



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sykepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 22.02. 13. kl. 14.00

Kandidatnummer: 5

Antall ord: 8 998

Sammendrag

Bakgrunn: Dagens samfunn har et enormt fokus på kropp og helse. Det skrives i både blad og aviser om hvordan man kan slanke seg, hvor mye man bør trene, hvilke dietter som fører til vektnedgang og hvordan kroppen skal se ut. Den vestlige kulturen har et ideal som knytter skjønnhet til tynnhet og vekt, som lett fører til at mennesker er misfornøyd med kroppen sin. Spiseforstyrrelser rammer både jenter og gutter og er en alvorlig psykisk lidelse.

Problemstilling: «På hvilken måte kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som lider av anorexia nervosa?»

Hensikt: Å øke kunnskap og forståelse for hvilke sykepleieaspekter som er viktige for at pasienter med spiseforstyrrelser skal mestre sin lidelse.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Å bruke litteraturstudie som metode er et krav for bacheloroppgaven.

Resultat: Resultatene viser at en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasienten med anorexia nervosa er høyst nødvendig for at de skal fortsette med behandling. Pasienter med anoreksia lukker seg inn i seg selv og betrakter ikke seg selv som syk. Det blir derfor en utfordring for sykepleieren å skape en god relasjon til dem. Kommunikasjon og tillit spiller en sentral rolle for å etablere en slik relasjon, og er med på å fremme mestring hos pasientene. Sykepleier må ha nødvendig kunnskap, og gi riktig og tilrettelagt informasjon til pasientene for å kunne utføre sykepleie og på denne måten fremme mestring av lidelsen.

Summary

Background: Today`s society is characterized of body fixation and its focus on health. Papers and magazines write about how to lose weight, how much exercise you need, which diet leads to weight loss and how the body should look. The western culture has an ideal of how the body should look like, and connects beauty to weight and a perfect look. This can easily cause people to get dissatisfied with their body, and may be the precursor for developing eating disorders. Eating disorders affects both boys and girls and is a serious mental disorder.

Research Questions: "How can nurses promote coping in patients suffering from anorexia nervosa?"

Purpose: To increase knowledge and understanding of the nursing aspects that is important in helping patients with anorexia nervosa to cope with their illness.

Method: The thesis is written with literature study as method. To use literature study as method is required in this bachelor assignment.

Findings: The result shows that a therapeutic relationship between nurses and patients with anorexia nervosa is essential for them to continue treatment. Patients with anorexia closes in on themselves and do not consider themselves as sick. This makes it a challenge for the nurses to create a good relationship with them. Communication and trust plays a central role in establishing a good relationship, and helps to promote coping in patients. Nurses must have the necessary knowledge, and give appropriate and accessible information to patients, in order to cope with their disorder.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Hva er spiseforstyrrelser?	3
2.2 Anorexia nervosa	4
2.2.1 Årsak til anorexia nervosa.....	4
2.2.2 Symptom og skader som følge av spiseforstyrrelser	5
2.2.3 Behandling	6
2.3 Ungdomstiden	6
2.4 Mestring.....	6
2.5 Lidelse	7
2.6 Relasjon og kommunikasjon.....	8
2.6.1 Kommunikasjon i møte med den anorektiske pasienten.....	9
2.7 Tillit	10
2.8 Sykepleiefaglig perspektiv	10
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie som metode	12
3.2 Metodens sterke og svake side.....	12
3.3 Litteratursøk og valg av litteratur	12
3.3 Kildekritikk.....	14
3.4 Forskningsetikk.....	15
3.5 Presentasjon av valgt forskningslitteratur	15
4.0 «På hvilken måte kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som lider av anorexia nervosa?»	18
4.1 Terapeutisk relasjon og kommunikasjon- grunnlaget for vellykket behandling	18
4.2 Informasjon og kunnskap	22
5.0 Avslutning	25
6.0 Litteraturliste	I
Vedlegg 1. Sammendrag av artikler.	VII

1.0 Innledning

I dagens samfunn er det et enormt fokus på kropp og helse. Man kan stadig lese om hvordan man kan slanke seg og hvilke dietter som fører til vektnedgang, hvor mye man bør trene hver uke og hvordan kroppen skal se ut. Mennesker som er overopptatt av vekt, utseende og kropp har en spiseforstyrrelse. Den som har en spiseforstyrrelse har vanskelig for å forholde seg til egne følelser og tanker, i tillegg til mat (Skårderud, 2000). Den vestlige kulturen har et ideal som knytter skjønnhet til vekt og tynnhet, som lett fører til at mennesker er misfornøyd med kroppen sin og begynner å slanke seg. For noen ser slanking ut til å være forstadium til en alvorlig spiseforstyrrelse.

Det antas at ønske om tynnhet og frykt for å bli tykk er svært utbredt, spesielt hos kvinner og jenter. Mennesker med spiseforstyrrelser kan være en fare for seg selv. Anorexia nervosa har en av de høyeste mortalitetsratene av alle psykiske lidelser (Grønnevik, 2009). Denne kulturelle påvirkningen kan være med å avgjøre hyppigheten av spiseforstyrrelser gjennom oppmuntring til slanking. 78 % av amerikanske 18-årige jenter er misfornøyd med kroppen sin, 90 % av engelske jenter har forsøkt slanking (Klepp og Aarø, 2009). På verdensbasis ser insidensraten av anorexia ser ut til være 10-40 nye tilfeller pr 100.000 i året (Grønnevik, 2009). Tall fra 2002 viser at man i Norge har om lag 27 000 kvinner mellom 15 og 44 år anorexia nervosa (Helse Norge, 2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Spiseforstyrrelser er et tema som jeg interesserer meg for og som jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om. Jeg har lest to biografier av personer som har spiseforstyrrelser, ellers mye i media. I tillegg har jeg sett mange dokumentarer på fjernsyn som spesielt fokusere på anoreksia, og det gjorde inntrykk på meg hvordan disse menneskene lever. Ettersom spiseforstyrrelser blir mer og mer synlig i dagens samfunn, synes jeg det er viktig som sykepleier å ha kunnskaper rundt disse lidelsene. Selv har jeg noe arbeidserfaring med pasienter med spiseforstyrrelser, men da i en medisinsk avdeling. Jeg ønsker økt forståelse for denne pasientgruppen slik at jeg kan bruke mine kunnskaper i møte med dem.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne meg kunnskap om hvilke aspekter av sykepleie som er viktige for å kunne hjelpe pasienter med spiseforstyrrelser til bedre å mestre sin lidelse. Denne kunnskapen vil jeg ha god nytte av i møte med denne pasientgruppen i fremtiden.

1.3 Problemstilling

«På hvilken måte kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som lider av anorexia nervosa?»

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til unge i alderen 12-18 år med diagnosen anorexia nervosa, uavhengig av kjønn. Andre former for spiseforstyrrelser blir derfor ikke nevnt i oppgaven. For pasienter med anoreksia gir vekttapet en belønnende effekt, og kontroll over matinntaket fører til følelse av økt mestring av tilværelsen. Redselen for å gå opp i vekt og besettelsen av vekt, ser ut til å øke etter hvert som de går mer ned i vekt. Ettersom de går mer og mer ned i vekt, blir det vanskeligere å nå den perfekte standarden vedkommende har satt seg. Dette fører videre til enda mer restriktivt matinntak og som oftest hardere mosjon (Grønnevik, 2009). Jeg vil fokusere på hvordan sykepleier kan fremme mestring hos disse pasientene, da denne lidelsen kan gi mange helseplager og i verste fall ha døden som utfall. Oppgaven fokuserer på behandling i psykiatrisk institusjon da det er her man får muligheten til å samhandle med pasienten. På grunnlag av oppgavens omfang har jeg valgt å utelate pasientens pårørende, selv om jeg er innforstått med at de spiller en meget viktig rolle.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Hva er spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse som rammer kvinner og menn, jenter og gutter. Kvinner og jenter er mest utsatt, men det betyr ikke at det bare er de som lider av sykdommen (Skårderud, 2000). Hos gutter og menn ser man sjelden klassisk bulimi eller anorexia, men man må ha i bakhodet at dette kan være underrapportert. Fordi spiseforstyrrelse ofte er forbundet med skam, kan det være vanskelig å søke behandling (Røer, 2009). Buhl (1990) har i Hummelvoll (2012) trukket frem tre dimensjoner som kan forklare tankegangen bak symptomene vi ser hos mennesker med spiseforstyrrelser. Disse er vesentlige når man skal arbeide med denne pasientgruppen.

- *Kontrollsvikt*- Pasienten klarer ikke å forstå sine behov og indre signaler, dermed blir kontrollen dårlig.
- *Ytre styring*- Pasienten er avhengig og ubeskyttet ovenfor andre sine meninger og forventninger.
- *Indre følelser og impulser*- egenskapen til å lytte til indre impulser er forstyrret, samtidig som evnen til å takle uklare spenninger og impulser er svekket. Derfor er det vanskelig for disse pasientene å sette ord på behov og følelser.

