



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	305
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7357
----------------------	------

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:	115
Andre medlemmer i gruppen:	248

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Etablering av terapeutisk allianse med unge kvinner
med anoreksi

Establishing a therapeutic alliance with young
women with anorexia nervosa

Kandidatnummer: 248 og 305

Bachelor i sykepleie

Fakultet for Helse- og sosialfag

Innleveringsdato: 12.05.23

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Background	A considerable increase in the prevalence of anorexia nervosa, a high dropout rate from the treatment and documented weak working alliances.
Issue	How can a nurse establish a therapeutic alliance with young women with anorexia nervosa?
Aim/purpose	The aim of this bachelor's thesis is to develop a greater understanding about how a nurse can establish a therapeutic alliance with young women with anorexia nervosa, in order to help them towards recovery.
Method	The method is based on a literature review. Research articles and theory have been collected and analyzed to illuminate the issue.
Results	The therapeutic alliance involved a holistic, maternalistic and authoritarian approach.
Conclusion	The results underline the difficulty in establishing a therapeutic alliance between nurses and women with anorexia nervosa. The therapeutic alliance is dependent on nurses' capacity to maintain an individual approach where the nurse is able to observe the symptoms behind the visible symptoms and attend to the patient's needs (holistic approach). In addition, the nurse needs to occupy their position of power (authoritarian approach), whilst demonstrating a maternalistic approach.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensning og presisering.....	6
2.0 Teori	6
2.1. Anoreksi, en spiseforstyrrelse	6
2.2 Terapeutisk allianse	8
2.3 Joyce Travelbee.....	8
2.3.1. Forutsetninger for det mellommenneskelige forholdet	9
2.3.2 Ikke-dømmende holdning og akseptasjon	9
2.3.3 Håp	10
2.4 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	10
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode.....	11
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.4 Gjennomføring av litteratursøk	13
3.5 Metodekritikk.....	14
3.6 Forskningsetikk	14
4.0. Analyse og syntese	15
Tabell 2: Litteraturmatrise	15
4.1 Analysemåte	17
5.0 Resultater	17
5.1 Holistisk tilnærming	17
5.2 Maternalistisk tilnærming	18
5.3 Autoritær tilnærming	19

6.0 Diskusjon	20
6.1 <i>Holistisk tilnærming</i>	20
6.1.1 Individualisert sykepleie.....	21
6.1.2 Dialog om behandlingen	22
6.1.3 Kunnskap.....	22
6.2 <i>Autoritær tilnærming</i>	24
6.2.1 Maktforskjell eller likhet i relasjonen	24
6.2.2 Konsistens versus inkonsistens.....	25
6.2.3 “Lovens ånd fremfor lovens bokstav”	25
6.3 <i>Maternalistisk tilnærming</i>	26
6.3.1 Maternalisme kan fremme selvaksept og håp	26
6.3.2 En midlertidig tilnærming	27
6.3.3 Balansegang mellom kjærlighet og grenser	28
6.4 <i>Metodediskusjon.....</i>	29
7.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis.....	30
8.0 Referanseliste	32
9.0 Vedlegg.....	35

Oversikt over tabeller	Sidetall
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	s. 12
Tabell 2: Litteraturmatrise	s. 15

1.0 Innledning

En ny studie fra Folkehelseinstituttet basert på norske helseregistre viser at andelen jenter med spiseforstyrrelser har økt betraktelig etter pandemien. Dette er også blitt påpekt som et internasjonalt fenomen (Folkehelseinstituttet, 2022). Helsedirektoratet fastslår at i møte med pasienter med anoreksi, en type spiseforstyrrelse, er det viktigste å oppnå en behandlingsallianse (Helsedirektoratet, 2017). Teori understreker at det ofte er store utfordringer med å etablere en terapeutisk allianse mellom pasienter med anoreksi og sykepleiere (Skårderud et al., 2020, s. 34). Et kjernetrekk ved anoreksi er ambivalens, som vil si motstridende følelser. Ambivalensen til endring kan medføre at de motsetter seg behandling og på den måten får et utilfredsstillende behandlingsforløp (Skårderud, 2020, s. 151). På bakgrunn av et høyt frafall fra behandling, dokumentert svake arbeidsallianser, ambivalens hos pasienter, samt en betraktelig økning i forekomsten av anoreksi (Skårderud et al., 2020, s. 108), undret vi oss over hvilke faktorer hos sykepleieren som er sentrale for å etablere en terapeutisk allianse med unge kvinner med anoreksi, og om disse faktorene kan ha en innvirkning på behandlingsresultatene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det som er fellesnevner for nåtidens, fortidens og de kommende møtene med pasienter er en etablering av en terapeutisk allianse. I enkelte tilfeller kan dette foregå uten at en nærmest tenker over det, mens i andre tilfeller vil det være krevende. Teori påpeker at sykepleierens etablering av en terapeutisk allianse med pasienten kan ha stor betydning for behandlingsresultatet (Helsedirektoratet, 2017). Vi har valgt å fokusere på den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og unge kvinner med anoreksi, på grunnlag av at over 90 % av pasientene er unge kvinner i tenårene eller tidlig i 20-årene (NHI, 2020). Ettersom det er påpekt at det er store utfordringer i relasjonsbyggingen med pasienter med anoreksi, anser vi det som svært viktig å ha forståelse for hvordan det vil være hensiktsmessig å etablere en terapeutisk allianse sammen med dem. Denne bacheloroppgaven kan dermed gjøre oss mer

