

# Bachelor i sykepleie

---

Tema:

## Spiseforstyrrelser



*Bilde fremside: <http://folkenytt.no/diverse/diabetes-og-spiseforstyrrelser/>*



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 – Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr: 48

Antall ord: 8921

## Sammendrag

En slank kropp blir i dag forbundet med vellykkethet og personlig kontroll. Kroppsfiksering og slankeideal har de siste tiår preget den vestlige verden, og presset etter «idealkroppen» er en av mange utløsende årsaker til at noen utvikler spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser rammer jenter, gutter, kvinner og menn, og er en alvorlig psykisk lidelse hvor man blir så overopptatt av vekt og kalorier at det går utover helsen. Temaet i oppgaven er relasjon, og hensikten er å få økt kunnskap om hvor stor innvirkning en god relasjon mellom sykepleier og pasient har i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Stadig flere pasienter med spiseforstyrrelser søker behandling i helsevesenet, og det er viktig at sykepleierne har tilstrekkelige kunnskaper om lidelsen til å bli gode støttespillere i behandlingen.

Problemstillingen i oppgaven er følgende: «Har en god relasjon mellom sykepleier og pasient betydning for behandlingen hos mennesker med spiseforstyrrelser?».

Opgaven er skrevet med litteraturstudie som metode. Det vil si at oppgaven baseres på faglitteratur og forskningsartikler som er relevant i forhold til problemstillingen. Funnene i oppgaven viser at en god relasjon er ett av de viktigste elementene for en vellykket behandling, da relasjonen skaper trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier. For å oppnå en terapeutisk relasjon må sykepleieren utøve sykepleie på en medmenneskelig måte, ved å vise respekt, empati og sympati for pasienten. Gode kommunikasjonsferdigheter samt fagkunnskaper om lidelsen er viktige faktorer for å oppnå en terapeutisk relasjon.

## **Abstract**

A slim body is associated with success and personal control. The western world has in the last decade been characterized of body fixation, and this pressure of getting “the perfect body” is one of many causative reasons why some people develop eating disorders. Eating disorders affects girls, boys, women and men, and is a serious mental disorder where you get so obsessed over the weight and calories that it goes beyond your health. The theme in this study is therapeutic relationship. The aim is to increase knowledge about the importance of a good relationship between a nurse and the patient, in the treatment of patients with eating disorders. More and more patients with eating disorders seek treatment in the health care system; therefore it’s very important that nurses have sufficient knowledge about the disorder to be good supporters of the treatment.

The issue in this task is the following: "Does a good relationship between the nurse and the patient have impact on the treatment of people with eating disorders?".

The task is written with literature study as a method, which means it is based on former literature and research articles that are relevant to the problem of the task. The findings of the study show that a good relationship between the nurse and the patient is one of the most important elements for a successful treatment, because this relationship generates confidence and trust between patient and nurse. In order to achieve a therapeutic relationship, the nurse must practice nursing in a humane way, by showing respect, empathy and sympathy for the patient. Good communication skills and technical knowledge of the disease are also important factors to achieve a therapeutic relationship.

# Innholdsliste

1.0	Innledning .....	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2	Hensikt .....	8
1.3	Problemstilling .....	9
1.4	Avgrensing av problemstilling og begrepsavklaring .....	9
2.0	Teoretisk perspektiv .....	10
2.1	Hva er spiseforstyrrelser? .....	10
2.1.1	Tidlige faresignal på spiseforstyrrelser .....	11
2.1.2	Kroppslige symptomer og skader som følge av spiseforstyrrelser .....	12
2.1.3	Hvem utvikler spiseforstyrrelser? .....	13
2.2	Relasjoner i sykepleien .....	14
2.2.1	Relasjonens betydning i møte med pasienten med spiseforstyrrelser .....	14
2.2.2	Relasjonsetablering, en ekstra utfordring? .....	15
2.3	Yrkesetiske retningslinjer .....	15
2.4	Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee .....	16
2.4.1	Menneske-til-menneske-forhold .....	17
2.4.2	Kommunikasjon og relasjon .....	17
3.0	Metode .....	19
3.1	Litteraturstudie som metode .....	19
3.1.1	Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode .....	20
3.2	Litteratursøk .....	20
3.3	Kildekritikk .....	21
3.4	Etiske vurderinger .....	22
3.5	Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur .....	22
4.0	Drøfting .....	25
4.1	Relasjonsbygging – grunnlaget for en vellykket behandling .....	25
4.1.1	Å skape et trygt behandlingsgrunnlag .....	25
4.1.2	Å se personen bak lidelsen .....	27
4.1.3	Betydningen av empati og sympati i relasjoner .....	28
4.1.4	Betydningen av fagkunnskaper i den terapeutiske relasjonen .....	30
4.2	Den profesjonelle kommunikasjonen .....	32
5.0	Konklusjon .....	34

Litteraturliste.....35

## 1.0 Innledning

Med utgangspunkt i egne interesser har jeg valgt å skrive om temaet spiseforstyrrelse i min bacheloroppgave. Spiseforstyrrelser har jeg hørt og lest mye om, spesielt gjennom media. Jeg har ingen erfaring med pasienter med spiseforstyrrelser, men siden det er et økende problem som stadig blir mer synlig i helsevesenet er sjansen stor for at jeg møter dem i arbeidslivet. Da ønsker jeg å ha tilstrekkelige kunnskaper om lidelsen til å vite hvilke faktorer som er til hjelp for pasienten, og dermed være en god støttespiller og behandler.

Den vestlige verden er dominert av kroppsfixering og slankeideal. I flere tiår har en slank kropp vært et tegn på sunnhet, vellykkethet og personlig kontroll. De som ikke lever opp til idealet blir i flere tilfeller negativt vurdert. Overvekt og fedme blir dermed betraktet som en indikasjon på personlig utilstrekkelighet, noe som gjør det vanskelig for overvektige å akseptere sin egen kropp, samt bevare et positivt selvbilde (Hummelvoll, 2005). På grunn av økende oppmerksomhet på spiseforstyrrelser fra offentlig hold, i tillegg til økt fokus på retten til helsehjelp i samfunnet, er det stadig flere som søker behandling. Når en pasient med spiseforstyrrelser søker behandling er han ofte i en sårbar situasjon preget av skam og skyldfølelse. For at pasienten skal fortsette behandlingen er det viktig at de første møtene med helsevesenet er basert på respekt, empati, forståelse og ikke minst kunnskap (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Oppgaven baseres på Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Hun legger vekt på hvor viktig det er å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient for å utøve god sykepleie. Hennes teori er dermed relevant for problemstillingen i oppgaven som handler om relasjonens betydning for en vellykket behandling.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Spiseforstyrrelser blir delt inn i tre ulike former etter hvordan lidelsen arter seg; anoreksi, bulimi og overspising. En spiseforstyrrelse oppstår oftest i ungdomsalderen. Anoreksi og bulimi viser seg å være ti ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn, mens det er mindre kjønnsforskjell i overspisingslidelsen. Basert på troverdige nasjonale og internasjonale studier antas det at i Norge er det om lag 50 000 kvinner i aldersgruppen 15-44 år som har en

spiseforstyrrelse. Blant disse regnes det at 2700 har anoreksi, 18 000 bulimi og hele 28 000 overspisingslidelse. Selv om spiseforstyrrelser er mest utbredt hos kvinner, er det viktig å huske på at gutter/menn også lider av sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2009).

Anoreksi er den tredje største dødsårsaken hos tenåringsjenter i Europa. Om lag halvparten dør av selvmord og de resterende av komplikasjoner av underernæring. Dødeligheten rundt bulimi har også økt de siste årene. Selvmord utgjør en stor andel, men elektrolyttforstyrrelser er den vanligste dødsårsaken. For å oppnå en vellykket behandling kreves det tverrfaglig samarbeid. Pasienter med spiseforstyrrelser behandles både i polikliniske sammenhenger, i kommunen og i spesialhelsetjenesten. Behandlingsmessig regner man med at rundt 60 % av menneskene med spiseforstyrrelse blir helt friske. De resterende blir bedre, men kan lide av restsymptomer eller andre psykiske plager (Skårderud, 2000).

I forbindelse med behandling av spiseforstyrrelser har det offentlige i Norge de siste årene lagt stor vekt på kompetanseheving i form av ulike utdanningsprogrammer. I Norge har vi også to landsomfattende selvhjelpsorganisasjoner i samarbeid med profesjonelle:

Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS) og Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) (Skårderud et. al, 2010). Likevel påpeker Göttestam og Rosenvinge (2002) at kunnskapen om spiseforstyrrelser blant personalet på sykehuset ikke strekker til. Studiet viser at ved spiseforstyrrelser er det behov for økt behandlingskompetanse, i tillegg til bedre organisering av behandlingen.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å belyse hvor viktig rolle en sykepleier spiller i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser, og hvor viktig det er å skape en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.