Den som har en spiseforstyrrelse er overopptatt av vekt, kropp og utseende, og har vansker med å forholde seg til egne følelser og tanker. De styres av tanker om vekt og kropp, noen i så stor grad at det styrer svært mye av livet og gjør hverdagen vanskelig. Spiseforstyrrelser forbindes ofte med lav selvfølelse og opplevelse av å ikke ha kontroll. Løsningen blir derfor å ta kontroll over matinntaket og kroppens utseende, som gir følelse av kontroll og mestring. Denne løsningen blir etter en tid problemet, og spiseforstyrrelsen blir en dobbel kontrollsvikt. Det som skulle hjelpe og gi mer kontroll, mister man kontrollen over (Skårderud, 2000). Anorektikere kan oppfatte seg selv som tykke, selv om de er undervektige i virkeligheten. Selvfølelsen er knyttet opp til hvordan de ser ut og hva de veier. Ofte innser ikke disse pasientene at de har et problem, noe som gjør dem lite motivert for behandling (Grønnevik, 2009).

2.2 Anorexia nervosa

Anorexia kommer fra gresk og betyr mangel på lyst til å spise. Nelson definerer i Nygaard(1994) anorexia nervosa som en ekstrem form for nedsatt appetitt eller næringsvegring som forekommer hyppigst hos unge piker i oppveksten og starter som oftest som et forsøk på vekttap. Anoreksia handler om å begrense hva og hvor mye man spiser. Tilstanden utvikles som oftest i tenårene, men noen i senere alder og i forbindelse med dramatiske hendelser. Mennesker med anoreksi tenker mye på kalorier og mat og har angst for å legge på seg (Skårderud, 2000).

Fysiologiske symptomer er: lavt stoffskifte, lavt blodsukker, håravfall, tørr hud, uteblivelse av menstruasjon, avmagring og dehydrering (Hummelvoll, 2012). Psykologiske symptomer er: sløvhet, bissar atferd, asosialitet, nedsatt hukommelse og konsentrasjonsevne, følelsesmessig ustabilitet og økt opptatthet av mat. Flesteparten av de med anoreksi beholder maten de spiser, men noen kaster opp dersom de føler at de har inntatt for mye mat. Andre overspiser i perioder og mange overdriver trening for å forbrenne flest mulig kalorier. En del av dem med anoreksi kan etter hvert utvikle overspising eller bulimi, fordi det er vanskelig å opprettholde den strenge kontrollen over matinntaket (Skårderud, 2000).

2.2.1 Årsak til anorexia nervosa

Rør (2009) seier den vanligste årsaken til utvikling av spise forstyrrelser er slanking. Mennesker som er overopptatt av dietter, eller som tvinges til å gå på dietter på grunn av sykdom har stor risiko for å utvikle spiseforstyrrelser. Man kan ikke peke ut en årsak til hva som forårsaker spiseforstyrrelser. Et hvert menneske som utvikler spiseforstyrrelser har sine egne personlige krefter som gjør at problemet oppstår. Dersom man skal få forståelse for hvorfor spiseforstyrrelser oppstår, må man søke i flere retninger og bruke ulike perspektiv. På bakgrunn av tidligere psykologiske skader, forskjellige forhold som provoserer frem lidelsen og faktorer som vedlikeholder forstyrrelsen (Hummelvoll, 2012). Det er vanlig å skille mellom disponerende, utløsende og opprettholdende forhold. Disponerende faktorer handler om familiære forhold/genetikk, personlighet/perfeksjonistiske trekk, kulturelle forhold, traumer og seksuelle/fysiske overgrep.

Utløsende faktorer kan være mobbing, tidlig pubertet, endret livsvilkår, rolleforandring, slanking, store prestasjonskrav, skade hos idrettsutøvere, tap og konflikter. Lav selvtilitt hos skolejenter har vist seg å være en risikofaktor for å utvikle usunne holdninger til spising og vekt, i tillegg til utvikling av mer alvorlige tegn på spiseforstyrrelser og andre psykologiske problemer (Grønnevik, 2009).

Sist kommer vedlikeholdende faktorer som familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelsen, psykiske symptomer som depresjon, negative reaksjoner fra miljøet og opplevelsen av å ha mer kontroll/demping av indre spenning og uro (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 seg 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 problem 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).

2.2.2 Symptom og skader som følge av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelsen vil ofte være en meget tidkrevende og oppslukende aktivitet som fører til at mange trekker seg tilbake fra sosiale sammenhenger, og dermed unngår problematiske relasjoner og intimitet. Sult, oppkast, ekstrem fysisk aktivitet og overspising er atferd som kan fungere som teknikker for og «glemme» eller «komme seg unna» tanker og følelser. Disse ulike atferdene kan man forstå som mestringsstrategier og opplevelse av kontroll, men med store konsekvenser sosialt, psykisk og somatisk (Skårderud et. al, 2010). I verste fall kan skadene være dødelige. Underernæring vil være svært synlig hos mennesker med anoreksia på grunn av det store vekttapet. Kroppen sparer på energi og fører til at pasientens blodtrykk, puls og kroppstemperatur er redusert.

Ved underernæring blir hjernen mindre som betyr risiko for varige skader som kognitiv svikt og tidlig demens. Hos disse pasientene fører manglende inntak av væske og næring til forstyrrelser i elektrolyttene og hypokalemi (for lavt kaliumnivå i kroppen). Muskelplager, magesmerter, betennelse i spiserør, tap eller forstyrrelser av menstruasjon, anemi og

leukopeni er andre skader/symptomer som påføres ved anoreksia. Mange symptom og skader går tilbake dersom kost og vekt normaliseres, med noen unntatt som benskjørhet, infertilitet og redusert lengdevekst(Skårderud, 2000).

2.2.3 Behandling

De alle fleste pasienter kan behandles poliklinisk, i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et begrenset antall må behandles i sykehus på grunn av somatiske forhold eller alvorlige psykiatriske tilstander. Psykoterapi er den mest effektive behandlingsmetoden for spiseforstyrrelser, og kan gjennomføres på individ-, gruppe- og familienivå (Skårderud, et. al, 2010). Psykoterapi er en behandlingsform som er samtalebasert og blir brukt i et spekter av psykiske lidelser. Den seriøse psykoterapien har profesjonelt identifisert seg med et vitenskapelig grunnlag, og det er de siste 50 år gjort omfattende studier som dokumenter effekten av denne behandlingen, og som har skaffet kunnskap om mekanismene som gjør at psykoterapi fungerer(Ekeland, 2008).

2.3 Ungdomstiden

Som sykepleier må man ha kunnskap om hvordan det er å være ungdom dersom man skal kunne gi dem den sykepleie de har krav på og møte dem på deres nivå. Erikson sine psykososiale faser nevnes i denne oppgaven på det grunnlag at den beskriver ungdomstiden/puberteten.

I Erikson`s psykososiale faser består av 8 ulike faser og inkluderer barns utviklingsmessige konsentrasjon og opplevelser rundt ulike kroppssoner. Fase 5 representerer puberteten og ungdomstiden. I denne fasen av livet stilles det utfordringer til barna og deres opplevelser av kontinuitet fra tidligere år. Ungdommen må takle den kroppslige veksten, så vel som å takle og utvikle de sosiale utfordringer som kjønnsmodningen gir dem. Identitet eller rolleforvirring er et sentralt konfliktområde (Erikson, 2000). Puberteten er en livsperiode hvor fokuset på utseende og kropp øker. De aller fleste vil i denne perioden være misfornøyde med et eller annet(Renolen, 2008).

2.4 Mestring

Mestring handler om å gjøre noe på egen hånd, om å takle påkjenninger, kriser, sykdom eller stress slik at man kommer seg videre på en god måte. Man må forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner, og ta i bruk ressurser man har for å forbedre situasjonen

(Heggen, 2008). Dette kan bety å bedre forståelsen, forsøke å få kontroll på følelsene eller finne tydelige tiltak som kan gjøre sykdommen mindre belastende (Eide og Eide, 2010). Heggen (2008) hevder at mestring inkluderer både evnen til å utføre oppgaver, og hvilke følelser eller forventninger man har til denne utføringen. Behovet for mestring oppstår når individet blir utsatt for belastning eller påkjenning, for eksempel skilsmisse, dødsfall i familien eller det å bli alvorlig syk.

Mestring er en dynamisk prosess hvor man veksler mellom å åpne og lukke seg, mellom å slippe til og skyve unna, miste taket på situasjonen og mestre situasjonen (Eide og Eide, 2010). Håkonsen (2006) hevder at å oppleve personlig kontroll og at man mestrer utfordringer i livet muligens er den enkeltfaktor som har størst betydning for helse og for velvære. Flere forfattere legger vekt på at en relasjon mellom individ og omgivelser er viktig for mestring. Hvor stor belastning som følger med lidelsen er også avhengig av hvordan omgivelsene reagerer, for eksempel om venner og familie stiller opp med hjelp (Heggen, 2008).

