



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 21

Antall ord: 7688

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt. Selvskading er et økende problem blant ungdom, og det er mer vanlig at ungdom på institusjon trenger nye mestringsstrategier for å forandre den selvskadede adferden. Hensikten med denne studien er å besvare hvordan sykepleiere kan bidra til mestring i møte med selvskadet ungdom. Samt å øke kunnskapen og innsikten i fenomenet selvskading hos sykepleiere.

Metode. Studien er inspirert av systematisk litteraturstudie i tråd med nasjonale retningslinjer for oppgaveskriving. Basert på kvalitative og kvantitative forskningsartikler funnet på internasjonale databaser som SveMed+ og PsycINFO. Samt faglitteratur om grunnleggende teorier og begreper fra utvalgte bøker.

Resultater. Selvskading er utbredt og et økende problem, og psykiatrisk helsepersonell bør raskest mulig med faglig kompetanse konkret ta tak i slike problem. Målinnrettet og systematisk veiledning over tid i forbindelse med struktur og en trygg hverdag gir progresjon i holdningsendringer. Ustabile oppvekstmiljøer og rolleforvirring er vanlige årsaker til utvikling av selvskadende adferd, og aktiv arbeid med selvinnsett og kontroll av egne følelser er nøkkelbegrep i behandlingsopplegget.

Oppsummering. Sykepleier må bruke seg selv i å danne en egnet relasjon som bidrar til at ungdommen opplever ansvarsfølelser, kontroll og mestring for dermed å skape adferdsendringer. Slik behandling tar tid, men med den rette behandlingen av alternative mestringsstrategier kan selvskadende adferd overvinnes.

Abstract

Background and purpose. Self-injury among adolescents is a growing problem, and it is more common that adolescents in institutions need new coping strategies for modifying their self-injuring behavior. The purpose of this study is to answer how nurses in direct contact with self-injured adolescents can contribute to coping to give them a sense of coherence. Another purpose is to increase knowledge and understanding among nurses about the concept of self-injuring behavior.

Method. This study is inspired by a systematic review and is written in line with national guidelines for writing assignments. The study is based on qualitative and quantitative research articles found in international databases SveMed+ and PsycINFO. Facts about basic theories and definitions are found in selective relevant academic books.

Results. Self-injury is widespread and a growing problem and mental health professionals should be as fast as possible with professional expertise to concrete grasp these kinds of problems. Target in focus and systematic supervision over time connected with structure and safeness in the everyday life shows positive progression in attitude change. Unstable childhood environments and role confusion are common causes of development in self-injuring behavior. To active work with self-knowledge and control of own emotions are the key concept in therapy.

Summary. Nurses have to use their selves in a therapeutic way in forming an appropriate relationship that gives the adolescent opportunity to experience emotions responsibility, control and sense of coherence in the purpose of creating behavioral change. Such treatment takes time, but with the proper consideration of therapy and alternative coping strategies self-injuring behavior can be defeated.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1.0 Tema og problemstilling.....	4
1.1.1 Bakgrunn for tema.....	4
1.1.2 Problemstilling og begrunnelse for valg.....	4
1.1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling.....	5
1.2 Hensikten med undersøkelsen.....	6
1.3 Oppgavens disposisjon.....	6
2.0 Begrepsmessige rammeverk.....	8
2.1 Selvskading.....	8
2.2 Mestring.....	9
2.3 Kommunikasjon.....	10
2.4 Sykepleieperspektiv.....	11
2.5 Miljøterapi.....	13
2.6 Den psykososiale utviklingen.....	14
3.0 Metode.....	16
3.1 Hva er metode?.....	16
3.2 Litteraturstudie som metode.....	16
3.3.0 Min valgte litteratur.....	17
3.3.1 Litteratursøk og valg av litteratur.....	17
3.3.2 Artikler.....	18
3.3.3 Bøker.....	18
3.4 Kildekritikk samt metodens svake og sterke sider.....	18
4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til mestring i møte med selvskadet ungdom?.....	20
4.1 Når er det selvskading og hvordan skal den møtes?.....	20
4.2 Hvordan å kommunisere for å danne en egnet relasjon?.....	21
4.3 Hva bør miljøterapien inneholde og hvordan bidra til mestring?.....	23
5.0 Sluttord.....	26
6.0 Referanseliste.....	27
7.0 Vedlegg 1.....	30

1.0 Innledning

1.1.0 Tema og problemstilling.

1.1.1 Bakgrunn for tema

Temaet er selvskadet ungdom, og hvordan sykepleiere kan hjelpe disse ungdommene med å mestre situasjonen sin på en bedre måte. Ystgaard, Reinholdt, Husby og Mehlum (2003) skriver at selvskadende atferd hos unge er et voksende problem, i hele Europa. Videre skriver de at kliniske studier viser at unge som skader seg selv flere ganger og ikke får egnet hjelp har en økt risiko for senere selvmord.

Sommerfeldt og Skårderud (2009) skriver at barndomserfaringer innen familiekonteksten er av betydning i forhold til utvikling av en selvskadende atferd. Videre skriver de at foreliggende årsaker til selvskadning kan være fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon og/eller den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene.

Stain (2008) skriver at behandling av ungdom på institusjon på grunn av selvskadende atferd øker, og at selvmord er et økende problem. Stain forklarer at i de fleste aldersgrupper minsker selvmordsraten unntatt hos de unge, og spesielt hos unge kvinner. Så nær som nesten tre ganger flere jenter enn gutter behandles på sykehus fordi de har forsøkt å ta selvmord, men nesten tre ganger flere gutter dør av fullbyrdet selvmord enn jenter. Det vanskelige med disse tallene er at statistikken forteller oss ikke hvilke hensikter ungdommene hadde før de utførte handlingen som gav statistikken, for eksempel; kanskje selvmordet var selvskadning med uheldig utfall eller var kanskje selvskadningen et mislykket forsøk på selvmord?

World Health Organisation/WHO informerer om at mentale problem er den største grunnen til selvmord i Europa og at selvmordsraten som tradisjonelt har vært høyst hos eldre menn, nå i flere land har skiftet til å være høyst blant unge. Videre nevner WHO at mentale problem er et tabu belagt tema, og at det er en medvirkende faktor til at det er vanskelig å ta tak i å redusere disse problemene.

1.1.2 Problemstilling og begrunnelse for valg

Problemstillingen min lyder slik:

Hvordan kan sykepleier bidra til mestring i møte med selvskadet ungdom?

Jeg har vært borti denne pasientgruppen i praksis to ganger av to mulige, hvilket var en medvirkende faktor til at jeg valgte dette emnet.

Det var i forbindelse med min psykiatriske praksis periode jeg for første gang hadde muligheten å møte denne pasientgruppen. Jeg hadde på det tidspunktet ikke noen kunnskap om emnet og heller ikke noen tidligere erfaringer relatert til selvskading. Jeg ble nysgjerrig og ville vite mer. Jeg oppdaget ganske raskt at til tross for at jeg var på en psykiatrisk avdeling for ungdom var kunnskapsnivået hos personalet relativt lavere enn jeg hadde antatt og håpet på. Pasientgruppen som følge av dette skapte en viss irritasjon og uheldige holdninger hos de ansatte. Jeg anser og synes ikke at slike holdninger er gunstige og positive for verken personalet eller pasientene, og fikk dermed et ønske og en vilje om å bidra til en mulighet for forandring.

Den andre praksisplassen hvor jeg møtte denne pasientgruppen var på akuttmottaket. Møtet var da litt annerledes siden fokuset på et akuttmottak er å behandle raskest mulig for å få pasienten videre og vekk fra avdelingen. Til tross for den korte tiden pasienten var innom merket jeg at ikke all kunnskap om fenomenet selvskading var på plass blant personalet.

Jeg valgte å rette problemstillingen min mot den første praksisen jeg var på, fordi der har sykepleieren mer tid med pasienten og har dermed størst mulighet for å kunne påvirke.

Målet med sykepleien i denne problemstillingen er at jeg vil skape en relasjon mellom sykepleier og ungdom som bidrar til at disse ungdommene opplever mestring. En mestring som er med på å styrke deres egne muligheter for selvhjelp og dermed redusere selvskadingen.

