



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling Kongsvinger

Ada Linnea Paulsen og Kine Madeleine Hanssen

Veileder: Åse Monica Leirvik

**4BACH**

Bacheloroppgave i sykepleie

**Sult som styrke og kontroll**

Hunger as strength and control

BASY/BASYK 2012

2015

Antall ord: 11 586

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Anorexia nervosa er den mest omtalte spiseforstyrrelsen, og ifølge Folkehelseinstituttet (2014) vil 50 000 norske kvinner til en hver tid ha en spiseforstyrrelse, og av disse vil 2700 kvinner ha anoreksi.

**Hensikt:** Vi ønsker med vår oppgave å rette fokuset på hva som kreves for å oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient på en medisinsk sengepost, og som danner grunnlaget for et godt og gjensidig samarbeid. Hovedfokuset vil være å bidra til et godt sykepleier-pasient forhold for å gi pasienten håp, økt livskvalitet og selvfølelse for videre behandling.

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudie som er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler som er funnet på British Nursing Index, Cinahl og PubMed.

**Resultat:** Funnene viser at en kombinasjon av tillit, trygghet, kommunikasjon og kunnskap er det som skal til for å lykkes med å skape en god relasjon til en ung jente med anoreksi på en medisinsk sengepost. Det er av stor betydning å ha en primærsykepleier å forholde seg til, da det er viktig med kontinuitet og regelmessighet. Det har også vist seg å være en del utfordringer for sykepleieren i møte med denne pasientgruppen.

**Konklusjon:** Hovedmålet med å skape en god relasjon er at pasienten kan bli behandlingsklar. Det alle må huske på er at alle individer er unike og opplever sykdom og smerte individuelt, og skal respekteres uansett. Som sykepleier er det viktig å ha gode faglige kunnskaper og ferdigheter innen relasjonsbygging.

**Nøkkelord:** Anorexia nervosa, relasjonsbygging, sykepleie, unge jenter og medisinsk sengepost.

## Forord

*Da vi var i praksis på sykehuset, opplevde vi en ganske spesiell situasjon. Ei ung jente på 17-18 år var innlagt på medisinsk sengepost. Sliten, nervøs og tynn som hun var skjønnte vi fort at denne unge jenta ikke hadde det særlig bra. Vi satt oss ned ved sengen hennes etter at legevisitten var over, og sa til henne at "vi er her om du trenger noen".*

*Hun gråt sårt og sa ingenting. Men så åpnet hun seg og fortalte oss hva som hadde skjedd: "Jeg har anoreksi, jeg sliter, men jeg vil ikke ha hjelp – i hvertfall ikke av sykepleieren som nettopp var her. Hun var så frekk mot meg. Hun brydde seg ikke om hva jeg følte, og jeg vil ikke snakke med henne igjen!".*

*Hun uttrykte frustrasjon over situasjonen og hvordan sykepleieren hadde opptrådd. Sykepleieren hadde ifølge jenta opptrådd på en spydig, arrogant og ufølsom måte.*

*En sykepleier skal vise alle sine pasienter respekt og verdighet, og for oss var dette vondt å høre. Hvordan skal man kunne opparbeide gode relasjoner til pasienter med en slik psykisk lidelse , hvis man opptrer uprofesjonelt?*

*Vi sitter igjen med en vond opplevelse av hele situasjonen, og tenker for oss selv; Hvordan kunne denne situasjonen vært unngått?*

- selvopplevd hendelse.

# Innholdsfortegnelse

## Sammendrag

### Forord

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	7
1.3 BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING.....	8
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING .....	9
<b>2. METODE .....</b>	<b>10</b>
2.1 VEIEN TIL KILDENE .....	10
2.2 FREMGANGSMÅTE FOR ARTIKKELSØK.....	11
2.3 VALG AV FORSKNING .....	12
2.4 KILDEKRITIKK .....	15
<b>3. UNGE JENTER MED ANOREXIA NERVOSA .....</b>	<b>17</b>
3.1 HVA ER ANOREXIA NERVOSA? .....	17
3.2 FOREKOMST.....	17
3.3 UTLØSENDE ÅRSAKER.....	18
3.4 KJENNETEGN VED ANOREXIA NERVOSA.....	18
3.5 ALVORLIGE KONSEKVENSER.....	19
3.6 Å LEVE MED ANOREXIA.....	20
3.7 BEHANDLING.....	20
<b>4. HVA ER SYKEPLEIE? .....</b>	<b>22</b>
4.1 RELASJONSBYGGING .....	22
4.2 SYKEPLEIETEORI .....	23
4.2.1 <i>Travelbees interaksjonsteori</i> .....	23
4.2.2 <i>Hummelvolls teori</i> .....	25
<b>5. DRØFTING.....</b>	<b>28</b>
5.1 TILLIT OG TRYGGHET .....	28
5.2 KUNNSKAP OG KOMMUNIKASJON .....	31
5.3 UTFORDRINGER FOR SYKEPLEIEREN .....	34
<b>6. KONKLUSJON .....</b>	<b>37</b>

---

LITTERATURLISTE.....	39
VEDLEGG 1	

# 1. Innledning

En psykisk lidelse som spiseforstyrrelse kan ofte vekke vonde følelser og et ubehagelig tankekaos, enten vi er pasienter, pårørende eller helsepersonell. Dette temaet er fortsatt svært tabubelagt, og det kan derfor være en årsak til at det finnes store mørketall (Norsk helseinformatikk, 2015)

I dagens samfunn er det en stadig kamp for unge jenter om å se best mulig ut, og det er derfor blitt et økende press på jentene. Det fokuseres ekstremt mye på vekt, kropp, mat og utseende. Det enorme presset kan derfor ta overhånd og en spiseforstyrrelse kan lettere utvikles.

Vi har med denne bacheloroppgaven valgt å skrive om en så utfordrende og krevende sykdom som anoreksi hos unge jenter. Fokuset er rettet mot relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient, og hva som kreves for å få dette til. Som sykepleierstudenter har vi vært gjennom mange ulike praksisperioder, og opparbeidet oss en del kunnskaper og erfaringer. Vi har derfor sett viktigheten av å skape gode relasjoner til pasienter, uansett pasientgruppe. Det skal ligge i sykepleierens natur å vise pasienter respekt, verdighet og gode holdninger.

Gjennom oppgaven vil vi tilegne oss mer og bedre kunnskap om sykdommen, og hvordan man skal møte disse jentene ved å bruke relevant litteratur i form av pensum, selvvalgt og forskning.

## 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Betegnelsen spiseforstyrrelser kan deles inn i flere undergrupper, som: anorexia nervosa, bulimia nervosa, overspising og patologisk oppkast (Snoek & Engedal, 2005). Vi har valgt å skrive om anorexia nervosa hos unge jenter, fordi vi brenner for dette temaet og vi ønsker å bidra til en endring hos sykepleierne. Vi har også en del kunnskaper om dette temaet fra før, ettersom vi selv har vært i liknende situasjoner og vet hvordan vi ikke vil bli behandlet. Man leser og hører stadig om denne psykiske lidelsen i media, og flere og flere havner i denne situasjonen. Det er også et veldig relevant og dagsaktuelt tema.

---

Etter den selvopplevde hendelsen med den unge jenta på sykehuset, ville vi fordype oss mer for å finne ut av hvordan denne situasjonen kunne vært unngått. Spiseforstyrrelsen anorexia nervosa er et veldig relevant tema og et viktig fordypningsområde for oss kommende sykepleiere, ettersom vi kan møte disse jentene samt deres pårørende på ulike praksisplasser. Vi har valgt å ta utgangspunkt i disse unge jentene på en medisinsk sengepost, fordi det ikke blir satt like mye fokus på samtale her, som det blir på en psykiatrisk avdeling.

Vi ønsker med vår oppgave å rette fokuset på hva som kreves for å oppnå en god relasjon mellom sykepleier og pasient, og som danner grunnlaget for et godt og gjensidig samarbeid. Hovedfokuset vil være å bidra til et godt sykepleier-pasient forhold for å gi pasienten håp, økt livskvalitet og selvfølelse for videre behandling.

Anorexia nervosa kan ses på som en utfordrende lidelse, fordi den ofte er sammensatt med flere lidelser (Skårderud, 2013). Det kan derfor virke skremmende for sykepleiere som ikke har nok kunnskap, da de kan føle seg maktesløse under selve behandlingen av anorexia nervosa .

Vi ønsker derfor å kunne videreformidle den nye kunnskapen vi sitter igjen med etter endt bacheloroppgave.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette litteraturstudiet er å finne ut av hvordan sykepleieren kan skape en god relasjon med den unge jenta som lider av anorexia nervosa på en medisinsk sengepost.

Problemstillingen vår er dermed: *Hva skal til for at sykepleieren skal lykkes med å skape en god relasjon til en ung jente med anorexia nervosa på en medisinsk sengepost?*

For å kunne svare godt på vår problemstilling, har vi tatt for oss noen underspørsmål som vi vil ha med oss inn i drøftingen:

*Hvilke utfordringer kan sykepleieren stå ovenfor i samarbeidet med den unge jenta?*

*Hvordan burde sykepleieren ha møtt jenta?*

## 1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

Her har vi valgt å definere og forklare begrepene i problemstillingen kort, og utdype dem videre i oppgaven.

**Anorexia nervosa** er en spiseforstyrrelse, hvor et selvpåført vekttap på minst 15%, eller en BMI på under 17,5 inntreffer (Engedal & Engelstad Snoek, 2005).

Begrepet **relasjon** stammer opprinnelig fra det latinske ordet *relatio*, og forklares ved at én gjenstand er i en forbindelse med en annen. I det hverdagslige blir relasjonsbegrepet brukt om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2009).

**Sykepleierens** funksjon består i å hjelpe mennesker til å utføre handlinger som bidrar til helse, gjenvinning av helse eller en fredfull død, om mennesket er sykt eller friskt. Sykepleieren har også som funksjon å hjelpe til slik at det andre mennesket skal klare seg selv, så fort som mulig (Mathisen, 2011).

Vi har valgt å bruke sykepleieteoriene til Travelbee og Hummelvoll, av den grunn at deres teorier bygger på relasjonsbygging. Vi har valgt å vektlegge Travelbees interaksjonsteori om menneske-til-menneske-forhold, selv om hun skriver veldig omfattende om mange forskjellige temaer innenfor sykepleiefaget. Valget falt også på Hummelvolls teori om sykepleier-pasient-fellesskapet.

