



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl 14.00

Kandidatnr.: 1064

Antall ord: 8646

Unge jenter med spiseforstyrrelser

Anorexia nervosa. (Foto: Encyclopædia Britannica ImageQuest). Hentet fra



http://quest.eb.com/search/139_1918397/1/139_1918397/cite

Bacheloroppgave i sykepleien

Haugesund 2016

Kull 2013

Sammendrag

Tittel: Unge jenter med spiseforstyrrelser

Bakgrunn: Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse som kan ramme alle i alle aldre. Jeg har sett at ungdom mellom 12 og 18 år er mer utsatt for å utvikle lidelsen på grunn av ytre faktorer

Problemstilling: Hvordan skape en god relasjon mellom sykepleier og unge jenter med anorexia nervosa

Hensikt: Jeg ønsker i denne studien å få mer kunnskap om hvor stor innvirkning en god relasjon mellom sykepleier og pasient har i behandlingen av pasienter med anorexia nervosa.

Metode: Litteraturstudie, hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å belyse problemstillingen

Funn: I de gjennomgåtte studiene viser felles funn at en god relasjon er ett av de viktigste elementene for en vellykket behandling av anorexia nervosa, da relasjonen skaper trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier. For å skape en gode relasjon må sykepleier vise empati og sympati, være faglig og se personen bak lidelsen.

Konklusjon: For å skape en god relasjon med unge jenter med anorexia nervosa, kreves det at sykepleier har mye erfaring og kunnskap om lidelsen

Nøkkelord: Anoreksi, Ungdommer, Relasjon, barneavdeling, sykepleie

Abstract

Title: Young girls with eating disorders

Background: Anorexia nervosa is an eating disorder that can effect anyone at all ages. Caused by external factors, I've seen that adolescents between 12 and 18 years are more likely to develop the disorder.

Research question: How to create a good relationship between nurse and girls with anorexia nervosa.

Aim: This study is for me to gain more knowlegde about how much impact a good relationship between nurse and patient affects the patients in treatment of anorexia nervosa.

Method: Literature review, where reserch and orher literature are used to answer the research question.

Findings: In the reviewed studies, common findings shows that a good relationship is of the key elements for a successful treatment of anorexia nervosa. relationship generates confidence and trust between patient and nurse. To create a good relationship, the nurse must show empathy and sympathy, be professional and being able to see the person behind the disease.

Conclusion: To create a good interpersonal relationship with adolescents with anorexia nervosa, it requires a lot of experience and knowledge about the disorder.

Keywords: Anorexia nervosa, adolescents, relationship, pediatric, nurse

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen	1
1.4 Formålet med oppgaven	2
1.5 Oppgavens videre disposisjon	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Spiseforstyrrelser hos unge jenter	3
2.1.1 Anorexia nervosa	3
2.2 Sykehusbehandling	4
2.2.1 Juridiske forhold	4
2.2.2 Utfordringer for sykepleieren	5
2.4 Å være foreldre	6
2.4 Relasjoner i sykepleien	6
2.5 Joyce Travelbees syn på sykepleie	7
3.0 Metode	9
3.1 Hva er metode?	9
3.1 Litteraturstudiet som metode	9
3.2 Kildekritikk og etiske overveielser	9
3.3 Fremgangsmåte	10
4.0 Resultat	12
4.2 Oppsummering av hovedfunnene	15
5.0 Drøfting	16
5.1 Det første møte med pasienten, etableringsfasen og relasjonen	16
5.2 Å se personen bak lidelsen	17
5.3 Empati og sympati	19
5.3.1 Kunnskap og erfaring er trygghetsskapende	21
5.4 Etikk og lovverket i møte med den anorektiske pasienten	22
6.0 Konklusjon	24
Referanseliste	25

Vedlegg I: Eksempel på kildekritikk

Vedlegg II: Søkeprosessen

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Det dukker opp stadig nye og ”lettvinte” løsninger som skal gi en forbedret helse og trivsel med seg selv, ikke minst å oppnå den *perfekte kroppen*. Man kan stadig lese og høre om hvordan man kan slanke seg og hvilke dietter som fører til vektnedgang og hvor mye en bør trene. 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, s. 11).

Spiseforstyrrelser har de senere årene vært gjenstand for stadig økende oppmerksomhet og det har vært antatt at omfanget har økt drastisk. Problemene er blitt kalt ”en lidelse for vår tid” (Laberg, Laberg & Støylen, 2011, s. 105). En WHO-undersøkelse gjennomført av Børresen Gresko ved HEMIL-senteret i Bergen og hvor 5000 norske barn og unge deltok, fant at hver femte 11-åring ville bli tynnere og en tredjedel av alle 13 år gamle jenter og nesten halvparten av 15 år gamle jenter slanket seg og/ eller ønsket å bli tynnere (Laberg, Laberg & Støylen, 2011, s. 111). Børresen Gresko antok at de mest kjente risikofaktorene for å utvikle spiseforstyrrelser var det å være jente, tenåring og på slanking.

1.2 Problemstilling

”Hvordan skape en god relasjon til unge jenter med anorexia nervosa ?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

I min bacheloroppgave velger jeg å fokusere på jenter som lider av spiseforstyrrelsen anorexia nervosa. Fokuset vil være på de jentene som er i en alvorlig fase og innlagt på barneavdeling i somatisk sykehus. Også menn kan bli rammet av lidelsen, men på grunn av at kvinneandelen er så dominerende og årsaksforklaringene så sterkt knyttet til kvinners situasjon, er forholdene rundt mannlige spiseforstyrrelser lite utforsket (Hummelvoll, 2012, s. 312). Mitt fokus vil derfor dreie som jenter. Jeg velger å avgrense oppgaven til jenter i alderen 13-18, da jenter og kvinner utgjør 90% av tilfellene (Skårderud, 2000, s. 70). Jeg vil ha fokus på foreldrene i denne oppgaven, da de har en viktig rolle i behandlingen. Hovedfokuset vil allikevel være på de unge jentene.

1.4 Formålet med oppgaven

God relasjon med unge jenter med anoreksi er et spennende og viktig tema som jeg ønsker å lære mer om. Som sykepleier er det viktig å vite hvordan en skaper gode relasjoner til denne pasientgruppen, og jeg vil gjerne bruke kunnskaper jeg tilegner meg til å informere andre sykepleiere og helsearbeidere om relasjonens innvirkning på denne pasientgruppen

1.5 Oppgavens videre disposisjon

Videre i oppgaven vil jeg presentere relevant teori. Begrepene anorexia nervosa, relasjon, sykehusinnleggelse, juridiske forhold og foreldrene vil spille en vesentlig stor rolle i oppgaven som nærmeste pårørende og samarbeidspartner. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske forhold som aktuell tilnærming. Videre vil jeg presentere resultatet; den forskningen jeg har funnet som svarer på problemstillingen min. I drøftingsdelen vil jeg drøfte de artiklene jeg har funnet opp mot utvalgt litteratur og sykepleieteori.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Spiseforstyrrelser hos unge jenter

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. Når man har en spiseforstyrrelse er man så overopptatt av vekt, kropp og utseende, at man får problemer med å styre egne tanker og følelser. En slik tankegang fører til konstant indre uro og kan hemme daglig fungering. Spiseforstyrrelser forbindes med lav selvfølelse og mangel på kontroll i livet. Dermed vil kontroll over matinntaket og mestring av appetitten gi en følelse av kontroll og bedre selvfølelse (Skårderud, 2000, s. 11). Buhl (1990) har i Hummelvoll (2012, s. 318) trukket frem tre dimensjoner som kan forklare tankegangen bak symptomene vi ser hos mennesker med spiseforstyrrelser. Den første er kontrollsvikt hvor pasienten ikke klarer å forstå sine egne behov og indre signaler, dermed blir kontrollen dårlig. Den andre tar for seg ytre styring hvor pasienten er avhengig og ubeskyttet ovenfor andre sine meninger og forventninger. Den siste handler om indre følelser og impulser, hvor pasientens egenskap til å lytte til indre impulser er forstyrret, samtidig som evnen til å takle uklare spenninger og impulser er svekket. Det er da vanskelig for disse pasientene å sette ord på behov og følelser (Hummelvoll, 2012, s. 318-319).

