



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Annhild Småladen Espelien & Tine Silkoset

Veileder: Liv Bekkeli

Bachelor i sykepleie

Anoreksi, men du er jo gutt?!

Anorexia, but you're a boy?!

Antall ord: 11502

BASY2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innhold

SAMMENDRAG.....
1. INNLEDNING	5
1.1 BEGRUNNELSE AV VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	5
1.2 PRESENTASJON AV CASE OG PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV OPPGAVEN.	7
1.4 DEFINISJON OG BEGREPSFORKLARING.....	8
1.5 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	8
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING	8
2. METODE	10
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	10
2.2 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE	10
2.3 SØKESTRATEGI OG SØKEORD.....	11
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNING	12
2.5 KILDEKRITIKK.....	17
2.6 ETISKE VURDERINGER	18
3. TEORI.....	19
3.1 SYKEPLEIETEORI	19
3.1.1 Etablering av menneske-til-menneske-forhold.....	20
3.2 TRYGGHET	21
3.3 HVA ER SPISEFORSTYRRELSER?.....	22
3.4 ÅRSAK FOR SPISEFORSTYRRELSER	22
3.5 ANOREKSI	24

4. DRØFTING	26
4.1 DET INNLEDENDE MØTET	27
4.2 FREMVEKST AV IDENTITETER.....	30
4.3 EMPATI	31
4.4 SYMPATI	33
4.5 GJENSIDIG FORSTÅELSE OG KONTAKT	35
5. KONKLUSJON.....	37
LITTERATURLISTE	38
VEDLEGG 1	
VEDLEGG 2	

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier skape trygghet hos gutter med anoreksi?

Bakgrunn: Tema spiseforstyrrelse vekket vår interesse ved et pasientmøte. Det er et spennende og interessant emne ved at det både omhandler det somatiske og det psykiske aspektet ved sykepleieutøvelsen. Det finnes teori om spiseforstyrrelser, anorexia nervosa og jenter, men lite om gutter. Derfor valgte vi å utdype oss i dette.

Hensikt: Vi ønsker med denne bacheloroppgaven å belyse viktigheten av å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Oppgaven baserer seg på trygghet og hvor viktig rolle sykepleier har i behandlingen av pasienter med anorexia nervosa. Gjennom oppgaven har vi utviklet et bredere perspektiv på hva sykepleie er, og viktigheten av vår sykepleieutøvelse.

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie basert på eksisterende litteratur og forskning. Her har det blitt hentet frem litteratur og forskning fra bibliotek og databaser. I drøftingen er egne erfaringer og case brukt opp mot teori og forskning.

Resultat: Gutter med anorexia nervosa føler skam og mindreverdighet rundt lidelsen. Det er viktig at sykepleiere jobber bevisst for å fremme trygghet og selvfølelse av egen kropp. Ved hjelp av kommunikasjon og etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, kan sykepleier fremme mening og mestre lidelse hos pasienten. Dette kan også være med på å forebygge senskader.

Konklusjon: Gjennom denne oppgaven ser vi viktigheten med at sykepleier skaper trygghet i møte med pasienter. Dette er med på å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier og er en viktig faktor for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt.

1. Innledning

I denne bacheloroppgaven blir temaet spiseforstyrrelse behandlet. Det finnes fire typer spiseforstyrrelse; bulimia nervosa, anorexia nervosa, overspising og ortorexia nervosa (Hummelvoll, 2012). Det finnes teori om spiseforstyrrelse, men det meste omhandler jenter. Dette har derfor vekket vår interesse: «Hvorfor er det så lite informasjon om anorexia nervosa og gutter?» På grunn av dette er det valgt å skrive om anorexia nervosa og gutter. Spiseforstyrrelser er et økende problem som stadig blir mer synlig i helsevesenet (Skårderud, 2000). Derfor er det ønske om å finne ut hvilke faktorer som er til hjelp for pasienten slik at vi som sykepleiere kan være gode støttespillere gjennom sykdommen og behandlingen.

1.1 Begrunnelse av valg av tema og problemstilling

Spiseforstyrrelser blir ofte oppfattet som en ungpikesykdom og det kan derfor være svært vanskelig for gutter å innrømme at de har denne lidelsen. Behovet for å skjule problemet kan vokse sterkt ved at de kan få følelsen av mindreverdighet og skam rundt spiseforstyrrelsen. Gutter kan også utsettes for fordommer om at spiseforstyrrelser knyttes til en feminin legning (kvinnelig måte å oppføre seg på). Omtrent 10 % av spiseforstyrrelser er blant gutter, men på grunn av at kvinneandelen er så dominerende er spiseforstyrrelser lite utforsket rundt de mannlige forholdene. Det kan derfor finnes store mørketall rundt dette (Hummelvoll, 2012).

Forskjellen på spiseforstyrrelser mellom kjønnene er at gutter utvikler spiseforstyrrelse ved at de skal «bygge om» kroppen sin og sunnhet kan være et mål, samtidig som de har en overdreven frykt for fett. Jenter fokuserer heller på slanking (Skårderud, 2000). De fysiske følgene er like for begge kjønn, men hormonforstyrrelsene er forskjellige. Gutter får nedsatt potens og seksuell interesse og hos jenter uteblir menstruasjon. Risikoen er størst hos gutter ved at de ofte lever med lidelsen i skjul og at det ikke er like stor oppmerksomhet på dette i helsevesenet i forhold til jenter. Dødeligheten er lik for både gutter og jenter (Garde & Gerlach, 2006).

I media er det stort fokus på kropp og utseende. På film, tv og i blader vises skuespillere og modeller med slanke og muskuløse kropper, som mange oppfatter som «lykkelige og perfekte» (Warbrick, 2003). Det har blitt lagt merke til at det stadig kommer nye måter å

slanke seg på. Eksempler på dette kan være dietter og slankepiller. Det er også observert i media at det har oppstått mange blogger med fokus på kropp, mat og utseende. Bloggene gir veiledning i forbindelse med kosthold og trening og egen erfaring forteller at mange blir påvirket av disse. Warbrick (2003) hevder at dette er med på å skape utrygghet for de som er misfornøyde med kroppen sin.

Pasienten er ofte i en sårbar situasjon preget av skyldfølelse og skam, når han skal søke behandling. Det er derfor viktig at de første møtene med helsevesenet er basert på forståelse, respekt, empati og kunnskap (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). I oppgaven har det blitt valgt å bruke sykepleieteorien til på Joyce Travelbee, fordi hun legger vekt på viktigheten av å etablere et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient for å kunne utøve god sykepleie. Travelbee er relevant for problemstillingen i oppgaven som omhandler trygghet i møte med pasienten.

Vi har mange erfaringer med pasienter, både fra praksis og i arbeidslivet, men lite om pasienter med spiseforstyrrelser. Derfor har vi snakket med medstudenter som har denne erfaringen, samt fått kontakt med en tidligere pasient som har hatt anorexia nervosa, for å kunne få bedre forståelse av lidelsen. Tv-programmet «Jeg mot meg» som har gått på NRK omhandler åtte ungdommer med forskjellige psykiske lidelser, blant annet en gutt med spiseforstyrrelse. Dette har gitt et innblikk i hverdagen til en gutt med spiseforstyrrelse som har inspirert oppgaven.

1.2 Presentasjon av case og problemstilling

Det er valgt et case for å belyse problemstillingen. Caset er inspirert av pasienthistorier, tv-serien «Jeg mot meg» og eksempler i fra faglitteratur.

Ivar er en veldig sosial gutt og er ofte med venner på fritiden. Han gjør det bra på skolen og får gode tilbakemeldinger fra lærere om at han er en blid, høflig og sosial gutt. Ivar er 16 år og skal begynne på videregående skole til høsten. Foreldrene til Ivar skilte seg for snart to år siden. Ivar bor derfor annenhver uke hos mor og far. Siden skilsmissen har faren begynt å drikke store mengder alkohol. Ivar føler det er utrygt å være hos far fordi han vet sjelden hva som møter ham. Men allikevel vet Ivar at faren «trenger» han for å kutte ned på alkoholbruken. Det siste året har Ivar gradvis endret sin væremåte. Han har blitt veldig

opptatt av trening spesielt styrke- og kondisjon, og har begynt å trene. Han trener både morgen, ettermiddag og kveld. Ivar har strenge rutiner på når han skal trene, spise og gjøre lekser. Derfor har det blitt mindre tid til sosiale sammenkomster med venner og familie. Han skammer seg over utseende sitt. Ivar liker ikke å se seg selv i speilet, fordi han mener han ser tykk ut.

Kameratene har den siste tiden reagert på hans oppførsel. Han har stadig humørsvingninger, trekker seg unna sosiale sammenkomster og er sjelden tilstede ved måltider. Begrunnelsen hjemme er at Ivar har spist ute med venner og omvendt. Mor har lagt merke til disse endringene og velger å ta dette opp med Ivar. Hun uttrykker sin bekymring og vil at Ivar skal oppsøke lege. Han blir irritert, benekter situasjonen moren beskriver og forteller at det ikke er noe galt med han. Men siden mor ikke slutter å mase blir han til slutt med på en legetime, bare for å bevise at det ikke er noe galt. Etter time hos lege, blir Ivar henvist til poliklinisk avdeling for spiseforstyrrelser.

På dette grunnlaget har problemstillingen blitt: «Hvordan kan sykepleier skape trygghet hos gutter med anoreksi?»

1.3 Avgrensing og presisering av oppgaven.

Det er blitt valgt å skrive om anoreksi fordi dette er den minst utbredte spiseforstyrrelsen i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2016). Videre er oppgaven begrenset til gutter fordi spiseforstyrrelser blir omtalt som en jentelidelse og derfor er dette temaet lite utforsket (Hummelvoll, 2012). Det å skape trygghet i møte med pasienten er en viktig del av å kunne danne relasjon mellom pasient og sykepleier. Derfor baseres oppgaven på dette.

Sykepleiere kan møte pasienter i primærhelsetjeneste og poliklinisk, medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk avdeling (Hummelvoll, 2012). Oppgaven begrenses til en poliklinisk avdeling med fokus på det psykiske hos pasienten. Uansett hvilke arena sykepleier møter pasienten på, skal man allikevel utføre god sykepleie.

Pårørende er en viktig ressurs for sykepleiere i møte med pasienter, både ved at pasienten selv trenger støtte og at sykepleier kan innhente relevant informasjon (Hummelvoll, 2012). Pårørende blir allikevel ikke omtalt i denne bacheloroppgaven, fordi det velges å kun ha fokus på pasienten og lidelsen anorexia nervosa.

1.4 Definisjon og begrepsforklaring

Her beskrives noen av begrepene som kommer i oppgaven.