Vi valgte å begrense aldersgruppen til 12-20 år, ettersom det er i denne perioden spiseforstyrrelsene som oftest debuteres. Når vi skriver "pasienten" eller "pasientene", mener vi de unge jentene med anoreksi. Vi har også skrevet både "anorexia nervosa" og "anoreksi" fordi anorexia nervosa er den offisielle betegnelsen på sykdommen, mens anoreksi er det norske ordet for sykdommen. Vi utelukket gutter i oppgaven, ettersom de er i mindretall.

Vi har avgrenset oppgaven vår i forhold til problemstillingen om medisinsk sengepost. Vi vil ta for oss hva som skal til for å skape den gode relasjonen generelt for alle sykepleiere på ulike avdelinger. Vår pasient møter vi på en medisinsk sengepost hvor det fokuseres mest på en somatisk innleggelsesårsak (som er forårsaket av sykdommen anoreksi), og mindre på det psykiske. Vi har valgt å ta med medisinsk sengepost i problemstillingen for å rette fokuset mot helhetlig sykepleie på sengeposten, og kunne skape endringer hos de ansatte.



---

Vi skulle egentlig skrive generelt om spiseforstyrrelser blant unge jenter mellom 12-18 år. Etter nærmere ettertanke er dette temaet ganske stort og det var vanskelig å lage en konkret problemstilling. Vi ville derfor begrense dette til en medisinsk sengepost grunnet den uheldige opplevelsen vi hadde der i praksis. Det ble også derfor mer relevant i forhold til vår grunnutdanning som sykepleiere. Dette er noe alt helsepersonell kan møte i praksis og derfor er det viktig for oss å sette lys på akkurat dette temaet, når det er så lite undervisning om det.

## 1.4 Oppgavens oppbygging

Vi har tatt utgangspunkt i hendelsen fra praksisfeltet, begrunnet valget av temaet, og formulert en problemstilling ut i fra dette som vi vil fordype oss mer i.

I metoddelen har vi tatt for oss hva som menes med et litteraturstudie og hva som er hovedkildene våre. Videre beskriver vi hvordan vi har kommet frem til de relevante artiklene, litt om hvilke forskningsartikler vi har brukt i oppgaven og hvorfor vi har valgt akkurat dem. Avslutningsvis av metodekapittelet har vi skrevet litt om kildekritikk og hvordan vi har brukt dette.

Teoridelen belyser fakta om anorexia nervosa, forekomsten, utløsende årsaker, kjennetegn, alvorlige konsekvenser, hvordan det er å leve med sykdommen, og behandling. Så har vi tatt for oss hva sykepleie er i forhold til hvordan relasjoner blir opparbeidet, og også to ulike sykepleieteorier som vi mener har betydning for dette temaet.

I drøftingsdelen har vi valgt å drøfte forskningsartiklene og teoriens holdepunkter opp mot vår problemstilling og avgrensede underspørsmål. Her tar vi for oss menneske-til-menneske-forhold og sykepleier-pasient-felleskapet i forhold til tillit og trygghet, kunnskap og kommunikasjon og utfordringer for sykepleieren.

Avslutningsvis kommer en konklusjon der vi svarer på problemstillingen, og hvordan arbeidet har vært.

Til slutt har vi lagt med et vedlegg om artikkelsøket.

## 2. Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert (1985) definerer 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 formålet, hører med i arsenalet av metoden”* (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

Dalland (2012) skriver at en metode er et verktøy som kan tas i bruk for å tilegne eller utprøve ny kunnskap, komme fram til det vi vil fordype oss i, og hjelpe oss til å innhente relevant informasjon. Dalland (2012) skiller på to typer metoder; kvantitative og kvalitative. Den kvantitative metoden vil gi informasjon i form av målbare enheter. Den kvalitative metoden tar utgangspunkt i meninger, opplevelser og erfaringer fra virkeligheten som ikke er tallfestet, og har som mål å formidle forståelse og få fram helhet og sammenheng.

I retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie ved høghskolen i Hedmark, er det bestemt at oppgaven skal være et litteraturstudie, som også kan bygge på egenerfaringer fra praksis.

Begrepet litteraturstudie betyr at man tar i bruk aktuell litteratur i forhold til en problemstilling, som innbærer forskningsartikler, bøker og tidsskrifter. (Dalland, 2012). Leseren kan derfor få mulighet til å øke forståelsen av et spesielt tema.

### 2.1 Veien til kildene

I vår bacheloroppgave tar vi for oss pensum litteratur, fordi vi vet at fagpersoner står bak utgivelsene, og at det er godkjent og relevant litteratur innenfor sykepleie. Det ble også tatt i bruk en del selvvalgt litteratur. Vi har valgt å bruke informasjon fra nettsider, som vi vet er godkjent fra skolen. Relevante forskningsartikler til vår oppgave er nærmere beskrevet senere i metodekapittelet. Oppgaven vår bygger også på egenerfaringer.

#### **Hva er hovedkildene våre?**

Sykepleierteorien vi har valgt bygger på Joyce Travebees interaksjonsteori, og tar høyde for menneske-til-menneske-forholdet, kommunikasjon og det å bruke seg selv terapeutisk. Vi brukte først *”Grunnleggende sykepleie bind 1”* (2011) av N. J. Kristoffersen som har en lærerutdanning fra Norges Sykepleierhøgskole og tatt eksamen i sykepleievitenskap ved

---

UiO, for å finne informasjon om Travelbees teori. Ettersom dette er pensumlitteratur anser vi denne som holdbar, men siden dette er en sekundærkilde ville vi heller bruke primærkilden som er Joyce Travelbees bok; ”*Interpersonal Aspects in Nursing*”. Denne boken ble oversatt til norsk i 1999. Den boken vi har brukt; ”*Mellomenneskelige forhold i sykepleie*” er oversatt av K. M. Thorbjørnsen, og utgitt i 2011. Det vi må ta med i betraktningen av Travelbees teori, er at den kom ut for første gang på 60-tallet som en reaksjon på avhumaniseringen i helsesektoren etter andre verdenskrig. Det er mye som har forandret seg siden den tid. Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier og var opptatt av at mennesker ble sett på som unike individer.

Vi har også brukt litt av Jan Kåre Hummelvolls teori om sykepleier-pasient-fellesskapet hvor de ni hjørnesteinene er aktuelle for å opparbeide en god relasjon. Denne informasjonen har vi hentet fra Hummelvolls bok; ”*Helt – ikke stykevis og delt*” (2012). Hummelvoll er proffessor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ved høgskolen i Hedmark. I tillegg til å være en primærkilde er dette også pensumlitteratur, og vi anser den derfor som holdbar.

Vi har valgt å bruke mye litteratur av Finn Skårderud. Han er en anerkjent professor i psykiatri, forfatter, psykiater og ekspert på spiseforstyrrelser, og har egne institutt for spiseforstyrrelser og mentalisering der helsepersonell kan tilegne seg ny og bedre kunnskap. Den boken vi har brukt mest er ”*Sterk/ svak – håndboken om spiseforstyrrelser.*” (2013). Det er en primærkilde ettersom det er Skårderud selv som har skrevet den. Vi har også brukt Skårderuds hjemmeside [www.skarderud.no](http://www.skarderud.no) for å lese historier om spiseforstyrrelser, hans biografi og bibliografi, og om hans nye institutt *Villa Sult*.

Vi har valgt å bruke én skjønnlitterær bok av den Norgeskjente bloggeren Linnea Myhre. Boken vi har brukt heter ”*Evig søndag*” (2012), og er skrevet som en dagbok hvor hun er åpen om sin psykiske lidelse; anoreksi. Vi valgte å ta med denne boken fordi hun beskriver så tydelig hvordan livet med anoreksi kan være, og at sykdommen kan ta overhånd.

## 2.2 Fremgangsmåte for artikkelsøk

Før vi begynte å søke bestemte vi oss for at vi skulle søke etter den nyeste og mest relevante forskningen. Vi vet at det tar lang tid å utarbeide en ny forskningsartikkel, og vurderte derfor de ”noe eldre” (2000, 2004) artiklene som fortsatt gode og relevante for vår oppgave. Innholdet skulle også omhandle anoreksi til unge jenter, sykepleie og relasjoner.

Søkeordene vi har brukt er: anorexia, anorexia nervosa, adolescents, caring, relationship, nursing, nursing care, spiseforstyrrelser, anoreksi, relasjoner og sykepleie. Disse ordene har vi søkt på både hver for seg og i ulike kombinasjoner. Når vi søkte på søkeordene hver for seg fikk vi opp et stort antall artikler, og ettersom vi har en problemstilling som omhandler relasjonen mellom sykepleier og en pasient med anoreksi, måtte vi kombinere søkeordene for å få best mulig resultat og gode artikler. Se vedlegg 1 på artikkelsøk.

Søkene ble foretatt i ulike databaser og vi har brukt British Nursing Index, Cinahl, PubMed, SveMed+ og sykepleien.no. Ved de fleste søk var vi nødt til å åpne fulltext i en annen database enn den vi søkte i.

Vi begynte med å se på artikkel titlene, for så å lese abstraktet slik at vi fikk innsikt i hva artiklene handlet om og om de var av betydning for vår hensikt. Om abstraktet vekket interesse hos oss, valgte vi å lese hele artikkelen i fulltekst med sjekklisteskjemaet som kvalitetssikring. Grunnen til at vi valgte å utelukke noen artikler var at de ikke hadde utgangspunkt i det vi hadde fokus på i vår oppgave. Det var mye fokus på behandling og generelt om spiseforstyrrelsen anorexia nervosa.

Vi fant ingen relevante artikler hos SveMed+, og har derfor bare nevnt av vi har søkt der. I Sykepleien.no søkte vi på spiseforstyrrelser, og fant en oppsummert forskning som handler om å være fanget i egen kropp. Vi søkte på tittelen til forskningen i Cinahl og fant primærkilden her med fulltekst.

Vi brukte søkeordene i forskjellige kombinasjoner og valgte British Nursing Index, Cinahl og PubMed som databaser, og kom tilslutt fram til seks gode forskningsartikler som passet til vår oppgave.

## 2.3 Valg av forskning

Forskningsartiklene vi har valgt er alle kvalitative studier. Dette er tilfeldig, men det var de som svarte best på vår problemstilling. Vi vil kort si noe om hovedpunktene til artiklene vi har valgt og hvorfor vi har valgt dem.

*1) An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals (Wright & Hacking, 2012)*

---

Denne forskningsartikkelen fokuserer på det terapeutiske forholdet mellom sykepleiere og kvinner med anoreksi. Studien konsentrerer seg om seks punkter som er viktige i det terapeutiske forholdet; ærlighet, sikkerhet, skille mellom person og sykdom, bedring målt i kilo, håp, optimisme og omsorg. Studien vil få frem viktigheten av kontinuitet og regelmessighet ved bruk av primærsykepleiere, og at kvinnene følte seg tryggere med en ”beskyttende engel”.