2.5 Lidelse

Jeg velger å ta for meg lidelse fordi anorexia nervosa er en psykisk lidelse og for å gjøre det klart for leseren at sykdom og lidelse ikke er det samme. Travelbee (1999) sier lidelse er en livserfaring som alle mennesker opplever i løpet av livet. Man lider fordi man *er* et menneske og lidelse er knyttet til det å være menneske. Lidelse defineres som «en tilstand eller opplevelse hos den som lider; utholdelse av eller underkastelse under plage, smerte og tap. En smerte som utholdes eller nød, tap og skade som påføres (Travelbee, 1999). Lidelse blir ansett som en erfaring som varierer i lengde, dybde og intensitet, og hvert enkelt menneske opplever den på sin egen måte. Felles for alle lidelser er at den omfatter både kroppslige, åndelige/eksistensielle og psykiske sider ved menneskets situasjon. Følelser som tomhet, meningsløshet og at man er alene og forlatt fra andre mennesker er følelser den lidende kan sitte inne med. Å unngå sosiale situasjoner og vende oppmerksomhet mot seg selv er en tendens man ser hos mennesker som lider. Dette kan føre til at de trekker seg bort fra andre mennesker og opplever at omgivelsene trekker seg bort fra dem (Kristoffersen og Breievne, 2008).

2.6 Relasjon og kommunikasjon

Lemvik (2006) forklarer relasjon som «den røde tråden» for samarbeid mellom fagpersonen og pasienten med den psykiske lidelsen. For fagfolk i psykiatrisk arbeid er utfordringen hvilke relasjoner som er viktige og hvordan man skal forholde seg til pasienten (Valgum, 2006). Sykepleier møter ofte pasienten i en sårbar livssituasjon da han er hjelpetrengende eller syk. Samhandling og relasjon med den som er syk stiller derfor krav til at sykepleieren bruker sin faglige kompetanse på en medmenneskelig måte. Det stilles krav om å være tålmodig, forståelsesfull og det må bygges tillitt (Kristoffersen og Nortvedt, 2010). Å være profesjonell i en terapeutisk relasjon betyr at man både har distanse til situasjonen, samtidig som man gjennom medmenneskelighet skaper kontakt og nærhet og gjør relasjonen mulig (Håkonsen, 2006).

Kommunikasjon kan defineres som utveskling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er til hjelp for pasienten og at den er faglig velfundert. Med profesjonell hjelpende kommunikasjon mener man kommunikasjon som hører til det yrke man har, i denne sammenheng yrkesrollen som hjelper. Selv om helsepersonell kan ha ulike arbeidsområder er det overordnede målet å fremme helse, forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Denne typen kommunikasjon bør derfor være hjelpende, i den forstand at den er faglig begrunnet og til hjelp for andre (Eide og Eide, 2010). Profesjonell helsefaglig kommunikasjon er basert på yrket sine verdigrunnlag. De internasjonale retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleie skal ytes «uavhengig av kjønn, alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, seksuell legning, funksjonshemming eller sykdom, politisk oppfatning, nasjonalitet, sosial status eller etnisk bakgrunn» (ICN, 2012).

Hjelpende kommunikasjon skaper trygghet og tillit, er anerkjennende og formidler informasjon på måter som bidrar til å løse problemer og som stimulerer pasienter til å mestre situasjonen så godt som mulig. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet, ofte åpen, med et visst ubestemt og uforutsigbart preg. Tillit til at det ubestemte og åpne kan gjøre noe godt, er en forutsetning for kontakt og nærhet, og dermed for en god relasjon og mulighet til å hjelpe og støtte. Kommunikasjonens kunst består av og blant annet å oppfatte det komplekse samspillet mellom det verbale og non verbale, forholde seg til helheten og respondere på det som den andre formidler. Kjernen er å anerkjenne den andre, være åpen, direkte og aktivt lyttende (Eide og Eide, 2010).

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som et av sykepleiernes viktige redskap når det gjelder å opprette et virkelig menneske- til – menneske- forhold til pasienten. Gjennom god kommunikasjon kan man hjelpe pasienten med å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom bedre. Det er viktig med tilstrekkelig og god informasjon til pasienten om sykdom og behandling for å bidra til at situasjonen blir med forståelig. En forutsetning her er å etablere en god og trygg relasjon med tanke på samarbeid for å få best mulig resultat.

2.6.1 Kommunikasjon i møte med den anorektiske pasienten

Å kommunisere med mennesker som lider av spiseforstyrrelser er ikke alltid enkelt, da disse menneskene ikke ser på seg selv som syke (Hummelvoll, 2012). Den anorektiske pasienten lukker seg inn i seg selv, avstenging og innkapsling er strategien. Kroppen blir gjort om til et bur der få eller ingen personer slipper inn (Skårderud, 2000). Nettopp på grunn av at pasienten ikke betrakter seg selv som syk, og heller ikke trenger behandling, blir det å skape en god relasjon være vanskelig for sykepleier. Benektingen og viljestyrken som anorektikere viser ovenfor deres tilstand, forbauser selv erfarne fagfolk. Da anorektikere ser på spisemønsteret sitt som en løsning og ikke et problem, kan man forstå fraværet av motivasjonen for behandling. Valgum (2006) sier at det ikke alltid er like enkelt å etablere en relasjon til pasienter med en psykisk lidelse, nettopp fordi disse pasientene har et grunnleggende relasjonsproblem. For sykepleier er dette svært viktig å ha kunnskaper om, fordi kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier må tilpasses dette behovet.

Det første møtet mellom sykepleier og pasient er avgjørende for videre samarbeid og behandling. Sykepleiers holdninger er her helt sentrale, ettersom pasienten vil være svært følsom for disse. (Hummelvoll, 2012). Skam, skyldfølelse og overveielser over om man skal søke hjelp eller ikke, gjør pasienten sårbar. Sykepleieren må forsøke å skape en atmosfære av forståelse, respekt, empati, tillitt, åpenhet og vise kunnskaper og interesse (Skårderud et. al, 2010). Det er også viktig at sykepleier presiserer for pasienten hvilke rammer og innhold behandlingen består av og at opplegget blir tilpasset deres behov og situasjon (Hummelvoll, 2012).

2.7 Tillit

Tillit er et viktig aspekt i denne oppgaven, fordi tillit er grunnleggende for å danne en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Artikkelfunnene mine viser at tillit og relasjon henger tett sammen. Med tillit menes både at man har tillit til seg selv, men også til at andre mennesker som hjelper en og stiller opp dersom det er behov for det. Nowotny legger i (Rustøen, 2009) vekt på at det å stole på seg selv og ens egne evner er svært viktig, og tro at man er i stand til å håndtere situasjonen man er i, og at man ser for seg en vei ut av vanskelighetene. Tillit er en forutsetning for å kunne utvikle en dypere mellommenneskelig samhandling. Ved å vise et annet menneske tillit utleverer man seg og gir noe fra sitt liv. Dersom pasienten ikke har tillit til sykepleier, eller omvendt, vil det være en forstyrrelse i forholdet mellom dem som kan virke inn på behandlingsforløpet og måten de omgås på. Tillit står på spill i møte med pasienter og må ikke ignoreres, fordi den har grunnleggende betydning for pasientens trygghet (Bjørk, Helseth og Nortvedt, 2002). Travelbee (1999) mener at ingen individer er så naive at de stoler helt og fullt på sykepleieren. Sykepleieren må gjøre seg fortjent tilliten gjennom sin oppførsel og vise at hun/han er til å stole på. Om sykepleieren ønsker å utvikle mer åpenhet i tillitsforholdet, må pasientens forbeholdenhet være utgangspunktet.

2.8 Sykepleiefaglig perspektiv

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Joyce Travelbee og Hildegard Peplau sine teoretiske perspektiv på sykepleie. Travelbee (1999) legger blant annet vekt på at sykepleierens funksjon er å bidra til å mestre lidelse og sykdom. Sykepleieteorien er relevant for min oppgave ettersom den fokuserer på nettopp hvordan sykepleier kan fremme mestring. Joyce Travelbee definisjon av sykepleie:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie praktiseren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee sin sykepleiedefinisjon bygger på eksistensialistisk menneskesyn og det faktum at man ikke kan unngå å oppleve lidelse og smerte i livet. Sykepleierens funksjon blir derfor å finne hensikt og mål og bidra til å mestre lidelse og sykdom og finne mening i det vedkommende opplever. Å hjelpe syke og lidende mennesker med å gjenvinne helsen eller å komme seg etter en sykdomsfase, er i dagens sykepleie en vesentlig tilfredsstillelse.

Sykepleiere kan bistå syke mennesker ved å hjelpe dem til å mestre lidelse og sykdom som erfaring. Dette gjøres ved at sykepleier etablerer en tilknytning til den syke, og formidler at han ikke er alene (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) understreker viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk og mener det er en egenskap som kjennetegner en profesjonell sykepleier. Når sykepleier bruker seg selv terapeutisk må det tas i bruk egen personlig bevissthet i et forsøk på å skape et forhold til den syke. For å kunne klare dette trenger sykepleier selvinnsikt, kunnskap og selvforståelse. Pasientbegrepet tar Travelbee sterk avstand fra og ser på forholdet mellom pasient og sykepleier som et menneske-til-menneskeforhold der begge parter er likeverdige.