### **1.3 Problemstilling**

«Har en god relasjon mellom sykepleier og pasient betydning for behandlingen hos pasienter med spiseforstyrrelse?»

### **1.4 Avgrensning av problemstilling og begrepsavklaring**

For å avklare hva oppgaven inneholder, avgrenser jeg problemstillingen ytterligere.

Hovedtema i oppgaven er relasjon, og jeg har valgt å skrive om sykepleier- pasientrelasjonen til pasienter med spiseforstyrrelser generelt. Jeg mener en god relasjon mellom sykepleier og pasient er like viktig uansett hvilke form for spiseforstyrrelser man har, uansett alder, eller hvor man mottar behandling. Derfor har jeg valgt å ikke avgrense oppgaven til en spesiell form for spiseforstyrrelser, og heller ikke avgrense i alder eller behandlingssted.

Spiseforstyrrelser rammer helst ungdom, og ofte lever de med lidelsen i mange år. Behandling av spiseforstyrrelser foregår både i første-, andre- og tredjelinjetjenestene. Som sykepleier møter man oftest pasienter med spiseforstyrrelser på sykehus, poliklinikker og psykiatriske avdelinger. Forskningen jeg har valgt å bruke i oppgaven varierer fra pasienter som er/har vært innlagt enten på sykehus, spesialiserte avdelinger for spiseforstyrrelser, eller benytter seg av dagklinikk. Deltakerne i forskningsartiklene varierer fra 15 år til voksen alder.

I oppgaven kommer jeg ikke til å skrive om hvordan sykepleiere kan oppdage eller forebygge spiseforstyrrelser. Det kommer ikke til å bli lagt vekt på selve behandlingsmetoden, bare sykepleieren sin rolle i behandlingen.

#### **Begrepsavklaring**

Relasjon: «Mellommenneskelige relasjoner foreligger når mennesker gjensidig påvirker hverandre slik at det den ene gjør, sier, tenker eller føler, influerer på hva den andre gjør, sier, tenker eller føler» (Valgum, 2006, s, 14).

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse. Man er så overopptatt av kropp, vekt og utseende at det går utover hverdagslivet (Skårderud, 2000).

## 2.0 Teoretisk perspektiv

### 2.1 Hva er spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse som rammer både jenter og gutter, kvinner og menn. Når man har en spiseforstyrrelse er man så overopptatt av vekt, kropp og utseende, at man får problemer med å styre egne tanker og følelser. Denne tankegangen fører til en konstant indre uro og kan kreve så mye energi at det fører til hemninger i det daglige livet. Spiseforstyrrelser forbindes også med lav selvfølelse og mangel på kontroll i livet. Dermed vil kontroll over matinntaket og mestring av appetitten gi en følelse av kontroll og bedre selvfølelse. Med andre ord blir maten og kroppen et språk for å håndtere følelser og livsproblemer. Spiseforstyrrelser er et komplisert samspill mellom psykologi og biologi (Skårderud, 2000). Buhl (1990) vektlegger tre dimensjoner for å forklare tankegangen bak symptomene vi ser hos mennesker med spiseforstyrrelser:

- Ytre styring: pasienten er veldig opptatt av andres tanker og meninger siden de er usikre på seg selv.
- Kontrollsvikt: når pasienten ikke oppfatter sine indre signaler og behov, blir følelsen av kontroll dårlig.
- Manglende kontakt med indre impulser: evnen til å tåle uklare impulser utenfra er svekket samtidig som det å føle indre impulser er forstyrret. Til sammen gjør dette det vanskelig å sette ord på tanker og følelser (sitert i Hummelvoll, 2005 s, 297).

Det er tre hovedformer for spiseforstyrrelser:

*Anoreksia nervosa* utvikles oftest i tenårene og handler om å begrense hvor mye man spiser. Hverdagen går med til å tenke på mat og telle kalorier. De fleste med anoreksi beholder maten, men kompenserer gjerne med overdreven trening for å forbrenne kalorier. Ved denne lidelsen har man en konstant frykt for å legge på seg, samtidig som man utvikler et forstyrret syn på kroppens størrelse og innser derfor ikke hvor alvorlig vekttapet er (Skårderud, 2000).

*Bulimia nervosa* utvikles ofte i slutten av tenårene eller begynnelsen på tyveårene. Bulimi handler om gjentatte episoder med overspising etterfulgt av å kaste maten opp igjen. Mengden overspising kan variere mye. En person med bulimi kan spise alt fra et par brødsiver til flere timer med spising etter metthetsfølelsen har meldt seg. Personer som lider av bulimi opplever et kontrolltap og klarer ikke regulere inntaket av mat innen en tidsperiode. For å hindre vektøkning vil personen enten kaste opp maten, misbruke vanndrivende medisiner eller avførende midler. Overdreven fysisk aktivitet er også vanlig (ibid).

*Overspisinglidelse*, også kalt «tvangsspising», har mange av de samme trekkene som bulimi, med unntak av å kaste maten opp igjen. Overspiseren kan innta mye kaloririk mat på kort tid, eller småspise gjennom hele dagen slik at totalsummen av matinntaket blir mer enn kroppen trenger. Konsekvensen for denne lidelsen er ofte overvekt. Derfor er det også vanlig at overspiserne har strenge fasteperioder (ibid).

Spiseforstyrrelser blir ofte sett på som en lidelse blant kvinner, spesielt blant unge kvinner. Hummelvoll (2005) skriver at man må huske på at spiseforstyrrelser også rammer menn. Omtrent hver tiende person rammet av spiseforstyrrelser er menn, men siden kvinneandelen er så dominerende er det gjort lite forskning på spiseforstyrrelser blant menn. Det kan tenkes at menn føler en ekstra skam over å ha en lidelse som er forbundet med ungpiker.

### **2.1.1 Tidlige faresignal på spiseforstyrrelser**

En spiseforstyrrelse forsøkes ofte å holdes skjult, men uten å være mistenksomme på hverandre kan man likevel være observante. Om man har mistanke til spiseforstyrrelser er det ofte bra å snakke direkte til vedkommende om temaet. Mange har et ønske om å bli oppdaget, og det kan føles verre å bli oversett enn konfrontert. Nedenfor nevnes noen tidlige tegn på spiseforstyrrelser, men det betyr likevel ikke at man har en spiseforstyrrelse dersom noen av punktene stemmer.

#### Tidlige tegn i forhold til mat:

- overdreven interesse for vekt og kroppsfasong
- plutselig vekttap
- irritabel og stresset rundt matsituasjoner

- benekter sult når det er opplagt at han/hun er sulten
- overdreven fysisk aktivitet
- unngår felles måltider
- går på toalettet rett etter måltid

#### Tidlige tegn i forhold til humør og atferd:

- Veier seg ofte
- Konsentrasjonsproblemer
- Søvnvansker
- Dårlig selvbilde
- Sosial tilbaketrekning
- Insisterer på at hun/han er tykk når det åpenbart er uriktig

#### Fysiske tegn:

- Vekttap
- Svimmelhet/tretthet
- Manglende/ uregelmessig menstruasjon
- Dunete behåring i ansikt og på rygg
- Mister hår under armene/kjønnsår
- Lav kroppstemperatur
- Dårlig blodsirkulasjon, kald på hender og føtter

(Skårderud, 2000)

### **2.1.2 Kroppslige symptomer og skader som følge av spiseforstyrrelser**

Når man har en spiseforstyrrelse er belastningen på kroppen stor. I verste fall kan symptomene og skadene være dødelige. Underernæring er en vanlig konsekvens av spiseforstyrrelser, som i en lengre periode har store konsekvenser for kroppen. Kroppen sparer energi som fører til at pasienten fryser, og både puls og blodtrykk synker. Disse symptomene går tilbake til normalt ved å innta normalkost. Likevel kan det ha ført til varige skader på kroppen, som benskjørhet, og redusert lengdevekst/ fruktbarhet.

Underernæring påvirker også nervesystemet ved at hjernen blir mindre. Det kan føre til svikt i kognitive funksjoner som nedsatt hukommelse og tidlig demens. Forstyrrelser i væske- og elektrolyttbalansen i kroppen, oftest forbundet med bulimikere, kan føre til hypokalemi (for lite kalium i kroppen). Fordøyelsesapparatet påvirkes og gir ofte knipesmerter i magen, i tillegg til forstoppelse. Munnen og tennene blir ved gjentatte episoder med oppkast skadet av det sure mageinnholdet. Overvekt kan gi komplikasjoner som diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, mm.

