



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	443
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7970
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 69
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Relasjonens kraft i sjukepleie til pasientar
med anorexia nervosa

The power of relation in nursing for patients
with anorexia nervosa

Kandidatnummer: 443

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21.05.2021

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, §10.*

Abstract

Title: The power of relation in nursing for patients with anorexia nervosa

Background: Patients with anorexia nervosa can be a challenging group of patients to treat, as they don't necessarily consider themselves as ill. Research have shown the importance of developing a good relationship with these patients while undergoing treatment.

Aim: The aim of this thesis was to understand how nurses can build a strong relation to patients with anorexia nervosa.

Methods: This thesis is a literature study, and is based on academic literature and research articles. The research articles were found in Cinahl, PubMed and Psycinfo. Five articles were included: four qualitative and one mixed-method.

Results and conclusion: In this thesis I identified three main themes that were important in building a relationship with the patients. These were the nurses use of authority and knowledge of the illness, the importance of care and trust, and externalisation of the illness.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	5
1.1 Innleiing og bakgrunn for val av tema	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Omgrepsavklaringar	6
2.0 Teorigrunnlag	6
2.1 Generelt om spiseforstyrningar	6
2.2 Anorexia Nervosa	6
2.2.1 Diagnosen.....	7
2.2.2 Årsakar	7
2.2.3 Behandling i helsevesenet	8
2.3 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient	9
2.4 Eit eksistensialistisk perspektiv på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient.....	10
2.5 Sjukepleieteori - Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet.....	10
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Søkeprosess	13
3.2.1 Søk etter faglitteratur	13
3.2.2 PICO.....	13
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.2.4 Gjennomføring av litteratursøk.....	14
3.3 Kjeldekritikk og kritisk vurdering av artiklar.....	15
3.4 Analyse og syntese	15
3.5 Kritikk av metode	16
3.6 Etske vurderingar	16
4.0 Resultat.....	17
4.1 Sjukepleiar sin autoritet og kunnskap	17
4.2 Omsorg og tillit i relasjonsbygginga.....	18
4.3 Skilje mellom individ og sjukdom	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Resultatdiskusjon	20
5.1.1 Korleis påverkar sjukepleiars autoritet og kunnskapsnivå etableringa av ein god samarbeidsrelasjon?	20
5.1.2 Kva betydning har omsorg og tillit for etableringa av ein god samarbeidsrelasjon?	22
5.1.3 Kvifor er det viktig å skilje mellom pasienten som individ og anorexia som sjukdom?	22
5.2 Metodediskusjon	23
6.0 Konklusjon.....	24
7.0 Referansar	26

<i>Vedlegg 1: PICO</i>	28
<i>Vedlegg 2: Søkehistorikk</i>	29
<i>Vedlegg 3: Flytskjema</i>	30
<i>Vedlegg 4: Litteratormatrise</i>	31

1.0 Introduksjon

1.1 Innleiing og bakgrunn for val av tema

I den vestlege verda har idealet om ein slank kropp lenge vore dominerande. Ein ser gjerne på ein slank kropp som eit teikn på at ein er vellukka og har personleg kontroll. Motsett vert overvekt gjerne negativt vurdert. Dette kan vere ein av årsakene til at nokre utviklar ulike spiseforstyringar. Spiseforstyringar er ei psykisk lidning, som er dominert av kvinner (ca. 90 %). Ein reknar med at ca. 2 % av den kvinnelege befolkninga er ramma av alvorlege spiseforstyringar (anoreksi eller bulimi) (Hummelvoll, 2012, s. 306-307).

Pasientar med anorexia nervosa er ei pasientgruppe som sjukepleiar kan møte ulike stader i helsevesenet. Det er også ein svært alvorleg sjukdom, då det er den mest dødelige psykiatriske lidinga vi har (Villa Sult, 2021). Det er difor viktig med kunnskap om kva som er viktig i møte med denne desse pasientane. I psykiatrisk praksis møtte eg fleire pasientar som vart innlagt på grunn av alvorleg anoreksi. Eg observerte i løpet av denne tida at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient kunne ha stor innverknad på pasienten. Fleire pasientar gav uttrykk for at dei føretrakk å vere saman med personale dei hadde ein etablert relasjon til. Frå mitt perspektiv verka det som pasientane var tryggare og hadde større tillit til dei i personale som til dømes var primærkontakt, eller andre som dei hadde hatt mykje kontakt med gjennom opphaldet. Eg syns difor det er eit interessant tema å sjå nærmare på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Ein sterk relasjon mellom sjukepleiar og pasient har blant anna vist seg å kunne vere ein motivasjon for pasientar i behandlinga av anorexia nervosa (Zugai et al., 2013).

Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient ser ut til å kunne ha stor påverknad både for pasienten si oppleving av og resultatet av behandlinga. Det er difor viktig å få fram meir kunnskap om korleis ein kan oppnå ein god relasjon og eit godt samarbeid med denne pasientgruppa.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av dette har eg komme fram til følgjande problemstilling:

«Korleis kan sjukepleiar etablere ein god samarbeidsrelasjon til pasientar med anorexia nervosa som er innlagd i sjukehus for behandling?»

1.3 Omgrepsavklaringar

Anorexia = gr. nektende *an-* og *orexis* – begjær, matlyst = manglende matlyst, appetittløshet (Hummelvoll, 2012, s. 307). *Anorexia nervosa*, *anorexia*, *anoreksi* eller forkortinga *AN* vil verte brukt synonymt gjennom oppgåva.

Samarbeidsrelasjon: for å definere dette omgrepet har eg tatt utgangspunkt i Hummelvoll (2012) sin definisjon av kva psykiatrisk sjukepleie er:

«Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvspekt og til å finne egne holdbare livsverdier» (Hummelvoll, 2012, s. 43).

Det er altså fokuset på eit samarbeid og ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient som vert sentralt vidare i oppgåva.

2.0 Teorigrunnlag

2.1 Generelt om spiseforstyrningar

Å ha ei spiseforstyrning vil sei at ein er ekstremt opptatt av kropp, vekt og utsjånad. Ofte vil desse tankane hemme personen i kvardagen – dei tar over og styrer store delar av livet. Det er ikkje berre mat som er problematisk for personar som har ei spiseforstyrning – dei har også problem med å ta stilling til eigne tankar og følelsar (Skårderud, 2013, s. 11). Ofte opplever ikkje personar med spiseforstyrning at dei har et problem sjølv. Dei ser heller på symptoma og sitt eige spisemønster som ei løysing, noko som vil forklare kvifor dei ofte er lite motivert for behandling. Dei vanlegaste spiseforstyrningane er *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* og *fedme* (Hummelvoll, 2012, s. 307 & s. 318). Med bakgrunn i problemstillinga vil det vidare fokuset i oppgåva vere på *anorexia nervosa*.

2.2 *Anorexia Nervosa*

Anoreksi handlar om å begrense kva ein et, og kor mykje ein et. Ofte vil personar med *anoreksi* også ha ein tendens til overdrive trening for å forbrenne mest mogleg kaloriar. Ein får eit stort fokus på kaloriar og mat. I starten handlar det ofte om å gå ned i vekt. Etter kvart

vil ein oppleve at ein får problem med å ete – noko som fører til at ein et mindre og mindre, og til slutt mister kontrollen heilt. Kroppsbildet endrar seg – ein får eit forvrengt syn på seg sjølv og eigen kropp. Sjølv om ein objektivt sett er svært undervektig kan ein sjå seg sjølv som stor og tjukk (Skårderud, 2013, s. 14-15). Kontroll over mat og kropp er sentralt hjå personar med anorexia nervosa. Fleire har beskrive tida der dei utvikla spiseforstyrringa som forvirrande og prega av indre kaos, usikkerheit og oppleving av å ikkje verte forstått. Løysinga på dette vart etter kvart å ta kontroll over matinntaket og kroppen. Dei kjempar for å få kontroll over både kjensler, prestasjonar og kroppen. Denne «løysinga» vil etter kvart gå over til å verte sjølve problemet deira når dei utviklar anorexia nervosa (Skårderud, 2013, s. 22)

2.2.1 Diagnosen

For å få diagnosen anorexia nervosa er det nokre kriterium ein må oppfylle. Vekta til pasienten må vere minst 15 % under den forventa vekta (korrigert for alder og høgde). Pasienten har også ei intens frykt for å gå opp i vekt eller å bli tjukk (til tross for at pasienten er undervektig). Vidare må pasienten ha ei forstyrra kroppsbilde, noko ein vil kunne sjå dersom pasienten sjølv hevdar ho er overvektig, når det ikkje er tilfelle. I tillegg vil kvinner miste menstruasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 310). Helsedirektoratet (2017) har nokre diagnostiske kriterium som er noko meir omfattande/spesifikke enn Hummelvoll sin definisjon. Til dømes ICD-10, F 50.0 (b), der det går fram at vekttap må vere sjølvframkalla ved at ein unngår «feitande mat», eller (c), at ein har ei forstyrra oppfatninga av kropp i form av ein spesifikk psykopatologi, der ein blant anna pålegg seg sjølv ei låg vektgrense.