En grunntanke Travelbee sin sykepleieteori er man som sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til- menneske – forhold. Et slikt forhold kjennetegnes av at begge partene i forholdet ser på hverandre som unike individer. I sykepleiesammenheng er menneske- til- menneske- forhold et virkemiddel som gjør at sykepleiens mål og hensikt oppfylles, og å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom. Menneske-til-menneske-forholdet må bygges opp og kommer ikke av seg selv. Sykepleieren må samhandle med den syke og vite hva hun gjør og tenker, erfarer og føler. All kontakt sykepleieren har med pasienten danner et menneske-til-menneske-forhold(Travelbee, 1999).

Hildegard Peplau omtaler i sin sykepleieteori relasjonen mellom sykepleier- pasient. Peplau sier sykepleie er en terapeutisk og mellommenneskelig prosess. Sykepleieren må samarbeide med hele mennesket for å kunne gjøre helse mulig for pasienten. Sykepleie er et pedagogisk instrument og kraft som tar sikte på å fremme personlig utvikling hos mennesket. Peplau hevder at relasjonen sykepleier- pasient er en interpersonlig prosess som utvikler seg over tid, og gjennom flere faser. Relasjonen må være preget av nærhet og respekt for pasienten, som et uavhengig og autonomt individ. Selv om det å holde avstand er viktig, er det like viktig med menneskelig kontakt og personlig involvering. Videre sier Peplau at relasjonen karakteriseres av informasjon, en målrettet kommunikasjon og diskusjon med pasienten for om mulig å øke pasientens velvære (Peplau, 1952).

3.0 Metode

Tranøy definerer i Dalland (2008) metode som en fremgangsmåte for å bringe frem ny kunnskap og være kritisk til om kunnskapen er gyldig eller holdbar. Metoden forteller oss hvordan man bør gå til verks for å finne frem, vurdere eller etterprøve kunnskapen. Med andre ord kan man si at metode er et redskap som hjelper oss til å samle data for å finne ut av det man ønsker å undersøke. Dalland(2008) skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Begge disse metodene sikter på å bidra til bedre forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner samhandler. Selv om begge metodene har et felles mål, er forskjellene ganske store. De kvalitative metodene samler inn data hos et mindretall mennesker på områder der meninger og det unike skal utforskes. Her kan det brukes observasjon eller dybdeintervju for å samle inn mye data om få personer. De kvantitative metodene derimot tar utgangspunkt i et flertall mennesker der man kan sammenligne data som til slutt kan presenteres i tall/statistikk (Dalland, 2008). I kvantitativ forskning samler man inn få data om et stort antall personer, for eksempel ved registrering av forekomst av et bestemt fenomen og spørreskjemaundersøkelser(Brodtkorb og Rugkåsa, 2010).

3.1 Litteraturstudie som metode

Det brukes litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Som i alle andre oppgaver skal litteraturstudie inneholde bakgrunn, problemstilling, innsamlingsmetode, litteraturred, formål og drøftingsdel. Her er det nettopp litteraturen som er informasjonskilden og denne litteraturen skal i drøftingsdelen veies opp mot litteraturdata fra resultatene man finner i et antall vitenskapelige artikler. Vanligvis henter man litteraturdata fra 5-6 vitenskapelige rapporter/artikler (Olsson og Sörensen, 2009).

3.2 Metodens sterke og svake side

Den sterke siden ved litteraturstudie er at det allerede eksisterer forskning og litteratur på det temaet man ønsker å skrive om. Grunnarbeidet med å samle inn data er allerede utført og gjør at man slipper krevende arbeid med å samle og analysere dataene man vil anvende i oppgaven. En svakhet med litteraturstudie er at det finnes en begrenset mengde forskning og at man da ikke finner forskning som er relevant for problemstillingen. I tillegg kan ulike forskere komme frem til ulike resultater for samme tema (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Litteratursøk og valg av litteratur

I søk etter artikler har jeg brukt helsefaglige databaser gjennom høgskolen sine biblioteksider. Databasene jeg har søkt i er SveMed, Cinahl, Medline og PubMed. Jeg fikk

mange treff på søkene mine, men mange av artiklene fokuserte på behandlingsprogram, som ikke er relevant for min problemstilling. Artiklene som er med i denne oppgaven er hentet fra databasen Cinahl og alle søk er avgrenset til år 2004-2013 for å få med den nyeste forskning og kunnskap rundt temaet.

- Jeg søkte på *therapeutic relationship*, der jeg fikk 8615 treff. Ved å kombinere søket med *eating disorder* og *anorexia* fikk jeg 7 treff. Etter å ha lest igjennom overskrifter og sammendrag fant jeg frem til en artikkel av Wright(2010) som sa noe om relasjon mellom sykepleier og den anorektiske pasienten og som derfor er relevant for min oppgave.
- Ved å søke på *anorexia nervosa* kombinert med *adolescents* og *recovery* fikk jeg 20 artikler der Bakker, van Meijel, Beukers, vann Ommen, Meerwijk, van Elburg(2011) var relevant for min oppgave fordi den sa noe om at terapeutisk relasjon og informasjon er viktig for at sykepleier skal hjelpe i behandlingen pasienter med anoreksia.
- Artikkelen skrevet av Masson og Sheeshka(2009) fant jeg ved å søke *patient relations* og *anorexia* og fikk 63 treff. Ved å kombinere søket med *perspectives* fikk jeg 6 resultat. Artikkelen som er nevnt ovenfor ble valgt ut etter at jeg leste sammendrag av 6 artikler, og er relevant for oppgaven min fordi den sier noe om at tillit er viktig for at pasienter med spiseforstyrrelser skal fullføre behandling.
- Ved å søke *eating disorders*, *relationships* og *nursing OR nurses* fikk jeg 14 resultat, der artikkelen til Snell, Crowe & Jordan(2010) var relevant fordi den sa noe om viktigheten av kunnskaper når man arbeider med spiseforstyrrede og hvorfor det kan være utfordrende å etablere en relasjon til denne pasientgruppen.
- Den siste artikkelen jeg har valgt å ha fant jeg ved å søke *eating disorders* og *treatment* og fikk 990 treff. Jeg kombinerte søket med *therapists and patients perspective* og fikk 2 treff. Artikkelen til De la Rie, Noordenbos, Donker & Furth(2008) var relevant for min oppgave fordi den får frem både terapeut og pasient

synspunkter, og sier noe om at terapeutisk relasjon, kommunikasjonsevner, tillit, kunnskap og erfaring er av betydning i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.

- Jeg søkte på *anorexia* kombinert med *nursing OR nurses* og fikk 155 treff. Jeg avgrenset søket ved å tilføre *adolescent(s)* og fikk 14 resultat. Artikkel av Van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel(2009) var relevant for min problemstilling fordi funnene i artikkelen bygger på at informasjon og relasjon er viktig i behandlingen av anoreksia.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er et begrep for metoder som brukes til å skille godkjente opplysninger fra spekulasjoner. Man bruker denne metoden for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Dette betyr at kildene som brukes må vurderes og karakteriseres. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få innsyn i hvilke refleksjoner forfatteren har gjort om litteraturen som benyttes, hvor kritisk man har vært til litteraturvalg og hvilke avgrensninger som er gjort i oppgaven (Dalland, 2008).

Litteraturen som er brukt i denne oppgaven er hentet fra pensumlitteratur og ulike bøker jeg har funnet frem til ved hjelp av søkemotoren BIBSYS. I oppgaven har jeg forsøkt å bruke primærlitteratur, når den har vært tilgjengelig. Å få tilgang til primærkilden har ikke alltid vært like enkelt og jeg har derfor brukt sekundærkilden. En primærkilde er førstehåndskilde, med andre ord originalen(Bjørk og Solhaug, 2008). Dalland (2008) påpeker at man bør ha som hovedregel å benytte primærkilden. På den måten sikrer man seg mot å anvende andres unøyaktigheter og feiltolkninger. Dersom det ikke lar seg gjøre på grunn av at dataen er lite tilgjengelige kan man bruke sekundærkilden. Sekundærkilden er en andrehåndskilde der materialet fra primærkilden er bearbeidet(Bjørk og Solhaug, 2008).

I søk etter forskningsartikler og fagartikler avgrenset jeg alle søkene mine til artikler som var gitt ut etter 2004, slik at artiklene ikke var eldre enn 8 år. Dette fordi det de siste år er gjort mye forskning rundt spiseforstyrrelser og fordi jeg ønsker å bruke den nyeste forskningen i oppgaven min. For å kvalitetssikre forskningsartiklene mine har jeg brukt sjekklister for forskningsartikler fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten(2008). I tillegg har jeg brukt PICO- verktøyet fra kunnskapsbasert praksis(2012) til å hjelpe meg med problemstilling.

Jeg søkte i BIBSYS etter ulike bøker til temaet mitt og fant mye jeg kunne bruke. Noen av bøkene ble valgt bort på grunn av at de ikke var aktuelle og litteraturen var for gammel. Bøkene som er brukt i oppgaven er ikke eldre enn 10 år, bortsett fra Skårderud (2000). Denne boken eksisterer i flere utgaver og det ble forsøkt å få tak i disse. Jeg synes boka er relevant for oppgaven fordi Finn Skårderud blir sett på som en av Norges fremste ekspert på spiseforstyrrelser. Jeg synes selv boken var svært god og har derfor valgt å ha den med i oppgaven tross at den var noe gammel.