Anorexia nervosa kommer av det greske ordet nektende *an- orexis* som betyr appetitt eller matlyst, og det latinske ordet *nervosa* som betyr nervøs. Den norske betydningen blir da; manglende matlyst, appetittløshet (Eide & Eide, 2014). Det velges å skrive anoreksi i stedet for anorexia nervosa fordi dette er et kjent brukt ord hos pasienter, det brukes mer enn det gresk-latinske ordet og fordi det er et ord brukt på folkemunne.

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, og betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med, delaktiggjøre en annen i og er en utveksling av tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2014).

Trygghet kommer fra skandinavia. Trygghet betyr blant annet å være trygg, ha trygghet til det som skal skje og å finne trygghet og ro. Ordet overlapper både *security* og *safety*, men disse ordene oversatt til norsk får en annen betydning enn ordet trygghet, slik vi kjenner det (Eriksen, 2006).

«Å være trygg på seg selv, kan beskrives som å våge, å mestre, å erkjenne svakheter, å stole på seg selv, å vite hva en vil, kunne hevde seg ovenfor andre» (Smeby & Helgesen, 2012, s. 46).

1.5 Hensikten med oppgaven

Det ønskes å belyse hvor viktig det er å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient som baserer seg på trygghet, samt hvor viktig rolle sykepleier har i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser.

1.6 Oppgavens oppbygging

Bacheloroppgaven består av fem kapitler. Innledningen er første kapittel, hvor oppgaven presenteres. Det er også med et case som blir beskrevet her. Dette caset viser en reell situasjon som sykepleiere kan møte i hverdagen. Andre kapittel omhandler metode, der det beskrives hvordan egnet litteratur og forskning er funnet, samt presentasjon av forskningen.

Kapittel tre tar for seg forskjellige teorier som er relevante for problemstillingen. Det trekkes frem sykepleieteori, trygghet, spiseforstyrrelser og anoreksi. Drøftingen av problemstillingen kommer i kapittel fire. Her trekkes litteratur fra teorikapitlet, forskning, case og pasienterfaringer opp mot hverandre for å gjøre rede for hvordan vi som sykepleiere kan skape trygghet hos gutter med anoreksi. Det femte og siste kapitlet i oppgaven er konklusjon, hvor en oppsummerer det svaret en har kommet frem til ved å drøfte problemstillingen.

2. Metode

For å samle kunnskap og informasjon forteller metoden hvordan en går frem systematisk for å belyse problemstillingen. Sosiologen Vilhelm Aubert siterer hva metode er og formulerer det slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2013 s. 111).

Det tolkes ut i fra dette at metode er et redskap og et hjelpemiddel for å kunne samle inn teori og data, slik at en kan tilegne seg kunnskapen som er relevant for å finne svar problemstillingen.

2.1 Litteraturstudie som metode

I bacheloroppgaven har det blitt brukt litteraturstudie som er en kvalitativ metode. Dette betyr at studien omhandler eksisterende kunnskap som er tilgjengelig. Det er forskningsartikler, pensum – og selvvalgt litteratur. Å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskapen som omhandler problemstillingen er hensikten med litteraturstudie, samt å vise hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015).

2.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Den naturvitenskapelige kvantitative metoden er eksakt faktakunnskap, det vil si at kvantitative data er målbare enheter som for eksempel tall som kan brukes til statistiske beregninger. Når man vil ha svar på «hvor mye eller hvor ofte» er det hensiktsmessig å bruke kvantitative metode (Thidemann, 2015).

Den humanvitenskapelige kvalitative metoden er å få kunnskap om menneskelige opplevelser, holdninger, tanker og erfaringer. Her vil man få mange opplysninger fra få undersøkelser og kjennetegnet ved denne metoden er dybdekunnskap. Når en vil ha svar på «hva eller hvordan» er kvalitative metode hensiktsmessig å bruke (Thidemann, 2015).

Den største forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ metode, er hvordan innsamling av data foregår. Selv om det er forskjeller mellom metodene, kan de brukes sammen da mange kvantitative studier tolker dataene sine og det finnes eksakt faktakunnskap i mange kvalitative datasamlinger (Dalland, 2013).

2.3 Søkestrategi og søkeord

Pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsbaserte artikler har blitt brukt i oppgaven. Litteraturen består av relevant fagstoff som omhandler sykepleieteori, trygghet, kommunikasjon og spiseforstyrrelse. Dette vil belyse problemstillingen; “Hvordan kan sykepleier skape trygghet hos gutter med anoreksi?”.

Spiseforstyrrelser står det lite om i pensumlitteraturen fra skolen. En har derfor brukt søkemotoren Oria og databaser som ligger på bibliotekets side på Høgskolen i Hedmark for å finne relevant litteratur om temaet. Oria har bredt utvalg av litteratur innen trygghet, kommunikasjon og spiseforstyrrelser. De databasene som er blitt brukt i denne bacheloroppgaven er SveMed+, CINAHL og Google scholar. Disse gir norsk- og engelskspråklige fagfelleverderte forskningsartikler rettet mot sykepleie og helsefag.

SveMed+ er en nordisk database innenfor helse og medisin. Den inneholder artikkelreferanser i nordiske tidsskrifter fra 1977 og frem til i dag. Databasen oppdateres jevnlig. Denne har blitt brukt for å finne MeSH-termer (SveMed+, s.a.).

Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) er en database som inneholder engelskspråklig litteratur om blant annet sykepleie, helsefag, fysioterapi, ergoterapi, og tilgrensede fagområder. Databasens innhold er fra 1981 og oppdateres månedlig. Her kan man finne relevant kvalitativ forskning og pasienters erfaringer (Underdal, 2013).

Databasen Google scholar, som er en søkemotor for akademisk litteratur innenfor alle fagområder (Scholar-Google, s.a.).

PICO-skjema har blitt brukt for å identifisere søkeord. PICO står for Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome (Thidemann, 2015). Skjemaet er blitt lagt ved som vedlegg (Vedlegg 1). Dette vedlegget gir informasjon om søkeord en har brukt for å finne relevant forskning. Norske og engelske søkeord er blitt brukt. Søkeord som er blitt brukt;

gutter, spiseforstyrrelser, trygghet, boys, males, anorexia nervosa, eating disorders, nursing, communication, relations, patient, adolescents, female, eating disorders in males, being men with eating disorders. Søkeordene er brukt i forskjellige kombinasjoner med AND og NOT.

Søkeresultatene har blitt systematisert i en tabell (Vedlegg 2). Ut i fra søkeresultatene har en valgt fire forskningsartikler som er relevante for problemstillingen. Artiklene presenteres i punkt 2.4.

2.4 Presentasjon av forskning

Det presenteres her hvilke forfattere, årstall og forskningsartikler som er blitt brukt. Man har ut i fra søkene kommet frem til disse 4 artiklene, tre engelske og en norsk. Det tas for seg hvorfor man har valgt akkurat disse artiklene under hver artikkelpresentasjon.

Artikkel 1 “Eating disorders in males: A report on 135 patients”.

Forfatter: Carlat, Camargo & Herzog (1997).

Tidsskrift: The American Journal of Psychiatry.

Bakgrunn for studien, var å få bedre forståelse av etiologien (årsaken), kliniske karakterer og prognosen av spiseforstyrrelser blant menn. Den første rapporten om en mann med spiseforstyrrelser, kom i 1689. Siden den gang er det fremdeles lite forsket på spiseforstyrrelser blant menn, til tross for at det ikke er unormalt. Forskere har studert mannlige pasienter både for kliniske og teoretiske grunner. Klinisk er det nødvendig med mer praktisk informasjon for å bedre hjelpe- og behandlingsmåter. Fra et teoretisk standpunkt er studien med på å få informasjon om etiologien (Carlat et al., 1997).

Metode, artikkelen er en kvantitativ studie. Alle menn som ble innlagt med spiseforstyrrelser og behandlet ved Massachusetts General Hospital [MGH] Boston, USA, i tidsrommet 01. januar 1980 til 31. desember 1994, var med i studien. Under studietiden benyttet Carlat et al., (1997) seg av pasientfiler fra Eating Disorders Unit. Videre tok de for seg informasjonen fra MGH sine databaser med alle medisinske journaler for pasienter inn- og utad i landet. Til slutt konkluderte Carlat et al. (1997) med det MGH sitt psykiatriske samfunn. Psykiateren Carlat (1997) tok seg av journalarbeidet, og brukte DSM-IV kriteriene for å finne pasientene med spiseforstyrrelser (Carlat et al., 1997).

Funn, av de 176 identifiserte menn, fra 6-60 år, med mulig spiseforstyrrelse, ble 135 diagnostisert med lidelsen ved å ha kriterier til DSM-IV. Blant disse mennene, var 131 pasienter kaukasiske (caucasian), to afrikanske, en spanjol og en araber.

Gjennomsnittsalderen for «utbrudd» var 19,3 år. Bulimi var mest vanlig med 62 menn, 43 med uspesifisert spiseforstyrrelse og 30 med anoreksi. 41 % av mennene var heterofile, 27 % homo- og bifile og 32 % aseksuelle. Av de 135 mennene, hadde 54 % diagnosen depresjon, 29 % alkoholproblemer, i tillegg til sin spiseforstyrrelse. Det var også 37 % som hadde alkoholproblematikk, 29 % affektive lidelser og 53 % overvekt innad i familien. Av anorektikerne hadde 55 % diagnosen depresjon, 14 % alkoholmisbruk, 3 % kokainmisbruk, 17 % stoffmisbruk, 3 % angst og 24 % personlighetsforstyrrelser i tillegg til spiseforstyrrelsen. Totalt 37 % hadde overvektige foreldre, 20 % med affektive lidelser eller 20 % med alkoholmisbruk, og 10 % med spiseforstyrrelser blant søsken. 103 av mennene var overvektige før lidelsen fikk sitt utspring. 68 % hadde opplevd store medisinske komplikasjoner som et resultat av sin spiseforstyrrelse, blant annet osteoporose, anemi og hypotensjon (Carlat et al., 1997).

Carlat et al., (1997) sin forskningsartikkel «Eating disorders in males: a report on 135 patients» tar for seg mannlige pasienter som får diagnosen spiseforstyrrelse. Artikkelen forteller om menn og spiseforstyrrelse og viser til at homo- og biseksuelle menn er særlig utsatt. En har valgt denne artikkelen fordi det var ønskelig å se om forskningen på spiseforstyrrelse blant menn har utviklet seg de siste 20 årene.

Artikkel 2 “Jeg er venn fra 8–16. Vennskap i sykepleie–pasient relasjoner som varer over lang tid?”

Forfatter: Haug (2007).

Tidsskrift: Nordic Journal of Nursing Research.

Bakgrunn for studien var å bruke kvaliteter i vennskapet for å bedre pasient-sykepleierrelasjonen samt å gi pasientene bedre evne til å danne vennskap. Noen av utfordringene som kommer i langvarige relasjoner mellom pasient og sykepleier ble også utforsket.