praktisk forberedt til hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan etablere allianser også i de mer utfordrende pasientmøtene.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk allianse med unge kvinner med anoreksi?

1.3 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven tar vi for oss unge kvinner med anoreksi. "Kvinne" blir i NAOB (Det Norske Akademis ordbok) definert som følgende: "et (voksent) menneske av hunkjønn" ("kvinne", u.å.). Det finnes ingen presiseringer for aldersgrupper som definerer kvinner. FN har eksempelvis omtalt hunkjønn i alderen 15-19 år som "unge kvinner" (FN-sambandet, 2019). I oppgaven vår avgrensner vi "unge kvinner" til aldersgruppen 16-25 år og dette er på bakgrunn av studiene vi har valgt å inkludere.

2.0 Teori

2.1. Anoreksi, en spiseforstyrrelse

"For å forstå helt ut en persons spiseforstyrrelse må vi bli kjent med og forstå det enkelte mennesket" (Skårderud, 2020, s. 145). Slik innleder Finn Skårderud kapittelet om spiseforstyrrelser. En spiseforstyrrelse er unik hos hver enkelt og har forskjellig betydning. For noen kan forholdet til mat være deres primære psykiske lidelse, mens hos andre kan denne lidelsen være en del av et mer sammensatt og komplekst sykdomsbilde (Skårderud, 2020, s. 145). Sentrale trekk i spiseforstyrrelsens patologi er "vansker med å tolke, regulere og uttrykke følelser, og at kroppen får en sentral rolle i forsøkene på følelsesregulering"

(Skårderud, 2020, s.146). Spiseforstyrrelsen er ofte en svært oppslukende aktivitet som gjør at mange trekker seg fra sosiale sammenhenger, og på den måten unngår vanskelige relasjoner og intimitet. Likevel kan restriksjoner av mat og vekt gi personen opplevelser av mestring, kontroll og positiv respons fra omgivelsene. Mange får også opplevelsen av å være unik (Skårderud, 2020, s. 151).

Pasienter med spiseforstyrrelser som er kritisk syke og motsetter seg behandling, kan oppleves som svært utfordrende, og har på grunn av det utilfredsstillende terapeutiske forløpet, fått et dårlig rykte på seg i helsevesenet (Skårderud, 2020, s. 151). Teori nevner at mange helsearbeidere ikke ønsker å arbeide med denne pasientgruppen, og utdyper at dette handler om avmakt som oppstår hos helsearbeiderne som møter pasientene (Skårderud, 2020, s. 145).

Anoreksi er en spiseforstyrrelse som er karakterisert ved vekttap som fremkalles og vedlikeholdes av pasienten (Skårderud, 2020, s.147). Det er en kompleks atferdsforstyrrelse og dens etiologi (sykdomsårsak) er multifaktoriell, inkludert biologiske og miljømessige elementer (Attia, 2017, s. 178). I diagnosesystemet som brukes i norsk helsesystem, ICD-10, International Classification of Diseases, er det 5 kriterier som må være oppnådd for å stille diagnosen anoreksi (vedlegg 1). Kriteriene innebærer både psykiske og somatiske faktorer, som for eksempel at kroppsvekten må holdes minst 15% under forventet vekt og at vekttapet må være selvfremkalt. I tillegg finnes kategorien "atypisk anoreksi", som innebærer at pasienten mangler ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene ved anoreksi slik som amenoré (tap av menstruasjon) eller ved at pasienten tidligere har vært undervektig, nå normalisert vekten, men fremdeles har et anorektisk tanke- og følelsesliv (Helsedirektoratet, 2017).