Spiseforstyrrelser har også flere psykiske følger. Noen av de vanligste er sløvhet, senket stemningsleie, asosialitet, nedsatt konsentrasjonsevne og hukommelse, tvangshandlinger, og følelsesmessig ustabilitet.

(Skårderud, 2000).

### **2.1.3 Hvem utvikler spiseforstyrrelser?**

Det er ikke mulig å utpeke en årsak til spiseforstyrrelse. Skal man prøve å forstå sykdommen må man se på den fra flere perspektiver. Psykodynamisk teori mener at spiseforstyrrelser har røtter fra uløste konflikter i barndommen, som dermed hemmer den grunnleggende tilliten og selvstendigheten til barnet. Dette fører til mangelfull personlighetsutvikling og dårlig kjennskap til å registrere egne tanker og følelser (Hummelvoll, 2005).

Man skiller mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer. *Disponerende faktorer* omhandler genetikk, familiære forhold (ofte en vanskelig barndom), traumer/ seksuelle overgrep, kultur og personlighet. *Utløsende forhold* kan være tap, tidlig pubertet, mobbing, idrett med store prestasjonskrav og slanking. Til slutt har man *vedlikeholdende faktorer* som enten kan være negative reaksjoner fra miljøet, familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelsen, eller psykiske symptomer som underernæring og depresjon (Skårderud et. al, 2010).

Røer (2009) påpeker at den vanligste utløseren for spiseforstyrrelser er slanking. Ulike idrettsmiljø som blant annet ballett, hvor det kreves et strengt kosthold, kan også være en trigger for utvikling av spiseforstyrrelser. Det samme gjelder hos barn som er tvunget til å gå

på dietter som for eksempel diabetespasienter, eller barn som får langvarige sykdommer som kyssesyken.

## **2.2 Relasjoner i sykepleien**

I livet kan man ikke unngå mellommenneskelige relasjoner, både privat og på arbeid. Utfordringen for fagfolk i møte med pasienter med psykisk lidelse blir derfor å finne ut *hvilke* relasjoner som er viktige og *hvordan* forholde seg til pasientene (Valgum, 2006).

Relasjon kan bli forklart som «den røde tråden» for et godt samarbeid mellom den med psykisk lidelse og fagerpersonen. Det er tidkrevende og krever mye faglig kompetanse for å skape en solid relasjon (Lemvik, 2006). En god relasjon mellom fagpersonen og pasienten er avgjørende for resultatet av behandlingen. Psykologen Carl Rogers forklarer i Eide og Eide (2010) retningslinjer for klientsentrert terapi hvor han vektlegger fire grunnleggende faktorer for å skape en god relasjon: empati, varme, respekt og genuinitet. Evnen til å lytte er også avgjørende for å kunne yte god hjelp og dermed motivere til videre behandling.

### **2.2.1 Relasjonens betydning i møte med pasienten med spiseforstyrrelser**

Når sykepleier møter en pasient er han ofte i en sårbar situasjon, som setter krav til at sykepleieren må handle på en medmenneskelig måte. Møtet med en pasient som har spiseforstyrrelser krever kunnskap om både de psykososiale og de somatiske faktorene ved lidelsen. Det kan være vanskelig å etablere kontakt med en pasient med spiseforstyrrelser fordi han/hun ikke føler seg syk og mener behov for behandling ikke er nødvendig. Likevel er en god arbeidsallianse fullt avgjørende for at pasienten skal få utbytte av behandlingen (Hummelvoll, 2005). Eide og Eide (2009) forklarer at som sykepleier kan man ikke alltid forvente å skape idealet av et terapeut-pasient forhold. Likevel kan en sykepleier alltid arbeide med evnen til å kommunisere, lytte og vise empati.

Skårderud (2000) skriver at en nær relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser handler om å være aktiv, tydelig og konkret. Sykepleieren må vise empati og respekt, være flink til å sette ord på følelser, tålmodig og flink til å forhandle. Valgum (2006) understreker at i psykiatrien

er gode relasjoner mellom pasienten og behandleren et av de sterkeste virkemidlene for en vellykket behandling.

### **2.2.2 Relasjonsetablering, en ekstra utfordring?**

Pasienter med psykisk lidelse har et grunnleggende relasjonsproblem, noe som gjør det vanskelig for sykepleieren å oppnå en tillitsfull kontakt. Ofte legger pasientene opp til vanskelige relasjoner hvor de prøver å dra fagpersonene inn i de samme vonde relasjonene de tidligere har erfart. Selv om fagpersonen møter den nye pasienten med gode intensjoner om samarbeid og tillitt, skjer det likevel at fagpersonen blir stemplet som den onde, hjerteløse og udugelige (Valgum, 2006).

I John Bowlby's tilknytningsteori skriver han om hvordan barn oppnår beskyttelse ved å knytte sterke følelsesmessige bånd til omsorgspersoner, oftest foreldre. Dette sterke båndet skaper trygghet og danner grunnlaget for følelsesmessige opplevelser og tilknytningsadferd senere i livet (Urnes, 2006). I en studie av Barone og Guiducci (2009) undersøkte de sammenhengen mellom tilknytningsproblemer og spiseforstyrrelser. Studien bekreftet at tilknytningsusikkerhet var tilfelle i 90 prosent hos pasientene, og i de fleste tilfellene hadde dette røtter fra barndommen der de har opplevd avvising og omsorgssvikt. Funnene i studien viste også en relativ høy forekomst av tilknytningsproblemer hos pasienter med spiseforstyrrelser som har opplevd traumatiske opplevelser.

## **2.3 Yrkesetiske retningslinjer**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, er etiske regler- og retningslinjer for hvordan man som sykepleier skal utøve yrket. Retningslinjene tar utgangspunkt i normer fra allmenmmoralen som respekt, ansvar, autonomi og taushetsplikt, og skal hjelpe en sykepleier til å gjøre rette valg i vanskelige situasjoner.

De yrkesetiske retningslinjene bygger på at sykepleie skal utøves med omsorg og barmhjertighet, samt med respekt for menneskerettighetene. Det blir også lagt vekt på at sykepleien må være kunnskapsbasert. Retningslinjene inneholder 11 punkter om hvordan en

sykepleier skal møte en pasient. Her står det blant annet at en sykepleier skal utøve helhetlig omsorg for hver enkelt pasient og respektere pasientens rett til å ta selvstendige valg. De yrkesetiske retningslinjene forteller også noe om hvordan sykepleieren skal utøve sin profesjon. Disse handler om at sykepleieren må holde seg oppdatert innen forskning og utvikling, samt kjenne til sine egne grenser og søke veiledning i vanskelige situasjoner. (Slettebø, 2009)

## 2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

I sin sykepleieteori legger Joyce Travelbee stor vekt på hvor viktig det er å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Travelbee mener at som menneske kan man ikke unngå å oppleve smerte og lidelse. Dermed blir sykepleierens hensikt og mål å bidra til at den lidende mestrer og finner mening i situasjonen han befinner seg i.

Travelbee definerer 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 mestring i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s, 29).*

Travelbee (2001) skriver at sykepleie kan omtales som en «mellommenneskelig prosess» nettopp fordi det alltid handler om mennesker, og at hvert menneske er unikt. Sykepleie er en prosess med stadig nye erfaringer og en sykepleier skal handle slik at høyest mulig nivå av helse opprettholdes. Travelbee understreker hvor viktig det er å bruke seg selv terapeutisk. Hun mener at det er denne egenskapen som kjennetegner en profesjonell sykepleier. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at man må bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet for å skape et forhold til den pleietrengende. Det kreves også kunnskap og selvinnsikt for å klare dette.

I sin sykepleieteori skriver også Travelbee om begrepene helsefremming, lidelse og håp. I denne oppgaven kommer det til å bli lagt vekt på hennes syn på menneske-til-menneske-



forholdet og kommunikasjon.

#### **2.4.1 Menneske-til-menneske-forhold**

Travelbee (2001) tar avstand fra begrepene «pasient» og «sykepleier», og mener at sykepleier-pasientforholdet ikke kan nå frem til hverandre så lenge menneskene har tildelte roller. Det er først når man ser på hverandre som enkeltindivider at det oppstår en reell kontakt som kan kalles et menneske-til-menneske-forhold. I definisjon av et menneske-til-menneske-forhold forklarer hun at målet er å ivareta de helhetlige behovene til den syke. Dette kan oppnås når sykepleieren har tilegnet seg kunnskaper gjennom erfaringer for den hun yter omsorg for.

