



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse og idrett

4 BACH

Julie Nygaard og Thea Hedstrøm

Veileder: Jan Stensland Holte

Bacheloroppgave i sykepleie

Når helse og prestasjon kolliderer

When health and achievements collide

BASY 2012

Antall ord: 12 574

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

I dagens samfunn er forekomsten av spiseproblemer økende blant unge jenter. Medvirkende årsaker til spiseproblemer er lav selvfølelse og misnøye med egen kropp. Ungdom blir lett påvirket av det som legges ut på blogger og sosiale medier. Der fremstilles ofte personene som et mål for skjønnhet, og dette er uoppnåelige standarder. Disse bildene i sammenheng med et økt fokus på kropp, vekt, mat og utseende er med på å utvikle et uheldig spisemønster blant unge jenter. I vår oppgave har vi utført en litteraturstudie for å se på påvirkende faktorer til et spiseproblem og hvordan man kan arbeide for å forebygge spiseforstyrrelser blant denne ungdomsgruppen. For å konkretisere oppgaven har vi valgt å benytte en fortelling basert på egne erfaringer fra idrettsmiljøet.

Vår problemstilling i oppgaven er: *«Hvordan kan helsesøster arbeide helsefremmende for å dempe utviklingen av en mulig spiseforstyrrelse blant unge jenter?»* For å kunne besvare problemstillingen gjennom oppgaven har vi valgt å bruke relevant litteratur, samt søkt etter forskningsartikler som belyser temaet på ulike måter. For å kunne jobbe helsefremmende er det viktig at helsesøster involveres i et tidlig stadium. Å styrke selvfølelsen, selvbildet og bli komfortabel med egen kropp kan dempe utviklingen av et spiseproblem. Funnene i oppgaven viser at en god relasjon basert på tillit er viktig for et vellykket og godt samarbeid mellom helsesøster og ungdom.

Innhold

SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 AVGRENSNING OG DISPOSISJON	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
1.3 IDAS FORTELLING.....	7
2. METODE	9
2.1 LITTERATURSØK	9
2.2 VALG AV LITTERATUR.....	9
2.3 KILDEKRITIKK.....	10
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	11
3. TEORI.....	15
3.1 SYKEPLEIERENS ROLLE	15
3.2 SYKEPLEIEPERSPEKTIV	16
3.3 HVEM UTVIKLER EN SPISEFORSTYRRELSE?	18
3.4 HVA ER EN SPISEFORSTYRRELSE?	18
3.4.1 <i>Symptomer og tegn på spiseforstyrrelser</i>	19
3.4.2 <i>Anorexia nervosa</i>	21
3.4.3 <i>Bulimia nervosa</i>	21
3.5 BEHANDLING	22
3.5.1 <i>Kommunikasjon med ungdom</i>	23
3.5.2 <i>Familiesamarbeid</i>	24
3.6 HELSEFREMMEDE ARBEID.....	25
3.6.1 <i>Salutogenese</i>	26

3.7	AUTONOMI, YRKESETISKE RETNINGSLINJER OG LOVVERK.....	27
3.7.1	<i>Autonomi</i>	27
3.7.2	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	27
3.7.3	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i>	28
4.	DRØFTING	29
4.1	RELASJON	29
4.2	HELSEFREMMEDE ARBEID	31
4.3	SELVFØLELSE	34
4.4	KROPPSMISNØYE	35
5.	KONKLUSJON	38
	LITTERATURLISTE	39
	VEDLEGG 1	44

1. Innledning

Blant unge jenter er spiseforstyrrelser den største psykiske lidelsen (Skårderud, 2013). En undersøkelse viser at spiseforstyrrelser et økende problem spesielt blant unge jenter (Eriksen, 2014). Dette kan skyldes dagens samfunn hvor det er stort fokus på kropp, vekt og utseendet. I denne bacheloroppgaven tar vi for oss helsesøsters utfordringer i møte med unge jenter i alderen 16-18 år, som står i fare for å utvikle en spiseforstyrrelse. Blant kvinner i alderen 15-44 år er det 10 % som har lettere spiseproblemer. Dette forklarer at det er flere som har et spiseproblem enn de som er diagnostisert med for eksempel spiseforstyrrelsene anorexia nervosa og bulimia nervosa (Folkehelseinstituttet, 2013).

I oppgaven vil vi kort presentere diagnosene anoreksi og bulimi, fordi det er de mest vanlige spiseforstyrrelsene blant kvinner. Tall viser at kvinner rammes 10 ganger hyppigere enn menn (Folkehelseinstituttet, 2014). Vårt fokus i oppgaven vil være stadiet før man utvikler diagnosen spiseforstyrrelse, derfor vil vi legge vekt på det helsefremmede og forebyggende arbeidet. Vi har laget en fortelling basert på ungdom i møte med samfunnets forventninger, som vi vil bruke gjennom oppgavebesvarelsen.

Grunnen til at vi har valgt tema psykisk helse og spiseproblemer blant unge jenter, er fordi vi ser at det er et økende problem i dagens samfunn. Som ferdigutdannede sykepleiere kan vi med stor sannsynlighet møte denne pasientgruppen på ulike arenaer i arbeidslivet. Vi synes det er et spennende tema og ønsker derfor vi å tilegne oss mer kunnskaper om spiseforstyrrelser. Fra tidligere har vi erfaringer der vi har sett at store krav på skole og fritidsaktiviteter kan legge stort press på ungdommer, og som igjen kan utvikle seg til en spiseforstyrrelse.

1.1 Avgrensning og disposisjon

Gruppen pasienter vi ønsker å fokusere på i oppgaven er unge jenter i alderen 16-18 år som står i fare for å utvikle en spiseforstyrrelse. Vi har valgt å lage en fortelling, hvor vi har tatt utgangspunkt i idrettsmiljøer og bloggsamfunn for å konkretisere oppgaven. I teoridelen har vi valgt å presentere stadiet før en spiseforstyrrelse, og spiseforstyrrelsene anorexia nervosa (heretter anoreksi) og bulimia nervosa (heretter bulimi). Symptomer og kjennetegn på de

ulike spiseforstyrrelsene og den tidlige fasen presenteres også i teoridelen. Vi har valgt å legge vekt på den psykiske plagen, og ikke diagnosen spiseforstyrrelse.

I oppgaven har vi valgt å fokusere på betydningen av en god relasjon mellom helsesøster og pasient. Vi vil ha fokus på samarbeidet mellom helsesøster og Ida, og ikke involvere familien. Vi anser likevel familiesamarbeid som et godt behandlingsalternativ, og nevner det kort i teoridelen. I drøftingsdelen drøfter vi foreldrenes påvirkning, både positivt og negativt.

Vi legger mindre vekt på selve spiseforstyrrelsen som en diagnose, men har gjennom oppgaven et større fokus på helsefremmende arbeid. Oppgaven retter fokus mot samfunnets påvirkning i form av reklame og medieskapt idealer, og helsesøsters helsefremmende arbeid. Vi velger å ha fokus på ulike faktorer som er med på å påvirke unge jenter og som kan bidra til å forsterke en spiseforstyrrelse. Blant annet ser vi at lav selvfølelse og kroppsfiksering blant unge jenter er økende, og forskning underbygger dette.

I den litterære oppgaven følger vi Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer, hvor oppgaven inneholder en innledning, problemstilling, fortelling, metode med presentasjon av litteratursøk og kritisk vurdering av litteraturvalg. I teorien presenteres temaene rundt et spiseproblem, som senere vil bli drøftet. For å oppsummere våre funn og svare på problemstillingen avslutter vi med en konklusjon.

1.2 Presentasjon av problemstilling

I vår oppgave vil vi fokusere på møtet med jenter på helsestasjonen, hvor helsesøster skal ivareta og yte god hjelp til unge jenter som sliter med lav selvfølelse, kropp og kosthold. Her vil vi se på hvordan helsesøster kan hjelpe ungdom til å ivareta egen helse i forhold til å bygge opp selvfølelsen og få godt forhold til egen kropp. Vi har derfor valgt denne problemstillingen;

Hvordan kan helsesøster arbeide helsefremmende for å dempe utviklingen av en mulig spiseforstyrrelse blant unge jenter?

For å kunne besvare problemstillingen og holde en rød tråd gjennom oppgaven, har vi valgt oss ut tre spørsmål og utfordringer vi kan møte på.

- Hvordan skape en god relasjon basert på tillitt?

-
- Hvilke utfordringer står helsesøster ovenfor i samarbeid med unge jenter som sliter med lav selvfølelse og kroppsmisnøye?
 - Hvordan kan helsesøster styrke den lave selvfølelsen hos jenter som har et spiseproblem?

1.3 Idas fortelling

Ida er 16 år gammel og bor sammen med mor, far og en yngre søster. Hun går første året på videregående skole, med idrett som valgfag. Ida er aktiv håndballspiller, pliktoppfyllende og flink på skolen. Hun er en del av en stor vennegjeng og deltar på mye sosialt. Ida har en blogg hvor hun legger ut bilder av seg selv, og skriver om ting som interesserer henne, blant annet trening og mat. Gjennom dette bloggsamfunnet leser hun mange blogger og blir påvirket av hva andre legger ut og kommenterer. Ida har alltid vært tynn, men har grov beinbygning. Venninnene har den siste tiden lagt merke til at Ida har blitt tynnere, og fått et økt fokus på kropp, vekt og kosthold. Den økte treningsmengden og de små måltidene har fått venninnene til å reagere. På skolen har Ida spist minimalt, og de har også observert at Ida spiser lite på sosiale sammenkomster.

Venninnene er nå så bekymret for Ida, at de velger å ta det opp med idrettslærer. Læreren har også lagt merke til forandringene hos Ida, og er bekymret for utviklingen. Derfor velger han å kontakte helsesøster på skolen for råd og veiledning. Helsesøsteren kaller inn Ida for en samtale. I samtalen kommer det frem at Ida synes det er et stort fokus på kropp, vekt og utseendet, og hun føler at hun ikke tilfredsstiller kravene. Ida har sammenlignet seg med andre jevnaldrende jenter, og føler hun ser annerledes ut. På håndballbanen trives Ida, fordi hun greier å prestere og føler seg «god nok».

Helsesøster forklarer Ida at det er lurt å involvere foreldrene med tanke på at hun bor hjemme, og at de kan være gode støttespillere på veien. Ida synes ikke at hun har et problem, men går med på at helsesøster tar en samtale med foreldrene. Foreldrene er glad for at Idas nettverk har brydd seg og tatt tak i situasjonen. Foreldrene innrømmer at de har sett en forandring både kroppslig og psykisk hos Ida den siste tiden, uten at de har klart å gjøre noe med det.

Ida, foreldrene og helsesøster blir enige om å kontakte lege for råd. De blir sammen enige om at oppfølging av helsesøster vil være gunstig i Idas situasjon, med tanke på hennes

anstrengte forhold til kropp, mat og utseendet. Ida går med på å ha samtaler med helsesøster uten å involvere foreldrene i samtalene.

2. Metode

«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, 2014, s. 111).