Metode for studien er kvalitativ, der de brukte dybdeintervju med fire sykepleiere og 11 pasienter på et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Sykepleierne som ble intervjuet hadde mye

erfaring innen psykiatri. Pasientgruppen som ble intervjuet var psykiatriske pasienter med sinnslidelse og langvarig reduksjon i sosial fungeringsevne. Under intervjuet med sykepleierne ble det benyttet semistrukturert intervjuguide som tok utgangspunkt i tema fra metodebok, årsrapporter og variabler i det terapeutiske miljø. Studien gir ikke grunnlag for statistisk generalisering, men kan gi et viktig bidrag til kunnskapsutvikling om psykiatrisk sykepleie til pasienter som er avhengig av hjelp over lang tid. Prosjektet ble vurdert og anbefalt av Regional komite for medisinsk forskningsetikk og utviklet i samarbeid med avdelingens ledelse.

Funn, Det å skape et trygt miljø beskrev informantene som det viktigste. Ved å møte den enkelte pasient med respekt og akseptering, kunne det trygge miljøet skapes. Miljøet var preget av tilgjengelighet slik at det alltid var noen der for pasientene. Informantene beskrev at pasientenes behov skulle styres av relasjonen og de uttrykte at tryggheten var det viktigste. Ved grensesetting måtte atferden tilpasses og fellesskapets sikkerhet og trygghet ble da skapt. Ved at sykepleiere viste innlevelse, anerkjennelse, akseptasjon og aktive handlinger fikk informantene en vennefølelse og denne hjalp dem til å få en god allianse ved at de trengte likeverdigheten. Dette kan være en stor utfordring. Personlig engasjement, aktive handlinger og holdninger fra sykepleieres side kreves ved bruk av vennskap i langvarige pasient – sykepleier forhold (Haug, 2007).

Forskningsartikkelen til Kari Haug (2007) «Jeg er venn fra 8-16. Vennskap i sykepleie-pasientrelasjoner som varer over lang tid?» tar for seg relasjonen mellom sykepleier og psykiske pasienter og viktigheten av at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Denne artikkelen menes det er relevant for problemstillingen, selv om den ikke tar for seg spiseforstyrrelser, men fordi den sier noe om pasientens psykiske opplevelse av sykepleiere og relasjonen mellom dem.

Artikkel 3 “Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users”

Forfatter: Robinson, Mountford & Sperlinger (2012).

Tidsskrift: Journal of Health Psychology.

Bakgrunn for studien, var å utforske menns erfaringer som er i kontakt med spesialhelsetjenesten for behandling av spiseforstyrrelser.

Metoden som ble brukt i studien er en kvalitativ metode. Det var pasienter fra to spesialiserte behandlingstjenester for spiseforstyrrelser i London. Det var voksne menn som enten mottok behandling ved innleggelse eller i poliklinisk avdeling. 16 menn ble kontaktet, men det var kun åtte som valgte å bli med i studien. Gjennomsnittsalderen var 38 år. Alle deltakerne rapporterte å ha en eller flere psykiske lidelser som inkluderte depresjon, tvangslidelser, dysmorfofobi (body dysmorphic disorders), posttraumatisk stresslidelse og alkoholavhengighet. Det ble brukt en semi-strukturert intervjuplan som var utviklet fra en gjennomgang av eksisterende litteratur. Det var brede emner som inkluderte bakgrunnsinformasjon om pasientene. Utvikling og historie av spiseforstyrrelser, opplevelser av fysisk- og psykisk helse, hvordan det var å ha en spiseforstyrrelse og virkningen på systemet rundt den enkelte ble omtalt.

Funn, Det kom fram at det var vanskeligheter med å innrømme at pasientene har spiseforstyrrelser. De hadde vanskeligheter fordi spiseforstyrrelser ofte blir tenkt på som et kvinnelig problem, ved at de fant mye litteratur på kvinner og spiseforstyrrelser. Resultatene forteller viktigheten av individuell formulering når de vurderte mannlig brukertjeneste og innvirkning på presentasjon av spiseforstyrrelsen og behandlingens ønsker. Funnene viser også behovet for å øke bevisstheten om spiseforstyrrelser hos menn blant fagfolk. Det å legge til rette for å redusere menns frykt for negativ respons av spiseforstyrrelser i samfunnet, kan lette innrømmelsen av pasientenes problem. Selv om spiseforstyrrelser påvirker mange færre menn enn kvinner, er det viktig at denne gruppen ikke blir oversett (Robinson et al., 2012).

Det er valgt forskningsartikkelen skrevet av Robinson et al., (2012) «Being men with eating disorders: perspectives of male eating disorder service-users» fordi den tar for seg vanskeligheter for menn med spiseforstyrrelser ved at lidelsen ofte blir tenkt på som et kvinnelig problem. Denne forskningsartikkelen er relevant for denne bacheloroppgave fordi den sier noe om utfordringene med spiseforstyrrelser og helsepersonell.

Artikkel 4 “Severe anorexia nervosa in males: Clinical presentations and medical treatment”

Forfatter: Sabel, Rosen & Mehler (2014).

Tidsskrift: The Journal of Treatment & Prevention.

Bakgrunn for studien, er å presentere de kliniske og medisinske komplikasjonene som kan komme av alvorlig anoreksi blant menn. Nyere forskning viser at menn kan utgjøre 10-25 % av bulimi og anoreksi tilfellene (Sabel et al., 2014).

Metode, studien er av kvantitativ forskning. Mannlige pasienter med alvorlig anoreksi innlagt på ACUTE for medisinsk stabilisering i tidsrommet 01. oktober 2008 til 31. desember 2012 hadde mulighet til å delta i studien. ACUTE er et helse- og medisinsk senter i Denver, USA. Dette er en medisinsk stabiliseringsenhet med 10 plasser for pasienter med spiseforstyrrelser. Kriterier for å bli lagt inn på ACUTE er at pasientens vekt må være 70 % under ideal kroppsvekt, som senteret definerer som 106 pounds (48,08kg) ved fem fot (152,4 cm), pluss 6 pounds per inch (1 inch = 2,54 cm). Pasienter som var innlagt under 48 timer, fikk ikke være med i studien. Personalet som tok imot pasientene og hjalp dem videre, hadde tverrfaglig kompetanse innen spiseforstyrrelser. Kunnskaper innen indremedisin og de jobbet side om side med psykologer, ernæringsfysiologer, logopeder og sykepleiere for å legge til rette for pasientene, slik at de skulle få en trygg vektøkning på 1-2 kg per uke. Pasientinformasjon, målinger av størrelse og proporsjon av menneskekroppen og kaloriinntak ble anskaffet fra pasientjournal. Resultater fra blodprøver og medikamenter ble undersøkt via det elektroniske datasystemet (Sabel et al., 2014).

Funn, viser at 142 menn ble innlagt i løpet av studietidens 51 måneder. 15 av disse pasientene hadde 17 sykehusinnleggelser. 14 menn ble innlagt med alvorlig anoreksi. Gjennomsnittsalderen var 24 år. Lengden på sykdomslidelsen var mellom 2-8 år. 10 av pasientene hadde bare begrensede anoreksi, mens fire hadde fråtse-rens anoreksi. Disse pasientene hadde alvorlig grad av anoreksi med en BMI mellom 11,5 til 15,9 kg/m². Pasientene hadde hjertefrekvens mellom 49-95 per minutt, og systolisk blodtrykk på 103 mmHg. Testosteronnivået var merkbart lavt for alle de 14 pasientene. 57 % hadde anemi, 79 % hadde lavt antall hvite blodlegemer og 7 % hadde lavt antall blodplater. 11 av pasientene fikk målt benmassen i kroppen. Kun tre av de 11 pasientene hadde normal benmasse, tre hadde osteopeni (mangel på benvev) og de siste fem hadde osteoporose (Sabel et al., 2014).

Det er valgt forskningsartikkelen av Sabel et al., (2014) Severe anorexia nervosa in males: clinical presentation and medical treatment fordi dette er henholdsvis ny forskning som presenterer medisinske komplikasjoner hos menn med alvorlig anoreksi. Artikkelen er

relevant for oppgaven fordi den gir et bilde av komplikasjoner pasienter med anoreksi kan få. Dette mener en er kunnskaper sykepleier bør vite mer om.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om kildene er troverdig, pålitelighet og dens relevans for problemstillingen. Kildekritikken skiller spekulasjoner fra fakta, ved kildekritikk må man karakterisere og vurdere kildene en bruker (Dalland, 2013). For å være kritisk til litteratur og forskning som er funnet kan en stille seg noen spørsmål; hva slags tekst, er artikkelen fagfellevurdert, årstall, anerkjent tidsskrift og om den svarer på oppgavens problemstilling. Dette gjør at en kan vurdere om litteraturen er holdbar og gyldig i forhold til problemstilling eller ikke (Dalland, 2013).

Fagbøkene som er blitt valgt er fra 1991- 2015. To av bøkene er fra 90-tallet, men en har brukt dem fordi de er relevante for oppgaven og fordi de ikke finnes i nyere utgaver. De resterende bøkene er fra nyere tid, og man ser på dem som god oppdatert fagkunnskap som er med på å finne svar på problemstillingen. Bakgrunn for valg av pensum og selvvalgt litteratur er at disse omhandler sykepleie, trygghet, spiseforstyrrelser, kommunikasjon og sykepleieteori.

Det har blitt anvendt IMRAD-modellen når det har blitt søkt etter forskning slik at en kan forsikre seg om at det forskning en finner. IMRAD-modellen strukturer vitenskapelige artikler og forskere er pålagt å bruke denne malen når artikkelen publiseres i tidsskrifter (Thidemann, 2015). Forskningsartiklene og noe av faglitteraturen som har blitt funnet, er skrevet på engelsk, dansk eller svensk. Det kan da forekomme feiltolkninger ved oversettelse til norsk. Selv om ordbøker og ordnett.no er blitt flittig brukt, kan det være at innhold allikevel har blitt feiltolket. Når det ble søkt etter forskning, ble det funnet bare en aktuell artikkel fra Norge. To artikler er fra USA og en fra England. Dette kan bety at svaret fra forskningen kanskje ikke er like godt egnet å bruke i Norge, da kultur og religion er forskjellig fra land til land.

2.6 Etiske vurderinger

Etiske vurderinger og hvordan man skal bruke personopplysninger riktig, er et krav i en bacheloroppgave (Dalland, 2013). Når en skal tilegne seg kunnskap om menneskets livssituasjon og hvordan deres opplevelse og syn på verden er, kan mennesker gi denne informasjonen. Det er derfor viktig å anonymisere personer og materialet i bacheloroppgaven, slik at en kan ivareta deres menneskeverd. Dalland (2013) forteller at en opplysning er anonymisert når man ikke kan identifisere personen på noe som helst vis. I denne bacheloroppgaven har det blitt anonymisert erfaringer og pasientmøte, slik at en ikke kan identifisere hverken pasient eller personale. I henhold til Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer er APA-standard brukt i oppgaven. På denne måten får forfatterne av fag- og forskningslitteratur berømmelse av deres verk.

