

**PROFESJONSHØGSKOLEN
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG**

Vår 2010

Bacheloroppgave

SY1804

Hvordan kan sykepleiere hjelpe unge personer som lider av spillavhengighet og som kan ha utviklet sosial angst?

Kandidatnummer:

13

[Aune, Carl-Erik]

Antall ord: 9676

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	
1.1	Problemstilling	1
1.2	Begrunnelse for problemstilling	1
1.3	Avgrensning	2
1.4	Metode	2
1.5	Litteratursøk	3
2.0	Teorikapittel	
2.1	Hva er angst	4
2.2	Hva er sosial angst	6
2.3	Spillavhengighet	8
2.4	MMORPG og nivåmodellen	10
2.5	Sammenhengen mellom sosial angst og dataspillavhengighet	12
2.6	Teoretisk referanseramme	15
2.7	Sykepleierens funksjon i helsefremmende og forebyggende tjenester	17
3.0	Metodekapittel	
3.1	Hva er metode og mitt valg av metode	19
3.2	Valg av informant	19
3.3	Intervjuets ramme	19
3.3.1	Anonymitet	20
3.3.2	Etikk	20
3.3.3	Hjelpemidler	21
3.3.4	Potensielle fallgruver med intervju	21
4.0	Drøfting	
4.1	Møte med sykepleieren som første ledd i prosessen	22
4.2	Sykepleierens rolle i behandlingstilbudet	25
4.3	Sykepleier-pasient-relasjonen	28
5.0	Oppsummering	30
6.0	Avslutning	32
7.0	Litteraturliste	33
	Vedlegg: Samtykkeskjema og tillatelse for datasamling	

1.0 Innledning

1.1 Problemstilling

Tema jeg har valgt for denne oppgaven er unge personer som rammes av sosial angst som følge av overdrevet bruk av dataspill.

Jeg har valgt følgende problemformulering:

”Hvordan kan sykepleiere hjelpe unge personer som lider av spillavhengighet og som kan ha utviklet sosial angst?”

1.2 Begrunnelse for problemstilling

Til tross for hvor stor innflytelse online spill har på dagens samfunn finnes det ingen systematisk og oversiktlig fremstilling av emnet. Dette er mer enn merkelig med tanke på hvor mange som spiller og bruker spill regelmessig. Sammenhengen mellom spill og sosiale problemer er så kompleks at det er vanskelig å komme med konklusjoner. Jeg har selv erfaring med dataspill og kjenner venner og familie som trolig kommer inn under kategorien spillavhengighet. Siden problemformuleringen er så ukjent og lite omtalt ville jeg se om jeg klarte å finne svar på problemet. utfordringen ligger i sammenhengen, siden både sosial angst og spillavhengighet hver for seg er godt dokumentert. Jeg vil prøve finne ut hvordan sykepleiere kan hjelpe personer som på en eller annen måte kommer i kontakt med helsevesenet på grunn av denne sammenhengen.

Ser vi på hvem som er mest utsatt for avhengighet kan man ikke konkludere, men man ser at unge gutter og menn fra grunnskolen og opp i slutten av tjuårene er overrepresentert i forhold til avhengighet og dermed kan ha mulighet til å utvikle angst. (Norman 2008)

Hensikten med denne oppgaven er også å belyse et tema som er sterkt økende i omfang. Det å skape for forståelse og tilegne seg kunnskap rundt nye og komplekse fenomener tror jeg er viktig. Dette vil være noe sykepleiere kan nytte seg av om de kommer i kontakt med denne pasientgruppen.

1.3 Avgrensning

Jeg vil i hovedsak bruke den kommunale helsetjenesten som sykepleierens arena for behandling. Innenfor denne vil helsesøstertjenesten til å bli fokusert på, siden vi her snakker om unge mennesker. Jeg fokuserer på unge personer, da i aldersgruppen opp til 19 år, da disse ennå berøres av helsesøstertjenester innenfor den kommunale helsetjenesten via skolesystemet. Denne aldersgruppen bor i hovedsak hjemme hos foreldrene. Det er innenfor denne aldersgruppen vi finner de fleste personer som spiller dataspill på et slikt nivå at det kan føre til problemer for spilleren. Det må presiseres at spillere finnes i alle aldersgrupper, og er jevnt fordelt helt opp til 50 år, før det flater ut. (Norman 2008) Det er disse spillene som er under størst utvikling og har den bredeste spillermassen. Disse spillene har i teorien ingen ende. Det varer til spilleren selv forlater det, får problemer med det eller at spillutvikler avslutter syklusen. (Gjesvik 2009) Jeg vil også avgrense spill til såkalte MMORPG (massiv multiplayer online role playing games) som blir forklart senere

1.4 Metode

Jeg vil for det meste bruke litteratur omkring temaet, men også bruke ekspertise innenfor en psykiatrisk institusjon for å få begrepsforklaringer i oppgaven. Dette er en psykiater ved en psykiatrisk avdeling. Jeg vil også bruke noen eksempler og erfaringer fra min omgangskrets og i litteraturen. Jeg vil bruke litteraturstudie for å finne ut om sykepleiers funksjon rundt tema.

1.5 Litteratursøk

Jeg har brukt Biblioteket ved min utdanningsinstitusjon for å finne bøker relatert til tema. Siden det finnes få bøker spesifikt knyttet opp mot tema har jeg måttet bruke tverrfaglig litteratur som tar for seg problemstillingen separat. Jeg har søkt i databaser på skole og psykiatrisk institusjon. Det jeg har funnet er dataspill og sosiale utfordringer som er beskrevet som mulige sammenhenger. Innenfor sosiale utfordringer er det mange problem som beskrives men veldig lite rundt sosial angst. Det som finnes er mest case-studer der man bruker empirisk fremstilling for å se sammenheng. Jeg bruker etablert sykepleierrelatert teori for å forklare problemstillingen.

2.0 Teorikapittel

2.1 Hva er angst

”angst er en diffus, indre uro uten åpenbar kjent årsak. Individet føler seg engstelig, men vet ikke hvorfor, og rent fornuftsmessig er det ingen ting å engste seg for” (Kringlen 2008:160)

Angst er en kompleks følelse i seg selv der individet har en reel redsel for noe som det ikke ligger noen grunn bak. Det vil være naturlig å tro at angsten skyldes psykologiske forhold som personen selv ikke forstår. Man kan tro at det er noe individet er redd for i seg selv, siden det ikke er noen opplagte ytre farer som truer. Når en person forklarer at folkemengder, plasser eller spesifikke ting gjør ham engstelig, betyr dette at situasjonene har fått en privat, og da kanskje ubevist symbolsk mening. (Kringlen 2008)

Det er mange følelser som kan utrykke angst. Alt fra sinne, tilbakeholdenhet, redsel, frykt, skamfølelse osv er eksempler på dette. Angsten består av en subjektiv opplevelse av angst, men også kroppslige endringer og handlinger. Angstfølelsen er en følelse av overhengende fare, og de tanker vi gjør oss rundt en spesiell situasjon eller objekt som er på vei til å skje, vil ha stor betydning for hvordan vi opplever situasjonen. Handlingsmessig preges angsten i stor grad av forsøk på flukt. (Kringlen 2008)

Når vi skal forklare angst er det mange former av dette. Jeg vil ikke gå nærmere inn på andre ulike angsttyper, men utdype formene for angst. Vi har 3 forskjellige angsttyper. Disse forklarer stadiene av angst og hvordan det oppleves.

