



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 393

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8650

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 52

**Andre medlemmer i gruppen:** 391

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Etablering av en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa

Establishing a therapeutic relation to patients with anorexia nervosa

**Kandidatnummer: 391 og 393**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.19

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

*“Jeg innser at man blir aldri tynn nok. Selv ikke når man får vondt i skjelettet av å sitte i en stol. Selv ikke når man ligger i sykesengen og kjenner sine egne ben gnage mot madrassen” (Myhre, 2013, s. 55).*

## Abstract

**Title:** Establishing a therapeutic relation to patients with anorexia nervosa.

**Background:** Thinness is considered an ideal of beauty in the western culture. It is a sign of success, good health and personal control. In the last decade, there has been an increased occurrence in the number of eating disorders and thereby more interest in the subject. Around 0,2-0,4 % of women between 15-45 years have been diagnosed with anorexia nervosa, and it occurs most often between the ages of 16 and 18.

**Aim:** The aim of this study is to gain insight into which qualities nurses must display in order to establish a therapeutic relation to patients with anorexia nervosa.

**Research question:** How can nurses establish a therapeutic relation to patients with anorexia nervosa?

**Method:** Literature review is the method chosen for this thesis. Four qualitative studies, one mixed-method study and other relevant literature is used to answer the research question.

**Findings:** Patients with anorexia nervosa find comfort in their eating disorder and may be reluctant to engage in treatment. An essential part of the treatment is the therapeutic relation between the nurse and the patient. The findings from the literature review point out certain desired qualities the nurses should display in order to establish this relation, such as expressing genuine care and concern for the patient's wellbeing. Also, she must appear as a vital person who can contribute to a cheerful and relaxed environment. Nurses who were self-confident and able to maintain the boundaries and rules of the ward made the patients feel safer and more comfortable. Furthermore, it is highly appreciated when nurses have broad knowledge and experience regarding patients with anorexia nervosa. The ability to externalize the person from the eating disorder is also meaningful for the therapeutic relationship.

**Conclusion:** The therapeutic relationship with the nurse is significant for the patients' wellbeing, and the nurses can motivate them to stay in treatment. It is necessary that the nurses are knowledgeable, experienced and display specific qualities and behavior patterns in order for the relationship to remain therapeutic.

**Keywords:** *adults, anorexia nervosa, nurse, therapeutic relationship*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Problemstilling .....	6
1.3 Begrepsavklaringer .....	7
1.4 Sykepleiefaglig relevans og oppgavens hensikt .....	7
1.5 Avgrensninger av oppgaven .....	7
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Hva er spiseforstyrrelser? .....	8
2.1.1 Anorexia nervosa .....	8
2.1.2 Årsaker.....	9
2.1.3 Komplikasjoner.....	10
2.2 Selvbilde og kroppsbilde.....	11
2.3 Behandling i helsetjenesten .....	11
2.3.1 Psykoterapi .....	12
2.3.2 Kognitiv atferdsterapi .....	12
2.3.3 Komorbiditet .....	13
2.4 Joyce Travelbee sin sykepleieteori .....	13
2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet .....	13
2.4.2 Faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold.....	14
2.4.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient .....	15
2.5 Utfordringer i relasjonsbyggingen .....	16
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Hva er metode?.....	17
3.2 Litteraturstudie som metode .....	17
3.2.1 Søkestrategi.....	17
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
3.2.3 Analyse og syntese.....	18
3.2.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier .....	19
3.3 Kildekritikk og etiske overveielser .....	20
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>22</b>
4.1 Betydningen av god omsorg.....	22
4.2 Vitalitet hos sykepleieren.....	23
4.3 Profesjonalitet i sykepleierrollen.....	24
4.4 Eksternalisering av lidelsen.....	25
4.5 Utfordringer i dannelsen av en terapeutisk relasjon .....	26
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>27</b>
5.1 Hvilken betydning har god omsorg for den terapeutiske relasjonen mellom pasient og sykepleier? .....	27
5.2 Hvordan kan vitalitet ha en positiv innvirkning på pasientene?.....	28
5.3 Hvilken betydning har sykepleierens profesjonalitet? .....	29
5.4 Hvorfor er det nødvendig å eksternalisere lidelsen fra personen? .....	31

<i>5.5 Hvordan kan sykepleier forholde seg til utfordringene i relasjonsdannelsen til pasienter med anoreksi?</i>	32
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>34</b>
<b>Referanseliste</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg I: Pico-skjema</b>	<b>38</b>
<b>Vedlegg II: Flytskjema</b>	<b>39</b>
<b>Vedlegg III: Søkehistorikk</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg IV: Litteraturmatrise</b>	<b>41</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sett i et globalt perspektiv, knyttes det “slanke skjønnhetsidealet” i stor grad opp mot den vestlige kulturen. Den slanke kroppen ses på som et tegn på vellykkethet, sunnhet og personlig kontroll. Mennesker som ikke lever opp til dette idealet kan frykte å bli negativt vurdert av sin omgangskrets. Helsemessig vil en overvektig kropp være uheldig og kunne tolkes som en mangel på viljestyrke (Árnadóttir, referert i Hummelvoll, 2016, s. 306).

I løpet av de siste tre-fire tiårene har det vært en økt forekomst av spiseforstyrrelser i den vestlige kulturen. I tillegg har det oppstått en økt interesse for spiseforstyrrelser og dermed mer oppmerksomhet for uoppdagede tilfeller (Skårderud, 2013, s. 69). Rundt 0,2-0,4% av kvinner mellom 15-45 år i den vestlige verden har en alvorlig grad av spiseforstyrrelsen anorexia nervosa. Lidelsen opptrer oftere i en moderat form. Spiseforstyrrelsen debuterer hyppigst sent i tenårene, i alderen 16-18 år (BUP-data, Norsk pasientregister, referert i Den norske legeforening, 2017).

Vi kan møte pasienter med anorexia nervosa i både primær- og spesialisthelsetjenesten, og det er derfor viktig at vi har kunnskap om hvordan vi skal møte denne pasientgruppen. Vår interesse for anoreksi som tema for bacheloroppgaven ble vekket da vi hadde fordypningspraksis på en avdeling for spiseforstyrrelser. Her var det strenge rutiner for matinntak og hvile. Sykepleierne var alltid til stede og sørget for at reglene ble fulgt. Vi skjønnte raskt at sykepleier spiller en viktig rolle i pasientenes behandlingsforløp, og vi tenker at en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient kan bidra til en bedre sykdomsprognose for pasienter med anoreksi. I oppgaven vil vi derfor undersøke hva som må ligge til grunn for at en terapeutisk relasjon mellom sykepleiere og pasienter med anorexia nervosa skal utvikle seg.

### 1.2 Problemstilling

Vi har valgt problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier bygge en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa?*



### 1.3 Begrepsavklaringer

#### *Anorexia nervosa:*

Anorexia = gr. nektende *an-* og *orexis* - begjær, matlyst = manglende matlyst; appetittløshet (Hummelvoll, 2016, s. 307).

#### *Terapeutisk relasjon:*

Begrepet “relasjon” brukes om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2007, s. 17). En terapeutisk relasjon er en relasjon mellom helsepersonell og pasient som er basert på aksept og empati, men også tydelighet og utfordring. En terapeutisk relasjon anses som en nødvendig forutsetning for behandling (Helsedirektoratet, u.å.).

### 1.4 Sykepleiefaglig relevans og oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å få innsikt i hvilke kvaliteter hos sykepleiere som er nødvendige for å bygge en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa. Denne oppgaven har sykepleiefaglig relevans av flere grunner. Relasjonen mellom pasienter og behandlere, som er blant annet sykepleiere, kan ha stor betydning for pasientenes utbytte av behandlingen (Hummelvoll, 2016, s. 321). Dessuten er personer med anorexia nervosa en pasientgruppe man kan treffe mange steder, både på psykiatriske og somatiske avdelinger.

### 1.5 Avgrensninger av oppgaven

Oppgaven vil omhandle spiseforstyrrelsen anorexia nervosa. Andre spiseforstyrrelser utelukkes. Begrepet “anorexia nervosa” vil bli brukt i oppgaven, men vi vil også bruke “anoreksi” om det samme begrepet. Videre vil oppgaven fokusere utelukkende på kvinner, ettersom 90% av pasientene er kvinner (Hummelvoll, 2016, s. 312). Vi vil derfor bruke termen “hun” når vi omtaler pasienter med anoreksi. Geografisk sett vil oppgaven fokusere på kvinner med anoreksi i den vestlige verden ettersom forekomsten er størst her (Skårderud, 2013, s. 72). Oppgaven avgrenses til pasienter mellom 16-30 år. Personer i denne aldersgruppen vil ha samme vilkår innen psykisk helsevernloven (1999). Mens behandling av unge under 16 år skjer med samtykke fra foreldre, kan personer over 16 år legges inn under tvungent psykisk helsevern. Et hovedkriterium for tvungent psykisk helsevern (Psykisk

helsevernloven, 1999, § 3-3, § 3-5) er “alvorlig sinnslidelse” og dette kriteriet anses som tilstede ved alvorlig grad av anorexia nervosa (Den norske legeförening, 2017).

## 2.0 Teori

### 2.1 Hva er spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser som hovedsakelig rammer unge kvinner. En spiseforstyrret atferd kjennetegnes av at personen er overopptatt av kropp, vekt og utseende, og har et strengt kontrollert matinntak. Å forholde seg til mat, i tillegg til egne tanker og følelser, regnes også som vanskelig for den som har en spiseforstyrrelse. Spisevegring over lengre tid medfører belastninger på kroppen som kan føre til behandlingstrengende somatiske tilstander (Skårderud, 2013, s. 11).

Hos voksne og tenåringer skilles det mellom tre typer spiseforstyrrelser: 1) bulimia nervosa, 2) anorexia nervosa og 3) overspisingslidelse (Fairburn, 2014, s. 29). Denne oppgaven vil kun fokusere på spiseforstyrrelsen anorexia nervosa.

#### 2.1.1 Anorexia nervosa

ICD-10 for lidelsen anorexia nervosa tilsier at pasienten må ha en kroppsvekt på minst 15% under forventet vekt eller en BMI under 17,5 for at diagnosen skal kunne stilles. Vekttapet er selvfremkalt ved at pasienten unngår fettholdig mat. Selvfremkalt brekninger, bruk av avføringsmidler og diuretika samt overdreven trening benyttes av mange for å fremkalle vekttap. Dersom lidelsen opptrer før puberteten vil det medføre veksthemning og amenoré. For at diagnosen skal stilles må somatisk sykdom utelukkes (Skårderud, 2013, s. 296-297).