Vi leser at studien legger mye vekt på behandling og fremgang hos de anoreksia-syke, men vi ser også at det fokuseres på forholdet mellom sykepleieren og pasienten. Valget falt på denne artikkelen ettersom den sier noe om viktigheten med å opparbeide en relasjon med pasienten.

*2) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective (Kars, Meerwijk, van Elburg, van Meijel & van Ommen, 2009)*

Dette er en studie gjort på grunnlag av pasientperspektivet, og beskriver hvordan pasientene vil bli ivaretatt av sykepleierne. Fokus for sykepleien i dette studiet var å skape normalisering, struktur og ansvar. Studien understreker at gjensidig tillit er vesentlig for å skape gode relasjoner. Studien peker på hvor viktig det var for pasientene å oppnå god terapeutisk relasjon til sykepleieren. Det var av betydning for pasientene at sykepleieren viste respekt, gode holdninger, tilgjengelighet, forståelse, pålitelighet og omsorg. Det viste seg også at et tillitsfullt forhold kom lettere til syne om sykepleieren hadde erfaringer og god kunnskap om spisevegring. Det ble da lettere og mer befriende for pasienten å snakke om ting som ble sett på som pinlig.

Denne studien valgte vi å ta med fordi vi ville få frem pasientens perspektiv på hvordan forholdet mellom pasient og sykepleier bør være.

*3) Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit (Wright, 2010)*

Dette er en studie som beskriver at helsepersonell på en spiseforstyrret enhet på et sykehus i Storbritannia, har fått ny og bedre forståelse for viktigheten av å oppnå en terapeutisk relasjon. Studien fokuserer på at den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient har blitt etterprøvd og blitt etablert på en positiv måte, og at helsepersonell har fått bedre forståelse for at dette er viktig. Mellommenneskelige prosesser er relevante for å bygge opp

disse forholdene. Videre sier den at der den terapeutiske relasjonen blir oppnådd, får personalet bedret forhold med den anoreksi-syke.

Selv om denne artikkelen handler om en enhet for spiseforstyrrelser, valgte vi å ta den med ettersom den legger vekt på bedret forståelse av terapeutisk relasjon og viktigheten med å oppnå dette. Dette er et godt verktøy for å komme nærmere inn på pasienten og kunne se pasienten bak spiseforstyrrelsen.

*4) The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties (Rørtveit, Severinsson & Åström, 2009)*

Denne forskningsartikkelen tar høyde for å beskrive kvinner med anoreksi sine følelsemessige opplevelser av å være ”fanget i egen kropp, og skamme seg over den”. Den sier videre at sykepleieren må være oppmerksomme på disse emosjonelle opplevelsene og derfor tre varsomt frem i møte med den anoreksi syke. Det kom fram i studien at det kunne oppleves utfordrende for sykepleierne å opparbeide en god relasjon i alt det følelsemessige kaoset. Studien fokuserer på hvordan det er å leve med anoreksi og hvordan det er å forholde seg til andre enn seg selv, for pasienten.

Selv om det er snakk om kvinner i denne forskningen, velger vi å ta den med av den grunn at den ser også på utfordringene sykepleieren kan stå ovenfor i møte med disse kvinnene.

*5) Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective (King, Turner, 2000)*

Denne studien viser at for å skape et godt og sterkt sykepleie-pasient forhold er god kommunikasjon vesentlig. Ved hjelp av god kommunikasjon vil sykepleiere kunne gi bedre omsorg til unge jenter med anorexia nervosa. Studien tar for seg viktigheten av non-verbal kommunikasjon, og hva den signaliserer. Flere av sykepleierne i studien så det ikke som nødvendig å bedre kommunikasjonsferdighetene sine da de mente de ikke fikk noen respons uansett og følte frustrasjon.

Selv om dette er en litt eldre artikkel, tar vi den med på grunn av dens relevanse for vår oppgave. Dette fordi den er veldig rettet mot vår egenopplevde hendelse i praksis.

---

6) *Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. (Ramjan, 2004)*

Denne studien handler om relasjonsbygging hvor elementer som kommunikasjon, tillitt, respekt og tålmodighet er vesentlig. Studien sier at et godt tillitsfullt forhold mellom pasient og sykepleier krever hardt arbeid. Utfordring vil være å få dette til fordi pasientens tro på seg selv ikke er tilstede og de har derfor vanskeligheter med å tro på andre. Studien legger også vekt på at en vellykket relasjonsbygging ikke bare handler om høy kvalitet og mellommenneskelige ferdigheter, men skal også bygge på tillitt og respekt hos pasientene.

Vi har valgt denne studien fordi den ser på viktigheten av å skape et tillitsfullt forhold til pasienten.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er et prinsipp for å vurdere troverdigheten til kilder (Dalland, 2012). Å være kildekritisk til alt man leser når man skriver store oppgaver, er nødvendig fordi det skal være godkjente og vurderte artikler av eksperter, som tilhører fagområdet. For å fastslå om en kilde er holdbar eller ikke tar man i bruk kildekritikk som metode. Vi utfører en kritisk gjennomgang av all litteraturen vi tar i bruk. Her ser vi på hva kilden skal belyse, vurderer og karakterisere litteraturen som er benyttet, og ser på gyldighet av god kvalitet, holdbarhet og relevans i forhold til problemstillingen vår (Dalland, 2012).

Vi har skrevet tidligere i oppgaven at kildene vi bruker er holdbare. Med dette mener vi at det er skrevet av forfattere med god kunnskap og faglig bakgrunn. Forfatterne blir sett på som en kapasitet, og blir ofte sitert av andre forfattere og fagfolk.

På denne måten kan vi kvalitetssikre den informasjonen vi har tatt i bruk. Ved å gjøre dette underveis i oppgaven, kan vi føle oss sikre på at den informasjonen vi bruker er holdbar, samt at det gir oss riktig forståelse og læring av stoffet vi gjennomgår (Dalland, 2012).

Forskningsartiklene vi skal bruke er utforsket på ulike nivåer. Med disse artiklene kan man holde seg informert innenfor et spesielt fagområde, men det er viktig å kvalitetssikre dem. Vi har brukt sjekklistesjemaet fra Kunnskapssenteret (2014) for å kvalitetssikre artiklene vi har valgt, og har derfor vært kildekritiske.

Ettersom vi har brukt egen erfaring og en selvopplevd situasjon i vår oppgave, har vi overholdt taushetsplikten jf. Helsepersonelloven (2014) i form av anonymisering. Dette har vi gjort ved å skrive om pasienten i form av ”hun/henne” i vår selvopplevde situasjon.



---

## 3. Unge jenter med anorexia nervosa

*”Spiseforstyrrelser er vanskelig å forstå – fordi det tilsynelatende er så enkelt.”*

- Finn Skårderud (sitert i Håkonsen, 2011, s. 361)

### 3.1 Hva er anorexia nervosa?

Spiseforstyrrelse er samlebetegnelsen for anorexia nervosa, bulimia nervosa, overspising og patologisk oppkast (Engedal & Engelstad Snoek, 2008). Anorexia nervosa er den mest omtalte spiseforstyrrelsen. Ifølge Folkehelseinstituttet (2014) vil 50 000 norske kvinner til en hver tid ha en spiseforstyrrelse, og av disse vil 2700 kvinner ha anoreksi.

Det er et selvpåført vekttap ved at pasienten ikke inntar næring. Det er en sykdom som oftest debutes i tidlig tenårene, men kan også oppstå senere i livet, som for eksempel i tidlig tjuårene (Engedal & Engelstad Snoek, 2008)

*”For at man med sikkerhet skal kunne stille diagnosen anoreksi, kreves det et vekttap på mer enn 15 % eller en BMI som er under 17, 5”* (Engedal & Engelstad Snoek, 2005, s. 112).

### 3.2 Forekomst

Anoreksi ses på som en sykdom som er typisk for kvinner, men det er flere og flere gutter og menn som også lider av den. Fortsatt er det kvinner som utgjør størsteparten av forekomsten. Man antyder at 90% av tilfelle er kvinner (Hummelvoll, 2012). Mellom 0,5 og 5% av unge jenter i Norge har anoreksi. (Engedal & Engelstad Snoek, 2005). Hele 18% av det kvinnelige eliteidretts-Norge har en form for spiseforstyrrelse (Interessegruppa for Kvinner med Spiseforstyrrelser, s.a.). Ifølge IKS (s.a.) er et stort antall kvinner i Norge diagnostisert med sykdommen spiseforstyrrelse. Det er flere kvinner som ikke får diagnosen siden de ikke utfyller kravene for en spiseforstyrrelse. Disse mørketallskandidatene får ikke behandling med mindre de videreutvikler sykdommen sin til et mer alvorlig stadium. Det er derfor vanskelig å tallfeste forekomsten (Norsk helseinformatikk, 2015).

### 3.3 Utløsende årsaker

Årsakene til en spiseforstyrrelse kan være mange og kompliserte, og stadig mer teori viser at både sosiokulturelle og biologiske faktorer har innvirkning (Engedal & Engelstad Snoek, 2005). De kan også ses på som et samspill mellom arvelige og miljømessige faktorer. Et resultat av de miljømessige faktorene er at vi stadig ser bilder av avmagrede modeller og rollemodeller i mediene; magasiner, aviser, på tv, i filmer og kanskje mest av alt på sosiale medier som instagram og blogger. Dette kan føre med seg et enormt press av perfektjonisme og sammenlikning for de unge jentene som har disse modellene som forbilder (Folkehelseinstituttet, 2009).

Kropp og utseende har blitt det viktigste for mange unge jenter som streber etter å bli likt. En traumatisk eller dramatisk opplevelse som dødsfall, seksuelle overgrep eller skilsmisser kan utløse en spiseforstyrrelse. Disse opplevelsene kan også gi skyldfølelse og dårlig selvfølelse, som igjen kan utvikle seg til en spiseforstyrrelse (Hummelvoll, 2008).

### 3.4 Kjennetegn ved anorexia nervosa

Anoreksi kan sammenliknes med en tvangslidelse hvor jentene har kontroll på matinntaket og derfor kontroll på livet sitt. Andre tvangslidelser kan oppstå som en konsekvens av langvarig sykdom. Kroppsbildet er forvrengt og de har en intens frykt for fedme (Engedal & Engelstad Snoek, 2005).

Det er mange kjennetegn ved anoreksi. Dårlig selvtillit, lav selvfølelse, skyldfølelse, veldig opptatt av å ha kontroll, har vanskeligheter med å åpne seg, innesluttet, oppmerksomhetssyke, manglende innsikt, forvrengt kroppsbilde, selvsentrerte/selvopptatte, manglende empati og likegyldighet (Håkonsen, 2011).