1. Panikkangst;

Panikk oppstår ved helt nære, akutte trusler. Dette være seg smerte, kvelning, angrep på personen og lignende. Kroppen reagerer nærmest automatisk, og symptomer som hjertebank, høyere respirasjonsfrekvens, og kraftig muskelaktivitet. Disse reaksjonene er naturlig og forbereder individet på en hurtig reaksjon på den forestående fare. Dette kan også kalles panikkanfall. Men

panikkanfall trenger ikke bare forekomme ved reell fare. Den kan opptre ved at man forestiller seg at noe forferdelig skal skje. Dette er som sagt normale reaksjoner på trusler. Problemet oppstår når panikkangst opptrer uten noen form for grunn, uten at man er oppmerksom på eller forestiller seg fare, og er en ubegrunnet frykt. Dette kalles panikkangst. (kringlen 2008)

2. Forventningsangst;

Indirekte, usikre og noe mer fjerne trusler, der hvor det er snakk om nye ukjente omgivelser, som kan inneholde farer er knyttet mer opp til forventninger om fare. Dette kan også kalles umiddelbar forventningsangst. Panikken uteblir og man forholder seg mer rolig i forhold til hva som måtte komme. Man forventer fare og setter kroppen i en forsvarsposisjon og gjør seg klar til å møte en eventuell fare. Hos mennesker knyttes det mer opp mot forventninger av en situasjon man ikke føler man kontrollerer. Eksempler på dette kan være før en eksamen, jobbintervju, møte med nye mennesker osv. Denne formen for angst varierer fra person til person. (kringlen 2008)

3. Bekymringsangst;

Den tredje, og minst akutte fasen av angst baserer seg på bekymringer rettet mot trusler. Disse bekymringene for trusler er lengre fram i tid og/eller mer usikre i form. Men ser for seg situasjoner lengre fram i tid og spekulerer i hvordan disse vil utfolde seg. Man engster seg, men uten at det i første omgang er et problem for individet. Eksempler på dette kan være hvordan det skal gå med barnene når de blir store, om legen har oversett noe ved en undersøkelse selv om alt var normalt eller hvordan det vil gå på en eksamen om et halvt år. Dette kan føre til en omfattende tankevirksomhet der den ene bekymringen tar den andre og man føler seg overveldet av bekymringer. Dette kan gjøre at kroppen blir urolig og spent. Man kan ha problemer med å konsentrere seg, søvnproblemer, muskelspenninger og lignende. (kringlen 2008)

2.2 Hva er sosial angst

Sosial angst kan også kalles sosial fobi. Denne type angst er i hovedsak rettet mot hvordan individet forholder seg til andre. Det er en frykt for negativ vurdering og oppmerksomhet fra andre enten som enkeltindivider eller som gruppe. Dette kan føre til at man i større og større grad unngår sosialt samvær.

Det er to typer av denne type angst som utkrystalliserer seg som en vesentlig forståelse av sosial frykt. Den ene er direkte og forholder seg til individets frykt for eksempelvis å holde en tale, lede et møte eller på annen måte eksponere seg direkte i forhold til andre. Den andre er mer diffus der man er redd for sosiale aktiviteter utenfor familien. Det være seg å gå i butikken, være en del av en arbeidsgruppe, gå på restaurant der man er redd for selveksponering selv til totalt fremme mennesker. (Kringlen 2008)

Øyekontakt er særlig vanskelig for personer med sosial angst. Man kan føle seg beskuet og beglodd, og det som kjennetegner normal atferd blant mennesker blir tolket som dømming og frykt for kritikk. Når sosial angst blir ekstrem og total kan fobien omfatte nesten ethvert møte med andre, også familie, der tanken på å si noe dumt eller svare på helt vanlige spørsmål blir uoverkommelig. Slike tilfeller kan føre til total sosial isolasjon. Angsten for å bli latterliggjort, ydmyket eller dumme seg ut i andres nærvær kan ta fullstendig overhånd. Individer med en slik sosial angst forbindes ofte med mennesker som har lav selvfølelse og der frykt for kritikk blir til noe negativt. (Kringlen 2008)

Når pasienter med sosial angst utsettes for spesifikke stimuli som er i samsvar med deres frykt, vil det nesten utelukkende framprovosere en angstreaksjon. Et godt eksempel på dette er når personer som frykt for å holde en tale for et publikum blir presset til dette, så vil personen reagere automatisk med helt spesifikke og generelt vanlige former for kroppslige reaksjoner. Dette er ofte svette, sjelving, pustevansker, høy puls og tør munn. (Kringlen 2008) Dette er reaksjoner man også finner ved en begrunnet trussel på individet som setter i gang overlevelsesreaksjoner, men i tilfeller ved sosial angst så er dette helt ubegrunnede trusler som kun finnes i hodet til individet selv.

Man kan kategorisere denne typen angst med forventningsangst. De vanligste angstreaksjonene forekommer når personen blir tvunget inn i sosiale situasjoner man finner vanskelige. Mindre vanlig er det at personer med sosial angst oppsøker slike situasjoner selv, med mindre det er vitalt for personen og må gjøres for å i det hele tatt fungere. Et eksempel er det å måtte gå i matbutikken. (Kringlen 2008) Denne forventningsangsten kan fort gjøre at personen havner i en ond sirkel, noe som gjør at andre sosiale arenaer som før ikke var forbundet med frykt, også tilegnes denne frykten slik at man unngår flere og flere sosiale begivenheter. Man blir mer og mer lukket i sitt eget selskap og personen synes dette er befriende fordi han "slipper unna" frykten.

Det er helt normalt for mennesker å ha en engstelig reaksjon i visse sosiale situasjoner, som å holde tale, opptre og lignende, men det er i det øyeblikket at ubehaget blir for stort og angsten nærmest tar over personen at det begynner å bli et problem.

Informanten sa at agorafobi og panikkanfall forekommer begge innenfor sosial angst. Når slike pasienter skal diagnostiseres må man skille mellom reaksjonsmønstrene. Informanten sa videre at sosial angst forekommer i bestemte situasjoner og må derfor ikke kategoriseres med generell angst. Personer med sosial angst kan også ofte være eller virke deprimerte og på det grunnlag bli feildiagnostisert, så det er viktig å forstå hva grunnlaget for deres frykt begrunner i. Personer med sosial angst er som regel oppegående personer som fungerer helt normalt, men som ved spesifikk stimuli av situasjoner som for dem virker utleverende av egen person og føles som gjenstand for kritikk av personen selv reagerer instinktivt med angst.

2.3 Spillavhengighet

Når jeg skal trekke fram hva spillavhengighet er vil jeg kort forklare generelt hva det er for så å bevege meg inn på hva som kjennetegner spillavhengighet i form av dataspill.

Informanten sa at spillavhengighet kan i høy grad sammenlignes med andre typer avhengighet, med noen få unntak. Avhengighet i form av fysiske substanser som alkohol eller narkotiske stoffer stiller seg noe annerledes selv om den psykiske faktoren av dette er likt hos begge. Det som er det oppsiktsvekkende er at spillavhengighet og rusavhengighet har de samme reaksjonsmønstre i hjernen og er like avhengighetsskapende. Man har etter utallige undersøkelser kommet frem til at abstinensreaksjonene ved rusavhengighet ikke foreligger i tilstrekkelig grad og at det derfor er en overveiende sannsynlighet for at rusavhengighet er psykisk relatert. WHO og ICD-10 klassifikasjonssystemet som Norge bruker legger spillavhengighet under vane og impulsforstyrrelser (World Health Organization 2007) mens rusavhengighet diagnostiseres som psykiske og atferdsmessige forstyrrelser på grunn av psykoaktive substanser. Men begge deler klassifiseres som psykologiske forstyrrelser. Jeg vil forklare mer om hva spillavhengighet er og utelate rusavhengighet. (Kringlen 2008)

Avhengighet defineres som;

Gjentagende og vant adferd som øker risikoen for sykdom og/eller personlige og sosiale problemer. (Gjesvik 2009:83)

Personen opplever ofte opplevelsen som et tap av kontroll. Umiddelbart gir atferden en psykisk og eller fysisk belønning, om enn kortsiktig. Langtidsomkostningene er bivirkning som sykdom, personlige sosiale eller relasjonelle problemer. På tross av disse negative konsekvensene fører det ikke nødvendigvis til at personen stopper eller slutter med aktiviteten. Sentrale faktorer ved avhengighet er økt toleranse, der personen må ha stadig mer eller varig stimuli for å oppnå samme effekt, samt tegn på abstinens når vanen eller atferden opphører. Det er ofte mer eller mindre tilbakefall ved eventuell selvhjelp eller behandling for å få stans i aktiviteten eller vanen.

Et sentralt begrep innenfor avhengighet, også spillavhengighet, er motivasjonskonflikt. Personens motivasjon for å slutte eller endre atferden kan være tilstede, men kan raskt forandre seg til å bli en motivasjon og en lyst til å utføre avhengighetsatferden. Det oppstår da en ambivalens mellom motivasjonene. (Gjesvik 2009) Dette kan forstås som en konflikt der motivasjonene på begge sider har positive følger, men kan være svært vanskelige og velge mellom, særlig om man har en økt toleranse for aktiviteten. En motivasjon for å spille kan være å få mer tid til familie, venner og jobb, mens på den andre siden kan motivasjonen være at spillingen gjør personen glad, tilfreds og avbalansert. (Gjesvik 2009) Dette karakteriseres som en konflikt mellom sterke, motstridende og ofte gjensidig utelukkende krefter. (Gjesvik 2009) En rapport så tidlig som 1998 rapporterte at så mange som 1 av 5 kan bli klassifisert som patologisk avhengig, og at dette bunner ut i et biologisk system i kroppen som gir personen belønning i form av en rusliknende følelse. (Norman 2008)

Man kan dele spillavhengighet og avhengighet generelt inn i 3 nivå. Disse er;

Nivå 1.