3. Teori

I dette teorikapitlet tar en for seg litteratur som er relevant for problemstillingen. Travelbee sin teori og etableringen av menneske-til-menneske-forholdet presenteres først. Videre i teorien beskrives trygghet, hva spiseforstyrrelser er, årsak til lidelsen og anoreksi.

3.1 Sykepleieteori

Sykepleierens funksjonsområde blir tydeliggjort ved at teoriene beskriver og indentifiserer sentrale sykepleiefenomener. I kliniske sykepleiesituasjoner gir teorien begreper som gjør det lettere for sykepleiere å vurdere, tenke og handle i virkeligheten. Sykepleierteoriene sin funksjon begrunner hva som er sykepleie (Kristoffersen, 2012).

Det har blitt valgt Travelbee som teoretiker fordi hun legger vekt på å se hele mennesket, og hjelper den syke til å finne mening og mestre de erfaringene som følger med sykdom og lidelse. Dette er relevant for pasienter som sliter med spiseforstyrrelser fordi en kan bruke hennes teori i møte med den enkelte, for å kunne skape trygghet.

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk psykiatrisk sykepleier. Hun er en sykepleieteoretiker som er mye brukt i dagens sykepleierutdanning. Travelbee hevder at sykepleiere skal se hvert enkelt individs personlighet og at roller som sykepleier og pasient er å gi hverandre «merkelapper». Hun er opptatt av at sykepleier skal se den syke som et individ og ikke som «den masete pasienten i seng 4 på rom 318» (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) sin definisjon på sykepleie er: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.» (s.29)

Travelbee (2001) sin teori beskriver at pasienten og dens familie skal få sine behov ivaretatt. For å få til dette, må sykepleieren bruke sine erfaringer og seg selv terapeutisk. Ved å bruke seg selv terapeutisk, bruker sykepleieren sin egen personlighet for å få frem endringer hos pasienten. Denne endringen sørger for at pasientens plager lindres. Det er også viktig at sykepleieren har evne til å tolke atferd, både egne og andres, for å forstå hvordan individet

opplever sykdom og lidelse. Sykepleier bør ha selvinnsikt for å opprettholde selvforståelse og relasjoner ved menneskelig atferd. Ved å utøve sykepleie bedres borgernes helse og velvære. Ved å bygge et forhold mellom sykepleier og pasient, er det viktig å ha en gjensidig prosess, hvor begge parter er med på å danne et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001).

3.1.1 Etablering av menneske-til-menneske-forhold

Et menneske-til-menneske-forhold er at både pasient og sykepleier forholder seg til og opplever hverandre som unike personer. Pasientens behov for sykepleie blir ivaretatt på en ubetinget og konsistent måte. Et menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess hvor sykepleier og pasient bygger opp forholdet sammen, men sykepleieren har hovedansvaret for å etablere og vedlikeholde forholdet. For å etablere et menneske-til-menneske-forhold, mener Travelbee (2001) at forholdet oppstår først etter at sykepleier og pasient har vært igjennom de fem fasene; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

Det innledende møtet kjennetegnes ved at pasient og sykepleier vurderer, observerer og tolker hverandres holdning, verbale- og nonverbale kommunikasjon, væremåte og handling. Sykepleierens rolle i denne fasen er å se mennesket i sykdommen og ikke sykdommen i individet (Travelbee, 2001).

Fremvekst av identiteter innebærer at sykepleier og pasient ser hverandre som enkeltindivider, verdsetter den andre personen som en unik person og kontaktforholdet vil etableres. I denne fasen oppfatter sykepleieren pasientens følelser, tanker og opplevelser og det oppstår en sterk tilknytning mellom dem (Travelbee, 2001).

I empatifasen setter sykepleieren seg inn i pasientens situasjon, tar del i og forstår hans nåværende psykiske tilstand. Det å vise forståelse kan oppleves i øyeblikk, situasjoner og glimt. I sykepleiesammenheng vil det være viktig informasjon å vise empatisk forståelse for å kunne forstå enkeltindividet. Hun hevder at empati hele tiden kan utvikles dersom sykepleieren arbeider bevisst med dette (Travelbee, 2001).

Etter den empatiske prosessen kommer sympati, der sykepleier må bruke seg selv terapeutisk kombinert med problemløsning eller hjelpende sykepleietiltak. I følge Travelbee (2001) er

sympati en erfaring, hvor sykepleieren forstår pasientens lidelse og ønsker å lindre årsaken til dette (Travelbee, 2001).

Gjensidig forståelse og kontakt er siste fasen sykepleier og pasient går igjennom før de har dannet et menneske-til-menneske-forhold. I denne fasen mener Travelbee at sykepleieren bør ha kunnskaper og ferdigheter om sykepleietiltak for å hjelpe enkeltindividet med det helhetlige behovet den trenger. Kjernen i menneske-til-mennesket-forholdet er å ha evnen til å gi omsorg til andre og anvende dette til handling i bestemte situasjoner. Ved å dannet et menneske-til-menneske-forhold, vil man kunne skape trygghet både hos pasient og sykepleier (Travelbee, 2001).

3.2 Trygghet

Travelbee (2001) definerer trygghet slik: «I en ordbok blir trygghet i forholdet mellom mennesker definert som følelsen av å være sikker på den andre, basert på erfaring og bevis. Trygghet er altså et trinn videre i forhold til tillit» (s.215).

En kan tolke Travelbee (2001) sin definisjon av trygghet som en opplevd følelse, både fysisk, psykisk og sosialt. Det er utfordrende å finne en klar definisjon på trygghet, men en kan tenke seg at hvert enkelt individ opplever trygghet på sin egen måte. I dette kapittelet tar en for seg hva trygghet er, som begrep og dets grunnlag.

Abraham Maslow (1954) beskriver at fysisk trygghet er et grunnleggende behov og at dette kommer like etter behovene for mat, drikke og søvn. Andersson (1984) beskriver pasienters opplevelse av psykisk trygghet som glede, varme, lykke, balanse, harmoni, fotfeste, tillit, hvile, ro og sjelefred. Trygghet som følelse, indre og ytre. Den indre tryggheten fremkommer ved en positiv oppvekst som utgjør en indre tilstand (Thorsen, 2012).

Grunnlaget for trygghet og tillit ligger i de første utviklingsstadiene i livet. «Å være trygg på seg selv, kan beskrives som å våge, å mestre, å erkjenne svakheter, å stole på seg selv, å vite hva en vil, kunne hevde seg overfor andre» (Smeby & Helgesen, 2012, s. 46). Å være trygg på seg selv som person, er å føle seg vel som menneske og individ. Sosial trygghet utvikles i møte med andre. Dette kan gjøre det enklere å få kontakt med og å treffe andre, da man ikke er redd for å bli avvist. For at mennesker skal kunne bli kjent med hverandre og utvikle seg,

er det viktig å ha en god relasjon med trygghet og tillit, slik at begge parter stoler nok på hverandre og ikke utnytter eller gjør den andre vondt (Smeby & Helgesen, 2012).

3.3 Hva er spiseforstyrrelser?

I dette kapittelet tar en for seg hva spiseforstyrrelser er, årsak, hvem som er utsatt for å få lidelsen samt kroppslige symptomer og skader. Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse og rammer både jenter og gutter. Det er oftest jenter (90 %) som får denne lidelsen, men man skal være oppmerksom på at det kan finnes mørketall blant gutter. Det er dokumentert at gutter utgjør en prosentandel på 10 av spiseforstyrrelser (Hummelvoll, 2012).

Spiseforstyrrelse har ofte med seg skam som kan gjøre det vanskelig å søke hjelp. Når man er overopptatt av utseende, vekt og kropp, betyr det at man er spiseforstyrret. En har da vansker med å forholde seg til egne følelser, tanker og mat. Dette kan styre mye av livet, atferden som følger med blir belastninger for kroppen og kan skape somatiske tilstander som trenger behandling. Spiseforstyrrelser er blitt et språk for å kunne takle livsproblemer og følelser gjennom kropp og mat. Det å kunne kontrollere appetitten og kroppen kan gi en følelse av selvkontroll, som igjen kan oppfattes som å mestre noe i livet. Kropp og mat kan også være en måte å flykte fra forvirrende og ubehagelige følelser (Skårderud, 2000).

3.4 Årsak for spiseforstyrrelser

Det er ikke en konkret årsak som forårsaker spiseforstyrrelser. Hver enkelt har med seg sine egne personlige faktorer som gjør at spiseforstyrrelsen oppstår (Hummelvoll, 2012). Men den vanligste årsaken for utvikling av spiseforstyrrelser er slanking (Skårderud, 2000). Det er stadig fokus på mat og kosthold, nye matretter, dietter og nye eksotiske matvarer i media (Aagaard & Bjerkheim, 2012). De som ofte har stor risiko for å utvikle spiseforstyrrelser, er gjerne de som er overopptatt av dietter og de som tvinges til å gå på diett på grunn av yrke, fritidsaktivitet eller sykdom. For å kunne få en forståelse av hvorfor spiseforstyrrelser oppstår må man bruke ulike perspektiv og søke i flere retninger. På bakgrunn av forskjellige forhold som provoserer og vedlikeholder forstyrrelsen samt tidligere psykologiske skader, skiller man mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdene forhold (Hummelvoll, 2012).

Disponerende faktorer omhandler personlighet, familiære forhold (vanskelig barndom), genetik, kultur og ulike traumer som for eksempel seksuelle overgrep. Personer med perfeksjonistiske, strenge og tvangspregede personlighetstrekk er ofte de som er disponible for å få spiseforstyrrelser. Det er et skille mellom negativ og positiv perfeksjonisme og man ser ofte den negative varianten ved lidelsen. Det gjør at man stiller enorme krav til seg selv om at alt skal være perfekt i sine ytelser, men man føler det aldri blir godt nok. De tidlige og nærmeste forhold er med på å skape oss som individer. Hvis foreldrene ikke er bevisste på sin uforutsigbare atferd, sitt fravær, ettergivende kommunikasjon og utydeligheten for grenser, kan dette hemme den sunne utviklingen av barnets trygghet (Skårderud, 2000).

Risikofaktorer i familieforhold kan være rusmisbruk, konflikter, tap og psykiatrisk familiehistorie. I familieforhold blir det mange spekulasjoner som ikke alltid kan underbygges av vitenskap. Samhandlingsmønstre som har liten evne til å snakke om følelser og familieforhold der selvfølelse og trygghet ikke blir bygd opp, er ofte disponible til å utvikle spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000).

Det kan være mange forskjellige utløsende faktorer som gjør at personer kan utvikle spiseforstyrrelse. Sårbarhet kan være en faktor som kan resultere i lidelsen, i den betydningen trenger ikke denne sårbarheten handle om mat men om personlighet. Mangelfull personlighetsutvikling og dårlig utviklet problemløsningsevne legger grunnlaget for å kunne utvikle spiseforstyrrelser. Det handler om at pasienten har dårlig kjennskap til seg selv ved at en ikke har evnen til å registrere tydelige behov og følelser. Disse kan utløses av flere faktorer, som mobbing, dødsfall, skilsmisser og traumer (Hummelvoll, 2012).