*Dårlig selvtillit og lav selvfølelse* er litt av det samme og viser seg ofte ved psykiske lidelser. Jentene føler seg mindreverdige og utilstrekkelige. Ofte kan de ha *skyldfølelse* for noe som har hendt i barndommen som en utløsende årsak for selve sykdommen (Håkonsen, 2011).

Det er ikke unormalt for de fleste kvinner å skulle ha kontroll, men det er når de blir ekstremt opptatt av å ha *fullstendig kontroll* på alt de gjør i livet, som mat, trening og aktiviteter i hverdagen at det kan utvikles en spiseforstyrrelse. Dødtid kan være den verste fienden når tap av kontroll kan føre til angst og kaostanker (Folkehelseinstituttet, 2009).

---

Mange av jentene er opptatt av å ha kontroll og å ha noe å gjøre hele tiden. Ofte blir de *innesluttet* av det de gjør og har ofte *vanskeligheter med å åpne seg* for andre. De er redde for at andre skal finne ut av hvordan de egentlig tenker og hva de egentlig gjør med sin egen kropp, og stenger folk ute slik at de ikke blir oppdaget (Folkehelseinstituttet, 2009)

*Manglende innsikt* i sykdomsbildet og et *forvrengt kroppsbilde* er typiske trekk. De kan se seg i speilet og se seg selv som overvektige, selv om beina stikker ut. De ser ikke selv hvor syke de er og kan ofte bli sinte om noen tar opp temaet om sykdommen. Om og om igjen hører de hvor tynne de er, men tror ikke på det selv fordi de ser seg selv som tykke. De ser ikke at andre bryr seg om, men tenker heller at de bryr seg med, og vil ikke at andre skal si hvordan de skal leve livet sitt (Folkehelseinstituttet, 2009).

Jentene kan bli veldig *selvsentreret* og bare opptatt av hva de får i seg på en dag og hvor mange kalorier de eventuelt kan trene bort i løpet av dagen. Deres liv blir viktigere enn andres og de kan vise tegn til *manglende empati*. (Folkehelseinstituttet, 2009) Mange kan oppleve at følelsene blir mindre intense og at de blir *likegyldige* til ting som skjer rundt seg enten det er med venner/familie eller om det er i verdensbildet. De blir verken sinte eller lykkelige, og finner ikke glede eller sorg i noe som helst (Folkehelseinstituttet, 2009).

### 3.5 Alvorlige konsekvenser

En selvfølgelig konsekvens av anoreksi er betydelig avmagring. I tillegg til dette har anoreksi en rekke følger som mange jenter ikke er klar over.

Utenom vekttap kan også anoreksi føre til hormonforstyrrelser og forsinket pubertet. Om spiseforstyrrelsen starter før puberteten innebærer dette forstyrrelse i vekst. Opptretter spiseforstyrrelsen etter puberteten kan dette innebære tap av mensturasjon, men dette kan normaliseres når pasienten blir frisk (Håkonsen, 2011).

Ved langvarig anoreksi kan man få alvorlige fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser. Fysiske konsekvenser varierer i alvorlighetsgrad og kan være: tørr hud, dehydrering, hårtap, dårlig blodsirkulasjon, lav kroppstemperatur med kalde hender og føtter som følge, lavt stoffskifte, lavt blodsukker, forstyrrelser i elektrolyttbalansen, benskjørhet, obstipasjon, nedsatt mattoleranse og manglende sultfølelse. Anoreksi kan også føre til svært alvorlige indre skader som at hjernen kan få for lite blod pga dehydrering og lav puls, og dermed

forstyrrelser i sentralnervesystemet, hjerterytmeforstyrrelser og til og med hjertesvikt (Folkehelseinstituttet, 2009).

### 3.6 Å leve med anorexia

*”Jeg innser at man aldri blir tynn nok. Selv ikke når man får vondt i skjelettet av å sitte i en stol. Selv ikke når man ligger i sykesengen og kjenner sine egne ben gnage mot madrassen.”*

- Linnea Myhre (2012, s. 55)

Kontrollerende overtak på matinntaket og egen vekt er en måte å ha kontroll over eget liv. Mange kjenner på at de ikke lever, men bare eksisterer. Å leve med anoreksi kan entydes med å leve i fengsel. Det kan virke som om hodet og kroppen ikke henger sammen – hodet gjør det kroppen ikke vil, og kroppen følger ikke hodets ønsker. Sult kan virke befriende og gi en fredfull tilstand, hvor de vonde tankene om kroppsidealet settes fri. Til slutt blir både kropp og sjel slukt av sykdommen, og livet står på spill (Folkehelseinstituttet, 2009).

*”Det å kunne diskutere andre ting enn min sykdom gav meg følelsen av å bety litt mer enn bare å være i avdelingen for å tilfredsstille personalet ved å legge på meg.”*

-Hummelvoll (2012, s. 420)

### 3.7 Behandling

Anoreksi er en komplisert og sammensatt psykisk sykdom som gjør at det er vanskelig å iverksette en konkret behandlingsmåte. Det er viktig i slike settinger å se individet og gå ut i fra den sammensatte sykdomshistorikken og årsaksforholdet for å finne den rette behandlingsmetoden. Det er ikke bare det psykiske eller somatiske som skal behandles, men også sosiale forhold (Engedal & Engelstad Snoek, 2005). Å endre tankemønsteret om kroppsbildet, og om sosiale forhold til andre blir vesentlig. Pasienten må kunne åpne seg for andre og slippe dem inn i livet samt å komme inn i andres liv og ut av sin egen boble. De somatiske problemene må også behandles, men det vil komme etter hvert som pasienten åpner seg for en verden uten spiseforstyrrelsen (Engedal & Engelstad Snoek, 2005).

Undersøkelser viser opptil 10% dødelighet av alle anoreksia syke. Tanken om å kunne dø av sykdommen kan for noen pasienter komme i fokus, og i perioder kan disse tallene virke

synkende og tap av håp kan forekomme. I andre perioder kan kampen om maten erstattes med selvskading og selvmordsforsøk (Engedal & Engelstad Snoek, 2005).

Behandlingen vil ta tid, for det kan bli vanskelig å bryte et tankesett og en vane som har blitt finpusset i mange år. Ikke bare pasienten, men også familie og venner må være innstilt på at det vil ta tid å bli frisk og at tilbakefall er vanlige. Derfor er det viktig for pårørende å ikke håpe på fullstendig friskhet ved første tegn til framgang (Engedal & Engelstad Snoek, 2005) Hovedmålet er i førsteomgang å hjelpe pasienten med å utforske egne følelser og tanker gjennom refleksjon, slik at hun lærer å kjenne seg selv. (Skårderud, 2013)

*”Intimitet kan være like skremmende som det er livsnødvendig”.*

- Finn Skårderud (2013, s. 95)

Årsaken til de fleste innleggelser ved en medisinsk sengepost vil være at pasienten med anoreksi har forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen. Det vil da være snakk om lave kalium- og natriumverdier. Ved lave kalium- og natriumverdier kan alvorlige somatiske sykdommer som hjertesvikt, leversvikt eller nyresvikt oppstå (Flesland & Gøransson, 2012).

## 4. Hva er sykepleie?

Å definere hva sykepleie er, kan være vanskelig. Det er så mange forskjellige definisjoner på dette, men vi fant en god definisjon hos Norsk sykepleierforbund (2008).

Norsk sykepleierforbund (2008) skriver at sykepleie og sykepleiens særegne funksjon er å fremme helse, ivareta personer som har opplevd eller kan bli utsatt for sykdommer eller helsesvikt, med å opprettholde sine grunnleggende behov. Dette blir utført ved at sykepleieren bidrar til at pasientene kan leve videre med eventuelle konsekvenser av sin sykdom og/eller behandling.

Iverksetting av sykepleie skjer ved å gi omsorg og pleie, men også arbeide forebyggende og helsefremmende (Norsk sykepleierforbund, 2008).

### 4.1 Relasjonsbygging

Relasjon definerer at én gjenstand er i forbindelse med en annen, og kan i det hverdagslige bli sett på som et forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. I sykepleiesammenheng blir begrepet relasjon brukt om forholdet mellom sykepleieren på den ene siden, og pasienten og dens pårørende på den andre siden (Eide & Eide, 2009).

Utviklingen av en relasjon skjer gjennom interaksjon med andre mennesker, og er svært nødvendig. En relasjon tar utgangspunkt i hvordan man møter andre mennesker, hvilke innstillinger og oppfatninger man har til andre og hvilke betydninger andre mennesker har for deg gjennom kommunikasjon og samhandling. Hvordan andre mennesker møter oss, kan også påvirke relasjonen. For at en pasient skal kjenne på følelsen av å ha en relasjon til sykepleieren, må pasienten oppleve at hun blir sett, hørt og forstått. Det er også en viktig faktor at sykepleieren viser respekt, interesse og engasjement for pasienten, og lytter til det pasienten har å si uten å fortolke dette (Skårderud, 2013).

Grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon er relasjonsskapende. Hvordan sykepleieren kommuniserer med pasienten har alt å si på hvordan relasjonen blir opparbeidet. Gode kommunikasjonsferdigheter skaper gode relasjoner, mens mindre gode kommunikasjonsferdigheter gir dårligere relasjoner (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

---

Det kan være en utfordring for sykepleieren å etablere et godt forhold til pasienten med anoreksi, ettersom pasienten selv ikke betrakter seg som syk. Det er derfor viktig at mulighetene til endring fortsatt er tilstede ved hjelp av brukermedvirkning til å bedre selvbildet (Hummelvoll, 2012). De gode relasjonene blir dannet på grunnlag av tillitsforholdet. Det handler dermed om å forstå hverandre og ha felles forståelse for et gitt tema. Hvis den anoreksi-syke føler at hun er i et trygt forhold med sykepleieren, kan det være mulig for henne å utforske egne følelser, tanker, reaksjoner og forhold til andre mennesker (Skårderud, 2013).

## 4.2 Sykepleieteori

### 4.2.1 Travelbees interaksjonsteori

Travelbee beskriver sykepleie som: *”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 erfaringer”* (Travelbee, 2011 s. 29). Travelbee tar sterkt avstand til begrepet ”rolle”, og alle generaliserte oppfatninger av både pasienter og sykepleiere. Hennes mening er at begreper som rolle, pasient og sykepleier dekker over det enkelte menneskets personlighet. Det er derfor viktig for både sykepleieren og pasienten at det blir opparbeidet et godt menneske-til-menneske-forhold, ettersom begge partene danner seg et førsteinntrykk, basert på observasjoner av den andre partens handling, væremåte og språk (Travelbee, 2011).