2.2.2 Årsakar

Det er vanskelig å peike på ein enkelt årsak til at nokon utviklar spiseforstyrningar. Det fins fleire teoriar om bakgrunnsfaktorar som kan spele inn. Ein teori er at det kan ha sitt opphav i konflikhtar tidleg i barndommen, medan andre trur det kan komme frå ei kognitiv forstyrning som gjer at ein har ein auka tendens til å vurdere sin eigenverdi ut frå vekt, eting og utsjånad. Ofte vil ein ha problem med å registrere sine egne behov og kjensler på ein tydeleg måte, og kanskje ha ei mangelfull evne til problemløysing (Hummelvoll, 2012, s. 313-315). Skårderud (2013) skriv også at årsaksforholda bak spiseforstyrningar er samansette, også kalla multifaktorielle. Ein modell han har brukt for å forklara utvikling av spiseforstyrningar er å

ordne ulike faktorar på tre nivå. Dette er disponerande faktorar, utløysande faktorar og vedlikehaldande faktorar (Skårderud, 2013, s. 74).

Disponerande faktorar handlar om at det eksisterer ein sårbarhet, som saman med utløysande faktorar kan føre til spiseforstyrning. Disponerande faktorar kan vere genetikk, personlegdom, tidleg samhandling med foreldre og familieforhold, traumer eller kultur. Til dømes vert personar med perfeksjonistiske, tvangsprega eller rigide personlegdomstrekk oftare knytt til utvikling av anoreksi. Dersom ein har ein familiehistorie med psykiatri, rusmisbruk eller liknande er også dette ein risikofaktor (Skårderud, 2013, s. 74-76). Utløysande faktorar er «dråpen som får begeret til å flyte over». Dømer på dette kan vere tap og konflikt, mobbing, hasardiøs slanking, tidlig eller sein pubertet, store prestasjonskrav eller endra livsvilkår. I kombinasjon med disponerande faktorar kan ei slik hending vere det som utløyser ei spiseforstyrning (Skårderud, 2013, s. 77). Etter at ein fyrst har utvikla ei spiseforstyrning er det også faktorar som vil bidra til å oppretthalde eller gjer det vanskelegare å komme ut av den. Ei spiseforstyrning vil også påverke familien og miljøet rundt personen, der lidinga kan ta kontroll over familien. Personen med spiseforstyrning kan difor få ei stor følelse av skuld, noko som kan komme på topp av alle dei andre vanskelege kjenslene. Miljøet rundt deg kan også verte ein negativ påverknad – enten i form av at du vert behandla som eit problem, eller at du i visse miljø vert applaudert for alt du «får til» innan trening og slanking, sjølv om det er sjukeleg åtferd (Skårderud, 2013, s. 78).

2.2.3 Behandling i helsevesenet

Ved alvorlig grad av anorexia nervosa vil det som oftast vere nødvendig med behandling i sjukehus. Låg vekt kan føre til komplikasjonar som forstyrningar i elektrolyttbalansen og hjerterytmeforstyrningar, i tillegg til at pasienten kan utvikle depressive symptom og sjølv mordstankar. Dette kan vere bakgrunn for innlegging. I starten vil behandlinga i hovudsak handle om å stabilisere pasienten – gradvis tilførsel av næring og korrigerering av eventuelle andre symptom. Sjukepleiar vil under måltid vere saman med pasienten. I tillegg vil man ofte vere saman med pasienten i opp til ein time etter måltid – for å sikre at pasienten ikkje kastar opp maten (Hummelvoll, 2012, s. 319-320). I denne oppgåva er fokuset på pasientar som er innlagd i sjukehus for behandling. Eg vil derfor ikkje gå vidare inn på oppfølging og behandling etter utskriving her.

2.3 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient

Sentralt i behandlinga er det å bygge ein allianse mellom sjukepleiar og pasient. Sidan pasienten sjølv oftast ikkje er einig i behovet for behandling kan dette vere utfordrande. Ein bør tildele ein kontaktperson til pasienten, slik at dei har ein person dei kan bygge ein relasjon og få tillit til. Ein må møte pasienten på ein respektfull måte, og ivareta pasientens integritet (Hummelvoll, 2012, s. 320-322). I behandlinga er det vidare svært viktig at personalet har god kunnskap om sjukdommen, og gjennom dette har ei god forståing av åtferda til pasientane. Pasientane er ofte ambivalente eller er motstridande til behandling, noko som kan føre til konflikhtar med personale. Ein må som sjukepleiar unngå å verte frustrert og «utagere» i form av moralisering, avvisande haldningar eller straffande reaksjonar. Motsett kan også ukritisk medkjensle eller infantilisering av pasienten vere like negativt for relasjonen. Det er også sentralt at alle i personalet føl dei same reglane, elles vil pasientar raskt kunne føle seg urettferdig behandla og problem vil oppstå (Skårderud, 2013, s. 187-188).

I kommunikasjon og samarbeid med ein pasient som har anorexia nervosa vil ein ofte møte på utfordringar når det kjem til sjukdomsinnsikt. Ein vil ofte ha svært ulike mål for behandlinga, då pasienten sjølv ikkje ser på seg sjølv som sjuk. Dei vil difor ikkje vere einige i at dei treng behandling. I beste fall er dei ambivalent til behandlinga og det den vil føre med seg. Det vil då vere viktig å klargjere rammene for behandlinga, og kva forventningar ein har til pasienten. Ein må prøve å tilstrebe ein balanse der ein unngår å vere invaderande, samtidig som ein har ein viss grad av kontroll. Pasienten er gjerne redd for å miste kontrollen dei har arbeida så hardt for å oppretthalde, og ein må difor prøve å unngå at dei t.d. kjenner seg «tvangsfora» eller andre ting som gjer at dei mister motivasjonen for samarbeid. Å møte pasienten med ei utforskande haldning vil ofte vere fordelaktig. Det er også gunstig at det er ein person som er primærkontakt som føl opp pasienten. På denne måten får dei ein person som dei veit har hovudansvar, som er tydelig og synlig og kan gi ein økt trygghet under behandlinga (Hummelvoll, 2012, s. 321-322). Dersom pasienten føler seg trygg har ein betre forutsetningar for å hjelpe henne. Tryggheit kan nemleg legge grunnlaget for å fremme motivasjon for endring hjå pasienten (Skårderud, 2013, s. 10). Å oppnå motivasjon for endring kan vere ein lang prosess, og er noko som blir til gjennom dialog og alliansebygging saman med pasienten (Skårderud, 2013, s. 110).

2.4 Eit eksistensialistisk perspektiv på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient

Hummelvoll (2012) brukar omgrepet «sjukepleiar-pasient-fellesskapet» for å beskriva relasjonen og samarbeidet mellom sjukepleiar og pasient. Ut frå eit eksistensialistisk perspektiv på denne relasjonen beskriv han ni «hjørnesteinar» som er sentrale. Eg vil trekkje fram eit par utvalde tema frå nokre av disse «hjørnesteinane». *Likeverdighet* inneber at ein må ha ein ekte og gjensidig respekt for kvarandre. Sjukepleiaren må vera open for å setje seg inn i pasienten og deira oppleving av situasjonen, samtidig som ein sjølv kjem til syne som person for pasienten. *Møte/nærvær* handlar om å lytte og vere tilstade på ein autentisk måte. Møte mellom sjukepleiar og pasient vil då innehalde tre ulike dimensjonar: eit faktisk fysisk møte, ein grunnleggande vennskapelighet og ei verkeleg interesse for å forstå den andre. Gjennom desse trinna kan eit møte mellom sjukepleiar og pasient verte eksistensielt betydningsfullt for begge partar (Hummelvoll, 2012, s. 39-40). For å etablere eit samarbeid er det også viktig å avklare *ansvar- og medansvarsforhold*. For pasientar med psykiatriske lidningar er det ikkje alltid lett å sjå samanhengen mellom handlingar og konsekvensane av dei. Sjukepleiar må avklare kva som er pasienten sitt ansvar og kva valmoglegheit dei har, og hjelpe dei til å utvikle ein innsikt i problema dei har og kva konsekvensane vert dersom dei tar ulike val. Ved å aktivt delta og ta eigne val får pasienten prege sitt eige liv på ein sjølvstendig måte (Hummelvoll, 2012, s. 41).