2.1.1 Anorexia nervosa

Spiseforstyrrelser blir definert som; *"en lidelse karakterisert ved bevisst vekttap som framkalles og vedlikeholdes av pasienten"* (Skårderud, 2010, s. 377). Lidelsen forekommer hyppigst hos unge tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan også rammes. Lidelsen er forbundet med en spesifikk psykopatologi, med intens frykt for fedme eller for å legge på seg, selv ved undervekt. Anorektikere har en forstyrret opplevelse av kroppens form og størrelse og deres benektelse at vekttapet er alvorlig. Fravær av menstruasjon hos jenter og kvinner forekommer ved denne lidelsen. Det finnes to forskjellige typer anorektikere: *Ikke bulimisk (restriktiv) type*: personen som har anorexia nervosa har ikke gjentatte episoder med overspising og *Bulimisk type*: Gjentatte episoder med overspising (Skårderud, 2000, s. 14).

Anoreksi er vår mest dødelige psykiatriske lidelse og den tredje største dødsårsaken etter ulykker og kreft blant tenåringsjenter i Europa. Mellom en tredel og halvparten dør av

selvmord, de øvrige av medisinske komplikasjoner til underernæring og av såkalte naturlige årsaker. Med behandling er dødeligheten lavere enn uten behandling (Skårderud, 2000, s. 73).

2.2 Sykehusbehandling

Når det gjelder spisevegring av alvorlig grad, vil sykehusbehandling være påkrevet.

Begrunnelsen for slik behandling vil være personens lave vekt med lave kaliumverdier i serum, at poliklinisk behandling har vist seg utilstrekkelig, eller at vedkommende har vist tegn til alvorlig depressivitet med selvmordstanker. Når pasientens tilstand er livstruende, vil det være nødvendig med indremedisinsk behandling, med tverrfaglig støtte (Hummelvoll, 2012, s. 319).

Det finnes i Norge i dag enkelte avdelinger innenfor psykiatrien som har spesialisert seg på å ta i mot de alvorlig syke med spiseforstyrrelser. Men det vanligste er sykehusinnleggelse til disse pasientene. Det dreier seg da om de sterkt avmagrede. Det er forskjellige kriterier for om pasienten blir innlagt i psykiatrisk sykehus og i somatisk sykehus. Grunner for innleggelse i somatisk sykehus er livstruende og rask vekttap hvor BMI er mindre enn 14, puls mindre enn 40, kroppstemperaturen mindre enn 36, systolisk blodtrykk lavere enn 80mmHg, uttørking og klinisk skjønn med vekt på det aktuelle spisemønsteret og den sosiale og familiære situasjonen rundt spisingen (Skårderud, 2000, s. 182).

Den pediatrike avdelingen er en meget egnet arena for samarbeidet med familien. Innenfor pediatrien finnes det mange steder god psykososial kompetanse- med forståelser og praksis som ivaretar hele mennesket. Ved flere avdelinger finnes det personalet som har skolert seg nettopp på disse problemene- og behandlingsrutiner, strukturer og prosedyrebøker er etablert. Et problem er at aldersgrensen for innleggelse i barneavdelingene variere mellom 14-18år, dermed risikerer pasienten å bli flyttet til voksenavdeling (Grønseth og Markestad, 2011, s. 53).

2.2.1 Juridiske forhold

I helselovgivningen er ”myndighetsalderen” satt til 16 år. Når det gjelder barn og unge under myndighetsalderen, er foreldre, foresatte eller verge ansvarlig for å avgjøre på deres vegne. Det samme gjelder personer som er umyndiggjort for kortere eller lengre perioder. For barn i alderen 12-16 år gjelder imidlertid at de har en rett til informasjon og skal høres i saker som gjelder dem. Dersom foreldre og barn er uenige, må det foretas en vurdering av hvilken vekt en skal tillegge barnets syn

Barn og foreldre har rett til informasjon om barnets tilstand, behandling og det som skal skje under sykehusoppholdet. Informasjon til barn må gis i samråd med foreldrene. Fra barna er 12 år, har de rett til å bli hørt og ha innflytelse på beslutninger om undersøkelser og behandling. Opplysninger skal heller ikke gis til foreldre når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker det. Når barnet er fylt 16 år er de ”helserettslig myndig”. Dette betyr at de kan bestemme alt om sin egen helse og foreldre har ikke rett til informasjon om behandling. Om det allikevel er bekymringer rundt barnets helse, avgjør helsepersonell om informasjon skal gis til foreldre selv om barnet er over 16 år (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 102)

Når pasienten nekter å samarbeide er dette ikke fordi hun/han frivillig ønsker å påføre seg selv alvorlige helseskader eller død, men fordi spiseforstyrrelsen medfører sterk angst for mat/vektøkning. Behandling av unge under 16 skjer med samtykke fra foresatte.

Dersom unge over 16 år motsetter seg behandling, må en vurdere om det er påkrevet og hensiktsmessig å bruke tvungen psykisk helsevern (§3-3, 3-5, Lov om psykisk helsevern). Hovedkriteriet, ”alvorlig sinnslidelse”, anses som regel å være tilstede ved alvorlig anoreksi. For pasienter med tvungen psykisk helsevern som ikke klarer å samarbeide om tilstrekkelig ernæring, kan det være nødvendig å gjøre vedtak om ernæring uten eget samtykke

2.2.2 utfordringer for sykepleieren

Den motvillige pasienten: Mange anorektikere legges inn på sykehus enten mot sin egen vilje eller på grunn av andres ønsker (Skårderud, 2000, s. 181). Skam og skyldfølelse gjør også at mange vegrer seg å søke hjelp. Dette skaper store utfordringer for sykepleiere som skal møte pasientene og forsøke å bygge en god relasjon med dem. Pasientene vil være svært følsomme og sårbare i forhold til hva de opplever som sykepleierens holdning til dem og tanker om deres lidelse, og det er krevende for sykepleieren å få pasientens tillit (Skårderud, 2000, s. 46)

Manglende motivasjon: Pasientens manglende eller vakkende motivasjon til behandling byr på store utfordringer i arbeid med denne unge med anoreksi. Pasienten opplever ikke at hun har et problem, og dette viser seg spesielt i det innledende møtet. Mangel på innsikt i sykdom, gjør at motivasjon uteblir. Det er først når pasienten ser at noe er galt og begynner å bekymre seg at motivasjonen til å motta hjelp gjør seg gjeldende (Skårderud, 2000, s. 28).

Redsel og mistillit: Frykten for å miste kontroll og redsel for å gå opp i vekt er kjente aspekter ved anorexia nervosa. Dette fører gjerne til frykt hos den anorektiske pasienten at

sykepleieren skal kontrollere henne, fremfor å hjelpe henne. Slik frykt legger grobunn for mistillit og pasientens iherdige motsetning til hjelp, skjuler ofte en intens frykt og egen opplevelse av hjelpeløshet i situasjonen. Skal sykepleier lykkes i å skape et forhold av tillit, må hun demonstrere lojalitet til behandlingsplanen og på den måten vise at hun er en person en kan stole på (Skårderud, 2000, s. 45)

2.4 Å være foreldre

Å være forelder er en krevende oppgave. Selv når det meste går bra vil mange bekymre seg. Når et barn får en spiseforstyrrelse kan dette oppleves som svært smertefullt. Foreldre blir rådville men ikke minst vil mange føle skyldfølelse: ”hva har vi gjort galt?” (Skårderud, 2000, s. 258-259).