Avhengige som ikke har kunnskap om hvordan de skal slutte med eller hva de må gjøre for å begynne atferden de er avhengige av befinner seg på nivå 1. De har ikke knyttet motiverende bånd mellom ubehag knyttet til start eller opphør av atferden og heller ikke knyttet kognitive bånd mellom atferden og nytelsen denne gir. Dette er et nivå vi sjeldent eller aldri ser blant mennesker. Man mener det må foreligge motiverende og kognitive bånd for at vi kan snakke om avhengighet i egentlig forstand. (Gjesvik 2009)

Nivå 2.

Når en person blir bevist på hva han eller hun må gjøre for å oppnå en positiv eller negativ opplevelse av en handling befinner de seg på nivå 2. Eksempelvis kan vi si at en person som har en lyst til å spille, vet hva som kreves for å oppnå handlingen. Personen vet hva som må gjøres når lysten melder seg eller hva som må til for å fjerne ubehag. Dette nivået avhenger av at den avhengige ikke opplever atferden som et problem for seg selv. (Gjesvik 2009)

Nivå 3.

Når den avhengige oppdager at spillingen eller atferden skaper trøbbel eller har negative konsekvenser, og knives mellom valget å fortsette atferden eller slutte befinner seg på dette nivået. Problemet oppstår dersom den avhengige handler på tvers av den oppfatning som tilsier hva som er til det beste for personen selv. Dette kan være en konsekvens av kontrolltap eller et bevist valg personen tar. Dette nivået tilsier at personen ikke har kapasitet eller mulighet til å kontrollere sin avhengighet, og man kaller det ofte som totalt kontrolltap. (Gjesvik 2009)

2.4 MMORPG og nivåmodellen

Jeg skal nå se nærmere på hvor spillere av MMORPG og MMO spill befinner seg i nivåmodellen og hvilke konsekvenser det har for personer i forskjellige stadier av avhengighet innfor disse typer spill.

Først vil jeg forklare nærmere hva MMORPG og MMO egentlig er. Dette er å betrakte som et fenomen som ikke tidligere har vært aktuelt. Dette på grunn av utviklingen av internett og dens rolle i samfunnet. MMORPG som begrep kan brytes ned til et rollespill som spilles av et enormt antall spillere via internett (massive multiplayer online role playing game). MMORPG skiller seg fra MMO ved at det er et spill. Det finnes utallige forskjellige spill innenfor MMORPG, men det finnes også mange MMO. MMO er alle virtuelle verdener som det deltar en enorm mengde mennesker i, men trenger nødvendigvis ikke være et spill. Dette kan være sosiale nettverk eller verdener på internett, som på mange måter kan sies å være parallelle med den verden vi kjenner til. Eksempler på dette er det suverent største MMO som finnes, Second Life, som kan defineres som et samfunn i den virtuelle verden. Her utøver man en rolle, lik den man gjør utenfor nettsamfunnet. Men hva er så en rolle? En rolle er noe vi i dagliglivet gjør og utfører da vi forholder oss til andre mennesker. Vi spiller en rolle og ikke minst har en rolle i den verden vi lever i. Hvordan man velger å utspille sin rolle er opp til den enkelte, men like fullt en rolle, som også defineres av andre. Vi kan ikke skille hva som er virkelig og ikke, fordi den verden som er online i Second Life er like fullt reell for de som velger leve der, som den verden de fleste av oss

lever i. Men Second Life begrenser seg til internett og tar ikke hensyn til biologiske behov. Derfor kan vi kanskje si at den verden vi normalt kjenner er den virkelige verden. MMORPG på den andre siden er et spill, der man ikke spiller seg selv i like stor grad, men en definert figur. Her kan man ikke kontrollere den verden man spiller i, men må følge lover og regler definert av spillerselskapene. Det desidert største av dem alle er World of Warcraft, med over 12 millioner spillere på verdensbasis (Blizzard Entertainment 2010). Når man tenker seg at det finnes hundrevis av forskjellige MMORPG spill (Gjesvik 2009), kan man bare forestille seg antall spillere som spiller.

Tar vi antallet spillere og deler på 5 får vi den trolig antatte andelen av spillere som kan defineres som spillavhengige, og trenden øker. Antall spillere blir bare flere ettersom årene går og de som spilte som barn fortsetter å spille i voksen alder. Så den totale mengden spillere bare øker. (Norman 2008)

Total kontrolltap, en alvorlig form for nivå 3, ser man svært sjeldent. Dette i en sammenheng mellom hvor mange som tilfaller under denne kategorien i forhold til den enorme mengden spillere som spiller slike spill. De aller fleste som kan kalles avhengige av MMO/MMORPG klarer å ta beviste valg. Det er også relativt få som bevisst fortsetter å spille dersom de har innsett at spillingen kan påføre dem store og alvorlige problemer knyttet opp til dette. (Gjesvik 2009)

De fleste avhengige av online spill som påfører andre eller selv får problemer av spillingen, ser ikke spillingen som et problem for seg selv eller en forringelse av livskvalitet. De vil spille og har ingen problemer med dette i sine egne øyne og har en appetitt på spillingen, på tross av at omgivelsene deres mener det motsatte. Disse spillerne er da på nivå to. (Gjesvik 2009)

Alle som spiller online spill er på forskjellige steder i nivåangeringen. De aller fleste befinner seg tidlig i nivå 2 når spillingen starter, men mange ender opp i nivå 3 før det gjøres noe med avhengigheten.

2.5 Sammenhengen mellom sosial angst og dataspillavhengighet

Det er holdepunkter for å kunne, med noenlunde realistiske motiver, argumentere for at dataspill og sosial angst kan ha en sammenheng. Om en ikke direkte så indirekte. Dette fordi det er så komplekst. Derfor er case-studier så nyttige fordi man knytter tidligere erfaringer og atferd opp mot atferd over tid der spilling har vært dominerende hos individet for å se sammenheng. En stor studie er gjort i Taiwan gjennom case-studier av online spillere. De fant at en økning i tid brukt på slike spill ga dertil nedsatt funksjon i sosiale relasjoner utenfor spillet og økt sosial angst. (Lo, S.K.; Wang, C.C.; Fang, W. Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players. Dette er en betalingspublikasjon fra *Mary Ann Libert, Inc Publishers*. Det er en forskningsrapport gjort av taiwanske forskere i 2005)

Informanten mente at dataspillavhengighet ikke kan sees på annerledes enn andre former for avhengighet. Det være seg pengespill, alkohol, rus, sport eller andre former for aktiviteter som ved overdreven bruk kan føre til avhengighet. Svaret ligger i hjernen, og dens evne til å produsere diverse substanser, og som i denne sammenhengen er stoffet Dopamin. En forskningsrapport sier noe om dette.

Stoffet dopamin er en signalsubstans, som overfører kjemiske signaler fra en nervecelle til en annen, og dannes naturlig i hjernen. Stoffet er viktig for hjernens belønnings- og motivasjonssystem. Det spiller en rolle i forhold til avhengighet. Belønningssenteret stimuleres av dette stoffet og høyt dopaminnivå gir økt følelse av glede og velvære. (Letnes 2007)

Dopamin forsterker nerveimpulsene. Man får en sterkere opplevelse av aktiviteten som utløste dopaminutskillelsen. Det er dette dopaminet som gir rusopplevelser, som igjen gir velbehag og tilfredshet. Dataspill eller pengespill kan også gi økt utskillelse av dopamin. (Letnes 2007)

I en artikkel av Odd Letnes så har noen hjerneforskere ved Århus universitet funnet ut at dopaminnivået i hjernen stiger tre ganger så mye når man spiller voldelige dataspill, som når man tar en gatedose med kokain (Letnes 2007)

Dopaminets rolle er ett av de stoffene hjernen benytter for å overføre signaler til belønningssystemet i hjernen. Hvis aktiviteter som oppfyller våre behov blir tilfredstilt, så gir det en følelse av velbehag og man blir mer avslappet. (Letnes 2007)

Dette sier noe om hvilken ekstrem effekt dataspill i seg selv kan ha på personer. Mange opplever dette så sterkt at det blir en tiltrekning og en vilje til å spille som overskygger alt annet. På denne måten blir man dratt lengre og lengre inn i noe som til slutt kan føre til slik avhengighet at man ikke makter selv å komme ut av det. Sammenhengen mellom avhengighet og utviklingen av sosial angst kan sees på som et problem danner et annet. Personer som bruker mer og mer av sin tid til spilling, vil kunne bruke mindre og mindre tid til sosiale aktiviteter for til slutt å miste evnen til å fungere normalt blant andre personer. Det brukes med andre ord mindre trening på sosiale situasjoner utenfor spillet. Vi kan dele spillere av MMORPG inn i to grupper.