Den kroppslige overopptattheten medfører en vektfofi som innebærer en intens frykt for fedme, og slanking er drevet av jakten på den perfekte kroppen (Fairburn, 2014, s. 32). Tankegangen er fokusert utelukkende på mat og kropp, og er derfor lite fleksibel og kan fort bli sort/hvitt-farget. Pasienten kan ha vanskeligheter med å sosialisere seg, og det sosiale samværet har lett for å bli overfladisk fordi nærhet med andre kan være utfordrende og true deres autonomi. Mange opplever i stor grad ensomhet (Hummelvoll, 2016, s. 310-311).

To psykologiske fenomener er sentrale hos pasienter med anoreksi: lav selvfølelse og opplevelsen av å ikke ha kontroll. Å endre sin kropp er et tiltak for å fremme selvfølelsen og kontrollen. Det å ta kontroll over matinntaket blir løsningen på følelsen av kontrollsvikt (Skårderud, 2013, s. 21-22). Andre psykologiske trekk som ambivalens og skam er også sentrale hos pasienter med anorexia nervosa. Pasientene har gjerne et ambivalent forhold til behandling og bedring av lidelsen ettersom det sykelige kontrollerte matinntaket er nettopp det som gir dem følelsen av kontroll og mestring. Det er heller ikke uvanlig å kjenne på en følelse av skam som henger sammen med den lave selvfølelsen. Pasienten har negative tanker om seg selv og sine egenskaper og kan forsøke å skjule, endre eller dekke over sine egenskaper. Skamfølelsen kan resultere i at en nøler med å ta kontakt med behandlingsapparatet (Skårderud, Rosenvinge & Göttestam, 2004, s. 1938-1940).

### 2.1.2 Årsaker

Psykodynamisk teori hevder at spiseforstyrrelser kan utvikles på bakgrunn av psykologiske påkjenninger og uløste konflikter som kan ha oppstått i barndommen. Det kan hemme barnets utvikling av grunnleggende tillit og selvstendighet, og føre til en manglende tilpasningsevne slik at selvfølelsen blir avhengig av godkjennelse fra andre. Dersom disse påkjenningene og konfliktene forblir uløste, kan de føre til utvikling av spiseforstyrrelser (Hummelvoll, 2016, s. 313-314).

Skårderud (2013, s. 74-78) presenterer årsaksforholdene i tre ulike nivåer:

- *Disponerende faktorer:* Perfeksjonistiske og tvangspregede personlighetstrekk kan disponere for anoreksi. Personen stiller strenge krav til seg selv og sine prestasjoner, men føler likevel at det aldri er godt nok. En annen disponerende faktor er manglende samhandling mellom foreldre og barn. Foreldrenes fravær, overbeskyttelse, uforutsigbar atferd og utydelige grenser kan føre til at barnet føler seg utrygg. En familiehistorie av psykiatri, rusmisbruk og traumer er andre disponerende faktorer. Kulturer som preges av kroppsfokusering, tynnhetsidealer og dårlige måltidsrutiner kan også disponere for anoreksi.
- *Utløsende faktorer:* Tap og konflikt, mobbing, overdreven slanking, tidlig eller sen pubertet, store prestasjonskrav, skader og endrede livsvilkår er eksempler på utløsende faktorer.

- *Vedlikeholdende faktorer:* En faktor som kan bidra til at spiseforstyrrelsen vedlikeholdes er hvis personen selv mener at symptomene er nyttige, for eksempel hvis hun opplever mestringsfølelse ved å unngå å spise. Spiseforstyrrelser kan utløse familiekonflikter der personen med spiseforstyrrelsen ofte sitter igjen med en stor skyldfølelse. Miljøet kan også bidra til å vedlikeholde lidelsen. Personen kan bli oppfattet som et problem og dermed også bli behandlet slik. I visse risikomiljøer kan hun derimot bli beundret for spiseforstyrrelsen sin.

### 2.1.3 Komplikasjoner

Spisevegring over lengre tid medfører alvorlige komplikasjoner som betydelig avmagring, amenoré, lavt stoffskifte, lavt blodsukker, kalde ekstremiteter pga. nedsatt blodsirkulasjon og dehydrering med håravfall og tørr hud. Obstipasjon, nedsatt toleranse for matinntak og en manglende sultfølelse er også fremtredende. En annen alvorlig komplikasjon hos pasientene er forstyrrelser i elektrolyttbalansen, som kan forårsake hjerterytmeforstyrrelser og i verste fall hjertestans (Hummelvoll, 2016, s. 310).

Pasienter som har utsatt seg for langvarig alvorlig underernæring eller ikke har inntatt noe næring de siste ukene før innleggelsen, er i risikozonen for utvikling av reernæringssyndrom. Reernæringssyndrom medfører sjelden død, men det er likevel viktig å kjenne til farene ved for rask reernæring hos alvorlig underernærte pasienter. Sirkulasjonssvikt, noen ganger kombinert med hallusinasjoner og andre kognitive funksjonsforstyrrelser, vil prege det kliniske bildet (Frostad, 2004, s. 2123).

Lidelsen anorexia nervosa er den tredje hyppigste dødsårsaken for tenåringer i Europa etter ulykker og kreft. Den regnes derfor som den mest dødelige psykiatriske lidelsen. Mellom en tredjedel og halvparten av pasientene dør av selvmord, andre av medisinske komplikasjoner til underernæring og de resterende av andre årsaker. Anorexia nervosa er en behandlingstrengende lidelse og å være i aktiv behandling minsker dødsraten (Skårderud, 2013, s. 73).

## 2.2 Selvbilde og kroppsbilde

Selvbildet defineres som en bedømmelse av egen verdi og baserer seg på i hvilken grad en klarer å leve opp til det ideelle bildet av seg selv. Å ha et godt selvbilde innebærer opplevelsen av å ha en medfødt verdi og å akseptere seg selv, uansett nederlag og feiltrinn (Stuart, referert i Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2016, s. 108). Personer med anoreksi preges av en kroppslig overopptatthet som medfører at selvbildet i stor grad baserer seg på kroppsbildet (Skårderud, 2013, s. 11).

Kroppsbildet består av tre ulike dimensjoner: kroppsrealitet, kroppspresentasjon og kroppsideal. Kroppsrealitet representerer den måten personen oppfatter kroppen sin på. Kroppspresentasjon er hvordan kroppen presenteres gjennom bruk av sminke, klær og kroppsspråk. Kroppsideal er personens krav til den ideelle kropp. Gjennom en persons liv forsøkes det å oppnå en balanse mellom de tre kroppslige dimensjonene. Dersom personen har kompleksjoner med en av disse dimensjonene kan hun gjenopprette balansen ved å endre på de andre dimensjonene (Knutstad, 2013, s. 143).

Personer med anoreksi setter ofte svært strenge forventninger og krav til seg selv, noe som medfører at det blir vanskelig å disse oppfylle kravene. De oppnår et ubalansert kroppsbilde og i stedet for å være fornøyde med seg selv slik som de er, fokuserer de heller på manglene og hva de ikke har (Skårderud, 2013, s. 48). De gjør at de blir avhengig av ytre signaler på aksept fra andre for å føle seg bra og vellykket. Et ustabilt og usikkert kroppsbilde medfører at selvbildet deres er sårbart (Hummelvoll, 2016, s. 326-327).

Å ha omsorg for pasienter med et ubalansert kroppsbilde og et sårbart selvbilde, utfordrer også sykepleierens syn på seg selv. Derfor er det nødvendig at sykepleieren er trygg på seg selv og sitt eget kroppsbilde. Det er et godt utgangspunkt for å hjelpe pasientene til å styrke sitt eget selvbilde og kroppsbilde (Kristoffersen et. al., 2016, s. 125-126).

## 2.3 Behandling i helsetjenesten

Anorexia nervosa er en lidelse som sjelden går over av seg selv. Den krever behandling og det finnes flere alternativer. Behandling i form av samtaler kan være effektivt. Eksempler på dette er psykoterapi og kognitiv atferdsterapi. Familieterapi kan være virksomt for barn og unge.

Noen pasienter har depresjon som tilleggsdiagnose og behandler dette med antidepressive legemidler, men sannsynligheten for at slike hjelpemidler har en terapeutisk effekt på spiseforstyrrelsen, er liten (Helsebiblioteket, 2015). Noen pasienter med anoreksi blir så syke at innleggelse blir nødvendig. Det finnes en rekke ulike former for behandling av anorexia nervosa, men to av de mest fremtredende behandlingsformene er psykoterapi og kognitiv atferdsterapi.

### 2.3.1 Psykoterapi

Psykoterapi er en behandlingsmetode som har sitt utgangspunkt i psykoanalysen. Behandlingen baserer seg på bruk av psykologisk forskning og kunnskap. I psykoterapi arbeider behandler og pasient med å endre de biopsykososiale faktorene som opprettholder spiseforstyrrelsen. Det finnes flere retninger innen psykoterapien, men alle retningene bygger på mekanismene som er knyttet til hvordan en psykisk lidelse oppstår og hva det er som opprettholder de mentale problemene (Kennair & Hagen, 2014, s. 15-19). Psykoterapi er langtidsterapi, men det finnes også symptom- eller temafokuserte korttidsterapi. Psykoterapi kan anvendes i både grupper og individuelt (Skårderud, 2013, s. 136).

### 2.3.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi, eller CBT-E, står for “Enhanced Cognitive Behaviour therapy for Eating disorders” og er en behandlingsform som varer i 20 uker. I behandlingen skal behandler og pasient identifisere faktorene som opprettholder spiseforstyrrelsen, arbeide med disse og finne ut hvordan pasienten skal unngå tilbakefall etter endt behandling. Det er essensielt at behandlingen har en vellykket start og at pasient blir motivert til endring. Forskning har vist at dersom pasienten opplever en positiv fremgang og bedring allerede i startfasen, bedrer dette prognosen for sluttresultatet. 20 uker etter avsluttet behandling foretar behandleren en “review session” med pasienten. Da vurderer de behandlingen pasienten har fått og hvorvidt det er nyoppståtte problemer eller problemer som pasienten ikke har blitt kvitt (Fairburn, 2008, s. 23-25).

### 2.3.3 Komorbiditet

Komorbiditet er relativt vanlig blant pasienter med spiseforstyrrelser og de har en høyere forekomst av andre psykiske lidelser enn i befolkningen ellers (Folkehelseinstituttet, 2016). Eksempler på psykiske lidelser som forbindes med anorexia nervosa kan være alvorlig depresjon, angst med næringsvegring og sorg og posttraumatiske reaksjoner med redusert appetitt. Pasientene kan også lide av tvangstanker og tvangsritualer knyttet opp mot mat og kropp (Skårderud, 2013, s. 152). Ved komorbiditet må behandlingen også omfatte andre psykiske lidelser i tillegg til spiseforstyrrelsen. Det vil gi en bedre prognose (Den norske legeforening, 2017).