Ved å gå fra barn til ungdom og til voksen skjer det en rolleforandring som både kan være provoserende og utfordrende. Det å skulle flytte fra hjemmet som ung og bo alene kan skape en «høy grad av usikkerhet». I dette stadiet er kroppen ofte i utvikling og kommentarer om utseende, vekt og fasong fra omverden kan treffe et ømt punkt slik at situasjonen kan bli vanskelig å håndtere. Spiseforstyrrelser kan også oppstå ved fysisk inaktivitet og overaktivitet ved forbigående kroppslig sykdom. Årsaken til dette er ikke entydig, men det å fordøye og mestre følelser er ikke mulig å få utløp ved fysisk aktivitet. Kontakten med den indre verden og sine følelser blir enda mer utydelige ved de kroppslige symptomene. En sykdomsperiode kan fremtre som en løsning på misnøye og lav selvaktelse når evnen til å mestre og bearbeide følelsesmessige kriser og vansker er svakt utviklet (Hummelvoll, 2012).

Sist kommer vedlikeholdende faktorer som familiekonflikter, psykiske symptomer som depresjon, negative reaksjoner fra miljøet og opplevelse av å kontrollsvikt er utløst av spiseforstyrrelsen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Det hevdes ut i fra psykodynamisk teori at spiseforstyrrelser springer ut fra uløste konflikter og problemer i tidlig barndom, som hemmer tilliten og selvstendigheten til barnet. Når det ikke blir gitt oppmerksomhet til barnets initiativ og selvstendige måter å kjenne sine behov, vil barnet i stedet lære å tilpasse følelsene og behovene til foreldrene og ikke utvikle eierskap til egen kropp- og opplevelse av mestring når det gjelder kommunikasjon. Dette kan føre til mangelfull personlighetsutvikling og problemer med å forstå egne følelser og tanker. Senere kan dette være en medvirkende faktor til å tilpasse og innrette seg etter andre. Selvfølelsen påvirkes av godkjenning fra andre i stedet for å ha en indre følelse av effektivitet og mestring (Hummelvoll, 2012).

3.5 Anoreksi

Ut i fra hovedkriteriene har pasienter med anoreksi en intens frykt for fedme og for å legge på seg, selv ved undervekt. De har en motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde, som fører til et vekttap på under 15 % av forventet normalvekt. De opplever også et forstyrret kroppsbilde ved at de ser på seg selv som overvektige. De kan sterkt knytte vekt og utseende til selvfølelse (Hummelvoll, 2012).

Personer med anoreksi er overopptatt av kroppens utseende, slanking og kalorier. De må begrense hva og hvor mye de spiser. Selv ved avmagring er pasienten aldri slank nok i egne øyne. Fokuset på vektnedgangen hos personer med anoreksi begynner ofte med å sulte seg. Etter hvert blir de «fanget» i situasjonen slik at de stadig spiser mindre og til slutt ikke klarer å spise. De kan få en følelse av at de ikke fortjener mat. Det å sulte er en dramatisk undertrykkelse fra det å ha et menneskelig behov. Det handler om andre menneskers omsorg, frykt for avvisning ved å uttrykke sine følelser og behov, og et desperat forsøk for «å bli sett» ved å presse kroppen ned i vekt (Skårderud, 2000).

Spiseforstyrrelsen anoreksi er en stor belastning på kroppen. Symptomene og skadene kan i verste fall være dødelige. Betydelig underernæring er en vanlig konsekvens av anoreksi, som i en lengre periode kan påvirke alle kroppens organer (Skårderud, 2000). Anoreksi kan få fysiske symptomer som avmagring, lavt stoffskifte, dehydrering, håravfall, lavt blodsukker

og forstyrrelser i elektrolyttbalansen. Man kan også oppleve at blodtrykket blir uregelmessig og at en får langsom puls, samt mage-tarm problemer som obstipasjon, oppblåst mage, nedsatt toleranse for matinntak og manglende sultfølelse (Hummelvoll, 2012). Pasienter med anoreksi får ofte påvist anemi på grunn av redusert næringsomsetning og vitaminer. Man kan utvikle varige skader på kroppen som osteoporose (benskjørhet), redusert lengdevekst og økt tendens til å bli ufuktbar (Skårderud, 2000).

Anoreksi har også flere psykiske følger. Det kan være senket stemningsleie, sløvhet, asosialitet, nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne. Angst, forstyrret kroppsbilde, depresjon, tvangshandlinger og følelsesmessig ustabilitet er alle symptomer på spiseforstyrrelser. Ved mangeårig underernæring vil også nervesystemet bli påvirket ved at hjernen blir mindre og det kan føre til svikt i kognitive funksjoner som nedsatt hukommelse og tidlig demens. Ved at nervene ikke blir tilstrekkelig beskyttet av omkringliggende vev, er det en risiko for perifere nerveskader, som følelsesløshet og små lammelser (Skårderud, 2000).

For at man kan forstå tankegangen bak symptomene man ser hos mennesker med anoreksi har Buhl (1990) trukket frem tre dimensjoner; ytre styring, kontrollsvikt og manglende kontakt med indre impulser. Disse er viktig å ha med seg når man skal jobbe med denne pasientgruppen. Ytre styring er når pasienten er ubeskyttet og avhengig av andres forventinger og meninger. Kontrollsvikt er når pasienten ikke klarer å forstå sine indre signaler og behov, dermed kan de miste kontrollen over seg selv. Manglende kontakt med indre impulser vil si at de to andre dimensjonene blir forsterket av dette fenomenet. Det blir vanskelig for pasienten å sette ord på behov og følelser fordi egenskapen til å lytte til indre impulser er forstyrret samt at evnen til å takle uklare spenninger er svekket (Buhl, 1990). Blandete og motstridene følelser er sentrale trekk i spiseforstyrrelsen anoreksi. Skårderud (2000) forteller at mange beskriver det som sitt indre kaos, ved at de kan bli handlingslammet av sine indre dobbeltheter. Det er viktig at sykepleier kan forstå at pasienten er forvirret og fortvilet, og at anoreksien gir tydelige beskjeder på dette (Skårderud, 2000).

4. Drøfting

I denne drøftingsdelen blir problemstillingen “Hvordan kan sykepleier skape trygghet hos gutter med anoreksi?” gjort rede for. Teorien til Travelbee, trygghet, kommunikasjon med ungdom, strukturere en samtale, motiverende samtale og forskning blir drøftet opp mot hverandre i dette kapitlet. Caset om Ivar belyser problemstillingen og viktigheten av sykepleie.

Travelbee (2001) sin teori om menneske-til-menneske forholdet legger vekt på å danne relasjoner mellom pasient og sykepleier. Dette er med på å skape trygghet for pasienten, som igjen svarer til problemstillingen. Kommunikasjon er med på å skape relasjon mellom partene. Nonverbal-kommunikasjon og kroppsspråk er viktige ferdigheter en sykepleier bør ha i møte med pasienter (Eide & Eide, 2014). Motiverende samtale ser vi på som en viktig ferdighet for å kunne utøve god sykepleie til denne pasientgruppen, fordi motivasjon er et grunnlag for forandring som er relevant for å jobbe for med disse pasientene (Mabeck, 1999).

Sykepleier-pasient-fellesskapet er bygget på en helhetlig, samt eksistensiell-humanistisk tenkning. Ved den helhetlige tenkningen blir diagnosen satt og prosedyrer samt generelle behandlingsformer tas i bruk. Dette er den mest dominerende tilnærmingen. Den eksistensielle er mer betydningsfull, siden den dreier seg om å forstå menneskets livssituasjon og deres måte å være på, med problematikken og utfordringene de står ovenfor. Det er viktig at sykepleieren nullstiller seg før hvert møte med ny pasient, slik at en øker mottakeligheten for ny pasient og informasjon. I sykepleier-pasient-fellesskapet er det fire faser; forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen (Hummelvoll, 2012).

Travelbee (2001) sier at sykepleier og pasient danner et menneske-til-menneske-forhold etter at de har vært igjennom en gjensidig prosess. Denne prosessen oppstår etter at pasient og sykepleier har vært igjennom fem faser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Disse fem punktene brukes videre som overskrifter for å strukturere dette kapitlet.

4.1 Det innledende møtet

Det aller første møtet er hvor førsteinntrykket dannes. Dette er et av de viktigste punktene i møte med pasienten. Her danner sykepleier og pasient seg et bilde av hverandre som individer ved hjelp av observasjoner, holdninger, verbal- og nonverbal kommunikasjon, væremåte og handling (Hummelvoll, 2012). For at dette møtet skal bli så positivt som alle parter ønsker, er det viktig at sykepleier og pasient er åpne og interessert i å skape et menneske-til-menneske-forhold. Ved å skape dette forholdet, sørger sykepleier for at pasienten føler seg trygg, ivaretatt og sett som individ (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001) hevder at sykepleierens rolle i det innledende møtet er å se menneske bak sykdommen. Ivar ser ikke på seg selv som syk. Dette kan bli en utfordring for oss ved at vi som sykepleiere skal se Ivar som et individ, og samtidig hjelpe han til å få sykdomsinnsikt. Det første møtet vil derfor være avgjørende om Ivar får egen sykdomsinnsikt og om han er villig til å starte behandling (Travelbee, 2001).

I forberedelsesfasen oppfatter Ivar sine problemer og ønsker hjelp til å løse knuten på dem. Det er en stor terskel som overstiges ved å søke om hjelp. Pasienter har som regel et bilde av hvordan andre pasienter med lignende lidelser ser ut og oppfører seg, slik at det er et stort steg å ta for å søke hjelp. Hummelvoll (2012) skriver at sykepleier må forberede det første møtet. Det vil si at vi som sykepleiere må tenke på omgivelsene der vi planlegge hvor og hvordan vi møter Ivar. Videre er det viktig at vi har kunnskap om kommunikasjon, anoreksi og hvordan møte en pasient som ser spisemønster og trening som en løsning og ikke et problem. Med tanke på at pasienten kan ha andre psykiske lidelser i tillegg til anoreksi, må sykepleier også tenke over dette og være forberedt på eventuell sykdomsspesifikk atferd. Sykepleieren må også legge alle tanker og følelser fra tidligere møter med lignende pasienter bort, slik at den nye pasienten får blanke ark å starte på. Dersom Ivar har vært innlagt tidligere, bør journalen fra tidligere innleggelse leses, slik at vi som sykepleiere også setter oss inn i hans tidligere situasjon. Hvis dette er første innleggelse, skal henvisningen fra lege leses (Hummelvoll, 2012).

For at forholdet mellom pasient og sykepleier skal gå inn i en ny fase, må vi som sykepleiere oppleve den syke som et unikt individ og den syke vil føle seg sett (Travelbee, 2001).