1.1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Selvskading er et vidt begrep med mange definisjoner, men i oppgaven kommer jeg at forholde meg til de ungdommene som med vilje skader sin kropp. De ungdommene som driver med *direkte selvskading*, som i begrepet *villet egenskade*, eksklusiv de med suicidale intensjoner. Jeg kommer heller ikke til å fokusere på den direkte selvskadingen som har blitt normalisert i samfunnet, uten nærmere bestemt på den selvskadingen som ikke er sosialt akseptert. Det vil si de ungdommene som driver med *overfladisk selvskading*.

Ungdommene jeg skriver om er på psykiatrisk post - UPP. UPP står for Ungdoms Psykiatrisk Post og er en avdeling innenfor Barn og Ungdom Psykiatrien/BUP, hvilket i seg er en del av

den psykiatriske helsehjelpen i Norge. UPP er for ungdommer mellom 12 og 18 år, og velger derfor å forholde meg til denne aldersgruppen. Jeg avgrenser meg ikke i forhold til kjønn.

Med mestring mener jeg å lære ungdommene til å håndtere det psykiske stresset i pressede og vanskelige situasjoner, slik at de står bedre rustet til neste gang de kommer i en lignende situasjon.

1.2 Hensikten med undersøkelsen

Hensikten min med denne undersøkelsen er å belyse tema selvskading bland ungdom. Jeg vil øke kunnskapen blant sykepleiere om hva som kan ligge bak deres adferd, slik at disse ungdommene kan bli møtt på en hensiktsmessig måte i forhold til mestring.

I det lange løpet vil jeg at antallet selvskadet ungdom skal minske. At sykepleiere på institusjon raskt kan bidra til at selvskadet ungdom finner en måte å mestre sin situasjon på, og dermed ikke lenger ha behov for å skade seg.

Hensikten min er også at jeg på en oversiktlig måte vil tydeliggjøre hva teori og forskning vektlegger som hjelpemidler for hvordan sykepleiere kan være i lag med disse ungdommene. På en slik måte som de trenger for at det skal hjelpe dem å mestre.

1.3 Oppgavens disposisjon.

Jeg begynte oppgaven med å begrunne mitt valg for tema samt å fortelle om hvorfor jeg valgte dette temaet, etter det presenterte jeg problemstillingen min. Jeg forklarte hvorfor den er relevant og interessant, samt at jeg avgrenset og presiserte meg i forhold til forståelsen av problemstillingen.

Deretter presenterer jeg forskjellig teori som kan være til nytte å ha i bakhodet når en skal lese drøftingen og tankene mine i forhold til å besvare problemstillingen. Jeg definerer selvskading og mestring, samt forklarer hvorfor og hvilken kommunikasjon som er nyttig i forhold til disse ungdommene. Etterfulgt av relevant sykepleieperspektiv i forhold til den tilnærmingen og de holdningene som trengs i disse situasjonene. Jeg skriver videre om miljøterapi og om selve begrepet. Til sist i det andre kapitlet presenterer jeg en oversiktlig redegjørelse for de ulike stadiene i den psykososiale utviklingen.

Videre kommer et metodekapitel som inneholder beskrivelser av metode og litteraturstudie. Dette kapitlet forteller også om hvordan jeg har gjort de funnene jeg har samt hvor jeg fant

litteraturen og forskningen min, med søkeord og databaser. Jeg har også forklart om metodens svake og sterke sider samt kildekritikk, etiske aspekter og hvordan jeg selekterte litteraturen min. Videre kommer en presentasjon av de mest relevante bøkene, samt et skjema over mine valgte artikler, presentert i et vedlegg.

Deretter kommer drøftingen min, med tanker og diskusjoner parallelt til litteraturen, forskningen og personlige erfaringer. Etterfulgt av et sluttord som sammenfatter de tanker og spørsmål jeg har dannet meg samt besvarer problemstillingen. Avslutningsvis kommer referanselisten.

2.0 Begrepsmessige rammeverk

2.1 Selvskading

Hva som menes med selvskading og forårsakende faktorer er grunnleggende for sykepleien å ha kunnskaper om i forhold til å bidra til mestring i møte med selvskadet ungdom. Det finnes mange definisjoner på selvskading men ingen eksakt diagnose, det finnes heller ikke en enkel forklaring på hva det er og hva det kommer fra.

Per Straarup Søndergaard (2007) intervjuer psykologstudenten Lotte Rubæk i sin bok *Når livet gjør ondt* og hennes definisjon av selvskade lyder slik (s. 26):

Selvskade er en kompleks adferd, hvor folk bevidst forandrer eller ødelegger deres kroppsvæv uten suicidal intention. Selvskadde er en direkte og sosialt uacceptabel adferd, der kan forekomme som en enkeltstående hendelse eller som flere episoder, og som kan resultere i varierende grader av vævsbeskadigelse, sykdom og endda død. Under en episode af selvskade er individet i en psykologisk forstyrret tilstand og har det bevidste eller ubevidste formål at opnå psykisk forandring.

Personer som selvskader seg forsøker altså ikke å ta livet av seg, av en eller annen grunn har de behov av fysisk smerte. Møhl (2007) forklarer at selvskadingen i stort sett er det motsatte til et suicidal forsøk, at det er en mestringsstrategi for å overleve. Mehlum og Holseth (2009) skriver at det er vanskelig å skille mellom selvskading og suicidal adferd og at begrepet *villet egenskade* har de seneste årene blitt brukt. Villet egenskade har i det internasjonale sykdomsklassifasjonssystemet ICD-10 koden X60-X84 og er en fellesbetegnelse på alle handlinger en person med vilje utfører for å skade seg selv, med eller uten suicidal intensjon.

Ystgaard, Reinholdt, Husby og Mehlum (2003) skriver også i deres artikkel at begrepet villet egenskade er et vidt begrep, og deres definisjon er slik (s. 2242):

En handling som ikke endte opp med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende: Initierte atferd (for eksempel kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv. Tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose. Tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv. Svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.

Sommerfeldt og Skårderud (2009) har de samme kriteriene for definisjonen i sin artikkel. De deler også inn selvskading i to ulike kategorier, *direkte selvskading* og *ikke-direkte*

selvskading. Den *ikke-direkte* selvskadingen er et vidt spekter av handlinger som er destruktive for liv og helse, som eksempel røyking, usunn mat og alkohol. Den *direkte selvskadingen* omhandler at en aktivt påfører sin egen kropp sår, smerte og skader. De belyser også at en del selvskading har blitt akseptert i samfunnet og er normalisert, som tatoveringer, piercing samt seksuelt motivert selvskading som sadomasochistiske relasjoner.

Som nevnt tidligere er definisjonene flere, men de omhandler omtrent det samme.

Søndergaard (2007) deler selvskading inn i tre ulike former, *alvorlig selvskade*, *stereotyp selvskade* og *overfladisk selvskading*. *Alvorlig selvskade* ses primært hos psykiatriske pasienter, personer med schizofreni eller mani som kan finne på å amputere lemmer, kastre seg selv eller sette ild på seg selv. Akutte rustilstander forårsaket av stoffer kan eksempel gi forestillinger som kan lede til denne type selvskading. *Stereotyp selvskade* er knyttet til psykisk sykdom og utviklingsforstyrrelser som autisme og mental retardering, eksempel på denne type selvskading kan være headbanging (når en person gjentatte ganger dunker hodet i veggen) eller at de biter seg i fingrer eller armer. Den *overfladiske selvskadingen* er den som er vanligst, skadene kan være cutting (når en skjærer i seg selv med et skarpt instrument) eller når en brenner seg eller skrapet seg til blods.

2.2 Mestring

Som sykepleier i møte med selvskadet ungdom med hensikt om å bidra til mestring må hun forstå hva mestring er. Hva som kjennertegner at en pasient trenger en mestringsstrategi samt hvordan hun kan bidra til mestring.

Eide og Eide (2008) refererer videre til Lazarus og Folkman (1984) samt Hymovich og Hagopain (1992) når de skriver at det ikke finnes noen enhetlig definisjon av mestringsbegrepet. Videre skriver Eide og Eide at mestring består av uoversiktlige og komplekse prosesser, men at mestring ”oppfattes som summen av intrapsyke og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere de ytre eller indre belastninger en er utsatt for” (2008, s. 166). Hymovich og Hagopain (1992) forklarer at disse prosessene som mestring omhandler både er kognitive, adferdsmessige og affektive (Eide og Eide 2008).