1. I denne gruppen befinner det seg personer som av forskjellige grunner bruker spillene til å mestre problemer på, noe som kan lede til en ond sirkel. Dette er mennesker som strever med stress, depresjon, lav sosial mostring, psykiske stress, følelsesmessige traumer og ikke minst angst. (Kringlen 2008)

2. I denne gruppen er mennesker som på grunn av spillenes strukturelle faktorer, og de følelsesmessige eller økonomiske gevinstene disse gir, blir ekstremt opphengt i dette. Disse menneskene har som oftest ikke noe underliggende problem som knytter dem til å starte spille. (Kringlen 2008)

Ut fra vår erfaring ser det ut til at de fleste spillere med alvorlige problemer hører til i gruppe 1, mens de fleste som spiller på en måte som oppleves sterkt problematisk av omgivelsene, befinner seg i gruppe 2. (Kringlen 2008:90)

Det er med andre ord menneskene i gruppe to som kan utvikle sosial angst på grunn av spillet. Det er også i denne gruppen vi finner de fleste spillerne, men som nevnt tidligere kan være på forskjellige stadier i sin spillavhengighet.

Online spillene har alle de komponentene som skal til for å gjøre et spill attraktivt og vanskeligere for individet og omgivelsene rundt å regulere. Online spillene er bygd opp rundt tid som innsats. (Gjesvik 2009)

Vi ser at høyfrekvent spilling fører med seg en investering av stadig mer tid (toleranse) og en endring av fysisk og psykisk tilstand når spillingen bringes til opphør (abstinens). Videre viser det seg at antall spilletimer per uke er avgjørende for opplevelsen av abstinens (uro, irritasjon og sinne): jo flere spilletimer, desto sterkere opplevelse av abstinens. Det samme gjelder opplevelsen av å ha det bedre med seg selv og det å spille på tross av manglende lyst: jo flere spilletimer, desto bedre opplevelse av seg selv, og desto større mulighet for å fortsette spillet selv om lysten til å spille egentlig ikke er der for øyeblikket. (Gjesvik 2009:87-88)

Mye tyder altså på at det kan være en sammenheng mellom overdreven spilling og sosial angst. Dette kan skyldes mange faktorer. I og med at MMORPG er et relativt nytt fenomen innenfor spill, der mengden tid som kan legges ned i spillene i teorien er uendelig, kun med begrensninger av vitale kroppslige nødvendigheter som søvn, mat og toalettbesøk. Det finnes i teorien heller ingen ende på disse spillene, der begrensningene kun er i hvor langt spillutviklerne vil la spillet forsette. På grunn av dette kan spillere kunne slutte å sosialisere seg på normalt vis, og kun få sosial trening via de sosiale nettverkene på nettet. Men som sagt så er ikke dette normale nettverk. Det er skapte nettverk som for de aller fleste spillere kun er figurer på en skjerm, som de aldri vil møte i virkeligheten. Informanten mente dette er noe som, for unge spillere som ennå går på barneskolen, kan være meget forstyrrende på den sosiale treningen. Informanten sa videre at det er denne treningen som skal sette dem i stand til å fungere i sosiale settinger sammen med andre mennesker. Når spillingen tar fullstendig overhånd og en avhengighet kan utvikles, er det sjanser for at personene kan utvikle sosiale hemninger som kan manifestere seg i sosial angst.

Men jeg vil påpeke at personer som spiller MMORPG er like sosiale, om enn mer, en andre. Problemet er bare at det sosiale aspektet normalt ikke ligger innefor deres fysiske rekkevidde. Det er sosiale forbindelser spillerne sjeldent drar nytte av i sitt normale nærmiljø. Det blir utelukkende begrenset til sosialitet foran skjermen, og det er her problemet i bunn å grunn ligger. (Taylor 2006)

Psykiateren som jeg intervjuet mener sjansen for å utvikle sosial angst absolutt er til stede, men det må presiseres at det er individuelle forskjeller fra person til person. Men det ser ut til at sjansen for å utvikle avhengighet og sosiale problemer øker med tiden brukt på spillet. Det er også mest ungdommer som er i faresonen. Den sosiale utviklingen i ungdomstiden går så raskt at om ikke ungdom får eksponert seg for slik sosial adferd, så kan de komme til å slite senere. Han mener at om spillingen tar overhånd så vil man senere ikke ha den naturlige kjennskapen til koder, språk, mellommenneskelige bånd, det motsatte kjønn osv. Dette kan da føre til slik usikkerhet senere at man vegrer seg for å eksponere seg for slike situasjoner, og med andre ord kan ha utviklet sosial angst/fobi. Kort fortalt, når andre har trent seg på å være sammen med hverandre, så har man sittet med spillet i stedet. Spillerne foretrekker det trygge og det de behersker best.

2.6 Teoretisk referanseramme

Som teoretisk referanse vil jeg bruke Hildegard Peplau. Hildegard Peplau er en amerikansk sykepleieteoretiker vis banebrytende arbeid *Interpersonal relasjons in nursing* ble publisert i 1952. Peplau la vekt på *sykepleier-pasient-relasjonen* som grunnlaget i sykepleieprosessen. Hennes arbeid ble sett på som en revolusjon med tanker som gi-og-ta i sykepleier-klient relasjonen. (Peden 1998)

Hun utviklet senere en modell som la vekt på behovet for partnerskap mellom sykepleier og klient i motsetning til at pasienten passivt mottok behandling og der sykepleieren passivt utførte legens forordninger. (Peden 1998)

Essensen i Peplaus teorier er skapingen av en delt opplevelse. Hun mente at sykepleiere kunne skape dette gjennom observasjon, beskrivelse, formulering, tolkning, validering og intervensjon. Ettersom sykepleieren lytter til klienten vil hun eller han f.eks. kunne utvikle et generelt inntrykk av klientens situasjon. Sykepleieren validerer så sine antakelser ved å sjekke med klienten om de er korrekte. Resultatet kan bli erfaringsbasert læring, forbedrede mestringsstrategier og personlig vekst for begge parter. (Peden 1998)

Dette kan sees i sammenheng med sosial angst der pasientene trenger tett oppfølging og validering av sine tanker og følelser, og det å bli sett og akseptert. Disse pasientene trenger trygghet og faste rammer som de kan forholde seg til. Det å behandle angst er en lang prosess der personene som er involvert best er tjent med å kunne stole på og kjenne hverandre i prosessen for å skape en trygg ramme for videre behandling gjennom interaksjon. Hun utviklet en seksdelte teori om sykepleierroller i behandlingen av psykiatriske pasienter. Disse rollene er: Fremmed, ressurs, underviser, veileder, surrogat og aktivt lederskap. (Peden 1998)

Når det gjelder hvordan Peplaus teorier kan komme til sin rett når det gjelder sosial angst er det mange ting som spiller inn. Men den mellommenneskelige modellen er viktig. Peplau utviklet en mellommenneskelig modell som la vekt på behovet for partnerskap mellom sykepleier og klient. Dette var en motpol til at klienten passivt mottok behandling. Når det gjelder sosial angst eller avhengighet er det viktig å ikke ha en ovenfra og ned holdning, men komme seg ned på deres nivå, for å observere og kartlegge problemene pasienten måtte ha. Sosial angst går ut over relasjoner og man har nedsatt trygghet til andre. Denne tryggheten må styrkes for best mulig å få gjennomført tiltak, uten at pasienten skyver seg unna og får mistillit. Her er selvtillit et viktig stikkord. Når det kommer til spillavhengighet kan man overføre hennes teorier til at man må skape en relasjon til pasienten og spillet, slik at man virker som man forstår hvorfor pasienten spiller. På denne måten vil pasienten føle at du som behandler er på lag og i et samspill, slik at man skaper relasjoner i stedet for at man blir skjøvet unna som en inntrenger som blir negativt i pasientens øyne.