2.1 Litteratursøk

For å finne forskning til vår oppgave har vi brukt skolebibliotekets databaser. Vi har blant annet søkt i SveMed+ for å finne nordiske artikler, men våre søkeord ga oss ingen relevante artikler. For å finne gode søkeord og synonymer på engelsk brukte vi søkemotoren Ordnett. Når vi søkte på engelske artikler søkte vi i Cinahl via EBSCOhost og Academic Search Premier via ENSCOhost. Vi fant relevante engelskspråklige artikler både på Cinahl og Academic Search Premier som vi har valgt å bruke i vår oppgave.

Kravene vi satte til forskningen var at den skulle være oppdatert, og at den skulle være både kvalitativ og kvantitativ. Dette markerte vi i søkemotorene for å begrense søkte, og fikk dermed ønsket resultat. Søkehistorikken på valgt forskning ligger som eget vedlegg (vedlegg 1) i oppgaven.

For å finne selvvalgt og relevant litteratur søkte vi i skolens søkemotor Oria. På denne måten fant vi gode bøker for å besvare oppgaven.

2.2 Valg av litteratur

Vi valgte litteratur ut fra pensum som var relevant for vår oppgave, og selvvalgt litteratur som kunne være med å besvare oppgaven ut fra et helsesøsterperspektiv. Blant annet har vi benyttet oss av Finn Skårderud, som er psykiater, forfatter og ekspert på spiseforstyrrelser. Hans bøker er pensum for helsesøsterutdanning, og vi hadde god nytte av hans litteratur (Skarderud, s.a.). Stort sett har vi benyttet primærkilden skrevet av forfatteren selv for å unngå andre feiltolkninger av teksten (Dalland, 2014). I enkelte tilfeller har vi også brukt sekundærkilder der vi ikke har hatt primærkilden tilgjengelig. I tillegg til fagstoff har vi valgt å benytte oss av nettsider underveis i oppgaven, som har vært relevant og nyttig under

besvarelse av problemstillingen. Blant annet Helsedirektoratet, Sykepleieforbundet, Folkehelseinstituttet og Lovdata har vært gode nettsider for å besvare oppgaven.

For å finne god litteratur om selvfølelse og hvordan man kan styrke helsen, har vi valgt å benytte pensum som er godkjent av Høgskolen i Hedmark. I tillegg har vi funnet to bøker som går spesifikt på tema selvfølelse og hvordan man kan bekjempe lav selvfølelse. Disse bøkene anser vi som gode bøker da forfatterne er mye brukt i denne sammenhengen.

2.3 Kildekritikk

«Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om kilden er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes» (Dalland, 2014, s.67). Gjennom kildesøking og litteratursøking finner vi relevant litteratur som på best mulig måte kan belyse problemstillingen vår. På den andre siden av kildekritikk handler det om å gjøre rede for litteraturen vi har brukt i oppgaven. Derfor er det viktig å være kritisk i forhold til den litteraturen som brukes (Dalland, 2014).

I vår oppgave har vi valgt å bruke både kvalitativ og kvantitativ forskning. Den kvalitative forskningen går i dybden på et smalt felt, og samler materialet ved hjelp av intervjuer, for å forstå verden fra intervjupersonens side. Den kvantitative forskningen går i bredden og bruker ofte spørreskjemaer med begrensede svaralternativer, som besvares av en større gruppe mennesker, som gir oss muligheten til å utføre en utregning (Dalland, 2014).

Når det gjelder valg av forskningsartikler har vi valgt å være kritiske. Kriteriene vi stilte til forskningen var at den ikke skulle være eldre enn seks år gammel, og at den skulle være relevant til vår oppgave. For å finne relevante artikler til vår oppgave har vi lest igjennom flere sammendrag på ulike artikler. Valget falt på fire engelskspråklige forskningsartikler fordi de belyste ulike sider av vårt tema. For å kvalitetssikre forskningen valgte vi å benytte oss av Google Scholar for å finne ut hvor mange ganger artikkelen var sitert. Av forskningsartiklene vi har valgt å bruke er tre av de sitert opp mot 30 ganger, mens den nyeste forskningen fra 2014 av Jones, Buckner og Miller ikke var sitert. Vi anser allikevel denne artikkelen som troverdig og relevant, fordi den var ny og kvalitetssikret gjennom IMRaD-strukturen. Det vil si at denne og de andre artiklene inneholder introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2014).

For å oppfylle kravet om selvvalgt litteratur på 400 sider har vi valgt å bruke forfattere som har skrevet gode bøker som omhandler vårt tema. Forfatterne vi har brukt har selv utdannelse innen helsesektoren. Dette ser vi på som troverdig. Deres teorier har vært til stor hjelp for å besvare oppgaven. Selvvalgt litteratur er markert med stjerne i litteraturlisten, og antall sider fra hver kilde er skrevet opp. Vi har forsøkt å ha den nyeste utgaven av de ulike bøkene, men boken om «Nervøse spiseforstyrrelser» skrevet av Finn Skårderud, finnes kun i eksemplar fra 1994. Vi anser allikevel at denne boken er relevant for vår oppgave. Bøkene vi har valgt å bruke i oppgaven har gjennom flere kilder blitt anbefalt som god litteratur innen dette tema.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective.

Denne artikkelen er en kvalitativ studie som ble gjennomført i 2009 hvor det var 13 jenter med anoreksi som deltok og ble intervjuet. Studien ble gjort i en innleggelsesenheter på et senter hvor de er spesialister på behandling av spiseforstyrrelser. Denne enheten behandler unge under 18 år, og det ble kun intervjuet jenter i denne studien

Artikkelen går ut på hvordan sykepleiere kan hjelpe personer med anoreksi til å gjenvinne sin kroppsvekt. De fikk spesielt hjelp med å få et normalt spise- og trenemønster. Hensikten med studien var å utvikle en modell som forklarer effektiv sykepleie i forhold til at vekten skal komme seg, på bakgrunn av pasientenes opplevelser. Pasientene understreket viktigheten av en god terapeutisk relasjon. De mente at behandlerne må være empatiske, ha forståelse, være støttende, ikke-dømmende og gi omsorg..

Etter en vurdering får de et program for å gjenopprette kroppsvekt, spisevaner, kroppsbilde, familie og sosial fungering. I fase 1 jobber de med spisevaner og pasientene kan oppleve dette som veldig stressende. Sykepleier ordnet med måltidene og nektet dem å trene etterpå. De gjorde pasientene bevisste på hva anoreksi gjør med kroppen og helsen deres, mens pasientene selv ofte bare så det «positive» ved å ha en slank kropp. Noen pasienter lærte av hverandre, og så opp til hverandre når de klarte å spise mer og kroppen deres så bedre ut.

I fase 2 jobbet pasientene med å ta ansvaret for spising og trening, og å normalisere hverdagen. Alle fikk individuell plan som var godt tilpasset den enkelte. Pasientene fikk tilbakemeldinger fra andre pasienter, og gode råd fra sykepleierne om å fortsette denne jobben og dele erfaringer de andre pasientene. Fase 3 var den siste i behandlingsopplegget, og pasientene synes den var veldig viktig. Fase 1 og 2 ga pasientene struktur og redskaper til å eksperimentere i trygge omgivelser. Nå fikk pasientene mye ansvar selv. Det tar ofte tid å komme seg ut av spiseforstyrrelser, og derfor er det svært viktig at de som jobber med denne gruppen ungdommer er kvalifisert og har nok kunnskaper (van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel, 2009).

Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa

Dette er en kvantitativ studie som ble foretatt i tidsperioden i år 2005 til 2008. Hensikten med studien var å undersøke selvtilliten til 38 kvinnelige pasienter med anoreksi i alderen 16-25, før og etter tre måneder behandling på et sykehus i Sverige. Studiens vurdering la vekt på spørreskjemaer i forhold til selvbilde, vektfobi, misnøye med egen kropp, ineffektivitet og kroppsmasseindeks (BMI). Resultatene i forskningen viser at selvfølelsen, kroppsmasseindeks og misnøye med egen kropp endret seg betraktelig mellom før og etter behandling. Dette tyder på at behandlingen var effektiv i forhold til pasientens selvfølelse og kroppsmasseindeks. Pasientene mente at kjernen i behandlingen var forbedret selvtillit.

Det kommer frem at de ansatte brukte kognitiv tilnærming for å støtte pasientene til å endre tankemønstre og finne nye måter å håndtere ulike problematiske situasjoner på. Sykepleieren hadde en sentral og viktig rolle for å opprettholde pasientens energi til å fortsette den positive utviklingen. Sykepleieren var den fagpersonen som hadde mest pasientkontakt, viste omsorg og støtte i behandlingen.

I studien skriver de at lav selvfølelse ser ut til å være årsaken til tynnheten blant denne pasientgruppen. Det å være komfortabel med egen kropp er en viktig faktor for selvfølelsen og trivsel, og det er derfor et helseproblem. Den lave selvfølelsen kommer til uttrykk ved fiksering med spising, mat og kalorier, sammen med et negativt kroppsbilde (Karpowicz, Skärsäter & Nevenon, 2009).

Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents.

Dette er en kvantitativ forskning som foregikk over to år, hvor 1336 skolebarn på 17 ulike barneskoler deltok. I forskningen undersøkte de forholdet mellom foreldres atferd i forbindelse om det kunne påvirke barn og ungdom i å utvikle spiseforstyrrelser.

Familien har en viktig rolle i faren for at barn og ungdom får forstyrrede og uordnede spisevaner, og kan utvikle spiseforstyrrelser. Derfor kan også familieorientert behandling være viktig. Foreldres sosiale verdier som understreker fysisk attraktivitet, beundring av tynnhet og oppmuntrende atferd om slanking og trening i jakten på en ideell kroppsform kan bidra til spiseproblemer hos egne barn. Det er veldig viktig med sunne rollemodeller, og spesielt viktig hvis man som ungdom begynner å få dårlige tanker om kropp og mat. En av de ulike testene det stod om i forskningen var at de skulle måle hvor fornøyd eller misfornøyd de var med egen kropp, på en skala fra 1 til 5.

I studien ble det undersøkt sammenhengen mellom kognitive og atferdsmessige dimensjoner hos foreldre og andre forhold som kan føre til en risiko for spiseforstyrrelser hos ungdom. Det viser seg at mødre som beundrer tynnhet og en far som er perfeksjonist, har mest innflytelse på risikoen for spiseforstyrrelser hos ungdom (Canals, Sancho & Arija, 2009).

Chronological Progression of Body Dissatisfaction and Drive for Thinness In Females 12 to 17 Years of Age

Samfunnet er opptatt av kroppsform og tynnhet, og misnøye med egen kropp er utbredt og voksende. Mange er misfornøyd og dette kan utvikle seg til uheldig spisemønster og etter hvert spiseforstyrrelser. Samfunnet spiller en viktig rolle ved å sette uopnåelige standarder som at kvinner føler misnøye med egen kropp. Samfunnets idealer i form av modeller som er høye og slanke, er en umulig standard for skjønnhet.