De fleste foreldre blir engstelig når barnet eller ungdommen deres er syk og må legges inn på sykehus. Man må da tilstrebe familiesentret sykepleie hvor god kommunikasjon, forpliktelse, likhet, gode ferdigheter, tillit og respekt står i fokus (Grønseth, 2011, s. 71). Før pasienten blir innlagt i sykehus, har familien i lang tid forsøkt å få henne til å spise med stigende grad av fortvilelse og hjelpeløshet. Foreldrene til denne pasientgruppen sliter ofte med skyldfølelse og nedtrykthet fordi de ikke har maktet det de betrakter som sin foreldre- og familieoppgave. Når det gjelder yngre pasienter, er det viktig å få et samarbeid med foreldrene om innleggelsen. Redde pasienter kan presse sine foreldre meget sterkt for å unngå innleggelser, og foreldrene kan komme i alvorlige samvittighetskonflikter. Foreldre kan bli uenige. Noen foreldre må også realitetsorienteres om alvorlighetsgraden i tilstanden. De lukker øynene, trøster seg med smuler og håper på det beste. De er villig til ”å prøve litt til” (Skårderud, 2000, s. 183) Barnet som er innlagt på somatisk sykehus er alvorlig syk, og det er viktig å informere familien om tilstanden og at pasienten ikke kan skrives ut før det er medisinsk forsvarlig.

2.4 Relasjoner i sykepleien

Som menneske kan man ikke unngå mellommenneskelig relasjoner, både privat og på arbeid. Relasjon kan bli forklart som ”den røde tråden” for et godt samarbeid mellom den med psykisk lidelse og fagpersonen. Det er tidkrevende og krever mye faglig kompetanse for å skap en solid relasjon. En god relasjon mellom fagpersonen og pasienten er avgjørende for resultatet av behandlingen (Lemvik, 2006, 66).

I møte med en pasient med anoreksi er pasienten ofte i en sårbar situasjon og kravet til at sykepleieren må handle på en vesentlig måte er viktig. Det kreves kunnskap om både de

psykososiale og de somatiske faktorene ved lidelsen. Det kan være en utfordring å etablere kontakt med denne pasientgruppen da hun ikke føler seg syk og mener behov for behandling ikke er nødvendig. Likevel er god arbeidsallianse fullt avgjørende for at pasienten skal få utbytte av behandlingen (Hummelvoll, 2012, s. 321). Som sykepleier kan man ikke alltid forvente å skape et terapeut-pasient forhold, likevel kan sykepleier alltid arbeide med evnen til å kommunisere, lytte og vise empati (Eide & Eide, 2007). Nær relasjon til pasienter med anorexia nervosa handler om å være aktiv, tydelig og konkret. Sykepleier må også vise empati og respekt, være tålmodig, samt være flink til å sette ord på følelser. Forskning viser at gode relasjoner mellom pasient og behandler er viktig for en vellykket behandling (Van Ommen et al, 2009).

2.5 Joyce Travelbees syn på sykepleie

I sin sykepleieteori legger Joyce Travelbee stor vekt på hvor viktig det er skape et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. Hensikten med et slikt forhold i sykepleien er å hjelpe individet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendigheten av å finne mening i disse erfaringene.

Travelbee definerer sykepleie som:

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

Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (2001) tar avstand fra begrepene ”pasient” og ”sykepleier”, og mener at sykepleier-pasientforholdet ikke kan nå frem til hverandre så lenge menneskene har tildelte roller. Det er først når en ser på hverandre som enkeltindivider at det oppstår en reell kontakt som kan kalles menneske-til-menneske-forhold. Travelbee har utarbeidet en definisjon hvor målet er å ivareta de helhetlige behovene til den syke. Dette kan oppnås når sykepleieren har tilegnet seg kunnskaper gjennom erfaringer for den hun yter omsorg for. Et menneske-til-menneske-forhold oppstår ikke av seg selv. Det oppstår først etter de berørte har vært gjennom fem faser. Disse fasene innebærer: det første møtet, bli kjent med de ulike identitetene, empati og sympati, og gjensidig forståelse av kontakt (Travelbee, 2001, s. 171). Det vesentlige

kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 41)

”Et menneske-til-menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell problemløsning i kombinasjon med sin evne til å bruke seg selv terapeutisk” (Travelbee, 2001, s. 41).

Å bruke seg selv terapeutisk

En profesjonell sykepleier må ha fagkunnskaper og evne til å anvende denne kunnskapen i praksis. Ved å bruke seg selv terapeutisk vil sykepleieren bevisst bruke sin personlighet og egne kunnskaper for å skape en relasjon som utgangspunkt for forandring hos den syke (Travelbee, 2001, s. 44). Hun må ha evne til å bruke seg selv terapeutisk, noe som igjen krever at hun har god innsikt i det å være menneske. Denne forandringen er terapeutisk når den bidrar til at personens plager avtar. Sykepleieren må også ha reflektert over og gjort opp en mening over sine egne synspunkter på sykdom, lidelse og død, og hva dette betyr for henne (Travelbee, 2001, s. 45)

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket så helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111)

Metoden er vårt redskap i møte med det vi ønsker å utforske. Det finnes mange ulike typer metoder, og en skiller mellom kvalitativ og kvantitativ. De kvantitative metodene gir informasjon i form av målbare enheter og gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner. De kvalitative fanger opp opplevelser eller meninger som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2012, s. 112)

3.1 Litteraturstudiet som metode

Min bacheloroppgave er basert på skriftlige kilder- en litterær studie. Jeg har da tatt utgangspunkt i ønsket tema og formulert en aktuell problemstilling. Mulrov og Oxman har i Forsberg og Wengström (2013) definert en litteraturstudie som et utgangspunkt i et tydelig formulert spørsmål som skal besvares gjennom å velge ut, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27). En litteraturstudie begynner oftest med en litteraturgjennomgang for å gjøre seg kjent med litteraturen som allerede finnes og i oppgaven er det vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 223).

Studiene jeg har valgt til oppgaven min, presenteres i resultatkapittelet. Jeg har tatt i bruk kvalitativ forskning. Når valgt litteratur legges frem, må man gjøre rede for dette valget ved å legge frem søkeord, hvilke avgrensninger som er foretatt, hvor forskning er funnet, hva kildene inneholder og hvorfor kildene er relevant for problemstillingen (Dalland, 2012, s. 228). Når data fra de ulike artiklene er presentert, danner dette grunnlag for videre drøfting. I drøftingsdelen presenteres det funnene forteller om problemstillingen og ulike kilder settes opp mot hverandre. Konklusjonen oppsummerer den nye kunnskapen som er kommet frem og svarer på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 231).

3.2 Kildekritikk og etiske overveielser

Når en kilde er funnet, må den vurderes i forhold til kvalitet og relevans til det arbeidet den skal brukes til (Dalland, 2012, s. 63). Kildekritikk viser at man er i stand til å forholde seg

kritisk til det materialet man bruker i oppgaven, og kritikken må hele tiden ses i forhold til den aktuelle problemstillingen og det kildene skal belyse (Dalland, 2012, s. 72). For eksempel på kildekritikk, se vedlegg 1.