3.4 Forskningsetikk

Forskingsetikk handler om å referere til riktige kilder og opphav. Når man skriver en oppgave er det viktig at man henviser korrekt til sitater og brukt litteratur i litteraturlisten for å unngå plagiat. Plagiat betyr opprinnelig «menneskerov», i denne sammenheng å ta æren for tekstmateriale som andre har skrevet (Olsson & Sörensen, 2009). I litteraturstudier skal forskingen man bruker være godkjent av en etisk komite (Forsberg & Wengström, 2008).

I oppgaven min skal jeg hele tiden henviser til kilder, og litteraturlisten vil bli skrevet etter retningslinjene fra biblioteket ved høgskolen sine sider. Ved bruk av sitat og litteratur vil jeg være nøye med å oppgi kilder slik at de ikke fremstår som mine ytringer. Fire av seks artikler som brukes i oppgaven er godkjent av en etisk komité. Av de resterende er det en oversiktsartikkel og en der etisk komité ikke var omtalt.

3.5 Presentasjon av valgt forskningslitteratur

Viser til vedlegg 1 for en mer utfyllende presentasjon av artiklene.

Therapeutic relationships: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit (Wright, 2010).

Oversiktsartikkel der nåværende forståelser av terapeutisk relasjon er presenter og vurdert i lys av omsorg for pasienter med anoreksia. I artikkelen kommer frem at å etablere et forhold til pasienten som er profesjonelt, respektfullt, terapeutisk og fremmer helse er en utfordring hos denne pasientgruppen. Den terapeutiske relasjonen er «hjørnesteinen» i psykiatrisk sykepleie. Artikkelen sier også at den terapeutiske relasjonen er en viktig «ingrediens», sentral for mental helse og relasjonen er «nøkkelen» for det terapeutiske utfallet.

Kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell nevnes som avgjørende for kvaliteten på behandlingen til den spiseforstyrrede

Clinicians' perspectives on the premature termination of treatment in patients with eating disorders (Masson og Sheeshka, 2010).

Kvalitativ artikkel undersøkte hva klinikere mener er årsaken til at pasienter med spiseforstyrrelser avslutter behandlingen tidlig. De viktigste målene var å undersøke hvilke faktorer som skilte pasienter som fullførte behandling versus de som ikke fullførte behandling, bestemme om klinikere mente disse faktorene skilte pasienter som forlot programmet frivillig fra de som ble bedt om å forlate programmet. Ved denne sengeposten behandles voksne over 18 år, som har diagnosen anorexia nervosa, bulimia nervosa eller annen form for spiseforstyrrelser. Studien understreker at det kom frem i seks av de totalt syv intervjuene at tillit er en viktig faktor for at pasienter fullfører behandling.

Recovery of normal body weight in Adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions (Bakker, van Meijel, Beukers & van Elburg, 2011).

En kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke hvilke sykepleieaspekt som ifølge sykepleiere er mest effektive i behandlingen av ungdom med anorexia. Klinikken behandler ungdommer i alderen 12-18 år som lider av spiseforstyrrelser, inkludert anorexia nervosa. Resultatene i denne studien viste at sykepleiere er i en sentral posisjon til å hjelpe pasienter med anoreksia til å gjenvinne vekt. En god terapeutisk relasjon er avgjørende for å gjennomføre målrettet sykepleie. Det kom også frem at informasjon som ble gitt var grunnlaget for det gode forholdet som oppstod mellom foreldre, deres barn og sykepleierne.

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

En kvalitativ artikkel der hensikten var å utvikle en tentativ teoretisk modell som forklarer effekten og viktigheten av sykepleie til ungdom som er innlagt med diagnosen anorexia nervosa. Denne studien undersøkte hva pasienter med anorexia anså som viktig i behandlingsforløpet. Resultatene viste at støtte, informasjon om anorexia og relasjon som spesielt viktige for å fortsette behandling. Et forhold bygd på tillitt vokste også i løpet av oppholdet fordi sykepleierne hadde kunnskaper om spiseforstyrrelser.

The Quality of Treatment of eating Disorders: a Comparison of the Therapists`and the Patients` Perspective. (De la Rie, Noordenbos, Donker & Furth, 2008).

Kvantitativ og kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke kvaliteten på behandlingen av spiseforstyrrelser, både ut i fra terapeuten og pasienten sine synspunkt. Resultatene i studien viste at både pasienter og terapeuter var enige i at en terapeutisk relasjon er viktig for kvaliteten på behandlingen. Det kom også frem i studien at pasientene mente at kommunikasjonsevner hos helsepersonellet er nødvendige i behandlingen og at det å bli tatt på alvor ble sett på som viktig. Både terapeutene og pasientene som ble intervjuet understreker viktigheten av å ha kunnskaper, kompetanse og erfaringer om spiseforstyrrelser. Pasientene nevnte også tillit mellom seg og terapeut som viktig for behandlingen.

Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorders unit (Snell, Crowe & Jordan, 2010).

Kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke erfaringene sykepleierne har med å etablere en terapeutisk relasjon med pasienter med spiseforstyrrelser. I artikkelen er sykepleierne enige om at tilknytning var grunnleggende i behandlingen av pasienten. Å etablere en terapeutisk relasjon viste seg å være problematisk fordi pasientene inne selv innså at de har et problem og derfor avstår fra behandling. Studien viser viktigheten av at sykepleieren bruker kunnskapene sine og forklarer pasienten sammenhengen mellom de psykiske og fysiske forandringene som spiseforstyrrelser forårsaker.

4.0 «På hvilken måte kan sykepleier fremme mestring hos pasienter som lider av anorexia nervosa?»

Etter å ha studert relevante forskningsartikler og teori har jeg kommet frem til ulike temaer som jeg vil drøfte opp mot problemstillingen. Temaene som vil bli drøftet er:

- Terapeutisk relasjon og kommunikasjon
- Informasjon og kunnskaper

4.1 Terapeutisk relasjon og kommunikasjon- grunnlaget for vellykket behandling

Perspektivene kommunikasjon og relasjon overlapper hverandre, siden all kommunikasjon foregår i relasjoner og man kan ikke tenke seg en relasjon der det ikke foregår kommunikasjon (Jensen & Ulleberg, 2001). Disse perspektivene drøftes derfor under samme punkt. I tillegg drøftes kommunikasjonsferdigheter og tillit under dette punktet.

I studien utført av Wright (2010) kommer det frem at en terapeutisk relasjon er «hjørnesteinen» i psykiatrisk sykepleie og at den er avgjørende for det terapeutiske utfallet til pasienter med anorexia nervosa. Lemvik (2006) sier at relasjon er den «røde tråden» for at samarbeid mellom fagpersoner og pasienter med en psykiatrisk lidelse skal fungere. Travelbee (1999) sin sykepleieteori hevder at sykepleier kan bistå syke mennesker ved å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse, og at dette gjøres ved at sykepleier etablerer en tilknytning til den syke. Funnene i studien til Bakker et. al (2011) støtter disse funnene, og informantene påpeker at en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier er avgjørende for å kunne gi målrettet sykepleie og for å hjelpe pasientene med anoreksia.

Wright (2010) sier videre i sin studie at den terapeutiske relasjonen er en viktig «ingrediens», sentral for mental helse og relasjonen er «nøkkelen» for det terapeutiske utfallet. Travelbee (1999) understreker viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk, og at nettopp den egenskapen kjennetegner en profesjonell sykepleier. En sykepleier som kan bruke seg selv terapeutisk, bruker egne kunnskaper og personlighet bevisst for å oppnå et forhold til den syke, men også for å strukturere sykepleieintervensjonen. Zeeck og Hartmann sier i Snell et. al (2010) at pasienter med spiseforstyrrelser verdsetter den terapeutiske relasjonen under behandling, fordi de synes det er utfordrende å engasjere seg i den. Da pasienten ofte er sårbar må relasjonen

mellom sykepleier og pasient bygges på tillit, tålmodighet og forståelse (Kristoffersen og Nortvedt, 2010).

Da en terapeutisk relasjon er «nøkkelen» i behandlingen av anorexia nervosa pasienter, må det også synliggjøres at å etablere en relasjon med disse pasientene kan gi store utfordringer for sykepleierne. I studien utført av Masson og Sheeshka (2009) kommer det frem at de opplevelser den anorektiske pasienten har fra fortiden, kan gjøre det vanskelig for dem å opprette en relasjon med helsepersonell. Valgum (2006) påpeker at det ikke alltid er like enkelt å etablere en relasjon, nettopp fordi pasienter med en psykisk lidelse har et grunnleggende relasjonsproblem. Pasienten prøver ofte å dra fagpersonene inn i de samme vonde relasjonene som tidligere er erfart. Selv om fagpersonen møter pasienten med de aller beste intensjoner om samarbeid og tillit, skjer det likevel at fagpersonen ender opp som den hjerteløse, udugelige og onde. Likheter kan sees i studien til Snell et. al (2010) der sykepleierne understreker at det er vanskelig å etablere en terapeutisk relasjon fordi pasienter med anoreksia ikke innser at de er syke, og derfor engasjerer seg lite i behandlingen.