Misnøye med kroppen etableres i barndommen og ungdomsårene. Dette har spesiell relevans for sykepleiere i primærhelsetjenesten, og spesielt i skolesammenheng. Erting og kommentarer fra jevnaldrende er ofte med på å påvirke. I forskningen undersøkte de spisemønstre til et utvalg unge jenter som var i faresonene for å utvikle en spiseforstyrrelse. Dette var en kvalitativ forskning hvor 44 jenter i alderen 12-17 år som gikk på danseskole som deltok på undersøkelsen. De besvarte et spørreskjema, som var med på å gi en oversikt over de som var i faresonen for å utvikle en spiseforstyrrelse. Undersøkelsen viste at BMI

hos jentene varierte. Det var flere som hadde misnøye med egen kropp, og mange ønsket sterkt å være tynne. Selv om deltakerne allerede var tynne, siden de var barn og ungdommer og drev med dans, så var de likevel misfornøyde med visse kroppsdelene. Hvis misnøye med egen kropp begynner så tidlig i ungdomsårene, så må forebygging begynne ovenfor barn og fortsette gjennom ungdomsårene.

Ved resultater av undersøkelser kan helsesøster kjenne igjen tidlige tegn, og prøve å gjøre noe med for eksempel et uheldig spisemønster. Helsesøster kan se studenter på skolen og observere om de spiser, og legge merke til ting som ikke er som det skal. Helsesøster kan være en støtte og samtalepartner for de som trenger å snakke og som sliter med kroppsbildet. Stor misnøye med egen kropp og mye tanker om tynnhhet, assosieres med psykiske plager (Jones, Buckner & Miller, 2014).

3. Teori

3.1 Sykepleierens rolle

Sykepleieoppgavene varierer fra helsefremmende og forebyggende arbeid, til kroniske sykdomstilstander og palliativt arbeid. Sykepleiere møter mennesker gjennom hele livsforløpet, og er den største profesjonsgruppen i helsetjenesten. På ulike arenaer hvor sykepleie utøves har sykepleiere forskjellige yrkesroller, ut i fra spesialutdannelse, som for eksempel helsesøster, Holter (2011). Helsesøster er den man møter i første linje og er den som blir varslet først ved mistanke om en spiseforstyrrelse. Et møte med for eksempel helsesøster i allmennhelsetjenesten kan være lettere å akseptere for mange, og ofte det beste valget i forhold til behandling og oppfølging (Skårderud, 2013). Arbeidet som utføres av sykepleiere har stor betydning for befolkningens helse, pasienttilfredshet og kvaliteten på helsetjenestene. Norsk Sykepleierforbund (2008, s. 5) skriver at sykepleierens særegne funksjon er: «å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov».

For at sykepleieren skal ivareta pasientenes behov er det viktig med gode kunnskaper. Kunnskapsbasert sykepleie handler om å ta avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og ta hensyn til pasientens ønsker og behov. Helsesøster er opptatt av å jobbe helsefremmende og forebyggende, slik at pasientene har mulighet til å oppnå god helse og gjenvinne selvstendighet. For å ivareta pasientene er det viktig at helsesøster har respekt for det enkelte menneskes liv og verdighet. Dette innebærer at sykepleie skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Sykepleierforbundet, 2008).

Helsesøster har en veiledende og informerende rolle i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsestasjon og skolehelsetjenesten er arenaer hvor helsesøster møter unge fra 0-20 år hvor de arbeider med forebyggende psykososialt arbeid for å fremme psykisk og fysisk helse. Dette innebærer å fremme gode sosiale og miljømessige forhold for å forbygge sykdom og skade. Forebyggende psykososialt arbeid er en forskriftsfestet oppgave i kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten og på helsestasjon (Helsedirektoratet, 2003 s. 10-11).

Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom (VIP) i alderen 16-17 år er et helsefremmende og forebyggende tiltak. Helsesøster jobber for at elevene skal kunne ta vare på egen psykisk helse og hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykisk problemer. Dette innebærer et tverrfaglig samarbeid med lærere, foresatte og helsepersonell (Psykisk helse i skolen, s.a.).

3.2 Sykepleieperspektiv

Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk sykepleier med spesialutdanning i psykiatri og lærer ved en sykepleierutdanning som utviklet teorien om sykepleierens menneskelige aspekter. Denne teorien er fortsatt sentral innen sykepleie etter nærmere 50 år. Travelbee har gjennom sin teori fokus på utviklingen av relasjon mellom pasient og sykepleier. Hun var opptatt av at mennesker ble sett på som et unikt individ, som er likt, men også ulikt alle andre. Derfor legger hun vekt på et menneske-til-menneske-forhold i samhold mellom sykepleier og pasient. Hun fokuserer på hvordan sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk i kommunikasjon med pasienten, og gi håp for å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2011).

Travelbee hevder at for å kunne forstå hva sykepleie er og bør være, må en ha forståelse for hva som foregår mellom pasient og sykepleier. Hun definerer sykepleie slik: *«Sykepleie er en menneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 2011, s. 29). Slik vi forstår dette skal sykepleiere hjelpe mennesker selv om de er syke eller frike. For å kunne hjelpe et individ eller en familie innebærer dette at sykepleieren har god kunnskap om sykdommen, og er i stand til å kommunisere med den syke. Dersom sykepleieren innehar disse kunnskapene kan dette være med på å forebygge eller fremme mestring av sykdom og lidelse, og eller finne mening i lidelsen.

Et menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (2011) mener at i stedet for å etablere forholdet sykepleier-pasient, der definisjonene fjerner det enkelte menneskets spesielle trekk og bare fremhever felles trekk,

vil hun heller etablere et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold etableres daglig i sykepleien. Hensikten med å etablere et menneske-til-menneske-forhold er at opplevelser og erfaringer deles av sykepleier og pasient for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Målet og hensikten for sykepleieren er å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i erfaringene. Et menneske-til-menneske-forhold etableres når sykepleieren og den hun har omsorg for, har gjennomgått fire faser. Disse fire fasene er: det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, og sympati og medfølelse. Gjennom disse fasene blir gjensidig forståelse og kontakt etablert, og det er med på å bygge opp forholdet.

I det innledende møtet treffer sykepleieren pasienten for første gang. I det første møte vil begge få et inntrykk og oppfattelse av hverandre som individer. Førsteintrykket baseres på væremåte, handlinger og språk. Ut i fra observasjonene vil man få en umiddelbar vurdering av hverandre. Sykepleieren vil observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp mening om pasienten, for å danne grunnlaget for videre beslutninger som skal tas. Den måten sykepleieren oppfatter og vurderer pasientens tanker og følelser på, vil være avgjørende for hvordan sykepleieren opptrer videre. For at sykepleieren skal få et helhetlig blikk og se pasienten som et individ, er det viktig at hun legger fra seg sine forutinntatte meninger om pasienten. Dette vil bidra til at omsorgen blir både personlig og naturlig (Travelbee, 2011).

Etter hvert som forholdet mellom sykepleier og pasient utvikler seg, vil det skje en fremvekst av identiteter. Fremvekst av identiteter er hvor sykepleieren og pasienten begynner å verdsette hverandre som enkelt individer. Det er i denne fasen sykepleieren og pasienten begynner å etablere tilknytning til hverandre. Her begynner sykepleieren å fange opp hvordan pasienten føler, tenker og oppfatter situasjonen, mens pasienten oppfatter sykepleieren som et menneske bak profesjonen.

Empati kan oppleves i glimt, i øyeblikk og i enkeltsituasjonen. Det er i empatifasen sykepleieren lever seg inn i, tar del i og prøver å forstå pasientens sinnstilstand. Her er sykepleieren i stand til å oppfatte hva pasienten tenker og føler i øyeblikket, men er likevel profesjonell i forhold til empatien. Å føle empati innebærer å sette seg inn i en annens situasjon, ved å knytte seg til pasienten og oppleve nærhet, men likevel holde sitt eget selv atskilt. Gjennom empatiprosessen vil mennesket som et unikt individ bli klarere oppfattet. Travelbee (2011) hevder at når empatien har forekommet, så er interaksjonsmønsteret og forholdet mellom individene forandret for alltid.

3.3 Hvem utvikler en spiseforstyrrelse?

Det finnes ulike faktorer som kan være med på å utvikle en spiseforstyrrelse. Dette kan for eksempel være krav man setter til seg selv, hvor man føler at man ikke klarer å innfri. Ofte er disse kravene ekstremt høye og påvirket av samfunnets forventninger om kropp, tynnhetsidealer og dårlige måltidsrutiner. Dette gjør at mange ungdommer føler at det man gjør aldri er godt nok. Familieforhold og situasjonen hjemme kan ha stor påvirkning på ungdommen. Dette kan gjelde foreldrenes fravær, uforutsigbare atferd og utydelighet om grenser (Skårderud, 2013).

For å fange opp ungdommens spiseproblem er det viktig å oppfatte faresignalene i et tidlig stadium, slik at de ikke mister kontrollen og utvikler en spiseforstyrrelse. Signaler som er viktig å være oppmerksom på er blant annet kroppsfiksering, vekttap, konsentrasjonsvansker, overdreven fysisk aktivitet og at man slutter å spise i samvær med andre (Hummelvoll, 2014). I fortellingen om Ida kan vi gjenkjenne flere av disse faresignalene. Her oppfattet vennene signalene i et tidlig stadium slik at Ida fikk hjelp av helsesøster. Vennenes oppmerksomhet kan ha vært avgjørende for om Ida utviklet en spiseforstyrrelse eller ikke.

3.4 Hva er en spiseforstyrrelse?

Spiseforstyrrelser er et begrep som refererer til en psykisk lidelse, der de mest kjente er anoreksi og bulimi. De med lidelsen har et forstyrret bilde av kroppen og en forstyrret spiseatferd (Laberg, Laberg & Støylen, 2009). Sykdommen rammer begge kjønn i alle aldre, men forekommer hyppigere blant jenter og kvinner i alderen 12-40 år (Helsedirektoratet, 2014). Å være spiseforstyrret innebærer at personen har konstante tanker om mat, spising, kropp, vekt og utseende. Når disse tankene og følelsene om mat og vekt tar overhånd i deres hverdagslige liv og reduserer livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2013). En person med spiseforstyrrelse bruker maten for å kontrollere eller undertrykke følelser på, samt for å øke egen kontroll og mestring. Spiseforstyrrelsen kan fungere som en beskyttelse mot følelsen av og aldri strekke til, være flink nok eller pen nok (Helsedirektoratet, 2014).

3.4.1 Symptomer og tegn på spiseforstyrrelser

Symptomene på spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi varierer. Spisemønstret kan også variere over tid. Noen personer har den samme type spiseforstyrrelsen hele tiden, mens andre går igjennom alle typer av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2014).

De typiske tegnene på spiseforstyrrelser er vekttap eller store vektsvingninger, konstant opptatt av vekt og kropp, stress og skyldfølelse etter å ha spist. Det går også ut over det sosiale livet, med tanke på venner og familie, humørsvingninger og konsentrasjonsvansker. Personer med spiseforstyrrelser har negative tanker, hvor man er misfornøyd og stresst over kropp, fasong og utseende. De kan bruke masse tid og energi på å planlegge dagen, slik at man ikke skal havne i situasjoner hvor det blir servert mat eller at man føler seg presset til å spise. Dette kan for eksempel være i sosiale sammenkomster. I tillegg til at de har et redusert matinntak kan noen samtidig øke treningsmengden (Laberg, Laberg & Støylen, 2009). Personer som har spiseforstyrrelsen bulimi er ofte normalvektige, mens undervekt er tilknyttet anorektikere. Alvorlighetsgraden varierer fra person til person. Alle former for spiseforstyrrelser øker risikoen for helseplager som følge av vekttap eller langvarig overspisning og oppkast (Helsedirektoratet, 2014).

