



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.: 395

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 8999

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 89

Andre medlemmer i gruppen: 394

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Relasjonens kraft

The power of relation

Kandidatnummer 394 og 395

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

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, § 10.

Abstract

Background: Anorexia nervosa is a severe eating disorder that can affect personality, identity and bodily functions. It can also affect the relationships with people surrounding the person. The person with anorexia thinks of food and calories almost all the time. Starving oneself is a dramatic attempt to suppress human needs, whether it's for food or for care from others. Regardless of what workplace you have as a nurse, you can meet a patient suffering from anorexia.

Research question: *"How can nurses create a therapeutic relationship with patients suffering from anorexia nervosa?"*

Aim: Anorexia nervosa is a disorder we as nurses can face anywhere in the healthcare system. We therefore wanted to find out more about the disorder, specifically we aimed to find out what a nurse can do to create a therapeutic relationship with patients suffering from anorexia.

Method: We have conducted a literature review and written a project report. We have used articles and relevant syllabus literature to answer the research question.

Findings: In the articles we have reviewed, it appears in several of the articles that a maternalistic approach can be therapeutic for patients. Trust, collaboration, and a non-judgmental approach, are all important points in establishing a therapeutic relationship. It is also pointed out that a balanced use of authority and having a clear set of rules, helped lay the foundation for the therapeutic relationship.

Conclusion: Creating a therapeutic relationship with patients suffering from anorexia nervosa is considered challenging. By using their own communication skills, intuition and experience, the nurses will be able to create a therapeutic relationship based on trust, collaboration and mutuality. In this way, the nurse can use themselves as a therapeutic tool and better treatment for the patient.

Keywords: Anorexia nervosa, nurse, nurse-patient-relations, therapeutic alliance, therapeutic relationship.

Overopptatt av kropp, vekt og utseende

“A. sier at hun bare har fem lykkelige minutter i døgnet. Det er når hun våkner og oppdager at det ikke var sant at hun overspiste enorme mengder om natten. Det var en drøm.”
(Skårderud, 2013).

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
2.0 Teori	7
2.1 Hva er spiseforstyrrelser?	7
2.2 Anorexia nervosa	8
2.3 Joyce Travelbee.....	9
2.4 Terapeutisk relasjon	11
2.5 Moderlige- og faderlige prinsipp.....	12
3.0 Metode.....	14
3.1 Litteraturstudie.....	14
3.2 Metodekritikk	14
3.3 Fremgangsmåte.....	14
3.4 Forskningsetikk	16
3.5 Kildekritikk.....	16
4.0 Presentasjon av forskningsartikler.....	17
4.1 Oppsummering av hovedresultater.....	19
5.0 Drøfting	21
5.1 Terapeutisk relasjon	21
5.2 utfordringer ved å opprettholde en terapeutisk relasjon	23
5.3 Mennesket og lidelsen	25
5.4 Autoritet og roller i den terapeutiske relasjonen	26
6.0 Konklusjon	29
7.0 Referanseliste	30
Vedlegg.....	33
Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	33
Vedlegg 2: Analysetabell av artiklene.....	34
Vedlegg 3: Sjekkliste.....	36

1.0 Innledning

Til forskning.no sier Kari Løvendahl Mogstad, forfatter, fastlege og universitetslektor ved NTNU: “Å vokse opp i dag, hvor du blir bombardert av bilder og konstant minnet om at du ikke er bra nok, gjør selvsagt noe med selvbildet og kroppsbildet til de fleste.” (Dietrichson, 2018). Som to unge voksne som tilhører generasjonen hvor sosiale medier ble utviklet, har vi sett hvordan dette kan påvirke ungdom. En som har anoreksi tenker på mat og kalorier nesten hele tiden. Å sulte seg selv er et dramatisk forsøk på å undertrykke sine menneskelige behov, enten det gjelder mat eller andres omsorg. Mange opplever en følelse av å være sterkere enn andre fordi de klarer å kontrollere sine behov, og at andre friske gir etter for sine lyster. Nei-et til mat er ofte også et nei til foreldre, venner og behandlere (Skårderud, 2013).

Som sykepleier kan man jobbe ved alt fra akuttmottak, psykiatriske avdelinger, somatiske avdelinger og poliklinikker - til og med fengsel. Uansett hvilken arbeidsplass man har som sykepleier så kan man møte på en pasient som lider av anoreksi. Ved alvorlig underernæring påvirkes alle organene i kroppen. Hjernen slankes og blir mindre, og resten av kroppen går på sparebluss (Skårderud, 2013, s.60). Vi ble fascinert over hvor nedbrytende både fysisk og psykisk sykdommen kan være hos en person. Derfor synes vi det er viktig å tilegne oss kunnskap om temaet for å kunne yte god helsehjelp i fremtiden. I psykiatripraksis jobbet vi med mennesker som lider av spiseforstyrrelser, særlig anoreksi, og vi ble da opptatt av å diskutere sykdommen. Med bakgrunn av opplevelsene vi hadde i psykiatripraksis ønsket vi begge å fordype oss i temaet anoreksi.

En god relasjon mellom bruker og hjelper er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging. Å skape en god relasjon er utfordrende arbeid som krever mye oppmerksomhet fra den enkelte behandler. Det kan ofte ta tid å oppnå en god relasjon som gjør det mulig å benytte terapeutiske metoder (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Det var sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee som inspirerte oss til å se nærmere på relasjonens betydning for pasienter med spiseforstyrrelse. Travelbee sin sykepleieteori legger stor vekt på at det er viktig å skape et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 41).

Målgruppen i oppgaven er pasienter som lider av spiseforstyrrelsen anorexia nervosa.

Forekomsten av anoreksi er om lag ti ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn (Torgersen,

2016). Det var ikke planlagt å fokusere på kvinner med anoreksi, men forskningen vi har brukt har ikke hatt noen mannlige deltakere. Selv om anoreksi er en kvinnedominert lidelse, så vil vi presisere at menn også rammes av dette og at vi ser på det som et positivt fremskritt at det er økende oppmerksomhet rundt spiseforstyrrelser hos menn (Torgersen, 2016).

Vanligvis rammer anoreksi unge kvinner i alderen 14–19 år (Moen, 2018). Fokuset vårt er derfor blitt på jenter som har blitt tenåringer, altså fylt 13 år og oppover. Videre ser vi også at det er denne aldersgruppen som blir representert i forskningsartiklene vi har funnet. Vi har valgt å ikke ha hovedfokus på hvordan anoreksi kan oppdages eller behandles, da vår oppgave handler om relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

Problemstillingen for oppgaven lyder derfor: *“Hvordan kan sykepleier skape en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa?”*

2.0 Teori

2.1 Hva er spiseforstyrrelser?

Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser (Aslaksen & Malt, 2018). En spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse. Skårderud (2013, s.11) definerer lidelsen slik: ”Når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten, har man en spiseforstyrrelse”. Den som har en spiseforstyrrelse har ikke bare vansker med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser, og ofte til andre mennesker. Å ha en spiseforstyrrelse betyr å være overopptatt av kropp, vekt og utseende. Hun eller han kjenner seg styrt av slike tanker og følelser. Dette kan styre svært mye av livet og hemme daglig fungering. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen, betyr belastninger på kroppen. Dette er belastninger som i seg selv kan skape behandlingstrengende kroppslige tilstander (Villa sult, 2019).

I Jan Kåre Hummelvoll sin bok “Helt - ikke stykkevis og delt” (2014, s.318) har Buhl (1990) trukket frem tre forskjellige dimensjoner som kan forklare dynamikken bak symptomene vi ser hos mennesker med spiseforstyrrelser. Den første dimensjonen er ytre styring. Da er pasienten avhengig og ubeskyttet ovenfor andre sine meninger og forventninger. Den andre dimensjonen er kontrollsvikt. Det betyr at pasienten ikke klarer å forstå sine behov og indre signaler, dermed blir kontrollen dårlig. Den siste dimensjonen er manglende kontakt med indre impulser og følelser. Evnen til å lytte til indre impulser er forstyrret, samtidig som evnen til å takle uklare spenninger og impulser er svekket. Derfor er det vanskelig for disse pasientene å sette ord på behov og følelser.

Vi ser at i flere av artiklene vi har valgt er ungdom en stor del av pasientgruppene.