Kristoffersen (2006a) mener at behovet for mestring oppstår blant annet av psykologisk stress. Hvilket betyr at pasientens egne tanker om den aktuelle situasjonen utgjør grunnlaget for hans/hennes opplevelse av stress og behov for mestring. Lazarus og Folkman (1984) definerer psykologisk stress som ”et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra

personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare” (Kristoffersen, 2006a, s. 212). Det vil si at psykologisk stress er høyst individuelt, og at et slikt stress ofte kommer når de grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt.

Hummelvoll (2006) skriver at mennesket viser utpreget evne til å tåle stress i perioder, og at denne elastisiteten antakelig er til for å kunne bevare helsen. Videre klargjør Hummelvoll at hvis en makter å komme seg igjennom vanskelige og pressede situasjoner en gang så står en bedre rustet til neste gang. Hummelvoll refererer til Taylor (1983) og teorien om *kognitiv adaptasjon*, det vil si de tre ulike prosessene vi mennesker gjennomgår når vi opplever en personlig truende hendelse. Man søker etter *mening* med hendelsen, man forsøker å gjenvinne *mestring* av livssituasjonen, man arbeider for å *ta vare på og øke* selvaktelsen.

Kristoffersen (2006a) skriver at mestring bygger på en kognitiv fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen pasienten befinner seg i. Både Kristoffersen (2006a) og Eide og Eide (2008) refererer videre til Folkman og Lazarus (1991) og forklarer om den fire trinns modellen som omhandler mestring og følelser. At mestring og følelser er tett knyttet sammen og at mestring består av *problemfokusert-* og *følelsfokusert mestring*. ”Problemfokusert mestring tar sikte på endring i det konkrete ytre forhold som forårsaker stress. Følelsfokusert mestring omfatter kognitive mestringsforsøk som også inkluderer forsvar, og tar sikte på å endre oppmerksomheten og opplevelsen av mening” (Eide og Eide, 2008, s. 173).

Eide og Eide (2008) skriver at mestringsstrategier er individuelle og at det ikke finnes noe fasit på god mestring, men at valget av mestringsstrategi er avgjørende for pasienten hvis mestringsfølelser skal oppnås. Den aktuelle situasjonen pasienten er oppe i samt psykiske og fysiske forutsetninger er noen faktorer som er viktige for sykepleien å ta hensyn til i valg av mestringsstrategi. Hummelvoll (2006) forklarer at det er viktig for sykepleieren å få pasienten aktivt å delta i sin egen prosess, slik at de kan oppleve at de selv tar kontroll og skaper mestringsstrategier.

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjonen er av stor verdi for å bidra til mestring. Kommunikasjon er grunnlaget i all relasjon, og det er av stor betydning at det er en god kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og den selvskadde ungdommen.

Eide og Eide (2008) definerer kommunikasjon som ”utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter” (s. 17). Videre forklarer Eide og Eide at disse tegnene og signalene som utveksles, både de verbale og nonverbale, må fortolkes. At det alltid skjer fortolkning, men at tolkningen er individuell og kan være svært annerledes fra person til person.

Profesjonell kommunikasjon er et begrep som gjerne brukes i forbindelse med et yrke, og er ikke helt den samme som når vi kommuniserer som privatpersoner i dagliglivet. Eide og Eide (2008) forklarer at med profesjonell kommunikasjon menes den kommunikasjonen som hører til yrkesrollen, samt de forventningene som stilles til den rollen. Med bruk av faglig kompetanse skal en sykepleiere i rollen som hjelpere utfylle en hjelpende funksjon, hvilket inkluderer kommunikasjonen.

Eide og Eide (2008) skriver at profesjonell hjelpende kommunikasjon i helsefaglig foremål skal være basert på yrkes verdigrunnlag. Eide og Eide refererer til ICN (2006) og skriver at helsepersonells formål er ”å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse” (2008, s. 18).

Som sykepleier har en mange grunnleggende begrep å ivareta i møte med sine pasienter, som for eksempel omsorg og respekt. Eide og Eide (2008) forteller at begrepene *empowerment* og *aktiv lytting* er sentrale i forbindelse med å utøve profesjonell hjelpende kommunikasjon. Empowerment omhandler det å bevare pasientens autonomi, å la pasienten beholde innflytelsen på egen situasjon og behandling slik at de opplever selv å ha kontrollen. Et brukbart redskap for sykepleie er da aktiv lytting, hvilket anses som en grunnleggende ferdighet i profesjonell hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide, 2008).

For å forstå hjelpende kommunikasjon har Eide og Eide (2008) tre grunnbegreper som var for seg representerer tre ulike verdier: *omsorgsprofesjonalitet* med fagkunnskap, målorientering og empati, *omsorgsrasjonalitet* med fornuft, etikk og følelser og *omsorgstemporalitet* med tilknytning, håp og fortellinger. Til sammen er disse ni verdier fundamentet i god hjelpende kommunikasjon for sykepleiere.

2.4 Sykepleieperspektiv

Det finnes forskjellige perspektiv og teorier sykepleien kan forholde seg til i møte med pasienten. Kristoffersen (2006b) forklarer at ” teoriene legger hovedvekt på forskjellige sider ved sykepleiens ansvar og oppgaver, og beskriver hva sykepleien bør rette oppmerksomheten mot i møte med det syke mennesket, og hvilke metoder som kan brukes for å hjelpe” (s.13).

Uansett hvilket perspektiv du har som sykepleier skal du forholde deg til det generelle grunnlaget for sykepleie. Norske sykepleie forbundet/NSF (2007) skriver at ”grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respektere menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”.

Hvilket perspektiv og teori passer så til min problemstilling, og den metoden på behandling som trengs? Overgaard (2003) skriver at sykepleien trenger å se pasienten som et menneske med åndelig omsorg og ikke kun som et naturvitenskaplig- eller økonomisk- tilfelle. Videre presenterer Overgaard Martinsen, Eriksson og Travelbee som sykepleieteoretiker med de filosofiske holdningene som ivaretar og ser individet i pasienten. Travelbee sitt teoretiske perspektiv tiltaler meg, ser dermed nærmere på hennes filosofiske tilnærming.

Joyce Travelbee utøvde sin sykepleie gjennom å bruke seg selv terapeutisk i et *menneske-til-menneske* forhold med fornuft og intelligens. Travelbee sin definisjon på sykepleie er slik ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1971/1999, s. 29).

Kristoffersen (2006b) skriver at Travelbee møter pasienten i en situasjon der han/hun opplever et problem eller en krise. At pasienten er preget av lidelse og/eller opplever mangel på mening, i variert grad fra forbigående ubehag til total likegyldighet. Videre skriver Kristoffersen at målet og hensikten derfra er å hjelpe mennesket til å mestre å se mening i lidelse med hjelp av håp og aksept av sårbarhet.

Kommunikasjon er det viktigste og største redskapet i å skape et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen, 2006b). Relasjonen mellom sykepleie og pasient skal oppleves som en relasjon mellom to individer, ”det er først når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske at reell kontakt oppstår” (Travelbee, 1971/1999, s. 171). Travelbee forklarer at interaksjonen for å etablere en relasjon skjer i fire ulike faser, med individuelt tempo, progresjoner og reverser. For så å oppnå målet med gjensidig forståelse og kontakt.

Fasene deles in i: *det innledende møte*, hvor det er av stor betydning at sykepleien ser pasienten for å danne et bra første inntrykk og et godt utgangspunkt. Neste fase er *framvekst av identiteter* hvor de stereotype rolleoppfattningene blir svakere og kontakt etableres, som

overgår i *empatifasen* hvor sykepleien intellektuelt forstår tilstanden til pasienten. *Sympati* og *medfølelse* kommer som et resultat av empati, og er et ønske om å hjelpe pasienten (Travelbee, 1971/1999).

2.5 Miljøterapi

”Kort sagt dreier seg miljøterapi om å hjelpe pasienten til å planlegge å strukturere sin hverdag på en måte som gjør ham eller henne bedre i stand til å mestre sin livssituasjon” (Snoek og Engedal, 2008, s. 53). Miljøterapi og miljøterapeut er sykepleierens terapiform og rolle på avdelingen i møte med selvskadet ungdom i min problemstilling.