Skårderud (2000) beskriver at målet med første møte er at det blir et andre møte. Det vil si at vi som sykepleiere må tilrettelegge det første møte for det enkelte individ (Skårderud, 2000).

Alle levende individer kommuniserer med hverandre på en eller annen måte, enten ved verbal eller nonverbal kommunikasjon. Det finnes flere måter å kommunisere på, med blant annet tegn, signaler, lyd, blikk, tekst og ord. Verbal kommunikasjon foregår ved skriftlig og muntlig kommunikasjon, mens nonverbal kommunikasjon er via kroppsspråk, holdning, blikk, stemmeleie, stemmebruk, berøring og ansiktstrekk. Alle tegn og signaler som kommuniseres til en andre part, må tolkes, slik at budskapet blir forstått. Selv om den verbale kommunikasjonen er klar og tydelig, er det ikke sikkert mottageren forstår informasjonen som blir gitt (Eide & Eide, 2014).

Å snakke med yngre pasienter kan være utfordrende, særlig ungdommer. Dette fordi mange av dem ikke egentlig ønsker å snakke om sine eventuelle problemer. Som sykepleiere er det viktig at vi er gode på kommunikasjon og vet hvordan vi skal ordlegge oss for at ungdommer skal bli fortrolige i samtalen. Å være ung, kan by på utfordringer når de kommer inn i puberteten, hvor kroppen endres fysisk og psykisk og det sosiale utviklingen endres. Ungdommer som Ivar, faller gjerne imellom siden de hverken er barn eller voksne. Med gode kommunikasjonskunnskaper, skikkethet, allianse, gode observasjoner av pasienten, et godt perspektiv på hvordan det er å være ungdom og tilpasning til hver enkelt pasient, skapes en trygghet som ungdommen ønsker. Dette kan føre til et givende møte både for sykepleier og pasient (Grufman & Krabbe, 2014).

Fra et pasientmøte vi har hatt, forteller pasienten at hun ble møtt med dårlig holdning fra sykepleiere. Hun forteller om første møte med sykepleier på avdelingen, hvor sykepleier tok valget av måltider for henne og sa «Nei, du liker nok ikke det du! Hehe». I tillegg snakket sykepleieren over hodet på henne og de andre pasientene. Dette pasientmøtet forteller oss at ikke alle sykepleiere har lik holdning og ikke er godt forberedt til første møte med pasienter. Dette kan være med å ødelegge for pasienten, som allerede har mer enn nok med seg selv og anoreksien. Selv om vi som sykepleiere oppfatter og behandler pasienter på forskjellige måter, skal vi allikevel alltid vise respekt for pasienten.

Som vi ser fra pasientmøtet forsterker dette Travelbee (2001) sin teori om å se pasienten og dens behov og forberedelsesfasen Hummelvoll (2012) beskriver. Ved å bruke Travelbee (2001) og hennes tenkemåte, som er å se individet, sørger vi for at Ivar føler seg ivaretatt. Travelbee (2001) og Hummelvoll (2012) mener dette er med på å danne et grunnlag for tillit og trygghet for pasienten videre i behandling.

Formålet med å strukturere en samtale er å skape en god relasjon mellom oss som sykepleiere og Ivar, få frem hans opplevelser, summere opp hva som har blitt sagt og avtale nytt møte. Å strukturere en samtale kan sees på som en ferdighet, fordi det oppstår flere momenter samtidig, som en må forholde seg til. Samtalen kan både være planlagt som en time, eller spontan som en pasient med behov for øyeblikkelig hjelp. Lengden på samtalen kan variere fra minutter til timer, fylt med følelser eller å være nøytrale. En hjelpende hånd på veien er begynnelsen, midtdelen og avslutningen (Eide & Eide, 2014).

Åpningen på samtalen er med på å etablere relasjon, skape trygghet og kontakt, klargjøre rammer, identifisering av problem og å skape en åpen situasjon. Ved å hilse på Ivar, vise interesse, omsorg og respekt, og å informere om hensikten til samtalen, sørger vi som sykepleiere for å etablere en god relasjon, som er med på å skape kontakt og trygghet mellom oss og Ivar. Det er viktig at sykepleier ser pasienten som et menneskelig individ, og at ingen pasienter er like, selv om de har samme sykdom og lidelse. Det er viktig å huske på at sykdom og lidelse ikke er selvvalgt, og at det er en belastning hos pasienten (Eide & Eide, 2014). Ved å stille åpne spørsmål, som begynner med “hvordan”, “hvorfor” og “fortell”, viser sykepleier til Ivar at hun er interessert i å lytte, samtidig som pasienten inviteres til å fortelle om det han ønsker, og ikke trenger å vente på neste spørsmål (Ivarsson, 2009).

Midtdelen av samtalen kommer an på situasjon og omfang, om det er et innkomst- og kartleggingsmøte eller en veiledningssamtale. I denne delen oppmuntres Ivar til å fortelle om sin situasjon. Sykepleier lytter og kommer med oppmuntrende ord, observerer Ivars non-verbale signaler og prøver å forstå hans tanker og følelser. Å ta opp igjen viktige temaer som kommer til lys i samtalen, er en oppgave sykepleier har og bør nevne igjen før samtalen avsluttes. Avslutningen er med på å oppsummere innholdet i samtalen ved å gjengi hovedtrekk fra samtalen. Dette er med på utviklingen av felles forståelse mellom sykepleier og Ivar, samt å få han til å føle seg sett og hørt. Helt til slutt avtales tidspunkt for nytt møte (Eide & Eide, 2014).

4.2 Fremvekst av identiteter

Orienteringsfasen er en viktig del for videre samarbeid. I denne fasen skal sykepleier bli kjent med Ivar som person, ved å få innblikk i tanker, følelser, atferdsmønster og identifisering av problemer og behov som han har. Det er viktig at vi som sykepleiere prøver å skape en atmosfære av tillit, åpen kommunikasjon og forståelse til Ivar og hans problematikk. Dette med tanke informasjon angående Ivars selvbilde, forhold til mat, trening og kontakt med venner. Det er en fordel at pasienten har en liten gruppe sykepleiere å forholde seg til, slik at det oppstår trygghet for pasienten (Hummelvoll, 2012).

Maslow (1954) mener at trygghet er et grunnleggende behov. Han hevder at k un mat, drikke og s ovn er viktigere enn dette behovet. I de første utviklingsstadiene i livet, dannes grunnlaget for tillit og trygghet (Smeby & Helgesen, 2012). Følelsen tryggheten gir er noe alle mennesker kan kjenne på.   sitte i armkroken til mor, er en betryggende følelse som de aller fleste på en eller annen m ate har følt eller har kjennskap til. Det er viktig som sykepleier å være pålitelig, trofast,  rlig og omsorgsfull for å kunne skape trygghet for pasienten, spesielt for yngre pasienter som ofte kan føle på utryggheten i behandlingen. Hvis pasienten er usikker store deler av døgnet og ikke stoler på noen, er det utryggheten som r r. Dette er en vond følelse   bære med seg. Usikkerheten på hvordan andre oppfatter en selv, og hvilke signaler en sender ut til andre mennesker, kan være mangler et individ har. Mangel på trygghet er noe individene tar for gitt at finnes hos alle mennesker (Thorsen, 2012).

Det viktig at Ivar føler seg vel som individ. For å få til dette, må han stole på seg selv, og erkjenne sine svakheter. Dette er med på at han kan utvikle tryggheten på kropp og følelser (Smeby & Helgesen, 2012). En positiv oppvekst er med på å skape en indre trygghet (Thorsen, 2012). Når barnet ikke får oppmerksomhet, tar det etter foreldrenes oppførsel og deres behov, slik at barnet ikke utvikler eierskap til egen kropp, opplevelse og mestring (Hummelvoll, 2012). Tryggheten til andre mennesker, utvikles i møter med dem. For å bli kjent med mennesker og utvikle seg som person, er det viktig at begge parter er åpne og innstilt på å skape en god relasjon med trygghet og tillit. Det er da viktig at de ikke utnytter hverandre eller gjør hverandre vondt (Smeby & Helgesen, 2012).

Carlat et al. (1997) sin forskning viser at familiehistorikk med alkoholisme eller affektive lidelser er risikofaktorer som ligger til grunn for utviklingen av anoreksi. Hummelvoll (2012) sier seg enig, og mener samtidig at uløste barndomskonflikter, negative reaksjoner fra

miljø og dårlig problemløsningsevne kan være med på utviklingen av lidelsen (Hummelvoll, 2012). Dette kan ha påvirket Ivar til å få en følelse av kontroll over trening og matinntak ved at han har mangelfull personlighetsutvikling og dårlig kjennskap til å registrere følelser og behov. Som vi ser i caset, har faren til Ivar begynt å innta alkohol etter skilsmissen. Dette kan føre til at Ivar føler seg utrygg den uken han er hos faren. Skilsmissen og farens alkoholproblem kan derfor være faktorer som ligger til grunne for at Ivar har utviklet anoreksi.

Sykepleiers oppgave er å prøve å oppfatte Ivars tanker, følelser og opplevelser av hvordan han har det som menneske og individ, både alene og sammen med andre. Sykepleier strukturerer samtalen, slik at pasienten må svare dypere enn “ja” og “nei” på spørsmål. En anorektiker har ofte relasjonsproblemer og dette kan påvirke møtet med sykepleier (Hummelvoll, 2012). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere kommer med oppmuntrende ord, viser interesse og forståelse av Ivars historie. Ved å få til dette, etableres tilknytning mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001).

Ved at sykepleier ikke ser den syke som et individ, men som en lidelse, har hun manglende evne til å oppfatte den andre som unik. Hennes erfaringer fra tidligere dominerer hennes syn på den nye pasienten, slik at hun ikke oppfatter han slik han er (Travelbee, 2001). Dette kan føre til at sykepleier ikke oppfatter Ivars tanker og følelser, og han kan føle seg oversett. Dette kan gjøre at Ivar og sykepleier ikke får utviklet et menneske-til-menneske forhold.

Robinson et al. (2012) skriver at gutter har store vanskeligheter med å innrømme at de har en spiseforstyrrelse, siden den ofte blir sett på som en jentelidelse. Økt kompetanse og bevissthet hos fagfolk og samfunn er noe informantene fra forskningen understreker som viktig. Dette kan være med på å redusere gutters frykt for negativ respons dersom de åpner seg for andre. Dette kan gjøre det enklere for gutter å søke hjelp, ved at de forstår at de kan lide av spiseforstyrrelse på lik linje som jenter (Robinson et al., 2012).