Studien til Wright (2010) påpeker at pasienter med anoreksia har et forvrengt bilde av deres forhold til andre, men også til seg selv. Det forvrengte bilde kan ha stor innflytelse på om de er i stand til å opprette en relasjon til andre mennesker. Peplau (1952) sier i sin sykepleieteori at noen pasienter har lettere for å etablere en relasjon til sykepleier enn andre. Det nevnes i studien til De la Rie (2008) at pasienter med spiseforstyrrelser har vanskeligheter for å fullføre behandling, og at noe av årsaken til dette er at de synes det er vanskelig å engasjere seg i forhold.

I studien til Van Ommen et. al (2009) gir informantene uttrykk for at en god terapeutisk relasjon er viktig i deres behandling. Videre mente de at helsepersonell burde være forståelsesfulle, empatisk, støttende og ikke dømme dem. Sykepleierne som ble intervjuet var enige i at støtte og empati var viktig i behandlingen av anoreksia. Travelbee (1999) sier at empati er en prosess der et menneske er i stand til å forstå et annet menneske sin psykiske tilstand. Håkonsen (2006) hevder empati i arbeid med pasienter i nære relasjoner bygger på evnene og ferdighetene man som profesjonell yrkesutøver har til å formidle sin forståelse til den andres verden på en hensiktsmessig og god måte. Forståelse av pasientens erfaringer og opplevelser vil i profesjonelt arbeid være en avgjørende faktor. Det er gjennom empatisk innlevelse i pasientens verdensbilder og opplevelser at en relasjon etableres. Dersom

sykepleier ikke lykkes med å etablere en god relasjon til pasienten vil tilnærmingen baseres på mangelfull forståelse, og man står da i fare for å ikke få maksimalt utbytte i behandlingen til pasienten. I følge Bjørk et.al(2002) er empati en grunnleggende følelsesmessig evne som gjør det mulig å knytte emosjonelle bånd til andre. Travelbee(1999) sier at det er nødvendig med tillit og et ønske om å forstå den andre for å kunne føle empati for noen, og at empati brukes som hjelp i prosessen med å komme nærmere et annet menneske.

De la Rie et.al (2008) sin studie kommer det frem at dersom den anorektiske pasienten opplevde negative følelser i terapissammenhenger, ble utfallet av behandlingen deres dårligere. Dette kunne knyttes til mangel på en god terapeutisk relasjon mellom pasient og behandler. I motsetning ble prosessen med å gjenopprette den terapeutiske dialogen, gjennom hyppige påminninger om terapi assosiert med et godt behandlingsresultat. Peplau(1952) definerer den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient som kjernen i sykepleie. Valgum (2006) påpeker at over tusen psykoterapistudier bekrefter at behandlingsforløpet til pasienter med psykiatriske lidelser bedres dersom pasienten føles seg som deltaker i en meningsfull relasjon med terapeuten. Med andre ord er gode og stabile relasjoner et svært viktig hjelpemiddel i psykiatrien. Videre sier Valgum(2006) at det er viktig at alle behandlere har kompetanse i å fremme pasientens evne til trygge relasjoner, uansett hvilke psykiatrisk behandling det gjelder. For nå det kommer til stykket, beror nesten alt på relasjonene.

I De la Rie et. al(2008) sin studie mente pasientene med spiseforstyrrelser at kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell er viktig for deres behandling. Det å bli tatt på alvor hadde stor betydning for pasientene. Eide og Eide (2010) sier at gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler man tar i bruk for å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å hjelpe og støtte, til å ta gode beslutninger sammen og til å stimulere den andre sin framgang på best mulig måte. Det å kommunisere klart og lytte aktivt er en forutsetning for å kartlegge hva situasjonen krever, og for å unngå uheldige valg og dårlige løsninger. Gjennom hjelpende kommunikasjon skapes det trygghet og tillit. Anerkjennelse og formidling av informasjon på måter som bidrar til å løse problemer kan hjelpe pasienter til å mestre situasjonen så godt som mulig (Eide og Eide, 2010). Likheten kan sees hos Peplau(1952) som betrakter kommunikasjon som en vesentlig komponent i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Ved å snakke om bekymringer og problemer kan pasienten sette lys på disse og få hjelp til å mestre dem.

Studien til Wright(2010) understreker også at kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for kvaliteten på behandlingen til den spiseforstyrrede. God kommunikasjon bidrar til å skape tillit i relasjoner(Håkonsen, 2006). Dette støttes av Travelbee(1999) som sier at kommunikasjon er det viktigste redskapet man som sykepleier har for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Det er gjennom kommunikasjonen man kan hjelpe pasienten til å mestre sykdom på en bedre måte. Et argument som ikke kan oversees er at pasienter med anoreksia har en tendens til å nekte behandling, er ambivalente mot helsepersonell og at disse pasientene kan fremkalle negative følelser(Wright, 2010). Nettopp fordi pasienten ikke betrakter seg selv som syk og derfor ikke trenger behandling, kan det bli vanskelig å etablere en god arbeidsrelasjon til pasienten, men den er like avgjørende for pasientens utbytte av behandlingen(Hummelvoll, 2012). I studien til Snell et.al (2010)sier sykepleierne som ble intervjuet at spiseforstyrrelsen er svært dominerende og har betydelig innflytelse på pasientens evne til å kommunisere med dem om problemer.

Dette kan forklare hvorfor det for sykepleier kan være vanskelig å kommunisere, skape tillit og en god relasjon med den anorektiske pasienten. Travelbee (1999) nevner noen spesifikke kommunikasjonsevner som har betydning for sykepleiere. Sykepleieren må ha evne til å bruke observerte data og tolke disse, tilrettelegge og styre interaksjonen for å oppnå visse mål. Også evnen til å finne ut om kommunikasjonen når frem, og forstå når man bør snakke og når man bør tie sees på som viktige hos Travelbee. Den internasjonale kodeksen for sykepleiere (ICN) sier at hovedmålet med profesjonell kommunikasjon er å forebygge sykdom, fremme helse og gjenopprette helse og lindre lidelse(Eide og Eide, 2010). Som tidligere nevnt i punkt 2.6.1 lukker anorektiske pasienter seg inn i seg selv og slipper få eller ingen personer inn på seg. Dette sier noe om hvorfor det er vanskelig for sykepleier å nå inn til disse pasientene, og at pasientene i tillegg ikke innser at de er syke. For sykepleier er dette svært viktig å være klar over i møte med anorektikere, slik at de kan bruke de riktige kommunikasjonsferdighetene og tilpasse behovet til hvert enkelt individ. Det første møtet mellom anoreksia pasienten og sykepleier bør være preget av at sykepleier lytter, er åpen og inviterende(Skårderud, 2000). Sykepleieren må prøve å skape atmosfære av respekt, tillit, forståelse og interesse(Skårderud et.al, 2010). Dette støttes av Peplau (1952)som i sin sykepleieteori illustrerer seks dynamiske sykepleierroller som er typisk for sykepleie. En av dem er fremmedrollen som bygger på at sykepleieren tilrettelegger en atmosfære slik at tillit bygges.

I studien til Van Ommen et. al(2009) og studien til Masson og Sheeshka(2009) synes forfatterne her å være enige om at tillit er grunnleggende for å etablere en relasjon og for det terapeutiske forhold. Denne tilliten må være gjensidig i relasjonen mellom sykepleier og pasient, tillit må vises og vinnes. Temaet belyses av Jensen og Ulleberg(2011) som sier at pasientens tillit til de profesjonelle er sentralt for å kunne samarbeide, og at profesjonsutøverne får tillit når de viser at de lytter og bekrefter det pasienten sier. Tillit er en ressurs som skaper håp, og håp skaper forventninger, som igjen realiserer håpet. Dersom tillit mangler, er mye av det man ellers gjør bortkastet. Disse synspunktene viser at tillit må være tilstede mellom pasient og sykepleier dersom man skal fremme mestring.

I følge Travelbee (1999) må tilliten være gjensidig og sykepleieren må gjøre seg fortjent til tilliten fra pasienten. Travelbee sier videre at det er få syke mennesker som automatisk har tillit til en sykepleier som de ikke kjenner. Gjennom sykepleierens adferd og ved å vise pasienten at hun eller han vil hjelpe og er til å stole på, kan tillit bygges mellom partene. Valgum (2006) understreker at pasient-behandler relasjonen preges av samarbeid og tillit. I studien til Van Ommen et. al (2009) kommer det fra pasientene frem at tillit mellom dem og sykepleieren gjorde det lettere å snakke om vanskelige temaer. Håkonsen(2006) påpeker at mennesker som har noen å snakke med takler store belastninger bedre enn de som ikke har en slik mulighet. Dersom man snakker om det som er vanskelig, tvinges man også til å sette ord på følelser, som igjen innebærer at man flytter det som er vanskelig fra og bare være en følelse, til å være meninger og tanker. I følge Vik(2008) er tillit en forutsetning for personer sin evne til å mestre.

