



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	470
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	huordan kan sykepleiere skape en terapeutisk relasjon i møte med pasienter med/som har spiseforstyrrelser?
Antall ord *:	8346

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** **Nei**
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har **Ja**
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Hvordan kan sykepleiere skape en terapeutisk relasjon i møte med pasienter med/som har spiseforstyrrelser?

How can nurses establish a therapeutic relationship with patients who have/who suffer from eating disorders?

Kandidatnummer 470

Sjuepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.2022

Jeg 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, § 12-1.

Abstract

Background: Research and literature shows that there is professional agreement that eating disorders are one of the most complex, challenging and problematic disorders that the mental health services encounter. There is also a consensus across several research articles that such illnesses have destructive influence on relationship building between caregiver and patient. With an increasing prevalence of eating disorders more knowledge in the field of «how to create a therapeutic alliance» is needed.

Research question: *How can nurses establish a therapeutic relationship with patients with/who have/who suffer from eating disorder?*

Aim: To provide knowledge on how nurses can use themselves and their role to create a therapeutic relationship with patients suffering from eating disorders.

Method: This bachelor thesis has a literature review method, using academic literature and research articles. Searches were carried out in the following databases: PsycINFO, MEDLINE, CINAHL and PubMed.

Findings: The included reviewed articles provide strong empirical evidence of the importance of nurse's role in helping patients recover. To have a holistic approach is shown to have a strong relationship-establishing effect, opening for more interactions with the patients. Establishment of an individual approach to each patient is shown to have a positive effect on the patient, and this is furthermore strengthening the relations. A maternalistic approach has been shown to have reassuring and motivating effects on the patient.

Conclusion: Taking part in dialogues, actively listening, to show that one is available, and having respect for the patient and his/her difficulties, a non-judgmental attitude, motivate and support the patients were important aspects in forming a good relationship with therapeutic characteristics.

Keyword: Eating disorder, nurse, therapeutic relationship, therapeutic alliance

Abstrakt

Bakgrunn: Forskning og litteratur viser at det er faglig enighet om at spiseforstyrrelser er en av de mest utfordrende, problematiske og komplekse sykdommene psykiatrien møter. Det er også en konsensus på tvers av forskningsartikler at sykdommen har destruktive egenskaper som påvirker relasjonsetableringen mellom omsorgsgiver og pasient. Med en økende prevalens kreves det mer kunnskap rundt «hvordan etablere en terapeutisk relasjon».

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere skape en terapeutisk relasjon i møte med pasienter med/som har spiseforstyrrelser?*

Metode: Bacheloroppgaven er en forenklet litteraturstudie, med bruk av forskning og relevant faglitteratur. Søk ble gjennomført i følgende databaser: PsycINFO, MEDLINE, CINAHL og PubMed.

Resultater: De artiklene som er inkludert i oppgaven viser sterke empiriske bevis på sykepleierens viktige rolle i å hjelpe pasientene til bedring. En holistisk tilnærming har vist seg å ha en sterk relasjonsetablerende virkning som åpner for flere interaksjoner med pasienten. Det å ha en individuell tilnærming til hver enkelt pasient har vist seg å ha positiv effekt på pasienten, og det styrker i tillegg relasjonen. En maternalistisk tilnærming har vist seg å ha betryggende og motiverende effekter på pasienten.

Oppsummering/konklusjon: Å delta i samtaler og aktivt lytte, vise at man er tilgjengelig, ha respekt for pasienten og hans vansker, å ha en ikke-dømmende holdning, motivere og støtte viste seg å bidra til relasjonsetablering og fremvekst av en relasjon med terapeutiske egenskaper.

Nøkkelord: Spiseforstyrrelse, sykepleier, terapeutisk relasjon, terapeutisk allianse

Innhold

1.0. Innledning.....	6
1.1. Problemstilling.....	7
1.2. Avgrensninger	7
1.3. Begrepsavklaring	8
2.0. Teori	9
2.1. Menneske-til-menneske-forhold – Joyce Travelbees´ sykepleieteori	9
2.2. Spiseforstyrrelser	10
2.3. Etiologi og patogenese.....	11
2.4. Sykdommens psykologiske utarting.....	11
2.5. Terapeutisk relasjon/allianse	12
3.0. Metode.....	13
3.1. Litteraturstudie.....	13
3.2. Metodekritikk	13
3.3. Etisk vurdering	14
3.4. Forskningsetikk	14
3.5. Min søkeprosess	14
3.6. Kildekritikk.....	16
3.7. Kritisk vurdering av forskningsartikkel.....	17
4.0. Presentasjon av forskningsartikler	18
4.1. <i>Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals´ experience.</i>	18
4.2. <i>Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study.</i>	19
4.3. <i>The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study.</i>	20

4.4. <i>Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa.</i>	21
4.5. <i>Meternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services.</i>	22
5.0. Diskusjon.....	24
5.1. En destruktiv lidelse.	24
5.2. Relasjonens verdi.....	24
5.3. Holistisk tilnærming	25
5.4. Maternalisme	27
5.5. Anvendelse	28
5.6. Konklusjon.....	29
6.0. Referanseliste	30
7.0. Vedlegg.	35
Vedlegg 1: Stress-sårbarhets-modell av Skårderud et al., (2018, s. 149):	35
Vedlegg 2: Søkeverktøy:.....	36
Vedlegg 3: Søkeord i databaser:.....	41
Vedlegg 4: Litteratormatrise:	44
Vedlegg 5: Helsebiblioteket (2016) sjekklister for kritisk vurdering:	49

1.0. Innledning

«Få vil være uenige i påstanden om at spiseforstyrrelser er en av de mest komplekse og utfordrende psykiske lidelsene i moderne psykiatri» (Skårderud et al., 2020, s. 20).

Spiseforstyrrelser er komplekse lidelser, og anorexia nervosa blir ansett å være den mest dødelige psykiske lidelsen (Skårderud, 2021, s. 145). Hvor mange som sliter med spiseforstyrrelser i Norge er noe uklart, men Rosenvinge & Göttestam (2002) estimerte at i Norge vil rundt 50 000 kvinner i alderen 15-45 år til enhver tid ha en behandlingstrengende og alvorlig spiseforstyrrelse. Tallene fra Rosenvinge & Göttestam er gamle og nyere forskning viser at cirka 2% av den kvinnelige befolkningen i den vestlige delen av verden i alderen 15-45 år har bulimi eller anoreksi (Villa Sult, u.å.). Villa sult viser også til en reel økning av forekomsten.

Tematikken jeg ønsker å skrive om omhandler hovedsakelig spiseforstyrrelser og hvordan vi som sykepleiere kan skape et terapeutisk forhold til pasienten. Som barn, ungdom og voksen har jeg selv møtt personer med ulike spiseforstyrrelser, både personlig, når jeg arbeidet som personlig trener og som helsefagarbeider på sykehus. Jeg har sett at dette er mennesker som er i en særst sårbar situasjon, hvor overopptatthet av mat, kropp, vekt, trening og spising tar over livet. Sykdommen kan være tydelig, men den kan også skjule seg bak en fasade. Den rammer ikke bare pasienten, men også pårørende og andre omsorgspersoner. Sykdommen har en sterk forbindelse med identitet og påvirker både selvbilde, sosialt liv og psykisk- og fysisk funksjon. Samtidig påvirker den relasjonene i familiene. Selv om jeg har møtt personer med spiseforstyrrelser flere ganger, opplever jeg kunnskapssvikt ovenfor disse pasientene og pårørende. Skårderud et al. (2020, s. 34) forklarer at mange behandlere kan oppleve at situasjonen til pasienten ikke bedres og at de ikke kommer noen vei, noe som også kan skape en relasjonssvikt mellom behandler og pasient. I møte mellom helsepersonell og den spiseforstyrrede pasienten kan det også hende at helsepersonellet kun ser symptomer på spiseforstyrrelsen, om det er elektrolyttforstyrrelser, hjerterytmeforstyrrelser eller en av de mange sykdommene som kan forekomme på grunn av selve spiseforstyrrelsene. Det kan også hende at helsepersonell vegrer seg for å ta en samtale rundt bakenforliggende årsaker til innleggelse fordi en ikke ser det helhetlige/holistiske bildet av situasjonen. Relasjonsbristen som oppstår er uheldig for den aktuelle pasienten. Med kunnskap om hvordan en kan skape et terapeutisk forhold ønsker jeg å styrke evnen til å bygge relasjon mellom sykepleier og pasient.

Den økte globaliseringen gjør at tematikken spiseforstyrrelser vil bli mer aktuell med tidens gang. Som det vises i den systematiske oversikten til Rounsefell et al., (2019) har den moderne vestlige verden, hvor sosiale medier flourer, gjort at idealene vi nå sammenligner oss med er urealistiske både å oppnå og å opprettholde. Å kontinuerlig bli oversvømt av bilder som viser uoppnåelige ideal påvirker menneskene i dagens samfunn, og for disponerte individer vil jakten på å oppnå det samfunnet betrakter som et idealt utseende ta ekstreme tak. Noen velger å trene hardt og andre velger å sulte seg for å oppnå den «ideelle» kroppen. Bak ønsket ligger det ofte et spørsmål om identitet, selvbilde og et ønske om sosial tilhørighet (Corral-Liria et al., 2021).

Det å samarbeide og etablere relasjoner til spiseforstyrrede individer er ikke enkelt, og manglende gode relasjonen kan lett føre til at pasienter, foreldre og andre pårørende får dårlige opplevelser med helsevesenet (Skårderud et al., 2018, s. 396). Sykdommens mentale og psykiske utarting gjør pasientene utfordrende å samarbeide med, og en del mennesker i hjelpeapparatet ikke liker å arbeide med spiseforstyrrelser. For den profesjonelle vil arbeidet føre til mange avvisninger, hvor de kan føle seg mislykket og bli frustrerte. På grunn av vanskelige relasjoner kan pasienter gjerne bli oppfattet som «vanskelige» (Skårderud & Ekern, 1990, I: Skårderud et al., 2020, s. 34).

1.1. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere skape en terapeutisk relasjon i møte med pasienter med/som har spiseforstyrrelser?

1.2. Avgrensninger

Gjennom teksten vil ikke de ulike formene for anorexia nervosa skilles og anorexia resstrictiv type (ANR), Anorexia nervose bingeing type (ANB) og atypisk anorexia nervosa vil alle omtales under samlebegreper som anorexia nervosa, anoreksi, anorexia, nekteren eller forkortelsen AN. Disse begrepene brukes synonymt gjennom teksten. Dette gjelder også for de ulike formene for bulimi nervosa, som vil bli omtalt som bulimi, bulimi nervosa, renseren eller forkortelsen BN.

Overspisingslidelse med overvekt som følge, også kjent som «bing eating disorder», vil ikke bli omtalt i denne oppgaven på bakgrunn av de store forskjellene i hvordan lidelsens psykopatologi skiller seg fra anorexia nervosa og bulimi nervosa.

1.3. Begrepsavklaring

Psykisk ekvivalens: Å oppleve den indre og ytre realiteten som lik. En klarer da ikke å skille psykiske og fysiske følelser.

Holistisk: Å kunne se helheten som forklaringsprinsipp kontra det å se på isolerte trekk (Nilstun, 2021). I en omsorgskontekst vil holistisk omsorg handle om å gi omsorg til hele personen. I oppgavens sammenheng handler holistisk omsorg om å behandle og hjelpe hele mennesket og ikke kun spiseforstyrrelsen.