Forløpet for anoreksi er variabelt og ulike pasientgrupper gir forskjellig respons på behandlingen. Vektoppgang er det essensielle første skritt i en suksessfull behandling for anoreksi uavhengig av alder. Yngre pasienter med relativt kort varighet av lidelsen gir best respons på behandlingen. For eldre pasienter som er mer forankret i symptomene sine grunnet økt varighet av lidelsen, kan det være vanskeligere å oppnå atferdsendring.

Statistikk tilsier at yngre pasienter med relativt kort varighet av lidelsen best respons på behandlingen ettersom de ikke er svært forankret i symptomene sine (Attia, 2017, s. 179).

2.2 Terapeutisk allianse

En terapeutisk allianse kan beskrives som “et mellommenneskelig samspill mellom klienten og terapeuten for å nå klientens mål” (Bordin, 1979, sitert i Duncan, 2012, s. 97). Ifølge Bordin består alliansen av tre komponenter: mål, oppgaver og det emosjonelle båndet. Disse komponentene handler i korte trekk om at klienten (pasient i oppgaven vår) og terapeuten (sykepleier i oppgaven vår) er enige om målet for terapien, at de kommuniserer slik at de har en gjensidig forståelse av oppgavene som kreves for å nå målet (Kjøs & Oddli, 2012, s. 199), og at det er et emosjonelt bånd mellom dem, som handler om hvordan selve relasjonen oppleves og de følelsene og investeringene som ligger i samarbeidet (Benum et al., 2012, s. 221).

Teori påpeker at en tidlig etablering av en terapeutisk allianse øker sannsynligheten for et godt behandlingsresultat (Norcross & Lambert, 2018, sitert i Binder et al., 2021, s. 92). Noen terapeuter vil være betydelig bedre på å etablere en terapeutisk allianse enn andre, uavhengig av kjennetegn ved klienten (Binder et al., 2021, s. 95). Det blir utdypet om visse terapeutferdigheter som øker sannsynligheten for et vellykket behandlingsresultat, derav å ha adekvat faglig kompetanse, opptre fleksibelt, være empatisk og varmt bekreftende. Disse terapeutferdighetene kan føre til at klienten føler seg som et unikt og verdifullt menneske som fortjener en persontilpasset behandling og ikke som et tilfeldig nummer i rekken. I tillegg kan det styrke tillitsforholdet, håp og forventning om endring kan øke, og det kan bidra til selvaksept og selvomsorg hos pasienten (Binder et al., 2021, s. 95-98).

2.3 Joyce Travelbee

I tilknytning til tematikken i oppgaven vår har vi valgt å inkludere Joyce Travelbee (1926-1973), som er en anerkjent psykiatrisk sykepleier (Kristoffersen et al., 2021, s. 250). Sykepleiefilosofien hennes har berørt sykepleiere gjennom flere tiår, og er fremdeles aktuell i dag (Kristoffersen et al., 2021, s. 250).

2.3.1. Forutsetninger for det mellommenneskelige forholdet

Travelbee betraktet menneske-til-menneske-forholdet som selve virkemiddelet for å nå fram til sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 171). Hun mente at det er to vesentlige forutsetninger for at sykepleiere kan etablere og opprettholde et forhold til pasienten: de må ha en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte (en kunnskapsbase og evner til å bruke den), og evner til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 184). På motsatt side, påpekte hun at dersom sykepleieren mangler kunnskap, vil hen ikke kunne avdekke og ivareta pasientens behov (Travelbee, 1999, s. 184).

Travelbee beskrev at det er fire faser sykepleieren og den hun har omsorg for må gjennom i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold: (1) Det innledende møte, hvor observasjoner og antakelser blir gjort. (2) Fremvekst av identiteter, hvor det vektlegges å verdsette den andre som menneskelig individ og etablere en tilknytning. (3) Empatifasen, som karakteriseres av en evne til å leve seg inn i det andre mennesket og ha en felles forståelse. (4) Sympati og medfølelse, som handler om at en oppriktig føler den andre sin ulykke og har et ønske om å hjelpe. Som et resultat av de fire fasene oppstår gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999, s. 186-218). Visse utdypninger om disse fasene er presentert under.