4.2 Informasjon og kunnskap

I studien til Van Ommen et. al (2009) mener pasientene med anoreksia at informasjonen om lidelsen som sykepleierne gav dem var viktig for at de skulle fortsette behandlingen. Denne informasjonen ble gitt underveis og gjorde pasientene oppmerksomme på konsekvensene anoreksia har på deres fremtid og helse. Pasientene i studien understreker at sykepleiernes informasjon om de fysiske konsekvensene av å være undervektig, var spesielt viktig for å fortsette behandling. Travelbee(1999) trekker frem at behov for informasjon er grunnleggende for dem alle fleste som har en sykdom eller lidelse. I tillegg understreker Peplau(1952) at sykepleierens rolle som ressurs er å besvare spørsmål og gi informasjon. Behovet for informasjon er nødvendig for at pasienten skal forstå hva som skal skje, men som sykepleier

har man også en plikt til å gi nødvendig informasjon. I pasient- og brukerrettighetsloven(2012) står det at pasienten skal ha nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre sier loven at informasjonen som blir gitt skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, kultur- og språkbakgrunn og modenhet. Så langt det er mulig skal personellet sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av disse opplysningene. Ettersom det i denne oppgaven har fokus på ungdommer i alderen 12-18 år, er det svært viktig at sykepleieren gir informasjonen på en forståelig og hensynsfull måte.

I studien gjort av Bakker et.al(2011) hevder helsepersonellet som ble intervjuet at de gjennom informasjon om behandling skapte et godt forhold til den spiseforstyrrende sine foreldre. Informasjonen foreldrene fikk forberedte dem for behandlingsforløpet til deres barn og bidro til at de kunne gi nødvendig støtte til barnet. Sykepleierne mente at deres rolle som kilde til informasjon var svært viktig for foreldrene. Røer(2009) sier at pasienter med spiseforstyrrelser og deres pårørende alltid har et stort behov for informasjon om hva som skjer med kroppen og hvilke skader som kan skje underveis. For pasienten er det viktig at han eller hun får god tid til å ta i mot denne informasjonen og at den blir gjentatt mens behandlingen foregår. Det vil være en forskjell mellom hvordan den anorektiske pasienten oppfatter informasjonen som blir gitt og hvordan foreldrene oppfatter den. Jensen og Ulleberg(2011) understreker at man har ulike forutsetninger, erfaringer og kunnskaper som påvirker hva som vil framstå som informasjon for den enkelte. Det er av viktighet at sykepleieren er oppmerksom på dette når det blir gitt opplysninger til pasienter. Det som blir sagt knyttes opp mot deres bilde av verden, tidligere erfaringer og ideer som avgjør hva som fremstår som informasjon for dem.

I studien De la Rie et. al(2008) kommer det frem fra både terapeutene og pasientene som ble intervjuet at sykepleierens kunnskaper, kompetanse og erfaringer om spiseforstyrrelser er særs viktige i behandlingen. Skårderud(2000) hevder at sykepleierens erfaringer og kunnskaper om lidelsen skaper trygghet for pasienter med spiseforstyrrelser. En sykepleier forteller: «Pasienter med spiseforstyrrelser trenger en omsorgsperson som er trygg i sitt arbeid, fordi disse pasientene allerede er i en situasjon hvor de føler seg usikre på seg selv. Pasienten opplever trygghet og hjelp dersom sykepleieren klarer å vise og formidle sine kunnskaper og er sikker i arbeidet sitt.»(egen oversettelse), (Snell et.al, 2010). I følge Håkonsen(2006) kreves det av sykepleiere at de både har erfaring og kunnskaper for å kunne utføre observasjoner og

gjøre vurderinger i ulike situasjoner. Det nevnes spesielt at evnen til å oppfatte og gjøre vurderinger er avgjørende for om kommunikasjon når frem på en god måte. Å vurdere konkrete situasjoner er basert på persepsjonen av pasienten og dens atferd, hvordan pasienten viser sine følelsesmessige reaksjoner, av hvordan situasjonen er og av handlingsforløpet som helhet.

Kristoffersen og Nortvedt(2010) sier det er nødvendig for sykepleieren å ha fagkunnskaper om hver enkelte pasients lidelse, og hvordan den påvirker hverdagen deres. Det er kun når sykepleier har pasientkunnskap at det kan utføres sykepleie på en kyndig og omsorgsfull måte. Sykepleieren må kunne informere pasientene om behandlingen de får og hvordan de best mulig kan mestre sin lidelse i dagliglivet. I Snell et.al (2010) sin studie sees sykepleierens kunnskaper om spiseforstyrrelser og det at de forklarer pasienten sammenhengen mellom psykiske og fysiske forandringer forbundet med spiseforstyrrelser som viktig. Eide og Eide(2010) støtter opp om viktigheten av fagkunnskaper for å kunne forstå pasienten bedre og for å kunne vise empati. Uten tilstrekkelige kunnskaper om sykdommer kan sykepleier ikke hjelpe pasienten fordi man ikke ser hva som er viktig for pasienten. Videre seier Eide og Eide(2010) at kunnskap om sykdommen og hva den innebærer og videre hvordan man forholder seg best mulig til situasjonen, kan være viktig for både pasientens mestring og evne til å tilpasse seg.

Studien til De la Rie (2008) understøtter også behovet for kunnskapsbasert behandling. Terapeuter og pasienter sine synspunkt tilfører kvalitet til dagens kunnskapsbaserte behandling av spiseforstyrrelser. Optimal behandling av spiseforstyrrelser vil tilrettelegges når de tre kunnskapskildene, tilgjengelig kunnskap, pasientens og terapeutens synspunkter er integrerte. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blir det vektlagt at sykepleien som blir utført skal være kunnskapsbasert(Norsk sykepleierforbund, 2011). Juss, etikk og fagkunnskap skal forme den profesjonelle omsorgen som utøves til pasientene. Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis for å innhente ny kunnskap(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinart, 2008). Nortvedt et.al(2008, s.15) definerer kunnskapsbasert sykepleie slik: «Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen».

5.0 Avslutning

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke sykepleieaspekter som er viktige for å kunne hjelpe pasienter med anorexia nervosa til å mestre sin lidelse. Etter å ha lest litteratur og forskningsartikler om temaet har jeg funnet ut at det er flere faktorer som spiller inn for å kunne nå dette målet.

At sykepleier etablerer en god terapeutisk relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser vil være avgjørende for samarbeid, fullføring av behandling og mestring. Sykepleieren må bruke egen personlighet og kunnskaper for å oppnå et forhold til pasienten med anoreksia. Ved at det etableres en relasjon til pasienten vil sykepleieren kunne hjelpe han/henne til å bedre mestre sin lidelse. Ved mangel på relasjon er det fare for at behandlingen blir mangelfull og større rom for at anorektikeren ikke fortsetter behandling. Dersom det skal etableres en relasjon mellom sykepleier og den anorektiske pasienten er tillit grunnleggende. Sykepleier må gjennom sin atferd vise at hun/han er til å stole på, og da kan tillit bygges mellom partene.

I og med at denne pasientgruppen fra før av har et grunnleggende relasjonsproblem, er det å etablere en relasjon til dem en utfordring for sykepleieren. Sykepleieren må ha nødvendige kommunikasjonsevner fordi gjennom kommunikasjon kan man hjelpe den spiseforstyrrede med å mestre sin lidelse. Anorektiske pasienter lukker seg inn i seg selv og slipper svært få mennesker innpå seg. Å nå inn til pasienten er derfor en stor utfordring for sykepleieren. Her er det viktig at sykepleieren bruker sine kommunikasjonsferdigheter og tilpasser den til hver enkelte pasient.

For at pasienter med anoreksia skal fullføre behandling er informasjon fra sykepleiere en viktig faktor. Sykepleier må gi informasjon om spiseforstyrrelsen, konsekvensene av lidelsen, hvordan den påvirker pasientens fremtid og helse. For å kunne gi informasjon til pasienten kreves det at sykepleier har kunnskaper om lidelsen. At sykepleier har kunnskap om anoreksia og behandling gir pasienten trygghet og hjelp til å bedre mestre sin lidelse. Sykepleieren må ha nødvendige kunnskaper for å kunne utføre sykepleie på en omsorgsfull og kyndig måte. Uten disse nødvendige kunnskapene kan ikke sykepleier fremme mestring fordi man ikke vet hva som er viktig for pasienten.

6.0 Litteraturliste

Bjørk, I.T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2010). Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa. *Mellom mennesker og samfunn- sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (s.17- 41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(4), 307-317.

Ekeland, T.J. (2008). Rammer for meistring. I Ekeland, T.J., & K. Heggen. *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk?*(s. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Erikson, E. H. (2000). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Vården, analys och presentation av om vårdsforskning*. Stockholm: Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur.

Grønnevik, N.A. (2009). *Spiseforstyrrelser- en gjennomgang av empiri og teoretiske perspektiv*. (Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi i Trondheim).