Etiske overveielser er sentrale i arbeidet med en litteraturstudie. I arbeid med forskning på barn settes det etiske krav. Før man setter i gang med litteraturstudiet, er det viktig å gjøre etiske vurderinger. En må vurdere om ny kunnskap om temaet kan benyttes i dagens praksis og om denne kunnskapen kan komme deltagerne i studien til gode. Deltagerne skal føle at de nytter å delta i forskningsstudier. For å beskytte deltagerne i forskningen benyttes Helsinkideklarasjonen, som blant annet danner grunnlag for en rekke etiske retningslinjer. Jeg henviser til nr. 12. *Barns krav på beskyttelse*, som sier at når barn og unge deltar i forskning har de særlige krav på beskyttelse i tråd med deres alder og behov. Dette innebærer at forskere må ha tilstrekkelig kunnskap om barn til å tilpasse både metode og innhold av forskning. Samtykke fra foresatte er nødvendigvis når barn er opp til 15 år.

Etikk dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s. 96). Forskningsetisk komitee for humaniora og samfunnsfag sine forskningsetiske retningslinjer, punkt 12 sier at barn har krav på beskyttelse.

I min bacheloroppgave skal jeg ikke behandle sensitive opplysninger, da dette allerede er gjort i litteraturen jeg bruker. Jeg vil likevel være kritisk til valg av litteratur og innhente riktig opplysninger. Jeg vil også være nøye med å henviser meg riktig til litteraturen jeg har brukt, for å unngå plagiat. Alle forskningsartiklene jeg har anvendt i oppgaven er godkjent av forskningsetiske komiteer.

3.3 Fremgangsmåte

Jeg har brukt databasen CINAHL til søking etter relevante studier. Her benytter jeg meg av søkeordene eating disorders, anorexia nervosa, adolescents, pediatric nurses, therapeutic relationship, patients experiences, nurse, parents.

Ved flere av søkene fikk jeg en god del treff, og av artiklene jeg valgt å ekskludere de artiklene som ikke handlet om unge, de som omhandlet andre behandlingsformer eller som ikke svarte på problemstillingen. Artikler som ikke kunne sammenlignes med norske forhold

som for eksempel u-land ble også ekskludert. I litteraturgjennomgangen hadde jeg et krav om at artiklene skulle være på engelsk eller norsk, relevant til problemstillingen min, tilsiktet sykepleiere og maks 10 år gamle. Jeg har allikevel anvendt to artikler som er eldre enn 10 år. Dette er fordi innholdet fortsatt er relevant per dags dato, og de svarer på problemstillingen min. I tillegg til forskningsartikler, har jeg tatt i bruk pensumlitteratur fra tidligere studieår, og andre bøker som omhandler temaet i oppgaven. Jeg har tatt i bruk to bøker som er eldre enn 10 år. Innholdet i disse bøkene er relevant per dags dato, og de kan belyse problemstillingen min. Den eldste boken har jeg kun anvendt om det har vært nødvendig. Om jeg ikke har funnet liknende innhold i nyere litteratur. Jeg har funnet hovedartikler jeg skal bruke videre i oppgaven hvor hver artikkel belyser problemstillingen fra ulike vinkler. For en mer detaljert oversikt over søkehistorikk, se vedlegg II.

4.0 Resultat

Jeg vil her presentere utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling

Van Ommen, Meerwijk, Van Elburg & Meijel, 2009

Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients`perspective

Hensikt: Utvikle en teoretisk modell med utgangspunkt i pasientens perspektiv for å forklare effektiviteten ved pleien gitt til unge pasienter med anorexia nervosa.

Utvalg og metode: Kvalitativ studie, Semistrukturert dybdeintervju. 13 deltakere i alderen 12-18 år som alle hadde diagnosen anorexia nervosa og som var utskrevet fra sykehus de siste tre månedene etter å ha gjenopprettet normalvekt for alderen.

Funn: Funn fra disse undersøkelsene kan bidra til å heve kvaliteten på pleien gitt til anoreksipasienter ved å forstå de ulike fasene pasienten går igjennom og hvordan sykepleier må tilpasse seg disse gjennom ulike roller.

Konklusjon: Pasienten opplevde sykepleierens rolle i denne prosessen som svært viktig og avgjørende for utfallet.

Snell, Crowe & Jordan, 2010

Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatients eating disorder unit

Hensikt: Undersøke og teorisere erfaringer sykepleiere har i formingen av en terapeutisk relasjon med pasienter som blir lagt inn ved en avdeling spesialisert på spiseforstyrrelser slik at de kan gjenopprette vekten.

Utvalg og metode: Det er brukt kvalitativ metode. I studien deltok syv sykepleiere som i gjennomsnitt hadde fire års relevant praksis med spiseforstyrrelser, og dataen ble samlet gjennom intervju.

Funn: sykepleierne var enig om at begrepet ”tilknytning” var grunnleggende for å hjelpe pasienten i behandlingsprosessen, og et terapeutisk forhold ble inndelt i tre hovedkategorier. *Å utvikle en terapeutisk tilknytning* viste seg å være vanskelig da pasientene selv ikke ser at de har et problem og motsier seg derfor behandling. Her er det viktig at sykepleieren bruker den kunnskapen hun har om lidelsen ved å forklare for pasienten sammenhengen mellom fysiske og psykiske forandringer forbundet med lidelsen, samt å opprettholde en håpefull og tillitsfull tilværelse ved å vise empati og respekt. *Å forhandle den terapeutiske tilknytningen* handler om å finne en balanse mellom hvor mye man skal ”presse” når pasienten gjør motstand på

behandlingsprosessen, uten at det går utover den terapeutiske relasjonen eller sykepleierens egne følelser. Å koordinere tilknytningen handler om at sykepleieren er et bindeledd mellom pasient og enhetens team, noe som er en krevende rolle siden ønskene ofte er motstridende.

Konklusjon: Sykepleier må skille sykdom fra person for å kunne hjelpe pasienten. Sykepleier må styre egne frustrasjoner for å kunne bygge et terapeutisk forhold.

Ramjan, 2004

Nurses and the `therapeutic relationship` Caring for adolescents with anorexia nervosa.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke utfordringer som hindrer sykepleiere i dannelsen av en terapeutisk relasjon med ungdommer med anorexia nervosa.

Utvalg og metode: Kvalitativ metode, hvor ti sykepleiere ved en pediatrik avdeling deltok. Deltakerne hadde jobbet som sykepleier i 5-26 år og 2-6 års erfaring med å jobbe med ungdommer med lidelsen. Ingen deltakere i studien hadde utdanning innen psykiatrisk sykepleie.

Funn: I studien kommer det fram at sykepleierne hadde vanskeligheter med å skape en god relasjon. Tre temaer dukket opp fra analysen "lite forståelse", "kontrollsvikt" og "vanskeligheter med å utvikle en terapeutisk relasjon" Deltakerne hadde vanskeligheter med å forstå deres pasienter. De uttalte at ungdommene hadde forårsaket skaden selv, og måtte fikse seg selv. Videre mente sykepleierne at det var andre pasienter på avdelingen som var fortjent til deres omsorg.

Konklusjon: Sykepleierne i denne studien hadde manglende kompetanse og erfaring med lidelsen, og det førte til vanskeligheter med å utvikle en terapeutisk relasjon. Negativt syn og mangel på empati for pasientgruppen hindret utvikling av dette.

Micevski & McCann, 2005

Developing interpersonal relationship with adolescents with anorexia nervosa

Hensikt: Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan man kan utvikle mellommenneskelige relasjoner med ungdom som lider av anorexia nervosa.

Utvalg og metode: Det er brukt kvalitativ metode. I denne studien var det ti sykepleiere ved en barneavdeling (som ikke var en ren avdeling for spiseforstyrrelser) ved et større sykehus som ble dybdeintervjuet i 30-60 minutter. Intervjuene ble senere analysert av forskerne for å finne forskjeller og likheter. Kun en av deltakerne hadde en spesial utdanning innen omsorg til pasienter med spiseforstyrrelser.