Det finnes ulike psykologiske trekk som er sentrale ved en spiseforstyrrelse. De psykologiske trekkene er lav selvfølelse og opplevelsen av å ikke ha kontroll. Mennesker med spiseforstyrrelser har et ønske om å redusere kroppsvekten og går til aktive handlinger for å endre kroppen. Det å endre kroppen er tiltak for å fremme selvfølelse og kontroll (Skårderud, 2013).

Lav selvfølelse

Selvfølelse omhandler hvordan en person ser og tenker om seg selv som menneske. Personer med lav selvfølelse kjennetegnes ved å ha negative tanker om seg selv (Fennell, 2007). Personer som er spiseforstyrret har et forstyrret selvilde og negative tanker om seg selv, føler seg mindreverdige og utilstrekkelige. De negative tankene om seg selv kan uttrykke seg på mange forskjellige måter (Skårderud, 1994). Skårderud (2013) skriver at personer med lav selvfølelse ofte søker mestring på arenaer der det er målbare resultater som på skole, idrett og i vennekretser. Det er derfor en utfordring å ikke forveksle ytre prestasjoner med indre tilfredshet.

I fortellingen om Ida kommer det frem at hun føler seg utenfor. Hun føler at hun ikke oppfyller kriteriene på kropp, vekt og utseende i forhold til jevnaldrende. Ida har i den siste tiden blitt tynnere, spiser lite og trener mer. Her ser vi at Ida har et forstyrret kroppsbilde der hun selv hevder hun er overvektig, selv om hun er det motsatte. For å kompensere for den lave selvfølelsen ser vi at Ida presterer på skolen, håndballbanen og i vennekretser der det er målbare resultater. Selvfølelse går på den kontakten du har med deg selv og hvem du er. Selvtillit går på hva du er flink til, og hva du kan. Når man ser på denne forskjellen kommer det klart fram at prestasjoner ikke har noen sammenheng med menneskets selvfølelse. Det gir en god følelse og prestere, og at andre legger merke til hva man får til, men det bedrer i utgangspunktet selvtilliten (Øiestad, 2011).

Årsaken til lav selvfølelse vet vi ikke med sikkerhet hva er, men det er noen erfaringer som kan bidra til lav selvfølelse. En underliggende årsak kan eksempelvis være omsorgssvikt, mishandling, følelsen av og ikke oppnå forventninger, fravær av gode ting (kjærlighet, ros, varme), og følelsen av å være utenfor hjemme og på skolen (Fennell, 2007).

Kontrollsvikt

Opplevelsen av å ikke ha kontroll kan være utfordrende, fordi vi som mennesker må forholde oss til andre til en hver tid. Kontrollsvikten kan være opplevelsene av manglende mestring i vårt forhold til andre eller det kan være å ikke ha kontroll over sin egen kropp (Skårderud, 2013).

Spiseforstyrrelser blir av noen sett på som kaos og forvirring i eget hode og kropp. En usikkerhet om hvem man er, en ensomhet, følelsen av å ikke styre sitt eget liv og at man ikke blir forstått. For å løse opp i dette velger de med spiseforstyrrelser å ta kontroll over maten og kroppen sin. Denne løsningen blir etter hvert til et nytt problem. Personer med spiseforstyrrelser prøver å ha kontrollen over kroppen, følelser og egne prestasjoner. Man blir så opptatt av å styre, at det som faktisk skal styres blir mindre viktig (Skårderud, 2013). Vi ser at Ida blir veldig opptatt av mat, men ikke hva hun faktisk skal spise. Dette er noe hun kan kontrollere, når hun føler seg utilpass i samfunnet og føler hun ikke innfrir kravene på kropp, vekt og utseende.

3.4.2 Anorexia nervosa

Anorexis betyr «mangel på appetitt», og nervosa betyr «nervøs», så direkte oversatt vil det si at anoreksi betyr nervøs spisevegring (Christensen, 2002).

Anoreksi handler om selvfølelse og kjennetegnes av en intens frykt for å gå opp i vekt. Personer med anoreksi ser seg selv som overvektige til tross for at de er undervektige, noe som også er det mest synlige symptomet (Helsedirektoratet, 2014). Man regnes som alvorlig undervektig hvis man har en BMI på 17,5 eller lavere, og at kroppsvekten er 15 % under det som er forventet, noe som setter helsen i fare (Laberg, Laberg & Støylen, 2009). Personer med anoreksi begrenser seg veldig for hvor mye og hva de skal spise. Andre symptomer på anoreksi kan være at de har kalde hender og føtter, svakhet og verkende muskler, forstoppelse, magesmerter og at det gir en metthetsfølelse av og bare spise litt (Helsedirektoratet, 2014). Det skyldes at magesekken utvider seg og minsker i forhold til hvor mye mat den får. Veggen kan strekkes, slik at den blir større ved store mengder mat. Dette varierer fra person til person (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2012).

Ofte kan personer som utvikler anoreksi være unge, og hos ungdom kan anoreksi forårsake forsinket pubertetsutvikling, samt at høydeveksten kan stoppe opp. Kvinner kan også oppleve fravær av menstruasjon på grunn av sin spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2014). Anoreksi er en sykdom som kan påvirke alle organsystemer i kroppen. Mange trener masse for å gå ned i vekt, i tillegg til at de nesten kutter ut maten. Noen tar også i bruk avføringsmidler for å gå ned i vekt. Anorektikere bruker mye energi på å tenke på mat, men spiser veldig lite. Dette begrenser de, til tross for at vekten deres er langt under normalen. At de veier lite og konsekvensene av dette vil de fleste med anoreksi benekte (Helsedirektoratet, 2014).

3.4.3 Bulimia nervosa

Bulimi betyr «oksehunger», ut fra en oppfatning om at folk overspiste fordi de var mer sultne enn andre (Christensen, 2002).

En risiko for de som lider av anoreksi, er det små marginer for å utvikle bulimi, og dette er det mange tilfeller av. Det kan skje i sammenheng med behandling av anoreksi, hvor behandlingen går litt for raskt og personen øker i vekt. Dette kan oppleves som at personen mister kontrollen, og det kan utvikles til bulimi, som igjen fører til følelse av kontroll

(Skårderud, 2013). Hvis man har bulimi er man veldig redd for å legge på seg, og redselen for å legge på seg går veldig utover forholdet til mat (Helsedirektoratet, 2012).

Overspising og selvrenselse er både en definisjon av hva bulimi er, men også de to viktigste symptomene. Noen ganger kan overspising handle om å spise tre til fire brødsiver, men også store mengder med mat, etterfulgt av flere runder med oppkast. Dette kan variere veldig, og det kan gå perioder hvor dette nesten ikke forekommer. Den største delen av de med bulimi er i tenårene og i starten av tjuårene. Dette er en periode i livet hvor det skjer mye, og det kan være vanskelig å takle forandringer og prøvelser som kommer. Man forsøker å døyve en sult, som kan være både fysisk og psykisk (Skårderud, 2013).

Når man skal kartlegge om en person har bulimi ser man på flere faktorer. Blant annet om personen har en vedvarende opptatthet av spising, overspising innen et kort tidsrom og man ser på hva personen gjør for å holde vekten nede. Det kan være at personen har perioder med sulting, misbruk av avføringsmidler og selvfremkalte brekninger. Dette kan gjøre store skader på kroppen. For eksempel emaljeskader på tennene etter all oppkast og syre, slimhineskader i mage/tarm, og forstyrrelse i kroppens salt- og væskebalanse forekommer hos de med bulimi (Laberg, Laberg & Støylen, 2009).

3.5 Behandling

For en god og virksom behandling, er en god relasjon mellom helsesøster og pasient veldig viktig. Det er helt avgjørende for at det skal være noen effekt av det arbeidet som blir gjort. Tillit til helsesøster har stor betydning når personen kommer for å ta opp sine problemer (Wormnes, 2013). Under behandling av ungdom med spiseproblem er det viktig å være aktiv, tydelig og konkret. Hvis man er tydelig og konkret overfor pasienten, som ellers lever litt kaotisk og utydelig, så kan ungdommen ha god effekt av samtalene (Skårderud, 2013).

For en pasient som ikke helt klarer å sette ord på situasjonen, er det til stor hjelp at helsesøster er framtrødende og tar opp viktige temaer, men også belyser temaer som er lettere å snakke om. Det kan være med på å gi en trygghet, og gjøre det lettere for personen å delta aktivt. For de som har levd med spiseproblem over en lang periode, er det blitt mer som en livsform, og ikke noe man kan forandre over natten. Derfor er det svært viktig med tålmodighet. Ting tar tid, og det må man respektere. Hvis man presser på for hardt som

helsesøster, kan det bli for mye for personen og gi motsatt av ønsket effekt (Skårderud, 2013).

Helsestasjon spiller en veldig viktig rolle i starten og kanskje underveis i hele forløpet under behandling av et spiseproblem. Skolehelsetjenesten har ofte god tilgang til informasjon, kontakt med lærere og elever, og har da mulighet til å «gripe inn» i et tidlig stadium. Den første voksne personen som blir varslet om en begynnende spiseforstyrrelse, er helsesøster (Skårderud, 2013). Det er viktig at de som sliter med selvfølelsen, kropp og mat får klar beskjed om at behandling hjelper. Den beste behandlingsformen er ofte samtaler, hvor helsesøster kan være en stor ressurs. Da er det viktig å skape tillit og en god relasjon. Klarer man å opparbeide det, vil det være mye lettere for en person å åpne seg, og snakke om det som er vanskelig (Skårderud, 2013).

Hvis ungdommen skal komme seg ut av spiseproblemet er den indre motivasjonen viktig, og avgjørende for hvor god effekt ungdommen vil ha av hjelpen. Den indre motivasjonen er viktig hvis Ida skal klare å endre livssituasjonen. Det kan være spesielt utfordrende hvis personen ikke innrømmer at det er et problem (Håkonsen, 2014). Det er pasienten som først og fremst skal være den som setter ord på hvilke fordeler og ulemper som oppleves (Skårderud, 2013).

3.5.1 Kommunikasjon med ungdom

Enhver ungdom er unik, og derfor finnes det ikke noen gode råd på hvordan man på best mulig måte kan kommunisere med ungdom. Enhver ungdom og situasjon er forskjellig, der de befinner seg på hvert sitt eget utviklingstrinn. En sykdomssituasjon oppleves ofte som en krise, der det forekommer både engstelse og usikkerhet. I en sykdomssituasjon blir ofte kontaktforholdet forandret, da foreldrene kan oppføre seg annerledes og helsepersonell kommer inn i bildet. I en slik situasjon er det viktig at helsesøster er klar over hvilken rolle man selv setter seg inn i (Eide & Eide, 2012).