Heggen, K. (2008). Rammer for meistring. I T.J, Ekeland, & K. Heggen. *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk?*(s. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse Norge (2011). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 14.02. 2013 fra <http://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Spiseforstyrrelser/Generelt.aspx>

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

Håkonsen, K.M. (2006). *Mestring og relasjon: Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

ICN. (2012). The ICN Code of Ethics for Nurses. Hentet 16.02. 2013 fra http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/Code%20of%20Ethics%202012%20for%20web.pdf

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Klepp, K-I & Aarø, L. E (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J & Breievne, G (2008). Lidelse, håp og livsmot. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E-A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie* (s. 157-205). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2010). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E-A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie* (137- 181). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapsbasertpraksis. (2012). *PICO-verktøy*. Hentet 16.02. 2013 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår- psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Masson, P. & Sheeshka, J. (2009). Clinicians' perspectives on the premature termination of treatment in patients with eating disorders. *Eating Disorders*, 17(2):109-125.
doi:10.1080/10640260802714548

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Hentet 17.02. 2013 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskingsartikler.2031.cms>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Hentet 17.02. 2013 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskingsartikler.2031.cms>

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbund. (9. august, 2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 11. januar 2013 fra https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nygaard, J.A. (1994). *Den farlige slankingen*. Stavanger: Alma Mater Forlag.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen- kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2012). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) fra 14. desember 2012 nr. 86*. Hentet 15.02. 2013 fra http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV*&&

Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame Of Reference For Psychodynamic Nursing*. The Macmillian Press Ltd.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rustøen, T. (2009). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser: Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(3-4), 351-358.
doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Valgum, P. (2008). Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? I S. Opjordsmoen, P. Valgum & G-B, B. Thorsen. *Oss i mellom- om relasjonenes betydning for mental helse* (s. 13-23). Stavanger: Hertervig akademiske
- Van Ommen, J., Meerwijk, L. E., 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, 2801–2808. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x
- Vik, L.J. (2008). Makt og myndiggjering- utfordringar for helse- og sosialarbeidarar. I T.J. Ekeland. & K. Heggen. *Meistring og myndiggjering- reform eller retorikk?*(s. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wright, K. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 19(3), 154-161. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x

Vedlegg 1. Sammendrag av artikler.

Therapeutic relationships: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit (Wright, 2010).

I denne oversiktsartikkelen er nåværende forståelser av terapeutisk relasjon presentert og revurdert i lys av omsorg for pasienter med anoreksi i sykehus i Storbritannia. Studien vurderer dagens forståelse av terapeutisk relasjon og forholdet mellom relasjon og behandlingsresultater. Litteratur fra både terapi og sykepleie er gjennomgått for å undersøke hvilken betydning en terapeutisk relasjon har og om det kan anvendes i praksis. Det kommer i denne artikkelen frem at å etablere et forhold til pasienten som er profesjonelt, respektfullt, terapeutisk og fremmer helse er en utfordring hos denne pasientgruppen. Den terapeutiske relasjonen er fortsatt «hjørnesteinen» i psykiatrisk sykepleie. Artikkelen sier også at den terapeutiske relasjonen er en viktig «ingrediens», sentral for mental helse og relasjonen er «nøkkelen» for det terapeutiske utfallet. Pasienter med anoreksia har tendens til å ha et forvrengt bilde av deres forhold til andre, men også til seg selv. Det er derfor viktig at dette respekteres som en del av deres erfaring, og ikke til å dømme enkelt individ.

Kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell nevnes som avgjørende for kvaliteten på behandlingen til den spiseforstyrrede.

Clinicians' perspectives on the premature termination of treatment in patients with eating disorders (Masson og Sheeshka, 2010).

Kvalitativ artikkel som har til hensikt å undersøke hva klinikere mener er årsaken til at pasienter med spiseforstyrrelser tidlig avslutter behandling. De viktigste målene var å undersøke hvilke faktorer som skilte pasienter som fullførte behandling versus de som ikke fullførte behandling, bestemme om klinikere mente disse faktorene skilte pasienter som forlot programmet frivillig og de som ble bedt om å forlate programmet. Det siste målet var å undersøke behandlingsopplegget og effekten det kan ha på de involverte parter. I denne studien deltok et team på syv stykker (fem kvinner og to menn) som arbeidet i en sengepost for pasienter med spiseforstyrrelser. Teamet bestod av sykepleiere, kostholdseksperter, en psykolog, sosialarbeider, psykiater og familierapeut. Ved sengeposten behandles voksne over 18 år, som har diagnosen anorexia nervosa, bulimia nervosa eller annen form for spiseforstyrrelser. I denne studien ble det understreket av seks av de totalt syv intervjuene at tillit er en viktig faktor for at pasienter fullfører behandling.

Recovery of normal body weight in Adolescents with anorexia nervosa: The nurses` perspective on effective interventions (Bakker, van Meijel, Beukers & van Elburg, 2011).

En kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke hvilke sykepleieaspekt som ifølge sykepleiere er mest effektive i behandlingen av ungdom med anorexia, med fokus på gjenopprettelse av normal kroppsvekt. Studien ble gjort i en spesialklinikk for behandling av spiseforstyrrelser i Nederland. Klinikken behandler ungdommer i alderen 12-18 år som lider av spiseforstyrrelser, inkludert anorexia nervosa. Det ble gjort individuelle dybdeintervjuer og intervju i en fokusgruppe. Åtte helsepersonell ble intervjuet, inkludert syv sykepleiere og en sosionom. Resultatene i denne studien viste at sykepleiere er i en sentral posisjon til å hjelpe pasienter med anoreksia til å gjenvinne vekt. En god terapeutisk relasjon er avgjørende for å gjennomføre målrettet sykepleie. Det kom også frem at informasjon som ble gitt var grunnlaget for det gode forholdet som oppstod mellom foreldre, deres barn og sykepleierne.

Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients` perspective (Van Ommen, Meerwijk, van Elburg & van Meijel, 2009).

En kvalitativ artikkel der hensikten var å utvikle en tentativ teoretisk modell som forklarer effekten og viktigheten av sykepleie til ungdom som er innlagt med diagnosen anorexia nervosa. Denne studien undersøkte hva pasienter med anorexia anså som viktig i behandlingsforløpet. Studien ble gjennomført i en innleggelses enhet spesialisert på behandling av spiseforstyrrelser. Enheten behandler ungdommer fra 12 år og opptil 18 år som lider av spiseforstyrrelser.. Utvalget i denne studien bestod av 14 ungdommer av det kvinnelige kjønn diagnostisert med anorexia nervosa. Det ble gjort individuelle dybdeintervju med disse ungdommene.

Resultatene viste at sykepleiernes støtte i forhold til normalisering av spisemønster hadde god effekt. Pasientene følte seg spesielt støttet på grunn av respekten og likeverd som sykepleierne viste ovenfor dem. Informasjonen om anorexia som sykepleier gav underveis i behandlingen gjorde pasientene oppmerksomme på de alvorlige konsekvensene sykdommen har på deres helse og fremtid. Pasientene vurderte sykepleiernes forklaring på de fysiske konsekvensene av å være undervektig som spesielt viktig for å fortsette behandlingen. Pasientene mente de fikk en god relasjon til en eller to sykepleiere, spesielt med de som var der mest og de som involverte seg i pasienten. Et forhold bygd på tillitt vokste også i løpet av oppholdet fordi sykepleierne hadde kunnskaper om spiseforstyrrelser. Denne tillitten gjorde at pasientene følte de kunne snakke vanskelige temaer.

The Quality of Treatment of eating Disorders: a Comparison of the Therapists`and the Patients` Perspective. (De la Rie, Noordenbos, Donker & Furth, 2008).

Kvantitativ og kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke kvaliteten på behandlingen av spiseforstyrrelser, både ut i fra terapeuten og pasienten sine synspunkt. I denne studien ble datasamling gjort gjennom spørreskjema. Det deltok 73 terapeuter som arbeider med spiseforstyrrelser, 148 pasienter som tidligere har hatt spiseforstyrrelser og 153 pasienter med nåværende spiseforstyrrelser i studien. Resultatene i studien viste at både pasienter og terapeuter var enige i at en terapeutisk relasjon er viktig for kvaliteten på behandlingen. 45 % av pasientene i studien nevnte tillit mellom seg og terapeut og det å bli tatt seriøst, samt å kunne snakke om de underliggende problemene til spiseforstyrrelsen, som svært viktig for behandlingen. Det kom også frem i studien at pasientene mente at kommunikasjonsevner hos helsepersonellet er nødvendige i behandlingen og at det å bli tatt på alvor ble sett på som viktig. Både terapeutene og pasientene som ble intervjuet understreker viktigheten av å ha kunnskaper, kompetanse og erfaringer om spiseforstyrrelser.

Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorders unit (Snell, Crowe & Jordan, 2010).

Kvalitativ artikkel der hensikten var å undersøke erfaringene sykepleierne har med å etablere en terapeutisk relasjon med pasienter med spiseforstyrrelser. I studien deltok 4 sykepleiere som hadde relevant praksis om spiseforstyrrelser, og det ble samlet data gjennom intervju. I artikkelen er sykepleierne enige om at tilknytning var grunnleggende i behandlingen av pasienten. Å etablere en terapeutisk relasjon viste seg å være problematisk fordi pasientene inne selv innså at de har et problem og derfor avstår fra behandling. Viktigheten av at sykepleieren bruker kunnskapene sine om lidelsen og forklarer den spiseforstyrrede sammenhengen mellom psykiske og fysiske forandringer som er forbundet med lidelsen kommer frem i studien. Sykepleieren må også opprettholde en tillitsfull og håpefull tilværelse ved å vise respekt og empati.