2.7 Sykepleierens funksjon i helsefremmende og forebyggende tjenester

Helsefremmende og forebyggende arbeid skiller seg lite fra sykdomsforebyggende arbeid. Den dreier seg mer om å styrke helsen for pasienter før den svekkes, motsatt av å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade og død. Selv om målet er det samme er det en klar forskjell i ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler. (Mæland 2005)

Helse innenfor den helsefremmende ideologien forstås mer som et psykososialt begrep, enn som et biologisk begrep. Aspekter som er særlig viktige er;

Kontroll og mestring

Sosial rolleoppfyllelse og funksjonering

Personlig vekst og velvære

Sosial tilhørighet og identitet

Et sentralt ord er empowerment, som best oversettes til det å vinne større makt og kontroll over. Prosessen er like viktig som resultatet. Det å oppleve at man har kontroll over sitt liv, er viktig for selvbildet og mestringsevnen. Innenfor helsefremmende arbeid betraktes ikke folk som en målgruppe, men heller som aktive samarbeidspartnere. (Mæland 2005)

Dette er ideologier som står sterkt i Peplaus teorier også. Sykepleierens rolle blir dermed å prøve å skape et felleskap med pasienten og at sykepleier og pasient begge har en aktiv rolle i behandlingen. Det å styrke pasientens evne til å overkomme problemer mellom samarbeid, kunnskapsformidling og egne ferdigheter.

Terapeuten, som blir sykepleieren i dette tilfellet, kan være dirigerende. Dette ved påpekning av områder som pasienten skal forandre på. Terapeuten må lytte, akseptere, og tillate pasienten til å være seg selv. Her står åpenhet og ærlighet sentralt. Fokuset er ikke på sykdommen, men heller på pasientens vekstmuligheter og ressurser, og på den måten bearbeide problemet i positiv retning. (Hummelvoll 2004)

Kort fortalt blir sykepleierens rolle innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid å fremme pasientens ressurser og utviklingsmuligheter. Gjennom samarbeid og samspill kartlegger man problemet og sammen utvikler seg i en retning som er positivt for pasienten. Den trygghet og åpenhet rundt en problemstilling, det være seg sosial angst eller spillavhengighet i dette tilfellet,

kan man sammen komme frem til løsninger. På en slik måte bruker man pasienten aktivt i behandlingen, i stedet for å aktivt behandle pasienten, mens pasienten blir en passiv aktør. (Hummelvoll 2004)

3.0 Metodekapittel

3.1 Hva er metode og mitt valg av metode

Når man skal etterprøve påstander, er det viktig å bruke en metode som redskap for å finne ut om en påstand er sann, gyldig eller holdbar. Man kan definere metode som;

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”

(Dalland 2000:71)

Begrunnelsen for hvilken metode vi bruker forteller noe om hvordan vi mener den vil gi oss gode data på. Den er også med på å hjelpe og belyse det spørsmål vi har valgt på en faglig god måte.(Dalland 2000)

Jeg valgte å bruke et kvalitativt intervju. Med kvalitativ mener jeg å intervju informant i en dialogform, der jeg stilte spørsmål og tillegsspørsmål i forhold til informantens svar. På denne måten fikk jeg mer utdypende svar ettersom spørsmålene ble formulert i forhold til hvordan intervjuet skred fram. Jeg hadde klargjort spørsmål på forhånd, men valgte å supplere i samtalen.

3.2 Valg av informant

Jeg valgte informant ut fra hans kunnskap rundt spillavhengighet og sosiale problemer. Jeg følte det var viktig å få kartlagt hva disse begrepene innebar og hvordan sammenheng disse hadde. Han hadde nettopp gjort en undersøkelse rundt tema. Belysing av hvem disse pasientene var og hvilken betydning spill og sosiale problemer som var viktig.

3.3 Intervjuets ramme

Jeg valgte å avtale et møte med informant på hans arbeidsplass. Vi satt på hans kontor der han hadde alt av informasjon og hjelpemidler i forhold til det å besvare mine spørsmål. Jeg valgte å la

informanten få lese mine spørsmål i forkant slik at han kunne forberede seg noe på hvordan han ville svare. Dette benyttet han seg av og følte det var gode spørsmål, samtidig som han kom med svar som lå utenfor spørsmålets ramme. Dette var i tråd med min vurdering av hvordan intervjuet skulle forløpe seg, siden det skulle være rom for tolkninger og erfaringer av spørsmålene.

3.3.1 Anonymitet

Når det gjelder anonymitet i forhold til informanter er det viktig å vurdere hva personen selv har som ønske. Det er ikke viktig for oppgaven hva personen heter eller hvor han bor, men heller han/hennes informasjon rundt problemstillingen. Det som kan være viktig er å vite sosial bakgrunn, alder og kjønn. (Dalland 2000)

Dette kan være nyttig for å vite hvilken tilknytting eller rolle han/henne har for oppgavens problemstilling. Når det gjelder min informant så var det ingen problem for han å bli identifisert. Dette på bakgrunn av hans forskning og uttalelse i media. Men jeg valgte å holde informanten anonym da det ikke har noen nytte for min oppgave å identifisere han utover hans rolle til problemstillingen. Det var mer viktig for meg å få fram hva for profesjon han tilhørte og innenfor hvilke felt han opererte under i forhold til tema.

3.3.2 Etikk

Etikk i forhold til forskning er sentralt. Man bør stille spørsmål i forhold til hva og hvem som har nytte av kunnskapen som innhentes. Ambisjoner man selv har for forskningen der man vil utrette noe for andre med undersøkelsene er noe vi må vurdere. Vurdering av relevans og nytte kan føre til at man tenker seg om før man velger tema. (Dalland 2000)

Ved mitt intervju valgte jeg å presisere overfor informanten hva hensikten, nytteverdien og hva den gikk ut på. Jeg tror ikke at min undersøkelse og oppgave vil føre til problemer for noen personer og grupper da jeg er generell i min tematisering.

3.3.3 Hjelpemidler

Jeg valgte å bruke lydbånd som hjelpemiddel, da jeg så det som problematisk å skulle skrive ned hele intervjuet, noe som kunne føre til at jeg ble ufokusert og lite med i samtalen. Det fanger dessuten opp nyanser i språk og stemmeleie, noe som igjen kan si noe om informantens ønske eller mening rundt svaret. (Dalland 2000)

3.3.4 Potensielle fallgruver med intervju

Det er mange ting man må tenke på når man intervjuer. Vi må tenke på om intervjuobjektet har forstått spørsmålet riktig. Har han forstått svaret riktig og kan det være problemer med selve kommunikasjonen mellom informant og intervjuer. Om informanten misforstår spørsmålet eller på grunn av spørsmålsformuleringen ikke gir det svar som opprinnelig var formålet, kan dette føre til unøyaktighet, endret meningsinnhold og redusert pålitelighet. (Dalland 2000)

4.0 Drøfting

4.1 Møte med sykepleieren som første ledd i behandlingen

Når vi snakker om barn og unge som lider av spillavhengighet og som har tegn på sosial angst er dette noe som er svært vanskelig for andre utenfor familien og nær omgangskrets å fange opp. Hvordan man takler utfordringene som disse personene har så vil jeg si at intervensjon er et viktig virkemiddel. Med intervensjon menes å gripe inn i situasjonen. Mange barn og unge har kanskje ikke den nødvendige støtten eller forståelsen hjemme eller i omgangskretsen vedrørende sine problemer. Enten personen med problemet er beviste på problemene eller ikke så trenger de et apparat som fanger dem opp før det utvikler seg til et problem som kan bli vanskelig å reversere. Her er forforståelse og kunnskap viktig. Hvordan barn og unge bruker sin tid og hva som er vanlige aktiviteter er viktig å vite noe om. Både for foreldre, nærmiljø og skole.