2.3.2 Ikke-dømmende holdning og akseptasjon

Travelbee har skrevet i boken sin at det er flere elementer som må være til stede i personligheten for å bli betraktet som empatisk. Hun presenterte en ikke-dømmende

holdning og akseptasjon. Alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd. Sykepleieren bør gå inn for å bli bevisst på hvilke "dommer" hen gjør seg opp om den syke og evaluere hvordan dommen innvirker på møtene med den syke (Travelbee, 1999, s. 198). Akseptasjon blir beskrevet som en selektiv tilgivelsesprosess, hvor en viser toleranse og kanskje anerkjennelse overfor den andre, men ikke i den forstand at en aksepterer den syke som hen er da. Hun påpeker at sykepleieren ikke bør akseptere den syke slik hen er, men målrettet gå bevisst inn for å endre pasienten (Travelbee, 1999, s. 199).

2.3.3 Håp

Travelbee skriver også om håp i boken sin, og beskriver det som en mental tilstand der personen har et ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål, samtidig som det er en grad av forventning om at det som ønskes kan være oppnåelig (Travelbee, 1999, s. 118). Den som mangler håp derimot, klarer ikke å se noen utsikt til forandring eller forbedring i livet, og da heller ingen løsninger på problemene eller veier ut av vanskelighetene. Ifølge Travelbee, er den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast på håpet og unngå håpløshet (Travelbee, 1999, s. 122-123). Hun sier også at håp har nær sammenheng med tillit, og beskriver tillit som den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund (Travelbee, 1999, s. 120). Håp kan altså være avhengig av vissheten om at en får hjelp fra sykepleieren.

2.4 Pasient- og brukerrettighetsloven

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til medvirkning i sin behandling (1999, § 3-1) og rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen for å kunne ivareta sine rettigheter (1999, § 3-2).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode som innebærer å formulere en avgrenset og presis problemstilling, innlede litteratursøk, gjennomføre et systematisk litteratursøk, kritisk vurdere søkene og sammenfatte resultatene til en helhet (Thidemann, 2019, s. 78).

Meningen med litteraturstudiet er å formidle oppdatert litteratur og forskning, og gi leseren muligheten til å få dypere innsikt i det problemstillingen belyser (Dalland, 2017, s. 63).

Litteraturstudiet skal også presentere presist hvordan det er gått frem for å innhente dataene (Thidemann, 2020, s. 78).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Vi har hovedsakelig brukt kvalitative studier i litteraturstudiet vårt. I den ene artikkelen, av Zugai et al (2018), er fase 1 kvantitativ, men vi har først og fremst brukt del 2 som er kvalitativ. Den kvalitative metoden går i dybden og utforsker menneskelige egenskaper, slik som holdninger, meninger, opplevelser og erfaringer, mens den kvantitative metoden går i bredden ved å gi eksakte faktaopplysninger, som vil si at dataene er observerbare og kan sanses, de er altså målbare (Thidemann, 2019, s. 75-76). Disse to type metodene vil kunne styrke hverandre og gi leseren et større helhetlig bilde (Dalland, 2020, s. 54).

3.2 Søkeprosess

Som en forberedelse til søket vårt lagde vi et PIO-skjema (vedlegg 2) med relevante søkeord.

Vi brukte verktøyet MESH for å finne emneord oversatt fra norsk til engelsk, og skrev dem sammen med tekstord inn i PIO-skjemaet vårt. Emneord brukes for å beskrive innholdet i et dokument og disse ordene finnes i emneordlisten til fagspesifikke databaser, mens tekstord er ord i referansens innhold (Sokogskriv, 2023).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi utførte søket vårt tenkte vi gjennom aktuelle inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble brukt som utgangspunkt i søkeprosessen. I tabellen nedenfor presenteres kriterier og begrunnelser for dem. Underveis i søkeprosessen utvidet vi søket da søket gav få treff. Elementer i inklusjonskriteriet “unge kvinner med anoreksi” ble eliminert i enkelte søk, og vi utvidet søket til å også gjelde personer som var eldre enn 25 år, tillot også gutter/menn i å bli med i studiene, i tillegg til at vi endret emneordet og tekstordet fra “anoreksi” til “spiseforstyrrelser”.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inklusjons-kriterier	Eksklusjons-kriterier	Begrunnelse
Deltakere	Unge kvinner med anoreksi, ev. med spiseforstyrrelser	Uten unge kvinner med anoreksi, ev. med spiseforstyrrelser	Sentrale elementer i problemstillingen vår.
Språk	Engelsk- og norskspråklige	Andre språk enn engelsk og norsk	Språkferdigheter
Publikasjonsår	Årsintervall: 2013-2023	Artikler eldre enn 2013	Basere oppgaven vår på nyere forskning (Dalland, 2017, s. 63) Dette er et viktig moment i en litteraturstudie.
Faglig kompetanse	Sykepleier	Artikler uten sykepleiere	Sentralt element i problemstillingen vår.
Type studie	IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur	IMRaD-struktur er en mal for hvordan man bygger opp en vitenskapelig artikkel, som