Både Snoek og Engedal (2008) og Hummelvoll (2006) bruker psykologen Vedeler (1974) sin definisjon av miljøterapi. Som lyder slik: ”En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i en institusjon” (Hummelvoll, 2006, s. 430). Snoek og Engedal (2008) utfyller definisjonen ved å legge til at miljøterapi handler om; grensesetting, gi mestrings opplevelser, konfrontasjoner, bidra til struktur og rytme på dagen og/eller å lære å uttrykke egne behov mer direkte.

Terapi omhandler å øke pasientens selvinnsett og mestring, ”psykiske lidelser handler grunnleggende sett om hvordan en persons tanker, følelser og oppfattning av sanseintrykk skaper konflikter for ham selv, men også for omgivelsene”(Snoek og Engedal, 2008, s. 53). Miljøterapi er en behandlingsform som målrettet benytter aktivitet i her-og-nå-situasjoner for å skape ønsket endring, med visjoner om å bidra til adferdsendring og endring av tankemønster på en relasjonsorientert måte (Snoek og Engedal, 2008). Videre forklarer Hummelvoll (2006) og Snoek og Engedal (2008) viktigheten av å sette målene parallelt til pasienten forutsetninger, slik at han/hun kan oppleve mestring.

Den miljøterapeutiske behandlingsplanen er dermed individuell og forskjellig fra pasient til pasient, til trots for at behandlingen ofte er i et gruppemiljø. Hummelvoll (2006) og Snoek og Engedal (2008) forklarer at hver pasient må ha en *primærsykepleier*, det vil si en primærkontakt som har hovedansvaret for miljøterapien. Primærsykepleieren ser til å skape kontinuitet i pleien gjennom strukturert og målorientert miljøterapi, og dermed legge til rette for forutsigbarhet og trygghet til pasienten (Snoek og Engedal, 2008). Hummelvoll (2006) legger til at det er primærsykepleieren/kontakten som står for ansvaret å involvere og informere eventuelle aktuelle pårørende.

Som miljøterapeut må en være åpen og aktiv (Snoek og Engedal, 2008). Hummelvoll (2006) konstaterer at miljøterapeuten fungerer som en rollemodell, og at de dermed må være kompetente og mestre profesjonell selvtillit. Hummelvoll forklarer at brukermedvirkning er et sentralt begrep for miljøterapeuten, hvilket innebær at pasienten i den grad det er mulig selv er med å planlegge behandlingsopplegget sitt, med ønskbare mål. Også at det er viktig å klargjøre for pasienten hvilke forventninger avdelingen har til pasienten.

2.6 Den psykososiale utviklingen

Det kreves generelle kunnskaper om menneskets utviklingspsykologi for å forstå de ulike fasene mennesket passerer i livet. Guldbrandsen (2006) skriver at forståelse av utviklingspsykologi er den viktigste byggesteinen i å forberede fagpersonell for å samarbeide med barn og unge. Etter å ha lest innledningen til Jerlang (2008) sin bok *Utviklingspsykologiske teorier* innser jeg at det finnes mange teoretikere med forskjellige teorier om forståelse av mennesket.

Nielsen og Binder (2006) kommenterer at Erik Homburger Erikson er den teoretiker som hatt mest innflytelse på generell basis om psykoanalytisk forståelse av personligheten og dens utvikling. Erikson utviklingspsykologi hviler på noen av Sigmund Freud sine psykososiale teorier (Bunkholdt, 2002). Nielsen og Binder (2006) skriver at Erikson var opptatt av individet som et sosialt vesen. At han la vekt på de mellommenneskelige og sosiale faktorenes betydning for individets psykologiske utvikling, både i normalutviklingen og i den psykopatologiske utviklingen.

Fra fødselen av begynner vår reise i sosialt å tilpasse oss til samfunnet, foreldrene eller den/de viktigste omsorgspersonene er da hovedsponsorer til det grunnlaget som dannes (Erikson, 1963/2000). Erikson forklarer videre at spedbarnet skal oppleve at dennes behov blir møtt og dermed skapes den generelle grunnleggende tilliten. Denne tilliten er avgjørende for barnets normale psykososiale utvikling og følger oss gjennom livet og de åtte aldrer mennesket gjennomgår, tilliten ruster oss for å mestre neste fase i livet. Når barnet kommer til ungdomsårene skal egen identitet ha skapets slik at ungdommen kan rive seg løs fra omsorgspersonene og finne sin egne rolle i samfunnet (Erikson, 1963/2000).

Å «finne seg selv» og sin rolle kan være vanskelig til tross for normal psykososial utvikling (Erikson, 1963/2000). Erikson forteller at ungdommen kan oppleve dette vanskeligere og med mangel av «nytteverdi» og forvirring hvis tidligere faser i livet ikke blitt tilstrekkelig ivarettat,

og uheldige mestringsstrategier kan da forekomme. Bunkholdt (2002) skriver at dagens samfunn er oppbygget slik at det er vanskeligere for ungdommen å finne sin rolle. Videre skriver Bunkholdt at mangel på grunnleggende tillit og identitetsproblem med forvirringer kan forandres på, det kreves tid og forståelse fra pleiere men positive resultat kan oppnås.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Dalland (2007) skriver at metode er vårt redskap i forbindelse ved å finne resultat av noe vi undersøker, at metoden hjelper oss å samle in data. Olsson og Sörensen (2003) forklarer at metode er systematisk å samle in data blant annet ved hjelp av fortellinger, intervjuer, observasjoner, spørreundersøkelser, videoopptak og dagboknotater. Tranøy sin definisjon på metode er ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Dalland, 2003, s. 81)

Valget av metode grunner seg blant annet i hva forskeren ønsker å undersøke. Ved valg av metode bør forskeren ta stilling til hvilken filosofisk tilnærming studien har, hvilket paradigme som brukes for å se virkeligheten på (Forsberg og Wengström, 2008). Videre forklarer Forsberg og Wengström at det finnes to ulike paradigmer; positivisme og hermeneutikk. Positivismen brukes ofte innen naturvitenskap og har fokus på virkeligheten, på å påvise objektiv fakta som «det er» istedenfor «det bør være». Hermeneutikk er en tolkningslære med røtter fra bibeltolkning. Som i seg omhandler forskerens forsøk på å tolke tekster, symboler og handlinger for å finne et svar, gjerne gjennom at forskeren prøver å se situasjonen fra den undersøkte/respondentens perspektiv (Forsberg og Wengström, 2008).

Forskeren må velge mellom kvalitativ eller kvantitativ tilnæringsmåte på forskningen sin (Olsson og Sörensen, 2003). Den kvalitative forskningen går i dybden og forskeren har som regel få respondenter for siden å tolke deres perspektiv, gjerne med funn som sitat og personlige kommentarer. Den kvantitative forskningen går i bredden, oftest med mange respondenter for å finne ut generelle trekk og statistikk, funnene blir ofte presentert med tall (Olsson og Sörensen, 2003).

3.2 Litteraturstudie som metode

En forfatter må ha systematisk søkt, kritisk gransket og sammenfattet litteratur innen et valgt emne eller til en spesifikk problemstilling for at det skal identifiseres som en litteraturstudie (Forsberg og Wengström, 2008). Videre skriver Forsberg og Wengström at en systematisk litteraturstudie bygger på tidligere empiriske studier, det vil si at en ikke bruker egne intervjuer eller undersøkelser. Det finnes ikke noen regel på hvor mange eller få studier en

skal/kan bruke i en slik studie, men de skal være aktuelle og relevante. Forfatteren kan benytte seg av både kvalitative og kvantitative forskningsstudier.

3.3.0 Min valgte litteratur

3.3.1 Litteratursøk og valg av litteratur

Oppgaven min er inspirert av en systematisk litteraturstudie, og jeg arbeider meg systematisk igjennom de stegene Forsberg og Wengström (2008) har som kriterier. Når jeg begynte prosessen valgte jeg søkeord som selvskading, ungdom, mestring, miljøterapi og behandling. Etter hvert oppdaget jeg at ordet selvskading ikke gav mange treff, jeg trengte dermed ikke å kombinere søkeordet. Jeg ville også søke på internasjonal database og oversatte dermed mine søkeord til engelsk; self harm/injurious, adolescent, sense of coherence, milieu therapy og treatment/therapy. Heller ikke på den nasjonale databasen trengte jeg å bruke alle søkeord. De databasene jeg benyttet meg av for å finne artikler var SveMed+ og PsycINFO. På den nordiske databasen var treffene ikke så mange og det var lett for meg å sortere ut relevante artikler, men på den nasjonale databasen var det mange treff og jeg måtte kombinere søk for å få mindre mer spesifikke treff.