«Barn og unge har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne», hevder Sundal (referert i Eide & Eide, 2012, s. 358). Det er derfor viktig å skape trygghet i sykdomssituasjonen når unge blir rammet av sykdom. Ungdom opplever trygghet i kjente og trygge omgivelser, hvor det er kjente personer og i situasjoner der de vet hva som skjer. I en sykdomssituasjon vil de trygge rammene bli erstattet med noe ukjent. Som helsesøster vil det være viktig ovenfor Ida å vise at man ser og forstår. For at Ida skal forstå hva som skal skje er det viktig at

helsesøstrene er omsorgsfulle, viser varme, informerer og forklarer. Dette kan bidra til at Ida øker forståelsen av kontroll (Eide & Eide, 2012).

I kommunikasjon med Ida er det å skape trygghet og tillit være viktig. Det å skape tillit tar tid, siden man må prøve seg på forskjellige metoder. En viktig forutsetning for å skape tillit er barn og unges oppmerksomhet. Ida som er 16 år vil kunne klare å følge en «voksen» verbal dialog. Eide og Eide (2012) skriver at personer over 12 år og oppover har evnen til å sette seg inn i situasjoner, selv om de ikke har opplevd det. Denne ungdomsgruppen stiller ofte store krav til seg selv, de kan lett føle at de ikke er flinke nok og strekker til.

I en sykdomssituasjon er selvfølelsen utsatt, og en bekreftelse fra andre vil være viktig. Ungdom i denne aldersgruppen, i likhet med Ida, søker etter å finne egen identitet. Mangelfull bekreftelse og aksept kan føre til usikkerhet og rolleforvirring, og derfor vil søken etter egen identitet være viktig (Eide & Eide, 2012). Når ungdom rammes av sykdom er det viktig at man som helsesøster bruker riktige og forståelige ord. Ordvalget kan være avgjørende for opplevelsen av å mestre situasjonen. For at Ida skal kunne få en forståelse av kontroll på situasjonen er det viktig at helsesøster gir hjelp i forhold til selvstendig kontroll og mestring. Det kan ofte stilles for høye forventninger til at en ungdom skal ordne opp selv, fordi de begynner å bli voksne med egne og sterke meninger. Det er viktig å huske på at ungdom fortsatt er barn, der de fortsatt har et behov for aksept, støtte og hjelp. Støtte og hjelp kan Ida få av sine jevnaldrende, da de ofte lærer av hverandre. Deres lærdom og forslag til mestring kan være til hjelp for at Ida skal finne løsningsforslag i situasjonen (Eide & Eide, 2012).

3.5.2 Familiesamarbeid

Foreldrene har et lederskap hvor deres verdier er grunnlaget i familien (Øiestad, 2011). Familien har en viktig rolle i pasientens liv, både på godt og vondt. Et familiesamarbeid vil være viktig i behandlingen, da familiemedlemmene kan være gode støttespillere. For at et familiesamarbeid skal etableres er det viktig at pasienten selv er motivert for endring og at pasienten samtykker om å etablere et familiesamarbeid (Hummelvoll, 2014). Valbak (2010) skriver at hvis pasienten bor hjemme, vil det være naturlig å etablere et familiesamarbeid (Hummelvoll, 2014).

I fortellingen får vi opplysninger om at Idas foreldre har observert en kroppslig og psykisk forandring hos Ida den siste tiden, uten at de har klart å gjøre noe med det. Foreldrene kan

slite med skyldfølelse og dårlig samvittighet, fordi de ikke har klart å gjøre noe med problemet til Ida som foreldre. Som helsesøster er det viktig å møte disse reaksjonene med forståelse og inviterer familien til å snakke om disse reaksjonene (Hummelvoll, 2014). De aller fleste foreldre ønsker å gjøre det de kan for barna sine, og er som regel villige til å ta i mot råd og veiledning. Denne informasjonen kan blant annet gis på helsestasjon.

På helsestasjonen vil helsesøster samarbeide med Ida for å se hvordan de sammen kan få til en positiv utvikling. Her vil det være nødvendig å gi støtte og pedagogisk veiledning til familien for hvordan de skal støtte Ida i den retning at hun tar ansvar og viser kontroll over sitt eget liv (Hummelvoll, 2014). Det viktigste foreldrene til Ida kan gjøre er å vise støtte, være gode veileder og samtalepartnere. Forskning viser at dette er grunnleggende forhold som er det aller viktigste for å styrke selvfølelsen til ungdom (Øiestad, 2011).

3.6 Helsefremmende arbeid

Det er helsestasjon og skolehelsetjenesten som har ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet med barn og unge (Sjøen & Thoresen, 2009). Helsefremmende arbeid er en samlebetegnelse på det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet. Det er allikevel to forskjellige begreper. Sykdomsforebyggende arbeidet handler om å redusere omfanget av helseskader og forebygger menneskets mottakelighet for sykdom. Det helsefremmende arbeid handler om å tilrettelegge for at den enkelte skal oppleve større kontroll over eget liv og helse. Dette innebærer å styrke helsen ved å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel (Bjørnøy Urke, 2012). Det helsefremmende arbeid legger vekt på empowerment og brukermedvirkning, der målet er å øke menneskers evne til å mestre utfordringer og belastninger i hverdagen. For helsesøster er det viktig å samarbeide med pasienten, og tilpasse oppgaver ut fra pasientens ressurser og mulighet for deltagelse. Dette innebærer at helsesøster skal legge til rette for at pasienten har mulighet til positiv helseutvikling, uansett hvor i forløpet hun får hjelp (Gammersvik, 2012).

Empowerment prosessen er en viktig faktor som kan bidra til å fremme helse. Begrepet empowerment blir definert av verdens helseorganisasjon som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse (Tveiten, 2012). For å fremme helse nevner Ingun Stang (2006) tre hovedelementer for bruk av empowerment: stimulere pasientens ressurser og muligheter, fremme krefter og energi, og redusere faktorer som skaper stress (Gammersvik, 2012). Empowerment handler om å ta og ha mest mulig

kontroll over det som påvirker egen helse. Det innebærer og omfordele makt fra helsesøster til pasienten. Hensikten med denne maktfordelingen er å styrke pasientens ressurser, avhengighet og troen på seg selv, i følge verdens helseorganisasjon (referert i Tveiten, 2012). Dette betyr at helsepersonell skal støtte personer som befinner seg i en vanskelig situasjon, og gjøre personen i stand til å ta gode valg for seg selv og sin helse. Støtte og maktfordeling kan endre pasientens selvbilde og pasienten føler selv økt kontroll. Helsesøster kan veilede Ida ved å gi kunnskap, støtte og være til hjelp for å sortere hennes egne tanker (Tveiten, 2012).

Samarbeid og brukervedvirkning er sentrale begreper mellom helsepersonell og unge. Når helsesøster samarbeider med Ida for å finne løsning på hennes helsebehov, er det i praksis brukervedvirkning. Begrepet brukervedvirkning handler om at pasienter har medbestemmelse for hvilke valg og handlinger som foretas. Det betyr at ungdom har stor medbestemmelse for hvilke gode helsevalg de gjør for seg selv i det helsefremmende arbeidet. Helsesøster kan ha stor innflytelse for hvilke valg og handlinger Ida foretar seg i det helsefremmende arbeidet. Det betyr at helsesøster må vite hvilke ressurser, ønsker og behov Ida har. Et tillitsforhold vil være avgjørende for at helsesøster sammen med Ida skal finne gode løsninger å mestre situasjonen som har oppstått. Helsesøster skal her være gode veiledere der hun samtaler om fordeler, hindringer og motforestillinger som kan oppstå ved de foreslåtte løsningsforslagene (Rene & Larsen, 2012).

3.6.1 Salutogenese

Salutogenese handler om å forebygge og styrke helsen, og motstandskraften mot de negative følelsene (Mæland, 2010). Antonovsky (1987) mener vi skal fokusere på hva som forårsaker helse, og ikke hva som gjør folk syke. Man skal fokusere på menneskers evne til tilpasning, og finne faktorer som gjør at personen kan oppnå høyest mulig grad av helse (referert i Langeland, 2012). For å oppnå god helse må man fokusere på ulike faktorer som fremmer helse, og hva som både kan redusere og forebygge helseproblemer. Sykepleier ønsker å hjelpe pasienten til å fremme egen helse, ved å legge til rette slik at pasienten kan styrke sine evner (Langeland, 2012). Salutogenese er sammensatt av ulike begreper som beskriver teorien. «Sense of coherence», SOC, er et begrep som på norsk heter «opplevelse av sammenheng», og er sentralt i prosessen med å styrke en persons helse. Hvis man har en sterk SOC betyr det at man har tro på å forstå, ha indre håp og ha tillit til å bruke egne ressurser. Man kan bruke salutogen tenkning når man har samtaler i grupper, eller ved

individuelle samtaler (Langeland, 2012). Dette vil være sentralt når helsesøster skal følge opp og ha samtaler med Ida.

3.7 Autonomi, yrkesetiske retningslinjer og lovverk

3.7.1 Autonomi

Autonomi består av to ord: auto som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring og regulering. Direkte oversatt betyr ordet autonomi selvregulering eller selvstyring (Slettebø, 2009).

I dag ses begrepet autonomi på som et juridisk og etisk prinsipp, som gir pasientene rett til informasjon om sin helsetilstand, diagnose og egen livssituasjon. For at pasienten skal kunne ta et selvstendig valg av behandling, er det viktig at helsesøster gir god og objektiv informasjon om de ulike alternativene og deres positive og negative konsekvensene av det. Det er viktig at informasjonen som blir gitt blir oppfattet av pasienten. Det kan være vanskelig å vurdere om pasienten har tatt et selvstendig valg eller om hun har blitt påvirket av ytre press. Eksempelvis kan ytre press være anbefalinger fra venner, pårørende eller helsepersonell. Dette kan forhindre pasientens autonomi. Menneskers autonomi varierer gjennom livet og avhenger av for eksempel alder og sykdom. Menneskeverdet og integriteten er allikevel konstant. Det betyr at om mennesker ikke er i stand til å ta autonome valg, har de like mye krav på å få sine fysiske og mentale grenser respektert (Brinchmann, 2012).

Siden autonomi ikke er konstant, er det derfor spesielt viktig at helsesøstre i større grad er oppmerksomme på autonomi, sårbarhet og integritet hos pasientene. I enkelte situasjoner vet helsepersonell bedre enn pasienten hva som er til deres beste, men det er allikevel viktig å unngå å krenke pasientens integritet. Helsesøsters innlevelse og empati er svært betydningsfullt i møte med pasienter i sårbare situasjoner (Brinchmann, 2012).