Et menneske-til-menneske-forhold baseres på en eller flere erfaringer mellom sykepleieren, og de/den hun har omsorg for. Disse erfaringene har som hovedtrekk at det er den syke, eller hans/hennes familie som får behovene sine ivaretatt. Et menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess, der både den syke og sykepleieren er med på å bygge opp forholdet. Det er den profesjonelle sykepleieren som har ansvar i å etablere og opprettholde forholdet (Travelbee, 2011).

Å etablere et menneske-til-menneske-forhold skjer i følge Travelbee (2011) gjennom en interaksjonsprosess, som har flere faser og forholde seg til: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt.

*Det innledende møtet* kjennetegnes ved at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre. Oppfatningene basert på førsteinntrykket av den andre er det som legges til grunn. Hvordan du er, hvordan du oppfører deg og hvordan du kommuniserer er faktorer som blir vurdert. Sykepleierens oppgave og utfordring blir å bryte ned kategoriseringen og oppfatte *mennesket* i pasienten (Travelbee, 2011).

Fasen om *fremvekst av identiteter* kategoriseres ved å verdsette den andre personen som et unikt menneskelig individ, samtidig som et kontaktforhold vil kunne etableres. I denne fasen vil personlighetene og de individuelle identitetene vokse frem, og det blir skapt en sterk tilknytning mellom pasienten og sykepleieren. Pasientens opplevelser av hvordan hun har det blir oppfattet av sykepleieren som spesielt fra andre pasienter, og begynner med dette å forstå hvordan denne pasienten har det. (Travelbee, 2011).

I følge Travelbee (2011) er *empati* en evne til å sette seg inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i det øyeblikket. Å vise forståelse kan oppleves i situasjoner, i glimt og i øyeblikk. I situasjonene hvor empati oppstår, vil man føle på nærhet og kontakt. Når det er snakk om sykepleiesammenhenger vil det å vise empatisk forståelse være viktig informasjon for å forstå den andre personen. Empati er en evne som hele tiden må utvikles (Travelbee, 2011).

*Sympati* kommer som en følge av den empatiske prosessen. Sympati danner grunnlaget for et ønske om å hjelpe pasienten, basert på innsikt og forståelse. Travelbee (2011) sier at sympati er en erfaring, og at gjennom erfaringer kan man lettere forstå hva den andre går igjennom i form av lidelse. For å vise *medfølelse* og sympati, mener Travelbee (2011) at man må ha opplevd det samme som pasienten for å forstå pasienten bedre, slik at hun slipper å bære lidelsen alene.

Den siste fasen bygger på *gjensidig forståelse og kontakt* mellom pasient og sykepleier. Denne fasen oppleves først når de fire tidligere nevnte fasene er gjennomgått. For å oppnå denne fasen må sykepleierens handlinger være til lindring, og forutsetningen er å ikke gjøre situasjonen verre enn den egentlig er for den syke. Sykepleieren har både et ønske om å hjelpe pasienten, og har de kunnskaper og ferdigheter som trengs for at sykepleietiltak kan bli iverksatt i samsvar med pasientens behov. På dette grunnlaget blir det opparbeidet sterk tillit og forståelse mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2011).



---

”Å bruke seg selv terapeutisk”, er noe Travelbee (2011) er svært opptatt av. Dette kjennetegnes ved at den profesjonelle sykepleieren bruker sin personlighet og kunnskap bevisst og hensiktsmessig, der hovedmålet er å bidra og fremme til en ønsket endring hos pasienten. For å kalle forandringen terapeutisk, må sykepleieren ha bidratt til å lindre eller redusere plagene pasienten har. Det er svært viktig at sykepleieren også må være et medmenneske. Dette innebærer å være bevisst over sitt eget syn på lidelse, død og sykdom og hva disse oppfatningene betyr for henne (Travelbee, 2011).

Travelbee ser på kommunikasjon som en gjensidig prosess og brukes som et middel for å bli kjent med pasienten. Sykepleiere kan forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende med å bli motivert og influert til å mestre skyld og lidelse. Kommunikasjon er en kraft i stadig bevegelse som kan ha betydning for hvordan et forhold utvikles i form av nærhet. Den kan både såre og lege, og gi nærhet eller støtte bort. Kommunikasjon er et verktøy for å skape endringer i forskjellige situasjoner (Travelbee, 2011).

Joyce Travelbees (2011) hovedfokus er at alle individer er unike og under endring gjennom hele livet.

#### **4.2.2 Hummelvolls teori**

Hummelvoll (2012) skriver om sykepleier-pasient-fellesskapet, som innebærer et møte mellom to mennesker hvor det gis mulighet for felles opplevelser. I stedet for at en av personene søker hjelp og den andre skal hjelpe, er dette et møte mellom to likeverdige personer. Dette er ment for å få pasienten til å kunne se sin situasjon på en bedre og mer åpen måte, og prøve ut nye mestringsstrategier. Det er derfor viktig at sykepleieren skaper en god atmosfære, slik at pasienten kan få mulighet til å kjenne på mestringsfølelsen.

Etter hvert som pasienten åpner seg er det viktig at erfaringene pasienten har, blir etterspurt. For å velge best mulig behandling og opplegg rundt dette, er det ønsket til vedkommende som legges til grunn (Hummelvoll, 2012).

Sykepleier-pasient-fellesskapet tar utgangspunkt i de ni hjørnesteinene, og er sentrale punkter å forholde seg til i relasjonsbyggingen. De dreier seg om: ”likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse/sigifikans, mål, mening og verdiavklaring, ansvar og valg, skyld og soning,

*åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og håpets betydning*” (Hummelvoll, 2012, s.39).

*Likeverdighet* er der sykepleieren møter pasienten som et helhetlig jeg og et helhetlig du, og viser respekt for det konkrete mennesket (Hummelvoll, 2012).

Ved *møte og nærværenhet* er det viktig for sykepleieren å nå inn til pasienten ved å være lyttende og åpen for pasienten, om det er med eller uten ord. Et møte har flere betydninger og det er flere dimensjoner for samvær; 1) der man møtes ansikt-til-ansikt, 2) en grunntone av vennskapelighet og 3) en interesse for å forstå den andre. Et møtet vil da bli betydningsfullt for begge parter. Ved *nærværenhet* vil det være muligheter til å skape et jeg-du-forhold (Hummelvoll, 2012).

Å bli møtt med en aksepterende holdning er helt avgjørende for pasientens *selvaktelse* og at hun skal føle seg tryggere og friere til å godta sine egne kvaliteter, om de er negative eller positive. Pasientens *signifikans*, at man betyr noe for noen, gir pasienten en følelse av at livet gir en mening. Det er derfor viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å se sin *signifikans* (Hummelvoll, 2012).

For å gjennomføre et samarbeid kreves det at avklaringer er på plass. De tar utgangspunkt i hvordan problemene til pasienten har oppstått, og hvilke konsekvenser som kan oppstå i forhold til pasientens *valg*. Det handler om å ta *ansvar* for egne valg (Hummelvoll, 2012).

En del av samarbeidet mellom sykepleier og pasient er å være konsentrert om *mål, mening og verdiavklaring*. Det er viktig at sykepleieren tar medansvar for å avklare hva som er viktig for pasienten og hvilke verdier han har (Hummelvoll, 2012).

Mange pasienter med psykiske lidelser får opplevelsen av *skyld* og at de ønsker å *son*e for det de er skyldige. Det kan derfor være en fordel at sykepleieren setter seg inn i hvorfor pasienten føler skyld, for å lettere få pasienten til å snakke ut om problemene sine. Dette kan være problemer eller konflikter fra fortiden som fortsatt plager pasienten (Hummelvoll, 2012).

*Åpenhet* kommer i form av et trygt kontaktforhold. Er sykepleieren åpen og oppriktig, og er villig til å innrømme svakheter, frykt og usikkerhet, kan det også være lettere for pasienten å åpne seg. *Åpenhet* dreier seg om både negative og positive sider ved seg selv, og man kan derfor få bedre *innsikt* i sitt eget sykdomsbilde.

*Konformitet* kan ofte bli forvekslet med tegn på bedring. Konformitet er et sett normer og regler man skal forholde seg til, men som kan påvirke pasienten til å miste egen vurdering og selvstendighet. Våre liv kjennetegnes ved selvstendighet, ærlighet og frihet i forhold til oss selv og andre. *Opprør* mot slike konformiteter kan være en sunn reaksjon. Konformitetene kan hindre oss i å skape egne verdier som vi selv ønsker å realisere (Hummelvoll, 2012).

Det er viktig at sykepleieren forstår hva som er pasientens *håp*, slik at sykepleieren i felleskap med pasienten kan formulere realistiske mål av sykepleien. Det er derfor helt avgjørende at sykepleieren viser en optimistisk holdning til pasientens håp og ønsker (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll tar utgangspunkt i at to mennesker møter hverandre med likeverd, og det er rom for felles opplevelser.

## 5. Drøfting

*- Hva skal til for at sykepleieren skal lykkes med å skape en god relasjon til en ung jente med anorexia nervosa på medisinsk sengepost?*

*- Hvilke utfordringer kan sykepleieren stå ovenfor i samarbeidet med den unge jenta?*

*- Hvordan burde sykepleieren ha møtt jenta?*

### 5.1 Tillit og trygghet

Flere av forskningsartiklene vi har funnet påpeker viktigheten av å opparbeide tillit, for å skape gode relasjoner til unge jenter med anorexia nervosa (Kars et al, 2009; King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Wright, 2010; Wright & Hacking, 2012).

Hummelvoll (2012) snakker om den første samtalen mellom sykepleier og pasient, og at dette er avgjørende for å kunne skape en relasjon og videre samarbeid. Han legger mye vekt på det å skape et sykepleier-pasient-felleskap, hvor et møte mellom to likeverdige personer er sentralt for at pasienten ikke skal føle seg hjelpeløs og være i en vanskelig situasjon. Det er viktig at sykepleieren er åpen, forståelsesfull og skaper en trygg og god atmosfære for pasienten, slik at tillit kan opparbeides allerede ved den første samtalen (Hummelvoll, 2012). Teorien om den første samtalen og viktigheten av tillit og trygghet kan også ses i Travelbees (2011) interaksjonsteori. Hun tar avstand fra rollebegrepene og ser mer på menneske-til-menneske-forhold hvor alle individer er unike og gjennom endringer hele livet. Førsteintrykket, basert på observasjoner av den andre parten er grunnlaget for et tillitsforhold. I punkt 4.2.1 skriver vi om Travelbees interaksjonsteori hvor et menneske-til-menneske-forhold blir etablert gjennom en interaksjonsprosess med flere faser. For at tillit skal opparbeides må alle punktene i interaksjonsprosessen være gjennomgått.