Familien er den nærmeste og beste observatøren av et familiemedlems problemer. Om vi tar dataspilling som en problemkilde, så er det to tilstander som skiller seg ut. Forberedelse og avhengighetsbegrepet. Forberedelsesprosessen er knyttet til problemspilling mens avhengighetsbegrepet dekker det etablerte problemet. De fleste befinner seg i forberedelsesprosessen og derfor er regulering et tiltak av betydning. (Gjesvik 2009)

”Jeg kan ikke tvinge ham. Jeg har ikke mulighet til å gjøre noe med det. Han får bare sitte der”
(Mor til gutt 16, stort skolefravær, få venner i den vikelige verden) (Gjesvik 2009:92)

Her ser vi et eksempel på foreldre med lite kunnskap og forforståelse av problemstillingen til en spillavhengig. Mange familier har ingen forutsetning for å ha kunnskap om eller vite hva en ungdom i hjemmet bedriver eller har for problemer. Ungdommer er utrolig flinke til å skjule problemer eller dekke over handlinger på en slik måte at familien ikke ”ser” et problem før det er for sent. Derfor er det så viktig for skole, nærmiljø og sosiale nettverk til å fange opp atferd som avviker fra det normale. Det er her helsesøster kommer inn. Med sin kompetanse både på psykiske og somatiske problemstillinger står hun/han i en sterk posisjon i forhold til behandling, forebygging og intervensjon. Det forutsetter at helsesøster får inn opplysninger og tips om

personer som står i faresonen til å utvikle eller som allerede har et problem. Helsesøster blir da den første som kontaktes fordi skolen, som en meget sterk sosial aktør, raskt fanger opp endret handlingsmønster hos elevene. Det være seg via lærere eller elever. Det kan også være at helsesøster er den første som kontaktes av familien, fordi det er den enkleste og nærmeste støttespilleren man har for barn og unge i skolealder. Så samarbeid med familie blir viktig.

Når dette første steget er etablert har helsesøster også et ansvar for hva som skjer videre. Han eller hun må etablere tiltak som skal skje videre i en prosess, og skaffe seg oversikt over involverte parter og problemstillingen. (Lahnstein og Henriksen 2002) Spesielt viktig blir samarbeidet med familien.

Ved det første møtet mellom helsesøster og pasient, så er det først viktig å samle informasjon rundt problemet. Dialogen mellom foreldre, lærere, venner, eller andre som står personen nær kan gi viktige opplysninger. I felleskap kan man finne ut hvordan situasjonen er og hvordan det var før. Man må legge strategier for hvordan man vil imøtekomme pasienten. Pasienter med avhengighet og som viser tegn på sosiale problemer kan ofte være usikre, agerende, innesluttet og uforstående til problemet. Ofte snakker vi om personer som har hatt dette problemet over lang tid, noe man må ta hensynt til. Et godt eksempel på dette;

Han har sittet og spilt et år nå. Han droppet ut av skolen, snudd døgnet og går nesten ikke ut. Nå kler han ikke lenger av seg for natten, han sover med klærne på. Terapeuten mener vi ikke skal gjøre noe med spillingen hans. Vi har fått vite at terapi for depresjon vil avhjelpe problemet. I mellomtiden får vi bare vente. (Mor til gutt, World of Warcraft spiller) (Gjesvik 2009:90)

Her ser vi et typisk eksempel av ekstremspilling, men som ikke er noe unikt tilfelle. Her mangler personen selvregulering, forståelse av problemet og manglende vilje til forandring. Foreldrene vet ikke hvordan problemet skal adresseres. Man ser også at problemet blir definert som noe annet, i dette tilfellet depresjon. Ingen ser ut til å klare eller makter å gripe inn.

I en slik situasjon må sykepleier trå forsiktig fram. Om man går inn i situasjonen med myndighet, kan det være at personen trekker seg enda lengre unna. Peplau sin teori kan anvendes her. Det å skape relasjoner, trygghet, partnerskap og en dynamisk rolle til pasienten er viktig ved første

møte. Man må se situasjonen fra pasientens ståsted. Sette seg inn i hvordan han tenker. Informanten mener det er viktig å lære seg pasientens språk og holdninger. Gjerne gjennom å lære spillet å kjenne så man vet hva man snakker om, for på den måten oppnå kontakt.

Den første kontakten må gjøres på pasientens premisser. Det er hans arena man trer inn i. Informanten mente at ved sosiale forstyrrelser som angst blir man fort gjennomskuet som en trussel eller fremmed. Pasienten kan føle press og redsel for å bli frarøvet det som gir han tilfredsstillelse.

Sykepleieren må sakte men sikkert danne relasjon og trygghet. Samarbeid med familien blir viktig. Alle må opptre likt overfor pasienten gjennom kunnskap, holdninger og forståelse. Når høyfrekvent spilling skjer i omgivelser som ikke har, får eller tilegner seg kjennskap til fenomenet MMORPG-spilling, så kan faren for problemspilling øke. (Gjesvik 2009)

Sykepleieren burde bruke relasjonsbygging uansett hvor hard pasienten er rammet. Man er tross alt en fremmed for pasienten. Peplaus teori om sykepleier-pasient-relasjonen blir viktig.

Men det er viktig for sykepleier å også erkjenne manglende kunnskap og behandlingsressurser. Det er viktig å alltid tenke hva som gagnar pasienten mest. Om man ser at man ikke evner å behandle på en måte som vil kunne på sikt medføre positiv utvikling, så må man referere med andre. Det er da man henviser pasienten til andre kyndige som kan bidra med et utvidet tilbud. Dette kan være et tverrfaglig team som gir et bredt behandlingstilbud og/eller sammen med psykiater som lager et behandlingstilbud. (Lahnstein og Henriksen 2002)

4.2 Sykepleierens rolle i behandlingstilbudet

Som sykepleier har man myndighet og et ansvar for å tilrettelegge tiltak som er til det beste for den eller de det måtte gjelde. (Lahnstein og Henriksen 2002) Det første som må gjøres i et behandlingsperspektiv i forhold til personer med spillavhengighet og tegn på sosial angst er å skaffe oversikt over problemet. Ved helsefremmende og forebyggende behandling så er det ikke sykdommen i seg selv som står i fokus men samarbeidet mellom sykepleier og pasient, samt pasientens resurser. (Hummelvoll 2004)

Da vil mestring stå sentralt. En forskningsartikkel sier noe om dette;

I møtet med barnet/ungdommen og familien i et kommunalt lavterskeltilbud er det viktig å ha fokus på hva som hemmer, men først og fremst på hva som fremmer psykisk helse. For å få til dette må helsesøster lytte og lete etter mestringshistorier. Et mestringsperspektiv kan i større grad enn et sykdomsperspektiv avdekke nye muligheter og ubrukte sider hos den hjelpesøkende og i deres omgivelser. Man må spørre etter forhold som man vet har betydning for barns motstandskraft og egenverd - som kompetanse og tilhørighet. Har barnet en nær venn, eller en nær fortrolig? Hva mestrer barnet? Er det noe barnet er spesielt god på? Hvilken støtte har barnet i familie og nettverk? (Arnegård Cederkvist 2010:67)

Her ser vi viktigheten av forforståelse og kunnskap. Ut fra disse perspektivene kan man lage en plan for hvordan man vil gå fram sammen med pasienten. Jeg ser det som meget viktig at sykepleier har et godt samarbeid med familien, og at familien får god og kunnskapsrik informasjon om hvordan behandlingen skal foregå. Dette fordi det er familien som lever sammen med pasienten og vil kunne påvirke i størst grad. Dette kan også strekke seg til nærmiljø og sosialt nettverk, da særlig knyttet opp mot sosial angst. (Arnegård Cederkvist 2010)

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å forebygge og fange opp psykiske plager. Disse tjenestene når ut til de fleste, virker lite stigmatiserende, og det er mulig å kombinere et primærforebyggende perspektiv med spesielt fokus på utsatte grupper. (Arnegård Cederkvist 2010:69)

Men man må samtidig stille spørsmål ved om helsesøstertjenesten har tilstrekkelige rammer for å gi et godt tilbud til disse gruppene. De har enormt mye annet som skal foretas, som vaksinerings,

undersøkelser og opplysning. (Arnegård Cederkvist 2010) Jeg ser på tidsaspektet som helsesøstertjenesten har til rådighet som meget alvorlig, siden sykepleieren ofte er det første leddet i en behandling, og meget viktig for forebygging. Om ikke sykepleier er tilstede mer enn noen timer hver uke, så blir mye av det forebyggende og helsefremmende arbeidet problematisk, siden oppfølging blir vanskelig.