3.7.2 Yrkesetiske retningslinjer

«Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.5). I retningslinjene står det at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasient integritet og verdighet. Dette innebærer retten til medbestemmelse, retten til

ikke å bli krenket og retten på helhetlig sykepleie. Respekten for hvert enkelt menneske er grunnlaget for all sykepleie, og sykepleie skal være kunnskapsbasert, bygges på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død er sykepleierens fundamentale plikter. Sykepleieren har selv ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og må gjøre seg kjent med lovverket (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

3.7.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som mål at befolkningen skal ha den samme tilgang på tjenester av kvalitet, ved å gi brukere og pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Det står videre at loven skal bidra til å fremme tillitsforhold mellom bruker og pasient og helsetjenesten, ivareta respekten for hver enkeltes liv og menneskeverd, og fremme sosial trygghet. Pasienter har rett på øyeblikkelig og nødvendig hjelp fra kommunen, samtidig som kommunen er nødt til å gi de helse- og behandlingsmessige opplysninger som personer trenger, jf. § 2-1. Det vil si at vi er pliktig til å gi god sykepleie og forsøke å skape en god relasjon mellom behandler og pasient. Tillit og en god relasjon blir veldig sentralt for et godt forhold mellom helsesøster og pasient. Jf. § 3-4 har pasienter i alderen 12-16 år rett til å bestemme selv hva som skal sies til foreldrene, og med grunner som bør respekteres, skal ikke foreldrene informeres. Ida er 16 år, og kan derfor styre dette selv, men kan bli anbefalt om å involvere foreldrene. Det er fint for Ida å ha noen til å støtte henne hjemme, og som kan hjelpe henne på veien.

4. Drøfting

I dagens samfunn er det et økende press på kropp, vekt og utseendet. Måten sosiale medier fremstiller den perfekte kroppen på, som ofte er manipulerede bilder har stor påvirkning og er med på å gi et feilaktig bilde av hva som er normalt. Dette er med på å påvirke unge jenter, og mange sliter med vonde tanker om egen kropp, lav selvfølelse og ønske om å ligne kvinneidealene man ser på sosiale medier (Spiseforstyrrelser.no, 2015).

I følge Dalland (2014) er drøftingen målet for det arbeidet som er gjort til nå. Gjennom drøftingen skal teorien og funnene som er presentert i oppgaven diskuteres og besvare vår problemstilling. Her vil vi drøfte hvordan helsesøster kan arbeide for å dempe utviklingen av en mulig spiseforstyrrelse hos Ida, viktigheten av en god relasjon og helsefremmende arbeid for å styrke selvfølelse og kroppsbildet.

4.1 Relasjon

Joyce Travelbee (2011) legger vekt på et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener det er viktig å skape en relasjon basert på tillit, og man må som sykepleier og pasient se hverandre som likeverdige mennesker. Det å fremme et tillitsforhold, ivareta respekten for hver enkeltes liv og menneskeverd og fremme sosial trygghet er lovpålagt i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Eide og Eide (2012) understreker at det å skape en god relasjon er viktig, og at det kan være avgjørende for oppfølging og resultatet av behandlingen. Relasjonen basert på gjensidig tillitt er viktig for at helsesøster skal kunne hjelpe Ida med å forebygge et spiseproblem.

Spiseproblemet til Ida kan prege henne både kroppslig, psykisk og sosialt. I en slik situasjon forekommer det både usikkerhet og engstelse (Eide & Eide, 2012). Skårderud (2013) underbygger dette ved å si at en som er spiseforstyrret føler en usikkerhet på hvem man er, følelsen av og ikke styre sitt eget liv og at man ikke blir forstått. For å kontrollere situasjonen prøver de å ta kontroll over maten, kroppen, følelser og egne prestasjoner. Dette viser til betydningen av å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Ved å etablere et slikt forhold kan helsesøster og Ida forholde seg til hverandre som likeverdige mennesker. Når helsesøster blir kjent med og lærer å kjenne Ida, vil det bli enklere å ivareta hennes behov. For

helsesøster er det viktig å se hele mennesket og bakenforliggende årsaker, ikke bare fokusere på spiseproblemet (Travelbee, 1999).

Det kan ta tid før Ida føler at hun har tillitt til helsesøster. Siden Ida er 16 år vil hun klare å føre en dialog hvor hun kan uttrykke egne tanker og følelser, og ta imot den informasjonen som blir gitt. Som helsesøster er det viktig å være forståelsesfull, støttende, lytte aktivt og smile oppmuntrende. Dette vil gi en trygghet for Ida og etter hvert utvikle seg til en god relasjon basert på tillitt (Eide & Eide, 2012). At helsesøster lytter aktivt til det Ida sier og møter blikket hennes, så kan det være med på å forsterke tillitsforholdet, samarbeidet og vil gjøre det lettere for at Ida vil åpne seg. Dersom helsesøster ikke møter Idas blikk, lytter og smiler, vil det føre til at hun blir mer utrygg, tilbaketrukket, og ikke så lett å kommunisere med. For at Ida skal kunne få uttrykt sine tanker og følelser, og få en følelse av at helsesøster ønsker å hjelpe henne, er det viktig at helsesøster viser at hun ser og forstår. Det vil også være viktig at hun er omsorgsfull, viser varme, informerer og forklarer. Dette kan bidra til at Ida øker forståelsen av kontroll. At helsesøster gir hjelp i forhold til selvstendig kontroll og mestring av situasjonen vil være med å styrke Idas selvfølelse og mestring (Eide & Eide, 2012). Å øke Idas selvfølelse og kontroll på situasjonen, vil være viktig da en spiseforstyrrelse kjennetegnes ved lav selvfølelse og kontrollsvikt (Skårderud, 2013).

For at helsesøster skal få en god relasjon til Ida, er det viktig å møte Ida på hennes nivå, og se henne som et individ. Et godt førsteinntrykk vil være viktig og avgjørende for videre samarbeid. Førsteintrykket er basert på observasjoner som språk, væremåte og handlinger. For at Ida skal få et godt førsteinntrykk av helsesøster, er det viktig at hun virker interessert og tillitsverdig overfor henne. Etter observasjoner gjort av helsesøster gjør hun seg opp en mening om Ida, og forsøker å danne et bilde av henne som menneske. Ut ifra observasjonene vil helsesøster kunne danne et grunnlag om hva hun kan hjelpe Ida med, og hvordan hjelpen skal gis. For at helsesøster skal kunne hjelpe Ida er det viktig å fange opp hvordan Ida oppfatter situasjonen, og hva hun tenker og føler (Travelbee, 1999). Siden Ida ble henvist til helsesøster via bekymrede venner og lærer på skolen, vil det være spesielt viktig at hennes opplevelse og forståelse av situasjonen kommer frem i det første møtet. I praksis vet vi at det blir utført en systematisk kartlegging ved hjelp av kartleggings skjemaer som danner grunnlag for hvilke tiltak som skal iverksettes. I tillegg til observasjoner blir det gjort en kartlegging hvor ungdommens opplevelse av situasjonen kommer frem, og dette vil kunne gi ungdommen følelsen av å bli tatt på alvor. En grundig kartlegging gjør at hjelpen kan

komme inn tidligere og vil bidra til å få en god samtale fordi det ikke er knyttet så mye skyld, skam eller forsvar til situasjonen enda.

Det er viktig å skape trygghet i situasjonen Ida er i. Som helsesøster er det viktig å vise empati ovenfor Ida ved å sette seg inn i hennes situasjon. Dette innebærer at helsesøster må sette av god tid slik at Ida får muligheten til å uttrykke seg, slik at helsesøster skal kunne forstå bedre hva hun tenker og føler om situasjonen (Travelbee, 1999).

Jf. § 3-4 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har personer i alderen 12-16 år rett til å bestemme selv hva som skal sies til foreldrene. I situasjon med Ida ser vi at foreldrene kan være gode støttespillere i behandlingen, med tanke på at Ida fortsatt bor sammen med sin familie. Dette underbygger også Valbak (2010) ved å si at dersom pasienten bor hjemme, vil det være naturlig å involvere familien (referert i Hummelvoll, 2014). Ovenfor Ida som har et spiseproblem, men som ikke har utviklet en spiseforstyrrelse, vil Ida kun forholde seg til helsesøster som behandler. Ida gikk med på å gå til samtaler hos helsesøster, og ønsket ikke å involvere familien i disse samtale. Vi ser at det å involvere familien ikke er nødvendig enda, men dersom Idas spiseproblem skulle forverres ser vi at det å involvere familien blir aktuelt. Ida vil da trenge mer oppfølging rundt måltider og foreldrene vil være gode støttespillere. Ved at helsesøster respekterer Idas valg om å ikke involvere foreldrene tar hun hensyn til Idas selvbestemmelsesrett og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

Vi vet fra erfaring at det kan føles vanskelig for ungdommen å involvere foreldrene da de er i en utfordrende situasjon. Selv om det vil være godt med støtte hjemmefra, kan det være lettere å snakke med en utenforstående person om problemene personen opplever i hverdagen. Derfor vil helsesøster være et godt alternativ siden det er et lavterskeltilbud, hvor man kan snakke om mange ulike temaer.

4.2 Helsefremmende arbeid

På helsestasjon er man som helsesøster opptatt av å jobbe helsefremmende og forebyggende med barn og unge (Sjøen & Thoresen, 2009). Dette innebærer at man som helsesøster har fokus på å tilrettelegge for at den enkelte skal styrke helsen ved å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel (Gammersvik & Larsen, 2012). I samarbeidet med Ida er det viktig å jobbe helsefremmende for å forebygge at hun skal utvikle en spiseforstyrrelse. Det å arbeide for å styrke Idas selvfølelse og selvbilde, vil være med på å bidra til bedre helse og

livskvalitet (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Langeland (2012) skriver at det å fokusere på faktorer som fremmer helse vil kunne redusere og forebygge helseproblemer.

I samtaler mellom helsesøster og Ida vil det være viktig å rette fokus mot det som er positivt i hverdagen. Samtaler om hva hun opplever som minst krevende, som er moro eller noe hun ønsker å gjøre er temaer som bør snakkes om. For eksempel å delta på sosiale sammenkomster, være med venner og spille håndball i trygge omgivelser kan være avlastende i hverdagen.

I dagens samfunn vet vi at ungdom ofte stiller store krav til seg selv. De kan lett føle at de ikke er pene nok, flinke nok og ikke strekker til i hverdagen, på grunn av forventninger (Eide & Eide, 2012). Ida søker gjennom blogginnlegg tilbakemeldinger på trening, kropp og utseendet. Dette viser at Ida er avhengig av ytre aksept og søker respons fra andre blogglesere på hvordan hun ser ut. Ida er i en situasjon hvor hun er spesielt opptatt av kropp og utseendet. Skårderud (2013) skriver at lav selvfølelse og bilde man har av seg selv er sentrale årsaker til at noen blir spiseforstyrret. For å kunne styrke Idas selvfølelse er hun avhengig av å få bekreftelse og bli akseptert (Eide & Eide, 2012). Det er derfor viktig at Ida får bekreftelse på den personen hun er, ikke bare når hun presterer på skole og håndballbanen. Hennes selvfølelse og hvordan hun har det med seg selv er mye viktigere enn prestasjoner på målbare arenaer (Skårderud, 2013).