Database:	Søkerord:	Antall treff:
SveMed+	selvskading	15
PsycINFO	Self inflicted wounds	23910
PsycINFO	Self inflicted wounds and adolescent psychotherapy	4

For å finne relevante bøker søkte jeg på høgskolens bibliotek Bibsys med de samme søkeordene. Jeg har også tatt i bruk pensum, både artikler og bøker. Jeg valgte ikke å benytte artikler eller bøker eldre en ti år, samt å være skeptisk til forskning eldre enn 2005, men underveis oppdaget jeg at noe var relevant til tross for alderen. Jeg var bestemt på å bruke både nordisk og engelsk litteratur.

Ellers i oppgaven har jeg brukt biblioteket sine retningslinjer i forhold til kildebruk og litteraturlister på høgskolen sin hjemmeside, og andre retningslinjer i forhold til oppgaveskriving fra Dalland (2003).

3.3.2 Artikler

Jeg har funnet mange artikler med relevant stoff, både kvalitative, kvantitative og oversikt artikler. Jeg har anvendt Forsberg og Wengström (2008) sin sjekklister for å sortere mine kvalitative og kvantitative forskningsartikler, samt brukt deres forslag på hvordan oversiktlig presentere artikler. Se vedlegg 1.

3.3.3 Bøker

Jeg har benyttet forskjellige fagbøker i forbindelse med å finne nok teori om emnet. Her er en kort og oversiktlig presentasjon av de bøkene med mest relevans.

Eide og Eide (2008) *Kommunikasjon i relasjoner* tar seg for all slags kommunikasjon, formålet er ”å bidra til hva god kommunikasjon forutsetter og innebær, og å legge et teoretisk og praktisk grunnlag for utvikling av den enkeltes kommunikasjonsferdigheter” (Forord). Den tar også for seg mestring og det begrepet.

Erikson (1963/2000) *Barndommen og samfunnet*, Bunkholdt (2002) *Psykologi* og Guldbrandsen (2006) *Oppvekst og psykologisk utvikling* er bøker som tar seg for menneskets psykologiske utviklinger.

Moe og Ribe (2007) *Selvskadningens dynamikk*, Søndergaard (2007) *Når livet gjør ondt* og Møhl (2007) *At skære smerten bort* er bøker som med intervjuer, personlige erfaringer og definisjoner gir et godt innblikk i fenomenet selvskadning. Alle bøkene benytter seg også av forskning og undersøkelser for å presentere resultater med tall.

Snoek og Engedal (2008) *Psykiatri* og Hummelvoll (2006) *Hel – ikke stykkevis og delt* er bøker som har gitt meg godt innsyn i mestring og miljøterapi. Begge bøkene forklarer hva som kjennetegner psykiatrisk pleie og hvordan den kan brukes.

Travelbee (1971/1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* og Overgaard (2003) *Åndelig omsorg* tar for seg teorier om hvordan utøve omsorg og sykepleie på en individuell og personlig måte.

3.4 Kildekritikk samt metodens svake og sterke sider

Ingen metode er perfekt, og det er dermed viktig for forfatteren å være nøyaktig og samtidig presentere svakhetene ved dataen (Dalland, 2007). Jeg har brukt primære og sekundære kilder, hvilket kan være både negativt og positivt. Primære kilder kommer direkte fra

forfatteren hvilket minsker risikoen for feiltolkninger, men hvis litteraturen er på annet språk kan dessverre oversettelsen medføre forandringer av innholdet i tekstene. Sekundærkilder eller sekundærlitteratur er når primærkilden ikke blir brukt, det vil si at teksten som blir presentert er oversatt eller tolket av andre (Dalland, 2007).

Dalland (2007) skriver at det er viktig for forfattere og presentere for leseren at de utvalgte faktaene er sanne. ”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet” (Dalland, 2007, s. 79). Jeg har valgt kun å benytte meg av forsknings artikler som er gransket av etisk komité i forhold til etiske aspekter basert på Helsinkideklarasjonen. For å vurdere validiteten på mine artikler har jeg benyttet IMRAD- modellen. Olsson og Sörensen (2006) skriver at en forskningsrapportens struktur bør være i tråd med IMRAD- modellen for å defineres som en god forskningsrapport.

En svak side ved å bruke andre sin forskning er realiteten på resultatene. Brekk (2006) skriver at det er viktig at all sykepleie dokumentasjon skjer etter forskriftene slik at den kan brukes. Det som karakteriserer kvalitativ respektive kvantitativ forskning kan også ses som svakheter. Kvalitativ forskning kan av ulike grunner feiltolkes og kvantitativ forskning kan gi generelle tall som kan manipuleres (Dalland, 2007).

4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til mestring i møte med selvskadet ungdom?

4.1 Når er det selvskading og hvordan skal den møtes?

Sommerfeldt og Skårderud (2009) skriver at Favazza hadde rett i 1992 når han sa at selvskading skulle bli den nye «ukjente lidelsen». Ystgaard et al. (2003) sin undersøkelse påviser at selvskading er utbredt blant unge, og de skriver videre at lignende undersøkelser viser at disse tallene ikke er på vei ned. Disse tallene forteller at som sykepleier på en psykiatrisk ungdomsavdeling er sannsynligheten at en møter selvskadet ungdom relativt stor.

Ettersom at det ikke finnes en klar og tydelig definisjon av selvskading og hva som klassifiseres som selvskading gjør det arbeidet for sykepleieren vanskeligere. Jeg mener hun må tenke selv og bruke sin faglige kompetanse for å oppdage selvskading. Mehlum og Holseth (2009) sitt hovedbudskap er at det er viktig å ta all form for selvskade på alvor, uavhengig av metoden og den medisinske alvorlighetsgraden. De skriver videre at det er av stor betydning å oppdage selvskading på et tidlig stadium, og at det kreves direkte og konkrete spørsmål for det.

Ingen selvskading skal altså ignoreres. For mange er det et spørsmålstegn ved at noen velger å skade seg selv. Ut fra en sunn tankegang kan det være vanskelig å forstå, men for den selvskadende er det logikk. Jeg oppfatter det slik at den selvskadede regulerer følelsene sine, at det er som en «nødutgang» for den indre smerten de opplever. Jeg føler at det er viktig å tenke på i møte med disse ungdommene, de har en indre smerte som de kanskje ikke kan sette ord på eller vet hvor den kommer fra. De har funnet en måte å gjenvinne kontrollen på og dermed mestrer på sin måte, og hvorfor skulle de gi opp den strategien så lett?

En del selvskading har blitt normalisert og akseptert i dagens samfunn (Sommerfeldt og Skårderud, 2009). Ved bare å ta meg en titt rundt om blant venner og kjente kan jeg si at det stemmer, men jeg synes at en som sykepleier bør spørre seg selv om hvor grensen går. Hvis en kommer i kontakt med ungdom som er ekstrem med den normaliserte selvskadingen, bør en reagere.

Søndergaard (2007) forklarer at selvskadingen gjerne eskalerer, på samme måte som et rusmisbruk. Når det oppstår vevsskade strømmer det til med kroppens egne bedøvelsesmiddel, endorfiner, hvilket kan oppleves som en form for rus. Den som selvskader

seg må dermed øke størrelsen på skaden og smerten for å få ønsket effekt. En intervjuet jente i Møhl (2007) sin bok forteller at hun hadde prøvd ikke å skade seg selv under en slitsom periode, og når hun til sist tillot seg å skjære seg selv oppnådde hun ikke ønsket effekt. Hun måtte dermed øke omfanget på skadene. En som driver med selvskading kan ses på som avhengig, med mulighet for at selvskadingen kan eskalere og gi uønskede effekter, som kan være fatale. Med dette i tankene kan jeg enkelt si at en som sykepleiere ikke kan ignorere selvskading, heller ikke i følge de yrkesetiske retningslinjene eller Travelbee sin definisjon på sykepleie.

