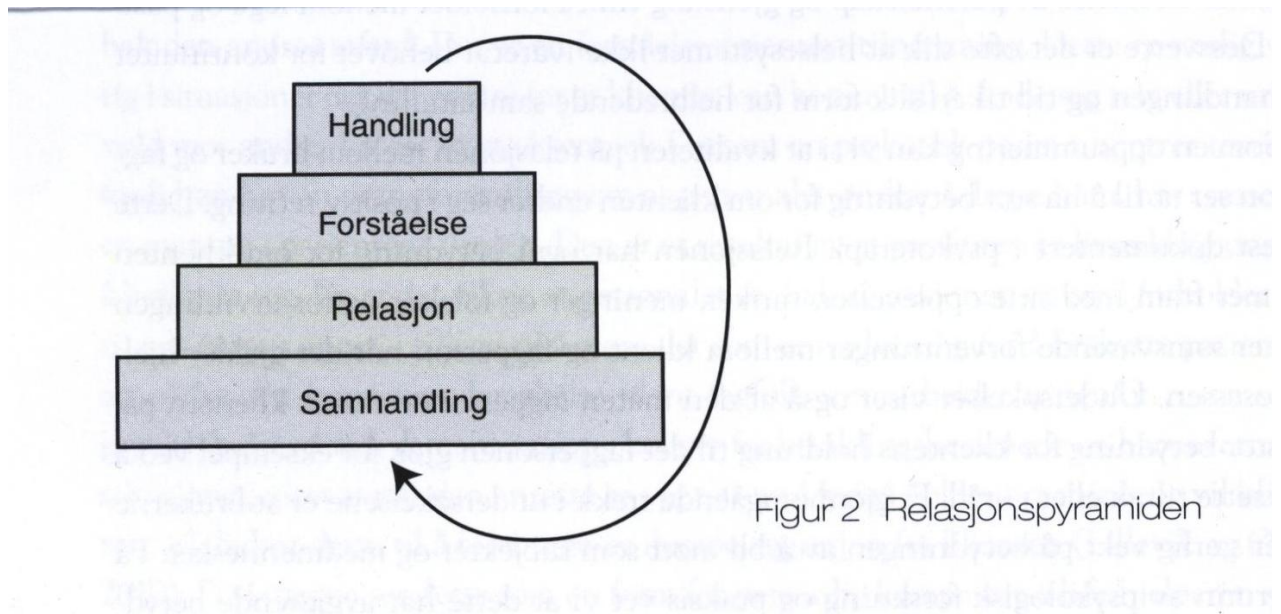
Travelbee, J (2001). "Hva er sykepleie?" (kap. 1, s. 27 – 59) og "Menneske- til- menneske- forholdet" (kap. 10, s. 169- 217) I; Travelbee, J. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldedal Akademisk.

Øverland, S (2008) "Definisjon og klassifikasjon" (Kap. 1, s. 13- 44), "Klinisk beskrivelse av selvskading" (Kap. 3, s. 61- 78), "Generelle forhold" (Kap. 5, s. 125- 140), "Teknikker til hjelp i behandling av selvskading" (Kap. 6, s. 141- 186) og "Behandling i institusjon" (Kap. 202- 211) I; Øverland, S. *Selvskading*. Fagbokforlaget.

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiere. ICNs etiske regler, 2011. (Online) Webadresse: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf 01.02.2013.

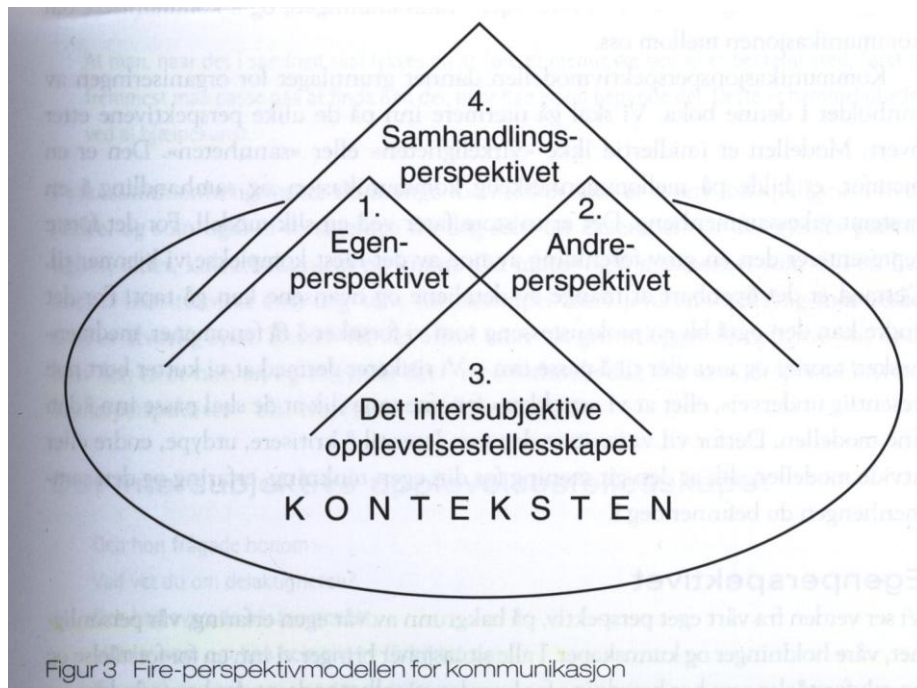
Ystgaard. M., Reinholdt. N. P. og Mehlum. L (2001) "Mestring, hjelp og støtte". Delrapport frå forskingsprosjektet Child and adolescent self- harm i Eurpoe (CASE). Universitetet i Oslo, seksjon for sjølvvmordsforskning og- førebygging. (Online) Pubmed. Webadresse: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/forskning/nssf-prosjekter/CASE-rapp.Oppland.pdf> 25.03.2013.

Vedlegg 1



Figur 2 Relasjonspyramiden

Vedlegg 2



Figur 3 Fire-perspektivmodellen for kommunikasjon