	(Introduction, Method, Results and Discussion)		spesielt brukes i helsefag (Kildekompasset, 2023). Gjør det enkelt å skille en vitenskapelig artikkel fra en fagartikkel, da oppbyggingen av en vitenskapelig artikkel innenfor medisin og helsefag som oftest følger IMRAD-strukturen (Thidemann, 2019, s. 66-67).
Kvalitetsvurdering	Blitt utført en grundig kvalitetsvurdering, eks. fagfelleverdert.	Ikke blitt utført en grundig kvalitetsvurdering	I en litteraturstudie skal det være foretatt en kvalitetsvurdering (Thidemann, 2019, s.90).
Etisk vurdering	Etiske vurderinger er foretatt	Etiske vurderinger er ikke foretatt	I en litteraturstudie skal etiske overveielser knyttet til den enkelte studien være anmerket (Thidemann, 2019, s. 102).

3.4 Gjennomføring av litteratursøk

Da vi utførte søket brukte vi både emneord og tekstord for å få opp flest mulig relevante søk. Vi utførte søkene i databasene "Ovid Medline", "Epistemonikos", "CINAHL", "Psycinfo", "Embase" og "Cochrane Library", som er relevante for helsefag. Artikkene vi har valgt er de som ble vurdert som mest presise for å besvare vår problemstilling. Disse er lagt til i en søketabell som er lagt ved som vedlegg 3. I tillegg har vi laget en annen tabell som viser hvordan elementene i problemstillingen vår: sykepleier, terapeutisk allianse, unge kvinner og anoreksi) innrettes mot artikkene vi har inkludert (vedlegg 4).

I alle studiene vi har inkludert er det en stor overrepresentasjon av jenter/kvinner med anoreksi og en tilsvarende underrepresentasjon av gutter/menn. Kvalitative studier som utforsker gutters/menn synspunkt på behandlingen er nødvendig om en skal fastslå likheter og forskjeller fra jenter/kvinner. Dette gjør at resultatene muligens ikke er relevante for gutter/menn med anoreksi, mens resultatene vil være gyldige for kvinner.

De fleste av pasientene vi har inkludert i oppgaven er innenfor aldersgruppen 16-25 år. 4 av 5 artikler baserer seg hovedsakelig på det vi definerer som “unge kvinner” med anoreksi. I den gjenstående artikkelen var 9 av 13 kvinner over 25 år, men alle de hadde vært i behandling siden de var yngre enn 25 år. Vi valgte å inkludere den artikkelen da deres erfaringer med helsevesenet ikke kun gjenspeiler seg i “her og nå”, men er dannet på grunnlag av deres tidligere erfaringer, helt fra de var ungdom.

3.5 Metodekritikk

Når man skal kritisk vurdere forskningsartikler, er det viktig å vurdere artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket, 2018). Helsebiblioteket har utviklet sjekklister som kan være til nytte i arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur. For å sikre kvaliteten på de utvalgte forskningsartiklene, valgte vi å anvende sjekklister til hver artikkel basert på metoden til forskningsartikkelen (Helsebiblioteket, 2021). En kvalitativ sjekklister er brukt på studien til Corral-Liria et al. (2021) og lagt ved som vedlegg 5. Dette gjorde at vi kunne evaluere og vurdere hver enkelt studie i henhold til relevante kriterier, og dermed sikre at vi hadde en pålitelig kilde for vår analyse og drøfting av problemstillingen. På denne måten så vi at valgte studier innfridde alle kriterier.