Videre mener Travelbee (2001) at et menneske-til-menneske-forhold ikke oppstår av seg selv. Forholdet oppstår først etter de berørte har vært gjennom fem faser. Disse fasene innebærer: det første møtet, bli kjent med de ulike identitetene, empati og sympati, og gjensidig forståelse og kontakt. Det er viktig å huske på at et menneske-til-menneske-forhold ikke er det samme som et venneforhold, til tross for flere likheter. I et venneforhold har begge behov betydning, mens i et menneske-til-menneske-forhold skal det være fokus på behovene til den syke.

#### **2.4.2 Kommunikasjon og relasjon**

Kommunikasjon blir definert på ulike måter. Travelbee (2001) beskriver kommunikasjon som en kontinuerlig prosess hvor det blir utvekslet tanker og følelser. Disse utvekslingene skjer både verbalt og non-verbalt, som mimikk, bevegelser, tonefall og berøring. Det er i denne kommunikasjonsprosessen sykepleieren blir bevisst på hva som er unikt med pasienten, og hva som skiller pasienten fra andre pasienter. Med andre ord er god kommunikasjon grunnlaget for å etablere et menneske-til-menneske forhold. Målet med kommunikasjonen er at sykepleieren skal lære å kjenne den syke slik at hun kan tolke signaler, ivareta sykebehovet, og evaluere om hensikten og målene med sykepleien oppnås.

Håkonsson (1999) forklarer fire grunntrekk for hvordan man kan skape en best mulig kommunikasjon i en terapeutisk relasjon. Ved å være bevisst på hvor man vender kroppen, hvor vi fester blikket og ved å ta seg god tid til pasienten, gir man pasienten oppmerksomhet og viser at man er interessert. Aktiv lytting, både verbal og non-verbal, er nødvendig for å

fange opp budskapet pasienten sender. Empati er viktig for å formidle forståelsen av budskapet tilbake til pasienten slik at han føler seg sett og respektert. Sykepleieren må være utforskende for få tak i pasientens følelser, tanker og opplevelser, for deretter å bruke informasjonen videre i det terapeutiske arbeidet.

### **3.0 Metode**

Tranøy har forklart i Dalland (2010) at metode er en fremgangsmåte for å anskaffe ny kunnskap, til å løse problemer, og å være kritisk til om den nye kunnskapen er gyldig og holdbar. Metoden forteller oss noe om hvordan vi kan innhente den nye kunnskapen samt hvordan vurdere å etterprøve kunnskapen. Med andre ord er metode et redskap som hjelper oss til å samle data om det man ønsker å undersøke.

Metoder deles ofte i to kategorier: kvalitative- og kvantitative metoder. Begge metodene har som utgangspunkt å utforske samfunnet vi lever i, både hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Forskjellene på utfallet av disse metodene er likevel store. De kvantitative metodene tar utgangspunkt i en større mengde, hvor man systematisk samler sammenlignbare data som til slutt kan vises i form av tall/statistikk/prosentandel. De kvalitative metodene derimot går mer i dybden, handler om å plukke opp personlige meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2010).

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. Olsson og Sörensen (2009) skriver at i hovedoppgaver er det vanlig å bruke litteraturstudie som metode. Mulrov og Oxman har i Forsberg og Wengström (2008) definert en litteraturstudie som et utgangspunkt i et tydelig formulert spørsmål som skal besvares gjennom å velge ut, vurdere og analysere relevant forskning.

En litteraturstudie skal bestå av bakgrunn, formål, problemstilling, innsamlingsmetode, litteraturredel og en drøftedel. I en litteraturstudie er det nettopp litteratur som er informasjonskilden, og i drøftedelen skal denne bakgrunns litteraturen veies opp mot litteraturdata fra resultatdelen av vanligvis 5-6 vitenskapelige artikler (Olsson & Sörensen, 2009).

### 3.1.1 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode

En positiv side med en litteraturstudie som metode er at man bruker forskning som allerede er gjennomført om temaet man ønsker å skrive om. Da slipper man å bruke mye krevende arbeid på å samle og analysere dataene vi vil anvende i oppgaven. Grunnarbeidet med innsamling av data er allerede utført, slik at man kan gå rett i databasen å søke etter dataene der. En svakhet med litteraturstudie som metode er at man ikke alltid finner forskning som passer til problemstillingen man har valgt, men også at dataene man anvender i oppgaven allerede er analysert og tolket av andre (Forsberg & Wengström, 2008).

## 3.2 Litteratursøk

Til mine artikkelsøk har jeg brukt de helsefaglige databasene SveMed, PubMed, Medline og Cinahl, som jeg fikk tilgang til gjennom Høyskolen i Haugesund sitt bibliotek. Jeg har også søkt etter artikler på fagsiden sykepleien.no. Det var mange artikler å finne på de ulike databasene, men flere var ikke relevant da de handlet om behandlingsprogram – og behandlingsresultat av pasienter med spiseforstyrrelser, og ikke om selve betydningen av en god relasjon som min problemstilling handler om.

Ved å kombinere ulike ord i samme database fikk jeg treff på ulike synspunkter på artikler som belyser temaet mitt. På Cinahl søkte jeg først på *eating disorders* som viste 5553 treff. Deretter søkeordet *attachment*, som viste 4792 treff. For å få et mer avgrenset søkeresultat kombinerte jeg disse to ordene, noe som viste et mer overkommelig antall artikler på 46 treff. For å kutte ned antallet avgrenset jeg til artikler som ble gitt ut etter 2002, i tillegg til artikler som kunne bli vist i full tekst. Da satt jeg igjen med 27 treff, og etter å ha lest overskrifter og sammendrag satt jeg igjen med en artikkel som passet til oppgaven og problemstillingen.

Jeg fant en artikkel på Cinahl ved å først søke på *eating disorders* hvor jeg fikk 5553 treff. Deretter søkte jeg på ordet *therapy* som fikk 81529 treff. Etter å ha kombinert søkeordene fikk jeg 1654 treff. Igjen tok jeg avgrensingene full tekst og at artiklene skal være utgitt i løpet av de siste 10 årene. Da satt jeg igjen med 591 treff. Etter å ha lest de første sammendragene fant jeg en artikkel som var relevant i oppgaven.

De to siste artiklene fant jeg også i Cinahl, ved å søke på *eating disorders* med 5553 treff, og deretter søkeordet *therapeutic relationship* som viste 7825 treff. Da jeg videre kombinerte disse søkeordene viste det 32 treff. I tillegg begrenset jeg søket til oppgaver i full tekst og som ble utgitt etter 2002, og da satt jeg igjen med 15 treff. Etter å ha sett på overskrifter og lest sammendrag fant jeg to artikler jeg vil ha med i oppgaven.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som handler om kritisk vurdering av litteraturen som benyttes i oppgaven for å fastslå om kilden er troverdig. Hensikten med kildekritikk er at leserne skal få et innblikk i hvilke refleksjoner forfatteren har gjort om litteraturen som er benyttet, blant annet ulike avgrensninger som har blitt gjort, om det var vanskelig å få tilgang på relevant litteratur, og hvor kritisk han har vært til litteraturutvalget (Dalland, 2008).

Litteraturen som er brukt i denne oppgaven er hentet fra pensumlitteratur, fra relevante bøker fra biblioteket på Høgskolen Haugesund jeg har funnet ved å bruke søkemotoren BIBSYS, fra forskning- og fagartikler, og websider. Når jeg har funnet litteratur fra bøker jeg har brukt i oppgaven har jeg forsøkt å finne primærkilden. Det har ikke alltid vært like enkelt å få tilgang til primærkilden, derfor har jeg i noen tilfeller brukt sekundærkilden og referert til primærkilden i teksten. Olsson og Sørensen (2009) forklarer at når en forsker samler informasjon kalles det primærdata. Når andre igjen bruker disse dataene kalles det sekundærdata. En bok kan for eksempel være sekundærdata. Dalland (2008) påpeker at man i hovedregel bør finne tilbake til primærkilden, men ofte er dataene lite tilgjengelige og da kan man bruke sekundærkildene.

I søket etter forskningsartikler avgrenset jeg søket til at artiklene til å være utgitt etter 2002, slik at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år. Denne avgrensingen gjorde jeg siden spiseforstyrrelser har vært et mye diskutert tema de siste årene, og i oppgaven ønsker jeg å avvende den nyeste forskningen. Når jeg valgte ut artikler til oppgaven tok jeg kun med de som er mest relevant for problemstillingen. For å vurdere forskningsartiklene har jeg brukt sjekklistene på siden kunnskapsbasertpraksis.no. For å belyse problemstillingen fra flere sider vil oppgaven bestå av både kvalitative og kvantitative artikler.