Funn: I studien brukte sykepleierne to strategier for å skape profesjonelle mellommenneskelige relasjoner til ungdommer med anorexia nervosa. Resultatet av denne studien ble det å skape en profesjonell mellommenneskelig relasjon med pasienter med anorexia nervosa tar mye tid, energi og vilje

Konklusjon: Få deltakere i studien. Sykepleierne har for lite kunnskap om spiseforstyrrelsen anorexia nervosa. Kun en hadde spesial utdanning.

McCormack, McCann, 2015

Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent`s views and experiences

Hensikt: Det er tydelig mangel på studier som utforsker synspunkter og meninger av foreldre i forhold til personer diagnostisert med en spiseforstyrrelse. Hensikten med denne studien er å undersøke personlige erfaringer med foreldre med omsorg for en ungdom med anorexia nervosa.

Utvalg og metode: Det er brukt kvalitativ metode. Syv mødre og tre fedre deltok i et semistrukturert intervju hvor alle hadde erfaring med et barn med lidelsen anorexia nervosa. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer hvor syv mødre og tre fedre deltok.

Funn: Funnene viste tydelig at miljøet i hjemmet var utfordrende. Dataene viste at mange sider av deltakernes liv var blitt påvirket av tilstanden til ungdommen, inkludert det sosiale, økonomiske og det personlige. Kommunikasjon innad i familien ble problematisk og foreldrene observerte en økning i argumenter både med ektefelle og med andre barn. De kommenterte at uenigheter vanligvis oppsto om hvordan den unge burde ”styres” eller overvåkes. Ene forelderen fortalte at atmosfæren i huset var fryktelig, og du prøver å få henne til å spise, og hun sitter der å gråter, og det er det verste noensinne. En annen forelder snakket om den følelsesmessige virkningen av å bli informert om barnets tilstand, og om vanskeligheten rundt det.

Konklusjon: Studien gir en redegjørelse for meninger og erfaringer av foreldre til ungdom med diagnosen anorexia nervosa. Utfordringer gjenstår for alle utøvere i primærhelsetjenesten i forhold til mennesker med spiseforstyrrelser og deres familier.

Wright, 2010

Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit

Hensikt: Presentere nåværende forståelse av terapeutisk relasjon i sammenheng med pleie av pasienter med anorexia nervosa

Utvalg og metode: Systematisk litteraturstudie

Funn: Det er behov for videre studier som avdekker det faktiske og ikke bare det antatt terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient

Konklusjon: Terapeutisk relasjon forstås som den terapeutiske aktiviteten pasienten deltar i, og ikke pleien pasienten mottar på avdelingen. Utfordringen er å skape en terapeutisk relasjon som kan hjelpe pasienten.

4.2 Oppsummering av hovedfunnene

Hovedfunnene i de seks artiklene, slik det blir lest av oppgaveforfatter, innebærer at en terapeutisk relasjon er svært effektivt i arbeid med unge jenter med anorexia nervosa.

Studiene viser til positive og negative resultater, hvor det blir tatt opp flere utfordringer og hindringer for sykepleiere. Det kommer også fram i alle artiklene at det kreves mye erfaring og kunnskap når en skal jobbe med denne pasientgruppen i en somatisk barneavdeling. Alle studiene viser derimot at for å skape en god relasjon må sykepleier vise empati og sympati, være faglig og se personen bak lidelsen Etter en grundig gjennomgang av hovedartiklene er det fire hovedfunn som går igjen og som svarer på problemstillingen min.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte utvalgt forskning opp mot relevant litteratur. Jeg vil drøfte oppgaven i lys av Joyce Travelbees modell for utvikling av et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (2001) forklarer at for å etablere et slikt forhold, må de involverte gå gjennom fem faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, utvikling av empati og sympati, og til slutt etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Dette for å finne svar på min problemstilling. *”Hvordan kan sykepleier skape en god relasjon med unge jenter som lider av anorexia nervosa?”*

5.1 Det første møte med pasienten, etableringsfasen og relasjonen

Et felles funn fra studiene av Van Ommen et al. (2009), Wright (2010), Snell, Crowe og Jordan (2010) og Ramjan (2004) viser at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig i behandlingsforløpet av anorexia nervosa. Eide og Eide (2007, s) understreker dette med at gode relasjoner kan være avgjørende for hvordan behandlingsforløpet blir. Studien til Micevski og McCann (2005) tar for seg hvilke utfordringer som oppstår i møte med denne pasientgruppen ved en somatisk barneavdeling. Studien viste at mange sykepleiere hadde vanskeligheter med å utvikle relasjon til disse ungdommene, og de fant dette frustrerende. Spiseforstyrrelser kan framstå som vanskelige å forstå med sine motsetningsfulle trekk. Pasientene viser motvilje mot å gi slipp på symptomer og på sykerollen. Dette oppleves som provoserende for mange, ikke minst sykepleiere, og dette har klart bidratt til et dårligere terapeutisk forløp (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 383).

Terapeutisk relasjon er et kjent fenomen i psykiatrien, men ikke nødvendigvis for profesjonelle i øvrige deler av helse- og sosialtjenesten (Hummelvoll, 2012, s. 321). For sykepleierne i studien til Micevski og McCann (2005) kan kritisk dårlige spiseforstyrrede pasienter som motsetter seg behandling, framstå som særlig provoserende og vanskelige. Dette ble også sett på som utfordrende i lys av de harde prioriteringene som daglig må gjøres. Dette kan man se i sammenheng med funnene i studien av Snell, Crowe og Jordan (2010) hvor sykepleierne fant det vanskelig å skape en god relasjon med pasientene, da de opplevde dem som svært vanskelige, trassige og motvillig til å engasjere seg i behandling. Felles i begge studiene, var at sykepleierne uttrykket stor bekymring og fortvilelse i møte med disse pasientene. Kan sykepleiernes negative holdning til pasientene ha sammenheng med pasientens manglende engasjement?

Snell, Crowe og Jordan (2009) kom fram til at sykepleiernes oppførsel og holdning hadde stor innvirkning på pasientene. Det kom fram viktige elementer som at sykepleierne måtte være positive, støttende og ikke-dømmende ovenfor pasientene. Likevel viser litteratur og forskning det motsatte. I studien til Ramjan (2004) og Micevski og McCann (2005) kom det fram at flere sykepleiere hadde en negativ holdning til denne pasientgruppen, og de beskrev anorektikeren som ”den umulige pasienten”. Sykepleierne fortalte at de gjorde alt for å hjelpe pasienten, men mangel på samarbeid fra pasienten gjorde at sykepleierne følte de ikke strakk til. Pasienter med anoreksi ser ikke at de hadde et problem, og de ville ikke ha behandling. Selv erfarne fagfolk forbauses av den viljestyrke og benektning av tilstandens alvorlige karakter som avmagrede anorektikere viser (Hummelvoll, 2012, s. 308).

Tidligere pasienter med spiseforstyrrelser forteller i studien til Van Ommen et al. (2009) at på tross av deres manglende motivasjon, hadde de et sterkt ønske å bli frisk. De fortalte også at et godt forhold til sykepleier var avgjørende for at behandlingen skulle være vellykket. Lege og spesialist i psykiatri, Finn Skårderud (2000, s. 28) forteller viktigheten av at helsepersonell må forstå at pasientens vaklende motivasjon for behandling og negative atferd er et uttrykk for angst, og at personen føler seg truet i forhold til sin autonomi. Han mener videre at mangel på tilstrekkelig erfaring eller veiledning med denne pasientgruppen gjør at sykepleiere danner seg meninger på grunnlag av tidligere erfaringer med pasienter. Travelbee (2001, s. 189) skriver at hvis sykepleieren ikke selv forstår at hun oppfatter den syke som den stereotype ”pasienten” slik som sykepleierne i Ramjan`s (2004) studie gjorde, er hun ikke i stand til å komme videre i forholdet. Videre forklarer hun at når sykepleieren begynner å oppleve den syke som unikt individ, trer forholdet mellom dem i en ny fase og framvekst av identiteter trer frem.