Helsefremmende arbeid er viktig for å øke Idas evne til å mestre utfordringer og belastninger i hverdagen. Derfor må helsesøster gi Ida mulighet til å delta og legge til rette slik at hun kan øke overskuddet og trivsel (Gammersvik, 2012). Empowerment og brukervedvirkning vil være sentrale begreper i samarbeidet med Ida. Her vil det være viktig at Ida har innflytelse og tar del i beslutningsprosesser og får mer kontroll over handlinger som berører egen helse (Tveiten, 2012). Når ungdom havner i vanskelige situasjoner er det viktig at man som helsesøster bruker riktige og forståelige ord. Dette kan være avgjørende for opplevelsen av å mestre situasjonen. For at Ida skal bli fornøyd med seg selv som person, er det viktig at helsesøster gir hjelp i forhold til selvstendig kontroll og mestring (Eide & Eide, 2012). Samtidig som Ida får hjelp fra familie og helsesøster er det viktig at hun har en indre motivasjon til å endre livssituasjonen. Her mener vi det er viktig å jobbe med selvfølelsen, selvbildet og misnøye med egen kropp. Vi ser derfor at Idas indre motivasjon må være til stede hvis hun selv ønsker å gjøre noe med den situasjonen hun er i (Håkonsen, 2014). Den

indre samtalen som Ida fører med seg selv er også veldig viktig. Den skal helst være selvbekreftende, og ikke selvkritisk og selvskadende (Wormnes, 2013).

I samtaler med Ida vil helsesøster jobbe helsefremmende og ha fokus på salutogenese, for å styrke hennes helse (Mæland, 2010). Dette innebærer å styrke selvfølelsen og selvbildet. I praksis vet vi at helsesøster gir råd og veiledning med tanke på et sunt kosthold og gode rutiner rundt måltider. Fokuset på vekt og veiing til faste tider praktiseres i liten grad på helsestasjon. Vi ser at styrking av selvfølelsen og selvbildet vil ha en større helsefremmende effekt, enn veiing av pasientene. Veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom (VIP) i skolehelsetjenesten er også et godt hjelpemiddel for forebygging av et spiseproblem, og fremme psykisk og fysisk helse. Helsesøsters oppgave er å hjelpe elevene til å ta vare på egen psykisk helse (Psykisk helse i skolen, s.a). For å kunne ivareta Idas helse på best mulig måte, ser vi viktigheten av et tverrfaglig samarbeid. Et tverrfaglig samarbeid bør i denne sammenheng blant annet bestå av lærer, helsesøster og lege. Dersom disse yrkesgruppene jobber tett opp mot Ida, vil dette kunne forhindre at spiseproblemet får utvikle seg. I skolesammenheng vil lærer omgås Ida daglig. Lærer kan med samtykke fra Ida ha jevnlig kontakt med helsesøster, som følger opp Ida med samtaler. Dette vil bidra med å fremme tillitsforholdet i det tverrfaglige samarbeidet, da man tar hensyn til Idas autonomi (Brinchmann, 2012). Legen vil ha en viktig rolle når det gjelder det medisinske og kan undersøke Ida ved hjelp av for eksempel blodprøver.

For å styrke selvfølelsen og tanker om egen kropp, er det viktig at Ida ikke sammenligner seg med andre bloggere, og tar til seg alt hun ser på nettet. I dagens bloggsamfunn vet vi at det legges ut redigerte bilder hvor de fremstilles tynnere og penere enn det originale bildet. Idas kroppsfixering og unnasluntring med måltider kan skyldes de personene hun leser om på blogger, som har et økt fokus på kropp, trening og mat. Disse sykelige tynne kvinnene som fremstilles som idealer kan være en faktor til at unge jenter utvikler en spiseforstyrrelse (Skårderud, 2013). Samtidig ser vi at Ida kan hente inspirasjon på blogger hun leser i forhold til for eksempel skjønnhet og mote. I det helsefremmende arbeidet er det viktig at helsesøster jobber med å styrke Idas tanker om seg selv og følelsen av å være verdifull, slik hun faktisk er.

4.3 Selvfølelse

Selvfølelse handler om hvordan en person ser og tenker om seg selv som menneske (Fennel, 2007). Personer med et spiseproblem har ofte en svingende og lav selvfølelse. For å kompensere for den lave selvfølelsen søker disse personene mestring hvor resultatene måles, som for eksempel på skole, idrett og blant venner (Skårderud, 2013). Disse trekkene ser vi tydelig hos Ida da hun er del av en stor vennegjeng, presterer godt på håndballbanen og på skolen. Selv om Ida er flink til å prestere på målbare arenaer, vil det ikke dermed si at selvfølelsen hennes øker. Lav selvfølelse er ofte usynlig, og det er derfor viktig å skille mellom Idas ytre prestasjoner og hennes indre følelser (Skårderud, 2013).

Karpowicz, Skärsäter og Nevonen (2009) skriver i sin forskning at den lave selvfølelsen kan være årsaken til tynnhet blant ungdom med spiseforstyrrelser. Det å være komfortabel med egen kropp er en viktig faktor i forhold til selvfølelsen og det å trives. Dette er derfor et helseproblem. Den lave selvfølelsen uttrykkes ofte ved fiksering med spising, mat og kalorier, sammen med et negativt kroppsbilde. Pasientene som var med i studien mente at kjernen i behandlingen var å forbedre selvtilliten. Sykepleieren hadde her en viktig rolle for at pasientene skulle fortsette den positive utviklingen, i forhold til selvbildet, vekt og misnøye med egen kropp. Under behandlingen var det sykepleieren som hadde mest kontakt med pasientene. God støtte og omsorg viste seg å ha stor betydning.

Målet for samarbeidet mellom Ida og helsesøster er å fremme selvfølelsen og at hun skal bli tilfreds med egen kropp. For å kunne styrke selvfølelsen er det viktig at helsesøster er et godt forbilde og gir Ida bekreftelse på den hun er. Selv om Ida ytre sett er helt «perfekt» med mange venner og gode prestasjoner, sliter hun allikevel med oppfatningen av seg selv. Det er hennes oppfattelse av seg selv som betyr noe. Som helsesøster er det viktig å jobbe med at Ida skal føle seg bra nok, pen nok og betydningsfull (Skårderud, 2013).

Selvfølelse er et familieprodukt, og foreldrene har stor betydning for utvikling av selvbildet gjennom oppveksten. Det har mye å si for barnet hvilke holdninger foreldrene har om kropp og utseendet. Slankeprodukter som ligger synlig hjemme, kroppskommentarer og mye prat om slanking formidler sterkt hva foreldrene legger vekt på som viktig. Dette gjelder også andre voksne personer som barnet omgås, som for eksempel trenere og ledere innenfor mindre miljøer. Det er viktig å oppmuntres til gode spise- og treningsvaner, men det kan også oppleves som en stressfaktor og øke opptattheten av kropp og utvikle en misnøye. Dette

er med på å gjøre selvfølelsen dårligere og man kan havne i onde sirkler. Det kan være at man trekker seg unna og isolerer seg fra venner og andre livsområder. Man vil lettere ta til seg det negative og oppfatter det meste som kritikk, og bortforklarer all ros som andre gir deg. Man føler en bekreftelse på hvor lite verdt man er som person (Skårderud, 2013). Foreldrenes verdier legger føringer for livet i familien, og de reglene og grensene de setter henger ofte sammen med deres personlige behov. Det kan for eksempel være at de ønsker at familien skal bruke mer tid til å være og snakke sammen, istedenfor å se på tv. Ved å snakke sammen vil man få vite mer om hvordan ungdommen har det på innsiden, noe som er veldig viktig. Det å få bekreftelse og ros gjennom barndommen vil bidra til en god selvfølelse og selvtillit, og utvikling av tillit til andre og seg selv. Dersom personen møter mye avvisning og lite ros vil det føre til et negativ selvbilde og lite tillit til andre (Øiestad, 2011).

Vi har erfart at det å gi positive tilbakemeldinger og oppmerksomhet til pasienter kan være med på at pasienten føler seg verdsatt. Dette kan være med på å styrke pasientens selvfølelse.

Helsesøster vil ha en viktig rolle i samarbeidet med Ida, og vil være en stor ressurs i forhold til at hun er den personen Ida har å forholde seg til underveis i prosessen. Dette kan være en trygghet for Ida, da hun kan skape en god relasjon og et godt tillitsforhold til én person (Eide & Eide, 2012). Det å ha en kontaktperson å forholde seg til, vil gjøre det lettere for Ida å åpne seg og dele sine tanker og følelser. At helsesøster viser innlevelse og empati vil være betydningsfullt i møte med Ida som er i en sårbar situasjon (Brinchmann, 2012). I tillegg til samtaler med helsesøster kan gruppesamtaler for jenter være en god behandlingsform for å øke selvfølelsen. Gruppesamtaler kan gi jentene en mulighet til å åpne seg og sette ord på hvordan de opplever presset på kropp, prestasjoner og utseendet. Slike samtaler gir mulighet for å oppleve at det ikke bare er en selv som føler slik en gjør, og at man kan få støtte og hjelp til å mestre situasjonen (Eide & Eide, 2012).

4.4 Kroppsmisnøye

I dagens samfunn har kropp og tynnhet et stort fokus. Allerede i barndommen og ungdomsårene kan misnøyen med egen kropp begynne, og en påvirkende faktor kan være erting og kommentarer fra klassekamerater. Samfunnet er med på å legge press på dagens unge ved å bruke modeller som er høye og slanke som et mål for skjønnhet og mote. Dette kan påvirker barn og unge i en negativ retning, å føre til et uheldig spisemønster og en

eventuell spiseforstyrrelse (Jones, Buckner & Miller, 2014). Mange dyrker kroppene sine for at de skal ligne på det de ser på sosiale medier, men disse bildene er ofte manipulert og er et umulig skjønnhetsideal. Oppmerksomheten til de som ønsker å ligne et skjønnhetsideal retter fokuset mot sine mangler, og ikke hva de har og det de har lykkes med (Skårderud, 2013). Vi vet at mye som skrives i media har et helsefremmende fokus og gir helseopplysninger om kosthold og det å holde seg i form. Her kan det komme frem nyttige opplysninger, men for mange i sårbare situasjoner kan det oppleves som at de ikke klarer å mestre kravene som stilles.

Canals, Sancho og Arija (2009) skriver i sin forskning at barn blir lett påvirket av foreldrenes vaner og holdninger. Det kommer frem i studien at barn av foreldre som er opptatt av tynnhet, skjønnhetsideal og er perfektjonister har stor innflytelse på risikoen for utvikling av spiseforstyrrelser. Foreldre som har en overdreven sunn livsstil kan påvirke barnet både positivt og negativt. For enkelte foreldre er det å prioritere egen trening viktigere enn oppfølging av barna på deres aktiviteter og interesser. Barn kan også oppleve foreldre som stadig går på dietter og slanker seg, noe som kan gjøre at barnet får et anstrengt forhold til mat. I den positive retningen kan barnet ta med seg de sunne verdiene og ha et balansert forhold til kropp og mat. Den negative siden av en overdreven sunn livsstil er at barnet kan bli sykkelig opptatt av å leve etter foreldrenes livsstil, og dermed utvikle et uheldig forhold til kropp, vekt og utseende. Dersom disse tre faktorene om vekt, kropp og utseende er til stede, er man i følge Skårderud (2013) spiseforstyrret. Ut i fra Skårderuds kriterier om å være spiseforstyrret, ser vi at Ida har et problem med å forholde seg til egen kropp og utseendet.