2.5 Sjukepleieteori - Joyce Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet

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

Oppgåva til den profesjonelle sjukepleiaren er å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Dette er ei grunntanke som går igjen gjennom heile boka til Joyce Travelbee (2001). For å oppnå eit slikt forhold er det sentralt at både sjukepleiaren og den sjuke ser på den andre som unike menneskelege individ, ikkje berre som rollane som «sjukepleiar» og «pasient». For å oppnå eit menneske-til-menneske-forhold må ein overskride grensene som dei rollane gir oss, for å kunne nå inn til kvarandre som individ (Travelbee, 2001, s.171).

«Menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er virkemiddelet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene»
(Travelbee, 2001, s.171).

Ein kan definere eit menneske-til-menneske-forhold som ein eller fleire opplevingar og erfaringar som vert delt mellom sjukepleiaren og den som er sjuk. Eit kjenneteikn ved desse delte erfaringane og opplevingane er at den sjuke sine sjukepleiebehov vert ivaretatt gjennom dei. Dette skjer ved at sjukepleiaren brukar ein intellektuell tilnæringsmåte til dei ulike problema. I tillegg må sjukepleiaren kunne bruke seg sjølv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 41).

For å oppnå eit slikt forhold må sjukepleiaren arbeide kontinuerlig med å bygge det opp. All kontakt med pasienten kan vere eit ledd i dette. Sjukepleiaren må vere bevisst på kva ho gjer, tenkjer, føler og erfarer, og utnytte tilgjengelig kunnskap og innsikt på best mogleg måte. Ein har definert fire ulike fasar som sjukepleiaren og den ho har omsorg for må gjennom for å utvikle eit menneske-til-menneske-forhold: det innleiande møtet, framvekst av identitetar, empati og sympati og medkjensle. Kor lang tid eit slikt forhold tar å byggje opp vil variere, og prosessen vil kunne gå framover eller stoppe opp av ulike grunnar. Det vil då vere sjukepleiar sitt ansvar å finne årsaken til at det stoppar opp og å finne ein måte å få prosessen i gang igjen (Travelbee, 2001, s. 171-172).

Fasar i utviklinga av eit menneske-til-menneske-forhold:

1. Det innleiande møtet

I denne fasen er observasjon viktig. Observasjonar, og dei antakelsene ein gjer seg ut i frå disse vil danne grunnlaget for vidare interaksjon. Som sjukepleiar er det viktig å ikkje berre gå ut i frå førsteinntrykket, då det er viktig å ha evna til å sjå endringar og kunne skifte meining etter kvart. Ofte vil ein ved dei fyrste møte ha ein stereotyp oppfatning av «pasienten» ut frå kva pasientgruppe han tilhøyrer, og tilsvarande vil pasienten oppfatte sjukepleiaren ut i frå tidlegare erfaring med sjukepleiarar. Sjukepleiaren si oppgåve er difor å sjå vekk frå denne stereotype tankegangen, og evne å sjå mennesket i pasienten. Forholdet mellom den sjuke og sjukepleiaren vil gå over i neste fase når sjukepleiaren startar å sjå på den sjuke som eit unikt individ, og den sjuke responderer på dette (Travelbee, 2001, s. 186-188).

2. Framvekst av identitetar

Eit karakteristisk trekk ved denne fasen er at ein utviklar ei evne til å verdsette den andre som eit unikt menneskeleg individ. Ein startar også å etablere ein tilknytning til den andre. Både sjukepleiaren og den sjuke vil sjå på kvarandre meir som individ enn som kategoriar. Ein får eit innblikk i likskapar og forskjellar, og ein legg grunnlaget for empati (Travelbee, 2001, s. 188-192).

3. Empatifasen

Empati er evna til å leve seg inn i og forstå den andre personen sin psykiske tilstand. Ein klarar å sjå forbi ytre åtferd, og prøver å setje seg inn i den andre si indre oppleving på eit gitt tidspunkt. Gjennom denne prosessen vil ein få eit endå betre innblikk i den andre personen som eit unikt individ. Å føle på empati er ei oppleving av å forstå den andre, og ein opplever at ein har kontakt med kvarandre. Det er ein bevisst prosess, som resulterer i det at ein er i stand til å forutsjå den andre si åtferd (Travelbee, 2001, s. 193).

4. Sympati og medkjensle

Eit karakteristisk trekk ved sympati og medkjensle er eit ynskje om å lindre plagar. Å uttrykkje sympati og medkjensle som sjukepleiar handlar om å dele den sjuke sine plager, og avlaste han frå byrda det er å bere alt aleine. Sjukepleiaren gjer også noko for å lindre plagene. Dersom sjukepleiaren anvender sympati og medkjensle på ein god måte, kan dette bety mykje for den sjuke. Det kan ha ei stor betydning både fysiologisk og psykisk, og det kan ha ein innverknad på den sjuke si evne til å mobilisere til kamp mot sjukdommen. Utan sympati og medkjensle har ikkje sjukepleiaren den same evna til å nå inn til den sjuke – det vil då verte ein rein overflatisk interaksjon (Travelbee, 2001, s. 200-210).

Som sjukepleiar er det ikkje nok å berre ha sympati og medkjensle – ein må også bruke dette til å setje i gang faktiske og konstruktive sjukepleietiltak. Det er ikkje nok å ynskje å hjelpe, ein må også ha kunnskapen og ferdigheitane til å utføre dei sjukepleiehandlingane som trengs. Medkjensla ein utviklar i denne fasa vil vere grunnlaget for utviklinga av gjensidig forståing og kontakt. Etter å ha vore gjennom dei fire fasane, vil ein altså kunne oppnå gjensidig forståing og kontakt, og gjennom dette det vi kallar for eit menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 210-211).

3.0 Metode

Dalland (2020) refererer til Vilhelm Aubert som beskriver metode som «... en fremgangsmåte, 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.» (Dalland, 2020, s. 53). I dette kapitlet vil jeg gjøre greie for litteraturstudie som metode, og videre for framgangsmåten for litteratursøk og arbeidet fram mot å svare på oppgåva si problemstilling.

3.1 Litteraturstudie

Denne bacheloroppgåva er ei litteraturstudie. I ei litteraturstudie handlar det om å systematisere kunnskap frå ulike skriftlege kjelder. Ei litteraturstudie vert gjennomført ved at ein samlar inn kunnskap frå ulike skriftlege kjelder, gjer ei kritisk vurdering av desse før ein til slutt samanfatar det ein har funne. Formålet med ei litteraturstudie er å gje lesaren ei oppdatert forståing av det tema som problemstillinga tar opp. Eit sentralt aspekt er at ein har ei systematisk tilnærming gjennom heile arbeidet, og at ein kan beskrive korleis ein har komme fram til kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77-78). Vidare vil eg gå inn på korleis eg har gått fram for å gjennomføre mi litteraturstudie.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Søk etter faglitteratur

For å finne relevant litteratur til teoridelen og for å setje meg inn i tema brukte eg bøker frå pensum, og gjennomførte søk i Oria (skulebibliotekets søkebase). Deretter utførte eg nokre innleiande søk i Cinahl og i Google scholar, der eg gjekk gjennom nokre artiklar om tema og trakk ut relevante omgrep og søkeord som kunne vere relevant for det vidare søket.