Ettersom et sykehusopphold kan være kortvarig, lurer vi på om det er mulig å komme igjennom og rekke alle fasene i interaksjonsprosessen? Fasen om det innledende møtet handler om hvordan holdninger og kommunikasjon kan påvirke et førsteinntrykk. Vi mener her at dette er ferdigheter en sykepleier bør inneha for at pasienten skal føle at sykepleieren er interessert i henne, og at hun føler seg ivaretatt av sykepleieren. Vi vet at det dessverre ikke er alle sykepleiere som har disse ferdighetene, og vi tror dette kan være en av årsakene

---

til at unge jenter med anoreksi ikke føler seg trygge nok til å åpne seg. En negativ konsekvens ved å ikke inneha disse ferdighetene, vil være at interaksjonsprosessen til Travelbee (2011) ikke kan fortsette, fordi tilliten til sykepleieren allerede blir brutt i det innledende møtet ved at sykepleieren viser dårlige holdninger og lite interesse. Men om sykepleieren har disse ferdighetene, kan sykepleieren gå videre til neste fase i interaksjonsprosessen som er fremveksten av identiteter. Her ser man mer på hvordan partene blir oppfattet i forhold til at man ser den andre som et individ og ikke en rolle. Dette er en grunnleggende fase for alle individer som ikke bare Travelbee (2011) skriver om. Sykepleierutdannelsen er ikke det som definerer personer, men sykepleiere sier jo; ”jeg *er* sykepleier”. Egentlig burde de heller kanskje si; ”jeg er *utdannet* sykepleier”. Dette for å kunne se det unike mennesket bak rollebetegnelsen.

Når man har kommet igjennom de to første fasene er grunnlaget lagt for å kunne bygge på en relasjon, der man setter seg inn i og forstår hva pasienten går igjennom. Empati er en grunnleggende evne vi mener sykepleieren bør ha. Sympati er en følge av den empatiske prosessen, og Travelbee (2011) mener at man må ha opplevd noe av det samme som pasienten for å føle og vise sympati. Vi mener at det kan være en fordel å ha gjennomgått noe av samme som pasienten, for å lettere kunne forstå hvordan de har det og føler det. Men på en annen side trenger det ikke være gitt at man må ha vært gjennom det samme for å vise forståelse. Negative sider var å ha erfaring med en lidelse kan være at det blir vanskelig for sykepleieren å skille på sine egne opplevelser og følelser, og pasientens situasjon.

Den siste fasen om gjensidig forståelse og kontakt er kanskje den mest betydningsfulle, ettersom det er på dette grunnlaget det kan bli opparbeidet tillit og forståelse mellom partene. Alle pasienter som blir lagt inn ved medisinsk sengepost får en individuell behandlingsplan som sykepleiere skal følge for å ivareta pasientens behov hver dag. Denne planen er varierende fra person til person, men om vi ser på Travelbees (2011) interaksjonsprosess som en behandlingsplan for jentene bør det være mulig å komme igjennom alle fasene iløpet av et sykehusopphold. Det handler om å ta seg tid til å opparbeide gjensidig forståelse og kontakt med pasienten. Sykepleierens oppgave er her å ivareta pasientens behov for sykepleie.

Travelbees interaksjonsteori om menneske-til-menneske-forholdet har likheter med Hummelvollts teori om sykepleie-pasient-felleskapet ved at både sykepleier og pasient blir sett på som individer og ikke som pleier og pleietrengende.

Kars et al. (2009) understreker at tillitsgrunnlaget baseres på førsteinntrykket, og det er her pasienten bedømmer sykepleierens holdninger og væremåte, og om hun er til å stole på. Det kan være at pasienten opplever at sykepleieren ikke er til å stole på med det første, men at hun kanskje endrer mening etter å ha snakket litt med sykepleieren. På den andre siden kan det være vanskelig å skape et tillitsfullt forhold om pasienten opplever det første møtet som dårlig, fordi pasienten kanskje er innesluttet og negativ til alt og alle (Kars et al., 2009). Jentene kan ofte være mistenksomme, viljesterke, redde for å miste kontrollen og mangler innsikt i egen sykdom, og kan derfor være tilbakeholdene ovenfor å møte nye mennesker, og da særlig helsepersonell (King & Turner, 2000).

Det er viktig at pasienten har følelsen av å ha en relasjon til sykepleieren ved at hun blir sett, hørt og forstått, og at sykepleieren viser respekt, interesse og engasjement for pasienten. Dette er med på å fremme en tillitsskapende relasjon (Skårderud, 2013).

Ser vi tilbake på studiet gjort av Kars et al. (2009) og Wright (2010) fokuserer de også på viktigheten av at sykepleieren viser respekt, forståelse og er til å stole på.

Ramjan (2004) påpeker at tillit ikke er noe man kan kreve, men må jobbes hardt med. Relasjonsbygging handler om tillit og respekt for pasientene, ikke bare om høy kvalitet og mellommenneskelige ferdigheter (Ramjan, 2004). Dette understrekes også av Hummelvoll (2012). Han sier at tillit ikke kan tvinges frem, og at tillit er et utfall av relasjonskvaliteten. Om tillit er fraværende i sykepleier-pasient-fellesskapet vil en relasjon være vanskelig å opparbeide. Det vil dermed blir utfordrende å samarbeide og stole på hverandre. Gjensidig tillit er vesentlig for å etablere en god arbeidsallianse (Hummelvoll, 2012).

Å være bevisst over egne holdninger er viktige egenskaper for en sykepleier, da dette kan påvirke pasienten i stor grad. Gode holdninger kan gi positive utfall, mens dårlige holdninger gir negative utfall og kan true sykepleier-pasient-forholdet. Vi vet at jenter som lider av anoreksi ofte trenger hjelp med å se deres positive egenskaper og ressurser. Gode holdninger gjør deg til et godt forbilde for pasienten.

Studiet av Kars et al. (2009) er basert på et pasientperspektiv, og pasientene uttalte at det var viktig at sykepleieren ikke misbrukte tilliten deres, når de først torde å åpne seg for den ene sykepleieren. Om tillitten skulle bli brutt, vil dette medføre en forsterket mistillit til alle rundt seg. Flere av våre funn (Kars et al. 2009; King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Wright & Hacking, 2012) peker på fordelene ved bruk av en primærsykepleier for å skape tillitsfulle

---

forhold mellom sykepleier og de unge jentene med anoreksi. Vi leser gjennom studiene at det er viktig med kontinuitet og regelmessighet for å skape dette.

Vi forstår det som at de gode relasjonene blir dannet på grunnlag av tillitsforholdet. Det er viktig at man har forståelse for hverandre og et felles mål. Dette kan være med på å skape et trygt og tillitsfullt forhold til sykepleieren for den anoreksi-syke (Skårderud, 2013).

## 5.2 Kunnskap og kommunikasjon

Det kom tydelig fram i Kars et al. (2009) sin studie at et tillitsfullt forhold ble lettere å etablere dersom sykepleieren hadde erfaringer og/eller god kunnskap om anoreksi, og at dette er med på å skape trygghet. Det var i de trygge omgivelsene og hvor jentene følte trygghet, at tillit best kunne etableres. Av egne erfaringer kan vi påpeke viktigheten av å være i trygge omgivelser og at et godt samarbeid med sykepleieren er vesentlig for å skape et tillitsfullt sykepleier-pasient forhold.

Både Skårderud (2013) og Travelbee (2011) er enige i at det er behov for å bruke kunnskaper i møte med pasienter. Skårderud (2013) mener at en spiseforstyrrelse er en vanskelig og sammensatt lidelse hvor det kreves en del av sykepleieren, og det er derfor viktig å ha kunnskaper innenfor dette området. Travelbee (2011) skriver om ”å bruke seg selv terapeutisk”, ved å bruke personlighet og kunnskap bevisst for å bidra til ønsket endring hos pasienten.

Ved hjelp av kunnskap og erfaringer har man bedre forståelse for jentene og hvordan de har det. Man kan da lettere komme inn på dem og samhandle bedre ved å vise medfølelse, sympati og kompetanse. Vi vet at sykepleierne nesten daglig blir satt på prøve i forhold til faglige og menneskelige utfordringer, og derfor er kunnskapsbehovet stort. Hvis det ikke er tilstrekkelig med kunnskap på plass, kan det være en utfordring å jobbe med anoreksi-syke jenter. Vi ser dermed viktigheten av å sette oss inn i de nyeste tilgjengelige kunnskapene, slik at vi jobber kunnskapsbasert.

Samtidig kan det være betryggende for sykepleieren å inneha mye kunnskaper om anoreksi, for å forstå jentene bedre. Skårderud (2013) påpeker derfor at det er en fordel å ikke bruke for mye fagspråk og virke arrogant og bedrevitende, da dette kan ødelegge for den gode relasjonen. Det er derfor viktig å balansere bruken av fagspråk og snakke jentenes eget språk

for å skape nærhet, trygghet og tillit. En av sykepleierens største oppgaver i møte med disse jentene, vil være å gjøre dem til eksperter på seg selv ved å tilføre kunnskaper om sykdommen som de ikke har fra før.

Skårderud (2013) sier at god og riktig kommunikasjon kan gi trygghet til jentene når de skal snakke om noe som er vanskelig. Den gode kommunikasjonen kan skape et trygt behandlingsforhold og de unge jentene med anoreksi kan våge å åpne seg.

Det er viktig å tenke på at det er to typer kommunikasjon og at begge kommunikasjonsformene kan avgjøre om pasienten vil skape et tillitsbasert samarbeid med sykepleieren. De to typene er; verbal kommunikasjon og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er den typen kommunikasjon hvor man sier noe som kan høres, og som er den typen folk flest forbinder med kommunikasjon. Herunder er det forskjellige ferdigheter som kan tilegnes for å oppnå rett kommunikasjonsteknikk, som å stille spørsmål, speile følelser, oppmuntre, sammenfatte, bruke pauser og parafrasere. Å parafrasere betyr måten noe blir sagt på (Eide & Eide, 2012). Parafrasering er viktig når det gjelder anoreksi syke jenter, fordi de kan oppfatte det man sier som noe helt annet om de ikke liker måten du sier det på.

Linnea Myhre (2012) skriver noe om parafrasering: ”*Men det eneste de ville snakke om, var hvor sunne – og ikke minst gode – disse avskyelige energidrikkene deres var, og jeg spurte hvorfor de ikke kunne drikke næringsdrikkene sine selv hvis de syntes de var så gode, men da ble de bare frustrerte og sa det var meg det handlet om, og at det var mitt hjerte som var i ferd med å slutte å slå, og at det eneste de prøvde på var å hold meg i live.*” (Myhre, 2012, s. 83). Denne hendelsen skjedde på sykehuset hun var innlagt ved, og vi kan forstå det som at sykepleierne kun var opptatte av å gjøre jobben sin – å gi henne næring – og ikke lytte til hva hun ville. Vi ser det som viktig at sykepleieren faktisk gjør det hun må for å få pasienten frisk, men det handler mer om hvordan det blir gjort.