## 2.4 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Joyce Travelbee er en anerkjent sykepleieteoretiker og vi har valgt å anvende hennes sykepleieteori for å belyse oppgavens problemstilling. Travelbee sin sykepleieteori omhandler blant annet hva som er essensielt for at en terapeutisk relasjon skal dannes mellom sykepleier og pasient.

### 2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee legger vekt på at den profesjonelle sykepleieren må etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Dette forutsetter at sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som unike individer. Travelbee skriver at en forutsetning for at dette skal være mulig er at fasadene “sykepleier” og “pasient” overskrides. Bare da kan de nå inn til hverandre som mennesker (Travelbee, 2001, s. 171).

Ifølge Travelbee (2001) er menneske-til-menneske-forholdet det virkemiddelet som gjør at sykepleiens mål og hensikt kan gjennomføres, herunder å hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre sin sykdom. Det er imidlertid viktig å være innforstått med at menneske-til-menneske-forholdet ikke oppstår av seg selv. Forholdet bygges opp over tid og sykepleier må alltid være bevisst på sine egne handlinger, tanker og følelser (Travelbee, 2001, s. 171).

Sykepleier-pasient-interaksjonen foregår når sykepleier kommuniserer med pasienten, gir medisiner, utfører sykepleietiltak og gir forordnet behandling. Det er ikke all interaksjon

mellom sykepleier og pasient som er optimal eller gunstig og det finnes flere fallgruver. Travelbee (2001, s. 173-174) skisserer fire ugunstige interaksjoner. I den “automatiske” sykepleier-pasient-interaksjon betyr samværet lite for begge parter. Ingen gjør en innsats for å bli bedre kjent og forholdet utvikler seg ikke. Dette vil ikke fungere som en terapeutisk relasjon.

Den “hjelpende” sykepleier-pasient-interaksjonen innebærer at sykepleier viser omsorg for pasienten, men ikke på grunnlag av genuin interesse for vedkommende. Det er heller for å leve opp til forventninger, for eksempel fra kolleger. Det er ingen reell nærhet i en slik interaksjon. Det er positivt at sykepleier kan gi fysisk omsorg, men det kan være skadelig dersom det er merkbart at sykepleier ikke er genuint opptatt av pasienten. En tredje ugunstig interaksjon er den “ufrivillige” sykepleier-pasient-interaksjonen. Her er samværet med pasienten kun basert på at sykepleier er forpliktet til det. Sykepleier utfører legens ordrer og ingenting utover det absolutt nødvendige. Sykepleie ses på utelukkende som et forpliktet arbeid og sykepleieren oppsøker ikke pasienten for å slå av en uformell prat, men gjerne kun dersom medisiner skal deles ut (Travelbee, 2001, s. 174-175)

Den fjerde typen ugunstig sykepleier-pasient-interaksjon er den “inkonsekvente”. Her viser ikke sykepleier interesse for pasienten jevnt over tid. Interessen og vennligheten kommer heller nokså tilfeldig og interessen er gjerne økt i perioder hvor pasienten er på sitt sykeste. En slik interaksjon er ikke å foretrekke, men er bedre enn ingenting (Travelbee, 2001, s. 176).

#### 2.4.2 Faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold

Ifølge Travelbee (2001) etableres et menneske-til-menneske-forhold gjennom fire faser: (1) det innledende møtet, (2) framveksten av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse. Disse fasene fører til etablering av en gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 2001, s. 172).

Det innledende møtet baserer seg på førsteinntrykket sykepleieren og pasienten får av hverandre som personer. Pasienten ser på sykepleieren som “en sykepleier”, og sykepleieren ser på den syke som “en pasient”. Inntrykket baseres ofte på stereotypiske oppfatninger av



hverandre. Etter hvert som sykepleieren og pasienten knytter seg til hverandre vil identitetene deres tre frem og de stereotypiske oppfatningene forsvinne (Travelbee, 2001, s. 186-187).

Empati er evnen til å leve seg inn i og forstå andres psykiske tilstand. Den enkelte vil være i stand til å se forbi ytre atferd og anerkjenner den andres indre opplevelse. Den empatiske prosessen fører til at det oppstår nærhet mellom sykepleieren og pasienten, og det knyttes et bånd mellom dem (Travelbee, 2001, s. 193). Evnen til å vise sympati og medfølelse kan ses på som et resultat av empatiprosessen. Ønsket om å lindre pasientens plager er derimot sentralt ved sympati. Gjennom å vise sympati og medfølelse for pasienten formidler sykepleieren at hun er interessert i pasienten som person og genuint bryr seg om hvordan pasienten har det (Travelbee, 2001, s. 200).

Målet for all sykepleie er å oppleve en gjensidig forståelse og kontakt med pasienten, og dermed etablere et menneske-til-menneske-forhold. For at et slikt forhold skal etableres må sykepleieren utføre handlinger som tar sikte på å lindre pasientens plager, og unngå at situasjonen forverres. Sykepleier må også ha kunnskap om lidelsen og vite hvilke sykepleietiltak som skal iverksettes for å dekke pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 211-212).

#### 2.4.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Når en relasjon mellom sykepleier og pasient har blitt etablert, kan sykepleier ta i bruk kommunikasjonsteknikker for å avdekke informasjon. For å få nytte av slike teknikker er det viktig å ha mer fokus på hva en ønsker å avdekke, enn hvordan man skal bruke kommunikasjonsteknikkene for å avdekke noe. Det er lett for at en blir for opptatt av "hvordan" og ikke "hva" en prøver å avdekke. Travelbee trekker frem noen eksempler på kommunikasjonsteknikker: åpne utsagn og åpne spørsmål fungerer som overgangsfraser og oppfordrer pasienten til å snakke videre. Speiling eller parafrasering er også kjente kommunikasjonsteknikker. De går ut på at sykepleier gjentar det pasienten sier i form av spørsmål eller speiler følelsene som uttrykkes og dermed gir anledning til å gå dypere inn på disse følelsene (Travelbee, 2001, s. 153-155).

Det er viktig at sykepleier har kunnskap og innsikt, spesielt når hun skal kartlegge og ivareta sykepleiebehov hos pasienter. Sykepleier må ha innsikt i det teoretiske grunnlaget for å være i

stand til å hjelpe pasienten. Mangler sykepleier kunnskap vil hun ikke kunne avdekke eller ivareta behovene til pasienten. Innsikt og ferdigheter kan ikke erstattes med at sykepleier er vennlig og mener alt godt (Travelbee, 2001, s. 184).

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk kjennetegner en profesjonell sykepleier. For å kunne bruke seg selv terapeutisk må sykepleier ha innsikt i hvordan egen atferd fungerer. Deretter kan sykepleier ta i bruk sin egen personlighet og kunnskap i samhandling med pasienten for å fremme endringer hos den syke. Endringene anses som terapeutiske dersom de øker velvære og lindrer plager som pasienten har. Det å bevisst bruke seg selv og sin personlighet gjør det mulig for sykepleier å utvikle en relasjon med pasienten. Sykepleier må ha innsikt i andres atferd så vel som sin egen, og i tillegg ha innsikt i det å være menneske (Travelbee, 2001, s. 44-45).

## 2.5 utfordringer i relasjonsbyggingen

For noen personer med anoreksi kan en sykehusinnleggelse være med på å bryte dårlige vaner, gi pusterom og god omsorg. For andre kan det derimot oppleves som invaderende og autonomikrenkende (Skårderud, 2013, s. 181). Ofte er det personens nærmeste som lider av spiseforstyrrelsen, og dermed presser frem behandling. Pasienten opplever selv at hun ikke har et problem, og ser spiseforstyrrelsen og det den medfører som en løsning. Derfor kan det være utfordrende å motivere henne til behandling (Hummelvoll, 2016, s. 318).

Svekket motivasjon for behandling og manglende sykdomsinnsikt hos pasientene vil medføre utfordringer for relasjonsbyggingen til sykepleier (Hummelvoll, 2016, s. 321). På bakgrunn av dette kan pasienter med anoreksi opptre med en utfordrende atferd og kan oppleves som vanskelig for sykepleierne. Sykepleieren føler seg manipulert, noe som kan provosere sykepleieren og gjøre det vanskelig å opptre profesjonelt. Manipulering er en strategi hvor pasienten opptre slik at hun får egne behov tilfredsstilt, uten å tenke på dem rundt seg (Vatne, 2009, s. 86).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode?

Dalland (2012, s. 112) beskriver metode som et redskap som hjelper oss til å samle inn data, altså informasjonen som trengs til det som skal undersøkes. Metoden blir et middel som løser et problem, og i denne oppgaven et redskap som hjelper oss å finne svar på problemstillingen vår: *hvordan kan sykepleier bygge en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa?*

### 3.2 Litteraturstudie som metode

I vår oppgave har vi valgt å bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innhenter kunnskap fra skriftlige kilder og systematiserer denne kunnskapen. Å systematisere noe innebærer å samle inn litteratur, foreta en kritisk analyse av litteraturen og deretter sammenfatte alt (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2017, s. 79). Trinnene i en litteraturstudie er som følger: en begynner med å formulere en avgrenset og presis problemstilling. Neste steg er å forberede litteratursøk ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier, operasjonalisere problemstillingen i søkbare ord, utvikle en søkestrategi og orientere seg om hvilke databaser som skal brukes. Deretter gjennomføres litteratursøket ved å samle inn artikler og opprette en søkehistorikktabell. Artikkene skal så legges inn i en litteraturmatrise og bli kvalitetsvurdert. Avslutningsvis, skal funnene fra artikkene tolkes og resultatene skal sammenfattes (Thidemann, 2017, s. 80).

#### 3.2.1 Søkestrategi

Vi har gjort søk i databasene Cinahl, PubMed og Ovid Medline ettersom disse databasene er relevante databaser for helsefaglige utdanninger. I PICO-vedlegget ligger en oversikt over søkeordene som ble brukt etter å ha operasjonalisert problemstillingen. Det ble benyttet både fritekstsøk og emneordsøk, såkalte “MeSH-termer”. Vi brukte den boolske operatøren “or” da vi kombinerte emneordene “anorexia nervosa” og “eating disorders”. Hovedemneordene “anorexia nervosa” og “therapeutic relationship” ble koblet med den boolske operatøren “and”. Dermed ble søket spisset, og kun forskningsartikler som inneholdt disse søkeordene fremkom.

I begynnelsen av søkeprosessen forsøkte vi å gjøre et pyramidesøk. Da søkte vi etter oppsummert forskning i de kliniske oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice, men fant lite relevant forskning her. Ved å søke i databasene Cinahl, Ovid Medline og PubMed fant vi relevant forskning for vår problemstilling.

For å besvare problemstillingen vår er det søkt hovedsakelig etter studier med kvalitativ metode og mixed method (metodetriangulering). I kvalitativ metode er fokuset å kartlegge meninger, erfaringer og opplevelser som ikke kan kartlegges i form av tall. I kvalitativ metode gjøres forskningen innenfra, og det innebærer at forskeren erkjenner påvirkning og delaktighet. Kvantitative studier kan supplere kvalitative studier i form av målbare enheter fra en stor mengde undersøkelsesenheter, ofte med bruk av spørreskjema (Dalland, 2012, s. 112-113).

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Da vi søkte i de ulike databasene for å finne forskning på temaet hadde vi noen kriterier for artiklene som skulle velges ut. Inklusjonskriteriene våre var følgende: kvinnelige pasienter med anoreksi, innlagte på sykehus. Oppgaven skulle kun inkludere forskningsartikler publisert de siste 10 årene, artikler i fulltekst, artikler som var skrevet på engelsk eller skandinavisk språk og forskning utført i vestlige land.

Vi hadde også noen eksklusjonskriterier. Oppgaven skulle ikke inkludere forskning som omhandlet pasienter med andre spiseforstyrrelser enn anoreksi, forskning der deltakerne bare var menn og forskning som omhandlet pasienter med anorexia nervosa der alle var under 16 år. Vi ønsket heller ikke å inkludere forskningsartikler som var eldre enn 10 år, artikler som ikke var i fulltekst, forskningsartikler som ikke var skrevet på engelsk eller skandinavisk språk og forskning som ikke var utført i vestlige land.

### 3.2.3 Analyse og syntese

Å analysere en tekst betyr å dele opp, sammenlikne og se på likheter og forskjeller. Vi gransket forskningsartiklene ved å lese de flere ganger og legge resultatene inn i en litteraturmatrise (Thidemann, 2017, s. 57). Vi benyttet tematisk analyse. Det innebærer at vi

identifiserte, analyserte og rapporterte om mønstre i det empiriske materialet. Ved å lese abstraktene i artiklene fikk vi et oversiktlig bilde på hva forskningen omhandlet. Deretter leste vi artiklene i fulltekst og brukte fargetusjer for å markere de ulike temaene som fremkom. Underveis noterte vi hvor mange artikler som nevnte hvert enkelt tema (Braun og Clarke, referert i Malterud, 2017, s. 95).

Syntesen kommer etter analysen. I denne fasen satte vi sammen elementene fra forskningsartiklene og skapte en helhet ved å koble sammen ulike formuleringer av samme tema til et hovedtema. Vi har sett på hvordan forskningsartiklene delte inn og presenterte temaene de kom frem til, og tok utgangspunkt i denne tematiske inndelingen da vi presenterte våre resultat (Thidemann, 2017, s. 57).

### 3.2.4 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Fire av fem inkluderte studier er kvalitative studier (Gulliksen, Espeset, Nordbø, Skårderud, Geller & Holte, 2012; Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud & Holte, 2015; Wright & Hacking, 2012; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). Under søkeprosessen benyttet vi oss av CASP-sjekkliste (Critical Appraisal Skills Programme) for kvalitative studier for å kritisk vurdere de utvalgte artiklene. Ved å bruke denne sjekklisten kunne vi ekskludere artikler som ikke oppfylte kriteriene for god metodisk kvalitet innen kvalitativ metode (Helsebiblioteket, 2016).

Zugai, Stein-Parbury & Roche (2018) benyttet seg av metodetriangulering i sin forskning. Det vil si at de har brukt mer enn én metodisk tilnærming. Forskerne kombinerte kvantitativ og kvalitativ metode. Fordelen med metodetriangulering er at gyldigheten av resultatet kan styrkes dersom to ulike forskningsmetoder kommer frem til samme resultat. Dessuten kan metodene utfylle hverandre ved at den kvalitative metoden kan utdype og utfylle uklarheter fra den kvantitative undersøkelsen (Thidemann, 2017, s. 79). For å kvalitetsvurdere mixed-method studiet brukte vi først CASP-sjekkliste for å vurdere den kvalitative metoden som er brukt. Deretter brukte vi Polit & Beck (2017, s. 102-103) sin sjekkliste for kvantitativ forskning. Vi gikk ikke gjennom alle kriteriene i denne sjekklisten, kun de som var oppført under "metode".

### 3.3 Kildekritikk og etiske overveielser

En positiv side med litteraturstudie er mangfoldet av databaser som gir et bredt utvalg av forskningsartikler. Likevel opplevde vi noen utfordringer. Vi har lite erfaring med litteraturstudie som metode og søk i databaser. I tillegg var det tidvis krevende å lese forskningsartikler på engelsk.

To av de inkluderte studiene (Gulliksen et al., 2012; Gulliksen et al., 2015) tar opp hvilke personlighetstrekk som har betydning for dannelsen av en terapeutisk relasjon mellom helsepersonell og pasienter med anorexia nervosa. Studien omhandler helsepersonell generelt, men vi ønsker å ta dem med fordi vi mener at de kvalitetene pasientene ønsker at helsepersonell skal ha, også er essensielle hos sykepleiere.

Studien til Zugai et al. (2013) omhandler pasienter med anorexia nervosa i alderen 12-18 år. Aldersgruppen er noe lavere enn oppgavens krav til alder, men vi inkluderer studien i oppgaven vår da vi mener at resultatene som kom frem også er relevante for aldersgruppen vi undersøker. I Zugai et al. (2018) sin studie var flere av pasientene i 12-årsalderen, men ettersom gjennomsnittsalderen var 20 år inkluderer vi likevel studien.

Oppgaven er avgrenset til å kun fokusere på kvinnelige pasienter med anorexia nervosa. Studien til Zugai et al. (2018) har inkludert både kvinner og menn. Det er imidlertid bare 3 % av deltakerne som er menn og mange av de samme kvalitetene for relasjonsbygging hos sykepleiere går igjen for begge kjønn. På grunnlag av dette inkluderes studien i oppgaven.

Vi har også inkludert en studie av Wright & Hacking (2012). Denne studien omhandler voksne pasienter med anorexia nervosa og helsepersonell på en dagklinikk. Oppgaven er avgrenset til pasienter som er innlagt på sykehus. Likevel tenker vi at resultatene er overførbare til sykehuspasienter, og tar derfor studien med i vår oppgave.

For at metoden som brukes i forskningen skal gi troverdig kunnskap, må kravene om validitet og reliabilitet oppfylles. Validitet står for gyldighet og relevans. Det som undersøkes må være relevant og gyldig for problemstillingen. Reliabilitet står for pålitelighet og dreier seg om at målinger må utføres på en korrekt måte (Dalland, 2012, s. 52). Det faktum at vi har vært to

personer i analysearbeidet styrker reliabiliteten og troverdigheten av funnene (Graneheim & Lundman, 2004).

Gulliksen et al. (2012), Gulliksen et al. (2015) og Zugai et al. (2018) har fulgt prinsippene i Helsinkideklarasjonen i sin forskning, herunder krav om samtykke, anonymisering og retten til å trekke seg (Den norske legeforening, 2012). Alle forskerne har mottatt godkjenning fra etiske forskningskomitéer.

Forskningsetiske retningslinjer fremhever viktigheten av god siteringspraksis ved litteraturstudier for å unngå å bli tatt for plagiering (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Vi har sørget for å henvide korrekt hver gang vi har brukt stoff fra teori og forskning for å unngå at det presenteres som plagiat. Ved å benytte oss av bibliotek-tjenesten på skolen har vi forsikret oss om at all sitering er gjort korrekt. Vi har også tatt i bruk anerkjent litteratur og forskning for å sørge for en troverdig oppgave.

## 4.0 Resultat

Oppgaven inkluderer fem forskningsartikler, hvorav fire av dem er kvalitative studier og en er en mixed method studie hvor forskerne har kombinert kvalitativ og kvantitativ metode. Den tematiske analysen identifiserte følgende temaer: betydningen av god omsorg, vitalitet hos sykepleieren, profesjonalitet i sykepleierrollen, eksternalisering av lidelsen og utfordringer i dannelsen av en terapeutisk relasjon.

### 4.1 Betydningen av god omsorg

Å være generøs er en essensiell kvalitet hos sykepleier og nevnes i flere av artiklene (Gulliksen et al., 2012; Gulliksen et al., 2015; Wright & Hacking, 2012; Zugai et al., 2018). Generøsitet knyttes opp mot å være givende, kjærlig, snill og forståelsesfull. Pasientene fortalte at disse kvalitetene hos sykepleier resulterte i at de ble tatt seriøst, følte seg trygge og ble godt tatt hånd om (Gulliksen et al., 2012). Zugai et al. (2018) påpeker at generøsitet kan føre til at pasientene får tillit til sykepleierne når det gjelder mat og vektøkning.

Både studien til Gulliksen et al. (2015) og studien til Wright & Hacking (2012) nevner trygghet som en viktig faktor. En pasient beskrev trygghet som å alltid ha en livbåt tilgjengelig og vite at en ikke kommer til å drukne. Sykepleierne ble omtalt som engler som våket over dem og sørget for trygghet (Wright & Hacking, 2012). Pasientene rapporterte at følelsen av trygghet var relatert til måten sykepleierne kommuniserte med dem på. Tilstedeværelse og aktiv lytting fra sykepleier sørget for en opplevelse av trygghet (Gulliksen et al., 2015).

For pasientene var det viktig at sykepleierne støttet dem gjennom vanskelige situasjoner de kunne møte på. De påpekte at det var nødvendig at de ble utfordret, men at de også fikk støtte når utfordringene ble for vanskelige for dem. Dersom sykepleierne derimot stakkarsliggjorde pasientene, kunne det virke nedlatende overfor dem. Pasientene opplevde at det å bli stakkarsliggjort kunne forverre spiseforstyrrelsen. De ønsket at sykepleierne skulle utfordre dem heller enn å synes synd på dem (Gulliksen et al., 2012).

En forutsetning for at sykepleier skal kunne være sensitiv, forståelsesfull og empatisk, er å ha en god forståelse for lidelsen og hvordan behandlingen kan virke invaderende på pasientene.



Det kan da være enklere for dem å være omsorgsfulle overfor pasientene i utfordringene de kan støte på under sykehusinnleggelsen (Zugai et al., 2018).

Zugai et al. (2018) fant i sin forskning at det å opptre moderlig kunne fremme effektiv sykepleie. Sykepleiernes moderlige tilnærming ble sett på som viktig for pasientene i vanskelige situasjoner. Det gjorde også sykehusoppholdet minneverdig og bidro til å øke velværet deres. Som et svar på sykepleiernes moderlighet, ble pasientene mer villige til å engasjere seg i behandlingen fordi de ville tilfredsstillte sykepleiernes ønsker for dem. Sykepleiere som ble oppfattet som moderlige kunne gjøre et varig inntrykk på pasientene, og pasientene rapporterte at de var svært takknemlige overfor slike sykepleiere.

Wright & Hacking (2012) hevder at noen sykepleiere blir tildelt denne moderlige rollen, muligens fordi den kan erstatte en manglende morsrolle. Flere av pasientene kunne også se på hverandre som søsken. Noen av dem oppførte seg på en barnslig og umoden måte selv om de var voksne. Pasientene var gjerne eldre enn sykepleierne selv, men kunne likevel se på sykepleierne som moderlige figurer.

#### 4.2 Vitalitet hos sykepleieren

Gulliksen et al. (2012) sin studie tok opp temaet "vitalitet". Passivitet hos sykepleierne ble opplevd som negativt. Dersom de aktivt viste interesse for pasientenes personlige kvaliteter og tanker, følte pasientene seg overraskende bra. Pasientene sa at det å møte noen som genuint brydde seg om situasjonen deres ga dem en god følelse.

Videre ble det å ha sans for humor trukket frem som en positiv kvalitet hos sykepleier (Gulliksen et al., 2012). Å ikke ta seg selv for seriøst og å være i stand til å slå av en spøk, gjorde miljøet på avdelingen mer avslappet og virket oppmuntrende på pasientene. Totalt sett hadde humor en positiv innvirkning på opplevelsen av å være innlagt. Det å ha morsomme øyeblikk på avdelingen gjorde dessuten at pasientene kunne føle seg så normale som mulig. Humor og en lett tone var også verdifullt ved måltidene, som kunne være en vanskelig stund for pasientene. Måltidene ble enklere dersom det ble sett på som en sosial stund der alle kunne prate med hverandre (Zugai et al., 2013).

### 4.3 Profesjonalitet i sykepleierrollen

Forskningen indikerte at tilstrekkelig kunnskap om lidelsen samt evnen til å vise faglig autoritet var en nødvendig kvalitet hos sykepleier. Noen pasienter kunne bli skuffet dersom de opplevde at sykepleierne manglet kunnskap om spiseforstyrrelser. Dette kunne medføre at pasientene følte at sykepleierne ikke helt visste hvordan situasjonen skulle håndteres og dermed undervurderte alvorligheten av problemene (Gulliksen et al., 2015).

God kunnskap hos sykepleier kunne resultere i at pasientene følte seg mindre alene i kampen mot spiseforstyrrelsen (Gulliksen et al., 2015). Ved at sykepleieren var erfaren og hadde kunnskap om hvordan pasienter med anoreksi tenker og oppfører seg, kunne det bidra til forståelse og akseptasjon hos pasienten. Dessuten ville skamfølelsen pasienten følte knyttet til seg selv og sine symptomer reduseres. Pasientene fortalte at det var enklere å snakke med en erfaren sykepleier om tankene og problemene de hadde, fordi sykepleieren sannsynligvis hadde snakket om noe lignende med tidligere pasienter (Gulliksen et al., 2012).

I forskningen til Gulliksen et al. (2012) rapporterte pasientene at de følte seg trygge dersom sykepleierne var faglig autoritære og hadde høy selvtillit. Pasienter med anoreksi opplever ofte en enorm usikkerhet, og det at sykepleieren opptre med autoritet og er sikker på seg selv gjør at pasientene kan stole på dem og ha dem som en sikker og trygg person å henvende seg til. Zugai et al. (2018) fant imidlertid i sin forskning at det beste er ikke alltid å opptre med autoritet overfor pasientene, men heller å basere relasjonen på samarbeid, støtte og tålmodighet. Dette kan gjøre pasientene mer villige til å delta i behandlingen. Sykepleiere som opptre utelukkende autoritært kan oppleves som ufølsomme og strenge (Zugai et al., 2018).

Behandlingen av pasienter med anorexia nervosa innebærer ofte strenge regler og tydelige grenser. Korrigering kan bli nødvendig dersom noen avviker fra dem. Dette er viktig for å opprettholde sykepleiers autoritet (Zugai et al., 2018). Strenge regler kan være nødvendige for å regulere pasientenes matinntak og fysiske aktivitet. Noen pasienter opplevde at de måtte fraskrive seg all kontroll og lære hvordan man spiser på en sunn og frisk måte. De strenge reglene kunne være vanskelige å forholde seg til der og da, men pasientene så gjerne verdien av dem i etterkant. Å være klar over konsekvensene av å bryte reglene kunne også gjøre

pasientene mer tilbøyelige til å følge dem. Pasientene rapporterte at de heller ville spise hele måltidet enn å bli tvangsforet med nasogastrisk sonde (Zugai et al., 2013).

Pasientene rapporterte at det å bli tatt seriøst var viktig for dem. De forventet at sykepleierne behandlet dem på en anerkjennende, respektfull og ikke-dømmende måte (Gulliksen et al., 2015). En slik tilnærming førte til at de følte seg som unike individ og som del av en relasjon mellom to likeverdige personer (Gulliksen et al., 2012).

#### 4.4 Eksternalisering av lidelsen

Zugai et al. (2018) tar for seg det terapeutiske skillet mellom personen og spiseforstyrrelsen i sin forskning. Sykepleier må forstå at anorexia nervosa er en psykisk lidelse som kan påvirke atferden til pasienten som har lidelsen. Dersom pasienten selv også er klar over dette skillet vil det kunne øke hennes motivasjon til å bli frisk. Wright & Hacking (2012) oppdaget at denne eksternaliseringen av lidelsen er et felles fenomen innen spiseforstyrrelser. Det ble rapportert at sykepleierne er opptatt av dette skillet og anser det som viktig for behandlingen. Ved å være klar over hvordan lidelsen påvirker atferden til pasientene, vil det kunne være enklere å håndtere situasjoner hvor sykepleierne kan kjenne på frustrasjon (Zugai et al., 2018).

Pasientene kan selv ha vanskeligheter for å eksternalisere seg fra spiseforstyrrelsen, men anerkjenner likevel viktigheten av dette skillet. Dessuten kan det å omtale spiseforstyrrelsen som noe eksternt være til nytte for pasienten i enkelte situasjoner. Et eksempel er da en sykepleier sa til en pasient som slet med et måltid at “vi skal kjempe mot dette sammen” - “dette”, altså spiseforstyrrelsen, omtales som noe som ikke er en del av personen, men noe utenfor dem selv (Zugai et al., 2018). Noen pasienter omtaler spiseforstyrrelsen som en parasitt som spiser dem opp. Desto mer trist og nedbrutt en person er, desto mer kan spiseforstyrrelsen blomstre. For andre kan spiseforstyrrelsen være noe nært og trøstende som alltid er der for dem (Wright & Hacking, 2012).

Under veiing kan også eksternaliseringen være tydelig. Den ukentlige veiingen kan oppleves som en indre konflikt for pasientene. En indre, anorektisk stemme kan hindre individet fra å bli frisk. Pasientene kan legge skyld over på denne stemmen og omtale lidelsen som noe som ikke er en del av dem (Wright & Hacking, 2012).

#### 4.5 utfordringer i dannelsen av en terapeutisk relasjon

I studien til Gulliksen et al. (2015) omtales tap av autonomi som en utfordring i dannelsen av en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Pasientene rapporterte at de kjente på sinne og kunne føle seg fanget under deres første møte med helsevesenet. Flere følte seg tvunget til å gjøre noe de ikke ville og ønsket heller å være i fred med spiseforstyrrelsen. Noen rapporterte at de ble skremt og følte at de mistet kontrollen. Selvfølelsen deres ble truet og det ble vanskelig for dem å fortsette behandling.

Pasientene rapporterte at korrigerende til tider oppleves som straffende eller disiplinierende. Da kunne de føle at de hadde gjort noe galt (Zugai et al., 2018). Pasientene snakket også negativt om sykepleiere de oppfattet som for strenge. De mente at sykepleierne burde anvende reglene på en hensynsfull og fleksibel måte som kan tilpasses hver enkelt pasient. En av pasientene fortalte om en annen pasient som ble straffet under et måltid fordi hun brukte for lang tid på å spise opp. Sykepleierens reaksjon ble omtalt som unødvendig streng og dermed et hinder for dannelsen av en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient (Zugai et al., 2013).

Komorbiditet trekkes frem som en utfordring i dannelsen av en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Relativt mange pasienter med anorexia nervosa har tilleggsdiagnoser, ofte psykiske lidelser, som for eksempel depresjon. Flere av disse pasientene fortalte det var hovedsakelig depresjonen og nedstemtheten de ønsket behandling for, ikke spiseforstyrrelsen (Gulliksen et al., 2015).

## 5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen vil vi drøfte problemstillingen vår: *hvordan kan sykepleier bygge en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa?* Følgende kvaliteter vil bli diskutert opp mot den teoretiske referanserammen: betydningen av god omsorg, vitalitet hos sykepleieren, profesjonalitet i sykepleierrollen, eksternalisering av lidelsen og utfordringer i dannelsen av en terapeutisk relasjon.

### 5.1 Hvilken betydning har god omsorg for den terapeutiske relasjonen mellom pasient og sykepleier?

Å være omsorgsfull er noe som kreves av alle sykepleiere. Gulliksen et al. (2012) påpeker at god omsorg bygger på kvalitetene generøsitet og trygghet. Dersom sykepleier har disse kvalitetene kan pasientene føle at de blir godt tatt hånd om og at avdelingen er et trygt sted som de ikke trenger å flykte fra. Da kan tillit oppstå mellom sykepleier og pasient og det dannes et bånd mellom dem (Zugai et al., 2018).

Et sårbart selvbilde og et usikkert kroppsbilde er forbundet med lidelsen anorexia nervosa. Pasientene stiller svært strenge krav til seg selv som medfører en ubalanse i kroppsbildet (Knutstad, 2013, s. 143). De fokuserer mer på manglene i livet enn det de har fra før av, og sammenlikner seg med andre (Skårderud, 2013, s. 48). Basert på egne erfaringer fra praksis bør sykepleier være bevisst på sin egen kroppspresentasjon. Pasientene tilbringer mye tid sammen med sykepleierne og det vil være naturlig at de sammenlikner seg med dem. For eksempel kan stramt treningstøy trigge pasientenes usikre tanker om kroppsbildet og gi dem en trang til å trene.

Å ha omsorg for en pasientgruppe med et sårbart selvbilde og et usikkert kroppsbilde, vil også utfordre sykepleierens oppfatning av seg selv (Kristoffersen et. al., 2016, s. 125-126). Sykepleierne må være sikre på seg selv fordi selvsikkerhet representerer en trygghet for pasientene (Gulliksen et al., 2012). Det kan tenkes at selvsikre sykepleiere kan påvirke pasientenes usikre tanker om egen kropp. Ettersom kroppsbildet og selvbildet knyttes opp mot hverandre, vil et sunt kroppsbilde kunne styrke opplevelsen av egenverd og selvaksept.

Travelbee (2001, s. 200) sier at empati fører til at det knyttes et bånd mellom sykepleier og pasient. Dersom sykepleier er empatisk, kan hun også klare å vise sympati for pasienten. Gjennom å være sympatisk viser hun en genuin interesse for pasienten og situasjonen hennes. I studien til Gulliksen et al. (2012) derimot, ser pasientene på sympati som noe negativt. Det kan føre til at de føler seg stakkarsliggjort, noe som vil medføre negative konsekvenser på tilfriskningsprosessen. En mulig forklaring på dette dilemmaet er at pasientene ofte er avmagrede, ser svært syke og stakkarslige ut. Det naturlige instinktet til sykepleieren vil da være å synes synd på dem. Det kan tenkes at dersom sykepleier er observant på denne stakkarsliggjøringen, kan den empatiske og sympatiske tilnærmingen ha en positiv innvirkning på pasienten og dermed bidra til å skape en tettere relasjon mellom dem.

Moderlighet overfor pasientene trekkes frem som et viktig aspekt i relasjonsbyggingen i flere av studiene (Wright & Hacking, 2012; Zugai et al., 2018). En moderlig tilnærming fra sykepleier kan skape velvære og ivaretagelse av pasienten. Det kan tenkes at relasjonen mellom dem styrkes ytterligere dersom pasienten ser på sykepleieren som en moderlig figur. Denne rollen kan ses på som en erstatning for en morsrolle de savner (Wright & Hacking, 2012). Skårderud (2013, s. 74-78) trekker frem at en manglende samhandling mellom foreldre og barn er en disponerende faktor for anoreksi. Dersom foreldrene har vært fraværende i barndommen kan pasienten ha blitt frarøvet den omsorgen hun har hatt behov for. God omsorg fra sykepleierne kan derfor være svært verdifullt for noen av pasientene. Tilliten mellom dem styrkes og det vil bli lettere for dem å stole på hverandre (Zugai et al., 2018). Et slikt forhold kan føre til at pasientene ikke vil skuffe sykepleierne, noe som igjen vil styrke relasjonen mellom dem.

## 5.2 Hvordan kan vitalitet ha en positiv innvirkning på pasientene?

Forholdet mellom sykepleieren og pasienten har lett for å falle inn i en automatisk-sykepleier-pasient interaksjon hvor samværet betyr lite for begge parter (Travelbee, 2001, s. 173-176). Det kan tenkes at dersom dette forholdet opprettholdes over tid, vil det være utfordrende for en god relasjonsdannelse mellom partene. Det er tvilsomt at en slik interaksjon vil ha en positiv innvirkning på pasientens tilfriskning. Gulliksen et al. (2012) hevder at passivitet hos sykepleier oppleves negativt for pasienten. Aktiv lytting og oppmerksomhet fra sykepleier kan derimot få pasienten til å føle seg verdifull og villig til å danne en relasjon med sykepleier.

Humor trekkes frem som en positiv faktor hos sykepleierne. Å ikke ta seg selv høytidelig og å kunne tøyse, kan virke oppmuntrende på pasientene og gjøre innleggelsen lettere for dem (Zugai et al., 2013). Sykehusmiljøet kan da føles mer komfortabelt og mer som et hjem. Det kan tenkes at disse kvalitetene hos sykepleierne gjør at pasientene føler seg mer normale og ikke bare som syke pasienter med anoreksi. Travelbee (2001, s. 44-45) omtaler denne oppmuntrende væremåten som å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleier bruker sin egen personlighet for å fremme endringer hos pasienten og lindre hennes plager. En sykepleier med slike kvaliteter vil ha lettere for å utvikle en god relasjon til pasienten.

Måltidene kan ofte være svært vanskelige for pasientene, men sykepleierne kan endre dette ved å ha en munter og avslappet holdning og sørge for at måltidet blir en sosial stund (Zugai et al., 2013). Sykepleierne har da brukt seg selv terapeutisk og fått pasientene til å flytte tankene om spiseforstyrrelsene over på noe annet (Travelbee, 2001, s. 44-45). Dersom hvert måltid er sosialt og muntert, vil det med tiden kunne normalisere pasientenes anstrengte forhold til spising. Da vil ikke måltidene være et like stort problem lenger og pasienten er et steg nærmere å bli frisk fra sin spiseforstyrrelse.

### 5.3 Hvilken betydning har sykepleierens profesjonalitet?

Travelbees sykepleierteori legger i stor grad vekt på at fasadene “sykepleier” og “pasient” må overskrides for å oppnå en god relasjon (Travelbee, 2001, s. 171). Pasientene ønsker å bli behandlet på en anerkjennende, respektfull og ikke-dømmende måte. Da vil de føle at de blir tatt seriøst av sykepleierne (Gulliksen et al., 2015). Det kan tenkes at sykepleierne må behandle pasientene slik de selv vil bli behandlet, og på den måten kan de danne en god relasjon til hverandre. På den annen side, forteller pasientene i Gulliksen et al. (2012) sin studie at de føler seg trygge dersom sykepleier opptrer med faglig autoritet. Zugai et al. (2018) nevner også autoritetsbegrepet ved å trekke frem at avdelingens regler bidrar til å opprettholde sykepleierens faglige autoritet. En sykepleier som er rettferdig og klar på hva som er tillatt og ikke, kan dempe usikkerhet og tvil blant pasientene.

Når det er sagt, er det ikke alltid gitt at autoritet er positivt. Sykepleierne kan oppleves som ufølsomme og strenge (Zugai et al., 2018). En nær relasjon innebærer at pasienten og sykepleieren har nådd inn til hverandre som mennesker, og det kan tenkes at den faglige

autoriteten sykepleieren har overfor pasienten kan være til hinder for etableringen av den terapeutiske relasjonen. Det er det nære menneske-til-menneske-forholdet som gjør det mulig å oppnå sykepleiers mål (Travelbee, 2001, s. 171), som for denne pasientgruppen er å kurere spiseforstyrrelsen. Likevel ser det ut til at det kan være verdifullt om sykepleier kan vise autoritet når det trengs, for eksempel i tilfeller hvor pasienten forsøker å manipulere reglene. Det er en hårfin balanse mellom det å ha nærhet med hverandre som mennesker, og det å kunne opptre med faglig autoritet.

Sykepleierne bør ha tilstrekkelig kunnskap om anoreksi i møte med pasientene ettersom lidelsen i stor grad kan påvirke atferden deres. De kan opptre manipulerende overfor sykepleierne, noe som virker provoserende og truer sykepleiernes evne til å opptre profesjonelt (Vatne, 2009, s. 86). Dersom sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om lidelsen, vil hun kunne håndtere manipulasjon og vanskelig atferd på en profesjonell måte. Det gjør henne klar over at det er lidelsen som snakker, og ikke personen.

Gulliksen et al. (2015) snakker også om viktigheten av sykepleiers kunnskap om lidelsen. Manglende kunnskap kan skuffe pasienten, og en sykepleier som mangler kunnskap vil ikke være i stand til å avdekke problemene til pasienten (Travelbee, 2001, s. 184). Det kan tenkes at en sykepleier som er kunnskapsrik, selvsikker og virkelig tar lidelsen på alvor vil øke pasientens sykdomsinnsikt. Dette vil dessuten kunne styrke den terapeutiske relasjonen og pasientens motivasjon til bedring, da en stoler mer på erfarne og selvsikre sykepleiere enn på sykepleiere som er usikre.

Sykepleierne bør også ha kunnskap om skamfølelsen pasientene kjenner på (Gulliksen et al., 2012). Skamfølelsen gjør at pasientene har negative tanker om seg selv og nøler med å ta kontakt med behandlingsapparatet (Skårderud et al., 2004). Pasientene kan fremstå som reserverte og lite villige til å åpne seg.

Når sykepleieren har bygget en relasjon til pasienten kan hun ta i bruk kommunikasjonsteknikker. Eksempler på slike teknikker er åpne spørsmål, speiling og parafisering (Travelbee, 2001, s. 153-155). Zugai et al. (2018) beskriver i sin studie en situasjon der en pasient slet med et måltid. I stedet for å presse pasienten til å spise opp, valgte sykepleieren å vise pasienten at hun anerkjente hvor vanskelig måltidet var for henne. Sykepleieren viste empati overfor pasienten og sa at de skulle kjempe sammen for å fullføre



måltidet. I denne situasjonen speilet sykepleieren følelsene til pasienten. Dette vil kunne styrke relasjonen og gjøre det enklere for pasienten å betro seg til sykepleieren.

Det er en fordel om sykepleierne er erfarne med å kommunisere med denne pasientgruppen. Da kan pasientene ha lettere for å åpne seg for sykepleierne (Gulliksen et al., 2012). Om sykepleieren lykkes i å få pasienten til å sette ord på skamfølelsen og de negative tankene om seg selv, vil sykepleieren kunne sette ting i perspektiv for pasienten. Dersom sykepleieren avkrefter alle de vonde tankene pasienten har om seg selv, vil pasienten muligens kunne endre tankemønsteret sitt. Det kan være tungt å konstant bære rundt på en følelse av skam og lite egenverd. Slike samtaler kan lette på vonde følelser og tanker.

Kontroll er et sentralt begrep for lidelsen anorexia nervosa. Pasienter med anoreksi kan føle at de mangler kontroll i livet, og kompenserer for dette ved å ta kontroll over matinntaket (Skårderud, 2013, s. 21-22). Ved sykehusinnleggelse og behandling må de fraskrive seg denne kontrollen. Da er det avdelingens regler for mat og fysisk aktivitet som gjelder. Det å bli fratatt kontrollen kan oppleves som svært dramatisk i begynnelsen, men pasientene ser gjerne verdien av det i etterkant (Zugai et al. 2013). Det er viktig for dem å huske på at behovet for kontroll er del av spiseforstyrrelsen og at de nå skal gi slipp på denne kontrollen.

#### 5.4 Hvorfor er det nødvendig å eksternalisere lidelsen fra personen?

Det kan være vanskelig for pasientene å forholde seg til behandling og vektoppgang på grunn av ambivalens mot å bli frisk, ettersom det strengt kontrollerte matinntaket gir dem følelsen av mestring og kontroll (Skårderud et al., 2004). Spiseforstyrrelsen motsetter seg behandling og kan gjøre veiing spesielt vanskelig. Pasienten skylder på den anorektiske stemmen som motsetter seg veiingen, og denne stemmen blir da en enhet separert fra henne (Wright & Hacking, 2012).

Å eksternalisere pasienten fra lidelsen har betydning for utviklingen av en terapeutisk relasjon (Wright & Hacking, 2012; Zugai et al., 2018). Sykepleier må kunne se forbi forutinntatte oppfatninger av pasienten, slik at mennesket bak lidelsen kommer frem (Travelbee, 2001, s. 186-187). Å være i stand til å se det unike individet bak spiseforstyrrelsen kan gjøre at det oppstår en terapeutisk relasjon mellom to mennesker, ikke bare mellom rollene sykepleier og pasient.

Pasienten kan være manipulerende og det er hensiktsmessig å tenke over om det er personen eller spiseforstyrrelsen som snakker. Sykepleieren bør forsøke å gjøre pasienten bevisst på at hun kan skille selvet fra lidelsen og forstå at hun er mer enn bare en spiseforstyrrelse (Zugai et al., 2018). Dersom hun klarer å se at spiseforstyrrelsen ikke tilhører hennes person, kan det være en motivasjonsfaktor til å bli frisk.

Noen pasienter opplever spiseforstyrrelsen som noe trøstende og nært (Wright & Hacking, 2012). Et slikt syn på lidelsen er imidlertid ikke hensiktsmessig for behandling. Det vil være lettere for pasienten å bli frisk dersom hun innser at spiseforstyrrelsen skader henne mer enn den gjør henne godt. Mennesker trenger å føle seg trygge, men trygghetsfølelsen skal ikke komme fra en livstruende lidelse. Denne tryggheten er ikke reell, og sammen kan sykepleier og pasient forsøke å finne mestring og trygghet andre steder.

### 5.5 Hvordan kan sykepleier forholde seg til utfordringene i relasjonsdannelsen til pasienter med anoreksi?

Spiseforstyrrelsen oppleves ikke alltid som et problem, men heller som en løsning. Personens nærmeste ser imidlertid hvor stor påvirkning spiseforstyrrelsen har og presser henne til behandling (Hummelvoll, 2016, s. 318). En sykehusinnleggelse kan true pasientens autonomi og reaksjoner som sinne, engstelse og urolighet kan oppstå. Pasienten kan føle at hun mister kontrollen og det sårbare selvbildet hennes trues ytterligere. Slike reaksjoner kan medføre at hun ikke makter å fortsette behandlingen (Gulliksen et al., 2015). Pasientens autonomi må ivaretas for at hun skal ønske å fortsette behandlingen, men vil til en viss grad trues fordi en del av tilfriskningsprosessen er å gi slipp på kontrollen. Zugai et al. (2018) påpeker at dersom sykepleierne forstår hvor opprørende og truende behandling oppleves for pasientene, vil det være lettere å motivere dem og vise omsorg overfor dem.

Det kan tenkes at pasienter med anoreksi kan ha vanskeligheter for å motta den gode omsorgen fra sykepleierne dersom de ikke ønsker behandling. Å etablere en terapeutisk relasjon blir da utfordrende for sykepleieren. Hun kan falle inn i en "hjelpende" interaksjon, en "ufrivillig" interaksjon eller en "inkonsekvent" interaksjon. Slike interaksjoner vil ikke gi en god og nær relasjon mellom sykepleier og pasient, og er ikke terapeutiske (Travelbee, 2001, s. 173-176). Det finnes altså en rekke fallgruver sykepleier bør styre unna, men det kan

være utfordrende i praksis. Arbeidsdagene kan være travle med mange pasienter med varierende alvorlighetsgrader av spiseforstyrrelser. Dessuten kan sykepleieren være sliten og ikke klare å gi 100 % av seg selv. Det er tross alt en utfordrende pasientgruppe som kan opptre manipulerende og skape frustrasjon.

Korrigeringen som utføres av sykepleier når en pasient avviker fra regler, for eksempel ved måltider, kan oppfattes som straffende og disiplinerende. Sykepleier oppfattes som en autoritær skikkelse som misbruker makten sin (Zugai et al., 2018). I slike situasjoner kan det være vanskelig å opprettholde et nært menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier, slik Travelbee påpeker er viktig for relasjonen (2001, s. 171). Ved korrigering må sykepleier opptre i sin sykepleierrolle, som innebærer at hun har mer makt enn pasienten. For å opprettholde den terapeutiske relasjonen bør sykepleier og pasient snakke om hendelsen etterpå; hvorfor korrigeringen ble gjort og hva som eventuelt var ubehagelig for pasienten. Det vil kunne virke positivt på relasjonen, med forbehold om at pasienten har sykdomsinnsikt.

Komorbiditet er relativt vanlig hos pasienter med spiseforstyrrelser og nevnes som en utfordring for relasjonsdannelse mellom sykepleier og pasient (Folkehelseinstituttet, 2016; Gulliksen et al., 2015). Dersom pasienten har flere komorbide lidelser i tillegg til spiseforstyrrelsen, kan det være en utfordring for sykepleieren. Sykepleieren har gjerne mye kunnskap om spiseforstyrrelser, men kan ha lite kunnskap om hvordan en skal forholde seg til komorbide lidelser. Pasienten kan merke at sykepleier ikke har full kontroll over hele sykdomsbildet, noe som kan svekke pasientens tillit til sykepleieren. Gulliksen et al. (2015) nevner likevel at behandling av komorbide lidelser, som for eksempel depresjon, kan være en motivasjonsfaktor for å la seg behandle. Det å kun behandle den komorbide lidelsen vil imidlertid ikke medføre at den terapeutiske relasjonen bidrar til at pasienten blir fri for spiseforstyrrelsen.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å få innsikt i hvilke kvaliteter hos sykepleier som er viktige for å bygge en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa. Funnene våre viser at følgende kvaliteter har betydning for dannelsen av en terapeutisk relasjon: god omsorg, vitalitet hos sykepleieren, evnen til å opptre profesjonelt samt å kunne eksternalisere personen fra lidelsen. En kompleks sammensetning av personlighetstrekk og atferdsmønstre hos sykepleier er nødvendig for å kunne fremtre som omsorgsfull og generøs, men samtidig være utfordrende og profesjonell i sin rolle.

Pasienter med anoreksi kan være utfordrende å samhandle med og det trengs bred kunnskap om kommunikasjon med denne pasientgruppen. Sykepleier må være tålmodig og i stand til å gjenkjenne spiseforstyrrelsens manipulerende og rigide trekk. Hun må kunne eksternalisere lidelsen fra pasienten, for så å vurdere hvordan hun skal møte pasienten på en terapeutisk måte.

Videre er det ønskelig at det forskes på og utarbeides strategier for hvordan sykepleierne kan erverve nødvendige kvaliteter. Det kunne også vært hensiktsmessig å forske på hvorvidt den terapeutiske relasjonen har effekt på prognose og tilfriskning av spiseforstyrrelsen.

## Referanseliste

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2012, 02. februar). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Den norske legeforening. (2017, 07. juli). Spiseforstyrrelser. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-50-spiseforstyrrelser/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2014). *Få bukt med overspising*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 25. januar) Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 124(16), 2121-2125. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/somatisk-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gulliksen, K., Espeset, E., Nordbø, R., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941. <https://doi.org/10.1002/eat.22033>
- Gulliksen, K., Nordbø, R., Espeset, E., Skårderud, F. & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact with Health Services. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 23(3), 206-222. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>

- Helsebiblioteket. (2015, 20. desember). Anoreksi. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/anoreksi>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet (u.å.). Behandling og oppfølging. Hentet 02. mai 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/7-behandling-og-oppfolging/7.2-god-terapeutisk-relasj>
- Hummelvoll, J.K. (2016) *Helt - Ikke stykkevis og delt* (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver*. Hentet fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-om-forskningsetikk-i-bacheloroppgaver-bergen.pdf>
- Kennair, L., & Hagen, R. (2014). *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knutstad, U. (2013) *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myhre, L. (2013). *Evig søndag* (2. utg.). Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Polit, D., & Beck, C. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3#%C2%A73-5)
- Skårderud, F., Rosenvinge, J., & Gøtestam, K. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 124(15), 1938-1942. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak: håndboken om spiseforstyrrelser* (3.utg.). Oslo: Aschehoug selvutvikling.
- Thidemann, I. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vatne, S. (2009). *Korrigere og anerkjenne* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

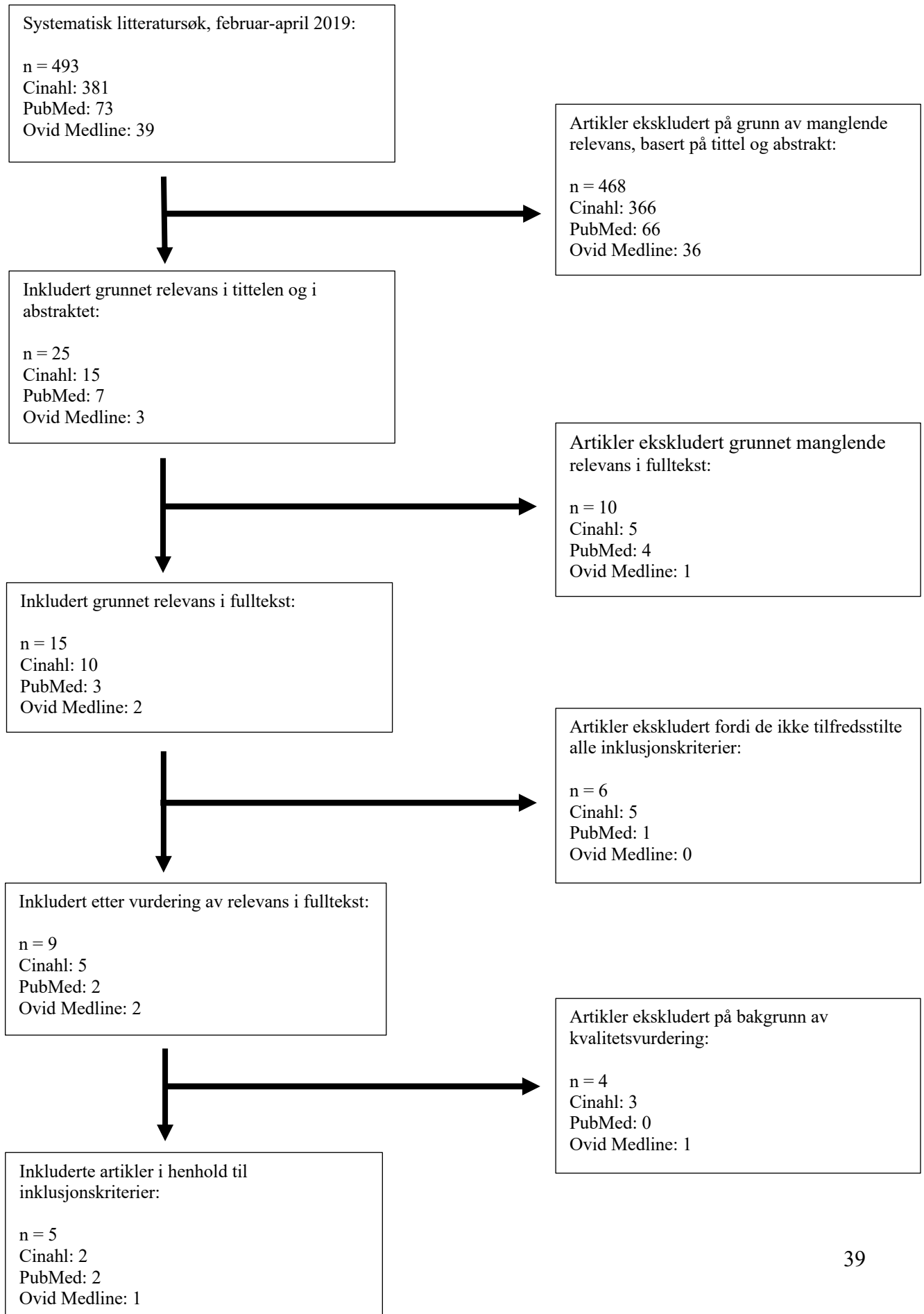
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020-2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416-426. <https://doi.org/10.1111/jocn.13944>
- Wright, K. & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x>

## Vedlegg I: Pico-skjema

<b>P: Patient/problem</b> Hvilken type pasient eller pasientgruppe etterspør problemstillingen din?	<b>I: Intervention</b> Hvilke tiltak eller hvilken intervensjon ønsker du å vurdere?	<b>C: Comparison</b> Dersom et tiltak skal sammenliknes med et annet, skal det settes opp.	<b>O: Outcome</b> Hvilke utfall eller effekter er du interessert i? Hva er det en ønsker å vurdere eller oppnå med dette tiltaket eller denne intervensjonen?
Pasienter med lidelsen anorexia nervosa.  <i>Problem:</i> Vanskeligheter med å bygge en god relasjon til sykepleieren under behandling i spesialisthelsetjenesten  <i>Søkeord:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adults</li> <li>• Anorexia nervosa</li> <li>• Eating disorders</li> <li>• Patient/patients</li> </ul>	Forsøke å bygge en god relasjon til pasienter med anoreksi.  <i>Søkeord:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation</li> <li>• Nursing</li> <li>• Nurse-patient relations</li> <li>• Nurse-patient relationship</li> <li>• Psychology</li> <li>• Relationship</li> <li>• Support</li> <li>• Therapeutic relationship</li> <li>• Treatment</li> </ul>		Etablere en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa.



## Vedlegg II: Flytskjema



## Vedlegg III: Søkehistorikk

Databaser	Søkedato	Søk nummer	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
PubMed	28/02-19	1.	“Anorexia nervosa” and “nursing” and “adults”	164	7	4	
		2.	“Anorexia nervosa” and “patients” and “adults” and “treatment” and “motivation”	151	5	3	1
	25/03-19	3.	“Anorexia nervosa” and “psychology” and “treatment” and “patient”	66	3	2	1
Cinahl	25/03-19	4.	“Anorexia nervosa” or “anorexia nervosa” (keyword) and “nurse-patient relations” or “nurse patient relationship” (keyword).	30	3	3	1
		5.	“Anorexia nervosa” or “anorexia nervosa” (keyword) and “therapeutic relationship” and “nursing”	13	1	1	1
		6.	“Anorexia nervosa” or “anorexia nervosa” (keyword) and “nurse-patient relations” or “nurse patient relationship” (keyword).	30	3	2	0
Ovid Medline	03/04-19	7.	“Anorexia nervosa” or “eating disorders” and “therapeutic relationship”	39	3	2	1

## Vedlegg IV: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstell	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitets vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Gulliksen, K., Nordbø, R., Espeset, E., Skårderud, F. & Holte, A. (2015)	«The process of help-seeking in anorexia nervosa: Patients' perspective of first contact with health services»	Målet med denne studien er å undersøke hvordan helsepersonell bør møte pasienter med anorexia nervosa (AN) under den første innleggelsen.	Kvalitativ, retrospektiv, deskriptiv design.  Data ble samlet gjennom å intervjuer deltakerne om deres første møte med helsevesenet. Intervjueren benyttet seg av en semi-strukturert intervju guide og stilte åpne spørsmål.	34 kvinner i alderen 18-51 år, hvor 28 år var gjennomsnittsalder.  Deltakerne hadde blitt behandlet for alvorlig anoreksi i løpet av de 2 siste årene på 5 institusjoner i Norge.  Pasientene hadde ulik behandlingsopplevelse og var ikke i en akutt fase av sykdommen under intervjuet.	Deltakerne sine beskrivelser av omstendigheter, refleksjoner og reaksjoner ble delt inn i 6 hovedkategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiativ til samtale</li> <li>• Utfordringer til å danne en behandlingsallianse</li> <li>• Motiv for å søke om hjelp</li> <li>• Tap av autonomi</li> <li>• Kommunikasjonsferdigheter</li> <li>• Kunnskap om spiseforstyrrelser</li> </ul>	Moderat kvalitet	Ja

Forfatter(e) Årstall	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitets vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Gulliksen, K., Espeset, E., Nordbø, R., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012)	«Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective»	Målet med denne studien er å undersøke hvilke personlige egenskaper som er viktige hos behandlere for pasienter med anorexia nervosa (AN).	Kvalitativ, fenomenologisk, deskriptiv design.  Data ble samlet gjennom å intervju deltakerne om negative og positive opplevelser under behandling. Intervjueren benyttet seg av en semi-strukturert intervju guide og stilte åpne spørsmål.	38 kvinner i alderen 18-51 år, 28 år var gjennomsnittsalder.  Deltakerne hadde blitt behandlet for anoreksi i løpet av de to siste årene på fem ulike institusjoner i Norge.	Kvaliteter som pasientene mente behandlerne burde ha for å skape en positiv behandlingsopplevelse ble delt inn i 4 hovedkategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å akseptere</li> <li>• Vitalitet</li> <li>• utfordringer</li> <li>• Ekspertise</li> </ul>	God kvalitet	Ja

Forfatter(e) Årstall	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitets vurdering	Redegjort for etiske overveielser
Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2018)	«The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with anorexia nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study»	Målet med studien er å utvikle en større forståelse av den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter med anorexia nervosa (AN).	Kvalitativ/kvantitativ – blandet design.  Studien bestod av to deler: Del 1 var en spørreundersøkelse og del 2 bestod av semi-strukturerte intervjuer hvor spørsmålene var basert på resultatene fra del 1.	63 pasienter (97% kvinner og 3% menn) og 65 sykepleiere deltok i del 1. I del 2 deltok 34 pasienter og 20 sykepleiere.  Pasientene og sykepleierne kom fra seks avdelinger fra fem sykehus i Australia hvor de gikk gjennom et spesialisert behandlingsprogram for anorexia nervosa.	Kvaliteter som deltakerne mente kunne skape en terapeutisk allianse mellom sykepleierne og pasientene ble delt inn i tre hovedkategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjærlighet og grenser</li> <li>• Terapeutisk skille</li> <li>• Terapeutisk vedlikehold av autoritet og profesjonelle grenser</li> </ul>	God kvalitet	Ja

Forfatter(e) Årstall	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2013)	«Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective»	Målet med denne studien er å kartlegge hvordan sykepleiere sikrer vektoppgang, samt en positiv opplevelse av innleggelsen, for unge med anorexia nervosa (AN), sett fra pasientens perspektiv.	Kvalitativt design. Data ble samlet gjennom å intervjuer åtte personer som har tidligere hatt AN, Intervjueren benyttet seg av en semi- strukturert intervju guide.	Åtte kvinnelige pasienter deltok i forskningen. Dette var ungdommer i alderen 12-18 år, innlagt på et sykehus i Sydney, Australia.	Forskerne kom frem til tre hovedtemaer, med to undertemaer hver.  Sikre vektøkning: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraskrive kontroll</li> <li>• Vite konsekvensene for regelbrudd</li> </ul> Opprettholde et terapeutisk miljø: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regler for velvære, ikke restriksjon</li> <li>• Å ha det hyggelig, som vanlige mennesker</li> </ul> Sykepleier-pasient-forholdet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omsorgsfulle sykepleiere</li> <li>• Sykepleieren som motivasjon</li> </ul>	God kvalitet	Ja

Forfatter(e) Årstall	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Wright, K., & Hacking, S. (2012).	«An angel on my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals »	Målet med denne studien er å beskrive opplevelsen av den terapeutiske relasjonen mellom kvinner med anorexia nervosa og helsepersonell, samt å utforske kontekstene hvor slike relasjoner er å finne.	Kvalitativt design. Pasientene og helsepersonellet ble intervjuet, og intervjuerne benyttet seg av en semi- strukturerte intervjuformer.	Seks kvinner fra Storbritannia, som hadde diagnosen anorexia nervosa og var i aldersgruppen 21-44 år, deltok i studien. Det var også syv kvinner fra helsepersonell som deltok.	Forskerne kom frem til seks temaer i forskningen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autentisiteten til relasjonen</li> <li>• Viktigheten av sikkerhet</li> <li>• Eksternalisering av spiseforstyrrelsen</li> <li>• Forbedring målt i kilogram</li> <li>• Betydningen av håp og optimisme</li> <li>• Akseptere maternalisme i omsorgssettingen</li> </ul>	God kvalitet	Ja