5.2 Å se personen bak lidelsen

Vi har alle et behov for å bli sett, og pasientene i studien til Van Ommen et al. (2009) fortalte at å føle seg sett var av stor betydning for dem. Om sykepleieren bare så symptomene, var det det samme som å ikke bli sett ifølge dem. Lidelsens ytre dramatik er forførende. Det er i overflaten- omkring kropp og utseende lidelsen uttrykker seg. Denne overfladiske logikken fanger både foreldre og pleieren, og pleierens utfordring er å se bak den kroppslige overflaten, å se etter personen (Skårderud, 1994, s. 199). Felles funn i Litteratur og forskning tyder på at pasienter med anoreksi har et grunnleggende relasjonsproblem som gjør det vanskelig for sykepleier å bli kjent med pasienten som person. Travelbee (2001, s. 188) skriver at denne

identitetsfasen handler om å rette tanker og følelser mot den andre og å motta inntrykk av den andres personlighet. Sykepleieren og pasienten skal knytte seg til hverandre og betrakte hverandre som individ. Likevel opplevde jeg gjennom praksis på barneavdeling at dette ikke var så lett. Min erfaring og forskning viser at sykepleiere ikke alltid er i stand til å se denne pasientgruppen som individ. Som jeg nevnte tidligere i oppgaven, har helsepersonell en oppfatning av denne pasientgruppen, og beskrivelser som ”umulig”, ”manipulerende” og ”motvillig” dukker stadig opp. Når en sykepleier ikke reagerer som om vedkommende er en annen enn den hun er, blir oppfattelsen feil (Travelbee, 2001, s. 189).

Van Ommen et al. (2009) kom fram til at til tross for mye konflikt og frustrasjon mellom pasientene og sykepleierne, hadde de øyeblikk fylt med latter og glede. Sykepleierne i denne studien viser nettopp hvorfor det er så viktig å se personen bak lidelsen, samt gjøre dem oppmerksom på eget potensial og sin selvfølelse. Denne studien er et resultat av et personell med flere års kunnskap og erfaring med spiseforstyrrelser hvor ungdommene blir behandlet som ungdommer. På den andre siden er det ikke alltid slik. I studien til Ramjan (2004) kom det fram at sykepleierne var usikker på hvordan de skulle kommunisere og oppføre seg rundt pasientene. Sykepleierne mente dette kom av at de ikke hadde nok kunnskap og erfaring med den ”psykiatriske pasienten”, og var redd for å si noe feil som kunne skape konflikter. Hummelvoll (2012, s. 422) mener at det er spesielt viktig for pasienter med anorexia nervosa å bli sett, og skriver at sykepleierne må kommunisere med pasienten slik de ville kommunisert med de andre pasientene på avdelingen, som eksempelet fra studien til Van Ommen et al (2009) viser. Utgangspunktet i pleie og omsorgssituasjonen skal være at mennesket er mer enn den fysiske kroppen en har foran seg. Sykepleiernes tankegang skal innebære at pasienten må betraktes som et medmenneske og en likeverdig samarbeidspartner når et helseproblem skal løses (Molven og Roalkvam, 2007, s. 37).

I studien til Van Ommen et al. (2009) uttalte den ene pasienten at *”Spiseforstyrrelsen min var ikke lengre det eneste samtaleemne. Det å diskutere andre ting enn min lidelse, gav meg følelsen av å bety litt mer”*. Som nevnt tidligere la sykepleierne i denne studien stor vekt på nettopp å se personen bak lidelsen, og målet var å få pasienten til å tenke på noe annet enn lidelsen i en liten periode. Sykepleierne brukte seg selv, sin humor og sitt gode humør. Målet er ifølge Travelbee (2001) at sykepleier skal fange opp hvordan pasienten tenker og føler, slik at forholdet legger grunnlag for empati.

5.3 Empati og sympati

I studien til Micevski og McCann (2005) kommer det fram at å bli forstått og støttet er viktig i behandling med pasienter med anoreksi. Ved å forstå pasienten kan sykepleieren gi den omsorgen pasienten trenger. Wright (2010) skriver i sin studie at pasienter med anorexia nervosa har en tendens til å ha et forvrengt syn av deres forhold til andre, samt seg selv. Det kommer også fram i studien at sykepleierens oppgave er å akseptere dette som en del av sin erfaring i stede for å vurdere pasienten på en nedvergende måte. Det er sykepleierens jobb å støtte pasienten i behandlingen, men det kreves også et snev av gjensidighet for at den terapeutiske relasjonen skal utvikles. Skårderud (2000, s. 100) definerer empati som å forsøke å forstå hvordan det er å stå i den andres sko, uten å ta dem på seg å gå. I studien til Micevski og McCann (2005) kommer det fram at å bli forstått og støttet er viktig for behandlingen til pasienter med anorexia nervosa. Ved å forstå pasienten, kan sykepleieren gi den omsorgen pasienten trenger.

Van Ommen et al. (2009) skriver at konflikter mellom pasient og sykepleier oftest oppsto i matsituasjoner. Den anorektiske pasienten hadde ikke et ønske om å spise, og de ønsket ikke å legge på deg. Pasientene i studien mente at tynnhet var løsningen på deres ulykkelighet, og ethvert forsøk på å mate og fremme vektøkning var i direkte konflikt med deres synspunkter. Snell, Crowe og Jordan (2010) skriver at de fleste med anoreksi sliter med ambivalensen. De vil bli friske, men for å bli frisk må de også legge på seg, noe som er vanskelig for anorektikere. Pasientene trenger mat og må spise, men opplever det som stressende og angstfylt. De vil og de vil ikke, stritter imot fordi redselen om å miste kontrollen er så stor. Hummelvoll (2012, s.) hevder at det er sykepleierens oppgave å redusere angstfølelsen til pasienten ved å ta hovedfokuset vekk fra maten. I studien til Ramjan (2004) kommer det fram at aspektene til Hummelvoll ikke blir praktisert i praksis. Pasientene i studien til Van Ommen et al. (2009) følte at sykepleierne hadde lite forståelse og medfølelse når det gjaldt måltidsituasjoner og de uttrykket at sykepleierne viste mangel på empati og sympati. Den ene pasienten understreker dette med å fortelle at *”sykepleieren smurte en tykk skive med sjokoladepålegg til meg. Måten hun stirret på meg, jeg kunne se at hun koste seg”*

Snell, Crowe og Jordan (2010) skriver at anoreksi handler mye om å ha kontroll. Ved å ta kontroll fra noen, skaper en motreaksjon. Van Ommen et al (2009) forteller i sin studie at sykepleierne må overta kontrollen på en måte som kan hindre disse motreaksjonene. Når sykepleierne tok over matkontrollen, resulterte det i at pasientene følte seg overmannet og

mistet kontroll. Deres idealkropp hadde de jobbet lenge med, og det ble ikke godtatt at sykepleierne skulle ha all makten. Det resulterte i at pasientene fant sine måter å ”sabotere” på. Sykepleierne opplevde pasientene som ”manipulerende” ved at de gjemte mat, trente på rommet eller gikk på toalettet etter måltidet. Travelbee (2001, s. 193) skriver at gjennom empati kan sykepleieren bli i stand til å fatte betydningen av pasientens atferd. Sykepleier må prøve å forstå tankene og følelsene til pasienten, og finne ut om de skyldes utrygghet, angst og frykt. Likevel mener Hummelvoll (2012, s. 300) at sykepleier ikke må se forbi pasientenes forsøk på sabotasjer, da de må ha en viss kontroll på grunn av pasientens situasjon.