### 3.4 Etiske vurderinger

Etikken handler om normer som skal hjelpe oss til å ta kloke og riktige valg i livet. Det samme gjelder også innen forskningsetikk. Det er viktig at forskerens mål om å oppnå nye kunnskaper ikke skjer på bekostning av den enkeltes integritet (Dalland, 2008). Når det gjelder helsefaglig forskning må den følge retningslinjene i Helsinkideklarasjonen, en deklarasjon som legger vekt på de fire grunnleggende etiske prinsippene i relasjoner mellom mennesker: autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om ikke-skade, og rettferdighetsprinsippet. Det er også strenge normer mot forskningsfuske hvor ordet plagiat er sentralt. Når man skriver en oppgave er det viktig at sitater og referanser er korrekt oppgitt i litteraturlisten for å unngå plagiat, som vil si at man tar æren av verket noen andre har skrevet (Sörensen & Olsson, 2009). Forsberg og Wengström (2008) forklarer at i litteraturstudie skal man bruke forskning som er godkjent av en etisk komite.

I oppgaven min skal jeg være pålitelig med å alltid skrive kildehenvisning, og litteraturlisten vil bli skrevet etter retningslinjene på biblioteket Høyskolen i Haugesund sine sider. Når jeg bruker sitat og annen litteratur skal jeg være flink til å oppgi kilder slik at det ikke fremstår som mitt verk. Når det gjelder artiklene jeg bruker i oppgaven så har jeg sett etter i teksten om de er godkjent av en etisk komite. I to av forskningsartiklene jeg bruker stod det i teksten at de var godkjent, de to gjenværende går jeg likevel ut i fra er godkjent siden jeg har funnet de på den helsefaglige på databasen Cinahl.

### 3.5 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

**The Quality of Treatment of Eating Disorders: A Comparison of the Therapists' and the Patients' Perspective.** (Rie, S. Noordenbos, G. Donker, M. & Furth, E., 2008). Kvalitativ og kvantitativ artikkel, hvor hensikten med studiet var å undersøke kvaliteten på behandlingen av spiseforstyrrelser, sett fra både pasienten og terapeuten sitt synspunkt.

Dataene til studiet ble samlet gjennom spørreskjema. Deltakerne var 73 terapeuter som har arbeidet med spiseforstyrrelser, 153 pasienter med nåværende spiseforstyrrelser, og 148 pasienter som tidligere har hatt spiseforstyrrelser. Funnene i studiet viste at terapeutene og

pasientene var enige i at faktorer som fokus på behandlingen, terapeutisk allianse og kommunikasjonsferdigheter er viktig for kvaliteten på behandlingen. Likevel vurderte de faktorene annerledes, der terapeutene la mest vekt på atferdsendring hos pasienten, mens pasientene understrekte viktigheten av å kunne stole på terapeuten og bli tatt seriøst, samt snakke om problemene bak spiseforstyrrelsen. Optimal behandling av spiseforstyrrelser oppnås når kunnskap blir brukt sammen med pasientens ønsker med behandlingen.

### **Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit.**

(Snell, L. Crowe, M. & Jordan, J., 2010). Kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å skape en terapeutisk relasjon med pasienter med spiseforstyrrelser.

Deltagerne var syv registrerte sykepleiere som i gjennomsnitt hadde fire års relevant praksis om spiseforstyrrelser, og dataene ble samlet gjennom intervju. Sykepleierne var enige om at begrepet «tilknytning» var grunnleggende for å hjelpe pasienten i behandlingsprosessen, og et terapeutisk forhold ble inndelt i tre hovedkategorier. *Å utvikle en terapeutisk tilknytning* viste seg å være vanskelig da pasientene selv ikke ser at de har et problem og motsier seg derfor behandling. Her er det viktig at sykepleieren bruker kunnskapen hun har om lidelsen ved å forklare for pasienten sammenheng mellom fysiske og psykiske forandringer forbundet med lidelsen, samt å opprettholde en håpefull og tillitsfull tilværelse ved å vise empati og respekt. *Å forhandle den terapeutiske tilknytningen* handler om å finne en balanse mellom hvor mye man skal «presse» når pasientene gjør motstand på behandlingsprosessen, uten at det går utover den terapeutiske relasjonen eller sykepleierens egne følelser. *Å koordinere tilknytningen* handler om at sykepleierne er et bindeledd mellom pasient og enhetens team, noe som er en krevende rolle siden ønskene ofte er motstridende. Studien viste at sykepleierne spiller en viktig rolle for en vellykket behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.

### **Issues experienced by service users with an eating disorder: a qualitative investigation.**

(Walker, S. & Lloyd, C. 2011). En kvalitativ studie som undersøker pasienter med spiseforstyrrelser sin oppfatning av behandlingen.

Seks kvinner over 18 år med diagnosen spiseforstyrrelse ble intervjuet. Funnene i studiet viste at pasientene mente et terapeutisk forhold, god kommunikasjon, å føle seg støttet, samt å

kunne stole på terapeuten var viktige faktorer i behandlingen. Dessverre viste det seg at dette ikke ble fulgt opp i praksis. Personalet manglet kunnskaper om lidelsen. I tillegg hadde personalet liten forståelse for pasientene, noe som førte til at de ble frustrerte, da spesielt i matsammenheng da pasienten ikke klarte å innta maten.

**Mental representation of attachment in Eating Disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview** (Barone, L. & Guiducci, V. 2009) En kvantitativ studie som undersøker nærmere forholdet mellom tilknytningsproblemer og spiseforstyrrelser.

Deltakerne var 60 voksne med spiseforstyrrelser som ble vurdert gjennom Adult Attachment Interview (AAI). AAI er et semi-strukturert intervju som tar sikte på å få fram informasjon om et individs nåværende representasjon av hans eller hennes barndoms opplevelser. Funnene i studien viste at 90 % av pasienter med spiseforstyrrelser hadde tilknytningsproblemer, med utgangspunkt i usikkerhet fra barndommen. Funnene viste også en markert tendens til spiseforstyrrelser om man opplever omsorgssvikt og avvising i sin barndom i forhold til sine foreldre. Forhold med moren synes å være den mest problematiske siden det naturlig formidler kjærlighet. Om man opplever avvising eller en neglisjerende holdning, dette gjelder far like mye som mor, er disse faktorene også forbundet med ulike tilknytningsproblemer senere i livet. Studien viste også en relativ høy forekomst av tilknytningsproblemer hos pasienter med spiseforstyrrelser som har opplevd uløste traumatiske opplevelser.



## **4.0 Drøfting**

**Har en god relasjon mellom sykepleier og pasient betydning for behandlingen til pasienter med spiseforstyrrelse?**

### **4.1 Relasjonsbygging – grunnlaget for en vellykket behandling**

Travelbee (2001) forklarer at et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient er helt nødvendig for at sykepleieren kan utøve best mulig helsehjelp. For å etablere et slikt forhold må de involverte gå gjennom fem faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, utvikling av empati og sympati, og til slutt etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Videre vil drøftingen baseres på disse fem fasene, sett i sammenheng med ulike problemer som kan oppstå i samarbeid med pasienter med spiseforstyrrelser. Både litteratur og forskning vil bli tatt i betraktning for å belyse problemstillingen. Under punkt 2.2.1 tidligere i oppgaven, forklarte Skårderud (2000) hvilke aspekter som er viktige for å skape en god relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser. Sykepleieren må være aktiv, tydelig, konkret og tålmodig, samt vise pasienten empati og respekt. I en undersøkelse av Morrison og Burnard (1992) forklart i Kristoffersen og Nordtvedt (2008), forklarte pasienter hovedfaktorer som var nødvendige i en god relasjon. Relasjonen måtte være preget av trygghet og tillitt, hvor tilstedeværelse og oppfølging var to sentrale temaer. Pasientene understreket også viktigheten av at sykepleierne var interessert i dem som individuelle mennesker.

#### **4.1.1 Å skape et trygt behandlingsgrunnlag**

For å skape en god relasjon mellom sykepleier og en pasient i en sårbar situasjon må sykepleieren handle faglig og på en medmenneskelig måte. Dette handler om at sykepleieren må være både forståelsesfull, tålmodig og omtenkso, også i krevende situasjoner hvor de synes det er utfordrende og vanskelig.