3.2.2 PICO

PICO er eit hjelpemiddel ein kan bruke for å presisere problemstillinga, klargjere kva ein vil inkludere og ekskludere, og identifisere søkeord og omgrep som kan brukast når ein skal gjennomføre søk (Thidemann, 2019, s. 82). PICO står for «*population, intervention, comparison and outcome*». Populasjon handlar om kva pasientgruppe du har fokus på. Intervensjon handlar om kva tiltak ein skal sjå på, eller kva det er ein skal sjå på ved denne pasientgruppa, mens outcome handlar om kva utfall du er interessert i (Thidemann, 2019, s. 82-83). Under *populasjon* har eg fokus på kvinner med anorexia nervosa, medan *intervensjon*

er fokus på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. I mi oppgåve hadde eg ikkje med «comparison» då eg ikkje var ute etter å samanlikne ulike tiltak. *Utfall* har fokus på ein god samarbeidsrelasjon. Søkeord eg brukte var til dømes «anorexia nervosa», «nurse-patient relations» og «therapeutic relationship». For å kombinere søkeorda vart det brukt boolske operatørar som «AND» og «OR» for å få meir presise og avgrensa treff. Eg brukte både emneord og tekstord i søka. Eg søkte opp søkeord gjennom helsebibliotekets teneste for å finne MeSH-ord (Medical Subject Headings) på norsk og engelsk. I dei søkemotorane som hadde eigne emneord brukte eg også disse, til dømes i Cinahl (Thidemann, 2019, s. 86). Sjå vedlegg 1 for detaljert PICO-skjema.

3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å tydeleggjere litteratursøket og avgrense mengda med litteratur kan ein definere ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette vil presisere søket slik at ein lettare finn den informasjonen ein er ute etter (Thidemann, 2019, s. 83-84). Inklusjonskriteria mine tar utgangspunkt i kvinner med anorexia nervosa, som er innlagd i sjukehus for behandling. Eg valde å ha fokus på kvinner fordi dei utgjør nitti prosent av alle med spiseforstyrningar (Skårderud, 2013, s. 84). Eg kjem vidare til å hovudsakleg sjå etter kvalitative studiar, då kvalitativ forskning vert brukt til å finne kunnskap om haldningar, erfaringar og andre menneskelege eigenskapar. Kvalitative studiar vil difor vere passande for mi problemstilling, då eg ynskjer å undersøke relasjonen mellom sjukepleiar og pasient (Thidemann, 2019, s. 76). Eg har vald å avgrense populasjon i studiane til personar over 12 år. Vidare er fokuset på artiklar som omhandlar relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Artiklane må vere publisert i perioden frå 2011-2021, altså ikkje eldre enn 10 år. Språk er avgrensa til engelsk, norsk, svensk eller dansk. Eksklusjonskriteria vert difor artiklar som er eldre enn 10 år eller som er skriva på andre språk enn dei eg har inkludert over. Artiklar som omhandlar ulike former for behandling utanfor sjukehus vil også verte ekskludert, og artiklar som omhandlar barn under 12 år.

3.2.4 Gjennomføring av litteratursøk

Eg gjennomførte søk i Cinahl, PubMed og Psycinfo. Dette er databaser eg har tilgang til gjennom Høgskulen på Vestlandet. Eg valde desse databasane fordi det er dei eg har mest erfaring med frå tidlegare, og fordi det er relevante databaser for sjukepleiefaglege artiklar. For kvart søk som vart gjennomført leste eg overskriftene på alle treffa. Vidare las eg

abstrakta på alle dei artiklane som hadde relevant tittel. Dei artiklane som såg ut til å passe med problemstillinga etter å ha lest abstraktet vart lasta ned og gjennomgått i fulltekst. Her sjekka eg dei opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteria, og relevans for problemstillinga. Etter gjennomgang i fulltekst vart 5 artiklar inkludert. Sjå vedlegg 2 for fullstendig søkehistorikk og vedlegg 3 for flytskjema.

3.3 Kjeldekritikk og kritisk vurdering av artiklar

Kjeldekritikk handlar om å vurdere og karakterisere den litteraturen ein brukar i oppgåva. Ein må sjå på relevans og gyldigheit, og vurdere om litteraturen kan brukast til å svare på problemstillinga. Blant anna bør ein prøve å bruke litteratur som er av nyare dato, og i den grad det er mogleg bruke primærlitteratur (Dalland, 2020, s. 152). Kjeldene eg har brukt i teoridelen er i stor grad henta frå pensum, noko som gir ein god indikasjon på kvalitet. Andre kjelder er vurdert for kvalitet og relevans opp mot tema. Fire av artiklane eg har inkludert er kvalitative studiar. Den siste er «mixed-method». Alle artiklane er publiserte innan dei 10 siste åra. For å kvalitetsvurdere artiklane har eg brukt sjekklister frå Helsebiblioteket (2016). Det er også utarbeida ei litteraturmatrise med oversikt over artiklane. Dette er eit nyttig hjelpemiddel for å få oversikt over dei ulike artiklane (Thidemann, 2019, s. 95). To av artiklane oppfylte ikkje alle inklusjons- og eksklusjonskriteria mine. Eg valde likevel å inkludere disse på grunn av relevans til problemstillinga. Dette har eg utdjupa meir under metodediskusjon, sjå punkt 5.2 i oppgåva. Litteraturmatrise er inkludert som vedlegg 4.

3.4 Analyse og syntese

Analyse av tekst inneber å finne ut kva teksten fortel. Ein må lese kritisk og reflektert, og tolke teksten for å forstå den (Thidemann, 2019, s. 92). Eg brukte framgangsmåten som Thidemann (2019, s. 92-99) beskriv som inspirasjon i mitt arbeid. Innleiingsvis starta eg med å lese nøye gjennom artiklane, omsetje dei til norsk og opparbeide meg ei forståing av innhaldet. Deretter brukte eg fargekodar og post-it-lappar for å identifisere tema i dei ulike artiklane. Etter kvart såg eg kva tema som kom fram og som gjekk igjen i fleire artiklar, og samla desse. Resultata vart også vurdert opp i mot relevans til problemstillinga i oppgåva mi. Til slutt enda eg opp med å identifisere tre hovudtema, som er presentert i resultatdelen av oppgåva.

3.5 Kritikk av metode

Ei litteraturstudie inneber som nemnd tidlegare å systematisere kunnskap som allereie eksisterer. Det er likevel svakheit med denne typen metode. Ei litteraturstudie tar berre for seg eit lite utval av artiklar om tema, og ein kan difor gå glipp av relevante artiklar (Thidemann, 2019, s. 78-79). Eg har i søkeprosessen berre leita etter artiklar som svarar på mi konkrete problemstilling. Dette kan føre til at ein leitar etter artiklar som gir det svaret ein allereie forventar å finne ut i frå problemstillinga – ein leitar etter ei stadfesting på det ein allereie veit.

For å kvalitetssikre eige arbeid har eg brukt Thidemann (2019, s. 120-122) si sjekklister for oppgåveskriving. Dette er gjort for å sjekke at alle sentrale element i ei litteraturstudie er med, og som eit verktøy for å kunne kritisk vurdere eiga oppgåve.

3.6 Ethiske vurderingar

Ethiske vurderingar handlar om å tenkje gjennom kva etiske utfordringar arbeidet med oppgåva inneber. Som student er det viktig å vere bevisst på dette. Dersom ein skal gjennomføre empiriske undersøkingar må ein ta omsyn til personvern, personars integritet og fleire andre faktorar (Dalland, 2020, s. 167-168). Då dette er ei litteraturstudie, vert det ikkje gjennomført empiriske undersøkingar på denne måten. Likevel skal ein sjølv sagt alltid følgje nasjonale og internasjonale forskingsetiske prinsipp, slik som til dømes Helsinkideklarasjonen, gjeldande lovverk og Høgskulen på Vestlandet sine interne etiske retningslinjer (Høgskulen på Vestlandet, 2020).

Det er vidare fleire etiske aspekt ein bør tenke gjennom ved gjennomføring av ein litteraturstudie. Som forfattar av ein litteraturstudie er det viktig å vere tru mot primærkjeldene ein brukar. Dette vil sei at ein skal gjengi informasjonen på ein objektiv og korrekt måte. Ein bør også vurdere dei ulike kjeldene ein inkluderer kritisk: ein kan blant anna sjå på om forfattarane av artiklane sjølv har tatt i bruk forskingsetiske kriterier i sine undersøkingar. Ein kan også sjå på om artiklane er fagfellevurdert, då det kan gje ein indikasjon på kvalitet (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 139-143). Alle artiklane eg har inkludert i oppgåva er fagfellevurderte.

Språkleg bør oppgåva vere utforma på ein presis, eintydig og forståande måte. Det skal også vere objektivt, faglig og samanhengande. Språket skal gjere at oppgåva sine resultat/funn vert truverdige, slik at lesaren kan stole på det som står der (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 261). Vidare er det sentralt å ha avstand til kjeldene ein brukar. Dette betyr at det skal krediterast tydeleg der ein har brukt kjelder, og det må vere eit tydeleg skilje mellom kva som kjem frå kjelder, og kva som eventuelt er di eiga meining (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 159-160). Eg har brukt APA 7th som referansestil i oppgåva.