Definisjonen på ungdomstiden er overgangen mellom det å være barn til det å bli voksen. Det trekkes ingen klar grense, men den varer mellom 10-18 år. Her finner vi en periode i livet hvor mennesket går igjennom en enorm utvikling både fysisk og psykisk. Under puberteten foregår mesteparten av utviklingen av både kropp og sinn. Ungdomstiden er en sårbar periode i alle menneskers liv. Kroppen forandrer seg, det er økt produksjon av hormoner og vi føler mye. Også psykisk skjer det store forandringer. Identitet, personlighet og moralutvikling forekommer i denne perioden (Svartdal & Tønnesson, 2018). Det er store variasjoner i forekomsttall, men man kan med sikkerhet si at spiseforstyrrelser er en svært utbredt psykisk lidelse blant jenter mellom 13 og 25 år. Mellom 8 og 10 prosent av denne gruppen har et alvorlig matmisbruk, og enda flere er i faresonen. Nær 50 000 norske kvinner mellom 15 og

45 år har en alvorlig og behandlingstrengende spiseforstyrrelse (Moen, 2019).

I boken “Spiseforstyrrelser” (2009, s.18) av Anne Røer skriver hun: *“I de årene jeg har vært behandler og veileder for pasienter med spiseforstyrrelser, har spiseforstyrrelsens karakter av kommunikasjon blitt stadig tydeligere”*. Røer forklarer videre at hver form for spiseforstyrrelse har sitt eget særpreget språk og at spiseforstyrrelser er symptomer som er meningsbærende signaler til omgivelsene om sammenbrudd og krise.

2.2 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa eller nervøs spisevegring er en psykisk lidelse. I oppgaven bruker vi både anorexia nervosa og anoreksi som navn, og vi omtaler anoreksi som både en lidelse og sykdom. Anoreksi er en av tre typer spiseforstyrrelser som er definert av diagnoseverktøyet “Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders” forkortet til DSM-V. (Moen & Vandvik, 2018). Det er en rekke kriterier som kreves for å kunne stille diagnosen anorexia nervosa med diagnoseverktøyet DSM-V. Moen & Vandvik (2018) lister opp følgende kriterier som må være tilstede for å kunne diagnostisere lidelsen: 1. Restriksjon av energiinntak i et slikt omfang at det leder til undervekt. 2. Intens frykt for å gå opp i vekt eller for fedme, eller alltid ha et fokus på og utvise atferd som har som formål å forhindre vektøkning, selv om en er undervektig. 3. Forstyrret kroppsbilde, det vil si en opplevelse av kroppsvekt eller kroppsforn som ikke samsvarer med virkeligheten, og mangel på anerkjennelse av konsekvensene av den lave kroppsvekten. 4. Mangel på anerkjennelse av konsekvensene av undervekten.

Som med mange andre sykdommer er det ingen spesifikk kjent årsak eller faktorer vi kan vise til for hvorfor noen utvikler anoreksi. En regner med og antar at det er en sammenheng mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som sammen kan gi opphav til utviklingen av sykdommen (Moen & Vandvik, 2018). Halvorsen og Bergwitz (2017) skriver om et tredelt årsaksforhold i BUP-veilederen. Disponerende faktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. Disponerende faktorer omhandler genetiske og biologiske faktorer samtidig som det omhandler visse personlighetstrekk og psykiske lidelser pasienten har eller er utsatt for. Ved utløsende faktorer trekkes det frem at pubertet og slanking samt traumatiske livshendelser øker sannsynligheten for å utvikle en spiseforstyrrelse. Opprettholdende faktorer beskriver de konsekvensene en spiseforstyrrelse har for pasienten og fungerer som hinder for bedring. Dette innebærer blant annet isolering fra venner og familie, økt konfliktnivå med de

nærmeste, økte tvangssymptomer og forstyrret kroppsbilde (Halvorsen & Bergwitz, 2017).

Anoreksi er en spiseforstyrrelse som kan ramme både gutter og jenter, men vi ser at lidelsen er klart mest utbredt blant kvinner og unge jenter i tenårene. En ser at omlag 90% av alle som får lidelsen er jenter i 14 til 19 års alderen (Moen & Vandvik, 2018). Totalt i befolkningen anslås det at det er mellom 0,2 og 0,4 % som har anoreksi (Norsk Helseinformatikk, 2016). I følge statistisk sentralbyrå er det per i dag (14/10-2018) 5 312 343 personer i Norge (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2018), dette vil si at vi kan regne med at det trolig er mellom 10 625 og 21 249 personer som lever med anoreksi i Norge. Prognosen er bedre ved debut i tenårene enn i voksen alder, men antagelig noe dårligere ved prepubertal debut. Kort varighet viser sammenheng med bedre prognose. Gjennomsnittlig dødelighet ligger mellom 1,8 % og 5,9 % (Halvorsen & Bergwitz, 2017).

Anne Røer har presentert fire faser som ligger til grunn for utviklingen av anoreksi. Fase 1: lykkelig sult. Denne fasen handler om utviklingen av anoreksi hvor eksempelvis en slankekur, sorg, eller sultestreik har startet det hele. Forandringene på kroppen i puberteten kan være overveldende for personen. Ved drastisk begrensning på matinntak vil personen tape kroppsvekt fort. Fase 2 - smertefull sult. En kan tåle sult over en viss tidsperiode, men ikke over lengre tid. Kroppen setter ned stoffskiftet for å spare energi, og den psykiske funksjonen i kroppen øker hjerneaktivitetens fokus på mat og fantasier rundt måltider. I denne fasen vil noen stoppe med sin spisevegring mens noen vil utvikle anoreksi. Fase 3 - desperasjon. I denne fasen kommer mange somatiske trekk til syne som konsekvens av spiseforstyrrelsen. Behåring på armene, tap av hodehår, og en konstant sliten kropp, hvor blant annet læreevne og konsentrasjon svekkes. Håpløsheten i eget liv er nå så stor at mange kan ane at de faktisk er syke og trenger hjelp. Fase 4 - spiseforstyrrelsen som identitet. Anoreksi kan til slutt ende opp som pasientens eneste faste holdepunkt og fulle identitet. «Fordelene pasienten har oppnådd som syk, slår tilbake og føles skremmende å gi slipp på» (Røer, 2009, s. 25-28).

2.3 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees teori fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Travelbee hevder at for å forstå hva sykepleie er og bør være må man ha en forståelse av hva som foregår mellom pasienten og sykepleier, hvordan denne interaksjonen kan oppleves og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten og hans tilstand. Hennes ideer er sammenfattet i følgende definisjon: *“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle*

sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et stort samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Kirkevold, 2005, s. 113).

Travelbee tar sterk avstand fra generaliserte oppfatninger av mennesket. Hun forkaster begrepene pasient og sykepleier, fordi disse er generelle definisjoner som sletter ut det enkelte mennesket sine spesielle trekk og bare fremhever felles trekk. Travelbee hevder at en persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn den diagnose eller objektive vurdering som sykepleieren foretar. Sykepleierens viktigste hensikt er å hjelpe mennesket til å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer. Hensikten oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Menneske-til-menneske-forholdet defineres slik: *“En erfaring eller serie erfaringer mellom mennesker som er sykepleier, og en syk person eller et individ som har behov for sykepleierens tjenester. Det viktigste karaktertrekket ved dette forholdet er at sykepleiebehovene til individet, familien eller samfunnet blir oppfylt.”* (Kirkevold, 2005, s.114-116). Menneske-til-menneske-forholdet blir nærmere utdypet under 2.4 terapeutiske relasjoner.

Videre mener Travelbee (Kirkevold, 2005, s.119) at et av de viktigste redskapene sykepleieren har er kommunikasjon. Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser. Det er en formålsstyrt prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til det syke individet for å oppfylle sykepleiers hensikt. Kommunikasjon skjer kontinuerlig når to mennesker møtes, både verbalt og nonverbalt. Den nonverbale kommunikasjonen er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som sykepleieren bruker gjennom hele hjelpeprosessen. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk, og forteller noe om relasjonen mellom to parter i en dialog. For å skape en trygghet og tillit til pasienten er det viktig å møte han/hun på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Dette fører til at pasienten åpner seg, deler tanker og følelser. Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er derfor et viktig hjelpemiddel til å bygge relasjoner (Eide & Eide, 2007, s.199). Hensikten med kommunikasjon å bli kjent med pasienten og å finne frem til og oppfylle han/hun sine behov. Det er en komplisert prosess som krever bestemte forutsetninger. Disse omfatter forskjellige evner. Kunnskap og evnen til å anvende denne, sensitivitet, en velutviklet sans for “timing” og mestring av ulike kommunikasjonsteknikker er eksempler. Sykepleierens effektive bruk av kommunikasjon inngår i noe Travelbee kaller “terapeutisk bruk av seg selv”. Det betyr *“bevisst bruk av*

personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper personens plager (Kirkevold, 2005, s. 119).