Travelbee (2001) forklarer at når sykepleieren møter pasienten for første gang har hun ingen kjennskap til hva som er spesielt med akkurat denne pasienten, og vil derfor forholde seg til han som en hvilken som helst annen. Ut ifra deres holdninger, talemåte og handlinger vil de danne et førsteinntrykk av hverandre som personer. Førsteintrykket skaper et grunnlag for videre relasjonsbygging. Kristoffersen og Nortvedt (2008) sier seg enig i at målet med det første møtet mellom sykepleier og pasient er å skape en trygg base som et utgangspunkt til å utvikle en god relasjon. En pasient som har vært gjennom ulike påkjenninger i livet har behov for en hjelper han kan føles seg trygg sammen med, en som han vet ikke forsvinner og som kan gi oppmuntring og støtte i vanskelige situasjoner. Neste steg i utviklingen av en terapeutisk relasjon blir å kartlegge hva som er vanskelig for pasienten, hvorfor, og hvordan sykepleieren kan bidra til hjelp.

Utfordringen for sykepleieren blir i første møte med pasienten å få han til å føle seg respektert og å bli møtt med omsorg. Det er også viktig at sykepleieren finner ut hvordan hun skal tilnærme seg den ukjente pasienten. Siden pasientene har ulike bakgrunnshistorie, viser til punkt 2.1.3 som handler om ulike årsaksforhold til spiseforstyrrelser, vil de reagere ulikt på tilnærmingen. Kristoffersen og Nortvedt (2008) utdyper at å vise interesse for livssituasjonen til pasienten, aktiv lytting, blikk-kontakt, i tillegg til å bekrefte hva pasienten sier, er faktorer som kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt. Videre forklarer de at det er viktig at sykepleieren tilnærmer seg pasienten på en helhetlig måte der hun ivaretar pasientens fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov. Å utøve helhetlig omsorg for hver enkelt pasient er også en nedskreven plikt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Tidlig i behandlingen skal det klargjøres kortsiktige og langsiktige mål med behandlingen.

Hummelvoll (2005) understreker hvor viktig det er at pasienten får bruke sin brukermedvirkning, og delta i beslutninger om hva som ønskes oppnådd med behandlingen.

Det er ikke alltid like lett å sette mål for behandlingen, da mange av pasientene selv ikke innser de har en sykdom. For å få et godt behandlingsgrunnlag er *tid* en viktig faktor i samarbeid med pasienter med spiseforstyrrelser. Kristoffersen og Nortvedt (2008) understreker at sykepleieren må ta seg god tid til pasienten for at han skal føle seg tatt på alvor. Skårderud (2000) sier seg enig i at å ta seg tilstrekkelig tid til pasienten er et nøkkelord i samarbeid med pasienter med spiseforstyrrelser, da også sett i sammenheng av å sette realistiske mål. Det er urealistiske mål at en pasient med bulimi umiddelbart skal slutte å kaste opp mat etter måltider, eller at en anorektiker skal gå opp et par kilo første uken i

behandlingen. God tid og små fremskritt er veien til en vellykket behandling. Hummelvoll (2005) skriver at det er ideelt om en pasient med anoreksi går opp 0.5 kilo ukentlig.

#### **4.1.2 Å se personen bak lidelsen**

Litteratur og forskning viser at pasienter med spiseforstyrrelser har et grunnleggende relasjonsproblem. Relasjonsproblemet gjør det er vanskelig for sykepleieren å bli kjent med pasienten som person, og dermed er det vanskelig å vite hvordan hun skal forholde seg til pasienten. Relasjonsproblemet, i tillegg til at arbeidet med pasienter med spiseforstyrrelser er tidkrevende, gjør at det er utfordrende og krevende for en sykepleier å arbeide med denne pasientgruppen.

Travelbee (2001) forklarer at når sykepleieren og pasienten blir bedre kjent med hverandre trer de ulike identitetene frem. Da sklir rollene som sykepleier og pasient ut og de begynner å se de unike personlighetene til hverandre. Pasienten får da en bedre oppfattelse av sykepleieren som en spesiell omsorgsperson. Kristoffersen og Nortvedt (2008) skriver at sykepleierens holdninger og væremåte spiller en viktig rolle for å etablere en terapeutisk relasjon, og at i utfordrende situasjoner er det ikke alltid like lett å styre sine holdninger. Noen ganger må man ta seg sammen for å være tålmodig i en krevende situasjon, eller kanskje være vennlig når man ikke føler for det.

Funnene i studien til Barone og Guiducci (2009) støtter litteraturen som belyser at pasienter med spiseforstyrrelser har problemer med å bygge relasjoner. Funnene i studien viste en markert tendens til spiseforstyrrelser om man opplever omsorgssvikt eller avvisning fra sine foreldre i barndommen. Spiseforstyrrelser er forbundet med en avvisende og neglisjerende holdning fra foreldrene, der problemer i morsforholdet synes å ha størst påvirkning siden det naturlig formidler varme og kjærighet. Om foreldrene legger press på barnet innen idrett eller en holdning mot idealisering, kan dette også være med som disponerende årsak til spiseforstyrrelser. Resultatet i studien samsvarer med Bowllys tilknytningsteori nevnt under punkt 2.2.2, hvor han påpeker at de følelsesmessige båndene man knytter til foreldrene i ung alder påvirker tilknytningsatferden senere i livet.

Valgum (2006) understreker at relasjonsproblemet gjør det utfordrende for en sykepleier å skape en terapeutisk relasjon til pasientene. I studien til Snell, Crowe & Jordan (2010)

forteller sykepleiere om sine erfaringer om å opprette terapeutiske relasjoner med pasienter med spiseforstyrrelser. De understreker at det er vanskelig å oppnå dette fordi pasientene selv ikke innser at de har en sykdom, og derfor ikke engasjerer seg i behandlingen. Når sykepleierne prøver å oppnå kontakt sitter pasientene og ser ut av vinduet, og er ikke mentalt tilstede. Dette gjør det vanskelig for sykepleieren å hjelpe pasienten videre i behandlingen. Sykepleierne forklarer at de starter behandlingen med å informere pasientene om hva som skjer med kroppen når de har spiseforstyrrelser, også om fysiske og psykiske forandringer som er forbundet med lidelsen. Viser her til punkt 2.1.2 hvor det står mer om kroppslige og psykiske skader spiseforstyrrelser kan føre til.

Sykepleierne i studien til Snell et. al (2010) forteller videre at neste steg i behandlingen handler om å få pasientene til å erkjenne at de har en sykdom. Sykepleierne forklarer hvor viktig det er å ikke «skyve» pasienten videre, men arbeide sammen med pasienten ut i fra hans tempo og å bruke hans språk. I behandlingen må sykepleierne være en god støttespiller for at pasienten skal overvinne lidelsen.

#### **4.1.3 Betydningen av empati og sympati i relasjoner**

At pasienten føler seg akseptert, respektert og ivaretatt av sykepleiere er viktige faktorer for en vellykket behandling. Dette er grunnlaget for en behandling basert på at pasienten skal føle empati og sympati fra sykepleieren, noe som bidrar til at pasientene mestrer behandlingen bedre.

Travelbee (2001) forklarer empati som evnen til å forstå pasientens tanker, følelser og indre opplevelser slik at hun kan ta del i situasjonen pasienten med psykisk lidelse er i. Når man har empati for et annet menneske har man knyttet et bånd av kontakt, og man får en følelse av nærhet og forståelse. Sympati kan forklares som et resultat av den empatiske prosessen hvor sykepleieren gjennom sin holdning og væremåte ønsker å hjelpe pasienten. Når pasienten føler sympati fra sykepleieren gir det han en følelse av å ikke være alene i den harde hverdagen, noe som i mange situasjoner kan støtte pasienten til å mestre lidelsen bedre. Hvis pasienten har vist sykepleieren tillitt ved å være personlig og åpen ville han bli skuffet dersom sykepleieren foretar seg noe som bryter tillitten og tryggheten de har opparbeidet sammen.

Problemene i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser melder seg ofte i matsituasjoner. Mat blir sett på som en trussel for den slanke linje, og ofte får pasientene anger, skam- og angstfølelse etter å ha spist. Pasientene har derfor ekstra behov for støtte, trygghet og sympati fra sykepleieren i slike situasjoner. Tanken på å gå opp i vekt er skremmende for en pasient med spiseforstyrrelser siden det forbindes med kontrolltap. Sykepleierens oppgave blir å redusere angstfølelsen ved å prøve å ta hovedfokus bort fra maten (Hummelvoll, 2005). I studien til Walker og Lloyd (2011) forteller deltakerne som tidligere har hatt spiseforstyrrelser hvordan de opplevde behandlingen og holdningen fra personalet. I studien kommer det frem at aspektene Hummelvoll (2005) understreker som viktige faktorer i behandling ikke blir ivaretatt i virkeligheten. Pasientene i studien konkluderer med at sykepleierne har lite forståelse og medfølelse, og ble ofte frustrerte i situasjoner forbundet med mat. Pasientene uttrykker at mangel på empati og sympati kommer av at behandlerne hadde for lite kunnskaper om spiseforstyrrelser, og følgene av å ha en slik lidelse. En pasient med tidligere spiseforstyrrelser forteller: *«I måltidsituasjoner mistet de besinnelsen og tvinger deg til å spise. De gir deg ingen empati eller hjelp»* (min oversettelse).