Den andre typen, non-verbal kommunikasjon, er kanskje den som er mest avgjørende for om en ung jente med anoreksi vil åpne seg til en sykepleier og skape en god relasjon. Non-verbal kommunikasjon er en kroppslig kommunikasjon der kroppsspråk, øyenkontakt, gestikulering, stillhet og berøring er ferdighetene som tas i bruk (Eide & Eide, 2012).

Hvis sykepleieren heller er stresset, frustrert og ikke tror på det den unge jenta sier, vil dette være synlig gjennom holdningene og kroppsspråket til sykepleieren, noe som kan ødelegge



---

muligheten for en god relasjon. Derfor er det viktig å tenke på hvordan en ter seg foran disse jentene og være klar over holdningene, slik at de kan skjules i møte med jentene. Dette må opprettholdes gjennom hele samværet med pasienten slik at relasjonen blir sterkere med tiden og ikke svakere. Om tilliten først er brutt kan det ta lang tid og enda mer krevende å gjenopprette.

Konsekvenser av non-verbal kommunikasjon kan være at du blir missoppfattet av pasienten. Kroppsspråket viser mye om hva man egentlig mener. Om man har hendene i lommene eller krysser armene, kan dette vise at man er uinteressert. Men om man setter seg ned med pasienten, holder øyekontakt og snakker på en rolig og betryggende måte vil pasienten mest sannsynlig åpne seg for sykepleieren, og grunnlaget for en god relasjon er skapt. Ser vi på Hummelvolls (2012) hjørnestein om åpenhet, påpeker han at det er viktig at sykepleieren også er åpen og oppriktig med pasienten. Han peker også på viktigheten av at sykepleiere er villige til å innrømme svakheter, frykt og usikkerhet som hjelpemiddel for å skape et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier og pasient.

Hvis vi ser tilbake på vår selvopplevde situasjon, forstår vi det som at sykepleieren antageligvis har blitt misoppfattet av pasienten på grunn av kroppsspråket og parafraseringen. Det sykepleieren sa var kanskje ikke like sårende som måten det ble sagt på, men kroppsspråket avslørte en dårlig holdning. Jenta opplevde det svært sårende og upassende. Bare det å bli lagt inn på sykehus er en situasjon som kan vekke følelser, og når man i tillegg er sårbar fra før, kan enkelte ting bli misoppfattet. Vi mener at sykepleieren bør ha en evne til å se seg selv utenfra og med det være i stand til å beklage egen fremtoning, hvis dette blir oppfattet som støtende for pasienten. I studiet til King & Turner (2000) ser de på viktigheten av hvordan man kommuniserer, ettersom dårlige holdninger og kommunikasjonsferdigheter kan lett avsløres av pasienten, og mistillit i relasjonen kan oppstå.

Jentene i undersøkelsen gjort av Kars et al. (2009) og sykepleierne i Ramjan (2004) sier noe om at forhold der det ikke er så mange tilstede, er med på å gi et bedre grunnlag for å opparbeide et tillitsforhold. Som nevnt tidligere skriver Hummelvoll (2012) om viktigheten av en primærkontakt der sykepleierens funksjon vil være å bli en følgesvenn som gir råd, hjelp og støtte. Dette understreker også flere av artiklene vi har funnet; (Kars et al., 2009; Ramjan, 2004; Wright & Hacking, 2012). Ofte kan jentene føle at det er vanskelig å betro seg til sykepleierne om det er for mange å forholde seg til (Kars et al. 2009). Dette vil være

et problem på en medisinsk avdeling på sykehuset der det er mange forskjellige sykepleiere hver dag. Men det er derfor det er så viktig at alle arbeider hardt for å skape en relasjon selv om det bare er for en vakt.

Travelbee (2011) støtter opp at måten man kommuniserer på er en faktor som blir vurdert av begge parter i det innledende møtet, og er vesentlig for en senere relasjon. Travelbee (2011) ser på kommunikasjon som en gjensidig prosess og et verktøy for å bli kjent med pasienten eller skape endringer i ulike situasjoner. Hummelvoll (2012) hjørnestein om skyld og soning støtter også opp om at kommunikasjon kan endre tankemønsteret jentene har. Jentene kan ofte ha skyldfølelse fra fortiden som fortsatt plager dem, og som kan føre til et behov for å sone det de er skyldige i form av sult.

### 5.3 utfordringer for sykepleieren

3 av 6 valgte studier (King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Rørtveit, Severinsson & Åström, 2009) skriver at utfordringene sykepleiere kan stå ovenfor ved samarbeid med unge jenter med anoreksi, er mange. Dette kan føre til voldsom frustrasjon, forvirring og dårligere pleie. Det kom tydelig fram at utfordringene sykepleierne kom over, kunne hindre etableringen av den gode og tillitsfulle relasjonen med de unge jentene.

Vi mener det er en selvfølge at sykepleiere skal være omsorgsfulle, vennlige, til å stole på, respektfulle og empatiske. Dette kan bli en utfordring å opprettholde i møte med anoreksi syke jenter, ettersom de kan virke svært manipulerende, løgnaktige og tidkrevende (Ramjan, 2004). Sykepleierne i studiet gjort av King & Turner (2000) brukte ordet frustrasjon i arbeidet og følte det stadig var en maktkamp om kontroll med de unge jentene, hvor utfordringen ble å opprette en god relasjon ettersom tilliten ble satt på prøve. De følte at de ikke fikk gitt like mye av seg selv i en stressende situasjon, som de ville gjort hos en annen pasient med en annen diagnose (King & Turner, 2000). Det sier litt om hvor utfordrende det kan være å arbeide med de unge jentene med anoreksi, når sykepleierne selv innrømmer at det forekommer forskjellsbehandling. Derfor er det svært viktig å ikke gi opp når man opplever en vanskelig situasjon som er krevende å forholde seg til, men være klar over egne holdninger, og at det krever hardt arbeid og tålmodighet for å omgås disse jentene. Det er viktig å kunne innrømme svakheter og menneskelig å innrømme frykt, men frykt kommer som oftest av uvitenhet. Ved å inneha mer og relevant kunnskap om hvordan man skal takle

---

de vanskelige situasjonene som oppstår, forstår vi det som at mye av frustrasjonen og stresset kan unngås.

Ettersom sykepleierne oppfattet jentene som manipulerende og løgnaktige, kan de få mistro til deres atferd og jentene kan bli vanskelige å stole på. Dette kan igjen føre til at sykepleieverdier som omsorg, tillit og respekt kan bli utfordret og at sykepleierne ikke gir like mye av seg selv som i andre situasjoner. Om sykepleierne tør å stå i de vanskelig situasjonene og viser jentene at de er til å stole på, kan dette føre til et sterkere bånd og at tilliten blir anerkjent og verdsatt.

De unge jentene med anoreksi tilhører en pasientgruppe hvor det kan være problematisk å opparbeide tillit, ettersom jentene sliter med å tro på seg selv. Det dårlige selvbildet og den lave selvtiliten deres kan være med på å gjøre dem avhengige av å bli akseptert av andre. På grunn av det lave selvbildet har jentene vanskeligheter med å føle seg fortjent til omsorg og at noen bryr seg om dem. I boken til Linnea Myhre (2012) leser vi at hun ikke ser på seg selv som syk: *”Jeg ser ikke ut. Jeg er ikke tynn lenger. Jeg er plutselig en av de andre, og jeg har ikke engang lagt merke til at det er blitt sånn.”* (Myhre, 2012, s. 72). Kars et al (2009) sier at en av de største årsakene til at jentene ikke føler seg fortjent til omsorg, er at de ikke ser på seg selv som syke og har derfor vanskeligheter med å godta at de trenger hjelp. Hummelvolls (2012) hjørnestein om signifikans og selvaktelse setter lys på at det er viktig at sykepleieren øker pasientens signifikans for at pasienten skal få en følelse av å være av betydning.

Derfor kan de ha behov for hjelp til å bedre selvbildet sitt og se seg selv i helhet fra sykdommen. Sykepleierens utfordring vil være å få jentene til å godta sine egne kvaliteter, uavhengig av om de er negative eller positive og få følelsen av at de betyr noe for noen. Dette er med på å gi livet mening for jentene (Hummelvoll, 2012). Travelbee (2011) støtter opp at utfordringen for sykepleierne kan være å oppfatte mennesket i pasienten. Ramjan (2004) skriver at det er mange sykepleiere som setter en fellesbetegnelse på jentene som ”anorektikere”. De ser ikke forskjellen på diagnosen ”anoreksi” og pasienten som har den. De ser bare på jentene som en pasient, og ikke som en person. Her blir utfordringen å se mennesket bak sykdommen.

I studiet til King & Turner (2000) fortalte sykepleierne at de unge jentene med anoreksi ikke fortjente like mye omsorg som andre med en annen sykdom, fordi de hadde selv påført seg lidelsen. Denne påstanden oppsto ofte når sykepleierne var frustrerte og oppgitte ved

konflikter med jentene. Ved slike konflikter kan sykepleierne ofte føle seg avvist. Når man er i en omsorgsrolle slik sykepleierne er, kan det ofte være vanskelig å takle og bli avvist. Sykepleierne kan da føle på at deres personlige verdier blir utfordret (Hummelvoll, 2012). Mange av sykepleierne i King & Turner (2000) mente at det var meningsløst å kommunisere med anoreksi syke jenter, fordi de aldri ga noe tilbake. Sykepleierne var veldig usikre på hvordan man skulle kommunisere med jentene, og uttalte at det ikke var noen vits i å prøve da de ikke ville høre på hva som ble sagt uansett. Som nevnt tidligere er det vesentlig at sykepleierne har gode kommunikasjonsferdigheter for å nå fram på en tilfredsstillende måte. Skårderud (2013) presiserer at det heller er en regel enn et unntak å bli avvist av jenter med anoreksi, når man samarbeider med dem. Det sykepleieren bør være klar over er at jentene ofte er avvisende som en del av sykdomsbildet, men under alt dette ligger en sårbar og redd liten jente som ikke lenger har kontroll over sitt eget liv.

Vi vet at det kan være svært utfordrende å kommunisere med disse jentene fordi de lever i sin egen lille verden hvor det viktigste er dem selv, og de ikke bryr seg om hva andre sier, mener, tenker eller føler.