Moe og Ribe (2007) bruker personlige erfaringer og intervjuer til personer som har skadet seg selv som eksempler, der fremkommer det også at en ikke skal være tyst om selvskading hvis en kommer bort i det som helsepersonell. De intervjuede sier at det var godt å ha noen som bryr seg, at de ikke vil være alene og at de trengte noen som ikke gav dem opp. Jeg tolker det som at den røde tråden til å snu tankegangen er at noen har vært rett på sak, tydelig i språket og formidlet at jeg er her og jeg vil at du skal ha det bra.

4.2 Hvordan å kommunisere for å danne en egnet relasjon?

Sommerfeldt og Skårderud (2009) skriver at barndomserfaringer innen familiekonteksten er av betydning i forhold til utvikling av en selvskadende atferd. Jeg anser at dette er av betydning når en møter disse ungdommene, vite at det er noe underliggende som gjør at fysisk smerte gjør det lettere for dem. Med disse pekepinnene kan en få et hint om hva de har med seg i bagasjen.

Jeg har erfart er at ungdommene ikke alltid vil ha hjelp eller er motiverte til å endre holdningene sine. Det er viktig å tenke på at til tross for at ungdommene er i behandling er det ikke sikkert de er motiverte til å endre selvskadende adferd. ”Jeg føler det, som om jeg skal aflevere det eneste, der virkelig kan give meg ro og fred” forteller en jente som bruker cutting som mestringsstrategi (Møhl, 2007, s. 128). Sykepleier må prøve å se det fra den siden også, forstå at de har funnet en mestringsstrategi og at den ikke så enkelt kan skiftes.

Nock, Teper og Hollander (2007) skriver at ungdommen ikke må presses men må motiveres til og selv ville endre adferd, de må styrkes til å bruke seg selv terapeutisk. Hummelvoll (2006) skriver at motivasjon til å bli bedre er av stor betydning, og at en aktivt skal arbeide med ansvarsfølelse og styrking av de personlige ressursene. Mehlum og Holseth (2009) støtter denne teorien og skriver at motivasjon og hjelp til selvhjelp er nøkkelen til resulterbar

behandling. De pasienter som blir motivert til aktiv deltakelse i egen behandling er de pasienter som har størst sjanse for positiv adferdsendring med reduksjon av selvskadende adferd (Walby og Ness, 2009).

Jeg ser det slik at jeg i min sykepleierolle virkelig må møte denne ungdommen på hans/hennes nivå, og uten fordommer og negative holdninger sette meg inn i hva som er viktig og relevant for akkurat denne ungdommen. Aanderaa og Meling (2004) sin forskning fant ut at kvaliteten på relasjonen var av betydning, at akkurat relasjonen mellom pasient og pleier var avgjørende for resultatet av behandlingen. Rovik (2007) sin studie fant i tillegg ut at det er svært viktig for den møtende sykepleieren å legge av god tid for å lære kjenne pasienten i begynnelsen av et behandlingsopplegg. Hvilket går i tråd med det Travelbee sier om de ulike fasene som skal etableres i begynnelsen av en relasjon. Jeg tenker også at dette må komme naturlig fra sykepleierens sin side med tanke på at hun har et nytt menneske å bli kjent med.

Sykepleieren skal tenke på ikke å overta for mye for pasienten, uten å appellere til pasientens ansvarsfølelse (Brodtkorb, 2001). Empowerment og brukermedvirkning blir sentrale og viktige begrep i denne sammenhengen synes jeg. Ungdommen skal føle seg trygg i relasjonen, men skal allikevel motiveres å «pushes» litt til å tøye sine egne grenser, tanker og holdninger. På en positiv måte, det vil si at ungdommen skal få muligheten å oppleve mestringsfølelser. I begynnelsen på delmål, til så å øke utfordringene i takt med progresjon og vilje fra ungdommen sin side.

Aanderaa og Meling (2004) fant ut at systematisk veiledning var av betydning for at de selvskadede skulle oppnå progresjon i behandlingen. Slik jeg oppfatter det har de selvskadede mange følelser og svingninger bland disse, regelbundne og tette veiledninger er da viktig for at ungdommen skal ha mulighet for å dele med seg. Dels for å danne egen innsikt og dels for den mellom-menneskelige relasjonen, hvilket også er grunnleggende for at sykepleier skal kunne gi mest mulig av seg selv.

Forskning viser at kompetanse hos personalet er viktig, Rovik (2007) sin studie viser at det skapes frustrasjon og irritasjon bland personell dersom de ikke har tilstrekkelig fagkunnskap og kompetanse. Det er rapportert at ungdommer har blitt møtt med den holdningen at de vil ha oppmerksomhet og er manipulerende, ingen av disse ungdommene har rapportert det som vendepunktet for dem (Mehlum og Holseth, 2009).

Miljøterapi bygger blant annet på aktivitet og gjerne fysisk aktivitet. Jeg ser det som et bra utgangspunkt for å danne en relasjon, og i løpet av min praksisperiode oppdaget jeg at i aktivitet var det lettere å få kontakt med ungdommene. Fokuset og konsentrasjonen var til stede på aktiviteten og praten kom ved siden av, den konversasjonen som jeg egentlig var ute etter. Nock, Teper og Hollander (2007) samt Mehlum og Holseth (2009) og Langeland (2009) legger vekt på dialektisk adferdsterapi som lovende behandlingsmetode i sine artikler.

Rubæk påpeker sterkt at selvskading ikke går den andre veien, den selvskadende drives av blant annet selvhat og en trang for å straffe seg selv, og de vil ikke oppnå den samme effekten av å skade andre (Søndergaard, 2007). Dette synes jeg er viktig å tenke på i møte med disse ungdommene, en trenger ikke å være redd eller å kjenne seg truet, de skader kun seg selve.

4.3 Hva bør miljøterapien inneholde og hvordan bidra til mestring?

Litteraturen forteller at den selvskadede som regel ikke har hatt en optimal oppvekst. Av en eller flere årsaker har ikke den psykososiale utviklingen fått mulighet å følge de første fasene i livet med en positiv utvikling. Forskning viser at ungdommer som rapporterer selvskading ofte rapporterer at familiekonteksten og miljøet rundt omkring dem vært preget av negative livshendelser (Ystgaard et al., 2003 og Sommerfeldt og Skårderud, 2009). Jeg tolker dette som at det er viktig at når de kommer inn på en lukket avdeling som skal symbolisere deres hverdag under behandlingsopplegget, er det av stor betydning at denne er trygg, strukturert og gir en positiv følelse. Brodtkorb (2001) bekrefter dette gjennom å skrive at behandlingsopplegget skal avlaste og trygge pasienten, dog ikke for mye.

Slik jeg oppfatter det går den miljøterapeutiske holdningen blant annet ut på å være i lag i daglige situasjoner, ungdommen skal ha mulighet til å være seg selv men nå også i relasjon til en som er der og veileder. Sosial støtte og omsorg er rapportert som viktige faktorer i å oppleve mestring og økt livskvalitet (Langeland, 2009). Videre skriver Langeland at behandlingsopplegget må skreddersys og skal fokusere på å redusere hindringer og styrke de interne og eksterne ressursene.

For å anpasse behandlingen må funksjonen til selvskadingen defineres, og det må gjøres i startfasen (Walby og Ness, 2009). Aktuelle spørsmål i slike situasjoner bør svare på; hva de ville oppnå, hvilke følelser de hadde før og etter, hvor ofte, hvor lenge og hvilken metode de brukte (Mehlum og Holseth, 2009). Jeg kan tenke meg at det ikke er lett for den selvskadede og åpne seg opp å fortelle, men jeg tror at det blir lettere hvis sykepleieren er direkte isteden

for å late som om at problemet ikke eksisterer. Jeg erfarte i praksis at svar på vanskelige spørsmål gjerne kunne komme senere i et helt annet kontekst, og jeg tror ikke at den opplysningen hadde komnt frem hvis spørsmålet ikke hadde blitt spurt tidligere.