4.3 Empati

Empati er en erfaring, der vi som sykepleiere setter oss inn i Ivars nåværende situasjon. Som sykepleier skal vi forstå individets indre opplevelse og ytre atferd. Dette er med på å skape nærhet og kontakt i møte med Ivar. Selv om vi som sykepleier setter oss inn i Ivars situasjon

er det viktig at vi vurderer situasjonen fra et profesjonelt perspektiv (Travelbee, 2001). Å spise mat, er noe vi mennesker gjør daglig og tanken på og ikke skulle spise er, av erfaring, med på å få oss i dårlig humør. Å ha en lidelse som anoreksi, kan vi tenke oss at ikke er en god følelse, hverken for kropp eller sjel. Spiseforstyrrelsen anoreksi er å ha vanskeligheter med å forholde seg til egne følelser, tanker og mat. Skårderud (2000) sier at følelsen av å miste kontroll over ulike livssituasjoner gjør at anorektikere får en forsterket følelse av å kunne få kontrollen over seg selv. Anorektikere ser på mat og kropp som en løsning på problemene, ved at de flykter fra ubehagelige og forvirrede følelser (Skårderud, 2000).

Ut i fra caset er Ivar fast bestemt på at han ikke er syk. Buhl (1990) nevner ytre styring, kontrollsvikt og manglende kontakt med indre impulser og følelser som tre dimensjoner. Disse kan forklare mye av tankegangen hos mennesker med spiseforstyrrelser og det er vesentlig at sykepleiere jobber med disse dimensjonene sammen med pasienten (Buhl, 1990). Ytre styring kan forårsake at Ivar tolker hva andre sier negativt og at han er veldig opptatt av andres meninger i forhold til hvordan han er og ser ut. Kontrollsvikt vil gjøre at Ivar ikke forstår sine indre behov og signaler ved at han døyver eller benekter problemet. Ved ytre styring og kontrollsvikt kan Ivar utvikle manglende kontakt med indre impulser og følelser. Det vil si at hans evner til tåle uklare impulser og spenninger er svekket samt oppmerksomheten på indre impulser er forstyrret. Den anorektiske pasienten kan forvirre og såre andre, og blir ofte beskrevet som den «manipulerende» fordi han beskytter seg selv (Buhl, 1990). Dette gjør det vanskelig å sette ord på behov og følelser. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere møter Ivar med varsomhet, forståelse og respekt, slik at han får inntrykk av at vi tror på ham. Dersom vi som sykepleiere ikke møter Ivar med varsomhet, respekt og god kommunikasjon, vil dette skape et negativt inntrykk på ham, slik at han ikke klarer å åpne seg overfor oss og snakke om sin situasjon og problemer.

Som sykepleiere er vi nødt til å ha ferdigheter i kommunikasjon, både verbalt- og non-verbalt. Eide og Eide (2014) skriver at kommunikasjon er et viktig verktøy. Som sykepleiere er vi nødt til å kunne non-verbal kommunikasjon som innebærer kroppsspråk, blikk, stemningsleie, stemmebruk, berøring, ansiktstrekk, stillhet, “ikke-ord” og lyder. “Ikke-ord” er måten vi viser pasienten at vi er lyttende og følger med på samtalen, ved å si “mm”, “hm”, “ja” og lignende. Den verbale kommunikasjonen, er i hovedsak snakking i vårt tilfelle (Eide & Eide, 2014). Anorektikere tar ofte inn alt som blir sagt på en negativ måte. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere ordlegger oss tydelig, er interesserte i pasientens historie og er varsomme i fremgangsmåten av samtalen, slik at pasienten ikke oppfatter samtalen og emne

som noe negativt (Skårderud, 2000; Hummelvoll, 2012). Ved at vi som sykepleier viser oss som både medmennesker og fagpersoner, er dette med på å skape trygghet i møte med Ivar (Travelbee, 2001).

Ved å ha tydelige rammer i møte med ungdommer, sørger en for trygghet. Det er viktig å informere om taushetsplikten sykepleieren har, slik at Ivar ikke trenger være engstelig for at informasjonen går videre. Dette er med på å skape trygghet og at Ivar føler at han blir hørt. En samtale med en pasient i tenårene krever genuin interesse, varme, humor, tålmodighet og å være en god lytter. Det er viktig å stille enkle spørsmål, som Ivar kan svare på. Sykepleier må vise interesse om tema, ved å nikke og gjenta nøkkelord som pasienten sier (Grufman & Krabbe, 2014).

Andersson (1984) beskriver blant annet glede, varme, lykke, fotfeste og tillit som en opplevelse av trygghet. Dette kan oppleves forskjellig fra individ til individ (Thorsen, 2012). Det er derfor viktig at sykepleier får et innblikk og kan forstå hvordan Ivar opplever trygghet, for å skape dette i behandlingen.

4.4 Sympati

Sykepleier forstår pasientens lidelse og ønsker å lindre årsak i sympatifasen (Travelbee, 2001). For å gjøre Ivar bevisst sin lidelse, må vi trå varsomt frem, og la Ivar stå for store deler av snakkingen. Vi som sykepleiere stiller enkle spørsmål, lytter og kommer med oppmuntrende ord og nøkkelord gjennom samtalen, samt observerer Ivar. Her kommer motiverende samtale til nytte. Motiverende samtale er en måte å finne ut om Ivar er innstilt på forandring. Hvis han selv ikke er innstilt på dette, kan adferdsendringen være vanskelig å gjennomføre (Mabeck, 1999). Sykepleier finner ut hvilke syn Ivar har på seg selv og sin situasjon. Vi som sykepleiere har ansvar for å styre samtalen med spørsmål, ha fokus på å utforske forandringer og å forsterke det Ivar sier i en positiv retning (Ivarsson, 2009). Ved at sykepleier stiller vanskelige spørsmål, ikke har sympati og virker uinteresserte, kan dette gi Ivar inntrykk av at han er til bry og at sykepleier ikke ønsker å være i samme rom som han og ha denne samtalen. Dette kan føre til usikkerhet og negativ opplevelse hos Ivar som kan hindre videre behandling.

Grunnlaget for en motiverende samtale, er å finne ut hvor pasienten er i sykdomssituasjonen, og å vite hva som må gjøres for å komme et steg videre. Motivasjon er et grunnlag for forandring, og dersom pasienten ikke er innstilt på forandring, kan det være vanskelig å endre atferden hans. Det er viktig at pasienten selv bestemmer seg for å gjøre noe med sine problemer (Mabeck, 1999). En motiverende samtale er et møte mellom sykepleier og pasient, hvor hovedoppgaven for sykepleieren er å få frem pasientens syn på sin livsstil og situasjon. Motiverende samtale er med på å stimulere til positiv forandring ved å lokke frem og styrke pasientens egen motivasjon. Det viktige innenfor motiverende samtale, er at tempo og pasientens vilkår og ønsker er ivaretatt (Ivarsson, 2009).

I arbeidsfasen ser sykepleier og pasient på de utløsende problemfaktorene som ligger til grunne og jobber med å øke selvinnsikten til pasienten. Ved å tilføre informasjon relatert til spiseforstyrrelser, kroppsfunksjon og andre aktuelle temaer, er dette med på å styrke pasientens eget vurderingsgrunnlag. Det er viktig at sykepleier viser forståelse gjennom hele arbeidsfasen, slik at pasienten kan føler seg trygg og ivaretatt. Gjenkjennelse av følelser kan pasienter med spiseforstyrrelse slite med, slik at det er viktig at sykepleier har kunnskaper om hvordan pasienten kan utvide følelsene. Et gjennomgående tema er å gjenopprette tilliten til kroppen (Hummelvoll, 2012).

I videre behandling med Ivar er det viktig at vi som sykepleiere informerer om ulike skader som kan forekomme ved langvarig underernæring. Det er både fysiske og psykiske plager som kan oppstå. Skårderud (2000) og Hummelvoll (2012) beskriver blant annet at pasienter med anoreksi kan utvikle skader som osteoporose (benskjørhet), lavt testosteronnivå, bradykardi, lavt systolisk blodtrykk, anemi, vitaminmangel, lavt stoffskifte, dehydrering, magetarmproblematikk, elektrolyttforstyrrelser og økt ufertbarhet (Skårderud, 2000; Hummelvoll, 2012). Forskningsartikkelen «Severe Anorexia Nervosa in Males: Clinical Presentations and Medical Treatment» viser de samme skadene hos pasientene i studien (Sabel et al., 2014). Dette er noe vi mener at fagfolk bør være mer bevisst på, for å oppdage og forebygge spiseforstyrrelsen anoreksi hos gutter.

Skårderud (2000) viser til psykiske lidelser som senket stemningsleie, angst, depresjon, tvangshandlinger og nedsatt konsentrasjon og hukommelse som symptomer på anoreksi. Dette er også noe forskningen til Robinson et al. (2012) nevner. Forskningen viser videre at dysmorfofobi (body dysmorphic disorders), posttraumatisk stresslidelser og

alkoholavhengighet også er psykiske lidelser som kan knyttes til anoreksi (Robinson et al., 2012).

Ved at Ivar får informasjon om symptomer og komplikasjoner som medfører anoreksi, kan det også hjelpe han til å forstå at han sliter med lidelsen (Skårderud, 2000). Her er det viktig at sykepleier bruker seg selv terapeutisk. Dette gjøres ved å for eksempel bruke egen personlighet for å få frem endringer hos Ivar. Det er viktig at sykepleier tolker både sin egen og Ivars atferd, for å kunne få forståelse av Ivars opplevelse av lidelsen. Sykepleier må vise Ivar at hun er til å stole på ved at hun iverksetter sykepleiehandlinger og har en trang for å hjelpe han. Når Ivar opplever denne fulle tilliten vil forholdet mellom han og sykepleier utvikles til gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

4.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen Travelbee (2001) definerer i sin teori for å etablere menneske-til-menneske forholdet. Denne fasen gjenspeiler erfaringer sykepleier og den syke gjennomgår samtidig, og omfatter måten de er overfor hverandre. For å komme fram til den avsluttende fasen må sykepleierens handlinger være til lindring av den sykes plager. Dette vil si at vi som sykepleiere skal dempe og minske Ivars plager slik at de blir lettere å holde ut, men vi kan ikke fjerne eller helbrede årsaken til plagene. For at trygghet skal oppstå, må individet og sykepleier skape tillit til hverandre. For å danne en god relasjon må vi som sykepleiere vise omsorg og gi tilstrekkelig med informasjon slik at Ivar slipper å stille spørsmål ved våre sykepleiehandlinger. Dette øker individets tillit til sykepleier for videre behandling (Travelbee, 2001). Skårderud (2000) hevder at den beste behandlingsformen for spiseforstyrrelser er samtaler. Det er viktig at behandlingsforholdene er under trygge rammer, at vi som sykepleiere ser Ivar bak lidelsen og jobber med han for å endre hans fokus fra kropp og mat til følelser og forhold (Skårderud, 2000).