Ambivalens: Å ha meninger eller oppfatninger som er motstridende (Røssberg, 2018).

Egosynton: Innenfor psykologi og psykiatri brukes begrepet om atferd og/eller symptomer som pasienten erfarer som naturlige/rimelige, uten å ha en følelse av at de er fremmede. Det er en følelse av normalitet, med symptomer eller adferd som andre enn pasienten ofte vil anse som avvikende fra normalen (Aslaksen, 2020).

2.0. Teori

2.1. Menneske-til-menneske-forhold – Joyce Travelbees´ sykepleieteori

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier fra USA som hevdet at «Det er først når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske at en reel kontakt oppstår» (Travelbee, 1999, s. 171). Travelbee utarbeidet en teori som forklarer hvordan en sykepleier kan oppnå et slikt «menneske-til-menneske-forhold». Dette er et verktøy som sykepleiere kan bruke i sykepleiesituasjoner for å oppnå sykepleierens hensikt og oppgaver i å hjelpe et individ. For å oppnå denne relasjonen må sykepleieren sammen med pasienten gå gjennom fire sammenhengende faser: «(1) det innledende møtet, (2) fremvekst av identitet, (3) empati og (4) sympati og medfølelse» (Travelbee, 1999, s. 172). Målet gjennom disse fire fasene er å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. Travelbee mente fasene kunne bygges i ulikt tempo og at forholdet kunne reversere til tidligere faser. Det er uunngåelig at dette ikke oppstår gjennom prosessen (Travelbee, 1999, s. 171-172).

I det innledende møtet (1) vil sykepleieren og pasienten observere, gjøre seg meninger og antagelser om den andre parten. På bakgrunn av antagelsene vil interaksjonene påvirkes. Travelbee mente at under det første møtet måtte sykepleieren ønske å «se» pasienten som et individuelt og unikt individ (Travelbee, 1999, s. 186-187).

Fremvekst av identitet (2) skjer etter at det innledende møtet (1) har funnet/tatt sted. Hovedmomentet i denne fasen er å verdsette den andre og se det som et unikt menneskelig individ. I denne fasen er målet å knytte seg til hverandre og betrakte hverandre som individer og se bort fra de kategoriserte rammene en ofte fungerer i som sykepleier eller pasient. Travelbee utrykte hvor viktig det var som sykepleier å være bevist på hvordan hen oppfatter den andre. Sykepleieren må også kunne være bevisst på i hvilken grad en klarer å erkjenne den andre som et unikt individ og ikke kun som pasient (Travelbee, 1999, s. 189-192).

Når pasienten og sykepleieren klarer å se hverandre som unike menneskelige individer går en over til empatifasen (3). I en artikkel av Thoresen (2013) defineres empati som «en egenskap eller evne til å leve seg inn i andre menneskers reaksjoner og følelser, samt å kunne bli veiledet av denne forståelsen i sin væremåte og gjennom sine handlinger». I denne fasen skal sykepleieren «ta del» i den andres følelsesliv uten å ta aktiv del i opplevelsene som kommer til uttrykk. Sykepleieren må kunne bruke reaksjonene og følelsene til den andre til å korrigere sin væremåte i møtet. For å oppnå neste fase er ikke empati alene tilstrekkelig. Travelbee

mente at sykepleieren måtte ønske å hjelpe det unike individet. For å oppnå det må det foreligge sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s. 193-200).

Ved å ha et genuint ønske om å hjelpe individet går vi over til sympati- og medfølelsesfasen (4). Da opplever sykepleieren empati, en evne til å sette seg inn i den andres følelsesliv, men også sympati, forståelse og et ønske om å hjelpe (Travelbee, 1999, s. 200). Ved at den syke opplever medfølelse og sympati vil det oppstå tillit, men fullstendig fortrøsting oppstår ikke enda. «Følelsen av sympati og medfølelse er en kortvarig opplevelse» (Travelbee, 1999, s. 209). Nå skal sykepleieren omgjøre fasene om til konstruktive sykepleiehandlinger, som involverer å bruke seg selv terapeutisk og en intellektuell tilnærming (Travelbee, 1999, s. 213).

Når en har gjennomført de fire ulike fasene oppstår det gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleieren og den syke. Videre må sykepleieren utføre handlinger konsekvent, for å lindre den sykes plager og ikke forverre pasientens situasjon. «Lindre defineres som «å lette, minske, avhjelpe, dempe; gjøre lettere å holde ut...» (Travelbee, 1999, s. 212). Det er ikke alltid mulig å fjerne plagene, men en kan bidra den syke til å mestre situasjonene, finne mening eller minske plagene (Travelbee, 1999, s. 212).

Som vi ser tar Travelbee sin teori for seg hvordan en etablerer en relasjon mellom sykepleier og pasient gjennom erkjennesle, empati, sympati og medfølelse. I teorien tar hun opp begreper som er høyst relevante i forhold til hva spiseforstyrrede pasienter kan oppleve utfordringer med.

2.2. Spiseforstyrrelser

Å leve med spiseforstyrrelser vil for de fleste innebære en overopptatthet av utseende, kropp og vekt som manifesterer seg i helsefarlig adferd. Uttrykket av adferden vil variere mellom de ulike diagnosene (Skårderud, 2021, s. 146). På tvers av diagnosene foreligger vanskeligheter med mentalisering. For spiseforstyrrede individer spiller kroppen en sentral rolle i reguleringen av følelser. Det er faglig enighet om at disse patologiske faktorene spiller sentrale roller i livet til spiseforstyrrede individer (Bruch, 1988; Fox & Froom, 2009; Skårderud & Fonagy, 2012; Dapelo, 2015; Skårderud et al. 2020, I Skårderud et al., 2021, s. 146).

Anorexia er gresk og betyr manglende matlyst (Hummelvoll, 2012, s. 307). Diagnosens symptomer karakteriseres ved at den syke fremkaller vekttap og vedlikeholder dette

(Skårderud, 2021, s. 146). Kriteriene for diagnosen er en vekt på 15% mindre av forventet vekt eller at Quetelets kroppsmasseindeks er 17,5 eller mindre (Helsedirektoratet, 2017). ICD-10 forbinder også anorexia nervosa med en psykopatologisk frykt for fedme og en «lubben» figur (Verdens helseorganisasjon, 2022). Den helsefarlige adferden vises ofte i form av sult eller overdreven fysisk aktivitet. Anorexia går under gruppen «nekteren», som ofte benekter at de spiser for lite. De kan selv oppleve at de spiser tilstrekkelig og kan i noen tilfeller oppleve seg selv som «store» (Skårderud, 2018, s. 403).

Bulimia er gresk og betyr abnormal appetitt (Hummelvoll, 2012, s. 307). Bulimi nervosa går under gruppen «renseren» og omtales som et syndrom som karakteriseres gjennom gjentakende anfall med overspising og overopptatthet av kroppsvekt og kontroll (Skårderud, 2018, s. 403). Ønsket om å kontrollere kroppsvekten viser seg i helsefarlig adferd ved å ta i bruk ekstreme virkemidler for å dempe den «fetende» virkningen av maten – i form av oppkast, overdreven fysisk aktivitet og misbruk av legemidler som for eksempel vandrivende eller lakserende preparater.

2.3. Etiologi og patogenese

Etiologi – læren om sykdommens årsak, og patogenese – læren om hvordan sykdommer oppstår og utvikler seg (Farstad, 2020), må være avklart for å ordentlig forstå og skjønne en sykdom. Skårderud (2021, s. 149) forklarer at et ønske om årsak og forklaringer for hvordan en psykisk lidelse oppstår er forståelig, men det er sjeldent at en finner dem. En økende forståelse for spiseforstyrrelsers kompleksitet har gjort det klart at mekanismene er mer verdifulle å se på enn enkelte risikofaktorer (Skårderud, 2018, s. 406). For å forstå risikoforholdet som foreligger må en se på disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold. Skårderud et al., (2018, s.149) har utviklet en stress-sårbarhet-modell til spiseforstyrrelser (Vedlegg 1) som tar for seg disse ulike faktorene. Noen av disse kan kategoriseres som sosial påvirkning, som ser på hvordan individet blir påvirket av andre individer. Kulturelle forhold er også gjentakende og tar for seg hvordan samfunnet i sin helhet og kulturen en lever i har innvirkning på individet. Kroppspress, slankepress, store prestasjonskrav og mobbing kan i denne sammenheng omtales som både sosiale- og kulturelle påvirkninger (Skårderud, 2021, s. 149).

2.4. Sykdommens psykologiske utarting

Mentalisering er et psykologisk fagbegrep som tar for seg hvordan en forholder seg til mentale/psykiske fenomener hos seg selv og andre, slik som tanker og følelser (Karterud,

2022). En enkel forklaring er at det tar for seg evnen til «å forstå seg selv og å forstå andre (Skårderud, 2018, s. 92). Denne evnen til å forstå sitt eget sinn og andres er en forutsetning for å fungere i et sosialt samspill og i relasjonsetablering. Fonagy forklarer at en redusert mentaliseringsevne vil ha negativ effekt på evnen til å regulere egne følelser (Fonagy 1991, I: Skårderud, 2018, s. 95). Ifølge Skårderud (2018, s. 399) ser en den redusert evne til følelsesregulering ved spiseforstyrrelser som vansker med å forstå, regulere og kontrollere det indre, og at dette overføres til et forsøk på å kontrollere det ytre. Den drastiske overopptattheten av å kontrollere det ytre kommer av en psykisk ekvivalens. Ved å ha vansker med å regulere det indre kompenseres dette ved å regulere det ytre og holde det i kontroll.

Skårderud et al., (2020, s. 54) forklarer at en stor andel (66-75% prosent) sliter, i tillegg til vansker med følelsesregulering, i å uttrykke følelsene sine. Dette fenomenet kalles aleksitymi og viser til vansker med å beskrive, uttrykke og plassere følelser. I forhold til mentalisering ses aleksitymi og redusert følelsesregulering som aspekter av redusert mentaliseringsevne.

2.5. Terapeutisk relasjon/allianse

Terapi er gresk og kan oversettes som «behandle, pleie, tjene» (Hem, 2021). En terapeut er noen som behandler, pleier eller gir tjenester. En terapeut jobber terapeutisk, som handler om å ta i bruk teknikker eller redskaper i den hensikt å påvirke sykdommer eller lidelser i en positiv retning.

En relasjon handler om forholdet mellom to eller flere mennesker. Relasjon betyr ifølge Nilstun (2020) forhold, forbindelse, (årsaks)sammenheng eller samhörighet. Når jeg i denne oppgaven snakker om relasjon tar jeg for meg forholdet to individer har ovenfor hverandre.

Ved å jobbe i en terapeutisk relasjon menes det at forholdet har en behandlende eller pleiende effekt. En terapeutisk allianse er samspillet mellom den som behandler eller pleier og den som blir behandlet eller pleiet. Når en terapeutisk allianse er god betyr det at relasjonen mellom individene har positiv effekt på behandlingen eller pleien som gis.

3.0. Metode

Bacheloroppgavens metode er litteraturstudie. Dalland (2020, s. 53) viser til Vilhelm Aubert som beskriver metode som «... en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» Her skal jeg gjøre rede for litteraturstudie som metode, og vise min framgangsmåte i å oppnå relevant og pålitelig litteratur som kan belyse oppgavens problemstilling gjennom systematisk søk, kritisk vurdering og analyse av litteraturen.