Studiet til Rørtveit, Severinsson & Åström (2009) sier noe om viktigheten av å tre varsomt frem i alt det følelsesmessige kaoset som jentene befinner seg i, ettersom de føler seg fanget i sin egen kropp og skammer seg over den. Utfordringen for sykepleierne i dette studiet var å opparbeide den gode relasjonen, selv i det følelsesmessige kaoset. Det kan være en utfordring å møte disse jentene fordi de befinner seg i en emosjonell situasjon og er veldig sårbare. Sykepleierne må derfor passe på så de ikke trer over personlige grenser som kan true den gode relasjonsbyggingen. Her igjen ser vi at det er en stor fordel å ha gode holdninger, kunnskap og kommunikasjonsferdigheter med seg.

Sykepleierne synes det var utfordrende å omgås og gi omsorg til jenter med en så komplisert og omfattende sykdom som anoreksi, men så allikevel at god og kontinuerlig omsorg kunne skape et tillitsfullt forhold mellom sykepleieren og pasienten (King & Turner, 2000).

Selv etter man har etablert et godt og tillitsfullt forhold til en ung jente med anoreksi, vil det fortsatt kreve mye og hard jobbing for å opprettholde forholdet. Det vil stadig by på nye og vanskelige utfordringer ettersom jentene er svært viljesterke, skeptiske og har en intens frykt for å miste kontrollen.

---

## 6. Konklusjon

Vi har kommet frem til at en kombinasjon av tillit, trygghet, kommunikasjon og kunnskap er det som skal til for å lykkes med å skape en god relasjon til en ung jente med anoreksi på en medisinsk sengepost. Vi har også funnet ut at det er av stor betydning å ha en primærsykepleier å forholde seg til, da det er viktig med kontinuitet og regelmessighet.

For oss kom det tydelig frem at tillitten som skapes mellom sykepleieren og den unge jenta er den viktigste og mest grunnleggende faktoren for relasjonsbygging. Det er ikke gitt at sykepleieren når fram til den unge jenta uansett om man følger interaksjonsprosessen til Travelbee (2011), eller Hummelvolls (2012) ni hjørnesteiner, men det gir et større potensiale til å utvikle en god relasjon. Vi kom fram til at det er tidkrevende og krever hardt arbeid å nå fram til den unge jenta, men at det er mulig om man setter av nok tid.

Det viser seg også at kommunikasjon med den unge jenta kan være svært utfordrende for sykepleieren fordi pasienten kan være manipulerende og upålitelig. Men har man gode kommunikasjonsferdigheter og viser forståelse, kan utviklingen av en relasjon bli lettere å opparbeide. Vi erfarte også hvor viktig det er å ha gode faglige kunnskaper og ferdigheter innen kommunikasjon og hvordan man skaper tillit og trygghet.

Det har vist seg at det er en del utfordringer for sykepleieren i møtet med den anoreksi syke jenta. Det er derfor viktig å ha gode kunnskaper om sykdommen og de psykiske lidelsene den fører med seg for å kunne takle utfordringene som kan oppstå i møte med den unge jenta. Vi håper derfor at det kan bli mer undervisning i dette temaet gjennom utdannelsen.

Når en ung jente med anoreksi blir innlagt på en medisinsk sengepost blir hun som regel behandlet for den somatiske årsaken. Det som blir viktig er å huske på at jenta har en psykisk lidelse i tillegg til den somatiske. Viktigheten med at sykepleieren skal lykkes med å skape en god relasjon med henne er at hun kan få hjelp til videre behandling av den psykiske lidelsen. Oppsummert er hovedmålet med å skape en god relasjon, at pasienten kan bli behandlingsklar. Tilbake til vår selvopplevde situasjon kunne hendelsen vært unngått om sykepleieren hadde hatt de kunnskapene og ferdighetene som trengs for å lykkes med å skape en god relasjon til den unge jenta med anoreksi.

Det alle må huske på er at alle individer er unike og opplever sykdom og smerte individuelt, og skal respekteres uansett.

## Egen kritikk til oppgaven

Vi erfarte at forskningen og litteraturen er basert generelt på spiseforstyrrelsene til disse jentene og ikke direkte på en sengepost. Det er også fokusert veldig mye på den terapeutiske relasjonen og behandlingen i forskningsartiklene, og ikke direkte på hvordan sykepleieren kan skape den gode relasjonen til den unge jenta med anoreksi. Vi måtte derfor bruke den generelle informasjonen vi fant, og tenke oss til hvordan situasjonen på den medisinske sengeposten kunne vært unngått med denne kunnskapen.

Utfordringene på en medisinsk sengepost er at det er lite tid som blir satt av til å kunne snakke med pasientene, når man har mange andre oppgaver å fullføre gjennom dagen. Som teamleder har man papirarbeid, medisinsansvar og legevisitt som opptar mesteparten av dagen. Som sykepleier ute i avdelingen har man stell, mat og andre småoppgaver som kan ta mye av tiden. Det er også et problem at det ofte er for lite personal i forhold til pasienter og at det derfor er utfordrende å ha kontinuitet, regelmessighet og en primærsykepleier.

Det var derfor vi ville svare på hva som skal til for å lykkes med å skape relasjoner, i stedet for hvordan man skaper dem. Vi kan ikke si med sikkerhet at sykepleieren vil kunne skape en relasjon til den unge jenta med anoreksi med disse kunnskapene, men det er et godt utgangspunkt for å lykkes.

---

## Litteraturliste

(\* = selvvalgt litteratur)

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2014). *Hva er metode?: Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konflikt, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Engelstad Snoek, J. Engedal, K. (2005) *Psykatri – kunnskap, forståelse, utfordringer* (s. 112-114). Oslo: Akribe Forlag AS.

Flesland, Ø. & Gøransson, L. (2012) Væskeforstyrrelser og transfusjon. I E. Bach-Gansmo, J. Mjell & S. Ørn (Red.) *Sykdom og behandling* (1.utg. 2. Opplag, s. 541-551). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

\*Folkehelseinstituttet (2009). PDF: *Livet med anoreksi. Erfaringer fra mennesker med diagnosen*. Lokalisert 19.jan på:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5509&Content\\_6503=6259:82547:25,5509:0:6250:19:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5509&Content_6503=6259:82547:25,5509:0:6250:19:::0:0)

\*Folkehelseinstituttet (2014). *Spiseforstyrrelser – fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Lokalisert 19.jan på:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6639&MainContent\\_6263=6464:0:25,6640&List\\_6212=6218:0:25,6645:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6639&MainContent_6263=6464:0:25,6640&List_6212=6218:0:25,6645:1:0:0:::0:0)

\*Helsepersonellven. (2015). *Lov om helsepersonell – LOV-1999-07-02-64. Taushetsplikt og opplysningsrett*. Lokalisert på:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.Utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.Utg) (s. 39) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, K.M (2011) *Innføring i psykiatri*. (4.Utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, K.M (2011) *Når kroppen blir arena for psykiske problemer: Innføring i psykiatri*. (4.Utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (s.a.) *Litt om spiseforstyrrelser generelt*. Lokalisert 26.jan på: <http://www.iks.no/iks/presse/informasjon/>

\*Kars, M., Meerwijk, E.L., van Elburg, A., van Maijel, B. & van Ommen, J. (2009) *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective*. Lokalisert 20.jan på:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=028905cc-4940-4603-9129-86a6cf1b77ad%40sessionmgr4004&hid=4207>

\*King, S.J. & Turner S. (2000) *Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective*. Lokalisert 18.feb på:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=25da8e27-8705-4324-974c-b4ea2a151c37%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4207>

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. & Skaug, N.-A. (Red.) (2011) *Grunnleggende sykepleie bind 1 –sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.Utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kunnskapssenteret (2014) Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Lokalisert 18.feb på: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Mathisen, J. (2011) *Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. I.M Holter & T.E Mekki (red.) (4. Utg) Oslo: Akribe AS.

\*Myhre, L. (2012) *Evig søndag*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.

\*Norsk sykepleierforbund (2008). *Sykepleie – et selvstendig og alsidig fag*. Lokalisert 26.jan på: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>



---

\*Norsk helseinformatikk (2015). *Spisevegring, oversikt*. Lokalisert 18.feb på:

<http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-oversikt-1029.html>

\*Ramjan, M. (2004) *Nurses and the therapeutic relationship: caring for adolescents with anorexia nervosa*. Lokalisert 18.feb på:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/15009352>

\*Skårderud, F. (2000) *Sterk/svak – håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co.

\*Skårderud, F. (s.a) Hjemmeside: *Biografi av Finn Skårderud*. Lokalisert 10.feb på:

<http://skarderud.no/biografi/>

\*Travelbee, J (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Originaltittel: Interpersonal aspects in nursing). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Rørtveit, K., Severinsson, E., & Åström, S (2009). *The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties*. International Journal of Mental Health Nursing 18, 91-99. Lokalisert 16 jan på:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2008.00588.x/full>

\*Hacking, S. & Wright K.M. (2012) . *An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 19, 107-115. Lokalisert 18 feb på:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x/full>

\*Wright, K.M. (2010). *Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit*. International Journal of Mental Health Nursing 19, 154-161. Lokalisert 18 feb på:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x/full>

## Vedlegg 1: Artikkelsøk.

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte
16.jan	Sykepleien.no	Spiseforstyrrelser	4	0	1	0
16.jan	Cinahl	The feeling of beeing trapped in and ashamed of one's own body.	1	1	1	1
20.jan	Cinahl	Anorexia	4333	1	0	0
20.jan	Cinahl	Anorexia adolescents	194	1	0	0
20.jan	Cinahl	Anorexia and caring	46	2	1	0
20.jan	Cinahl	Anorexia nervosa	2822	3	0	0
20.jan	Cinahl	Anorexia and nursing care	39	2	2	1
20.jan	Cinahl	Nursing	472 845	0	0	0
20.jan	Cinahl	Nursing care	68 656	0	0	0
18.feb	British Nursing Index	Anorexia nervosa	154	2	0	0
18.feb	British Nursing Index	Anorexia and nursing	267	2	0	0
18.feb	British Nursing Index	Anorexia nursing and relationship	21	2	2	2
18.feb	PubMed	Adolescents anorexia nervosa	6487	0	0	0
18.feb	PubMed	Adolescents anorexia nervosa relationship	551	6	0	0
18.feb	PubMed	Caring adolescent anorexia nervosa	35	5	2	2
18.feb	PubMed	Nursing care anorexia adolescents	182	0	0	0
18.feb	SveMed+	Anoreksi sykepleie	0	0	0	0
18.feb	SveMed+	Anorexia sykepleie	2	1	0	0
18.feb	SveMed+	Anorexia relasjon	7	3	0	0