Aktivt bruk av dagbok eller registreringskort er en måte å gi ungdommen innsikt i egne følelser, hvilket også kan bidra til selvinnsett samt å finne sin identitetsrolle. Like mye som at det gjør det lettere for sykepleien å forstå ungdommen, samt å få innsikt i hva han/hun opplever. Nock, Teper og Hollander (2007) understreker at slike registreringer er en lønnsom måte for terapeuten å komme pasienten sin nær, og at det er viktig å holde motivasjonen oppe for disse registreringene for å få best mulig resultat. Registreringene viser oversiktig fremsteg og tilbakesteg, hvilket letter tilpasningen av behandlingen. Tilbakesteg i relasjoner og behandling er forventet (Travelbee, 1971/1999 og Hummelvoll, 2006). Noe forskning ikke forteller meg er hvor vanlig og hvor ofte selvskadede velger å skade seg selv igjen til tross vellykket behandling.

Selvskadende har rapportert opplevelser av ikke å være «til stede» i sin egen kropp (Walsh, 2006). Jeg føler at det da er ekstra viktig at behandlingen har fokus på selvinnsett og at ungdommen lærer seg å akseptere følelsene sine. Miljøterapien skal gi ungdommen mulighet å havne opp i situasjoner som kan være utfordrende, slik at de skal kunne mestre og dermed oppleve de positive følelsene (Brodtkorb, 2001 og Nock, Teper og Hollander, 2007). For så til sist å gjøre det på egen hånd ute i livet. De må lære seg å håndtere sine følelser, akseptere at de er der og så finne en måte å mestre disse vanskelige følelsene på. Fysisk aktivitet er rapportert å fungere for mange (Møhl, 2007). Aktivt bruk av empowerment kan her være aktuelt.

Forpliktende avtaler er bevist å ha god effekt (Aanderaa og Meling, 2004). Ungdommen blir da med pasientbrukermedvirkning aktiv i egen behandling, hvilket kan gi ansvarsfølelser og opplevelse av kontroll. Kontraktene kan variere i alt fra innhold til lengde. Pasienter skal ikke presses til å skrive avtaler de ikke er motiverte til å holde, men motiverende belønning utarbeidet av pleier og pasient kan være aktuelt ved endt avtale (Nock, Teper og Hollander, 2007).

Den selvskadede kan ses på som avhengig og abstinenser som kvalme, svette, skjelvninger og svimmelhet er observert hos personer som ikke har mulighet til å skade seg selv (Søndergaard, 2007). Kan være relevant for sykepleier og huske på hvis en avtale forplikter ungdommen til ikke å skade seg selv på avdelingen. En jente forklarer at hun blev stresset av

ikke å ha skalpellen sin i nærheten, hun klarte godt å la vær å cutte seg selv men kun hvis hun hadde tilgang til det (Møhl, 2007).

Primærpsykepleierens sin oppgave er å ivareta kontinuitet i pleien, og forskning viser at bruk av en primærkontakt er lønnsomt i et behandlingsopplegg (Aanderaa og Meling, 2004, Nock, Teper og Hollander, 2007 og Langeland, 2009). Psykepleiere i en slik rolle må ha mulighet for å drøfte sekvenser fra behandlingen med annen fagpersonell, for å luften følelser og øke kompetansen (Rovik, 2007). En annen oppgave til primærpsykepleien er også å informere og inkludere pårørende, i den grad det er mulig. Forskning viser at aktivt bruk av familie og venner kan være positivt i behandling (Nock, Teper og Hollander, 2007 og Langeland, 2009). Jeg tenker at dette kan ses an i forhold til hvilke familiemedlemmer og venner som er i miljøet rundt ungdommen.

Noen opplever og rapporterer at det hjelper å være i lag med andre som har lignende problem (Langeland, 2009). Kontakten ungdommer i mellom på avdelingen kan være positivt, men skal kanskje observeres mer nøye fordi selvsykdom kan være smittsomt. Møhl (2007) skriver at ingen driver med alvorlig selvsykdom uten at det foreligger noe dypere enn en smittsom atferd. På samme sett som at Skårderud (2009) i sin debatt artikkel påpeker at belysing av selvsykdom i film ikke oppfordrer frisk ungdom til å selvsykdom seg uten snarere beriker allmennkunnskapen til samfunnet.

5.0 Sluttord

Paradoksalt nok i vår velferdsstat er selvskading blant unge et økende problem, og flere ungdommer trenger behandling for å endre adferd. Emnet er relativt nytt i vårt samfunn og helsepersonell trenger mer forskning og kunnskap for å møte disse utfordringene.

Selvskading er ikke en diagnose og har heller ikke en klar definisjon, og forskning viser at utvikling av selvskading har flere forskjellige årsaker og ikke en klar benevner. Hvordan kan da sykepleier bidra til mestring i møte med selvskadet ungdom?

Forskning og litteratur sier at disse ungdommene har hatt en ustabil fortid og trenger en strukturert hverdag med en kontinuerlig sykepleiekontakt som med omsorg kan veilede og utfordre dem. De trenger situasjoner som gir mulighet for adferdsendringer og endringer i deres holdninger, slik at de aktivt kan velge å mestre på en annerledes måte. Dette for å skape selvinnsikt og gi ungdommen en sjanse for å oppnå kontroll av seg selv og sine følelser. Forskning påpeker også at familie og venner med fordel kan brukes i behandling, noe jeg mener må ses an individuelt til tross for at denne pasientgruppen alltid har forelder/formynder.

Egne erfaringer og forskning forteller meg at disse ungdommene kan være utfordrende, at de trenger forståelse og lang behandlingstid. Resultatet av behandlingen er avhengig av tillit og en god mellom-menneskelig relasjon mellom pleier og pasient.

Jeg stiller meg spørsmål og lurer på om det er nok resurser i helseNorge til dette per avdeling og er det nok ambulant oppfølging for at behandlingen skal få den tiden den trenger? Jeg savner også forskning som mer spesifikt forteller meg hva som var vendepunktet for den selvskadede, hvordan de klarte å overføre behandlingen til sin hverdag og hvor lang tid det tok.

6.0 Referanseliste

Aanderaa, M. M. og Meling, M. (2004) Avtaler som forpliktende relasjon ved selvskading og suicidal atferd. *Vård i Norden* 72(24), 10-15.

Brekke, Å. (2006) Juridiske rammer for sykepleiedokumentasjon. I: K. Heggedal, *Sykepleiedokumentasjon* (s. 80-104) (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

Brodtkorb, K. (2001) Selvskading og sykepleie: Hvordan kan sykepleie hemme og/eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv? *Vård i Norden* 60(21), 11-15.

Bunkholdt, V. (2002) *Psykologi: En innføring for helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.

Eide, H. og Eide, T. (2008) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, (2. utg.) Oslo: Gyldendal.

Erikson, E. H. (2000) *Barndommen og samfunnet* (2. utg.). (K. von Krogh, overs.). Oslo: Gyldendal. (Originalutg. 1963)

Forsberg, C og Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2. utg.) Stockholm: Natur och Kultur.

Guldbrandsen, L. M. (2006) Barn, oppvekst og utvikling. I: L. M. Gulbrandsen (Ed.) *Oppvekst og psykologisk utvikling*, (s.13-49). Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J. K. (2006) *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.) Oslo: Gyldendal.

Jerlang, E. (2008) *Udviklingspsykologiske teorier*. (4. utg.) København: Hans Reitzels Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2006a) Stress, mestring og endring av livsstil. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (s. 206-270). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2006b) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal.