4.0 Resultat

Her vil eg presentere resultatata frå forskingsartiklane eg har funne gjennom ei tematisk syntese. Etter ein gjennomgang av artiklane har eg identifisert tre ulike tema. Desse er: sjukepleiar sin autoritet og kunnskap, omsorg og tillit i relasjonsbygginga, og skilje mellom individ og sjukdom. Sjå vedlegg 4 for litteraturmatrise.

4.1 Sjukepleiar sin autoritet og kunnskap

Zugai et al. (2018) fann at forutsigbar og konsistent utøving av sjukepleie var viktig for pasientane. Reglar måtte vere definerte og verte handheva på ein konsekvent måte. På denne måten visste pasientane kva som var forventa, noko som førte til ei tryggleikskjensle. Reglar måtte også vere grunnjevne, forklart og anvendt på ein rettferdig måte. Dersom ein gjorde dette ville pasientane i større grad oppleve reglane som ein del av terapien, og at sjukepleiar anvendte reglane i regi av sin profesjonelle rolle. Motsett førte usikkerheit og inkonsekvent utøving av reglar til stress og forvirring.

Korleis ein anvendte reglar var også tema i studia til Zugai et al. (2013). Her fann dei at korleis ein handheva reglane måtte ha ein klar samanheng med intensjonen bak reglane. Det var viktig at reglane hadde enten vektoppgang eller helsemessige faktorar som bakgrunn, elles vart dei oppfatta som unødvendig straffande, noko som skada relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Dei fleste deltakarane i studia framheva vidare at det var positivt at dei måtte følgje reglar rundt måltid og trening under behandlinga. Sjølv om det var vanskeleg i starten, forstod dei verdien i ettertid. Det å verte observert og måtte gje slepp på kontrollen hadde stor innverknad på arbeidet mot å verte frisk. Sly et al. (2014) fann at pasientane fekk ei kjensle av tryggleik i møte med sjukepleiarar som evna å vere ærlige og strenge i samtalar og

gjennom utøvinga sjukepleietiltak. Det var likevel viktig at det sjukepleiar gjorde eller sa fortsatt var støttande og at ein kjende seg likeverdig behandla. Dersom det ikkje var gjort på denne måten vart det ikkje oppfatta som nyttig eller hjelpsomt.

Zugai et al. (2018) fann at den beste tilnærminga til pasientane var gjennom samarbeid, støtte og tolmodighet. Ved å vektleggje ein mellommenneskelig tilnærming vart pasientane meir villige til å delta i behandlinga. Det var likevel viktig å oppretthalde profesjonelle grenser, ved å ha ein klar oversikt over reglar slik at ein fekk sjølvtiliten og autoriteten til å handheve desse på ein god måte. Gulliksen et al. (2012) seier også noko om autoritet i møte med pasientane. Deltakarane i denne studien følte seg også trygge i møte med behandlar dersom dei utstrålte sjølvtilit og autoritet. Dette vart grunngeve med at dei gjennom dette framstår som kunnskapsrike og profesjonelle, noko som gjorde dei til trygge personar å snakke med. Vidare fann også Zugai et al. (2018) at for å kunne uttrykkje empati var det sentralt at sjukepleiar hadde god nok kunnskap om anorexia nervosa som sjukdom, slik at dei kunne forstå kor vanskelig behandling i sjukehus kunne vere for deltakaren.

4.2 Omsorg og tillit i relasjonsbygginga

Alle dei inkluderte artiklane har på ulike måtar framheva betydninga av omsorg i relasjonsbygginga mellom sjukepleiar og pasient. Zugai et al. (2018) fann at omsorg var sentralt i utviklinga av ei terapeutisk allianse mellom sjukepleiar og pasient. Deltakarane hadde eit behov for å føle at sjukepleiar var genuin og ekte i omsorga dei viste. Dei ville også verte behandla med respekt og medkjensle. Zugai et al. (2013) framhevar også viktigheita av omsorg frå sjukepleiar. Ein sterk relasjon mellom sjukepleiar og pasient gjorde opplevinga av innlegginga betre, og sentralt i dette var det at sjukepleiar var vennlig og respektfull. Det var også positivt om ein viste tillit til pasienten der det var mogleg, og var oppmuntrande og støttande. Ein sterk relasjon med sjukepleiar kunne vere ein motivasjon, då fleire deltakarar i studien nemnde at dette gjorde at motivasjonen for å følgje behandlingssopplegget auka.

Gulliksen et al. (2012) si studie trekker også fram det å vere omsorgsfull, snill og evna til å vise forståing som positive trekk hjå helsepersonell. Dette førte til at pasientane fekk tillit til behandlinga og at dei følte seg trygge. Det var også viktig å vere respektfull, og lytte til pasientane utan å dømme dei. Dette går også igjen i resultata til Wright & Hacking (2012), som fann at genuin omsorg og det å være ærleg var sentrale aspekt i utviklinga av ein

terapeutisk relasjon. Dersom sjukepleiar var genuin i utøvinga av sjukepleie følte pasientane seg trygge. Relasjonen med sjukepleiar kunne også gi pasientane håp og optimisme for framtida. Sly et al. (2014) fann også at ein positiv relasjon til sjukepleiar var viktig i behandlinga. Relasjonen til sjukepleiar hadde mykje å sei for korleis pasientane klarte å handtere utfordringar som oppstod gjennom behandlinga. Det første møtet mellom sjukepleiar og pasient vart vektlagt som viktig. Dersom ein vart møtt med forståing og fekk moglegheit til å fortelje historia si var det større sannsynlighet for at ein ville utvikle ein god terapeutisk relasjon på sikt.

4.3 Skilje mellom individ og sjukdom

Å skilje mellom pasienten som individ og anorexia nervosa som sjukdom var viktig i ein terapeutisk allianse. Dette var også viktig for behandlinga, då dei pasientane som klarte å tenkje på sjukdommen som noko separat frå dei sjølv var meir motiverte for å delta i behandlinga. For å gjere dette skiljet var det viktig å ha god kunnskap om sjukdommen og korleis den påverka pasienten sin oppførsel, slik at ein kunne skilje dette frå personen som menneske. Ved handheving av reglar var det viktig å få fram at tiltaka som vart gjennomført var på grunn av sjukdommen og det den førte med seg, samtidig som ein hadde fokus på at pasienten var verdifull og ein som fortente omsorg. Dersom ein mestra dette ville pasientane ha større tillit til sjukepleiar og sjukepleietiltaka, då det kom frå genuin omsorg for pasienten (Zugai et al., 2018). Wright & Hacking (2012) framheva også at det var vanleg for både pasientar og helsepersonell å skilje sjukdommen frå pasienten. Ein såg gjerne på sjukdommen som noko heilt separat frå individet, noko som nesten var utanfor deira kontroll.

Gulliksen et al. (2012) fann også at det å vise interesse for pasienten og deira personlege kvalitetar og interesser var noko deltakarane i studia sat pris på. Studia fann også at det var positivt at terapeuten fokuserte på ressursane og evnene til pasienten, og ikkje berre fokuserte på at pasienten hadde ein sjukdom. Dersom pasientane vart møtt med fordømmar eller stereotype haldningar frå terapeuten, ville dei føle seg avvist, og behandla som om dei berre var ein sjukdom, og ikkje eit individ. Dette ville verke negativt inn på relasjonen mellom terapeut og pasient.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I diskusjonsdelen vil eg drøfte oppgåva si problemstilling «*Korleis kan sjukepleiar etablere ein god samarbeidsrelasjon til pasientar med anorexia nervosa som er innlagd i sjukehus for behandling?*». Eg vil diskutere funna frå resultatdelen opp mot den teoretiske referanseramma i oppgåva.