Micevski og McCann (2005) uttalte i sin studie at den anorektiske pasienten måtte ha en grunnleggende tillit til at de som jobbet ved den pediatrike avdelingen skulle ivareta henne på best mulig måte. Ved sin empatiske tilstedeværelse kan sykepleieren utfylle en viktig funksjon for pasienten. Sykepleieren kan i noen grad veie opp for pasientens manglende selvtillit, og til å gi styrke og mot til å komme gjennom det som er vanskelig. Dette betyr ikke at sykepleier skal gjøre jobben for pasienten, men være empatisk til stede når pasienten trenger det for å mestre en situasjon (Eide og Eide, 2010, 42). For å komme med et eksempel som understreker litteraturen over, forteller pasientene i studien til Van Ommen et al. (2009) hvor viktig det hadde vært i begynnelsen at alt ansvar for mat og trening ble tatt fra dem, for så å få kontrollen jevnlig tilbake. *”det følte bare så hyggelig at jeg kunne gjøre alt av meg selv igjen, og at jeg ikke trengte å bli fortalt alt jeg måtte gjøre”*

I studien til Van Ommen et al (2009) kom det fram at pasientene ønsket at sykepleier kunne lytte og tilbringe tid med dem, mens de opplevde ofte at sykepleieren var lite til stede, sjefete og ikke ville lytte til dem. Hva kan være bakgrunn for at mangel på involvering fra sykepleierens side? Renolen (2008, s. 190) skriver at det i mange tilfeller har noe med pasientens personlighet å gjøre. Det kan også handle om arbeidsforhold med et høyt tempo, store krav og et økende stressende helsepersonell kan få problemer med å være empatisk med den enkelte. Snell, Crowe og Jordan (2010) forklarer i sin studie viktigheten av at pasienten ikke skal føle seg glemte. Pasienten skal forholde seg til en til to primærsykepleiere

I møte med den anorektiske pasienten, viste funn fra studien til Ramjan (2004) at sykepleierne hadde vanskeligheter med å vise sympati for pasienten. De mente at smerten og skaden var pasienten selv skyld i, og pasienten måtte da ”fikse seg selv”. Sykepleierne la også vekt på at det var andre pasienter som var fortjent deres omsorg, pasienter som faktisk var syke. Sympati

og medfølelse er ikke en fase i prosessen med å lære hverandre å kjenne, men en måte å føle med den syke på. Eksempelet over er en motsetning av det. Fravær fra sympati og medfølelse i sykepleieprosessen innvirker på den syke ikke bare fysiologisk, men også psykisk, og kan føre til dårligere kamp mot spiseforstyrrelsen for denne pasientgruppen (Travelbee, 2001, s. 201). Travelbee(2001) skriver at evnen til sympati og medfølelse springer ut av empatiprosessen, men representerer et skritt videre, ved at det foreligger en grunnleggende trang, eller et ønske om å lindre plager. ” *Ved å behandle mennesker med anorexia nervosa med respekt, utvikler jeg et bedre forhold til dem. Da vet de at jeg setter pris på dem som person* ” (Micevski og McCann, 2005).

5.3.1 Kunnskap og erfaring er trygghetsskapende

Funnene i studien til Snell, Crowe og Jordan (2010) viser at relasjonen skal skape trygghet og tillit mellom pasienten og sykepleieren, og en skal se pasienten som en potensiell støttespiller i behandlingen. En forutsetning for at relasjonen skal være vellykket, er at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskap om lidelsen. Eide og Eide (2007, s. 42) sier seg enig og hevder at det er en nær forbindelse mellom fagkunnskap og evne til profesjonell empati. Fagkunnskap er viktig for evnen til å leve seg inn i et annet menneske. Man har lettere for å oppfatte hva den andre føler og tenker når man har presis kunnskap om de andres tilstand og situasjon og er faglig skolert på området (Eide og Eide, 2007, s. 42). Likevel viser studien til Micevski og McCann (2005) og Ramjan (2004) et sterkt behov for tilbud om kurs om spiseforstyrrelser. Økt kunnskap blant sykepleierne kunne øke deres innflytelse i behandlingen.

Eide og Eide (2007, s. 42) skriver at teori og annen fagkunnskap kan hjelpe en til å få øye på noe man ellers ikke så lett oppdager eller tenker over. Uten tilstrekkelig kunnskap vil man ikke være i stand til å oppdage det som er viktig for pasienten. Og ser man ikke hva som står på spill, hjelper ikke gode kommunikasjonsferdigheter. Fagkunnskap og kommunikasjon må spille sammen. Travelbee (2001) understreker at et menneske-til-menneske-forhold er oppnådd når sykepleieren har vist forståelse og ser pasienten som en unik person, og dermed tilpasser sykepleien etter pasientens ønsker og behov. Man når dette stadiet når sykepleieren viser hun har tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter til å sette i gang sykepleietiltak som møter pasientens behov.

Pasientene i studien til Van Ommen et al (2009) påpekte at det er viktig at pasientene får en konstant flyt av informasjon om lidelsen fra sykepleierne. Pasientene forklarte at å bli

påminnet om alvorlighetsgraden av undervekten var særlig viktig. Sykepleierne i studien til Snell, Crowe og Jordan mente at informasjon var vesentlig, da pasienten ofte bare så ”det positive” med en slank kropp. Sykepleierne mente informasjonen skulle gjøre pasienten bevisst på lidelsens negative effekt, og de fokuserte på informasjon som la stor vekt på ødeleggende konsekvenser i forhold til helse og framtid.

Det finnes dessverre en del historier om pasienter som blir kasteballer mellom psykiatri og medisin. Begge parter mener pasientene tilhører de andre. En slik praksis er ikke verdig for en moderne medisin i en velferdsstat. For den anorektiske pasienten med livstruende vekttap kan det synes som om det ikke er noe sted som er spesielt egnet for henne. Om hun er livstruende underernært, trenger større hun indremedisinsk ressurser enn hva en psykiatrisk avdeling vanligvis kan tilby. På den indremedisinske avdelingen trenger hun tett personlig oppfølging og psykisk støtte, vanligvis mer enn hva en belastet medisinsk avdeling kan tilby. Begge steder risikerer hun å bli et ”hår i suppen” (Skårderud, 2000, s. 102)

5.4 Etikk og lovverket i møte med den anorektiske pasienten

Skårderud (1994, s. 230) skriver at sykehusbehandling bør være basert på frivillighet. I de aller fleste tilfellene lar dette seg gjøre, men med anoreksi er det flere eksempler på tvangsinnleggelse og tvangsforing. Studien til McCormack og McCann (2015) kom det fram at tvangsinnleggelse hadde en sammenheng mellom pasientens benektelse av symptomenes alvorlighetsgrad og pårørendes sterke press om at han skal la seg behandle. For noen pasienter kan innleggelsen bryte onde sirkler, være et pustehull og fi god omsorg. Andre pasienter kan imidlertid oppleve det som et overgrep (Skårderud, 2000, s. 181). Hvordan kan sykepleieren vite hva som er best for pasienten og vite om hun gjør riktige handlinger ovenfor henne. Foreldrene i studien til McCormack og McCann (2015) fortalte at lidelsen kom som et sjokk for dem og de hadde lite kunnskap om lidelsen. De følte seg ”maktesløse” siden ungdommene hadde stadig overtalt dem til å ikke legges inn. Skårderud (2000, s. 183) forklarer at redde pasienter kan presse sine foreldre meget sterkt for å unngå sykehusinnleggelse. Han skriver videre at det er i slike situasjoner viktig at sykepleier informerer pasient og pårørende om alvorlighetsgraden av lidelsen og legger stor vekt på nyttheten av behandlingen. Det er viktig å forklare at barna deres kan bli friske.