Idas overopptatthet av kropp kan være påvirket av ulike faktorer, eksempelvis foreldrenes forventninger og hennes egen oppfatning av en perfekt kropp. Mange har et feilaktig bilde av egen kropp, ikke bare de som har et anstrengt forhold til mat. Det er spesielt blant unge jenter dette er et stort problem. De kan oppleve mobbing og kommentarer om hvordan de ser ut, det kan være med på at de utvikler et spiseproblem. Mange bruker mye tid på utseendet og det å være sunn både utenpå og inni. Dette er en stor utfordring i dagens samfunn. Det går utover det som virkelig teller ved et menneske, og fokuset blir kun rettet mot hvordan man ser ut. Flere personer finner feil på feil hos seg selv, og strever etter den perfekte kroppen. Man glemmer å være lykkelig, men fokuserer på hvordan man kunne sett bedre ut og hva man skal gjøre for å oppnå det (Skårderud, 2013). Jones et al. (2014) underbygger dette ved å si at samfunnet er opptatt av kroppsform og tynnhet. Misnøye med egen kropp kan føre til uheldig spisemønster og etter hvert utvikle seg til en spiseforstyrrelse.

En undersøkelse gjort i Stavanger viser at misnøyen med egen kropp og eget liv øker blant unge jenter. Noe av forklaringen på dette er at ungdommen føler de ikke strekker til i en stresset hverdag, da det stilles mange krav til skoleprestasjon, fritidsaktiviteter og utseende. Idas fokus på kropp og utseende kan skyldes at hun er aktiv på blogglesing og dermed blir påvirket av hva andre legger ut av seg selv. Dette understreker Hegna, da hun sier det er lett å sammenligne seg selv med andre, til tross for at bildene som blir lagt ut ofte er redigert og nøye utvalgt for å gi et positivt bilde (referert i Eriksen, 2014). Et slikt bilde av andre kan være med på å påvirke Ida og gjøre at hun ikke føler seg bra nok og pen nok. Dette kan være en medvirkende faktor når det gjelder å utvikle en spiseforstyrrelse, siden fokuset på kropp, vekt og utseende har økt på sosiale medier (Skårderud, 2013). De som er spiseforstyrret har negative tanker og er misfornøyd med egen kropp, fasong og utseendet (Laberg, Laberg & Støylen, 2009). Forskning viser at de som er spiseforstyrret syns relasjonen til sykepleieren var av stor betydning under behandlingen. De mente at sykepleierne må være empatiske, ha forståelse, være støttende, ikke-dømmende og gi omsorg (van Ommen et. al, 2009). Dette understreker Travelbee (2011), som legger vekt på at man skal se hverandre som likeverdige mennesker.

Vi har lagt merke til at dagens samfunn er veldig opptatt av at folk skal være tynne og veltrente. Det å være tynn blir sett på som å være vellykket og man blir lettere godtatt som person i samfunnet. Årsaken til Idas kroppsfixering den siste tiden kan være påvirket av samfunnets forventninger om den perfekte kropp og utseendet. Ida kan føle at hun må være slank og velstelt hele tiden for å bli akseptert, populær og vellykket. Gjennom blogging søker Ida komplementer og respons på bilder og andre innlegg hun legger ut på bloggen sin. Positiv respons fra lesere kan være med på å styrke selvtilliten hennes.

For å forebygge at Ida og andre i hennes situasjon skal utvikle en spiseforstyrrelse på grunn av misnøye med egen kropp og ytre press, ser vi at det er sentralt at helsesøsteren arbeider helsefremmende både med undervisning på skolen og gode samtaler på helsestasjon.

5. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å se på utfordringer helsesøster kan møte i samarbeidet med unge jenter som har et spiseproblem. Vi ønsket å undersøke hvilke faktorer som er med på å påvirke unge jenter til å utvikle et spiseproblem. For å kunne besvare problemstillingen har vi tatt for oss mye teori og ulike forskninger rundt tema.

Problemstillingen var: *«Hvordan kan helsesøster arbeide helsefremmende for å dempe utviklingen av en spiseforstyrrelse blant unge jenter?»*

Etter å ha jobbet med denne oppgaven har vi fått en større forståelse for at det er flere ulike faktorer som påvirker ungdom. Foreldre, klassekamerater og sosiale medier har stor påvirkningskraft på unge jenter, og kan være avgjørende for utviklingen av et spiseproblem. Vi vet at ungdom er spesielt sårbare fordi de er i en utviklingsprosess og er i en overgangsperiode til voksenlivet. Etter å ha satt oss inn i ulik teori ser vi at et samarbeid med helsesøster kan være avgjørende for å dempe utviklingen av et spiseproblem. Vi ser også hvor viktig det er med en god relasjon basert på tillit mellom helsesøster og Ida, hvor førsteinntrykket er spesielt viktig.

Gjennom oppgaven har vi hatt fokus på det helsefremmende arbeidet og sett helheten rundt Idas problem. Ut fra forskning og litteratur ser vi at helsesøster må starte sitt forebyggende arbeid allerede i barneskolen, med tanke på dagens utvikling. I dag har sosiale medier stor påvirkning og helsesøsters oppgave blir å informere og veilede om gode holdninger og livsstilsvaner. Med tanke på at helsesøster er et lavterskeltilbud er det viktig at alle barn og unge får tilstrekkelig informasjon om hvor de kan oppsøke helsesøster når problemer oppstår. Som helsesøster er det viktig å være støttende, vise empati og være ikke-dømmende når ungdommer søker hjelp. Mye av helsesøsters arbeid handler om å hjelpe ungdommen til å bli trygg på seg selv og føle seg komfortabel med egen kropp. Det er også en viktig faktor i forhold til selvfølelse og det å trives.

For at helsesøster skal kunne hjelpe unge jenter er det viktig å få tak i problemene. En god relasjon er helt avgjørende for at ungdommen skal kunne tørre å åpne seg, slik at helsesøster kan være en god behandler.

Litteraturliste

Bjørnøy, U. H. (2012) Helsefremmende arbeid: ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget.

Brinchmann, S. B. (Red). (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg., 81-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Canals, J., Sancho, C. & Arija, M.V (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(6), 353-359. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-009-0737-9>

Antall sider: 7

*Christensen, K. (2002). *Matens mysterium: om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising. En selvhjelpsbok* (2.utg.). Stavanger: Hertervig Forlag.

Antall sider: 4

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Eriksen, N. (2014, 27. mars). *Flere unge jenter med negativt kroppsbilde*. Lokalisert på <http://www.hioa.no/News/Flere-unge-jenter-med-negativt-selvbilde>

Antall sider: 1

*Fenell, M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse: En selvhjelpsguide basert på kognitiv atferdsterapi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Antall sider: 43

*Folkehelseinstituttet. (2013). *Om spiseforstyrrelser*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/tema/spiseforstyrrelser>

Antall sider: 1

*Folkehelseinstituttet. (2014). *Spiseforstyrrelser: fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6639&MainContent_6263=6464:0:25,6640&List_6212=6218:0:25,6645:1:0:0:::0:0

Antall sider: 1

Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 99-119). Bergen: Fagbokforlaget.

*Helsedirektoratet. (2014). *Anoreksi – til deg som sliter*. Lokalisert på: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/anoreksi>

Antall sider: 1

*Helsedirektoratet. (2012). *Anoreksi - Hvordan være til hjelp når noen du kjenner rammes?* Lokalisert på [https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/anoreksi-hvordan-hjelpe#Behandling ved anoreksi](https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/anoreksi-hvordan-hjelpe#Behandling%20ved%20anoreksi)

Antall sider: 1

*Helsedirektoratet (2012). *Bulimi*. Lokalisert på: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/bulimi>

Antall sider: 1

*Helsedirektoratet. (2003). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten*. (Veileder til IS-1154/2003). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>

Antall sider: 2

*Helsedirektoratet. (2014). *Spiseforstyrrelser – fakta om ulike typer*. Lokalisert på:
<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/spiseforstyrrelser/ulike-spiseforstyrrelser>

Antall sider: 1

Holter, I. M. (2011). Sykepleieprofesjonenes kjernekompetanse. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s.139-147). Oslo: Akribe AS.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Jones, L.E., Buckner, E. & Miller, R. (2014). Chronological Progression of Body Dissatisfaction and Drive for Thinness In Females 12 to 17 Years of Age. *Pediatric Nursing*, 40(1), 21-25.

Antall sider: 5

*Karpowicz, E., Skärsäter, I. & Nevonen, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 318-325.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x>

Antall sider: 8

*Laberg, J. C., Laberg, S. & Støylen, I. J. (2009). Spiseforstyrrelser: sosiale, kognitive og emosjonelle aspekter. I K. I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (s. 105-125). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 20

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 195-217). Bergen: Fagbokforlaget.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Norsk Sykepleierforbund. (2008). Sykepleie: et selvstendig og allsidig fag. Lokalisert på <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>

Antall sider: 18

*Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf

Antall sider: 20

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-6. § 2. og 3. (2015).

*Psykisk helse i skolen. (s.a). *Opplæringsprogrammer i psykisk helse. VG1-VIP*. Lokalisert på <http://www.psykiskhelseiskolen.no/default2.asp?id=1131>

Antall sider: 1

Rene, B. & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukervedvirkning. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red)., *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 217- 228).

Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2012). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Sjøen, R.J. & Thoresen, L. (2009). *Sykepleierens ernæringsbok* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 4

*Skarderud. (2014, 24. april.). *Finn Skårderud: Psykiater, forfatter og filmkritiker*. Lokalisert på http://www.skarderud.no/uploads/CV_Finn_Skarderud_publikasjoner.pdf

Antall sider: 1

*Skårderud, F. (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Tøyen: Universitetsforlaget AS.

Antall sider: 3

*Skårderud, F. (2013). *Sterk svak: Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Antall sider: 205

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 31

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 173-191).

*Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., Van Elburg, A. & Van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2801-2808.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x>

Antall sider: 8

*Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Sandefjord: Cappelen Damn AS.

Antall sider: 5

*Øiestad, G. (2011). *Selvfølelsen: Hos barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 11

Vedlegg 1

Søkeord	Databaser	Begrensinger	Antall treff	Artikkel
Nurse AND eating disorder AND patient experience	Academic search premier via EBSCOhost.	Full text. Årstall: 2009-2014. Academic Journals. Language: English.	13	Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient' perspective.
Anorexia nervosa AND self-esteem AND treatment	CINAHL via EBSCOhost.	Full text. Årstall: 2009-2015. Abstract available. Language: English. Age groups: adolescent: 13-18 years.	3	Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa
Girls AND eating disorder AND school	CINAHL via EBSCOhost.	Full text. Årstall: 2009-2013. Abstract Journals.	9	Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents
Eating disorder AND adolescent AND nursing	CINAHL via EBSCOhost.	Full text. Årstall: 2011-2014 Academic Journals	3	Chronological Progression of Body Dissatisfaction and Drive for Thinness In Females 12 to 17 Years of Age