Når sykepleieren har mangel på forståelse ødelegges relasjonen mellom sykepleier og pasient. Travelbee (2001) påpeker at det er gjennom handlinger sykepleieren viser hun er til å stole på og dermed oppnår tillitt fra pasienten. Studien til Simone, Noordenbos, Donker & Furth (2008) bekrefter hvor viktig det er for pasientene å kunne stole på behandleren, da de utpeker denne faktoren som den viktigste for å få en god kvalitet på behandlingen. Å kunne stole på behandleren, i tillegg til å føle seg akseptert for den man er, var de to viktigste grunnfaktorene for å skape en terapeutisk allianse.

Deltakerne i studien til Walker og Lloyd (2011) støtter litteraturen angående viktigheten av å føle seg akseptert og forstått for at behandlingen skal være vellykket. Pasientene uttalte at i de tilfeller det ikke foreligger en terapeutisk relasjon, har de heller ingen motivasjon til å fortsette behandlingen. En pasient uttaler: *«Da jeg var innlagt følte jeg ikke at personalet virkelig visste hva de drev med. Det er bortkastet når de ikke skjønner, man blir bare verre fordi man føler seg så alene»* (min oversettelse). Skårderud (2000) forklarer at skam forbindes med spiseforstyrrelser. Pasienter med spiseforstyrrelser føler skam overfor årsaken til spiseforstyrrelsen, i tillegg til hvordan lidelsen arter seg. Det vil si at de skammer seg over den de er, samt føler smerte av å se seg selv som en som ikke fortjener å bli elsket. De føler skam over å ikke mestre, skam over å overspise, kaste opp, eller å ikke spise i hele tatt.

Når spiseforstyrrelsen får alvorlige konsekvenser er det nødvendig med sykehusinnleggelse, ofte da med intravenøse infusjoner og sengeleie. I denne situasjonen er det gunstig med én primærsykepleier som har hovedansvaret for pasienten. Primærsykepleieren blir da pasientens følgesvenn som gir støtte og råd, hjelp og veiledning. Ved at pasienten har en sykepleier å forholde seg til bidrar det til en følelse av trygghet. Det er mulig denne tryggheten kommer av at denne rollen ofte blir forbundet med morsrollen (Hummelvoll, 2005). For at pasienten ikke skal føle seg maktesløs over sin egen situasjon og miste motivasjon til å fortsette behandlingen er det viktig at sykepleieren tilrettelegger for at pasienten får en aktiv rolle i behandlingen. Kristoffersen og Nortvedt (2008) legger vekt på at ved sykehusinnleggelse får pasienten en følelse av å bli umyndiggjort og fratatt ansvar. Gjennom samtale og informasjon kan pasienten tilegne seg kunnskaper til å håndtere situasjonen bedre. Om pasienten har mangel på kunnskaper kan det føre til utrygghet og angst. Autonomi, også kalt selvbestemmelse, er en nedskreven lov i *lov om pasientrettigheter*, også nedskreven i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere hvor det står at sykepleier skal respektere pasientens valg. Det er viktig at pasienten har tilstrekkelig informasjon og kunnskaper om lidelsen for at han skal ta riktige og selvstendige valg i behandlingen. Viser til pasientrettighetsloven (1999) §3-1, hvor det står at pasienten har rett til medbestemmelse i ulike behandlings- og undersøkelsesmetoder. Evnen pasienten har til å gi og motta informasjon skal påvirke medvirkningens form.

Funnene i studien av Seongsook (2005) samsvarer med litteratur om hvor stor innvirkning sykepleieren har både på behandlingsforløpet og behandlingsresultatet til pasienten. Når pasienten får empati og forståelse fra sykepleier går behandlingen lettere. Det vil si at de tunge aspektene i behandlingen som spising og veing går lettere, i tillegg bidro sykepleierne til at pasientene fikk bedre selvfølelse. Travelbee (2001) understreker hvor viktig det er at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og at det er denne evnen som kjennetegner en profesjonell sykepleier.

#### **4.1.4 Betydningen av fagkunnskaper i den terapeutiske relasjonen**

Med utgangspunkt i litteratur og forskningsartikler tidligere nevnt i oppgaven, kan jeg med god begrunnelse påstå at den terapeutiske relasjonen er ett av de viktigste elementene i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. En god relasjon skaper trygghet og tillit

mellom pasient og sykepleier, og dermed har pasienten en god støttespiller gjennom behandlingen. En viktig forutsetning for at relasjonen skal være vellykket viser seg å være at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om lidelsen.

Travelbee (2001) understreker at denne siste fasen av menneske-til-menneske-forholdet er oppnådd når sykepleieren har vist forståelse og ser pasienten som en unik person, og dermed tilpasser sykepleien etter pasientens ønsker og behov. Man når dette stadiet når sykepleieren viser hun har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å sette i gang sykepleietiltak som møter pasientens behov. Dersom en sykepleier gjennom sine handlinger viser pasienten at hun er til å stole på, får hun stor tillitt tilbake fra pasienten. Valgum (2006) påpeker at over 1000 psykoterapistudier bekrefter at behandlingsforløpet til pasienter med psykisk lidelse blir bedre om pasienten har tillitt til terapeuten og føler seg forstått og akseptert. Med andre ord kan man si at stabile og gode relasjoner er det viktigste hjelpemidlet i psykiatrien. Skårderud et. al (2010) skriver at i forbindelse med spiseforstyrrelser har samtalebehandling vist seg å være den mest effektive behandlingsformen. Det finnes ulike former for samtalebehandling; individuell, gruppe eller familie. I løpet av samtalene skaper man en *terapeutisk* relasjon, som også viser seg å være en del av kuren.

Innledningsvis i punkt 1.1 av oppgaven ble det nevnt at selvmord utgjør 50 prosent av dødsårsakene hos mennesker med spiseforstyrrelser. I en undersøkelse gjort av Folkehelseinstituttet (2011) spurte de unge jenter og gutter i Norge som har forsøkt begått selvmord om hva som var den bakenforliggende årsaken. Funnene i studien viste at relasjonskonflikter, da helst i sammenheng med familier, var hovedårsaken til selvmordsforsøk. 21.1 % av jentene og 28.8 % av guttene nevnte også psykiske problemer over tid som en bakenforliggende årsak. Studien sier ingenting direkte om viktigheten av relasjonsforhold mellom sykepleieren og pasienter med spiseforstyrrelser. Likevel påpeker studien hvor stor rolle relasjonsforhold spiller i livet, og kanskje nettopp sykepleieren kan være den omsorgspersonen som hjelper pasienten videre i livet. Derfor er det viktig at sykepleieren har kunnskaper til å fange opp når et menneske har det vanskelig. Sett i sammenheng med spiseforstyrrelser kan lidelsen muligens oppdages på et tidlig stadium og dermed kan behandlingen starte tidligere. Viser til punkt 2.1.1 om tidlige faresignaler. I Bowlys tilknytningsteori forklarer han fem hovedoppgaver til en terapeut i møte med pasienten. Her står det blant annet at en pasient som har vært gjennom store påkjenninger i livet har behov for en omsorgsperson han er trygg på, og en sykepleier kan være en slik person (siteret i Eide & Eide, 2010, s. 147).

Deltakerne i studien til Walker og Lloyd (2011) støtter litteraturen om viktigheten av en god relasjon. En pasient med spiseforstyrrelser uttaler seg om hvor stor betydning relasjonen har: *«Et terapeutisk forhold er veldig viktig, for om du ikke har dette forholdet eller denne spesielle kontakten føler du ikke at du kan åpne deg for den hjelpende»* (min oversettelse). Videre konkluderer deltakerne i studien med at tillitt, god kommunikasjon og å føle seg akseptert er viktige elementer i veien mot en vellykket behandling. Pasienten forteller videre: *Jeg føler meg ikke dømt av terapeuten min. Jeg gruet meg til å fortelle om hvor mye jeg overspiste og kastet opp igjen, men da jeg sa det reagerte hun ikke på det. Hun brydde seg kun om mine følelser»* (min oversettelse).

De yrkesetiske retningslinjene vektlegger at sykepleien som blir utført skal være kunnskapsbasert. Fagkunnskap, etikk og juss er med på å forme den profesjonelle omsorgen sykepleieren skal utøve for sine pasienter. Kristoffersen og Nortvedt (2008) forklarer at sykepleieren skal ha fagkunnskaper om lidelsen til hver enkelt pasient, slik at hun kan tilrettelegge sykepleietiltak som hjelper hverdagen til pasienten. Det er kun når sykepleier har denne pasientkunnskapen at hun kan utøve sykepleie på en omsorgsfull og kyndig måte. Eide og Eide (2010) sier seg enig i at fagkunnskap er viktig for å ha bedre forståelse for pasienten, og dette er viktig for å kunne vise empati. Om man ikke har tilstrekkelig kunnskaper om sykdommen kan man ikke hjelpe pasienten da man ikke innser hva som er viktig for pasienten. Skårderud (2000) påpeker at når sykepleieren har erfaringer og kunnskap om lidelsen er dette trygghetsskapende for en pasient med spiseforstyrrelse.

## **4.2 Den profesjonelle kommunikasjonen**

For å oppnå den terapeutiske relasjonen som viser seg å være betydelig for et vellykket behandlingsforløp er kommunikasjon den viktigste faktoren. Det er gjennom kommunikasjon sykepleier og pasient blir kjent med hverandre.

Travelbee (2001) mener kommunikasjon er det viktigste redskapet for å etablere et menneske-til-menneske forhold. Gjennom verbal- og non verbal kommunikasjon, mimikk, bevegelser og berøring blir sykepleieren og pasienten kjent med hverandres tanker og følelser, og dermed kan sykepleie utøves ut i fra pasientens ønsker og mål. Det er i kommunikasjonsprosessen sykepleieren blir bevisst på hva som er unikt med pasienten. En god kontakt oppstår ikke



automatisk, derfor må sykepleieren være trygg på sine metoder og vite hvorfor hun bruker dem. Det er viktig å sette seg et mål for hva hun vil oppnå gjennom kommunikasjonen. Eide og Eide (2010) forklarer uttrykket profesjonell kommunikasjon. Det som skiller profesjonell kommunikasjon fra hverdags-kommunikasjon, er at den skal være yrkesrelatert og ha et helsefaglig formål. Hensikten med denne kommunikasjonstypen er at den er faglig begrunnet, og dermed hjelpende for pasienten. Videre forteller de at kommunikasjonen kan utarte seg på forskjellige måter, men at målet er det samme. I følge den internasjonale kodeks for sykepleiere (ICN) er hovedmålet med profesjonell kommunikasjon «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette og lindre helse.» (sitert i Eide & Eide, 2010, s. 18).

I studien til Snell et. al (2010) forteller sykepleierne om sine erfaringer i forhold til kommunikasjon med pasienter med spiseforstyrrelser. Sykepleierne forteller hvor dominerende og gjennomgripende effekt lidelsen har, og dens innvirkning på pasientenes evne til å kommunisere fritt om deres problemer. Eide og Eide (2010) forklarer hvordan man kan skape en profesjonell kommunikasjon. Dette innebærer blant annet at sykepleieren skal være lyttende og observerende både ved verbale og non-verbale signaler, gi informasjon, samt møte pasientens behov og ønsker.

Det viser seg at faktorene for å skape en profesjonell kommunikasjon ikke alltid er like lett å følge i praksis. Som tidligere nevnt i punkt 2.2.2, blir ofte fagpersonen stemplet som den hjerteløse og udugelige. Dette kan være utfordrende og tungt for sykepleieren da hvor de prøver å gjøre det som er best for pasienten. Et godt arbeidsmiljø hvor man kan søke støtte og oppmuntring fra medarbeidere er nødvendig i en slik arbeidssituasjon. Sykepleierne i studien til Snell et. al (2010) vektlegger hvor tungt og utfordrende det kan være å arbeide med pasienter med spiseforstyrrelser. De forteller at man må være flink til å ikke oppfatte fiendtlige svar fra pasientene som personlige, være trygg på seg selv, og ha god støtte blant kollegaer.

Å arbeide med pasienter med spiseforstyrrelser kan med andre ord være en tålmodighetsprøve hvor man må arbeide med seg selv og sine holdninger for å alltid være en støttespiller for pasienten. En sykepleier i studien til Snell et. al (2010) forteller om sine erfaringer i vanskelige situasjoner med pasienter: «*Siden pasientene allerede er i en situasjon hvor de er usikre på seg selv behøver de en omsorgsperson som er trygg i sitt arbeid. Når sykepleieren klarer å formidle sine fagkunnskaper og er sikker i sitt arbeid, oppleves dette betryggende og hjelpende for pasienten.*» (min oversettelse).

## 5.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvor viktig det er med en god terapeutisk relasjon mellom sykepleieren og en pasient med spiseforstyrrelser, og om denne relasjonen har innvirkning på behandlingsforløpet til pasienten.

Etter å ha lest litteratur om relasjonsbygging og viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og pasient, samt forskningsartikler der pasienter med spiseforstyrrelser selv forteller om betydningen av den terapeutiske relasjonen, er svaret på problemstillingen entydig. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er høyst nødvendig for at pasientene skal få motivasjon og styrke til å fortsette behandlingen.

På grunn av at de fleste pasientene med spiseforstyrrelser har et grunnleggende relasjonsproblem er det ikke alltid like lett å skape en god relasjon. Arbeidet kan til tider være veldig krevende for sykepleieren, da pasientene ikke er samarbeidsvillige og kan stemple henne som den onde. I arbeidet med pasienter med spiseforstyrrelser må sykepleieren være forståelsesfull, tålmodig og omtenkso. Empati og sympati er nøkkelord for at pasienten skal føle seg ivaretatt og våge å stole på sykepleieren. I tillegg er det nødvendig at sykepleieren har tilstrekkelige kunnskaper både om relasjonsbygging og lidelsen for å vite hvordan hun skal møte behovene til pasienten, og sette i gang sykepleietiltak. Sykepleieren må også ha ferdigheter om profesjonell kommunikasjon, da kommunikasjon blir selve redskapet for å bygge en god terapeutisk relasjon.

## Litteraturliste

- Barone, L. & Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in Eating Disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*. Vol. 11, No. 4 July 2009, 405-417.
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4 utg). Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag As: Oslo
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (4.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo
- Folkehelseinstituttet. (2009, 2. februar). *Spiseforstyrrelser - fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Hentet 9. januar 2012 fra:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:46874::1:5647:58:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:46874::1:5647:58:::0:0)
- Folkehelseinstituttet. (2011, 7. april). *Selvordforsøk blant unge – hva sier de selv er årsaken?* Hentet 9. februar fra:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:88195::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:88195::1:5569:1:::0:0)
- Forsberg, C., Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur: Stockholm
- Hummelvoll, J. K. (2005). *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Akademisk: Oslo
- Håkonson, K. M. (1999). *Mestring og Relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Universitetsforlaget AS: Oslo
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2008). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug. (Red). *Grunnleggende sykepleie*. (1 bind). (s. 137-183). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår – Psykisk helsearbeid I kommunen*. Kommuneforlaget: Oslo

- Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 6. februar fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html>
- Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for den norske legeforening*. 122:285-8
- Rør, A. (2009). Spiseforstyrrelser. *Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. (2.utg). Gyldendal Akademisk: Oslo
- Sengsook, K. (2004). Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 51 (1), 5-14.
- Simone, R., Noordenbos, G., Donker, M., Furth, E. (2008). The Quality of Eating Disorders: A Comparison of the Therapists' and the Patients' Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 41:4 307-317.
- Skårderud, F. (2000). *Stærk/svak – håndboken om spiseforstyrrelser*. Aschehoug & Co: Oslo
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. (5.utg) Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo
- Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351-358. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Gyldendal Akademisk: Oslo
- Urnes, Ø. (2006). Tilknytningsrelasjonens betydning for psykisk helse. I: Opjordsmoen, S., Valgum, P. & Thorsen, G-R. B. (red) *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. Hertevig Forlag: Stavanger
- Valgum, P. (2006). Må vi alltid bry oss om relasjonene I psykiatrisk arbeid? En introduksjon. I: Opjordsmoen, S., Valgum, P. & Thorsen, G.-R. B. (red). *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. (s. 12-21). Hertevig Forlag: Stavanger
- Walker, S. & Lloyd, C. (2011) Issues experienced by service users with an eating disorder: a

qualitative investigation. *International Journal Of Therapy and Rehabilitation*. Vol.  
18, No 10