Men spillavhengighet og sosial angst har to forskjellige innfallsvinkler hva gjelder behandling. Informanten mente at ved avhengighet har man to valg. Man behandler spillavhengighet som en hvilken som helst annen avhengighet. Informanten sa videre at det er ulike syn på behandlingsmetodene i forhold til disse problemene generelt. Total avholdenhet kan fungere for noen, mens en gradvis nedtrapping fungerer for andre. Men han tilføyer at nedtrappingsmodellen har vist best resultat. De som behandles via total avholdenhet har en tendens til å "sprekke" og problemet kan eskalere til det verre.

Jeg vil se på en gradvis nedtrapping som den beste behandlingsformen. Dette fordi sykepleier får et tettere samarbeid med pasienten, der man sammen når målene som er satt. På denne måten også kan skape en tettere relasjon, samtidig som familie og nettverk kan vurdere resultater fortløpende og også bli en del av behandlingsopplegget.

Ved spillavhengighet er også variasjonene store fra pasient til pasient. Man kan innlede forhandlinger med pasienten der man setter mål. Dette kan være daglige, ukentlige eller månedlige mål. Disse målene forhandles via ønsker og behov. Sykepleier kan her gå inn i familiene å hjelpe med å sette mål som en upartisk medspiller. På denne måten blir sykepleier en forhandler, slik at verken foreldre eller pasient krangler om hva som er det beste. Det er viktig at sykepleier skaffer et bånd mellom både familie og pasient som part, slik at begge parter føler at dem blir hørt. (Gjesvik 2009)

Gjesvik sier målene kan være noe slik som;

Redusert spilling i ukedager, mot spilling i helger

Fri spilletid i helgene, mot aktiviteter utenfor hjemmet i ukedagene eller helgen

Bidrag i husholdningen, mot fri spilletid etter bestemte klokkeslett

Fri spilling innefor bestemte tider på dagen, mot sosiale aktiviteter før spillingen

Målene kan være mange og ønskene vel så mange. Det er viktig at sykepleier regulerer målene så begge parter føler dem både gir noe og får noe i prosessen. (Gjesvik 2009)

Men slike mål er bøyelige og mange ganger kan dette flyte ut og havne tilbake der man startet. Dette fordi pasienten klarer å omgå målene. Det være seg via løgn, unnasluntring, følelse av at man gir mer enn man får, at foreldrene ikke kan følge opp til en hver tid, osv. Det er da man må utvikle konsekvenser. (Gjesvik 2009) Her er også sykepleier et viktig redskap, fordi hun eller han er upartisk. Igjen må man finne ut hva for konsekvenser som pasienten ikke finner totalt urimelige. (Gjesvik 2009) Man må balansere varsomt når det gjelder avhengighet. Poenget er at konsekvensene må virke slik at de ikke virker mot sin hensikt. Pasienten må føle at det å holde avtalene gir en større bonus enn å bryte dem og eventuelt må møte konsekvensene. (Gjesvik 2009)

Når det gjelder sosial angst er det helt andre faktorer som spiller inn, om enn noe av de samme virkemidlene. Psykiateren mente at en form for kognitiv atferdsterapi og eksponeringsterapi var den behandlingen som ga best resultat.

Her kan sykepleieren virkelig bidra i behandlingen. Den kognitive behandlingen i dette tilfellet er at man i felleskap med pasienten finner ut konkrete begrensninger som er problematiske. Det være seg restaurantbesøk, gå i banken, gå i selskap, kinobesøk og andre sosiale aktiviteter som omhandler møte med eller omgang med mennesker. (Hummelvoll 2004) Så går man i gang med behandlingen som er å eksponere pasienten for de aktivitetene som skaper angst. Man må gå gradvis til verks. Først kan det være lurt for sykepleieren og pasienten og trene på reelle situasjoner sammen. Et slags rollespill der man prøver ut teknikker og måter å gjennomføre aktivitetene på, samtidig observerer man hvordan pasienten reagerer. Så kan man teste ut denne treningen i praksis for å se om erfaringene holder i praksis. (Hummelvoll 2004) Dette kan gjøres sammen med sykepleier eller via støtte av sykepleier, men utførelsen gjøres alene, med visshet om at det ”trygge” er i nærheten. Deretter bearbeider man eksponeringen i felleskap. Her kommer

tanker, følelser fram, og muligheten for å kunne korrigere metodene. (Hummelvoll 2004)

Å behandle sosial angst er en møysommelig oppgave som kan strekke langt ut i tid. Treningen og bearbeidelsen som gjennomføres setter pasienter ofte under enormt press, og kan slite på pasienten om ikke forholdene ligger til rette for tilstrekkelig tid og tålmodighet. Resultatet man vil oppnå med denne formen for trening er økt toleranse for aktivitetene som gir angst. På lang sikt vil man prøve å få pasienten til å kunne mestre teknikker selv, og kunne skape større trygghet i hverdagen. Sykepleieren kan hjelpe via samtaler og relasjonsbygging til å være en person man kan stole på og komme til om man skulle støte på problemer.

Alt i alt ser vi hvor viktig helsesøster er for unge mennesker. Muligheten til å nå ut til mange unge er unikt og gir mulighet til å forebygge samt fremme tiltak. Sykepleieren er et viktig verktøy for pasienter med avhengighet og sosiale problemer. Ikke minst i lys av sin stilling, der hun kan delegere og samarbeide tett med andre yrkesgrupper. Når vi snakker om sykepleiers evne til å hjelpe slike pasienter ser vi at hun eller han ikke kan make å gjøre alt selv. Med sin kunnskap kan hun være til stor hjelp både ute blant disse personene og i deres hjemmemiljø.

4.3 Sykepleier-pasient-relasjonen

Jeg ser på behandlingen av spillavhengighet og sosial angst som noe nyttig, der en sykepleier kan være et godt hjelpemiddel i behandlingen. Sykepleiere har tilstrekkelig etisk og medmenneskelig trening gjennom studiet og sitt arbeid, og kan virke som gode støttespillere for pasientene. Sykepleiere er også gode redskaper for å fange opp og skape relasjoner tidlig via skole, slik at unge mennesker har en fortrolig person og forholde seg til. Sykepleieren er også upartisk, noe som for mange kan sees på som en trygghet, siden det er snakk om så personlige problemer som disse er.

Det er viktig å lære pasienter å kjenne. Det å få en forståelse av hvordan pasienten opplever sykdommen eller lidelsen er avgjørende for utfallet. Det er også viktig for sykepleier å innhente kunnskaper rundt problemstillingen, og være imøtekommende for de behov en pasient har,

eventuelt ikke klarer ivareta selv. (Mekki og Tollefsen 2002)

Man må huske på at pasienter møter sykepleieren med all den ydmykhet og sårbarhet han eller hun måtte ha. Pasienten bretter ut sin personlighet for en fremmed og blottlegger seg totalt. Derfor er det så viktig at man setter seg inn i pasientens problem, å raskt skape relasjoner som igjen gir trygghet hos pasienten. Men samtidig er det viktig å ikke komme for nært pasienten. Pasienten trenger å føle at den personen man henvender seg til kan lede dem på rett spor. Dessuten er det viktig å ikke bli for personlig knyttet til pasienter siden dette kan utnyttes og igjen gi dårligere behandling og resultater. For meg er det viktig også å ha fokus på resultater. Man kan også behandle for mye og mange pasienter finner den tryggheten til sykepleieren så sterk at dem ikke klarer regulere eller hjelpe seg selv. Man må alltid ha en viss form for distanse slik at man ikke lar pasientene lene seg for mye over på seg selv som fagperson. Om resultater uteblir eller tar for lang tid, mener jeg at man må skifte fokus og se på andre måter å behandle disse gruppene på.

Tverrfaglig/tverretatlig samarbeid og vurdering kan gi en større problemforståelse som i størst mulig grad sikrer barnet riktig hjelp på rett nivå. Med et godt tilrettelagt tilbud innenfor helsesøstertjenesten kan flere barn og unge få oppfølging og behandling i kommunen. Det overordnede målet må være å styrke barns, unges og foreldrenes egne ressurser og deres egen mestringsevne. (Arnegård Cederkvist 2010)

Viktigheten av at pasientene er selvstendige individer som til syvende og sist må prøve å klare seg uten den støtten som var så vesentlig i starten. Dette tror jeg i lengden vil styrke pasientene og gi økt selvkontroll og trygghet.