3.1. Litteraturstudie

En litteraturstudie baserer seg på å systematisere kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Ved gjennomføringen av et litteratursøk samler en inn kunnskap fra forskjellige skriftlige kilder. Deretter kritisk vurderer en litteraturen en har funnet, for så å sammenfatte den. Formålet er å gi leseren en oppdatert forståelse av tematikken problemstillingen tar opp. Å vise til en systematisk tilnærming gjennom hele arbeidet, og beskrive hvordan en har kommet fram til kunnskapen, er sentrale og viktige aspekter i en litteraturstudie (Thidemann, 2019, s. 77-78). Datainnsamling står sentral i all form for forskning (Christoffersen et al., 2015). Artiklene en søker etter kan være kvantitative eller kvalitative. Kvantitative studier kjennetegnes ved at forskningen gir data som målbare enheter, som tall. Metodene kan for eksempel brukes for å finne gjennomsnittslønnen eller levealderen til en gruppe mennesker. Kvalitative studier derimot ønsker å se på opplevelser og meninger som ikke kan tallfestes eller måles. Slike metoder brukes gjerne for å se på hvordan folk opplever en sykdom, en hendelse eller situasjon (Dalland, 2019, s. 52).

3.2. Metodekritikk

Som nevnt tidligere går en litteraturstudie ut på å systematisere kunnskap som allerede eksisterer. Denne metoden kan føre til at ved gjennomføring av søkene kan en gå glipp av artikler som kan være høyst relevante innenfor området (Thidemann, 2019, s. 78-79). Dette gjør at et litteratursøk ikke nødvendigvis er fritt for svakheter. Gjennom søkeprosessen min har jeg kun søkt etter litteratur som svarer på min problemstilling. En leter som oftest etter noe som støtter sin egen hypotese, eller stadfester noe en allerede vet. Det gjør at en må være bevisst på hvordan en søker, hva en søker etter og være kritisk til hypoteser eller konklusjoner en lager seg gjennom arbeidet.

For å unngå at oppgavens kvalitet kompromitteres har jeg brukt Thidemann (2019, s. 120-122) sin sjekklister for oppgaveskriving. Dette verktøyet var til god hjelp i å sikre at alle de sentrale elementene i litteraturstudien min ble med og var til god hjelp i å kritisk vurdere egen tekst.

3.3. Etisk vurdering

Gjennom studien har jeg vært bevisst på å følge de generelle forskningsetiske retningslinjene av de nasjonale forskningsetiske komiteene (2019). Dette inkluderer 14 ulike punkter som tar for seg blant annet: (8) God henvisningsskikk, for å gi mulighet til å oppsøke de samme kildene. (7) Redelighet, ved å unngå fabrikkering, forfalskning, plagiering eller noe som kan påvirke tekstens ærlighet, kvalitet eller troverdighet. Andre punkter som blir tatt opp er (4) frivillig informert samtykke for å sikre at individene involvert i studiene er tilstrekkelig informert og i stand til å samtykke. (5) Konfidensialitet skal sikre at personlig informasjon blir behandlet konfidensielt og at informasjonen av enkeltpersoner ikke kommer til skade for dem. Disse punktene er inkludert i oppgaveskrivingen og i forskningen jeg har valgt å ta med. De inkluderte artiklene er etisk vurdert.

3.4. Forskningsetikk

All forskning innenfor helsefag må gjøres etisk forsvarlig. Dette reguleres ved hjelp av *Helsinkideklarasjonen* som ble vedtatt i 1964 i Helsinki, Finland av World Medical Association Assembly (Christoffersen, 2015, s. 43). Deklarasjonen inneholder regler som skal veilede i hvordan helsepersonell kan drive med etisk forsvarlig forskning. Formålet er å beskytte personer fra farer forskningen kan medføre. Sentralt i deklarasjonen finnes det tre hovedavsnitt og 22 underpunkter. Hovedavsnittene er følgende: grunnleggende prinsipper, medisinsk forskning kombinert med pasientomsorg og ikke terapeutisk biomedisinsk forskning med forsøk på mennesker (Ursin, 2020). Disse avsnittene og underpunktene er krav som stilles til forskning for å utøve dem etisk forsvarlig.

3.5. Min søkeprosess

For å finne kunnskap som var relevant for bacheloroppgaven valgte jeg å lese Skårderud et al., (2020) sin bok *Sult: Mentaliseringsbasert tilnærming til spiseforstyrrelser*. I boka fant jeg mye relevant og det kom fram mange begreper som ble sentrale i mine søk. Jeg valgte etter dette å utføre et søk i sykepleien og kom over et debattinnlegg av Kingswick (2021) som

er generalsekretær for rådgivning om spiseforstyrrelser. I innlegget sier hun at vi like godt kunne kalt spiseforstyrrelser for en relasjonsforstyrrelse. Dette gjorde at jeg valgte å sette søkelys på relasjonsbygging og søkeordene mine ble enda klarere og gav meg også inspirasjon for retningen videre.

Videre valgte jeg å ha en mer systematisk tilnærming i søkene. I kunnskapspyramiden fra helsebiblioteket (2016) anbefaler de å starte søkene øverst i pyramiden. Jeg valgte derfor å ta noen søk i det kliniske oppslagsverket BMJ Best Practice hvor jeg søkte på «eating disorder». På denne nettsiden leste jeg om bulimi (Safer, 2021) og anoreksi (Attia et al., 2021). Videre valgte jeg å søke i ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2022) for å definere sykdommen. Deretter i Helsedirektoratets (2017) retningslinjeside om spiseforstyrrelser. Videre gikk jeg over til å søke etter relevant forskningslitteratur gjennom Medline (oria), PsycINFO og PubMed.

Som hjelpemiddel for å systematisere søkene mine ble PICO-modellen brukt. Modellen ble brukt til å gjøre problemstillingen mer strukturert, presis og søkbar. PICO er en forkortelse for ordene «patient», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thidemann, 2015, s. 86). Et eksempel på hvordan en bruker PICO-modellen kan ses under teksten (tabell 1).

Tabell 1

Patient:	- Eating disorder
Intervention:	
Comparison:	- Nurse intervention
Outcome:	- Relationship

PICO-modellen gjør det mulig å systematisere søkene ved å plassere søkeordene inn i en formel. «Comparison» ble utelukket da jeg ikke skulle sammenligne tiltak i problemstillingen. Ved hjelp av PICO-modellen kan vi dele opp problemstillingen, noe som gjør det enklere å finne gode søkeord. Dette, i tillegg til en god søkestrategi, gjør søkeprosessen lettere (Thidemann, 2015, s. 87). For å finne flere søkeord ble synonymer funnet til de brukte søkeordene som allerede var etablert i problemstillingen. MeSH-verktøyet ble brukt i dette tilfellet. MeSH står for «Medical Subject Headings» og er et emneordsystem for helserelevant og biomedisinsk litteratur. Dette systemet er brukt i databaser som Medline og PubMed

(Helsebiblioteket, 2018). MeSH var et verktøy som gjorde det mulig for meg å finne gode søkeord og gjorde søkene mine mer treffsikre.

I kombinasjon med gode synonymer ved hjelp av MeSH-verktøyet i en systematisk modell som PICO ble også boolske operatører brukt i søket. «med OG/AND, ELLER/OR, IKKE/NOT» (Sokogskriv, 2022) er det mulig å kombinere søkeordene samt å ekskludere begrep. Ved bruk av trunkering i søkeordene gjorde jeg det mulig å søke på ulike varianter av det enkelte ordet. For å gjøre dette brukes en stjerne (*) i slutten av ordet en skal søke på. Disse verktøyene gjorde det mulig for meg å utarbeide et eget verktøy, slik at jeg fikk systematisere alle søkene mine fremover. Det gav meg også muligheten til å finne tilbake til linker med relevante artikler jeg hadde funnet tidligere (Vedlegg 2). Jeg tok også i bruk en søketabell (Vedlegg 3) for å få oversikt over søkene mine. Vedlegget inneholder restriksjoner for søket, som snevrer ned søket og gjør det mer målrettet inn mot hva jeg ønsker å finne. Det inneholder også hvor mange abstrakter og hvor mange hele artikler jeg leste. Det var viktig for meg å lese tittelen på artiklene for å få innblikk i hva de inneholdt før jeg gikk videre på abstraktene og deretter artikkelen i sin helhet.

Gjennom søkene ble restriksjoner viktig for å fjerne irrelevante artikler og snevre inn søket. Engelsk tekst og abstrakt ble inkludert i kriteriene og ved tilfeller ble kvalitativ forskning eller intervju valgt som metode da det er kvalitativ forskning jeg hovedsakelig ønsket å finne fordi dette ville kunne gi meg de mest relevante svarene oppimot problemstillingen.

3.6. Kildekritikk

For at forskeren skal kunne trekke en klar konklusjon må kildene brukes på en reflektert og informert måte. For å oppnå det må en vurdere kildene og være kildekritisk. Det er viktig å vurdere, tolke og analysere kildene og kildene må brukes slik at resultatet eller innholdet ikke vris eller mistolkes. Christoffersen et al., (2015, s. 60) henviser til Grønmo (2014) og Kjeldstadli (1999) som har etablert noen hovedelementer som brukes i en allmenn kildekritisk tilnærming. De ulike punktene er: autensitet, troverdighet, representativitet og tolkning/betydning. Under innsamlingen av empiri i forskningssammenheng er det grunnleggende å være kritisk og diskutere kvaliteten av egen forskning (Busch, 2019, s. 20). Ved å ta i bruk helsebibliotekets sjekklister (2016) vil en kunne kvalitetssikre artiklene. Videre er det viktig å være kritisk til egne konklusjoner og analyser. Det vil medføre at kvaliteten og troverdigheten av funn i egen studie styrkes. Som anbefales av Thidemann

(2019, s. 152) vil en litteraturmatrikse kunne gi en rask, enkel og systematisk oversikt over de valgte artiklene, som i vedlegg 4.

3.7. Kritisk vurdering av forskningsartikkel

Kildematerialet som skal bidra til å kaste lys over problemstillingen skal behandles grundig. Det gjøres ved å foreta en tolkning, analyse og kritisk vurdering av materialet (Thidemann, 2019, s. 26). Det handler ikke om å se etter feil, men heller om å fastslå forskningens relevans, styrke samt begrensninger. Å være kritisk i en akademisk sammenheng forklares av Thidemann (2019, s. 26) som å kunne gjøre følgende: Vise forståelse for kunnskapen en bruker, både teori og forskning; Kunne vurdere begrunnelser, påstander og konklusjoner ut fra ulike vinklinger og synspunkter før en avviser eller aksepterer det; Vise at en kan etablere, utvikle og opprette egne konklusjoner på bakgrunn av kvalifiserte argumenter; Integre aktuell og relevant fag- og forskningslitteratur eller egne funn i drøftingen og kunne ta i bruk faglige begrunnelser til å styrke oppfatninger og argumenter. Helsebiblioteket (2016) har utviklet en rekke sjekklister som et verktøy i å kritisk vurdere forskningen. Sjekklisterne er basert på hvilke metoder som er brukt i forskningen og er tatt i bruk i alle de involverte artiklene i denne oppgaven. Ved hjelp av sjekklisterne fikk jeg systematisk kritisk vurdert forskningen. Et eksempel på hvordan den kritiske vurderingen gjennomføres er lagt til som vedlegg 5.

4.0. Presentasjon av forskningsartikler

4.1. Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience.

Av: Corral-Liria, I., Alonso.Maza, M., Gonzàlez-Luis, J., Fernàndez-Pascual, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R. & Losa-Iglesias, M., 2021.

Bakgrunn: Å behandle individer med spiseforstyrrelser kan være krevende og det er ikke noe faglig enighet om hva som anses som den beste behandlingen. Sykepleierens rolle er grunnleggende i omsorgen ovenfor disse menneskene. Den terapeutiske relasjonen som etableres gjør det mulig å støtte pasienten gjennom hele behandlingen. Denne/dette relasjonen/forholdet baserer seg på å kunne se og gi individualisert omsorg basert på aktiv lytting, respekt, intimitet, tilgjengelighet, en ikke-dømmende og støttende holdning. Derfor er det grunnleggende å utforske pasientens og sykepleiepersonellens synspunkter og finne ut hva de mener om slike relasjoner og vurdere deres tilfredshet med omsorgens som gis.

Mål: Å analysere pasienter med spiseforstyrrelser' og sykepleiere som gir omsorgs' sine opplevelser og erfaringer med den relasjonsbaserte omsorgen som gis.

Metode: Kvalitativ studie med tolkningsfenomenologisk analyse. 19 pasienter og 19 sykepleiere deltok i forskningen som informanter i intervjuer og fortellinger.

Resultat: Sykepleierens hjelp viste seg å både være uventet og relevant i pasientens behandlingsprosess. De gir omsorg og fokuserer ikke bare på ernæringsaspekter. Å sette fokus over på psykologiske, emosjonelle, sosiale og personlige aspekter blir omfattet som uventet, men betydelig for relasjonsdannelsen.

Konklusjon: For å ta vare på en person som er diagnostisert med en spiseforstyrrelse, er det viktig å unngå overfladiskhet og heller gå dypt inn i betydningen av opplevelsen, å "søke etter røttene" og alle faktorene som er involvert, slik at pasienten virkelig kan forstås. Derfor er det viktig at både pasienter og sykepleiere uttrykker sine følelser, slik at den terapeutiske relasjonen kan konsolideres. Omsorgen må individualiseres og tilpasses hvert enkelt individ og en må ta i bruk de ressursene som kommer til syne, slik som personlighet og interesse, gjennom omsorgen som gis.

Forskningsetikk: Studien ble godkjent av Research Ethics Committee (CEI) på sykehuset der studien tok plass. Intervjuene ble lagret på en dataenhet hvor det krevdes passord for å få tilgang. Alle deltakerne ble informert og deltok frivillig.

4.2. Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study.

Av: Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M., 2017a.

Bakgrunn: Typene av terapeutiske allianser er avhengig av kontekstuelle faktorer, som påvirker interaksjonene. Innleggelse på døgninstitusjon for behandling av anoreksi er en slik setting hvor den terapeutiske alliansen er operativ, men likevel utfordrende og dårlig forstått.

Mål: Å forstå konteksten mellom pasienter med anoreksi som er innlagt for behandling og implikasjonene av de terapeutiske alliansene mellom sykepleiere og pasienter.

Metode: En to-fase (kombinasjonsstudie) forklarende sekvensiell design hvor de i fase en gav beskrivende statistikk (kvalitativ spørreundersøkelse) og i fase to utførte kvalitative intervjuer. Dataen fra fase to ble analysert tematisk.

Resultat: Anorexia nervosa er en sykdom som har destruktive implikasjoner for kvaliteten på den terapeutiske alliansen. Sykepleierens intime posisjon og rolle i et døgnopphold og hens mellommenneskelige kapasitet er innflytelsesrik for å overvinne hindringer som kan ha negative innvirkninger på de terapeutiske alliansene.

Konklusjon: Sykepleierens kapasitet til å utvikle en terapeutisk allianse er delvis avhengig av en støttende avdelingsorganisasjon og tilstrekkelige ressurser for å oppnå meningsfulle interaksjoner med pasientene. Å kunne forstå de kontekstuelle faktorene som er spesifikke i en innleggelseskontekst vil forberede/ruste sykepleierens evne til å utvikle terapeutiske allianser. Uten en større teoretisk forståelse av den terapeutiske konteksten og tilsvarende utvikling i praksis vil sykepleiere fortsette med å slite med å danne terapeutiske allianser. Det vil være behov for å utforske kontekstuelle faktorer som tro på behandlingen, privatliv for den syke og opplevd kvalitet på måltider. Disse faktorene er modifiserbare og en systematisk tilnærming for å støtte sykepleiere med å håndtere disse vil øke deres kapasitet til å utvikle terapeutiske allianser.

Forskningsetikk: Studien tok hensyn til sykdommens sårbarhet og alle deltakerne ble vurdert som samtykkekompetente, ble informert om studiet og var frivillige deltakere. Alle under 18 år måtte ha skriftlig samtykke fra foreldre og pseudonymer var opprettet for å skjerme individenes privatliv. Forskingen ble godkjent av Lead human research ethics committee (HREC) og alle deltakende sykehussteder fikk innhentet godkjenning fra styringskomiteene.

4.3. The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study.

Av: Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M., 2017b.

Bakgrunn: Pasienter med anoreksi verdsetter den mellommenneskelige relasjonen med sykepleiere og finner relasjonen både meningsfull og terapeutisk. Det er foreløpig kjent at en terapeutisk allianse bedrer utfallet av behandlingen hos pasienter med AN, men etableringen under en innleggelse har vist seg å være utfordrende.

Mål: Å utvikle en større forståelse av naturen til den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter med AN.

Metode: Kombinasjonsstudie: To-fase studie med sekvensiell design. Fase en var en innledende kvantitativ undersøkelse etterfulgt av fase to med innsamling og analyse av kvalitative data gjennom et semi-strukturert intervju.

Resultat: Den terapeutiske alliansen innebar et mellommenneskelig engasjement og en balansert anvendelse av autoritet. Sykepleiernes fokus på å skille sykdommen fra individet samtidig som de gav omsorg med fokus på det mellommenneskelige viste seg gjentakende som viktig i den terapeutiske alliansen. Sykepleieren utviklet også en terapeutisk allianse ved å innta sin maktposisjon med konsistente og individualiserte forventninger og ved å opprettholde passende faglige grenser.

Konklusjon: Den terapeutiske alliansen mellom sykepleieren og pasienten utvikles ikke gjennom forhandling mellom likeverdige partnere. Snarer er den terapeutiske alliansen avhengig av sykepleierens evne til å opprettholde sin maktposisjon, samtidig som de demonstrer deres pålitelighet overfor pasientene. Ved å kunne stole på sykepleieren følte pasientene seg tryggere i utforskningen av et nytt konsept for velvære. En maternalistisk sykepleierstil som inneholder de/den samme verdiene/tilnærmingen over tid?? har vist seg å være effektiv i etableringen av en terapeutisk allianse.

Forskningsetikk: Forskningen var guidet av National Statement on Ethical Conduct in Human Research og gjennom Helsinkideklarasjonen. Forskningsetikken ble et stort fokus da pasientgruppen er sårbar. Alle deltakere hadde frivillig samtykket og var samtykkekompetente. De under 18 år måtte ha samtykke fra foreldrene og pseudonymer ble etablert for å skjule identiteten til alle deltakere.

4.4. Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa.

Av: Sly, R., Morgan, F. J., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evant, C. & Lacey, J. H., 2014.

Bakgrunn: Anoreksi blir ansett som en av de vanskeligste psykiatriske lidelsene å behandle og frafall raten er høy. Til pasienter med ulike spiseforstyrrelser har den blitt dokumentert opp mot 50-58%. AN pasienter er av natur ego-syntoniske og det er ofte ambivalens relatert til behandling og bedring. Ny forskning viser at den terapeutiske alliansen har en viktig rolle i behandlingen av spiseforstyrrelser, men sykepleierens tilnærminger er varierende.

Mål: Å undersøke tjenestebrukerens opplevelse av den terapeutiske alliansen mellom dem og de ansatte samt å vurdere betydningen og hvilke elementer som bidrar til en sterkere allianse.

Metode: Kvalitativ studie med semi-strukturerte dybde intervjuer ble utført og en fenomenologisk analyse (IPA) av innholdet ble gjennomført.

Resultat: Fire nøkkel komponenter viste seg å være viktige i etableringen av en god terapeutisk allianse: Opplevelsen av alliansen; Hvor aktivt involvert personalet var i pasienten; Å kunne snakke og ta opp vanskelige temaer; Å kunne skape en god setting for helbredelse og relasjonsetablering i det første møte med pasienten.

Konklusjon: Studien er liten, men deltakerens narrative beskrivelser støtter funnene fra allerede eksisterende studier på området. Den terapeutiske alliansen mellom omsorgsyter og tjenestetaker viser seg å være en nøkkelfaktor i en vellykket behandling av spiseforstyrrelser. Rollen sykepleieren spiller er kompleks og har mange mulige fallgruver. Det må vektlegges tid til relasjonsbygging og trening innenfor området. Det burde også etableres regelmessige vurderinger av forholdet mellom partene.

Forskningsetikk: Intervjuene ble utført under tilsyn av Morgan, F. J., Sawyer, V. A., og Lacey J. H., og godkjent etter etiske retningslinjer av de nevnte personene. De involverte ble ikke omtalt med navn, men med roller som sykepleier eller pasient, i hensikt om å skjerme/anonymisere de involverte.

4.5. Meternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services.

Av: Wright, K. M., 2015.

Bakgrunn: Paternalisme anses i stor grad å være en maktposisjon hvor «foreldrene» blir sett på som den med makt. Posisjonen eller rollen kan overstyre preferansene, beslutningene eller handlingene til individer som omfavnes av den. Dette kan fostre en undertrykkende avhengighet. Sykepleiere har tidligere blitt omtalt å innta en slik rolle eller tilnærming, noe som har gjort at diskusjoner om hvorvidt tilnærmingen kan ha en destruktiv effekt på behandling. Er paternalisme en destruktiv tilnærming som har en umyndiggjørende effekt eller er det en terapeutisk tilnærming som kan bidra til relasjonsbygging?

Mål: Å utforske opplevelsen av forholdet mellom kvinner med anorexia nervosa og helsepersonellet på en spesialistenhet for spiseforstyrrelser.

Metode: Kvalitativ studie med fenomenologisk analyse av semi-strukturerte dybde intervjuer.

Resultat: En paternalistisk tilnærming viste seg å ha en god terapeutisk effekt på veien mot bedring. Det å innta en maternalistisk tilnærming, hvor en fokuserer på den «moderlige» rollen innenfor paternalisme, vil føre til en følelse av å være beskyttet/passet- og tatt vare på. Pasientene følte seg sårbare og barnslige og hadde behov for en beskyttende og trøstende figur å forholde seg til. Dette viste seg å forsterke relasjonen mellom partene. Fysisk omsorg var også betydelig for noen, da de beskrev at en skulder å gråte på, en klem eller en hand på skulderen kunne styrke den omsorgsgivende relasjonen og tryggheten. Omsorgsysteren var konstant på å demonstrere at pasientene kunne og ville komme seg, noe som gav håp og forberedelse til andre, mindre intensive tjenester/enheter. I studien sa sykepleierne at de opplevde at noen søkte en «morsfigur», mens andre løp fra den.

Konklusjon: Tilnærmingen var nyttig forutsatt at den var midlertidig og hadde som hensikt i å fremme modning, selvstendighet og separasjon fra morsfiguren. For mange var rollen viktig for å føle seg trygg frem til de var klar for å gi slipp på sykdommen. Den fysiske trøsten hadde god effekt på relasjonsbyggingen, men blir ofte sett på som å bryte den profesjonelle grensen. Grensen er satt som en konservativ standardgrense og fungerer effektivt som en beskyttende skillelinje, men det er viktig å ta i betraktning den unike settingen en står i. Dette gjør at en må ta en vurdering på hva situasjonen tilsier. En mellommenneskelig dynamikk har vist seg å ha en styrkende effekt på den terapeutiske relasjonen uten å svekke den opplevde profesjonaliteten.

Forskningsetikk: Studien ble godkjent av NHS National Research Ethics Service og

University's Ethics Committee. Pseudonymer ble opprettet for å beskytte deltakerens identitet.

5.0. Diskusjon

Gjennom resultatene fra forskningsartiklene sammen med sykepleieteorien av Joyce Travelbee og relevant litteratur drøfter jeg her problemstillingen *“Hvordan kan sykepleiere skape en terapeutisk relasjon i møte med pasienter med/som har spiseforstyrrelser?”*.

5.1. En destruktiv lidelse.

Det er faglig enighet om at spiseforstyrrelse er en av de mest komplekse, utfordrende og problematiske lidelsen det psykiske helsevesenet står ovenfor (Hanna et al., 2021; Skårderud et al., 2020; Sly et al., 2014; Zugai et al., 2017a.; Zugai et a., 2017b; Wright 2015). Dette er også betraktet som de mest dødelige psykiske lidelsene (Hanna et al., 2021.; Skårderud, 2021.; Zugai et a., 2017b). Samtidig viser flere forskningsartikler at spiseforstyrrelser har destruktive egenskaper på relasjonsbyggingen mellom omsorgsyteren og omsorgstakeren (Hanna et al., 2021; Sly et al., 2014; Zugai et al., 2017a.; Zugai et a., 2017b; Wright 2015). Studien av Zugai et al., (2017b) viser at det er enighet på tvers av sykepleiere og pasienter om at sykdommen spiller en stor rolle i hvorfor det er vanskelig å skape gode allianser. De konkluderer med at spiseforstyrrelsens psykopatologi, som ofte preges av ambivalens ovenfor bedring og behandling, spiller en sentral rolle i å sabotere relasjonsetableringen. Dette viser alvoret en står ovenfor, og med en økende forekomst (Corral-Liria et al., 2021; Hanna et al., 2021) er det behov for mer kunnskap på området: hvordan kan en som sykepleier skape en terapeutisk allianse med personer som har spiseforstyrrelser?

5.2. Relasjonens verdi

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan en kan skape en terapeutisk relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser, men hvorfor er den terapeutiske relasjonen så viktig? I en kvalitativ studie fra Venturo-Conerly et al., (2020) intervjuet de individer som var ferdigbehandlet og friske fra spiseforstyrrelser. I studien så de på faktorer som påvirket personenes bedring og identifiserte seks viktige hovedpunkter. Holdninger og handlinger gjort av andre og behandlingsrelaterte faktorer var to av hovedgruppene som ble identifisert. En av faktorene innenfor den sistnevnte gruppen var den terapeutiske alliansen. Dette funnet styrkes av annen forskning på området (Corral-Liria et al., 2021; Sly et al., 2014; Wright 2015; Zugai et al., 2017a; Zugai et al., 2017b) hvor de alle nevner den viktige rollen en terapeutisk relasjon mellom sykepleieren eller omsorgsyteren og den spiseforstyrrede pasienten har for bedringsprosessen. I studien av Sly et al., (2014) forklares det at en nøkkelfaktor i en

terapeutisk relasjon er dens evne til å trygge og motivere pasienten. En deltaker, som var innlagt på en enhet for spiseforstyrrelse, uttrykket at på øyeblikk hun slet og ikke hadde motivasjon så fant hun trøst i å vite at hun snart fikk noen å prate med. En annen sa at hun ikke hadde noen relasjon med sykepleieren og følte hun ikke hadde noen å snakke med eller utrykke seg til. Dette endte med at hun valgte å forlate oppholdet, siden hun ikke fant noe mening i oppholdet. Zugai et al., (2017a) støtter resultatene fra Sly et al., (2014) og sier at en positiv mellommenneskelig dynamikk bidro til en følelse av trøst og trygghet. Han konkluderte i tillegg med at den positive relasjonen hjalp pasientene gjennom de mange utfordringene som følger med en innleggelse. Zugai et al., (2017b) legger til at en mellommenneskelig relasjon mellom pasient og sykepleier bidro til et miljø som føltes mer «normalt» og «hjemme». En ser på tvers av forskningen at relasjonens verdi spiller en viktig rolle i motivasjon, trøst og trygghet, men hvordan bygger vi denne relasjonen?

5.3. Holistisk tilnærming

Som nevnt om teorien til Joyce Travelbee blir en menneske-til-menneske-relasjon etablert gjennom erkjennelse, empati, sympati og medfølelse. Det oppstår først når en klarer å se det unike mennesket bak sykdommen. En skiller individet fra sykdommen og evner å se hele mennesket i et holistisk bilde. Gjennom de ulike stadiene i teorien til Travelbee ser en at teorien tar for seg en mellommenneskelig holistisk tilnærming som fokuserer på mennesket i sin helhet og ikke kun på selve sykdommen. Teorien hennes er bygget opp av ulike stadier i et mål om å oppnå en gjensidig og terapeutiske relasjonen. Travelbee kommer ikke med konkrete gjøremål, men viser kun til viktigheten av å ha overordnede mål og fokus. Studien av Corral-Liria et al., (2021) ser på fenomenet holistisk sykepleie, noe som kan sammenlignes med Travelbee sin menneske-til-menneske-relasjonsteori. I studien (Corral-Liria et al., 2021) forklarer hun at en holistisk tilnærming innebærer å gi individualisert omsorg rettet mot velvære, autonomi, livskvalitet og motivering til behandling. Hun kommer frem til at aktiv lytting, respekt, tilgjengelighet, å være ikke-dømmende, å gi rom for intimitet og å være støttende var viktige grunnpilarer for å oppnå en god relasjon. Gjennom disse tiltakene, samtidig som en ikke kun fokuserte på ernærings aspektet ved sykdommen, ville en kunne gi holistisk omsorg som altså viser seg å ha en terapeutisk effekt for pasientene.

I studien (Corral-Liria et al., 2021) konkluderes det med at sykepleiere ofte sliter med sykdommens psykopatologi, noe som gjør det vanskelig å ikke dømme: De føler seg manipulert og sliter ofte med følelser som medfølelse, empati og sorg. Dette er følelser som er

sentrale i å oppnå en menneske-til-menneske-relasjon ifølge Travelbee (1999, s. 172). Som det kommer frem i teoridelen sliter spiseforstyret individer med en redusert mentaliseringsevne, noe som kommer av aleksitymi og redusert følelsesregulering. I tillegg til en ambivalens sliter ofte pasientene i å uttrykke behov, de vet ikke om de trenger hjelp, å bli lyttet til, kontroll eller endring (Corral-Liria et al., 2021). Studien av Corral-Liria et al., (2021) drar frem at det kreves forståelse og kunnskap om spiseforstyrrelser for å kunne forstå hvilke roller sykdommen spilte inn på livet til pasientene. Sammen med funnene om at sykepleierne ofte har vansker med sykdommens psykopatologi kan det diskuteres om det støtter min opplevelse av å ha en form for kunnskapssvikt ovenfor disse pasientene. Corral-Liria et al., (2021) forklarer at denne kunnskapen vil kunne utvide synet til sykepleieren og hjelpe hen i å veilede pasienten videre. Dette vil kunne bidra til en forståelse av opplevelser som den syke ikke selv kan beskrive eller forklare, og det vil også kunne bidra til å belyse behov de ikke klarer å uttrykke selv. Studien konkluderer med at kunnskap vil kunne bidra til sykepleierens følelsesregulering ved å veilede dem i de følelsene de føler ovenfor sykdommen.

Zugai et al., (2017a) støtter det å ha en holistisk tilnærming til spiseforstyrrelser. I studien kommer det tydelig frem at en måtte se det unike individet i motsetningen til en «vandrende sykdom». Et overfokus på sykdommen og vektøkning fremkallet en følelse av ugyldighet og straff. På den andre siden, ved å ha en holistisk tilnærming hvor sykepleierne bekreftet ovenfor pasienten at de ikke defineres av sykdommen, men møttes som unike individ med ulike behov, ville det forsterke og forbedre deres opplevelse av omsorg og rehabilitering. Gjennom engasjement for pasientene som unike mennesker engasjerte pasientene seg mer i relasjonene. Dette var en overlegent god tilnærming kontra en tilnærming som fokuserte på avhengighet og underkastelse.

På tvers av studiene til Zugai et al., (2017a) og Corral-Liria et al., (2021) ser en at det å ha en holistisk tilnærming har store gevinster for individene. Det vil kunne styrke en gjensidig relasjon som baserer seg på å behandle, pleie og tjene pasientene henimot å oppnå bedring. Ved å fokusere på det unike individet som Travelbee (1999) hevder var viktig i oppnåelsen av en relasjon vil en være på god vei mot en terapeutisk relasjon. Ved å respektere individet og ikke dømme det vil en kunne skape trygghet som vil kunne bidra til at vitale tematikker blir tatt opp (Corral-Liria et al., 2021). Som Sly et al., (2014) kommer frem til i sin studie vil en ikke-dømmende tilnærming til samtaler skape en trygg følelse hvor pasientene føler de kan snakke fritt. Den åpne samtalen som oppstår kontribueres av Sly et al., (2014) som en «rett på

sak»-tilnærming hvor sykepleierne var faste og ikke-dømmende gjennom sine samtaler. Videre i studien til Corral-Liria et al., (2021) kommer tilgjengelighet opp som en grunnpilar. Å vise at en er til stede, men også gir rom for privatliv viser at en stoler på individet og gir dem rom for å ta kontakt med sykepleieren ved behov. I denne settingen er det viktig at pasienten forstår at sykepleierens fravær av kontakt ikke kommer av at de unngår pasienten, men heller at de gir rom for privatliv. Støtte var også et viktig moment i å fremme relasjonsbygging. Støtte kan formidles på flere måter, gjennom væremåte eller gjennom samtaler hvor en motiverer og støtter individet mot bedring. Sly et al., (2014) forklarer at støtte kan formidles gjennom regelmessige trening- og veiledningsøkter og tid til samtaler. Han vektlegger en støttende relasjon som en komponent i vellykket behandling for de med spiseforstyrrelser. Rollen intimitet spiller inn på relasjonsbyggingen og den oppfattede omsorgen viser seg å ha stor gevinst ved riktig bruk. I studien av Wright (2015) kommer det frem at fysisk nærhet hadde positiv virkning på enkelte pasienter. Den fysiske nærheten kunne komme både i form av en hånd på skulderen eller simpelthen bare ved å være til stede. Det kom også frem at det var normalt at pasientene søkte fysisk nærhet som klemmer, at noen kunne trøste og lignende. I lys av studien til Corral-Liria et al., (2021) og Zugai et al., (2017a) kan en holistisk tilnærming med fokus på den mellommenneskelige relasjonen minnes om en mors-figur.

5.4. Maternalisme

Wright (2015) beskriver maternalisme som trøstende, beroligende og pleiende teknikker som brukes for å redusere stress og hjelper personen til å føle seg ivaretatt. Tilnærmingen tar for seg de beskyttende, nærende og pleiende rollen en mor har. Prinsippet er å ta i bruk morsrollens funksjon i å legge til rette for modning og uavhengighet. Studien tar hensyn til de parallelle oppgavene en sykepleier står ovenfor, som å hjelpe individet i å nå målet med behandlingen, som ofte er vektøkning og krever at pasienten spiser. Wright (2015) forklarer at ved å arbeide mot disse målene gjennom en «moderlig» tilnærming vil en kunne bidra til et komfortabelt og hjemmekoselig miljø – noe som vil skape trygghet. Medfølelse omsorg (sympati) ble verdsatt av pasientene i studien og bidra til en følelse av autentisering av relasjonen.

Gjennom studien (Wright, 2015) henviser han til Breier-Mackie (2006) og Christensen & Hewitt-Taylor (2006) som forklarer at en paternalistisk tilnærming som sykepleiere ofte faller inn i kan anses å være en maktposisjon hvor «forelderen», eller sykepleieren i dette tilfellet,

blir sett på som den mektige. De hevdet at tilnærmingen ville kunne fostre frem en avhengighet og ikke stimulere fremgang og bedring for pasienten. Wright (2015) sa seg derimot uenig og kom frem til at pasient-sykepleier relasjonen ikke var preget av forvirrende grenser mellom «mors-figuren» og «den profesjonelle sykepleier». Han fant data på at denne type relasjon skapet ga hjelp på veien til bedring. Ved hjelp av intuisjon og kommunikasjonsevner brukte sykepleierne seg selv som et terapeutisk verktøy. Som Travelbee, (1999, s. 213) nevner krever det en intellektuell tilnærming til de konstruktive gjøremålene for å bruke seg selv terapeutisk. Ved å ta i bruk intuisjon i en samtidig holistisk og maternalistisk tilnærming kan en bekrefte at Travelbee sitt utsagn stemmer overens med hva Wright (2015) sier. En tar i bruk en intellektuell tilnærming, i dette tilfellet holistisk og maternalistisk, til å gjøre konstruktive gjøremål som motivering, trøst og veiledning med mål om å bedre situasjonen.

Studien fra Wright (2015) involverte 12 kvinnelige pasienter og 11 kvinnelige behandlere/pleiere og kun to mannlige behandlere/pleiere. Dette gjør at studiene ikke dekker et stort nok demografisk område at resultatene nødvendigvis vil vær overførbare under andre omstendigheter. Ved bruk av maternalisme i møte med mannlige pasienter av en mannlig behandler/pleier vil ikke resultatene være like overførbare i den gitte situasjonen.

5.5. Anvendelse

For å bruke en kombinert maternalistisk- og holistisk tilnærming terapeutisk uttrykte sykepleierne i studien til Wright (2015) at de var tydelig på å vise ovenfor pasientene at de hadde tro på at de skulle og ville komme seg. De drar frem mange av de grunnpilarene Corral-Liria a et al., (2021) kom frem til. Aktiv lytting og en ikke-dømmende holdning viser seg å være essensielt viktig på tvers av all oppsummert forskning (Corral-Liria et al., 2021; Sly et al., 2014; Wright, 2015; Zugai et al., 2017a; Zugai et al., 2017b). Ved å ta del i samtaler, være bestemt og direkte samtidig som en viser forståelse og åpenhet for temaer vil en kunne bidra til en terapeutisk relasjonsetablering. Ved å sette fokuset over på de andre aspektene i livet til den syke vil en kunne oppnå mer kontakt med individet. Dette kan gjennomføres ved å starte samtaler om hva individet interesserer seg for eller hvordan hen har det hjemme, i sosiale sammenhenger og lignende i stedet for kun om vanskelig tema. Det vil kunne bidra til flere interaksjoner og relasjonen får flere muligheter til å dannes. Ved å åpne opp for andre temaer enn kun spiseforstyrrelsen vil en også kunne unngå at den syke føler seg stigmatisert (Zugai,

et al., 2017b) og en viser at en ikke kun er der for å behandle sykdommen, men også vil hjelpe personen på andre områder i livet.

For å kunne danne en relasjon mente Travelbee (1999, s. 192) at en måtte reflektere over sine egne meninger, holdninger, stereotypiske forventninger og tilknytninger til individet en skal hjelpe. Dette vil åpne opp for fremvekst av identitet under møtet (Travelbee, 1999, s. 189). I likhet med Corral-Liria et al., (2021) sine funn krever det en bevissthet over egne tanker og holdninger rundt sykdommen og individet. En må utføre en dyp refleksjon over situasjonen. I lyset av teorien til Travelbee og studien til Corral-Liria et al., (2021) ser en at evnen til å reflektere rundt seg selv og den andre vil en kunne bidra til videre relasjonsetablering.

5.6. Konklusjon

Bacheloroppgavens hensikt har vært å finne ut hvordan en sykepleier kan skape en terapeutisk relasjon i møte med pasienter som lider av spiseforstyrrelser. En konsensus som kommer tydelig frem er sykepleierens vitale rolle og verdi i møte med denne pasient gruppen. En støttende og motiverende væremåte vil kunne bidra positivt til behandlingsresultatet. De ulike tilnærmingene som kommer frem i studiene, holistisk og maternalistisk, viser seg å ha en relasjonsbyggende effekt. Ved å ta del i samtaler og aktiv lytte, vise at en er tilgjengelig, har respekt overfor pasienten og hans vansker, har en ikke-dømmende holdning, motiverer og støtter kan en som sykepleier danne en god relasjon med terapeutiske egenskaper.

I de involverte studien var de fleste pasientene kvinner og en stor andel av behandlerne og sykepleierne var kvinner (Corral-Liria et al., 2015, Sly et al., 2014; Wright 2015; Zugai et al., 2017a; Zugai et al., 2017b). Sykdommen spiseforstyrrelser har tidligere blitt omtalt å være en mer kvinnelig sykdom, men en ser i dag at en del menn/gutter også lider. Det gjør at studiens demografiske dekning ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å kunne overføre resultatene i en annen «setting». Det studiene får frem er at de tiltakene som er gjengitt har gode implikasjoner for praksis og i den rette «settingen» kan gi gode resultater med tanke på relasjonsetablering. Det er imidlertid viktig å ta stilling til hver enkelt situasjon med et holistisk syn og tilrettelegge utfra dette. Det kan gjøres gjennom selvrefleksjon og analyse av situasjonen. Det bacheloroppgaven har vist er at det er god empirisk dekning angående relasjonens verdi, men det er behov for forskning på menn og konkrete tiltak for relasjonsetablering, noe som støttes av Corral-Liria et al. (2015) og Zugai et al. (2017b).

6.0. Referanseliste

- Aslaksen, P. (2020, 20. november). *Egosynton*. Store Norske Leksikon.
<https://sml.snl.no/egosynton>
- Attia, E. & Walsh, T. B. (2021, 02. September). *Anorexia Nervosa*. BMJ Best Practice. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/440>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (red.) (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishers.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with anorexics. A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process*. Jason Aronson.
- Busch, T. (2019). *Akademisk skrivning for bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlaget.
- Corral-Liria I., Alonso.Maza M., Gonzàlez-Luis J., Fernàndez-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R. & Losa-Iglesias M. (2015). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in psychiatric care*, 58(2).
<https://doi.org/10.1111/ppc.12858>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningen*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.) Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.) Gyldendal.
- Dapelom, M.A.M. (2015). *Emotion recognition and expression in individuals with Eating Disorders*. [Doktoravhandling]. Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College.
- De nasjonale Forskningsetiske komiteene (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Farstad, I. N. (2020, 30. april). *Etiologi*. Store Norske Leksikon.
<https://sml.snl.no/etiologi>

- Fox, J. R. E. & Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspectiv. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16: 328-335.
<https://doi.org/10.1002/cpp.622>
- Hanna, L., Cross, M., Baily, H., Grimwade, K., Clarke, T. & Allan, S. M. (2021). A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01338-7>
- Helsebiblioteket (2016, 3. Juni). *Sjekklistet*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helsebiblioteket (2016, 7 juni). *Kildevalg*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsedirektoratet (2017, 25. april). *1.1. Definisjon og diagnostiske kriterier*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>
- Helsebiblioteket (2018, 19. februar). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk.
<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Hem, E. (2021, 8. november). *Terapi*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/terapi>
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *BSS9 Bacheloroppgave*.
<https://www.hvl.no/studier/studieprogram/emne/37/bss9>
- Karterud, S. (2022, 18. januar). *Mentalisering*. Store Norske Leksikon.
<https://snl.no/mentalisering>

- Kingswick, I. (2021, 13. januar). Relasjonskompetanse er helt essensielt i både behandling og forebygging av spiseforstyrrelser. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2021/01/relasjonskompetanse-er-helt-essensielt-i-bade-behandling-og-forebygging>
- Nilstun, C. (2020, 18. juli). *Relasjon*. Store Norske Leksikon.
<https://snl.no/relasjon>
- Nilstun, C. (2021, 7. november). *Holisme*. Store norske Leksikon.
<https://snl.no/holisme>
- Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for Norsk Legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2002/01/aktuelt-problem/spiseforstyrrelser-hvordan-bor-behandlingen-organiseres>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, Blair, S., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A Mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*. 77(1). <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/1747-0080.12581>
- Røssberg, J. I. (2018, 17. desember). *Ambivalens*. Store Norske Leksikon.
<https://sml.snl.no/ambivalens>
- Safer, D. L. (2021, 23. mars). *Bulimia Nervosa*. BMJ Best Practice.
<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/441>
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). Sult. Mentaliseringsbasert tilnærming til spiseforstyrrelser. Gyldendal.
- Skårderud, F. (2021). Spiseforstyrrelser. I Gonzalez, M. T. (Red.). *Psykisk lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken* (2.utg.). Gyldendal akademisk.
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C. & Lacey, H. (2014). Rules of Engagement: Qualitativ Experiences of Therapeutic Alliance When

- Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3). <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>
- Sokogskriv. (2022, 28. februar). *Søketeknikker*.
<https://sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#friteksts%C3%B8k>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (1. utg.). Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. (2013). *Empati – ulike forståelser*. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 362-367
[10.4220/sykepleienf.2013.0167](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0167)
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ursin, L. (2020, 19. mai). *Helsinkideklarasjonen*. Store Norske Leksikon.
<https://sml.snø.no/Helsinkideklarasjonen>
- Venturo-Conerly, K. E., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingelton, R. M. & Weisz, J. R. (2020). Why i recovered: A qualitativ investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorder*. <https://doi.org/10.1002/eat.23331>
- Verdens helseorganisasjon (2022). F50: Spiseforstyrrelser. I: Den internasjonale statiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599510>
- Villa Sult (u. å.). *Forekomster*. Hentet 18. mars 2022 fra
<https://spiseforstyrrelser.no/disorders/forekomster-2/>
- Wright, K. M. (2015). Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 22(6), 431-439. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jpm.12198>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2017a). 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.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13944>

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2017b). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *JAN Leading Global Nursing Research*. 74(2), 443-453.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.13410>

7.0. Vedlegg.

Vedlegg 1: Stress-sårbarhets-modell av Skårderud et al., (2018, s. 149):

Disponerende forhold
En sårbarhet som i møte med utløsende forhold kan resultere i spiseforstyrrelse. Eksempler: <ul style="list-style-type: none">- genetik- personlighet, perfektjonistiske trekk øker risiko for utvikling av anoreksi (Fairburn mfl. 1999a)- familiære forhold- traumer og fysiske/seksuelle overgrep- å være toppidrettsutøver- kulturelle forhold som slankepress, især når disse formidles via familiemedlemmer eller venner (Shisslak mfl. 1998)
Utløsende forhold
Eksempler: <ul style="list-style-type: none">- tap og konflikter- mobbing- tidlig pubertet- store prestasjonskrav- endrete livsvilkår, som flytting, språkkurs i utlandet- skader hos idrettsutøvere- somatisk sykdom som gir vekttap, eksempelvis «kysseyke»- slanking
Vedlikeholdende forhold
Eksempler: <ul style="list-style-type: none">- familiekonflikter utløst av spiseforstyrrelsen- negative reaksjoner fra miljøet og ensomhet- psykiske symptomer av feil- eller underernæring, som tvangstanker om mat, depresjon, følelseslabilitet, utmattelse- opplevd nytte av symptomer, som «jeg har mer kontroll», opplevelse av å være ekstraordinær, demping av indre uro og spenning, unnvikelse av negative følelser, fravær av menstruasjon

Vedlegg 2: Søkeverktøy:

Database: Medline (ovid)	Dato for søk: 23.03.22	Funn: 111 – uten restriksjoner. 70 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		- 2015 – 23.03.22
Populasjon:	Eating disorder (AND)		
Intervention:	Intervention (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Therapeutic		
Leste abstrakter:	5	Leste artikler:	2
Relevante funn:	https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-021-01338-7 <i>(A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders)</i>		
Artikler inkludert i oppgaven:			

Database: PsycINFO	Dato for søk: 24.03.22	Funn: 145 – uten restriksjoner. 61 – med restriksjoner (1). 3 – med restriksjoner (1+2)	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		- 2015-24.03.2022 (1) - Engelsk tekst. (1) - Kvalitativ studier (2)
Populasjon:	Eating disorder (AND)		
Intervention:	Intervention (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Therapeutic*		
Leste abstrakter:	15	Leste artikler:	2
Relevante funn:	https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0416-7 <i>(Characteristics of patients in an eating disorder sample who dropped out: 2-year follow up)</i>		
Artikler inkludert i oppgaven:	0		

Database: PsycINFO	Dato for søk: 24.03.22	Funn: 142 – uten restriksjoner.	Restriksjoner:
--------------------	------------------------	------------------------------------	----------------

		9 – med restriksjoner.	
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitative studier. - 2015 – 24.03.22 - Engelsk tekst.
Populasjon:	Eating disorder (AND)		
Intervention:	Intervention (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Therapeutic		
Leste abstrakter:	10	Leste artikler:	3
Relevante funn:	<p>https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23331</p> <p><i>(Why i recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery)</i></p> <p>https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1080/10640266.2015.1090869</p> <p><i>(Recovered eating disorder therapists using their experiential knowledge in therapy: A qualitativ examination of the therapists' and the patients' view)</i></p>		
Artikler inkludert i oppgaven:	0		

Database: PsycINFO	Dato for søk: 04.04.2022	Funn: 255 – uten restriksjoner. 12 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitative studier. - 2015 – 04.04.2022 - Engelsk tekst.
Populasjon:	Eating disorder (AND)		
Intervention:	Therapeutic (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Relationship*		
Leste abstrakter:	5	Leste artikler:	3
Relevante funn i lenke:	<p>https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jan.13410</p> <p><i>(Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study)</i></p> <p>https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jocn.13944</p> <p><i>(The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study)</i></p>		
Artikler inkludert i oppgaven:	<p>https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jan.13410</p> <p><i>(Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study)</i></p>		

https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jocn.13944 <i>(The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study)</i>

Database: Medline (ovid)	Dato for søk: 04.04.2022	Funn: 113 – uten restriksjoner. 9 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - 2015-04.04.2022 - Engelsk tekst. - Kvalitativ forskning (best balanse mellom sensitivitet og spesifisitet).
Populasjon:	Eating disorder* (AND)		
Intervention:	Nurse* (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Relation*		
Leste abstrakter:	3	Leste artikler:	1
Relevante funn:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/ppc.12858 <i>(Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study base don patients and nursing professionals' experience)</i>		
Artikler inkludert i oppgaven:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/ppc.12858 <i>(Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study base don patients and nursing professionals' experience)</i>		

Database: PubMed	Dato for søk: 05.04.2022	Funn: 175 – uten restriksjoner. 47 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - 2015-05.04.2022 - Engelsk tekst. - Inneholder abstrakt.
Populasjon:	Eating disorder* (AND)		
Intervention:	Nurse* (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Relation*		
Leste abstrakter:	5	Leste artikler:	0
Relevante funn:	0		
Artikler inkludert i oppgaven:	0		

Database: Pubmed	Dato for søk: 05.04.2022	Funn: 110 – uten restriksjoner. 51 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - 2015-05.04.2022 - Engelsk tekst. - Inneholder abstrakt.
Populasjon:	Eating disorder* (AND)		
Intervention:	Nurse* (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Outcome*		
Leste abstrakter:	3	Leste artikler:	0
Relevante funn:	0		
Artikler inkludert i oppgaven:	0		

Database: Pubmed	Dato for søk: 05.04.2022	Funn: 76 – uten restriksjoner. 4 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - 2015-05.04.2022 - Engelsk tekst. - Inneholder abstrakt. - Systematisk oversikt.
Populasjon:	Eating disorder* (AND)		
Intervention:	Social media (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Outcome*		
Leste abstrakter:	2	Leste artikler:	1
Relevante funn:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/1747-0080.12581 (Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review)		
Artikler inkludert i oppgaven:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/1747-0080.12581 (Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review)		

Database: Pubmed	Dato for søk: 06.04.2022	Funn: 75 – uten restriksjoner. 4 – med restriksjoner.	Restriksjoner:
---------------------	-----------------------------	---	----------------

PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		<ul style="list-style-type: none"> - 2015-05.04.2022 - Engelsk tekst. - Kvalitativ forskning
Populasjon:	Eating disorder* (AND)		
Intervention:	Nurse* (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Therapeutic*		
Leste abstrakter:	2	Leste artikler:	1
Relevante funn:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jocn.13944 <i>(The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study).</i>		
Artikler inkludert i oppgaven:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jocn.13944 <i>(The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study).</i>		

Database: Medline (ovid)	Dato for søk: 07.04.2022	Funn: 40 – uten restriksjoner. – med restriksjoner.	Restriksjoner:
PICO-modell	Søkeord, boolske operatører og trunkering:		
Populasjon:	Eating disorder* (AND)		
Intervention:	Experience* (AND)		
Comparison:			
Outcome:	Alliance*		
Leste abstrakter:	5	Leste artikler:	2
Relevante funn:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jpm.12198 <i>(Metemaliam: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services)</i> https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1080/10640266.2013.867742 <i>(Rules of Engagement: Qualitative Experience of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa)</i>		
Artikler inkludert i oppgaven:	https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/10.1111/jpm.12198 <i>(Metemaliam: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services)</i> https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1080/10640266.2013.867742 <i>(Rules of Engagement: Qualitative Experience of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa)</i>		

Vedlegg 3: Søkord i databaser:

Database: PsychINFO	Søkedato	Søkord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	04.04.2022	(Eating disorder and Therapeutic and relationship*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	255	15		0
S2	04.04.2022	limit 1 to (english language and 1600 qualitative study and yr="2015 -Current")	12	4	2	1
S3	24.03.2022	(Eating disorder and intervention and therapeutic*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	145	0		0
S4	24.03.2022	S2 and S3	3	1	1	0
S5	24.03.2022	limit 3 to (english language and yr="2015 -Current")	61	5	3	1
S6	24.03.2022	(Eating disorder and intervention and therapeutic).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	142	10		0
S7	24.03.2022	limit 6 to (english language and 1600 qualitative study and yr="2015 -Current")	9	3	1	1
S8	06.04.2022	(Eating disorder* and nurse* and relationship*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word]	75	0	0	0
S9	06.04.2022	limit 8 to (english language and 1600 qualitative study and yr="2015 -Current")	4	1	1	1
S10	06.04.2022	(Eating disorder* and intervention* and relationship*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	665	0	0	0
S11	06.04.2022	limit 1 to (abstracts and english language and yr="2015 - Current" and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	108	4	0	0
S12	06.04.2022	limit 1 to (abstracts and english language and yr="2015 - Current" and interview)	0	0	0	0
S13	06.04.2022	(Eating disorder* and Nurse intervention and relationship*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	1	0	0	0

Database: Medline (ovid)	Søkedato	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert.
S1	23.03.2022	(Eating disorder and intervention and therapeutic).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	111	3	0	0
S2	23.03.2022	limit 1 to yr="2015 -Current"	70	5	2	0
S3	04.04.2022	(Eating disorder* and Nurse* and Relation*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	113	0	0	0
S4	04.04.2022	limit 3 to (english language and yr="2015 -Current" and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)")	9	3	1	1
S5	04.04.2022	(Eating disorder* and nurse* and relationship*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	51			
S6	07.04.2022	(Eating disorder* and experience* and alliance*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]	40	5	2	2

Database: PubMed	Søkedato	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	05.04.2022	Eating disorder* AND nurse* AND relation*	175	00	0	0
S2	05.04.2022	Filters: abstract, english, from 2015-2022				
S3	05.04.2022	S1 AND S2	47	5	0	0
S4	05.04.2022	Eating disorder* AND Nurse* AND outcome*	110	0	0	0
S5	05.04.2022	Filters: abstract, english, from 2015-2022		0	0	0
S6	05.04.2022	S4 AND S5	51	0	0	0
S7	05.04.2022	Eating disorder* AND Social media AND Outcome*	76	0	0	0

S8	05.04.2022	Filters: abstract, english, from 2015-2022, Systematic review	0	0	0	0
S9	05.04.2022	S7 AND S8	4	2	1	1

Database: Cinahl	Søkedato	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	06.04.2022	"eating disorders* AND nurse* AND relationships*"	20553	0	0	0
S2	06.04.2022	Abstract Available; Published Date: 20180101-06.04.2022; English Language; Clinical Queries: Qualitative - Best Balance	0	0	0	0
S3	06.04.2022	S1 AND S2	30	2	0	0
S4	06.04.2022	“(eating disorders or anorexia or bulimia) AND (nurse-patient relationship or therapeutic relationships or nurse-patient relations or nurse-client relations) AND (interventions or strategies or best practices)”	16439	0	0	0
S5	06.04.2022	S2 AND S4	821	0	0	0
S6	06.04.2022	Publication type: Interview	0	0	0	0
S7	06.04.2022	S5 AND S6	16	1	0	0

Vedlegg 4: Litteratormatrise:

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg/ Populasjon/ Inklusjons kriterier	Hovedfunn	Kvalitetsv urdering/r edegjort for etiske hensyn
Zugai J. S., Stein-Parbury J. & Roche M. 2017a JCN Journal of Clinical Nursing Australia	<i>The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed methods study.</i>	Å utvikle en større forståelse av den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og anorexia nervosa pasienter.	Kombinasjon sstudie: Fase 1: kvantitativ spørreundersøk else. Fase 2: samling av kvalitativ studie.	Fase 1: 65 sykepleiere. 63 pasienter. Fase 2: 20 sykepleiere. 34 pasienter. Fase 1 og 2: alle måtte vær over 12 år, måtte ha 1 uke opplevelse med innleggelse på bakgrunn av spiseforstyrrelsen og vær medisinsk stabil.	Studien viste at en maternalistisk sykepleie tilnærming hadde god effekt på å skape en god relasjon (men krever mer forskning i utførelse). Den terapeutiske alliansen viste seg å styrkes når sykepleieren var i stand til å skille pasientens individualitet og sykdom. Sykepleieren måtte kunne skildre og bruke både mellommenneskelige kvaliteter og makt oppimot situasjonen for å styrke den terapeutiske alliansen.	Ja/Ja
Corral-Liria I., Alonso.Maza M., González-Luis J., Fernàndez-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R. & Losa-Iglesias M. 2021 Perspectives in Psychiatric Care USA	<i>Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience</i>	Å analysere både pasient og sykepleieren syn og opplevelse av den relasjonsbaserte omsorgen som ble etablert.	Kvalitativ studie.	19 pasienter: 7 menn og 12 kvinner. Gjennomsnittsalder: 28 år (spannet: 19-44 år). 19 sykepleiere: 3 menn og 17 kvinner. Gjennomsnittsalder: 39 år (spannet: 25-64 år).	Holistisk omsorg viser seg å være uventet fra pasientens side. De forventet at de sku kun få hjelp med mat problematikken. Det var viktig å unngå overflødighet og finne den underliggende årsakene bak problemene pasientene sto ovenfor for å virkelig forså dem. Det viste seg å være viktig at begge partene viste sine genuine følelser slik at den terapeutiske relasjonen ble konsolidert.	God (Lincoln and Guba's criteria)/Ja

					<p>En personsentrert omsorg var viktig ved å se individenes unike karakter.</p> <p>Andre funn:</p> <p>Et behov for flere spesialsykepleiere innenfor psykiatri. Viste seg at det var et større behov for koordinasjon, samarbeid og trening for å oppnå felles mål</p>	
<p>Zugai J. S., Stein-Parbury J. & Roche Michael. 2017b</p> <p>Journal of Advanced Nursing (JAN)</p>	<p><i>Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study.</i></p>	<p>Å forstå konteksten mellom innlagte anoreksi pasienter og implikasjonene for en terapeutisk allianse mellom sykepleieren og pasienten.</p>	<p>Kombinasjon sstudie. Fase 1: kvantitativ spørreundersøkelse.</p> <p>Fase 2: semi-strukturert intervju.</p>	<p>Fase 1: 54 sykepleiere og 54 pasienter.</p> <p>Fase 2: 20 sykepleiere og 34 pasienter.</p> <p>Pasientene måtte være over 12 år, vært innlagt 1 uke på bakgrunn av anoreksi behandling.</p> <p>Sykepleierne måtte jobbe på en avdeling hvor de gav spesialbehandling til spiseforstyrrede pasienter. De stilte ikke noe krav til lengde av arbeidserfaringen.</p>	<p>Pasientene med anoreksi viste seg å ha destruktive trekk som påvirket kvaliteten til den terapeutiske alliansen.</p> <p>Sykepleiernes intime posisjon (omsorgsposisjon) og mellommenneskelig kapasitet var innflytelsesrik for å overvinne hindringene som oppstod under relasjonsbyggingen.</p>	Ja/Ja
<p>Sly R., Morgan F. J., Mountford V. A., Sawyer F., Evant C. & Lacey J. H. 2014</p> <p>The Journal of Treatment & Prevention</p>	<p><i>Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa</i></p>	<p>Å undersøke pasienter under behandling for Anorexia Nervosa sin erfaring med å utvikle en terapeutisk allianse.</p>	<p>Kvalitativ studie (tolkningsfenomenologisk analyse (IPA).</p> <p>Semi-strukturert dybde intervju.</p>	<p>8 deltakere.</p> <p>Alle var under behandling for anoreksi.</p> <p>Gjennomsnittsalder 25 år (Spannet 18-34 år).</p>	<p>Fire kategorier viste seg å være dominerende for å opprette en positiv terapeutisk allianse: Opplevelsen av selve alliansen. Å være aktiv, ikke passiv (aktiv involvering). Tabu snakking (Å kunne ta opp vanskelige og tabu temaer). Førsteintrykk (å kunne skape en god setting</p>	Ja/Ja

					for bedring og relasjonsbygging i første møte).	
Wright K. M. 2015 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	<i>Meternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services</i>	Å undersøke erfaringen mellom pasienter med anorexia nervosa og behandlere helsepersonell og deres relasjon i en spesialisttjeneste for spiseforstyrrelse.	Kvalitativ studie (Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA)). Semi-strukturerte intervjuer.	25 deltakere (12 pasienter og 13 ansatte). Alle pasientene var over 18 år. Alle pasientene var kvinner. 11 ansatte var kvinner og 2 var menn. Studien inkluderte to forskjellige enheter.	Kun funn relatert til maternalisme ble brukt. Å ha en "morsrolle" tilnærming viste seg å produktiv effekt på reisen til bedring. En trøstende og beroligende tilnærming kunne fremme følelsen av å bli tatt vare på som videre kunne hjelpe til bedring og allianse.	Ja/Ja
<u>Artikler ikke inkludert i resultatdelen av oppgaven.</u>						
Venturo-Conerly K. E., Wasil A. R., Dreier M. J., Lipson S. M., Shingelton R. M. & Weisz J. R. 2020 International Journal of Eating Disorders. USA	<i>Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery.</i>	Å bedre forstå faktorer som påvirker motivasjonen til spiseforstyrrede pasienter samtidig identifisere potensielle tiltak som kan føre til en økt motivasjon til bedring hos spiseforstyrrede pasienter.	Kvalitativ metode. Strukturert intervjuer.	13 deltakere. Alle over 18 år, diagnostisert med en type spiseforstyrrelse og undergått behandling for så å vær symptomfrie sammenhengende over ett år.	Seks faktorer ble identifisert som viktige for motivasjonen: - Viktige personer og grupper. - Handlinger og holdninger fra andre. - Behandlingsrelaterte faktorer (f.eks. terapeutisk allianse). - Omgivelse/miljø. - Personlige følelser og tro. - Åpenbaring.	Ja/ja
Graves T. A., Tabri N., Thompson-Brenner H., Franko D. L., Eddy K. T., Bourion-Bedes S., Brown A., Costantino M. J., Flückiger C., Forsberg S., Isserlin L., Couturier J., Karlsson G. P., Mander J., Teufel M., Mitchell J. E.,	<i>A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders.</i>	Se på forholdet mellom tidlig terapeutisk allianse, tidlig symptombedring og behandlingsutfall.	Systematisk oversikt: Meta analyse.	20 studier. Alle omhandlet pasienter med en eller flere typer spiseforstyrrelser. Studiene måtte ha vurdert den terapeutiske alliansen en eller flere ganger og de måtte ha en statistisk analyse av forholdet mellom alliansen og behandlingsutfalle	Meta-analysen viste til en sterk korrelasjon mellom tidlig terapeutiske alliansen og tidlig og vedvarende symptombedring. Studien viste også at tidlig fokus på terapeutisk allianse ville gjøre pasient-behandler forholdet mer vedvarende. Det kom også frem at yngre hadde mer behandlings utbytte av en tidlig sterk terapeutisk allianse enn eldre.	Ja/Ja

<p>Crosby R. D., Prestano C., Satir D. A., Simpson S., Sly R., Lacey J. H., Stiles-Shields C., Tasca G. A., Waller G., Zaitsoff S. L., Rienecke R., Grange D. L. & Thomas J. J.</p> <p>2017</p> <p>International journal of Eating Disorders.</p> <p>Forfattere fra ulike land:</p> <p>USA, Frankrike, Storbritannia, Sveits, Canada, Sverige, Tyskland, Italia og Australia</p>				<p>t, vær publisert mellom januar 1978 og januar 2014, vær publisert i England og ikke ha noe data fra andre studier inkludert</p>		
<p>Gómes A., Gonzales M. Y. V., Gómes J. G., Marín J. I. L., Carrao-Fernández L., Hernandez S. O., Río-Hortega M. I. & Malfaz L. M.</p> <p>2017</p> <p>Springer International Publishing</p> <p>Spania</p>	<p><i>Characteristics of patients in an eating disorder sample who dropped out: 2-year follow-up</i></p>	<p>Se på hvilke gjentakende karakteristiske trekk en kan se hos spiseforstyrrede pasienter som har avbryt behandlingen sammenlignet med dem som har fullført behandling.</p>	<p>Kohortstudie.</p> <p>Inntaket startet med spørreskjemaer og avsluttet med telefon intervjuer.</p>	<p>196 individer. (39 med anoreksi, 54 med bulimi og 103 med uspesifisert type spiseforstyrrelse) Alle var behandlet for spiseforstyrrelser mellom 2010 og 2012.</p>	<p>80 (40.8%) droppet ut, 116 (59.2%) fullførte behandlingen.</p> <p>De 80 som droppet ut viste seg å ha en signifikant mindre skår på «reward dependence» og en høy skår på «novelty seeking».</p> <p>Utav de 80 som droppet ut mente de 41.1% selv at årsaken var relatert til livsendringer (flytting, ny jobb, graviditet og så videre (osv.)). ~39% mente at grunnen var relatert til manglende motivasjon, forbedring og misnøye med behandlingen.</p>	<p>Ja/Ja</p>

<p>Rounsefell K., Gibson S., McLean., Blair S., Molenaar A., Brennan L., Truby H. & McCaffrey T. A.</p> <p>2020</p> <p>Nutrition & Dietetics Journal of Dietitians Australia</p> <p>Australia</p>	<p><i>Social media, body image and food choices in healthy young adults: A Mixed methods systematic review.</i></p>	<p>Å evaluere innvirkningen på vanlig engasjement i sosiale medier eller utsettelsen av bilde relaterte innhold på kroppsbilde og matvalg i sne yngre voksne.</p>	<p>Systematisk oversikt.</p> <p>Oversikten inkluderte 26 kvantitative studier og 4 kvalitative studier.</p>	<p>30 studier ble inkludert, herav 11 125 deltakere.</p>	<p>De kvantitative studiene viste at sosial media engasjement og utsettelse av bilde relatert innhold var assosiert med høyere kroppsmissnøye, dietter/restriksjon av mat, overspising og valg av sunn mat.</p> <p>De kvalitative studiene viste fem punkter: (1) sosial media oppmuntret til sammenligningen av seg selv og andre. (2) sammenligningen økte følelsene rettet mot kroppen. (3) Unge voksne endre utseende for å fremstille et oppfattet idealbilde. (4) Unge voksne var klar over innvirkningen sosiale medier hadde, men (5) eksterne validering via sosiale medier forfølgelse.</p> <p>Konklusjon: sosiale media engasjement eller eksponering kunne påvirke til et negativt kroppsbilde og matvalg hos yngre voksne.</p>	<p>Ja/Ja</p>
---	---	---	---	--	---	--------------

Vedlegg 5: Helsebiblioteket (2016) sjekklister for kritisk vurdering:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23331>

(Why i recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker,

men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert? Ja – Nei – Uklart**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Av Institutional review board.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlende data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: 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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Det nevnes at funne er utforskende og studien har sine demografiske begrensninger. De begrunner dette godt og forklarer hvorfor og hva forskningen fortsatt kan brukes til.