2.4 Terapeutisk relasjon

En god terapeutisk relasjon er en viktig faktor i arbeidet innenfor psykiatrien. Relasjonen som oppstår mellom pasient og behandler legger grunnlaget for utredning, behandling og oppfølging av pasienten (Helsedirektoratet, 2011, s. 59). Helsedirektoratet trekker frem i sine nasjonale retningslinjer for ROP-lidelser (Rus og psykiatrilidelser) at en god terapeutisk relasjon vil kunne bidra til at pasienten er lenger til behandling. Relasjonsfaktorer som tydelighet og utfordring mot pasienten kan også være positivt. Dette er et utfordrende arbeid som krever mye oppmerksomhet fra den enkelte behandler (Helsedirektoratet, 2011, s. 59).

I Kirkevold (2005, s.116) kommer det frem at Travelbees menneske-til-menneske-forhold kun kan oppstå og eksistere mellom mennesker som er konkrete, og ikke gjennom gitte abstrakte roller. Forholdet er en prosess og et middel til å oppfylle den sykes behov for pleie.

Sykepleieren står ansvarlig for å etablere og opprettholde forholdet, men kan ikke gjøre det alene. Det er et gjensidig forhold. For at forholdet skal fungere må individet reagere på den andres "menneskelighet". Det er viktig at det aksepteres at også sykepleieren har og oppfyller behov i forholdet. Hvis ikke dette tas alvorlig, umenneskeliggjøres sykepleieren.

Videre forklares det at forholdet bygges opp gjennom fem ulike faser hvor det innledende møtet er første fase. Det innledende møtet er preget av to mennesker som ikke kjenner hverandre. Da bygges møtet på forventninger og "stereotypiske" oppfatninger av den andre. I løpet av møtet vil partene danne seg et førsteinntrykk, som er med på å danne grunnlaget for relasjonen. Her er det viktig at sykepleieren er klar over de "stereotypiske" oppfatningene som preger hans/hennes inntrykk av pasienten, og bryte ut av denne kategoriseringen for å få øye på det unike i "pasienten". Utover i fasene vil sykepleieren få en begynnende forståelse av pasientens oppfatning av egen situasjon, og pasienten oppfatter sykepleieren som en enestående person og ikke som en rolle. Forutsetningen for at dette skal skje, er at sykepleieren må fri seg fra å oppfatte pasienten ut fra han/hun sine likheter med andre pasienter han/hun har pleiet. Videre er empati og sympati to viktige holdninger som må være tilstede for å bygge opp en relasjon med pasienten. Den siste fasen er gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen viser resultatet som pasienten og sykepleieren gradvis har bygd opp gjennom de tidligere fasene. I denne fasen deler de to personene nære tanker, følelser og

holdninger. De erfaringene/situasjonene som sykepleier og pasienten har vært delaktige i sammen, er meningsfulle og betydningsfulle for begge (Kirkevold, 2005, s.117-118).

2.5 Moderlige- og faderlige prinsipp

I artiklene vi har funnet er ofte begrepet maternalisme brukt. Vi ser at dette ikke er blitt definert tydelig hverken i artiklene eller på nettet. På Wikipedia (2019) har vi funnet en definisjon vi mener er dekkende: “Maternalisme er synspunktet som inkorporerer en felles ide om femininitet og den brukes som en støtte for kvinners engasjement i samfunnet.”. Videre definerer Liv Strand (1990, s.77) det moderlige prinsipp som “en base og en beskyttelse der kontinuitet og trofasthet og kravløshet er sentralt.”. Vi ser da en parallell mellom maternalisme og det moderlige prinsipp. Likevel så betyr ikke det at det moderlige prinsipp kun finnes i kvinner. Det finnes i menn også. For at det moderlige prinsippet skal være til hjelp for utvikling og menneskelig omsorg, er det essensielt at man også anvender det faderlige prinsipp (Strand, 1990, s.77).

Det faderlige prinsipp symboliserer et “puff” ut i verden. Det innebærer et tilbud om aktivitet og et krav om å utvikle seg, lære seg ting, bli kraftfull, kunne påvirke, bli livsdugelig (Strand, 1990, s.77). Vi knytter det faderlige prinsipp opp mot det som kalles paternalisme i artiklene. Paternalisme betyr et forhold mellom styrende og styrte, som innebærer en faderlig omsorg og kontroll fra den styrende, og en uselvstendig stilling for den styrte (Persvold, 2019). Det moderlige- og faderlige prinsippet rommes i både kvinner og menn, og det er viktig å finne frem til dem, utvikle dem og både polarisere og forene dem i seg for å bli “hel” og for å kunne bruke de på en måte som er til hjelp for pasienten. Strand sammenlikner prinsippene med trådene i et vev; først sammen skaper de et meningsfullt mønster. Man behøver ikke bruke begge prinsippene på samme tid, med de fleste handlingene man gjør er ikke “rendyrket” det ene eller andre. I en tenkelig situasjon kan man se for seg at man bruker det faderlige ved grensesetting og det moderlige for å bli terapeutisk (Strand, 1990, s.77).

I følge Liv Strand (1990, s.88) er grensesetting “aktivt, med terapeutisk hensikt og på terapeutisk måte, å markere at her er et ytterpunkt som man ikke bør eller må overskride.”. Med god grunn så er grensesetting et omstridt virkemiddel i psykiatrisk arbeid. Det at en sykepleier kjenner tvilen i seg, og at hele behandlingsmiljøet engasjerer seg i diskusjonen om grensesetting er en betryggende forutsetning for at grensesettende intervensjoner ikke blir mekaniske og ufølsomme, eller eventuelt straffende - i det hele tatt: uterapeutiske. Det er

derfor viktig at man belyser virkemiddelet, slik at man som sykepleier er klar over virkningen både positivt og negativt. I mange situasjoner kan det være nødvendig med grensesetting, men det krever mye kunnskap, personlig integritet og erfaring. Når den blir terapeutisk anvendt og utført så kan den hjelpe pasienten til jeg-samling og bedret mestring. Grunnen til at vi legger vekt på grensesetting i teoridelen vår er at det er en relevant del av den terapeutiske relasjonens rammeverk. Derfor får vi ikke understreket nok hvor viktig det er at grensesetting alltid skal være terapeutisk og sikte mot en stadig økende autonomi for pasienten (Strand, 1990, s.87).

3.0 Metode

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode slik: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2017, s.50). Det stilles allmenngyldige krav til enhver metode, og vi trenger ulike metoder for å finne ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. De kvantitative metodene gir informasjon i form av målbare enheter og kan foretas i regneoperasjoner. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i (Dalland, 2017, s.52).

3.1 Litteraturstudie

Vi har brukt litteraturstudie som metode i denne bacheloroppgaven. Vi har valgt et tema og utformet en aktuell problemstilling. Videre har vi gjort en systematisk gjennomgang av litteraturen og en kritisk gjennomgang av skriftlige kilder. Disse er sammenfattet i en drøftingsdel. Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det problemstillingen etterspør, samt forklare hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s.80). To av artiklene som er blitt benyttet i oppgaven er kvalitative, en artikkel er et kombinasjonsstudie og en artikkel er en systematisk oversikt.

3.2 Metodekritikk

Det kan være både sterke og svake sider ved å bruke litteraturstudie som metode. En styrke med metoden er at man slipper å bruke mye krevende arbeid på å samle og analysere data som skal anvendes i oppgaven, fordi man bruker forskning som allerede er gjennomført. En svakhet med metoden er at man ikke er garantert å finne forskning som passer til den spesifikke problemstillingen man har utformet, på grunn av en begrenset mengde forskning. I tillegg vil dataene man bruker i oppgaven allerede være analysert og tolket av andre (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Fremgangsmåte

For å utforme en tydelig og presis problemstilling er PICO-skjemaet et nyttig hjelpemiddel. PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av

litteraturen (Helsebiblioteket, 2016). I vår oppgave har vi ingen fokus på å sammenligne med andre tiltak, derfor er C (comparison) tom.

Tabell 1:

PICO-skjema

P (patient) - pasient/problem	Pasienter som lider av anorexia nervosa
I (intervensjon) - intervensjon	Terapeutisk relasjon
C (comparison) - sammenligning	-
O (outcome) - utfall	Skape relasjon

Da vi gjorde søkene våre så brukte vi databasene Ovid, Cinahl og Epistemonikos for å finne relevante studier. I søkene ble det benyttet både mesh-termer og engelske søkeord, og dette var for å finne internasjonale artikler. Vi brukte søkeordene: anorexia nervosa, therapeutic relationship, therapeutic alliance, nurse-patient-relations.

Våre inklusjonskriterier var studier innen de siste 10 årene, at artikkelen hadde sykepleieperspektiv, relevans for problemstillingen, unge jenter over 13 år og at anorexia nervosa var hovedlidelsen. De artiklene som var på andre språk enn engelsk og norsk, og som ikke var innenfor inklusjonskriteriene ble ekskludert. Da satt vi igjen med et overkommelig antall artikler for gjennomgang. Noen artikler ble funnet i forskjellige databaser, men da valgte vi fra en av dem. I to av artiklene er det et krav om at deltakerne er fylt 12 år for å være med, men vi har valgt artiklene allikevel da gjennomsnittsalderen på deltakerne var 15 og 20 år. De fire artiklene vi har brukt i oppgaven har blitt valgt fordi vi mener de er mest relevante for problemstillingen. Videre har vi brukt pensumlitteratur fra tidligere studieår, som har gitt oss ny kunnskap om temaet. Noen av bøkene var eldre enn 10 år. Det viktigste for oss var at bøkene var relevante per dags dato, og da spilte ikke utgivelsesdatoene stor rolle. Artiklene vi har funnet blir presentert senere i oppgaven, og for en detaljert oversikt over søkehistorikken vår, se vedlegg 1.

3.4 Forskningsetikk

Norsk senter for forskningsdata (NSD) gir råd og veiledning til studenter og forskere om blant annet forskningsetikk. Forskningsetikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Vurderingene innenfor forskningsetikk omfatter alle sider ved forskningen, fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke metoder som brukes, samt hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres (Dalland, 2017, s.236). Da vi gjennomførte søk etter forskningsartikler og fant relevante artikler for vår oppgave, så har vi anvendt NSD sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler. I dette registeret deles det inn i ordinære vitenskapelige publiseringskanaler (nivå 1) og kanaler med høyest internasjonal prestisje (nivå 2) (NSD, 2018). For å finne hvilket nivå artiklene våre var søkte vi med ISSN-nr. Da fant vi ut at artiklene vi brukte har blitt vurdert til både nivå 1 og nivå 2.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som benyttes i oppgaven. Hensikten er å belyse relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til å kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2017, s.58). Av de fire artiklene vi har valgt er to skrevet av Wright, K.M. i 2010 og 2015 og de to resterende artiklene er skrevet av Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. i 2013 og 2017. Våre søk ble ikke gjort ut ifra forfatterne på artiklene, og vi har valgt artiklene fordi de er relevante for vår problemstilling. Den forskningen vi har benyttet er skrevet på engelsk, og det kan bety at noe av budskapet kan bli forandret ved oversetting til norsk. Forskningsartiklene vi har tatt med er fra de siste 10 årene. Vi vil også bemerke at noen bøker er tidligere utgaver enn hva som er utgitt per dags dato, men etter hva som har vært tilgjengelig på biblioteket har vi sett at de tidligere bøkene har vært relevante allikevel. Vi har vært kritiske ved bruk av sekundærkilder og kun brukt litteratur som vi vet er egnet for studiet. To av artiklene våre er vurdert til nivå 1 hos NSD, og de to resterende artiklene er vurdert til nivå 2. Vi har valgt å bruke artikler fra begge nivåene, da vi vurderte relevansen for artiklene i forhold til problemstillingen vår. Videre var det viktig for oss å ikke kun velge nivå 1 artikler, men også noen som var vurdert til høyest internasjonal prestisje. Vi har brukt sjekklister for å kritisk vurdere artiklene våre. For å se hvordan den ene artikkelen ble vurdert (med kvalitativ sjekkliste), se vedlegg 3.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M., 2017

The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with anorexia nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. Hentet fra Ovid. Nivå 2 i NSD.

Bakgrunn: Pasienter som lider av anorexia nervosa verdsetter det mellommenneskelige forholdet med sykepleierne, da denne relasjonen blir funnet meningsfull og terapeutisk. Det er fastsatt at den terapeutiske relasjonen bedrer resultatet for pasienter. Det å skape en terapeutisk relasjon blir ansett som krevende. En ønsker derfor å utvikle en større forståelse for den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og sykehuspasienter som lider av anorexia nervosa.

Metode: Kombinasjonsstudie delt i to faser. En initial kvantitativt spørreundersøkelse (fase 1) hvor det var 63 pasienter og 65 sykepleiere som deltok. Deretter ble det samlet kvalitative data hvor det deltok 34 pasienter og 20 sykepleiere til et semistrukturert intervju (fase 2).

Resultat: Den terapeutiske relasjonen involverte et mellommenneskelig engasjement med en balansert bruk av autoritet. I den terapeutiske relasjonen tok sykepleier vare på pasienten gjennom et mellommenneskelig samarbeid, samtidig som en klarte å skille pasienten som individ og anorexia nervosa som sykdom. Sykepleieren utviklet også en terapeutisk relasjon ved å bruke maktposisjonen til å sette klare og individualiserte forventninger og opprettholdt de profesjonelle grensene.

Konklusjon: Studiet viser at den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasienten som lider av anorexia nervosa ikke utvikles gjennom forhandlinger i den tro at en er likestilt i det mellommenneskelige forholdet. Den terapeutiske alliansen er avhengig av at sykepleier har kapasitet og ferdigheter til å beholde maktposisjonen overfor pasienten, samtidig må sykepleier demonstrere troverdighet og tillit overfor pasienten. Ved å få dannet en tillitsfull relasjon, følte pasientene seg tryggere på å investere tid og energi i et nytt konsept av velbehag.

Wright, K. M., 2015

Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. Hentet fra Ovid. Nivå 1 i NSD.

Bakgrunn: Undersøke erfaringer av relasjonen mellom pasienter som lider av anorexia nervosa og deres helsepersonell innad i en voksenavdeling for spiseforstyrrelser. Tidligere forskning har i hovedsak fokusert på tenåringer med spiseforstyrrelser. Selv om mye av

forskningen er overførbar til voksne, kan vi ikke ta det for gitt uten spesifikke studier på området.

Metode: En fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) av et semistrukturert intervju er utført. 12 pasienter med anorexia nervosa og 13 ansatte på to avdelinger ble intervjuet. Alle pasientene var over 18 år. Bare resultater relatert til maternalisme ble tatt med i studie.

Resultat: Konseptet av maternalisme som et fenomen som oppstår i den terapeutiske relasjonen blir diskutert. Det ble tatt hensyn til de parallelle rollene som oppstår hos sykepleier hvor de har som plikt å beskytte, bevare liv og fremme helse, og den av en mor / beskytter.

Konklusjon: Det fremstår tilsynelatende forenklet at det moderlige på mange måter kan sammenlignes med de oppgavene sykepleier har ved å trøste, berolige, teknikker for å fremme god næring og gi en følelse av å bli tatt vare på. Derav vil den maternalistiske fremgangsmåten som gir en følelse av trygghet og næring være en medfølelse måte å tilrettelegge for håp på en vei ut av lidelsen og inn på bedringens vei. Dette på samme måte som en godt oppdragelse vil bidra til modning og selvstendighet. Studiet viser at selv for den voksne alderen til pasientene, fant de ut at den maternalistiske og moderlige måten de ansatte jobbet på, ble ansett som terapeutisk av pasientene.

Wright, K. M., 2010

Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. Hentet fra Ovid. Nivå 1 i NSD.

Bakgrunn: En god terapeutisk relasjon er internasjonalt anerkjent som en viktig del av terapi og pleietilbudet i behandlingen av pasienter. I denne artikkelen blir den foreløpige forståelsen av den terapeutiske relasjonen presentert og vurdert i sammenheng med pleie for pasienter med anorexia nervosa innad på et britisk sykehus.

Metode: Det er utført en systematisk oversikt.

Resultat: Det blir sett nærmere på fem forskjellige punkter i denne artikkelen. 1: Foreløpig forståelse av den terapeutiske relasjonen. 2: Terapeutisk relasjon og utfallet av recovery. 3: Terapeutisk miljø - En avdeling for spiseforstyrrelser. 4: Hvem er ansvarlig for den terapeutiske relasjonen og recovery? 5: Hvilken utfordringer møter pleierne når de prøver å etablere en terapeutisk relasjon med voksne på en avdeling for spiseforstyrrelser?

Konklusjon: Det er helt klart at det finnes en slags relasjon med terapeutisk effekt på avdelinger for spiseforstyrrelser. Det kan bli foreslått at dette er relatert til den maternalistiske, pleiende og beskyttende tilnærmingen hvor en prøver å redde pasienter fra å

dø av sult. Videre forskning er nødvendig for å formelt identifisere karakteren av relasjonen som oppstår i en avdeling for spiseforstyrrelser.

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M., 2013

Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Hentet fra Ovid. Nivå 2 i NSD.

Bakgrunn: Litteratur som omhandler pasientperspektivet indikerer både positive og negative sider ved forskjellige aspekter fra opplevelser som pasient på sykehus. Samtidig er det lite forståelse for hva pasientene oppfatter som effektiv sykepleie. Hensikten med studiet er å finne ut hvordan sykepleiere kan sikre vektøkning og skape en positiv pasientopplevelse for tenåringer med lidelsen anorexia nervosa ved å se på pasient-perspektivet.

Metode: Semistrukturerte intervjuer. Det er utført en kvalitativt studie hvor dataene har blitt tolket gjennom en tematisk analyse. Studiet har sett på perspektivet til 8 rehabiliterte pasienter.

Resultat: Sykepleierne blir ansett til å ha en stor betydning for pasientopplevelsen. Funnene i dette studiet trekker frem tre temaer som går igjen angående sykepleien: 1. Sikre vektøkning, 2. Opprettholde et terapeutisk miljø og 3. Relasjonen med sykepleier.

Konklusjon: Pasientene har et klart perspektiv for hvordan sykepleiere kan sikre vektøkning og hvordan sykepleiere kan skape en positiv pasientopplevelse. Kvaliteten på forholdet mellom sykepleier og pasient hadde konsekvenser for både vektøkning og pasientopplevelsene. Ved å bygge på styrkene til positivitet, omsorgs og interaksjoner til rett tid, kan sykepleier bidra til produktive fysiske resultater og en positiv pasientopplevelse. Pasientene trekker frem at motivasjonen til å fortsette med behandling kom fra en sterk relasjon med sykepleier. Det å sikre både vektøkning og en positiv opplevelse involverte å oppnå en produktiv "balanse av restriksjoner". Pasientene satt også pris på sykepleiere som skapte og bidro til et miljø hvor pasientene kunne føle seg komfortable.

4.1 Oppsummering av hovedresultater

Fra de fire artiklene vi har lest, oversatt og tolket, skal vi trekke fram hovedresultatene i oppgavens drøfting og knytte dette opp mot problemstillingen vi har lagt frem. I artiklene kan vi lese at en terapeutisk relasjon har direkte innvirkning på pasientopplevelsen, i tillegg til at det har innvirkning på vektøkning og de fysiske resultatene. Hvordan sykepleier bidrar til å skape og opprettholde en terapeutisk relasjon med pasientene baserer seg blant annet på balansert bruk av autoritet og at sykepleier har kapasitet og evner til å opprettholde autoriteten

i relasjonen. Pasient og sykepleier er på den måten ikke likestilte i relasjonen som skapes og tillit mellom partene er derfor utrolig viktig for å opprettholde en terapeutisk relasjon. Den moderlige eller maternalistiske tilnærmingen blir trukket frem som positivt for den terapeutiske relasjonen. Å kunne skille pasienten som individ og anorexia nervosa som sykdom er en viktig oppgave som sykepleieren har for å styrke relasjonen.

5.0 Drøfting

Problemstillingen vår: *“Hvordan kan sykepleier skape en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa?”*, ønsker vi å drøfte opp mot artiklene vi har tatt med i tillegg til relevant litteratur som belyser temaet. Som tidligere nevnt, vil vi bruke Joyce Travelbees sykepleieteori for å belyse problemstillingen og drøfte resultatene vi har funnet i artiklene. I tillegg til Travelbee sin sykepleieteori har vi brukt annen relevant litteratur. Vi har lagd underoverskrifter videre i drøftingen for å holde det oversiktlig for leser.

5.1 Terapeutisk relasjon

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan man som sykepleier kan skape en terapeutisk relasjon til pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Undrende, åpne spørsmål og enkle forklaringer uten moralisme vil bidra til tillit. Mange ungdommer uttrykker i ettertid takknemlighet for at noen innså alvoret, gjennomførte utredning og igangsatte tiltak (Halvorsen & Bergwitz, 2017).

Flere av artiklene trekker frem det moderlige, søsterlige eller begrepet maternalisme som en del av den terapeutiske relasjonen. Zugai et al. (2017) beskriver moderlig eller søsterlig sykepleie som effektivt. Sykepleiere assisterte pasientene i de utfordringene de møtte ved å være innlagt på sykehuset på en varm og fintfølede måte. Ved at sykepleier bidro til pasientenes velbehag, følte pasientene et behov for å delta i behandlingen for å glede og på den måten bidra til den gode relasjonen med sykepleier (Zugai et al., 2017, s.419). En av pasientene beskrev den moderlige sykepleien slik: *“She was the mum and she was so proud... you become like family and then there’s some that become like your sisters. You actually feel like you belong. And then there’s some that you can tell that are just there because it’s work and they just wanna do their job and go... But there’s a few others who actually treat you like family and they actually make you feel welcomed and loved, and it makes the experience a lot easier. (Lisa, Consumer)”* (Zugai et al., 2017 s.419). I Zugai et al. sin artikkel fra 2013, forklares det at en sterk relasjon med sykepleier gjorde pasientopplevelsen bedre, og at den nære forbindelsen med sykepleier var viktig for å opprettholde en god relasjon. En av pasientene, Bianca på 15 år, beskrev de beste sykepleierne på følgende måte: *“Some of them were like older sisters or like mother kind of ones that made you feel more at home”* (Zugai et al., 2013, s.225).

Wright (2015, s.437) skriver i sin artikkel at den moderlige relasjonen lettet pasientenes vonde følelser med godhet og det ble blant annet beskrevet som om de (pasientene) ble pakket i bomull for å beskytte deres skjøre selv under behandlingen. Den maternalistiske fremgangsmåten blir også beskrevet som personlig og individuell i forhold til pasientene og deres behov. Samtidig beskrives pleieren som en som bryr seg om pasienten. Maternalisme reflekterer også den beskyttende næringsgivende rollen flere pleiere tar på seg. I studiet kom det frem at det ikke var uvanlig at flere av pasientene søkte fysisk støtte og nærhet i form av en klem eller en skulder å gråte på. Sykepleierne som deltok forklarte at de ikke var redd for å være denne støtten, på en profesjonell måte gav sykepleiere pasienten fysisk og emosjonell trygghet. På denne måten fikk sykepleiere også vise at en faktisk brydde seg om pasienten. Det forklares at den terapeutiske relasjonen handler mer om den “terapeutiske handlingen” enn det “terapeutiske ordet.” Sykepleiere brukte altså seg selv som et terapeutisk virkemiddel, noe som fremsto til å knytte en bedre terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier (Wright, 2015, s.436-438). Som tidligere nevnt er Travelbee også opptatt av at sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk. For at det skal ha god effekt for relasjonen mener hun at det krever at sykepleieren har selvinnsett, forståelse av dynamikken i menneskers handlinger, engasjement og evne til å tolke egne og andres handlinger og gripe inn på en effektiv måte (Kirkevold, 2005, s.120). Selv om tidligere studier hovedsakelig har sett på tenåringer i avdelinger for spiseforstyrrelser, ser en at selv i voksen alder mente pasienter at den maternalistiske og moderlige metoden sykepleiere anvendte som, var terapeutisk (Wright, 2015, s.437).

Wright (2015) trekker frem det unike med relasjoner mellom pasienter og sykepleiere på en avdeling for spiseforstyrrelser. Det mellommenneskelige forholdet som beskrevet i forrige avsnitt blir i mange tilfeller ansett som “brudd av de profesjonelle grensene”. Det er viktig at vi ser på hvordan de profesjonelle grensene kan forekomme i et nytt lys hvor den terapeutiske relasjonen blir styrket uten at oppfattelsen av profesjonalitet blant de ansatte blir svekket. Videre trekkes det frem at den moderlige tilnærmingen er nyttig som et midlertidig verktøy. Målet vil alltid være modningen til pasienten og derav en tenkt avsluttende separasjon fra morsfiguren. Behandlingsmålet for mange av kvinnene på avdelingene var å ha en følelse av trygghet og ivaretagelse frem til det punktet hvor de klarte å gjenvinne kontrollen på deres lidelse og på den måten gjenoppta sin posisjon i dagliglivet (Wright 2015, s.437).

Blant funnene som ble gjort av Zugai et al. i 2013 presenterer de at en sterk terapeutisk relasjon, ofte resulterte i at pasientene var mer mottakelig for å følge oppsatt mat- og treningsregime. Dette forklares videre med at pasientene ikke ønsket å skuffe eller svekke tilliten og tiltroen sykepleier hadde til dem. Pasientene ble motivert til å ivareta den gode relasjonen, noe en antar å være naturlig i mellommenneskelige relasjoner. Vi får forklart at pasienter endret atferd for å være mer mottakelig for behandling og tilfriskning. Vi ser derfor at en terapeutisk relasjon kan være knyttet til en positiv atferdsendring (Zugai et al., 2013, s.2025-2026).

5.2 utfordringer ved å opprettholde en terapeutisk relasjon

Uten en klar forståelse av hvordan den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient med anoreksi fungerer, vil sykepleier fortsette å streve med å gi pasientene best mulig pleie (Zugai et al., 2017, s.417). Som tidligere nevnt kommer vi inn på at det kan være utfordrende å jobbe med pasientgruppen. Det beskrives at selv med et økende antall tilbud for pasienter med spiseforstyrrelser, er det fortsatt motvillighet for å ta imot hjelp for lidelsen. En av grunnene til dette er at anoreksi er høyt verdsatt av de personene som er rammet av lidelsen, i tillegg til at flere med lidelsen nekter å anerkjenne alvorlighetsgraden av tilstanden (Wright, 2015, s.432). I følge Travelbee kan lidelse komme i mange ulike grader, og hver person reagerer forskjellig. En reaksjon kaller hun "hvorfør meg?". Den går ut på at personen ikke forstår hvorfor sykdom eller lidelse har rammet han/hun, og sannsynligvis ikke aksepterer den (Kirkevold, 2005, s.115).

Når pasienten ikke aksepterer sykdommen vil det også være vanskelig å akseptere behandlingen. Pasientene kan få en forestilling om at de blir overtalt, tvunget eller truet av familie, venner og sykepleiere til å akseptere og delta i behandlingen. Noe som igjen kan lede til en fiendtlig relasjon med menneskene som prøver å hjelpe (Wright, 2015, s.432). Pasientene oppfattet korrigeringer fra personalet på avdelingen som disiplinierende eller straffende. Denne oppfattelsen var med på å sabotere den terapeutiske relasjonen. Det ble da en viktig oppgave for sykepleierne å sørge for at pasientene forsto at de ikke hadde gjort noe galt, men fremdeles påminne pasientene at de hadde en lidelse og at korrigeringen var en del av behandlingen. På denne måten forklarer Zugai et al. (2017) at pasientene ble mer mottakelig for å oppfatte sykepleierhandlingene som oppriktige, og på den måten kunne de ha tillit til sykepleiers motiver (Zugai et al., 2017, s.421).

Wright (2015) trekker frem at en av utfordringene som gjør det vanskelig å lage en fungerende terapeutisk relasjon med pasienter som har anoreksi, er at oppførselen kan bli oppfattet som hemmende, nedbrytende og manipulativ. Det blir foreslått at spesielt unge jenter med lidelsen sannsynligvis føler seg ensom, misforstått og heller skjør. De søker forståelse fra behandlingen, men holdningen og atferden kan påvirke sykepleierne og de som ønsker å hjelpe ved å gi dem følelsen av å være uønsket og ikke verdsatt (Wright, 2015, s.432). Anoreksi som en psykisk lidelse går i direkte konflikt med sykepleiers rolle som pleier og på den måten vil utviklingen av den terapeutiske relasjonen bli hemmet. Videre diskuterer Zugai et al. (2017) det anstrengte forholdet i relasjonen mellom pasient og sykepleier, delvis på grunn av at lidelsen er "ego-styrt". Anoreksi blir en del av identiteten til pasienten og derav er benektelse knyttet til egen sykdom, vanlig. Således forklarer dette også hvorfor pasienter med lidelsen kan være ambivalente til å delta i behandlingen, nettopp fordi de mener de selv ikke er syke. Disse faktorene forstyrrer altså fundamentet den terapeutiske relasjonen er bygget på og gjør det vanskelig å opprette en relasjon med terapeutisk virkning (Zugai et al., 2017, s.417). Skårderud (2013, s.187) forteller om hvor viktig veiledning er i slike situasjoner. Han forteller at behandlingspersonalet bør være forberedt på en "trøkk" når det kommer til pleie av anorektiske pasienter. Denne pasientgruppen har tendens til å utløse konflikter blant personalet. Pasienten deler ofte personalet i to. En god side og en ond side. Noen av pleierne blir favorisert og idealisert, mens andre pleiere blir brutalt avvist. Pasienten kan utagere i form av å "sabotere" for fremgangen. Oppkast, jogging, unnaluring av mat er eksempler på sabotasje. Videre kan pasienten også manipulere og splitte personalet. Å skape forvirring om avtaler eller endre former for motstand mot behandlingen er eksempler på manipulasjon. Den profesjonelle utfordringen til pleierne er å skjønne at drivkraften bak atferden stort sett er frykt og ikke ondskap, samt ikke bli forført inn i rigide posisjoner og konflikter (Skårderud, 2013, s.187).

Flere av sykepleierne og de som jobber på avdelinger for spiseforstyrrelser, er ikke nødvendigvis spesialisert innen fagfeltet. Vi ser da at pleierne bruker seg selv som et terapeutisk verktøy, ofte basert på egen intuisjon, moral og kommunikasjonsferdigheter. De opparbeider seg ferdigheter for å opprettholde den terapeutiske relasjonen, uten at dette er på bakgrunn av akademiske studier (Wright, 2010, s.157). Videre skriver Wright i artikkelen fra 2015 at en også ser tendenser hvor faglærte også jobber etter egen intuisjon og tilsynelatende uten hensyn til tidligere opplæring. De "profesjonelle" gjør det de mener er best uten at de nødvendigvis har bevisene eller den kunnskapsbaserte støtten fra studier. En av grunnene som

trekkes frem for at dette kan være tilfelle, er blant annet fordi sykepleierne har et stort fokus på relasjonen med pasienten og har dette som prioritet. Dette er fordi de av erfaring vet at det å engasjere pasienter i behandlingen er en utfordring hvis det ikke er etablert tillit og aksept fra pasienten først (Wright, 2015, s.432). Manglende erfaring kan føre til at personalet også utagerer. Eksempelvis i form av moralisering, avvisende holdninger eller straffende reaksjoner, eller det motsatte: ukritisk medlidenhet og infantilisering av pasienten. Det er derfor viktig at personalet blir opplyst på psykologi, og at pleierne lettere kan se hvilke psykologiske “spill” de risikerer å bli involvert i. Dette er ikke enkelt, men det er svært viktig å ikke la seg fange (Skårderud, 2013, s.188).

5.3 Mennesket og lidelsen

Pasienter som lider av anorexia nervosa kan bli omtalt som vanskelige, utfordrende, motvillige til å delta i behandling og/eller frustrerende for de ansatte (Wright, 2010, s.154). Zugai et al. (2017, s.420) bruker begrepet “Therapeutic Separation” for å forklare viktigheten av å se personen bak lidelsen. Ikke bare beskrives det at det er viktig for sykepleier å separere pasient og lidelse, men det kommer også frem at pasienter lettere ville delta i behandling hvis de selv evnet å skille symptomene for anoreksi fra hvem de er som person. Sykepleierne jobbet bevisst med å se pasienten som en person med behov for behandling og forstod at anoreksi er en fengslende psykisk lidelse. Ved at de separerte de to delene av pasienten og de hadde en forståelse av hvordan lidelsen påvirker atferden til pasienten, var det lettere for sykepleierne å håndtere egen frustrasjon og på den måten ble risikoen for å bli utbrent mindre (Zugai et al., 2017, s.420-421). Travelbee viser samme tankegang når det kommer til hvordan man burde oppfatte lidelse. Hun mener at en persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere at en sykepleier forholder seg til enn den diagnosen eller objektive vurderingen sykepleier foretar (Kirkevold, 2005, s.115).

Ved å forstå hvordan anoreksi påvirker pasientens oppførsel, vil det også hjelpe sykepleiere å håndtere deres egne tanker og følelser rundt arbeidet med pasientene. Oppfattelser av at pasientene kan fremstå som bedragersk og manipulerende vil kunne sette en stopper for utviklingen av den terapeutiske relasjonen (Zugai et al., 2017 s.417). Skårderud forklarer at begreper som “manipulasjon” og “sabotasje” ikke fremmer samarbeidet (2013, s.188). Videre forklarer han at det å fjerne symptomene er bare et delmål, men det å få pasienten til å utforske sine følelser og reaksjoner slik at hun blir bedre kjent med seg selv er et større mål. Alle har et behov for å bli sett. Om den som skal yte hjelp kun ser de ytre symptomene til

pasienten, så er det langt på vei det samme som å ikke se (Skårderud, 2013, s.95). Hummelvoll (2014, s.332) mener det kan være vanskelig for sykepleieren å arbeide både menneskelig og faglig på grunn av det klart selvdestruktive i de spisevegedes mestringsstrategier. Å starte en relasjon kan da være vanskelig, og det vil oppleves som et overfladisk forhold. Ikke bare helsepersonell kan ha vanskeligheter med å se personen bak lidelsen, det kan også de pårørende. I et gjesteinnlegg på nettportalen for psykisk helse: hjelptil hjelp.no skriver Nina, utdannet lege og tidligere psykiatrisk pasient, om hennes spiseforstyrrelse. Hun har et viktig budskap til de pårørende: *“Pårørende; forstå at den personen foran deg som ljuger og manipulerer og trikser og fikser, det er ikke den ekte ungen eller søstera eller vennen din. Det er spiseforstyrrelsen. Det er undervektet. Det er en besatt sjel.”* (Nettportal for psykisk helse, 2016).

Spiseforstyrrelsen kamuflerer personligheten til pasienten. Det er viktig å fokusere på personen sine sunne sider og forstå hva sykdommen gjør med hun. Om anorektikeren lyver om sitt matinntak, betyr ikke det at hun er et løgnaktig vesen. Hun kan være til å stole på i mye, men ikke i det som handler om mat (Skårderud, 2013, s.262). Det å ikke være dømmende og det å vise forståelse for pasientene var viktige egenskaper for sykepleierne i arbeidet med å skille pasient og lidelse. Uten frykten for å bli forhåndsdømt, var pasientene mer komfortabel med å utvikle tette relasjoner med sykepleierne. Ved denne følelsen av trygghet i relasjonen var pasienten også mer mottakelig for det skillet som oppstod mellom pasienten som et individ og anorexia nervosa som lidelse (Zugai et al., 2017, s.422). Pamela, en av sykepleierne som deltok i studiet, sa følgende om terapeutisk separasjon; *“If you don't separate the eating disorder from the person, you're lost, and that really has to be the first port of call when you're first establishing a relationship with a patient, and this is where your non-judgemental response comes. This person has an illness and the illness may be affecting how they're behaving right now. So what can I do to help them to behave in a way that's going to be more helpful to them? And that's really when we're talking about it from a point of view of an eating disorder at the table. How can I help them to deal with that behaviour?”* (Zugai et al., 2017, s.417).

5.4 Autoritet og roller i den terapeutiske relasjonen

I den ene artikkelen trekker Wright (2015) frem paternalisme som begrep. Det kommer frem at paternalisme blir brukt til å umyndiggjøre eller svekke den ene parten i en relasjon. Uttrykket er ikke knyttet til et spesifikt kjønn, men det er knyttet til hvordan institusjonen

overgår preferanser, valg og handlinger på vegne av behandlingen. Ulempen er at det kan fremkalle en form for institusjonalisering for pasienten. Wright trekker frem at det tidligere har blitt beskrevet at sykepleie innehar denne umyndiggjørende egenskapen som kommer fra paternalisme. Det argumenteres for at den behandlende funksjonen til sykepleier i seg selv er svekkende for pasienten i relasjonen sykepleier, hvor dette refereres til som maternalistisk atferd (Wright, 2015, s.432). Som tidligere nevnt er paternalisme eller det faderlige prinsipp en måte å utøve sykepleie hvor man setter grenser og stiller krav. Som sykepleier skal man være forsiktig med grensesetting, da den kan ha uterapeutisk effekt hvis ikke virkemiddelet brukes på en hensiktsmessig måte. Brukes det på riktig måte derimot, så vil pasienten oppleve jeg-samling og bedret mestring noe som bidrar positivt til relasjonen (Strand, 1990).

Sykepleierne i studiet (Zugai et al., 2017) mener den beste fremgangsmåten å utøve pleie ikke innebar unødvendig bruk av autoritet og tvang, men heller baserte seg på tillit, samarbeid, støtte og tålmodighet. Ved å bruke den terapeutiske relasjonen i behandlingen var pasientene i studiet mer mottakelig for behandling. Sykepleiere som var avhengig av å vise autoritet i relasjonen ble beskrevet som streng, apatisk og intense (Zugai et al., 2017, s.421). Pasientene fra studiet i 2013 beskrev også at de satt pris på en fremgangsmåte og holdning som viste at sykepleierne brydde seg. Det innebar også at samarbeid og likhet ble trukket frem som positive elementer, og den eneveldige diktatoriske tilnærmingen ble ansett som negativt for relasjonen (Zugai et al., 2013, s.2026).

Zugai et al. (2017) skriver i sin artikkel at likestilling mellom pasient og sykepleier innad på en avdeling for spiseforstyrrelser er umulig på bakgrunn av maktforskjellen i relasjonen. I stedet brukes ordet gjensidighet og det å strebe etter nettopp gjensidighet mellom pasient og sykepleier. I studiet ble moderlig eller maternalistiske tilnærmingen brukt som et verktøy for å ta vare på pasientenes sårbarhet i møte med denne maktforskjellen (Zugai et al., 2017, s.424). Hummelvoll mener, i likhet med Travelbee, at man ikke skal ha fokus på "roller" mellom pleier og pasient, men på selve møtet dem i mellom. Han har dannet begrepet "sykepleier-pasient-fellesskapet". Her impliserer ordet fellesskap at to mennesker møter hverandre som hele mennesker, og dermed gis mulighet for felles opplevelser. Det innebærer et ideal om å møtes som to likeverdige personer, men uten å unnså den forskjellen som ligger i at den ene søker hjelp og at den andre skal tilby hjelp. For at dette skal skje, er det vesentlig at sykepleieren makter å variere mellom nærhet og avstand - støtte og utfordring (Hummelvoll, 2014, s.38). På mange måter henger også dette begrepet sammen med

prinsippene til Liv Strand, da det moderlige- og faderlige prinsipp må begge være tilstede for at de kan brukes på en måte som er til hjelp for pasienten.

I studiet til Zugai et al. (2017) blir det forklart av pasientene at klare forventninger og forutsigbare rutiner hadde en positiv innvirkning på behandlingen. Sykepleierne i studiet gav pleie med varierende forventninger til hvordan pasientene skulle etterfølge reglene i behandlingsregimet. Varierende forventninger fra sykepleierne medførte en misnøye blant både pasienter og ansatte og i noen tilfeller førte det også til forvirring og engstelse for pasientene. Videre blir det beskrevet av forfatterne at klare definerte regler var med på å etablere et rammeverk med terapeutisk effekt. Ved å opprettholde reglene ble pasientene lettet fra engstelsen rundt å ta avgjørelser rundt mat og trening. Reglene innad på avdelingen ble også mottatt bedre når de ble forklart på en ordentlig måte og utøvd rettferdig. På denne måten var pasientene også mer mottakelig for å anerkjenne at reglene ble anvendt og opprettholdt i behandlingens interesse. Wendy, en av pasientene som deltok i studiet forklarte følgende om grensesetting; *You sort of start to question, 'I could be getting away with that', and then it just messes with your head a bit. But then you've just gotta remind yourself that actually, I'm here for myself. I've just got to do the right thing. But it is easier when the rules are consistently applied* (Zugai et al., 2017, s.420).

6.0 Konklusjon

I vår avsluttende bacheloroppgave har vi skrevet en prosjektrapport med litteraturstudie som metode for å finne ut hvordan sykepleier kan skape en terapeutisk relasjon til pasienter med anorexia nervosa. Flere av pasientene som er innlagt med spiseforstyrrelser føler seg ensom, misforstått og søker forståelse fra behandlingen. I artiklene kommer det frem at en terapeutisk relasjon har positiv innvirkning i pasientens behandlingsforløp. For at sykepleier skal kunne skape en relasjon med terapeutisk virkning er det flere punkter som er sentrale. Tillit, det å gi pasienten en følelse av å ikke bli dømt, vise forståelse, gi veiledning, ha tålmodighet og det å vise at en bryr seg om pasienten danner grunnlaget. Vi ser at det å bruke en maternalistisk tilnærming i pleien styrker relasjonen. Det å gi en emosjonell trygghet og tilby en skulder å gråte på, samt gi trøst er måter å skape et tettere bånd mellom pasient og sykepleier. Videre kommer det frem at sykepleier må mestre å utføre denne nære kontakten på en profesjonell måte. Erfaring, menneskelig forståelse og egne instinkter som sykepleier er avgjørende for at kontakten skal være terapeutisk. Sykepleier burde bruke seg selv som et terapeutisk virkemiddel i relasjonen med pasienten ved bruk av kommunikasjonsferdigheter og egen intuisjon.

Det paternalistiske trekkes også inn i arbeidet. Balansert bruk av autoritet med klare rammer og regler hadde en terapeutisk virkning. Vi ser at det å forklare og overholde reglene på en ordentlig og rettferdig måte, er med på å skape tillit til sykepleier. Det er viktig å ikke praktisere unødvendig bruk av tvang og autoritet, men fremme samarbeid, tillit, støtte og tålmodighet. En annen måte å skape en terapeutisk relasjon på er å se den fengslende lidelsen som kamuflerer personligheten til pasienten. Hvis man som sykepleier klarer å separere lidelsen fra pasienten, kan man hjelpe pasienten med å gjøre det samme. Vi ser at det kan hjelpe pasienten å finne motivasjon til videre behandling. Vi har fått bekreftet at dette er en pasientgruppe det er viktig å ha kunnskap om, samtidig som det er fordelaktig å ha studier og forskning å støtte seg til i arbeidet mot en terapeutisk relasjon.

7.0 Referanseliste

Aslaksen, P. & Malt, U. (18. Mai 2018). *Psykiske lidelser*. I store medisinske leksikon. Hentet fra: https://sml.sn.no/psykiske_lidelser.

Bjørnelv, S. (2012). Spiseforstyrrelser. I Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (Red.), *Praktisk Psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Braut, G. (30. August 2018). *Helsefremmende arbeid*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra: https://sml.sn.no/helsefremmende_arbeid.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Halvorsen, I. & Bergwitz, T. (07. Juli 2017). *Spiseforstyrrelser*. Den norske legeforeningen. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-50-spiseforstyrrelser/>

Helsebiblioteket.no. (03. Juni 2016). *PICO*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>.

Helsedirektoratet. (19. Desember 2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/7-behandling-og-oppfolging/7.2-god-terapeutisk-relasj>

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (4.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wikipedia. (22. April 2019). *Maternalism*. Hentet fra:

<https://en.wikipedia.org/wiki/Maternalism>.

Moen, H. (14. Mars 2019). *Spiseforstyrrelser*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra:

<https://sml.snl.no/spiseforstyrrelser>.

Moen, H. & Vandvik, I. (13. August 2018). *Anoreksi*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra:

<https://sml.snl.no/anoreksi>.

Nettportal for psykisk helse: hjelp til hjelp. (07. Mars 2016). *Spiseforstyrrelser. Ikke bare et offer, men mange*. Hentet fra:

<https://www.hjelptilhjelp.no/Gjesteinnlegg/spiseforstyrrelser-ikke-bare-ett-offer-men-mange>.

Norsk helseinformatikk. (08. Februar 2017). *Behandling av anoreksi*. Hentet fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-behandling/?page=all>.

Norsk helseinformatikk. (09. Februar 2016). *Forekomst av anoreksi*. Hentet fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-forekomst/>.

Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2018). *Register over vitenskapelige*

publiseringskanaler. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok>.

Persvold, A. Z. (15. Januar 2019). *Paternalisme*. I Store norske leksikon. Hentet fra:

<https://snl.no/paternalisme>.

Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. (2.utg).

Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Statistisk sentralbyrå. (2018). *Befolkning i Norge*. Hentet 14. November 2018 fra:

<https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Svartdal, F. & Tønnesson, Ø. (1. November 2018). *Ungdom*. I Store norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/ungdom>.

Torgersen, L. (25. Januar 2016). *Fakta om spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser2/>.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Villa sult. (2019). *Hva er spiseforstyrrelser?* Hentet fra:

<https://spiseforstyrrelser.no/disorders/hva-er-spiseforstyrrelser/>.

Wright, K.M. (2015). Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 431–439. Doi: [10.1111/jpm.12198](https://doi.org/10.1111/jpm.12198)

Wright, K.M. (2010). The therapeutic relationship – developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 154–161. Doi: [10:1111/j.1447-0349.2009.00657.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x)

Zugai, J.S, Stein-Parbury, J. and Roche, M. (2013), Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of clinical nursing*, 22: 2020-2029.

Doi: [10.1111/jocn.12182](https://doi.org/10.1111/jocn.12182)

Zugai J.S, Stein-Parbury J and Roche M. (2017). 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*, 2017, 1-11. Doi: [10.1111/jocn.13944](https://doi.org/10.1111/jocn.13944)

Vedlegg**Vedlegg 1: Søkehistorikk**

Epistemonikos	Ovid	Cinahl
Anorexia nervosa = 991 Therapeutic relationship = 1517 Nurse-patient-relations = 0 Therapeutic alliance = 296	Anorexia nervosa = 12507 Therapeutic relationship = 2291 Nurse-patient-relations = 34606 Therapeutic alliance = 51	Anorexia nervosa = 4972 Therapeutic relationship = 1594 Nurse-patient-relations = 24025 Therapeutic alliance = 1095
Anorexia nervosa AND therapeutic relationship = 13 treff. Siste ti årene = 9	Anorexia nervosa AND therapeutic relationship = 25 treff. Siste ti årene = 14	Anorexia nervosa AND therapeutic relationship = 18 treff. Siste ti årene = 11
Anorexia nervosa AND nurse-patient-relations = 0 treff. Siste ti årene = 0	Anorexia nervosa AND nurse-patient-relations = 67 treff. Siste ti årene = 21	Anorexia nervosa AND nurse-patient-relations = 10 treff. Siste ti årene = 10
Anorexia nervosa AND therapeutic alliance = 16 treff. Siste ti årene = 14	Anorexia nervosa AND therapeutic alliance = 46 treff. Siste ti årene = 35	Anorexia nervosa AND therapeutic alliance = 33 treff. Siste ti årene = 25
Etter eksklusjon og inklusjonskriterier = 1 Mest relevant for problemstilling = 0	Etter eksklusjon og inklusjonskriterier = 8 Mest relevant for problemstilling = 4	Etter eksklusjon og inklusjonskriterier = 2 Mest relevant for problemstilling = 0

Vedlegg 2: Analysetabell av artiklene

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt med studiet	Metode	Utvalg/populasjon	Resultater
Zugai J.S, Stein-Parbury J and Roche M. (2017) Journal of clinical nursing. Australia	“The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study.”	Å utvikle en større forståelse for den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og sykehuspasienter som lider av anorexia nervosa.	Kombinasjonsstudie, fase 1 var en kvantitativ spørreundersøkelse. Fase 2 var semistrukturerte intervju	128 deltakere fra seks forskjellige avdelinger i fem forskjellige sykehus. Alle avdelingene var spesialiserte på anorexia nervosa. 63 pasienter og 65 sykepleiere deltok i fase 1. Fase 2 hadde med 34 pasienter og 20 sykepleiere. Alle pasientene var over 12 år.	Sykepleier tok vare på pasienten gjennom et mellommenneskelig samarbeid, samtidig som en klarte å skille pasienten og lidelse.. Forventninger og grensesetting var med på å skape en bedre terapeutisk relasjon.
Wright, K.M. (2015) Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Storbritannia	“Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services.”	Undersøke erfaringer av relasjonen mellom pasienter som lider av anorexia nervosa og deres helsepersonell innad i en voksenavdeling for spiseforstyrrelser.	En fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) av et semistrukturert intervju er utført.	12 pasienter med anorexia nervosa og 13 ansatte på to avdelinger ble intervjuet. Alle pasientene var over 18 år.	Studiet viser at selv for den voksne alderen til pasientene, fant de ut at den maternalistiske og moderlige måten de ansatte jobbet på, ble ansett som terapeutisk av pasientene.

Wright, K.M. (2010) International Journal of Mental Health Nursing. Storbritannia	“Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit.”	Den foreløpige forståelsen av den terapeutiske relasjonen presentert og vurdert i sammenheng med pleie for pasienter med anorexia nervosa innad på et britisk sykehus.	Det er utført en systematisk oversikt.	Det er anvendt litteratur fra sykepleier forskning og teori samt tidligere forskning på terapi.	Det er helt klart at det finnes en slags relasjon med terapeutisk effekt på avdelinger for spiseforstyrrelser. Det kan bli foreslått at dette er relatert til den maternalistiske, pleiende og beskyttende tilnærmingen hvor en prøver å redde pasienter fra å dø av sult.
Zugai, J.S, Stein- Parbury, J. and Roche, M. (2013) Journal of clinical nursing. Australia	“Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective.”	Å finne ut hvordan sykepleiere kan sikre vektøkning og skape en positiv pasientopplevelse for tenåringer med lidelsen anorexia nervosa ved å se på pasient-perspektivet.	Semistrukturerte intervjuer. Det er utført en kvalitativt studie hvor dataene har blitt tolket gjennom en tematisk analyse.	Studiet har sett på perspektivet til 8 rehabiliterte pasienter. Deltakerne i studiet var alle jenter og mellom 14 og 16 år.	Sykepleierne blir ansett til å ha en stor betydning for pasientopplevelsen. Funnene i dette studiet trekker frem tre temaer som går igjen angående sykepleien: 1. Sikre vektøkning, 2. Opprettholde et terapeutisk miljø og 3. Relasjonen med sykepleier.

Vedlegg 3: Sjekkliste

Sjekkliste for kvalitativ forskningsartikkel “Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services” av Wright (2015)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

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.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

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

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

JA

UKLART

NEI

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

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

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

 JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *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, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

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

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? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. 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 (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

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

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?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI**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 f.eks. 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?

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

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 (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. 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?

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

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

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 (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(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 f.eks. 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?

Funnene kan være til hjelp i praksis. Artikkelen vi vurderer har to relevante forslag. Det første: "what the study adds to existing research". Her tar den for seg at mye av forskningen har fokusert på tenåringer, men at her har de også sett videre på voksne.

Andre punktet: "implications for mental health nursing (maternalism as a tool for transition)". Her kommer det frem hvordan man kan bruke maternalisme som et verktøy i praksis.