5.1.1 Korleis påverkar sjukepleiars autoritet og kunnskapsnivå etableringa av ein god samarbeidsrelasjon?

Pasientar med anorexia nervosa kan som tidlegare nemnd vere ei utfordrande pasientgruppe å arbeide med, då dei ikkje nødvendigvis ynskjer behandling eller definerer seg sjølv som sjuke. Å etablere ein god samarbeidsrelasjon kan difor vise seg å vere ei utfordring. Tidlegare forskning har vist at ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient kan vere positivt i behandlinga av pasientar med anorexia, men at sjukdommen i seg sjølv gjer eit slikt samarbeid utfordrande (Zugai et al., 2018). Handheving av reglar knytt til måltider og trening er ein sentral del av behandlinga ved innlegging i sjukehus. Sjukepleiar vil gjennom sitt arbeid der ein må handheve desse reglane få ei naturleg autoritativ rolle ovanfor pasientane. Dette står i kontrast til Travelbee (2001) si tanke om at ein må gå forbi rollane som «pasient» og «sjukepleiar», og møte kvarande som individ før ein verkeleg kan nå inn til kvarandre (s.171). Utfordringa vert då korleis ein kan tilnærme seg den profesjonelle autoriteten ein har over pasienten på ein måte som kan fremme samarbeid.

Korleis ein handhevar reglar har vist seg å ha ein stor innverknad på relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Sly et al. (2014) la vekt på at ein måtte ha ei likeverdig og støttande tilnærming når ein utøver ulike tiltak gjennom rolla som sjukepleiar. Zugai et al. (2018) framheva betydninga av ein mellommenneskelig tilnærming: dette ville føre til større motivasjon frå pasientane si side. Hummelvoll (2012, s.39-41) fremmar også tanken om eit likeverdig forhold basert på gjensidig respekt. Han viser også til at sjukepleiar må gå inn å hjelpe pasienten å utvikle ei innsikt i sin eigen sjukdom og utfordringar knytt til denne. Dersom ein klarar å oppretthalde eit godt, likeverdig forhold til pasienten, samtidig som ein hjelper dei å utvikla innsikt, kan ein tenkja seg at det vil kunne leggje grunnlag for ein betre samarbeidsrelasjon. Skårderud (2013) framhevar også viktigheita av konsekvent handheving

av reglar for å unngå konflikter mellom sjukepleiar og pasient. Ein må vere bevisst på at ein ikkje tar ut sin eigen frustrasjon i form av unødige straffande reaksjonar (s. 188). Både Zugai et al. (2018) og Zugai et al. (2013) påpeikar at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient ville verta påverka i negativ retning dersom ein ikkje har klare og rettferdige reglar. Her kan ein sjå til Hummelvoll (2012), som tar opp viktigheita av å sjå på ansvar og konsekvensar av ulike handlingar saman med pasienten (s.41). På denne måten får ein avklart kva forventningar som ligg til grunn, og ein kan unngå misforståingar. Ved å forklare kva som ligg bak dei ulike reglane og tiltaka ein utøver, kan ein gje pasienten ein moglegheit til å forstå bakgrunnen, og på den måten kan ein unngå å øydelegge relasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 325).

Det ser altså ut til å vere viktig å ha ei mellommenneskeleg og likeverdig tilnærming til pasientane når ein skal gjennomføre behandlinga. Samtidig er det fleire av artiklane som framhevar sjukepleiar sin autoritet som noko positivt i relasjonen til pasientane. Gulliksen et al. (2012) viser til at ein klar autoritet og sjølvtilitt hjå terapeuten gjorde at pasientane følte seg trygge. Også Zugai et al. (2018) trekk fram sjølvtilitt og autoritet som positive trekk hjå sjukepleiar. Dette hang i begge tilfelle saman med at dette viste eit høgt kunnskapsnivå og profesjonalitet hjå sjukepleiar. Her kan ein sjå parallellar til Travelbee (2001, s. 2010-2011) sin tankegang. Sjølv om fokuset hennar er på eit menneske-til-menneske-forhold framhevar ho likevel viktigheitene av kunnskap og fagleg tilnærming frå sjukepleiar si side. Ein må ha evna til å ha ei kunnskapsbasert, terapeutisk tilnærming til pasienten og deira problem, slik at ein kan forstå og setje i gang relevante og korrekte sjukepleietiltak. Også Skårderud (2013, s. 100) framhevar korleis kunnskap og erfaring hjå sjukepleiar kan skape trygghet hjå pasienten. Å inneha kunnskap om diagnosen og kunne utføre arbeidet sitt med ein profesjonell autoritet ser altså ut til å vere viktig for at pasienten skal føle seg trygg, noko som vil vere viktig for ein god samarbeidsrelasjon.

Utøving av ein profesjonell autoritet kan altså vise seg å ha ein positiv innverknad, dersom ein har den rette tilnærminga. Dette ser ein også når det gjeld kontroll, som også er eit sentralt konsept når det kjem til anorexia. Personar med anorexia har gjerne tatt kontroll over matinntak og kropp for å handtere kjensla av å miste kontroll elles i livet (Skårderud, 2013, s. 22). Ved innlegging vert dei fråteken denne kontrollen, noko som kan vere utfordrande og vanskeleg. Likevel viser det seg at dei i ettertid såg verdien av dette, og at dei sat pris på at sjukepleiar gjekk inn for å ta over kontrollen (Zugai et al., 2013).

5.1.2 Kva betydning har omsorg og tillit for etableringa av ein god samarbeidsrelasjon?

Forsking har vist at pasientar med anorexia set pris på at sjukepleiar møter dei med ein genuin omsorg og forståing (Zugai et al., 2018; Gulliksen et al., 2012). Omsorg kan difor seiast å vere viktig for utviklinga av ein god relasjon. Her har det vist seg at det aller fyrste møtet mellom sjukepleiar og pasient kan ha ein viktig rolle for det vidare samarbeidet under behandlinga. Sly et al. (2014) fann at eit positivt fyrste møte kunne legge grunnlaget for utviklinga av ein god relasjon, medan eit negativt fyrste møte kunne gjere samarbeidet vidare vanskeleg. Travelbee (2001) seier også noko om det fyrste møtet. I etableringa av eit menneske-til-menneske-forhold er starten viktig, og sjukepleiar må klare å sjå forbi stereotypar og fordommar ein har ut frå tidlegare erfaring (s. 186-188). Dersom ein mestrer dette vil det legge grunnlaget for å kunne utvikle ein positiv relasjon til pasientane.

Å vere omsorgsfull og vise forståing dannar altså grunnlaget for ein god relasjon. Då pasientane oftast er ambivalente til behandlinga, er det å skape trygghet og motivasjon for endring sentralt i behandlinga (Skårderud, 2013, s.9). Studia til Zugai et al. (2013) har vist at nettopp ein sterk relasjon til sjukepleiar kan gjere at pasientane får motivasjon til å følgje behandlingsopplegget. Relasjonen gjorde at pasientane ikkje ynskte å skuffe sjukepleiarane. *«You don't want to disappoint them in any way. So, you make sure you do everything right if possible»* (Zugai et al., 2013, s. 2025). Dette viser kor viktig utviklinga av ein positiv samarbeidsrelasjon kan vere for pasientane. Vidare kan ein trekkje fram at ein god relasjon med sjukepleiar også har vist seg å styrke pasientane sin evne til å møte utfordringar som oppstår i løpet av innlegginga (Sly et al., 2014).

5.1.3 Kvifor er det viktig å skilje mellom pasienten som individ og anorexia som sjukdom?

Travelbee beskriv menneske-til-menneske-forholdet som ein gjensidig prosess, der både sjukepleiar og pasient ser kvarandre som eit unikt individ, og ikkje berre som «sjukepleiar» eller «pasient». Fyrst gjennom denne tilnærminga kan sjukepleiar verkeleg ivareta pasienten sine sjukepleiebehov (Travelbee, 2001, s. 178). Både Zugai et al. (2018) og Wright og Hacking (2012) omtalar viktigheita av å skilje mellom pasienten som individ og sjukdommen anoreksi. I studia til Zugai et al. (2018) kjem det vidare fram at sjukepleiarane brukte dette skiljet til å minne pasientane på at dei *er sjuke, ikkje dårlege menneske*. Ved å oppretthalde eit klart skilje mellom individ og sjukdom kunne ein utøve sjukepleietiltak og komme med

korrigeringar, samtidig som ein heile tida la vekt på at pasienten var eit verdifullt menneske som fortjente omsorg og hjelp. På denne måten kunne dei også oppretthalde den positive relasjonen med pasienten.