Sykepleier må reflektere etisk for å ivareta hennes integritet og ikke krenke pasienten. Ved at sykepleier jobber aktivt for å bygge opp en trygg og tillitsfull relasjon, vil hun kanskje kunne klare å vinne pasientens tillit og steget nærmere en vellykket behandling.

6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien viser viktigheten av å utvikle en god relasjon mellom sykepleier og pasienten. I arbeid med jenter med anoreksi har studier og litteratur gjort det klart at dette er en utfordrende prosess fordi pasienten ikke alltid har innsikt i egen sykdom og motsetter seg behandling. Likevel kommer det fram at å bli kjent med pasienten, vise henne empati og sympati og respekt hadde betydning for pasientenes motivasjon til å bli frisk. Det viste seg også betydning av å se personen bak lidelsen. Når det gjelder problemer og hindringer relatert til denne pasientgruppen, beskrev sykepleierne det som et resultat av mangel på kunnskap og erfaring. Det var ikke uvanlig at sykepleierne dømte pasienten som "den umulige pasienten" og flere sykepleiere hadde vanskeligheter med å vise empati da de mente skaden var selv pålagt, og pasienten måtte "fikse seg selv". I veiledning av personalet er det viktig å bevisstgjøre om bruk av språk. Språk avspeiler forståelse, og forståelse innebærer holdninger. Skårderud (1994, s. 229) skriver at begreper som "manipulasjon" og "sabotasje" bør ut av språket, og erstattes med begreper som "redd" og "fortvilt". Andre sykepleiere hadde fokus på å behandle pasienten med respekt, empati og sympati slik at pasienten kunne bli frisk.

Behovet for økt kunnskap om spiseforstyrrelser kommer som et felles full i alle studiene, og litteraturen støtter dette. Pasienter, foreldre og sykepleiere trenger informasjon og støtte under behandlingsforløpet og sykepleier skal ha kunnskap og erfaring til å kunne gi denne informasjonen. Likevel viser flere studier at sykepleiere ved en somatisk avdeling har for lite kunnskap og erfaring med lidelsen. Mangel på kunnskap resulterer i at pasienter blir "kasteballer" mellom psykiatri og medisin, hvor begge parter mener pasientene tilhører de andre. En slik praksis er ikke verdig for en moderne medisin i en velferdsstat.

Referanseliste

- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009). Barns krav på beskyttelse. Hentet 24. Februar. 2016 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/12-Barns-krav-pa-beskyttelse/>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning og etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013) Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Forfattarna och bokförlaget Natur & Kultur
- Hummelvoll, J.K. (2012). Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Johannesen, K., Molven, O., & Roalkvam. (2007). Godt, rett, rettferdig: Etikk for sykepleiere. Oslo: Akribe AS
- Kristoffersen, N., & Nortvedt, F. (2012). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2.utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Laberg, J., Laberg, S. & Støylen, I. (2011). Spiseforstyrrelser: sosiale, kognitive og emosjonelle aspekter. I Klepp, I., & Aarø, L. (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*.(1.utg., s. 105-128). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lemvik, B. (2006). Å skape gode livsvilkår: psykisk helsearbeid i kommunen. Oslo: Kommuneforlaget AS

McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent`s Views and Experiences, Archives of Psychiatric Nursing. 29(3), 134-147 5p. doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003

Micevski, V., & McCann, Terence V. (2005). Developing international relationships with adolescents with anorexia nervosa, Contemporary Nurse, 20:1, 102-116, doi:10.5172/conu.20.1.102

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014, 4. oktober). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. Hentet 13. januar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Ramjan, L. (2004). Nurses and the `therapeutic relationship`: caring for adolescents with anorexia nervosa. Journal Of Nursing, 45(5), 495-503 9p, doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x

Pasient- og brukerrettighetsloven (2006). Informasjon når pasienten er mindreårig. Nr. 3.4. Hentet 28.01.16 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Pasient- og brukerrettighetsloven (2006). Samtykke på vegne av barn av 30. Juni 2006 nr. 4.4. Hentet 28. 01.16 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4

Psykisk helsevernsloven (2006). Behandling uten eget samtykke av 29. August 2003 nr. 4.4. Hentet 13.01.16 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Psykisk helsevernsloven (2006). *Vedtak om tvungent psykisk helsevern* av 30 juni 2006 nr. 3.3. Hentet: 13.01.16 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

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

- Skårderud, F. (2000). Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser. Oslo: H. 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 a inpatient eating disorder unit. *Journal Of Clinical Nursing*. 19(3/4), 351-358-8p.
Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x
- Støren, I. (2013). Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier. Oslo: Cappelen Damm AS
- Thidemann, I. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Van Ommen, J., Meerwijk, 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(20), 2801-2808 8p. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x
- 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 8p. doi:10:1111/j.1447-0349.2009.00657.x

Vedlegg I. Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Som eksempel på kildekritikk har jeg valgt å ta i bruk en sjekkliste hentet fra Kunnskapssenteret (2014). Se oppgavens referanseliste for link til nettsiden

Som eksempel har jeg i dette vedlegget kritisk vurdert studien av: Van Ommen, Van Elburg, Meerwijk og Meijel (2009)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Metoden som er brukt beskrives i studien; det ble brukt semistrukturerte dybdeintervjuer.</p> <p>Datasamling blir beskrevet i eget avsnitt. Setting for data-samling blir også begrunnet i studien.</p>
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: I studien kommer det tydelig fram hvordan analysen ble gjennomført. Det har også en klar sammenheng mellom de data som er samlet inn og det forskeren har kommet fram til</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedmomentene som er funnet i analysen, diskuteres opp mot tydeligere forskning</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Deltakerne har signert informert samtykke og studien er godkjent av etisk komite</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Hovedfunnene kommer klart fram og diskuteres i lys av det som er formålet med studien.</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Studien er viktig for min bacheloroppgave da den tar for seg viktigheten av en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Sett i pasientens perspektiv. Dette vil jeg ta med videre i bacheloren.</p>
--	--

Vedlegg II

Tema for søking: Relasjon mellom sykepleier og unge jenter med anoreksi

Database for søk: CINAHL. For å utvide søket har jeg tatt i bruk engelske søkeord.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Leste artikler	Artikler inkludert som hovedartikler i oppgaven	Relevans for oppgaven
	Anorexia nervosa		3965			
	Anorexia nervosa	Full text	1020			
	Anorexia nervosa + patients experiences	Full text 2006-2016	45			
	Anorexia nervosa + patients experiences + nurse	Full text 2006-2016	2	2	Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients` perspective.	Aktuell da den handler om pasientenes synspunkt om behandling
	Anorexia nervosa + adolescents		718			Aktuell da den handler familie som samarbeidspartner
	Anorexia nervosa + adolescents + parents	+ full text	52	5	Caring for an adolescents with anorexia nervosa: Parent`s Views and Experiences	Tar utgangspunkt i foreldrene og deres erfaring med barn som har anorexia nervosa.
	Anorexia nervosa `adolescents + pediatric		35	2	Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa	Aktuell da den handler om hvordan sykepleiere på en pediatrik avdeling skaper et mellommenneskelig forhold til pasienter md anorexia nervosa
	Anorexia + adolescents + therapeutic relationship	Full text	16	2	Nurses and the therapeutic relationship: caring for adolescents with anorexia nervosa	Studien er aktuell da den tar for seg utfordringer og hindringer som sykepleiere møter i møte med den anorektiske pasienten

	Eating disorders	Full text	2675			
	Eating disorders + therapeutic relationship	Full text	25			
	Eating disorders + therapeutic relationship + nurse	Full text	3	3	Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorders unit	Aktuell da den handler om sykepleiers betydning av relasjon til pasienten, når pasienten er motstandsdyktig.
	Eating disorders + relationship	Full text	294	4	Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit.	