- Langeland, E. (2009) Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, (4), 288-296.
- Mehlum, L. & Holseth, K. (2009) Selvskading: Hva gjør vi? [elektronisk versjon]. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 129(8), 759-62.
- Moe, A. & Ribe, K. (2007) *Selvskadingens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Møhl, B. (2007) *At skære smerten bort: En bog om cutting og anden selvskadende adfærd*. Danmark: Psykiatrifondens Forlag.
- Nielsen, G. H. og Binder, P-E. (2006) Den klassiske psykoanalysens grunnbegreper: Normalutvikling og psykopatologi hos barn og unge. I: L. M. Gulbrandsen (Ed.) *Oppvekst og psykologisk utvikling*, (s.72-103). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nock, M. K., Teper, R. og Hollander, M. (2007) Psychological treatment of self-injury among adolescents [Elektronisk versjon]. *Journal of clinical psychology: in session* 63(11), 1081-1089.
- Norske Sykepleie Forbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer* (2007) Hentet 1. februar 2010 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF
- Olsson, H. og Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal.
- Overgaard, A. E. (2003) *Åndelig omsorg: en lærebog*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Rovik, A. M. (2007) Selvskading og miljøterapi: En teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading. *Vård i Norden* (84)27, 35-40.
- Snoek, J. E. og Engedal, K. (2008) *Psykatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer* (3. utg.). Oslo: Akribe.
- Sommerfeldt, B. & Skårderud, F. (2009) Hva er selvskading? [elektronisk versjon]. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 129(8), 754-8.
- Stain, R. (2008) *Självskaðebeteende: Forskning, behandling och metoder for at förebygga psykisk ohälsa hos unga*. Hentet 7. Januar 2010 fra: http://www.allmannabarnhuset.se/data/files/B_cker_PDF/Sjalvskaðebeteende_2008.pdf

Søndergaard, P. S. (2007) *Når livet gør ondt: Om selvskadende adfærd blant unge*. Vejle: Kroghs Forlag.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, overs.). Oslo: Gyldendal. (Originalutg. 1971). Hentet 6. Januar 2010 fra Bibsys.

Walby, F. og Ness, E. (2009) Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. *Tidsskrift norsk Lægeforening*, 129(9), 885-7.

Walsh, B.W. (2006) *Treating self-injury: A practical guide*. New York: The Guilford Press.

World Health Organisation (u.å). Hentet 5. januar 2010 fra

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003) Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift norsk Lægeforening*, 123(16), 2241-5.

7.0 Vedlegg 1

Tittel Forfatter Tidsskrift Årstall	Hensikt Problemstilling	Metode Design	Resultater Funn	Styrker og/eller Svakheter
Selvskading – hva gjør vi? Mehlum, L. & Holseth, K. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009	Hva helsepersonell kan gjøre for å fange opp de ungdommer som selvskader seg, og eks. på hvilke spørsmål en kan bruke.	Ikke systematisk litteratursøk i PubMed. Forfatternes personlige erfaringer	Hvor viktig det er å oppdage selvskadingen i en tidlig fase. At det må stilles direkte spørsmål. Nødvendig med adferds og holdningsendringer.	Forfatterne har relevant bakgrunn. Ikke en forskningsartikkel.
Selvskading og miljøterapi. En teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading. Rovik, A. M. Vård i Norden 2007	Kartlegge de miljøterapeutiske utfordringene i arbeid med selvskadede pasienter for å finne ut hvilken kunnskap og kompetanse pleierne trenger.	Kvalitativ forskning, i tre ulike faser.	Det skaper frustrasjon og irritasjon blant personell ikke å ha nok kunnskap, hvilket gir usikkerhet og uenigheter i personalmiljøet. Tid til pasienten for å bli kjent reduserer selvskadingen. Den selvskadede innser ikke at andre blir berørte, selv om de skjer i forbindelse med relasjon til andre. Analysen viser at det er behov for å øke personalets kompetanse.	De intervjuede blev i forkant spurt om de ville stille opp i undersøkelsen, hvilket gjorde at de som svarte var engasjerte men også at noen ikke deltok.
Villet egenskade blant ungdom Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J. & Mehlum, L. Tidsskrift for Den norske legeforening 2003	Finne ut hvor utbredt selvskading er blant ungdom.	Kvantitativ forskning på 4060 elever med svarprosent på 91,2.	10,7 % svarte ja til forekomst av villet egenskade, 6,6 % i løpet av det siste året. Tallene er høyere hos jentene jf med gutter, men påvirkende faktorer er nok så like.	Høy svarprosent. Spørsmålene gav ikke noe mellomrom for personlige innspill. 3 % rapporterte egenskade som ikke samsvarte med kriteriene, og de blev utelatte.

Tittel Forfatter Tidsskrift Årstill	Hensikt Problemstilling	Metode Design	Resultater Funn	Styrker og/eller Svakheter
Avtaler som forpliktende relasjon ved selvsykning og suicidal atferd. Aanderaa, M. M. & Meling, M. Vård i Norden 2004	Hvordan kan sykepleieren gjennomføre avtaler som samsvarer med pasientens behov der det utvikles tillit og pasienten våger å utprøve nye erfaringer?	Kvalitativ forskning, Hermeneutisk vitenskapsforståelse	Kvaliteten på relasjonen er avgjørende for gjennomføring av avtaler. Viktig med systematisk veiledning.	Kun en respondent / intervjuet. Forfatteren sier at den nære kontakten mellom pleier og pasient kan ha påvirket svarene i undersøkelsen.
Selvsykning og sykepleie Brodtkorb, K. Vård i Norden 2001	Hvordan kan sykepleie hemme og/eller fremme regresjon hos pasienter som skader seg selv?	Kvalitativ forskning. Søk i internasjonale databaser.	Sykepleieren skal ikke ta over for mye, viktig med ansvarsfølelser. Avlaste og trygge pasienten. Iverksette kontrolltiltak. Lære pasienten hvordan å oppnå større kontroll. Appellere til pasientens ansvarsfølelser.	Forfatteren har gjort forskningen med tanke på overføringsverdi for funnene.
Psykiatrisk behandling av selvsykning på legevakt. Walby, F. og Ness, E. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009	Hvordan unngå unødvendig innleggelse.	Basert på klinisk erfaring fra psykiatrisk legevakt. Søk i internasjonale databaser.	Viktig å finne ut hvilken funksjon selvsykningen har for pasienten. Gjentatt selvsykning ses ofte i forbindelse med ustabile personlighetstrekk eller ustabil personlighetsforstyrrelse. Pasientene bør motiveres til aktiv deltakelse i egen behandling.	Ikke en forskningsartikkel, men forfatterne har klinisk erfaring.
Smertens bilder – selvsykning i film. Skårderud, F. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009	Diskutere hvordan selvsykning i film påvirker seerne.	Debatt artikkel.	Forfatteren tror at selvsykning på film kan berike tilskuerne med innsyn og følelser i selvsykningens dynamikk. Både generelt, for helsepersonell og for den selvsykende.	Ikke en forskningsartikkel, men forfatteren er aktuell innenfor temaet.

Tittel Forfatter Tidsskrift Årstall	Hensikt Problemstilling	Metode Design	Resultater Funn	Styrker og/eller svakheter
Hva er selvskading? Sommerfeldt, B. og Skårderud, F. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2009	Gi introduksjon i selvskading som klinisk fenomen, med beskrivelser og redegjörrelser for definisjoner, epidemiologi, risikofaktorer og funksjoner.	Ikke systematisk litteratursök i databaser.	Affektregulering: dempe selvforakt, symbolisere selvstraff. Dissosiasjon: demper depersonalisering og derealisering, stimulering for ä avbryte dissosiative opplevelser. Kommunikasjon: önske om omsorg, provosere, anklage og straffe omgivelsene, hevde seg i et hierarki. Risikofaktorer: fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon, affektive kvaliteten pä tilknytningsbändene.	Ikke forskningsartikkel Forfatterne er aktuelle innen emnet.
Betydningen av en salutogen tilnärming for ä fremme psykisk helse. Langeland, E. Sykepleien Forskning 2009	Utforske hvilke kvaliteter i sosial stötte som bidrar mest til en positiv utvikling av mestrings.	Kvantitativ forskning, 107 intervjuede med svarprosent pä 78 etter ett är.	Sosial stötte og relasjoner hvor det gis mulighet for omsorg er positive i utvikling av mestrings. Bruk av salutogene terapiprinsipper i samtalegrupper styrker mestringsfölelsen.	Langvarig forskning. Bruk av internasjonale skalaer og begrep i spørreskjemaet.
Psychological treatment of self-injury among adolescents. Nock, M. K., Teper, R. & Hollander, M. Journal of clinical psychology. 2007	Beskrive hvilke metoder som kan brukes for ä forandre selvskadende adferd.	Basert pä en kvalitativ forskning.	Det er viktig ä få pasienten og eventuelt familien engasjert. Aktivt bruk av dagbok, med situasjoner og fölelser. Regelbundne veiledninger. Utsettes for pressede situasjoner for ä oppleve mestrings. Ikke ä presse pasienten.	Oversiktsartikkel, forskningen er ikke utfört i forbindelse til denne artikkelen men basert pä Nock sin tidligere forskning.