Ved at sykepleier drar inn informasjon om anoreksi, kroppsfunksjon og andre temaer i samtalen, kan dette være med å styrke Ivars vurderingsgrunnlag. Det er viktig at Ivar oppretter ny tillit til egen kropp. Det er viktig at vi som sykepleiere viser forståelse gjennom denne fasen, slik at Ivar kan føle seg ivaretatt og etterhvert trygg på oss. Det kan være vanskelig å sette mål for behandling fremover. Det er viktig at vi som sykepleiere sammen med pasienten, lager realistiske og konkrete mål. Ivar vil nøle ved mat og vektøkning. Det

kan virke skremmende å gå opp i vekt og dette kan medføre kontrolltap hos Ivar (Hummelvoll, 2012). Forskningen til Sabel et al. (2014) hevder at pasientene skal ha en trygg vektøkning på 1-2 kg per uke. Det kan være vanskelig for pasienter med anoreksi å gå opp i vekt, derfor er det viktig at vi som sykepleiere viser varsomhet ved mat og vektøkning.

Haug (2007) beskriver i sin forskning at langvarig sykepleier-pasient-forhold er en utfordring i forhold til vennefølelsen mellom partene. Hun hevder videre at trygghet er det viktigste for å kunne skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient.

Personengasjement, aktive handlinger, holdninger og tilgjengelighet kreves av sykepleier for å skape trygghet rundt Ivar. Det blir også beskrevet at likeverdigheten mellom pasient og sykepleier var viktig for informantene, ved at de ikke følte seg mindreverdige (Haug, 2007). Travelbee (2001) hevder at et menneske-til-menneske forhold ikke er et venneforhold. Hun beskriver at sykepleier skal yte omsorg og ha fokus på sykepleiebehov overfor den som er syk. Et venneforhold er noe man selv kan velge, man bryr seg om hverandre og utvikler mellommenneskelig nærhet. Dette er forskjellen mellom menneske-til-menneske forhold og venneforhold. Det vil si at vi som sykepleiere ikke bør skape et venneforhold til Ivar.

Dersom sykepleier ikke opplever den syke som unikt individ, vil det trolig ikke være mulig å danne et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 2001). Og hvis vi som sykepleiere danner et vennsksforhold med Ivar, er vi ikke profesjonelle sykepleiere. Vi tolker ut i fra dette at vi som sykepleiere må være profesjonelle overfor Ivar, uten å danne et vennsksforhold, fordi følelser, forpliktelser og krav hindrer den profesjonelle væremåten.

Menneske-til-menneske-forholdet har nå oppstått mellom oss som sykepleiere og Ivar. Det kan være vanskelig å avslutte møtene med Ivar fordi han har fått tillit og trygghet til oss som sykepleiere. Han kan føle seg avvist og trist når forholdet avsluttes og disse reaksjonene bør det snakkes om (Hummelvoll, 2012). Det er viktig at vi som sykepleiere tenker på hvordan møtene på poliklinikken trappes ned, slik at Ivar opplever hele prosessen på en positiv måte. Ved nedtrapping av møtene med Ivar, er det viktig at sykepleier tenker på det tverrfaglige samarbeidet. Det kan være gunstig å kontakte kommunehelsetjenesten samt informerer Ivar om selvhjelpsgrupper, da dette er med på å bedre opplevelsen til Ivar om at han ikke er alene i sin situasjon (Hummelvoll, 2012). Dette kan være med på å skape trygge rammer videre i behandlingen til Ivar, og at han kan føle at han blir tatt godt vare på hele veien.

5. Konklusjon

I denne bacheloroppgaven ønsket vi å ta for oss spiseforstyrrelser som tema. Etter å ha lest en del litteratur, falt interessen på anoreksi fordi dette er den minst utbredte spiseforstyrrelsen i Norge (FHI, 2016). Det er tydelig at jenter og kvinner har størst andel av denne lidelsen, hele 90%, derfor ville vi utforske dette blant gutter.

Ved å bruke Travelbee sin teori har vi kommet frem til at det å planlegge første møte, se pasienten som et unikt individ, og å vise empati og sympati gir trygghet til pasienten. Dette gjøres ved å danne et menneske-til-menneske-forhold. Å strukturere en samtale, vise omsorg og respekt, gi tilstrekkelig med informasjon, samt å være tillitsfulle og trofaste sykepleiere, er med på å utvikle dette sykepleier-pasient-felleskapet. Dette ser vi på som viktig i møte med gutter som har anoreksi, siden de ofte kan føle skam og mindreverdighet rundt lidelsen da den blir sett på som en jentelidelse.

Det er viktig at vi som sykepleiere forstår at pasienter med anoreksi flykter fra forvirrede og ubehagelige følelser. Lidelsen har blitt deres måte å takle ulike hendelser i livet og det er forskjellige faktorer som har utløst dette. Det er derfor nødvendig at sykepleier har kunnskaper om anoreksi og kommunikasjon for å klare å møte pasientens behov og iverksette sykepleietiltak. Kommunikasjon er et viktig verktøy i møte med pasienter, fordi det er med på å danne en relasjon mellom pasient og sykepleier, som baseres på tillit og trygghet.

Som sykepleier er det viktig å vise omsorg og forståelse til pasientens problem. Ved å få til dette, skaper vi som sykepleiere trygghet og danner en god relasjon til pasienten. Dette er viktig for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt.

Litteraturliste

- Aagaard, H. & Bjerkeim, T. (2012). Væske og ernæring. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 2* (s.161 -207). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Buhl, C. (1990). *Følelser og kropp: Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget AS.
- *Carlat, D., Camargo, C.A. & Herzog, D.B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8) 1127 – 1132.
<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.8.1127>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving. (5.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Eriksen, T.H. (2006). Innledning: Tryggheten og dens motstandere. I Eriksen, T.H. *Trygghet (s.11-31)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Folkehelseinstituttet. (2016). *Fakta om spiseforstyrrelser –anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/artikler/?id=46874>
- *Garde, K. & Gerlach, J. (2006). *Psykiske sykdomme - forskjellen mellom mænd og kvinder*. København: Psykiatri Fondens Forlag.
- *Grufman, M. & Krabbe, M. (2014). Kommunikation med tonåringar som søker vård. I Söderbäck, M. *Kommunikation med barn och unga i vården* (s. 101-117). Stockholm:Liber.
- *Haug, K. (2007). Jeg er venn fra 8-16. Vennskap i sykepleie-pasient relasjoner som varer over lang tid?, *Nordic Journal of Nursing Research* 27(3), 57-59
<http://dx.doi.org/10.1177/010740830702700313>

-
- *Underdal, H. (2013). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*. Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no>
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Ivarsson, B.H. (2009). *Motiverande samtal – praktisk handbok för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Gothia förlag.
- Kristoffersen, N.J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1-Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Mabeck, C.E. (1999). *Samtalen med patienten – kommunikation og forståelse*. København: Lægeforeningens forlag.
- *Robinson, K.J, Mountford, V.A & Sperlinger, D.J. (2012). Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 176-186. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105312440298>
- *Sabel, A.L., Rosen, E. & Mehler, P.S. (2014). Severe anorexia nervosa in males: clinical presentations and medical treatment. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 22(3), 209-220. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2014.890459>
- Scholar-google. (s.a). *Stand on the shoulders of giants*. [Database]. Lokalisert på <https://scholar.google.no/intl/no/scholar/about.html>
- Smeby K.L. & Helgesen, A.K. (2012). Kontakt med andre. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie – Bind 3* (s. 42-70). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Skårderud, F. (2000). *Sterk/svak – håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co

Skårderud, F. Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). Å ta kroppen på ordet
Spiseforstyrrelser og selvskading. I Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E.
Psykatrieboken: Sinn-kropp-samfunn (s.370-385). Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo

*SveMed+. (s.a.). *Om SveMed+*. [Database]. Lokalisert på <http://svemedplus.kib.ki.se/>

*Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille
motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, R. (2012) Trygghet. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.).
(2012). *Grunnleggende sykepleie - Bind 3* (s. 105-132). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Warbrick, C. (2003). *Dette bør du vite om Spiseforstyrrelser*. Esstess-Forlaget: Risør

Vedlegg 1

Pico-skjema:

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/aktion HVA?	Comparison ALTERNATIVE R?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	↑ OR
Gutter/ boys/ males Anorexia nervosa Psykiatrisk avdeling/ Psychiatric institution Spiseforstyrrelser/ Eating disorders	Selvfølelse/self esteem Selvbilde/self-image Kroppsbilde/bodyimage Matvaner/foodhabits Sykepleie/nursing		Forebygge senskader/prevent late damage(injury) Sykdomsinnsikt/disease insight Næringsrik kost/nutritious diet Bedre selvbilde/better self-esteem	↓
←		AND	→	

Vedlegg 2

Samleskjema for søkeord:

DATO OG DATABASE	SØKEORD	TREFF	AVGRENSNING - NYTT TREFF	LESTE ABSTRAKTER	ANTALL BRUKTE ARTIKLER
050416 CINAHL	Eating disorders AND anorexia nervosa AND males	802	Full text, 1997-2015, academic journals, CINAHL with full text - 278 treff	4	1 – Severe anorexia nervosa in males
050416 CINAHL	Males AND eating disorders AND adolecents	1054	Full text, 2001-2016, academic journals, CINAHL with full text - 320 treff	9	0–Ingen relevante for oppgaven vår.
060416 CINAHL	Males AND eating disorders	4864	Full text, 2012-2016, academic journals, CINAHL with full text, USA, all age (all adult) – 95 treff	6	0 – Ingen relevante for oppgaven vår.
060416 CINAHL	Being men with eating disorders	62	2012-2016, academic journals, CINAHL with full text – 12 treff	5	1 – Being men with eating disorders
150416 CINAHL	Eating disorders NOT female AND anorexia nervosa	1042	Full text, 2012-2015, academic journals, CINAHL with full text, anorexia nervosa, English – 75 treff	12	0 - Ingen relevante for oppgaven vår
150416 Cochrane Library	Being men with eating disorders	284	Search all text, trials – 62 treff	Lest over 25 titler	0 - Ingen relevante for oppgaven

150416 CINAHL	Nurse AND patient AND relations	28 927	Full text, 2006-2016, academic journals, Norwegian, nurse-patient relations – 7 treff	3	1 – Jeg er venn fra 8-16. Vennskap I sykepleie-pasient relasjoner som varer over lang tid?
150416 CINAHL	patient AND communication AND anorexia nervosa	27	Full text, academic journals, communication – 2 treff	2	0 – Ingen aktuelle for oppgaven
150416 CINAHL	Patient AND communication AND adolescents	535	Full text, 2005-2015, academic journals, male, English, communication – 14 treff	2	0 – ingen aktuelle for oppgaven
150416 CINAHL	Communication with patients AND anorexia nervosa	27	Full text, academic journals, CINAHL with full text – 19 treff	8	0 – Ingen aktuelle for oppgaven
150416 Sykepleien forskning	Tyrgghet og spiseforstyrrelse	5	Forskningsartikkel - 3 treff	1	0 – Ingen aktuelle for oppgaven
150416 Google Scholar	Eating disorders in males	17800	1997-2016, Engelsk -17000	5	1 – Eating disorders in males: A report on 135 patients