Som sjukepleiar kan ein sjå problem og setje i verk tiltak utan å byggje ein relasjon til den sjuke. Dette kan spesielt skje dersom ein ser på pasienten som eit problem eller ein sjukdom, og ikkje som eit menneske. Gulliksen et al. (2012) fann at pasientar følte seg avvist dersom dei vart møtt med nettopp denne haldninga. For å unngå dette er det viktig at sjukepleiaren både har ein intellektuell tilnærming og evna til å bruke seg sjølv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 184). For at sjukepleiar skal klare å skilje mellom pasient og sjukdom, er det viktig at ein har god nok kunnskap om sjukdommen til å kunne identifisere åtferd hjå pasienten som heng saman med sjukdommen. Zugai et al. (2018) fann til dømes at denne forståinga var til hjelp for sjukepleiarane når dei skulle handtere sine egne frustrasjonar gjennom arbeidsdagen. Ein kunne også bruke kunnskapen til å hjelpe pasienten til å utvikle innsikt i eigen sjukdom, ved å til dømes legge vekt på at sjukdommen var noko ein kjempa mot saman. Skårderud (2013) beskriv motivasjon for endring som ein prosess, noko som vert skapt gjennom samhandling i dialog (s.110). Ved å fokusere på sjukdommen som noko separat frå personen som individ kan ein bidra til denne prosessen. Pasientar som klarte å eksternalisere sjukdommen viste seg å få større motivasjon for behandlinga (Zugai et al., 2018). Å skilje mellom pasienten som individ og diagnosen anorexia nervosa ser difor ut til å vere sentralt, både for utviklinga av ein relasjon, og for pasienten sin motivasjon for behandling.

5.2 Metodediskusjon

I ei litteraturstudie er det fleire faktorar ein kan drøfte når ein skal sjå på oppgåva med eit kritisk blikk. Oppgåva si validitet handlar om relevans og gyldigheit, medan reliabilitet handlar om at oppgåva skal vere pålitelig (Dalland, 2020, s. 43). Eg vil difor gå gjennom nokre punkter som kan ha påverka validiteten eller reliabiliteten til oppgåva. Sjølve søket er ein sentral del. Val av søkeord og databaser kan ha innverknad på resultatata ein finn (Thidemann, 2019, s. 85-87. Også utforminga av problemstillinga kan ha innverknad på dette. Eg har lite erfaring med søk frå før, noko som kan ha verka inn på mine val av både søkeord og databaser, og dermed kva artiklar eg valde å inkludere. Ved å bruke PICO som verktøy, og velje databaser som er kjend for å ha sjukepleiefagleg relevans, har eg likevel forsøkt å finne mest mogleg relevant litteratur. Det kan også nemnast at databasane eg har vald ligg nederst i

kunnskapspyramiden, og at alle studiane som er inkludert er enkeltstudiar (Helsebiblioteket, 2016). Dersom eg hadde funne systematiske litteraturoversikter hadde dette vore meir påliteleg forskning enn enkeltstudiar. Eg har likevel hatt fokus på kvalitet, og som nemnd tidlegare har eg brukt sjekklister på alle artiklane.

Ei anna svakheit med oppgåva er at alle dei inkluderte artiklane er på engelsk, der eg sjølv har oversett artiklane til norsk. Eg har også skrive heile oppgåva åleine, så dersom eg har tolka noko feil er det meir sårbart enn dersom ein hadde vore to personar som kunne ha drøfta og gjennomgått artiklane. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier kan også ha innverknad på resultatane ein finn. I denne oppgåva opplevde eg det som utfordrande å finne nok artiklar som passa med alle kriteria. Artikkelen til Gulliksen et al. (2012) omhandla til dømes ikkje sjukepleiarar, og deltakarane i studia hadde ikkje utelukkande vore innlagd for behandling i sjukehus. Artikkelen til Wright & Hacking omhandla pasientar som gjekk til behandling i «day care», altså pasientar som hadde vorte utskrivne frå sjukehus og vart følgd opp i ettertid. Eg valde likevel å inkludere desse, då eg vurderte innhaldet til å vere relevant for problemstillinga. Dei ulike artiklane hadde også populasjonar som var ganske ulike. Nokre artiklar omhandla barn frå 12 år og oppover, medan andre berre forska på vaksne. Dette kan også vere ei svakheit, då ein kan tenkje seg at relasjonsdanning til ungdom kan skilje seg noko frå vaksne personar. I ettertid ser eg at det kanskje hadde vore meir persist om eg hadde valt å fokusere enten på barn/ungdom eller vaksne for å få ei meir avgrensa oppgåve. Til slutt må det nemnast at dette er ei litteraturstudie som er skrive i eit avgrensa tidsrom, og med visse krav til omfang og innhald. Det er difor ei avgrensa oppgåve, med berre fem inkluderte artiklar. Funna frå denne oppgåva kan difor ikkje generaliserast.

6.0 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på korleis sjukepleiar kan etablere ein god samarbeidsrelasjon til pasientar med anorexia nervosa. Eg identifiserte tre sentrale tema: sjukepleiar sin autoritet og kunnskapsnivå, betydninga av omsorg og tillit, og viktigheita av å skilje mellom individ og sjukdom. For å etablere ein god samarbeidsrelasjon må ein vere genuin og vise omsorg, samtidig som ein utøver autoritet på ein rettferdig og terapeutisk måte. Det er også sentralt å sjå pasienten som eit unikt individ, og ikkje berre som ein sjukdom. Det er viktig for sjukepleiarar å ha ein god kunnskap om korleis ein skal møte ein pasient med anorexia nervosa, då dei kan vere ei utfordrande pasientgruppe å samarbeide med. Dette er også ei

pasientgruppe ein kan møte på fleire ulike stader i helsevesenet, så det er difor sentralt at sjukepleiarar har god nok kunnskap om dette temaet.

I vidare forskning hadde det vore interessant å sjå endå nærmare på kva som er sentralt i utviklinga av ein god relasjon, og kva utfordringar som kan oppstå. Kanskje er det også viktig å sjå på kor stor betyding ein slik relasjon har, og korleis det kan påverke utfallet av behandlinga. Vidare var det vanskelig å finne mykje forskning som omhandla pasientar som var innlagd i sjukehus for behandling, noko som viser at dette kan vere eit område ein bør forske meir på.

7.0 Referansar

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7 utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Gulliksen, K.S., Espeset, E.M.S., Nordbø, R.H.S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932–941.

<https://doi.org/10.1002/eat.22033>

Helsebiblioteket (2016, 07. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket (2016, 03. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Høgskulen på Vestlandet (2020, 23. august). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)*. <https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. (2.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

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

Sly, R., Morgan, J.F., Mountford, V.A., Sawer, F., Evans, C. & Lacey, J.H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient

Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233–243.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>

Thidemann, I., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001).. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Villa Sult (2021, uten dato). *Forekomster*. <https://spiseforstyrrelser.no/disorders/forekomster-2/>

Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x>

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2020–2029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

Zugai, J.S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416–426. <https://doi.org/10.1111/jocn.13944>