5.0 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg prøvd å finne ut hvordan sykepleiere kan hjelpe unge personer som er rammet av spillavhengighet og som kan ha symptomer på sosial angst. Intervjuet av psykiateren ga meg kunnskap rundt hva avhengighet og sosial angst var. Via litteraturstudie har jeg fått et overblikk over hvor sykepleiers rolle ligger i forhold til slike pasienter. Resultatene jeg kom over var nyttige da jeg på forhånd hadde etablerte tanker om hvordan både spill og sosial angst henger sammen, samt behandlingen av dette. Jeg har spurt meg selv mange ganger under prosessen om relevansen av problemstillingen har noe for seg i en sykepleiers arbeid. Jeg har funnet ut at dette er en relativt ny problemstilling, men som i økende grad kan påvirke en sykepleiers hverdag. I og med at man i dag kanskje ser på disse problemene separat og behandler deretter, så vil kunnskap rundt sammenheng mellom disse mulig føre til økt bevissthet og nye behandlingsformer og metoder. Sykepleiers rolle begrenser seg til hvor mye tid den enkelte sykepleier har i helsesøstertjenesten til å ta seg av psykiske problemer blant unge. Kunnskap og evne til å delegerer og samarbeide med andre yrkesgrupper om nødvendig stiller sykepleieren i en unik posisjon. Sykepleieren kan med sine erfaringer hun gjør på ”grasrotnivå” være med og øke kunnskap blant andre yrkesgrupper. Slik jeg ser det er har sykepleieren en unik posisjon innenfor helseforebyggende og helsefremmende virksomhet.

Når det gjelder min søken etter en sammenheng mellom sosial angst å spill, så er dette ennå noe som er lite forsket på og som er vanskelig å finne empiriske data eller litteratur på. Men det finnes lyspunkt. Forskningen rundt temaet tas på alvor i noen asiatiske land der dataspill er i enorm vekst og antall spillere stiger eksponentielt, men som ennå kun er i startfasen. Som skrevet tidligere så er det holdepunkter for at det kan være en sammenheng. Psykiateren mente også at i ekstreme tilfeller vil man se en sammenheng mellom disse problemstillingene.

Jeg tror vi som sykepleiere kan bidra mye i behandlingen og forståelsen av slike pasienter. Ved kunnskap rundt feltet tror jeg forebygging og helsefremmende tiltak kan skape ny presedens i forhold til slike kasus. Sosial angst virker å være etablert og behandling er til stede, men i sammenheng med dataspill tror jeg vi ennå har langt å gå.

Som Gjesvik sier;

Uvitenhet kan føre til unnfallenhet: Man gjør ingen ting, for man vet ikke hva man skal gjøre. Videre kan manglende kjennskap til fenomenet før til at man sammenligner med andre, lignende fenomener og problemer, for eksempel rusavhengighet. Noen ganger kan det være til hjelp, men andre ganger kan det medføre at man ikke ser problemet eller fenomenet for hva det egentlig er. (Gjesvik 2009:91)

6.0 Avslutning

Jeg startet på denne oppgaven i den hensikt å prøve belyse et tema som for meg var ukjent. Det har vært krevende og utfordrende å klare finne ut hvordan problemstillingen påvirket sykepleieres hverdag. Under arbeidet med å skaffe informanter var det vanskelig å få noen til å uttale seg rundt tema. Det viste seg at få sykepleiere hadde erfaring innen denne typen problemstilling. Det er et så nytt fenomen at noen konkret strategi for hvordan man møter slike pasientgrupper ikke ser ut til å være et tema. Derfor ble det enda viktigere for meg å prøve forklare problemstillingen og prøve finne ut hvordan dette sammenfaller med en sykepleiers arbeid. Jeg valgte helsetjenesten som arena da det viste seg at det er disse sykepleierne som har mest kontakt med barn og unge. Valget av helsesøster som arena var også på grunn av at de har hovedvekt på forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette så jeg på som viktig for mitt valg av problemstilling.

Når jeg så skulle velge informant så var det i lys av at jeg skulle bruke litteraturstudie for å forklare sykepleiers rolle. Men jeg sto fortsatt igjen med spørsmål rundt begrepsforklaringer rundt problemstillingen. Jeg valgte en psykiater som hadde hovedvekt på barn og unge, siden han kanskje kunne gi meg god informasjon rundt hvordan spill og sosiale forstyrrelser hang sammen. Dette også i lys av at han hadde foretatt en undersøkelse rundt dette tema.

Når jeg skal evaluere resultatet av oppgaven, så har jeg funnet ut at sykepleiers rolle er svært viktig i form av helseforebyggende tiltak. Siden dette er et tema som ennå ikke er belyst i stor grad, så ser jeg hvor viktig det er for sykepleiere å vite noe om fenomener som ligger i fremtiden. Det å forebygge og hjelpe pasienter med kjente problemstillinger er noe helsesøster allerede gjør godt, men kunnskapen rundt denne raskt økende problemstillingen virker svak for de aller fleste sykepleiere. Jeg så også viktigheten med å kunne arbeide tett opp til andre faggrupper og etater, for på den måten kunne øke egen kunnskap rundt tema som kanskje andre faggrupper vet mer om. Alt i alt så har jeg funnet ut at økt kunnskap gir bedre evne til å kunne evaluere og hjelpe pasienter innenfor nye problemstillinger. Men også at ulike faggrupper må støtte seg på hverandre i økende grad.

7.0 Litteraturliste

Bøker:

Dalland, O (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gjesvik, K (2009). *Lek eller alvor?: Online rollespill og virtuelle verdener*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Hummelvoll, J.K (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kringlen, E (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lahnstein, G, Henriksen K-H (red.) (2002). *Aktuelle lover for helsetjenesten*. Bekkestua: NKI Forlaget

Mekki, T.E, Tollefsen, S (2002). *På terskelen: Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe Forlag

Mæland, J.G (2005) 2.Utgave. *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Norman, K.L (2008). *Cyberpsychology: An introduction to human-computer interaction*. New York: Cambridge University Press

Taylor, T.L (2006). *Play between worlds: Exploring online game culture*. Cambridge, MA: The MIT Press

Artikler:

Peden, A.R (1998). The evolution of an intervention – The use of Peplau`s process of practice-based theory development. s. 173-178. I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* nr. 5.

Tidsskrift:

Arnegård Cederkvist, G (2010) Psykisk helsetjeneste i kommunen hjelper barn og unge på deres egen arena. s.66-69 I: *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 98.

Letnes, O (2007). Rusa på kroppens egne stoffer. *Internett Tidsskriftet Forskning.no*
<http://www.forskning.no/artikler/2007/mai/1180008477.05>

Offentlige publikasjoner:

World Health Organization (2007). ICD-10. Geneva, Switzerland
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Internettlinker:

Blizzard entertainment (2010). ESRB privacy online. New York
<http://www.worldofwarcraft.com/index.xml>

Samtykkeskjema

Jeg er sykepleierstudenter på 6. semester som skriver en bachelor oppgave. Temaet er ” Hvordan kan sykepleiere hjelpe unge personer som lider av spillavhengighet og som kan ha utviklet sosial angst?”. Jeg vil prøve finne en sammenheng mellom sosial angst og spillavhengighet og hvordan vi som sykepleiere kan være med i et behandlingsopplegg knyttet til dette.

Jeg ønsker å intervju en psykiater og eventuelt en sykepleier som jobber innenfor denne pasientgruppen. Det blir et ustrukturert intervju basert på spørsmål om erfaring og tanker om problemstillingen rundt sosial angst og spillavhengighet.

Sykepleiers rolle innenfor behandling av disse pasientene er noe uklar for meg og vi vil derfor med hjelp av deres erfaringer få svar på problemstillingen.

Jeg vil bruke skrevne notater og eventuelt en båndopptaker og det intervjuet kommer til å vare fra ca. 0,5 time – 1 time, eventuelt lengre om intervjupersonen har tid og ubesvarte spørsmål ennå foreligger.

Som enkeltperson er du anonym, og arbeidsplass, kommune vil også være anonymt. Derfor ser vi ikke noen risiko ved å delta.

Du kan trekke deg fra undersøkelsen når som helst i forløpet og om du måtte ønske det kan du få kopi av den ferdige oppgaven.

Ved å signere dette skjema, gir dere samtykke til å delta i denne undersøkelsen.

På forhånd takk

Vennlig hilsen

.....

Navn: _____

Signatur: _____



Jnr. _____

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: _____

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift