



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fatigue hos pasienter med
inflammatorisk tarmsykdom

Marte Gråberg Bareksten

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt
for helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie

Førde

Veileder: Irene Sjursen

Innleveringsdato: 01.06.2018

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn

Fatigue hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom er et underrapportert tema. Det er stor mangel på kunnskap blant sykepleier i hvordan man skal håndtere de psykososiale plagene til pasientgruppen. De møter store utfordringer med både somatiske og psykiske plager, som er svært belastende. Det er viktig at pasientene føler seg ivaretatt og hørt av sykepleiere.

Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier fremme psykososiale behov hos pasienter med fatigue?

Metode

Dette er en systematisk litteraturstudie som tar for seg både kvalitative og kvantitative studier. Jeg har også benyttet en pilotstudie.

Resultat

Studien min viser at det er lite kunnskap om konsekvensen av fatigue hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Manglende konkrete behandlingsmetoder og lite forståelse fra sykepleier er gjennomgående. Pasientene føler de ikke blir hørt og tatt på alvor når de uttrykker frustrasjon og lite energi til å fungere i hverdagen.

Konklusjon

Som sykepleier må man spør pasienter om fatigue er et symptom de har, og til tross for at det ikke finnes gode behandlingsmåter, hjelpe pasienten med anerkjennelse, håp og ved å skape relasjon. Det er viktig at de føler at sykepleiere tar symptomet på alvor på lik linje med magesmerter.

Nøkkelord: Fatigue, inflammatorisk tarmsykdom, psykososiale behov, relasjonskompetanse, anerkjennelse.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2	<i>Problemstilling</i>	1
1.3	<i>Avgrensing av problemstilling</i>	1
1.4	<i>Begrepsavklaring</i>	2
1.5	<i>Oppbygging av oppgaven</i>	2
2.0	Metode	4
2.1	<i>Valg av metode</i>	4
2.1.1	<i>Kvantitativ og kvalitativ metode</i>	4
2.2	<i>Søkeprosessen</i>	4
2.2.1	<i>Forskning</i>	4
2.2.2	<i>Annen litteratur</i>	5
2.3	<i>Kildekritikk</i>	5
3.0	Teori	7
3.1	<i>Det psykososiale grunnleggende behovet</i>	7
3.2	<i>Relasjonskompetanse</i>	8
3.3	<i>Anerkjennelse</i>	9
3.4	<i>Mestring og håp</i>	10
4.0	Resultat	11
4.1	<i>«Utmattelse ved inflammatorisk tarmsykdom»</i>	11
4.2	<i>«Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD»</i>	11
4.3	<i>«Chronic fatigue is associated with impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease»</i>	12
4.4	<i>«Review article: description and management of fatigue in inflammatory bowel disease»</i>	12
4.5	<i>«Fatigue interference with daily living among patients with inflammatory bowel disease»</i>	13
4.6	<i>«Cognitive behavioural therapy for the management of inflammatory bowel disease-fatigue with a nested qualitative element: study protocol for a randomised controlled trial»</i>	13
5.0	Drøfting	14

5.1	<i>Fiktivt case om Ida</i>	14
5.2	<i>Menneske-til menneske-forholdet</i>	14
5.3	<i>Relasjonskompetanse</i>	16
5.4	<i>Anerkjennelse og håp</i>	18
6.0	Konklusjon	20
7.0	Bibliografi	21

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av inflammatorisk tarmsykdom er vanligere i Skandinavia enn i andre deler av verden. I Norge lever over 43 000 personer med diagnoser som ulcerøs kolitt og Crohns sykdom (LMF, 2017). Det er ingen kjent årsak til disse sykdommene, men flere kjente faktorer kan spille inn som eksempelvis immunforsvaret, infeksjoner og arv (Helsebiblioteket, 2015). I følge forskning er en av de høyeste bekymringene hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom hvordan håndtere fatigue (Czuber-Doncan, et al., 2014). Fatigue kan defineres som en overveldende følelse av tretthet, utmattelse og manglende energi. Ved kronisk inflammatorisk tarmsykdom er fatigue vanlig og det påvirker livskvaliteten og reduserer i mange tilfeller arbeidsevnen (Grimstad & Norheim, 2016). Behandlingsfokuset til denne pasientgruppen er i hovedsak å fjerne somatiske plager. Symptomer, som fatigue, har i følge forskning blitt gitt lite oppmerksomhet (Czuber-Doncan, et al., 2014).

Jeg har gjennom praksis fått erfaring med pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. De har uttrykt et stort hjelpebehov for både somatiske og psykiske plager. I min arbeidshverdag, med tidsnød og høyt tempo, har jeg fått føle hvor vanskelig det er å yte den sammensatte helsehjelpen de trenger. På grunn av den store påvirkningen diagnosen har på det psykososiale livet til pasienten (Grimstad & Norheim, 2016), mener jeg at fatigue er et viktig tema å belyse. Jeg mener i tillegg at det er viktig at sykepleiere blir bevisst på den vesentlige rollen de spiller hos denne sårbare pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier fremme psykososiale behov hos pasienter med fatigue?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Avgrensingene jeg har valgt er pasienter med fatigue knyttet til inflammatorisk tarmsykdom. Jeg tar for meg ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Jeg ønsker å fokusere på pasientene som er i en aktiv fase av sykdommen sin, de som jeg møter som sykepleier, innlagt på medisinsk avdeling. I møte med disse pasientene vil jeg fokusere på relasjonskompetanse hos sykepleierne og kommunikasjon som verktøy for å fremme psykososiale behov. Jeg ønsker også å diskutere håp som verktøy for håndtering av sykdommen. Jeg vil bruke menneske-til-menneske-forholdet definert av Travelbee (1999) som grunnlag for diskusjon. For å kunne fokusere på en yngre gruppe pasienter avgrensner jeg

alderen til 18-45 år og jeg inkluderer begge kjønn. Jeg ekskluderer sykepleie til de somatiske plagene og velger å fokusere på de psykososiale behovene. Begrunnelsen for dette er at oppgaven blir for stor, da det er en sammensatt pasientgruppe med mange somatiske og psykososiale behov.

1.4 Begrepsavklaring

Fatigue kan defineres som en overveldende følelse av utmattelse, tretthet og mangel på energi. Det er et vanlig fenomen ved kronisk inflammatoriske sykdommer. Det påvirker livskvaliteten og reduserer i mange tilfeller arbeidsevnen (Grimstad & Norheim, 2016). Kronisk fatigue er definert dersom symptomene varer i 6 måneder eller mer (Jelsness-Jørgensen, Bernklev, Henriksen, Torp, & Moum, 2010).

Inflammatorisk tarmsykdom, fra nå omtalt med forkortelsen IBD, består i hovedsak av ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Dette er kronisk inflammatoriske tilstander som gjerne oppstår i tidlig voksen alder og har et forløp preget av aktiv remisjon (betennelsesfrie perioder) og relapse (tilbakefall med aktiv sykdom). Typiske symptomer er blodig diaré, magesmerter og vekttap (Grimstad & Norheim, 2016).

Psykososiale behov er et begrep som består av to ord, der psyke betyr sjel og sosial betyr forholdet mellom mennesker. De psykososiale behovene har et emosjonelt og relasjonelt perspektiv. Det emosjonelle perspektivet omhandler menneskets sinnstemninger og relasjoner, følelser og opplevelser. Det relasjonelle perspektivet viser til behovet for fellesskap og sosial kontakt med andre mennesker, anerkjennelse og følelsesmessig støtte (Eriksen, 2015, s. 890)

1.5 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 vil jeg ta for meg litteraturstudie som metode, søkeprosessen og kritikk til brukte kilder. Teoridelen som referanseramme for problemstillingen, vil bli belyst i kapittel 3. I resultatdelen vil jeg presentere forskningen jeg har valgt, og funnene jeg har gjort i hver artikkel. Jeg vil i kapittel 5 drøfte den ulike teorien og resultatene av forskning som presentert tidligere i oppgaven. I tillegg vil jeg bruke egne erfaringer og jeg har laget en fiktiv pasientcase. I casen beskriver jeg Ida, med sine somatiske plager. Jeg vil gjennom drøftingen ta for meg situasjoner som oppstår sammen med Ida. Disse er drøftet og inspirert av ulike situasjoner jeg har opplevd fra egen praksis. Situasjonene er

anonymisert og gjør det derfor vanskelig å gjenkjenne, og på den måten er taushetsplikten bevart tilfredsstillende. Å drøfte problemstillingen ved hjelp av case, er utført for å belyse de ulike temaene som er hentet ut fra teori og forskningsresultat som er funnet og vektlagt. Til slutt vil jeg prøve å komme frem til en konklusjon i kapittel 6.

2.0 Metode

2.1 Valg av metode

Metode er et redskap i en undersøkelse (Dalland, 2017, s. 54). Den kan si oss noe om hvordan vi burde gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. For å velge én bestemt metode, må man begrunne valget som den beste egnede metoden for å belyse problemstillingen på en god måte (Dalland, 2017, s. 51). I denne oppgaven er det blitt brukt litteraturstudie som metode. En forutsetning for å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan gi grunnlag for bedømming og resultat (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). En systematisk litteraturstudie er av Mulrow og Oxman definert som at det utgår fra et tydelig formulert spørsmål som blir besvart systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27). Jeg har brukt kvalitative og kvantitative forskningsartikler. I tillegg har jeg også valgt å benytte to oversiktsartikler og en pilotstudie i min oppgave.

2.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Tallene gjør det mulig å foreta regneoperasjoner. Det kan blant annet være ønske om å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengige av sosial hjelp. Kvalitativ metode ønsker å fange opp mening og opplevelse som man ikke kan tallfeste eller måle. Her er det rom for forskeren til å tolke resultatene. Både kvalitativ og kvantitativ metode bidrar på forskjellige måter til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i (Dalland, 2017, ss. 52-53).

2.2 Søkeprosessen

2.2.1 Forskning

Jeg har i den første delen av søkeprosessen nyttet felles søkemotor for databasene Academic Search Elite, Medline og Cinahl. I tillegg har jeg brukt SveMed og PubMed for å finne forskningen jeg har benyttet. Jeg fant at jeg ikke trengte å bruke flere søkemotorer, da resultatene jeg fikk var relevante for min oppgave. Jeg startet med å gjøre to separate søk den felles søkemotoren Academic Search Elite, Medline og Cinahl. Dette for å få forskjellig vinkling på forskningen jeg søkte etter. I det første søket brukte jeg ordene «fatigue», «inflammatory bowel disease or ibd or ulcerative colitis or crohn's disease» og «quality of life». Ved å kombinere disse med «and» fikk jeg 22 treff. Jeg eliminerte ved å lese titlene. Jeg leste fem abstrakter og valgte ut to relevante artikler. Gjennom dette søket fant jeg

kvantitativ forskning. Det andre søket inkluderte jeg ordet «healthcare professionals» og ekskluderte «quality of life». I dette søket fikk jeg syv treff, der jeg leste alle abstraktene og brukte en relevant kvalitativ artikkel basert på helsepersonells oppfatning av pasientgruppen og deres sykdom. Jeg søkte på PubMed med ordene «inflammatory bowel disease» og «fatigue» der jeg fikk 91 treff og fant en relevant artikkel for oppgaven.

I søkeprosess nummer to, ønsket jeg å finne kvalitativ forskning på hvordan pasientene mestrer livet med IBD-fatigue. Jeg benyttet søkeordene «fatigue», «coping», «cope» AND «IBD or inflammatory bowel disease or crohn's disease or ulcerative colitis» og fikk et treff som jeg valgte å bruke. Videre brukte jeg engelske søkeord da dette er et språk som gav relevante treff på internasjonal og norsk forskning. Den eldste artikkelen jeg brukte ble publisert i 2010, og den nyeste er fra 2017. Dette er et bevisst valg da jeg ønsket at forskningen skulle være oppdatert og aktuell per i dag. Det var nødvendig med avgrensning i søkeprosessen for å unngå å få for mange treff.

2.2.2 Annen litteratur

I tillegg til å bruke litteratursøk, valgte jeg å gå i kilder i lærebøker og lete i kildene i forskningsartiklene jeg hadde funnet for å undersøke om det var relevante artikler. For å finne pensumlitteratur gikk jeg gjennom tidligere lærebøker om temaene jeg ønsker å skrive om, for å finne et bredt, sykepleierrelatert perspektiv. Jeg benyttet også veileder og bibliotekar for å finne pensumbøker, i tillegg til å gjøre søk i ORIA. Jeg søkte på tidligere bacheloroppgaver og masteroppgaver som hadde skrevet om kommunikasjon, anerkjennelse og psykososiale behov for å finne andre vinklinger på problemstilling og diskusjon.

2.3 Kildekritikk

Kildene som er valgt er publisert i årene 2010-2017 som gjør at de er relevante i dag. Flere av artiklene har samme forfatter, så her er det viktig å undersøke om disse er pålitelige kilder, og om det kan være interaksjoner mellom studiene som gjør de mindre pålitelige. Studiene foregår i Storbritannia og Norge, som gjør de relevant for pasientene jeg møter i spesialisthelsetjenesten i Norge. Jeg brukte tid på å lese gjennom hele artiklene for å få en forståelse om av strukturen og oppbyggingen. Jeg gikk gjennom noen av kildene som ble brukt i de ulike artiklene for å se om disse var relevante og troverdige. Den ene artikkelen er en pilotstudie, der formålet er å få frem hvorfor

det er viktig med videre forskning på temaet. Denne må brukes med forsiktighet da det ikke er en gjennomført studie.

Flere av artiklene jeg har brukt konkluderer med at det er lite forskning på området med fatigue og IBD, og at det burde gjøres flere omfattende studier og forskning på temaet. Dette har gjort det vanskelig for meg å finne gode resonnement. I pensumlitteratur om anerkjennelse benytter jeg primærforfatter Berit Bae (1992). I tillegg bruker jeg Jensen & Ulleberg (2011) som sekundærlitteratur. Her er det rom for kritikk da noe av teorien blir sekundærforfatters tolkning av Baes litteratur. Jeg har valgt å ikke ha med etikk i min teoridel. Jeg ser rom for kritikk til dette da etikk er passende til alle problemstillinger som er sykepleierrettet. Dette begrunner jeg med at etiske vurderinger er overordnet i alle pasientsituasjoner man som sykepleier står i, og at oppgaven hadde blitt for stor med for mye teori som dette (Nortvedt, 2012).

3.0 Teori

3.1 Det psykososiale grunnleggende behovet

Alle mennesker har psykososiale behov. Vi er sosiale vesener som blir oss selv i møtet med andre. Vi utvikler oss og forstår oss selv i lys av hvordan andre oppfatter og møter oss. Mennesker er både biologiske, sosiokulturelle og historiske vesener. Psykososiale behov er grunnleggende og vesentlige for hvordan vi lever. Å finne mening, å være trygg og tilfreds, å mestre, oppleve fellesskap og støtte og å ha en identitet er alle viktige elementer i vår psykososiale helse (Eriksen, 2015).

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). Sykepleieaktiviteter kan være å identifisere og å være i stand til å fremme forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkfull måte. Sykepleieren arbeider for å kunne få til forandringer hos individet slik at det høyest mulige nivået av helse kan opprettholdes (Travelbee, 1999, s. 30). Det vesentlige kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov er ivaretatt. Behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41).

Menneske-til-menneske-forholdet i sykepleiesituasjonen er virkemiddelet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Det vil si å hjelpe individet med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og med å finne mening i disse erfaringene. Alt sykepleieren sier og gjør, for og sammen med den syke, bidrar til å oppfylle sykepleierens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 171). Utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold er delt inn i fire faser. Disse fasene er: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 172).

I sosiologisk perspektiv kan sykdom betegnes som sosialt avvik fra normal funksjon. Hva som er normal funksjon, kan defineres ut fra hva som er statistisk normalt eller hva som er forventet av gjeldende normer. Generelt kan man si at all sykdom representerer sosiale avvik, fordi sykdommen er et avvik fra det biologiske og sosiokulturelt normale. Hva kulturer ser på som avvik fra normaliteten, er med på å kategorisere og stigmatisere mennesker. Mennesker kan oppleve å bli stigmatisert på grunn av observerbare fysiske forhold (Ingstad, 2013, ss. 38-39). Sykdom er noe alle

mennesker erfarer gjennom livet, enten hos seg selv eller hos en av sine nærmeste. Som følge av sykdom fungerer ikke kroppen som den skal, og vi klarer derfor ikke å opprettholde våre hverdagslige aktiviteter og vårt sosiale samspill. Det er knyttet rettigheter og plikter til sykerollen. Pasienter har rett til å tre inn i en sykerolle og trekke seg tilbake fra en rekke av dagliglivets plikter. Til gjengjeld er det plikter til pasienten, nemlig å gjøre det som er mulig og nødvendig for å bli frisk (Ingstad, 2013, ss. 46-47)

3.2 Relasjonskompetanse

Faglig kompetanse er i vid forstand en fagpersons evne til å forstå og forholde seg til de kravene som han møter i yrkessammenheng. Som fagfolk stilles vi overfor en del andre kommunikasjonsutfordringer og muligheter enn de vi møter i dagliglivet ellers. For å kunne ivareta disse sidene ved yrkesutøvelsen trenger vi relasjonskompetanse. Relasjonskompetanse handler om å forstå og å samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte. Når man arbeider med mennesker, er det særlig viktig å ivareta den andres legitime interesser i samhandlingen. En fagperson skal primært forholde seg til brukerens behov og ikke søke å dekke sine egne behov på bekostning av den andre. Fagpersonen må for det første være i stand til å skape kontakt, og etablere en relasjon til klienten. For det andre må fagpersonen klare å stå i relasjonen over tid, og vedlikeholde relasjonen. Den tredje relasjonelle utfordringen handler om å kunne avslutte profesjonelle relasjoner på en god måte. Relasjonskompetanse handler om å kjenne seg selv, å forstå den andres opplevelse og å forstå hva som skjer i samspillet med den andre (Røkenes & Hanssen, 2012, ss. 9-10).

Relasjon er viktigere enn det som blir sagt og gjort. Det vi sier og gjør kan, ut fra hvilken relasjon den andre har til personen, bli fortolket i en positiv eller negativ retning. Kritikken kan til en med god relasjon bli tatt imot og vurdert som omtanke og hjelp. Hvis kritikken kommer uten en god relasjon kan det bli tolket med sarkasme eller avvisning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178). Det er to vesentlige forhold som er med å peke på hvorfor selve relasjonen er så viktig. For det første er mennesker sårbare. For den andre kan fagperson ramme selvfølelsen, som er noe av det mest sentrale i den andres liv.

Relasjonen er grunnleggende og basis i kommunikasjonsteorien. På alle nivåer er det relasjoner vi forholder oss til, snarere enn gjenstander og fysiske realiteter (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 26).

Kommunikasjon foregår alltid på flere nivåer, og vi kan ha forskjellige versjoner av virkeligheten. Vi erfarer hverandre, verden og oss selv i relasjon til andre mennesker, situasjoner og fenomener. Grunnleggende relasjonsperspektiv er synonymt med å ha et grunnleggende kommunikasjonsperspektiv. Relasjon og kommunikasjon blir to begreper som er nært beslektet, og når man anlegger et relasjonsperspektiv som ramme for forståelse, vil det si at kommunikasjonen bli helt sentral (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 27).

3.3 Anerkjennelse

Relasjoner som er preget av anerkjennelse, tar vare på behovet for både tilknytning og avgrensning. I anerkjennende relasjoner kan man gi uttrykk for likhet og ulikhet. Det er mulighet for å vise nærhet og innlevelse, men også uttrykke avgrensning og forskjellighet (Bae, 1992, s. 38). De betyr eksempelvis at man alltid skal ta seg tid til å høre hva en person har å si før man kommer med sin respons. Det innebærer også at vi ikke kommer med forslag til svar hvis det blir en liten pause i samtalen, eller hvis vi aner en liten usikkerhet eller uklarhet. Som profesjonsutøvere har man respekt for denne versjonen av historien som blir fortalt, og er i stand til å inkludere den i vår faglige forståelse. Man blir ikke ekspert på sin egen opplevelse før den anerkjennes av den som tar del i historien. Som profesjonsutøver er det viktig å utvikle en anerkjennende relasjon til pasienten. En anerkjennende relasjon er viktig uansett alder på pasienten og uavhengig av lidelsen eller problemet de har. Anerkjennelse handler for eksempel om å lytte, vise forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og åpenhet (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 262).

Forståelse handler om å ta del i innholdet i den historien som blir fortalt, og om å ta del i den analoge kommunikasjon som ledsager dette innholdet. En forståelse som utelukker elementer som eksempelvis rytmer, pauser og ulike andre kroppslige uttrykk vil aldri bli del av en helhetlig kommunikasjon (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 262). For mange vil det kreve både tid og erfaring å kunne lytte til forskjellige historier uten å møte dem med motforestillinger eller sensur. Tillitt til de profesjonelle er sentralt for å utvikle et godt samarbeidsforhold. God kommunikasjon har vist seg å bidra til å skape tillitt i relasjoner, og at profesjonsutøvere får tillitt når de lytter og bekrefter de historiene de hører (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 263).

3.4 Mestring og håp

Mestring blir i psykologien knyttet til individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene. Mestringsstiler er en betegnelse på karakteristiske trekk ved et individs mestring på tvers av situasjoner og over tid. Robusthet er en betegnelse på den egenskapen som modererer skadelige effekter av stress. Mennesker som har en stabil og generell forventning til at de vil oppleve gode ting i livet, ser ut til å tåle påkjenninger bedre enn de med et pessimistisk perspektiv. Optimister forventer at gode ting skal skje, og har tro på at ting skal ordne seg. De har bedre helse og kommer seg forttere etter sykdom enn det pessimister gjør (Renolen, 2015, s. 166).

Håp er en mental tilstand, der den som håper tror at hvis man når fram til sine ønsker, vil livet endre mening, bli mer behagelig, meningsfylt eller gi større glede. Sannsynligheten for at det man håper blir oppnådd er større eller mindre. Det ligger et grunnleggende ønske om at livssituasjonen skal endre seg. En kilde til opplevelse av frihet og autonomi er å ha valgmuligheter og å stå fritt til å velge mellom alternativer. Håp er nært sammenhengende med tillit og utholdenhet.

4.0 Resultat

4.1 «Utmattelse ved inflammatorisk tarmsykdom»

Denne oversiktsartikkelen av Grimstad og Norheim (2016), ønsker å beskrive omfanget av fatigue ved inflammatorisk tarmsykdom, de vanligste assosierte faktorene og behandling. I tillegg omtales det utfordringer ved fremtidig forskning på fatigue ved inflammatorisk tarmsykdom. Det ble gjort litteratursøk i databasene Ovid Medline og The Cochrane Library med relevante søkeord. Søket ble begrenset til artikler publisert i perioden 2000 – 15. Resultatet av studien omfatter 28 relevante artikler. 13 ulike instrumenter for å måle fatigue og 11 mål på sykdomsaktivitet ble brukt i de ulike studiene. Fatigue påvises oftere hos dem som er rammet av inflammatorisk tarmsykdom enn i normalbefolkningen. Høyere grad av fatigue er assosiert med aktiv sykdom og depresjon. Tolkning av funnene viser at fatigue er et betydelig problem ved inflammatorisk tarmsykdom. Årsakene til og behandlingen for fatigue med IBD er fremdeles ukjent (Grimstad & Norheim, 2016).

4.2 «Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD»

Forskningsartikkelen er en kvalitativ studie som er utført ved å intervju 20 helsepersonell som arbeider med pasienter med inflammatorisk tarm sykdom (Czuber-Doncan, et al., 2014). Intervjuene ble utført og spilt inn på lydopptak for ordrett avskrivning. Fatigue er et av de symptomene som pasienter med inflammatorisk tarmsykdom klager mest over, uten at de nødvendigvis blir behandlet i kliniske konsultasjoner. Denne studien har som formål å få en forståelse av helsepersonells oppfatning av fatigue hos denne pasientgruppen. Resultatene viste tre temaer og flere undertemaer. Hovedtemaene var hvordan fatigue ble oppfattet av helsepersonell, effekten fatigue hadde på pasientens liv og metodene som ble brukt av helsepersonell for å håndtere fatigue. Fatigue ble identifisert som viktig, men et vanskelig og frustrerende symptom å forstå. Helsepersonell rapporterte at fatigue hadde påvirkning på pasientenes følelsesmessige-, private-, arbeids-, og sosiale liv. Likevel var det få metoder som ble foreslått av helsepersonell for å kunne vurdere og forbedre fatigue. Mange uttrykte frustrasjon over å ikke kunne yte mer hjelp til disse pasientene. Konklusjonen viser forskjell i helsepersonells kunnskap og deres forståelse for kompleksiteten av fatigue og hvilken innvirkning og effekt fatigue har på pasientens liv. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap for å forbedre forståelse av fatigue som symptom hos denne pasientgruppen. Forbedringsarbeid hos helsepersonell er nødvendig for å yte bedre helsehjelp til pasienter som er rammet av fatigue knyttet til inflammatorisk tarmsykdom.

4.3 «Chronic fatigue is associated with impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease»

Hensikten med denne kvantitative studien er å undersøke sammenhengen mellom fatigue og selvrappert livskvalitet hos pasienter med IBD (Jelsness-Jørgensen, Bernklev, Henriksen, Torp, & Moum, 2010). Pasienter med ulcerøs kolitt og Crohns sykdom enten i remisjon eller med mild og moderat sykdomsaktivitet, ble rekruttert fra tre poliklinikker til å delta i studien. Ved hjelp av spørreskjemaer ble det samlet inn informasjon om deltakerne. Dette inkluderte alder, kjønn, sivilstatus, grad av utdanning, i tillegg til røykevaner. I studien blei 140 pasienter inkludert, derav 92 med ulcerøs kolitt og 48 med Crohns sykdom. Deltakerne gjennomførte tre ulike spørreundersøkelser. Resultatet sier at fatigue er assosiert med reduksjon av livskvalitet hos pasienter med IBD. De fysiske helse relaterte livskvalitetene er spesielt berørte. Konklusjonen mener effekten av tretthet på nedsett funksjonsnivå, sykefravær, skolerresultater og oppmøte på arbeid må studeres videre (Jelsness-Jørgensen et al., 2010). Det ble bekreftet i den ene spørreundersøkelsen av pasientene hadde problemer med oppmøte til skole og arbeid. Konklusjonen sier at det er fatigue er knyttet til lavere livskvalitet hos pasienter med IBD. Dette er pasienter i ung alder som krever vedlikehold av energinivå for å kunne arbeide og leve et normalt liv. Det er viktig at fatigue blir tatt opp som spørsmål på lik linje med magesmerter som symptom. Hvordan fatigue påvirker sykefravær og i hvilken grad det er funksjonsnedsettende, må man studere videre på (Jelsness-Jørgensen et al., 2010)

4.4 «Review article: description and management of fatigue in inflammatory bowel disease»

Hensikten med oversiktsartikkelen er å undersøke pasienters erfaringer med og faktorer som bidrar til fatigue hos pasienter med IBD. I tillegg å bedømme helsepersonell og pasientens håndtering av fatigue. Metoden som ble brukt var søk i syv elektroniske databaser. 28 artikler ble gjennomgått uten funn av kvalitativ forskning med beskrivelse av pasientens opplevelse av fatigue. Det ble funnet tallrike fysiske, psykiske og situasjonsavhengige faktorer forbundet med fatigue. Det ble konkludert med at inkonsekvent bruk av terminologi, mangel på data fra pasientperspektivet på IBD og mangel på forskningsbasert praksis for håndtering av fatigue bidro i stor grad til at det ignoreres eller oversees av helsepersonell. Fremtidig forskning bør undersøke opplevelsen av fatigue fra den enkelte pasientens perspektiv. Videre studier er nødvendig for å undersøke de faktorene som er forbundet med fatigue og for å utvikle pasientsentrerte tiltak for å redusere fatigue (Czuber-Dochan, Ream, & Norton, 2013).

4.5 «*Fatigue interference with daily living among patients with inflammatory bowel disease*»

Formålet med denne kvantitative studien var å undersøke hvordan fatigue påvirker dagliglivet til pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (Opheim, Fagermoen, Bernklev, Jelsness-Jorgensen, & Moum, 2014). Data ble samlet inn ved hjelp av selvrapporterte spørreskjemaer. Resultatet sier at alvorlig fatigue ble rapportert hos 39% av de 428 personene som ble spurt. Pasienter med Crohns sykdom var mer sannsynlige enn pasienter med ulcerøs kolitt til å rapportere alvorlig fatigue. Pasienter med aktiv sykdom hadde større sannsynlighet for å rapportere alvorlig fatigue, mens de med inaktiv sykdom hadde en score sammenlignbar med den generelle befolkningen. Konklusjonen er at alvorlig fatigue er vanlig hos denne pasientgruppen, når de er i en aktiv fase av sykdommen. Forholdet mellom fatigue og personlige forhold bør vurderes videre i etterfølgende studier (Opheim et al., 2014).

4.6 «*Cognitive behavioural therapy for the management of inflammatory bowel disease-fatigue with a nested qualitative element: study protocol for a randomised controlled trial*»

Dette er en pilotstudie med hensikt å begrunne hvorfor det er nyttig med en større studie om effekten av kognitiv adferdsterapi hos pasienter med fatigue som følge av IBD (Artom, Czuber-Dochan, Sturt, & Norton, 2017). Gruppe 1 fikk tilbud om kognitiv terapi med 60 minutter konsultasjon og syv telefon/Skype samtaler med en terapeut over en periode på åtte uker. Gruppe 2 fikk et informasjonshefte om fatigue uten hjelp fra terapeut. Begge gruppene gjennomførte selvrapporing gjennom skjema og spørsmålsark. Artikkelen ønske å bevise at det er økonomisk gunstig og effektivt med bruk av kognitiv atferdsterapi for å håndteringen av fatigue. Konklusjonen sier at kvalitative og kvantitative funn kan bidra til utvikling og igangsetting av en storstilt randomisert kontrollert studie for å vurdere kognitiv adferdsterapi for fatigue knyttet til pasientgruppen. Denne pilotstudien vil ikke komme med evidensbasert bevis på klinisk effekt av kognitiv terapi som behandlingsmetode da det er den første studien om temaet. Det er påvist lovende løsningsorientert terapi og stresshåndtering har vist lovende resultater, men effekten faller over tid (Artom et al., 2017).

5.0 Drøfting

5.1 Fiktivt case om Ida

Ida på 26 år er student med et stort sosialt nettverk. Hun arbeider deltid som servitør ved siden av studiene og liker å være med venner når hun har fri. For fire år siden fikk hun diagnosen Crohns sykdom. Nå er hun i en aktiv fase av sykdommen og har over lengre tid vært plaget med hyppig og løs avføring. Hun sier selv at hun ikke har kontroll på magen, noe som virker hemmende i hennes hverdag. Hver bevegelse utenfor hjemmet, må planlegges til hvor nærmeste toalett er. Det har resultert i at hun isolerer seg og unngår å møte venner. Hun er utslitt, sykmeldt fra deltidsjobben og føler studiene er så overveldende at hun har vurdert å slutte. De somatiske plagene gjør at hun blir innlagt på medisinsk avdeling med anemi, B₁₂-mangel, dehydrering og kraftig vekttap. Ved innkomst i akuttmottaket hadde hun sterke kolikksmerter i nedre høyre kvadrant som følge av stenoser i distale ileum. I samråd med lege er det ordinert nødvendig behandling, og Ida begynner å føle seg bedre. Jeg møter henne for første gang som nyutdannet sykepleier på en firemannsstue på sengepost.

5.2 Menneske-til menneske-forholdet

Jeg har på rapporten i vaktskiftet fått vite at Ida har vært gjennom mye og at forløpet hennes har vært preget av alvorlig sykdom. Det blir sagt at hun har vært plaget med manglende energi og tiltaksløshet. I tillegg har jeg hatt tid til å lese i journalen hennes, der det står mye relevant informasjon om forløpet hennes. Når jeg kommer inn på rommet ser jeg en tydelig utslitt og medtatt Ida, som fremdeles får intravenøs væske. Ansiktet hennes er grått og dratt, og det er tydelig å se at hun er undervektig. Likevel smiler hun tapper til meg idet jeg kommer frem til sengen hennes. Min første refleksjon er en overveldende følelse av sympati. Jeg introduserer meg og forteller at jeg skal være sammen med henne denne vakten. Det innledende møtet har startet, og som sykepleier tenker jeg det er viktig å se Ida som et helt menneske, ikke bare som en pasient eller et symptom på sykdom. Travelbee (1999, s. 171) snakker om menneske-til-menneske forholdet som er virkemiddel for å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse. Dette er sykepleierens grunnleggende mål og hensikt. Travelbee (1999, s. 171) sier videre at dette ikke er et forhold som kommer «av seg selv», men som bygges opp litt etter litt mens sykepleier samhandler med den syke. Som sykepleier må vite hva man gjør, tenker, føler og erfarer i situasjonen (Travelbee, 1999, s. 171).

I sykepleieprosessen er observasjon det første og viktigste trinnet. Beslutninger som skal tas, blir dannet på grunnlag av egne observasjoner og de etterfølgende antakelsene. I det første møtet

dannes det en oppfatning som kalles «førsteintrykket». Dersom dette er godt, kan det være fordi vedkommende minner oss om noen vi kjenner fra tidligere, eller fordi personen minner om noen man har hatt en viss nærhet til før (Travelbee, 1999, s. 186).

Forskning sier at den skjulte, subjektive og uspesifikke årsaken til fatigue gjør det vanskelig for pasienter å sette ord på symptomet. Det er manglende kunnskap blant sykepleiere om behandlingsalternativ, og mange definerer fatigue utfra sin egen følelse av opplevd tretthet og utslitthet (Czuber-Doncan, et al., 2014). Som sykepleier ønsker jeg å skape en god relasjon til Ida for å få i gang en god samtale, slik at hun kan åpne seg opp om sykdommen sin. Jeg har erfart at den gode relasjonen sammen med tid, er viktig for at pasienten kan føle at man kan dele sensitiv og personlig informasjon. For å komme videre i forholdet er det nødvendig å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i «pasienten». Bare mennesker kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper. Det er først når sykepleier starter å oppleve pasienten som et unikt individ, at den syke begynner å respondere, og forholdet går inn i en ny fase (Travelbee, 1999, ss. 187-188).

I den neste fasen er det framvekst av identiteter som karakteriseres som evnen til å verdsette den andre som et unikt individ. I tillegg kommer evnen til å etablere tilknytting til den andre. Pasienten blir tolket som sin egen identitet, og det etableres en tilknytting mellom to individer. Samtidig skjer en atskillellesprosess, i den forstand at individuelle identiteter vokser frem og erkjennes som unike og enestående (Travelbee, 1999, s. 189). Ida og jeg snakker om hverdagslige ting, som været og studiene hennes. Jeg observerer at hun er reflektert over egen situasjon og sykdom. Hun forteller at hun har vansker med å sove skikkelig, og føler seg aldri helt uthvilt. Forskning snakker om at subjektive faktorer som psykososialt stress, søvnkvalitet og depresjon har ført til høyere forekomst av fatigue (Opheim et al., 2014). Fatigue er et komplekst fenomen som kan beskrives som en pågående, overveldende følelse av tretthet, svakhet eller utslitthet. Det kan være mentalt, fysisk eller en kombinasjon av begge deler. Det er forskjellig fra hverdagstretthet, da fatigue ikke går over med søvn eller hvile og livskvaliteten påvirkes negativt. Sykdomsaktiviteten henger ofte sammen med grad av fatigue, og psykososiale faktorer som dårlig humør og søvnproblemer er rapportert som et tillegg. Det er mangel på en «gullstandard» for å måle fatigue, som gir utfordringer i å gi passende og effektive behandlingstilbud (Artom et al., 2017). For meg er det relevant å prøve å forstå hvordan fatigue oppleves for Ida. Hun forklarer at bare det å ta på seg sminke er nok til at hun trenger for å hvile i etterkant. Jeg opplever at hun virker trist og fortvilet.

Empati er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andre sin psykiske tilstand der og da. Prosessen skjer der man nesten umiddelbart er i stand til å forstå betydningen av den andres tanker og følelser i øyeblikket. Empati er opplevelsen av å forstå (Travelbee, 1999, s. 193). Ida er en ung kvinne, hun holder på med utdanning og hun har en livssituasjon jeg lett kan relatere meg til, da den ikke er ulik fra min egen. Jeg har erfart at det kan være vanskelig å bygge relasjoner til pasienter og at prosessen kan være preget av stagnasjon, motvilje og liten tid. Røkenes og Hansen (2012, ss. 9-10) sier at man i relasjonen skal forholde seg til pasientens behov og ikke søke etter å dekke sine egne behov på bekostning av andre. Travelbee (1999, s. 177) mener dette er urealistisk og mener at man er menneske også som sykepleier. Når man er på vakt som sykepleier opphører man ikke som menneske, og resultatet blir at sykepleieren avhumaniseres (Travelbee, 1999, s. 177). Jeg merker at Ida blir ukomfortabel når vi snakker om avføring, og når vi beveger oss inn på sensitive temaer. Min erfaring er at det er viktig å spørre. I tillegg er det viktig å respektere, men også vite når det er nok. Ida ønsker å hvile, og vi avslutter den innledende samtalen med at hun legger seg. Jeg sier at jeg kommer tilbake til henne senere på vakta.

5.3 Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse går ut på å forstå og samhandle med pasientene man møter som sykepleier på en god og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). Jeg sitter på vaktrommet og reflekterer over mitt første møte med Ida. For at Ida skal føle seg anerkjent og forstått er det viktig at jeg tar meg tid til å lytte. Forskning sier at pasienter ofte ikke vet hva fatigue er, og at det er et symptom på sykdommen de har. Det er en generell oppfatning at fatigue har en stor påvirkning på pasientens emosjonelle selvfølelse. Emosjoner relatert til fatigue er frustrasjon, depresjon, dårlig humør, manglende selvtillit og selvfølelse (Czuber-Doncan, et al., 2014). En viktig oppgave for meg, når jeg går tilbake på rommet til Ida vil være å definere fatigue. Forskning har vist at det er inkonsekvent bruk av terminologi, mangel på data fra pasientperspektivet på IBD og mangel på forskningsbasert praksis for håndtering av fatigue. Dette bidrar i stor grad til at det ignoreres eller oversees av helsepersonell (Czuber-Dochan, Ream, & Norton, 2013). På den måten kan hun få bekreftelse på at det er normalt for pasienter med Crohns sykdom. Samtidig er det nødvendig at hun får satt ord på hvilke symptom som er aktuelt hos henne, hvordan hun føler seg, og hvordan sykdommen påvirker hennes livskvalitet.

God kommunikasjon bidrar til å skape tillit i en relasjon og det opparbeides tillit når man som sykepleier lytter og bekrefter de historiene de hører (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 263). I forskningen kommer det frem at det er lite forståelse for hvordan fatigue påvirker livet til pasienter med IBD. Dette er rapportert av pasientene selv. En gjennomgående tankegang er at man ikke spør og unngår temaet på grunn av manglende kunnskap, eller på grunn av at det ikke blir ansett som viktig (Czuber-Doncan, et al., 2014). Høyere grad av fatigue er assosiert med aktiv sykdom og depresjon. Årsakene til og behandlingen for fatigue med IBD er fremdeles ukjent (Grimstad & Norheim, 2016).

Ida virker fremdeles ved godt mot når jeg kommer tilbake, men jeg kan se at hun ser mer alvorlig ut. Jeg spør om hun har smerter eller føler seg uvel. Ida rister på hodet, så begynner hun å gråte. Det er ingen andre på rommet, og jeg setter meg ned ved siden av henne og tar hånden hennes. Travelbee (1999, s. 192) snakker om empatifasen i menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleiere har som oppgave å vurdere likheter og forskjeller mellom seg selv og pasienten for å kunne bidra til fremvekst av empati. Empati er erfaringer som finner sted mellom to eller flere individer. I situasjonen man står i, trenger man evnen til å leve seg inn i, ta del i og forstå den andres psykiske tilstand (Travelbee, 1999, s. 193). Ida uttrykker behov for å prate, og jeg merker at hun trenger tid på å formulere seg.

Ida synes sykdommen hun er diagnostisert med er fryktelig vanskelig å leve med. For de fleste mennesker er det et tabubelagt tema å snakke om avføring (Reime, 2013, s. 326). Hun forklarer at hun ikke lenger blir invitert med på arrangementer med venner, fordi hun alltid melder avbud. Aktiviteter som trening har hun måttet glemme, da en treningsøkt gir tilsvarende behov for hvile. Dette gjør at hensikten og motivasjonen forsvinner. Ingstad (2013, s.130) sier at «Hvem jeg er» kan bli definert av sykdom, når det er store ubehag og mye tid brukt på behandling. Tidligere aktiviteter kan bli vanskelige å videreføre (Ingstad, 2013, s.130). En forklaring kan være at lavere energinivå grunnet fatigue, kan påvirke flere aspekter med å leve med en kronisk sykdom. Kronisk syke pasienter må derfor prioritere energibruken sin på en mer planlagt måte enn andre friske (Jelsness-Jørgensen et al., 2010).

Jeg opplever at Ida definerer seg selv som en syk person i hverdagen, og sykdommen er alt hun er. Hun forklarer at hun ikke har fortalt vennene sine om diagnosen, fordi det er «ekkelig». Dette gjør at vennene ikke forstår hvorfor hun aldri orker å være med når hun blir invitert. Ida tror vennene synes hun er lat. Inflammatorisk tarmsykdom er en kronisk tilstand som er preget av vekselvis friske og syke perioder, som er individuelt fra pasient til pasient. Som sykepleier har man respekt for den

versjonen av historien som blir fortalt, og er i stand til å inkludere den i vår faglige forståelse (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 262). Pasienter med IBD lever med konstant engstelse for når sykdommen vil blusse opp igjen. På grunn av sykdommen føler mange av pasientene at de ikke kan nå sitt fulle potensiale innen utdanning og yrkesliv. Redsel for diaré og inkontinens er med på å hemme deres sosiale aktiviteter og familielivet kan bli lidende (Reime, 2013, ss. 326-327). Mennesker kan oppleve at man blir stigmatisert på grunn av avvik fra normaliteten. Hvordan kulturer ser på det normale er med på å kategorisere mennesker. På grunn av sykdom fungerer ikke kroppen som den skal og aktiviteter i hverdagen og sosialt samspill blir vanskelig å opprettholde (Ingstad, 2013, s. 46).

5.4 Anerkjennelse og håp

Jeg ønsker å anerkjenne Ida og møte behovene hennes. Når hun uttrykker hvor vanskelig hverdagen hennes er, blir mitt ønske om å hjelpe enda større. Evnen til sympati og medfølelse kommer som følge av empatifasen. Sympati er et steg videre i menneske til menneske forholdet, der det foreligger et grunnleggende ønske om å lindre plager (Travelbee, 1999, s. 200). Min erfaring er at samfunnet setter en standard for unge i dag og i møte med tabubelagt sykdom virker det hemmende. Sympati og medfølelse er en viktig og nødvendig faktor i relasjonsbyggingen (Travelbee, 1999, s. 209). Det er likevel ikke nok til å dekke sykepleiebehovene. Medfølelsen må gjøres om til intelligente og konstruktive sykepleiehandlinger (Travelbee, 1999, s. 210). Håp gjør at mennesker er i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner (Travelbee, 1999, s. 117).

Ida hører på musikk når jeg kommer inn på slutten av vekten for å se til henne for en siste gang. Vi finner ut at vi har lik smak for musikk, og jeg merker at hun blir i godt humør når snakker om favorittartisten hennes. Det er ikke ny kunnskap at humor har betydning for vår helse og rekonvalesens. De siste årene er humor blitt veldig aktualisert i helsevesenet. Rent fysiologisk har latter vist seg å ha virkninger som øker antall leukocytter, som igjen påvirker immunsystemet positivt ved større smertetoleranse. Latter er også en god hjelp mot stress fordi det gir avspenning og ro (Renolen, 2015, ss. 166-167). Ida uttrykker glede over at behandlingen på sykehuset har hjulpet en god del, selv om hun aldri blir kurert. Å finne mening, å være trygg og tilfreds, å mestre, oppleve fellesskap og støtte og å ha en identitet er alle viktige elementer i vår psykososiale helse (Eriksen, 2015). En anerkjennende relasjon er viktig. Man blir ikke ekspert på sin egen opplevelse før den anerkjennes av den som tar del i historien. For å få Ida til å føle seg anerkjent har jeg valgt å lytte, la henne få tid til å uttrykke seg og bekreftet historien hun har fortalt. Jeg har erfart at det krever tid og erfaring for å kunne lytte til historier uten å komme med motforestillinger. Å få Ida til å føle tillit til

meg er avgjørende for et godt samarbeidsforhold (Jensen & Ulleberg, 2011, ss. 262-263). Det er sykepleiers oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp (Travelbee, 1999, s. 123). Som profesjonell sykepleier forsøker man å hjelpe; hun lykkes ikke alltid, men hun forsøker alltid å gi hjelp, håp og trøst (Travelbee, 1999, s. 125).

6.0 Konklusjon

Hensikten med studien var å forsøke å belyse det psykososiale behovet til pasienter med fatigue. Hos pasienter med IBD er det er underrapportert symptom, og det er i forskningen påvist manglende kunnskap hos sykepleiere. I samtlige forskningsartikler er det konkludert med at det må forskes mer på årsaker og metoder for å håndtere fatigue. Som sykepleier har jeg prøvd å belyse hvordan man gjennom relasjonskompetanse, anerkjennelse og håp, kan fremme de psykososiale behovene deres. Jeg har erfart at det er et stort behov for kunnskap, tid og en grunnleggende forståelse hos sykepleiere. Det er forstått i praksis at det er et symptom på sykdom, men at det er vanskelig å hjelpe når man ikke har konkrete behandlingsmetoder. I arbeidet med denne oppgaven er jeg veldig overrasket over hvor lite anerkjent fatigue er i helsesektoren generelt, og at det er en stor mangel på kunnskap. Heldigvis har jeg gjennom forskningssøk fått en forståelse av at fatigue er et tema flere er blitt bevist på hos pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. Det blir per i dag gjort mer arbeid for å forstå mekanismene som ligger bak fatigue.

Jeg mener det er viktig at sykepleiere står i situasjonen sammen med pasienten og bruker tid på å skape relasjon. Dette kan gjøre det lettere å kartlegge behovet for sykepleie og pasienten kan sitte igjen med en følelse av å bli forstått og sett. Jeg tenker også at dersom man ikke får en standard for behandling av fatigue, er det viktigere å erkjenne dette, og sammen med pasienten finne metoder for å håndtere hverdagen deres på en best mulig måte. Som sykepleier må man bruke seg selv på en terapeutisk måte, for å opparbeide tiltro. Det er vanskelig å fremme psykososiale behov hos pasienter på sengepost. Jeg håper at gjennom menneske-til-menneske-forholdet, at det blir lettere å tilnærme seg pasientene på en god måte.

7.0 Bibliografi

- Artom, M., Czuber-Dochan, W., Sturt, J., & Norton, C. (2017). Cognitive behavioural therapy for the management of inflammatory bowel disease-fatigue with a nested qualitative element: study protocol for a randomised controlled trial. *BioMed Central*. doi:10.1186/s13063-017-1926-3.
- Bae, B. (1992). Relasjon som vågestykke - læring om seg selv og andre. I B. Bae, & J. E. Waastad (Red.), *Erkjennelse og anerkjennelse - Perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Czuber-Dochan, W., Ream, E., & Norton, C. (2013). Review article: description and management of fatigue in inflammatory bowel disease. *Wiley Online Library*. doi: 10.1111/apt.12205.
- Czuber-Doncan, W., Norton, C., Bredin, F., Darvell, M., Nathan, I., & Terry, H. (2014). Healthcare professionals' perceptions of fatigue experienced by people with IBD. *Journal of Crohn's and Colitis*. doi: 10.1016/j.crohns.2014.01.004.
- Czuber-Donchan, W., Dibley, L. B., Terry, H., Ream, E., & Norton, C. (2012). The experience of fatigue in people with inflammatory bowel disease: an exploratory study. *Journal of advanced nursing*. doi: 10.1111/jan.12060
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utgave., s. 887-907) Oslo : Cappelen Damm Akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm : Natur og Kultur.
- Grimstad, T., & Norheim, K. B. (2016). Utømmelse ved inflammatorisk tarmsykdom . *Tidsskriftet - Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.16.0134.
- Helsebiblioteket. (2015, 30. oktober). *Crohns sykdom*. Hentet 13. april 2018 fra <https://helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/crohns-sykdom>.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jelsness-Jørgensen, L. -P., Bernklev, T., Henriksen, M., Torp, R., & Moum, B. A. (2010). Chronic fatigue is associated with impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04498.x.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- LMF - Landsforening mot fordøyelsessykdommer. (2017, mars 28). *Pressemelding - Mange unge i Norge lever med alvorlig tarmsykdom*. Hentet 19.april 2018 fra <https://www.lmf norge.no/Files/Images/Brosjyrer/PressemeldingIBDsjekk.pdf>:

- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> .
- Opheim, R., Fagermoen, M., Bernklev, T., Jelsness-Jorgensen, L., & Moum, B. (2014). Fatigue interference with daily living among patients with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*. doi: 10.1007/s11136-013-0508-4.
- Reime, M. H. (2013). Sykepleie til pasienter med fordøyelsessykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie; Sykepleieboken 3* (2.utgave., s.277-388). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller Briste*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.