Vedlegg 1: PICO

Din problemformulering

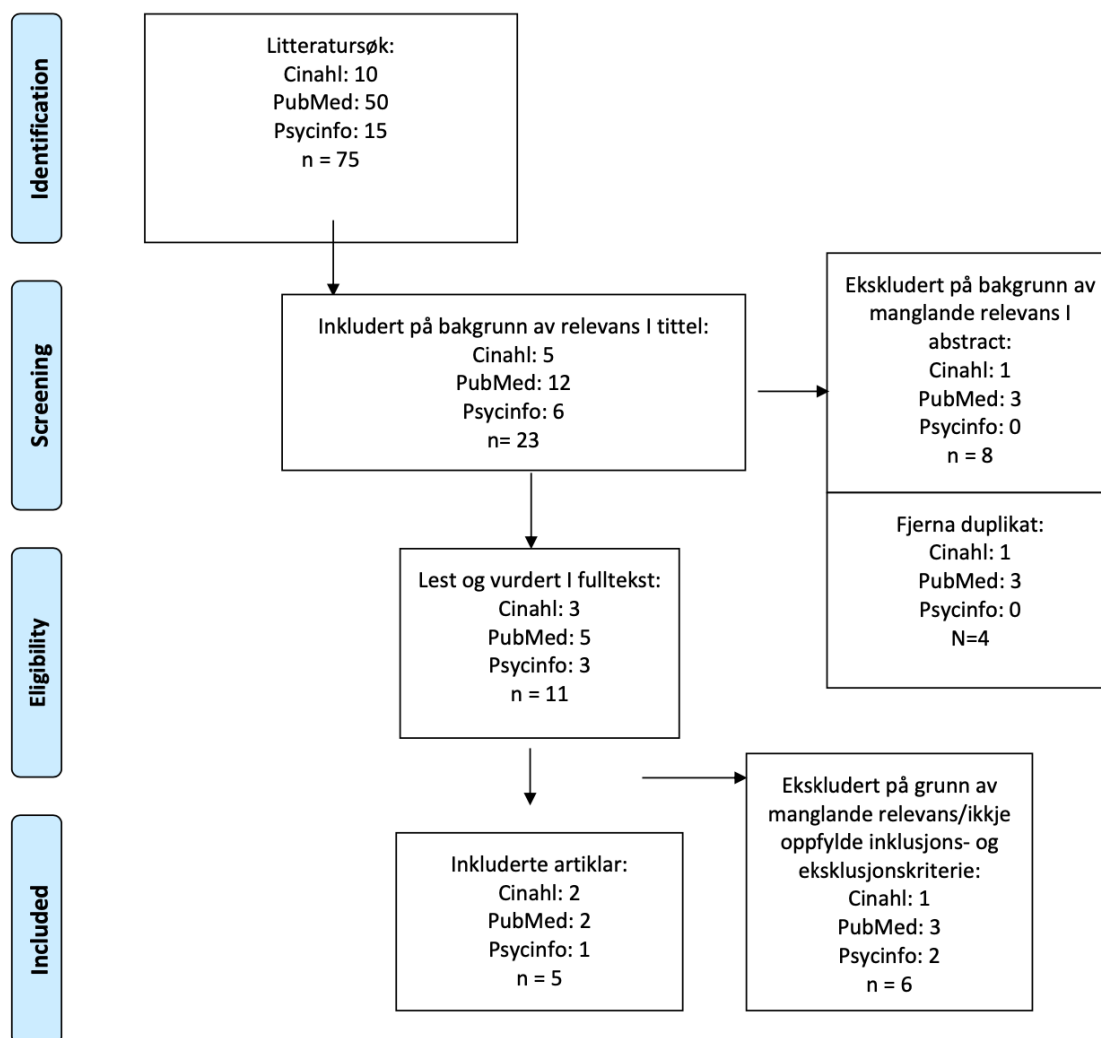
Korleis kan sjukepleiar etablere ein god samarbeidsrelasjon til pasientar med anorexia nervosa som er innlagd i sjukehus for behandling?

	P: Pasientgruppe	I: Intervensjon	C: Skal tiltaket vurderas opp mot eit anna?	O: Utfall
Norsk formulering henta frå problemstillinga	Pasienter med anorexia nervosa (innlagd i sjukehus for behandling)	Prøve å etablere ein god samarbeidsrelasjon til pasientar med anorexia nervosa	-	Etablere ein god samarbeidsrelasjon
MeSH ord	Anorexia Nervosa Inpatients	Nurse-patient relations Therapeutic Alliance		Nurse-patient relations Therapeutic Alliance
Søkeord:	<ul style="list-style-type: none"> - Anorexia Nervosa - Inpatient - Hospitalized - In-patient 	<ul style="list-style-type: none"> - nurse-patient-relationship - therapeutic relationship - nurse, nurses, nursing - nurse-patient relations - therapeutic alliance - interpersonal relations 		<ul style="list-style-type: none"> - nurse-patient-relations - therapeutic relation - therapeutic alliance - recovery

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Database	Dato	Søkeord og kombinasjonar	Avgrensingar	Treff	Leste abstrakt	Leste artiklar (fulltekst)	Artiklar inkludert
Cinahl	20.04.21	(MH «Anorexia Nervosa») OR (MH «Anorexia») OR «anorexia nervosa or anorexia or anorexic» AND (MH «Inpatients») OR «inpatients or hospitalization or hospitalized patients» AND (MH «Nurse-patient Relations) OR «Nurse patient relationship»	Publisert: 2011-2021	10	5	3	2
PubMed	22.04.21	«Anorexia Nervosa» AND «therapeutic alliance»	Publisert: 2011-2021 Språk: Engelsk, norsk, dansk eller svensk	50	12	5	2
Psycinfo	29.04.21	«Anorexia Nervosa/» or «anorexia nervosa» AND «Therapeutic Alliance/» or «therapeutic relationship» AND «Recovery (Disorders)/» or «recovery»	Publisert: 2011-2021	15	6	3	1

Vedlegg 3: Flytskjema



Vedlegg 4: Litteraturmatrise

Forfatter (e) Publiseringssår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikt	Metode	Utval/ populasjon	Hovudfunn	Kvalitet s vurderi ng/ Redegj ort for etiske hensyn
Zugai, J., Stein- Parbury, J. & Roche, M. 2018 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 ei større forståing av den terapeutiske alliansen mellom sjukepleiar og pasientar med Anorexia Nervosa innlagt i sjukehus	Kombinert. Fase 1: Kvantitativ, undersøking via spørjeskjema. Fase 2: Kvalitativ samling av data gjennom semi-strukturerte intervju.	Deltakarane var frå fem ulike sjukehus med spesialiserte avdelingar for behandlinga av anorexia. Fase 1: 63 pasientar og 65 sjukepleiarar Fase 2: 34 pasientar og 20 sjukepleiarar <u>Pasientar</u> måtte vere over 12 år, gjennomsnittsalder var 20 år. 97% kvinner, 3% menn.	Omsorg og ei mellommenneskelig tilnærming var sentralt i utviklinga av ein terapeutisk relasjon. Samtidig var utøvinga av autoritet på ein positiv og konsekvent måte viktig, saman med det å skilje individet frå sjukdommen.	God/ Ja
Zugai, J., Stein- Parbury, J. & Roche, M. 2013 Journal of clinical nursing Australia	<i>Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective</i>	Å undersøke korleis sjukepleiar kan sikre vektoppgang og ei positiv oppleving av innlegginga i behandling av pasientar med anorexia nervosa	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervju	8 deltakarar frå eit sjukehus i Sydney. Alder mellom 12-18 år.	Tre hovudtema: 1: Sikre vektoppgang (sleppe opp på kontrollen og forstå konsekvensar av regelbrot). 2: Oppretthalde eit terapeutiske miljø (reglar som fremma helse og føle seg som ein normal person). 3: Relasjonen med sjukepleiar (omsorg og sjukepleiar som kilde til motivasjon).	God / Ja
Sly, R., Morgen, J.F., Mountford, V.A., Sawer, F., Evans, C. & Lacey, J.H. 2014 Eating disorders.	<i>Rules of Engagement : Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa</i>	Undersøke pasientar si oppleving av den terapeutiske alliansen som vart utvikla under behandlinga deira i sjukehus for	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervju	8 deltakarar som var under behandling i sjukehus for anorexia. Alder: 18-34, gjennomsnittsalder 25 år.	Fire hovudtema: Allianse med sjukepleiar var sentralt. Aktiv deltaking i behandlinga. Sjukepleiar måtte kunne ta opp vanskelige tema med pasientane. Viktigheita av eit godt førsteinntrykk.	God/ Ja

Storbritannia		anorexia nervosa				
Gulliksen, K.S., Espeset, E.M.S., Nordbø, R.H.S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. 2012 International journal of eating disorders. Norge	<i>Preferred Therapist Characteristics in Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective</i>	Ein studie av kva pasientar med anorexia nervosa føretrekk når det kjem til profesjonelle trekk hjå terapeuten	Kvalitativ. Djupneintervju	38 kvinner med anorexia nervosa i alderen 18-51, som hadde vorte behandla i fem ulike institusjonar i Norge innanfor dei 2 siste åra. (Ulike institusjonar og formar for behandling, ikkje berre pasientar som var innlagd i sjukehus).	Fire hovudtema: Aksept (omsorg, respekt m.m.) Vitalitet (interesse i pasienten som individ, humor). Utfordring (fokus på ressursar, støtte, for stor grad av sympati). Kunnskap (autoritet og kunnskap om sjukdommen).	God/ Ja
Wright, K.M. & Hacking, S. 2012 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Storbritannia	<i>An angel on my shoulder: a study of relationships between woman with anorexia and healthcare professionals</i>	Undersøke den terapeutiske relasjonen mellom pasientar med anorexia nervosa og helsepersonell	Kvalitativ Semi-strukturerte intervju	6 kvinner i alderen 21 – 44 år med anorexia nervosa. Pasientar som er utskrivne frå sjukehus og gjekk no til oppfølgjande behandling («day care»)	Hovudfunn: - Autentisitet i relasjonen mellom helsepersonell og pasient - Trygghet var sentralt - Eksternalisering av sjukdommen - Betring i form av vektoppgang - Håp og optimisme - Maternalisme	God/ Ja