3.6 Forskningsetikk

I en litteraturstudie er det viktig å ta etiske hensyn underveis. Etiske overveielser dreier seg om å reflektere over konsekvensene av det man planlegger å gjøre (Dalland, 2020, s. 218). Forskningsetikk innebærer prinsipper som respekt, gode konsekvenser, offentlighet og rettferdighet. Det handler om en vurdering av forskningen i forhold til samfunnets verdier og normer, og inkluderer alle sider ved forskningen (Dalland, 2020, s. 168). I de 5 forskningsartiklene vi har valgt for vår oppgave, er alle vurdert ut fra etiske overveielser og inkludert på bakgrunn av at de innfrir kravene til å bli med i litteraturstudien.

4.0. Analyse og syntese

Denne litteraturmatrisen viser en oversikt over artiklene vi har valgt ut.

Tabell 2: Litteraturmatrise

Forfatter(e), publiseringsår, utgivelsessted	Type studie og metode	Hensikt og perspektiv	Utvalg/ populasjon	Resultat	Kvalitetsvurdering og etisk vurdering
Zugai et al. 2018 Australia	Kombinasjonsstudie Fase 1: kvantitativ Fase 2: kvalitativ	Utvikle en større forståelse av innholdet i den terapeutiske alliansen mellom sykepleiere og pasienter med anoreksi.	5 sykehus i Australia, døgntilrettelagt mot anoreksi Fase 1: 63 pasienter, 65 sykepleiere Ingen stratifikasjon Fase 2: 34 pasienter, 97 % kvinner (1 mann, resten jenter/kvinner). gjennomsnittsalder: 20 år. 20 sykepleiere.	Kvaliteten for den terapeutiske alliansen: sykepleiere inntar en maktposisjon, begge parter må engasjere seg i separasjonen fra lidelsen, en maternalistisk tilnærming til pasienten kan være hensiktsmessig. Den terapeutiske alliansen forbedrer resultatene for forbrukere med anoreksi.	Gjennomføringen er styrt av the National Statement on Ethical Conduct in Human Research (National Health and Medical Research Council 2007) og av the Declaration of Helsinki (World Medical Association 2013). Etisk godkjent

Salzmann-Erikson & Dahlén	Litteratursyntese, kvalitativ metode	Beskrive faktorer som fremmer og hemmer relasjoner mellom sykepleiere og barn, ungdom og unge voksne med anoreksi.	134 pasienter 11-25 år: 65 pers. 18+ år: 69 pers. Ingen spesifisering av kjønn 33 sykepleiere Utført i den vestlige verden, i land med lignende helsevesen.	Nødvendigheten av at sykepleierne er personsentrerte i sine relasjoner til pasienter, og har holdninger preget av tilstedeværelse, genuint engasjement og kunnskap. Kan føre til at pasientens motivasjon øker.	Alle artiklene som er inkludert er fagfellevurdert 7/14 artikler har fått "high" score 7/14 artikler har fått "medium/high" score Etiske standarder er overholdt
Wright	Kvalitativ studie	Utforske opplevelsen av relasjonen mellom kvinner med anoreksi og omsorgsarbeidere.	12 kvinner med anoreksi (18-62 år) og 13 omsorgsarbeidere, 7 av dem var sykepleiere	Den maternalistiske tilnærmingen kan fremme håp om å bli frisk og modning, forutsatt at den var midlertidig og hadde som hensikt å fremme selvstendighet og separasjon fra morsfiguren.	Godkjenning av denne studien ble gitt av NHS National Research Ethics Service, samt. universitetets etiske komité. Pseudonymer ble brukt for å beskytte konfidensialitet. Etisk godkjent
Sibeoni et al.	Metasyntese	Utforske synspunktene om behandling av anoreksi i ungdomsårene fra ungdommens-, familienes-, og fagpersonene som behandler dem sine perspektiver.	32 artikler fra 7 land: 12 fra Storbritannia, 10 fra Australia, 3 fra Canada, 3 fra Nederland, 2 fra Sverige, 1 fra Irland og 1 fra Kina. 322 ungdommer med anoreksi, 164 av foreldrene deres og 109 helsepersonell, inkludert 41 sykepleiere. Stor overvekt av jenter i studiene	Understreker vanskeligheten og viktigheten med å etablere en terapeutisk allianse Ungdommene: behandlingen må ta hensyn til psykososial funksjon, samt familiemiljø- en helhetlig tilnærming. Helsepersonell: slet med tillitt, oppfattet pasienter som manipulative.	Alle artiklene som er inkludert er fagfellevurdert Critical Appraisal Skills Program (CASP) ble brukt til å vurdere kvaliteten på de kvalitative artiklene. Etiske problemstillinger ble tatt hensyn til gjennom CASP.

Corral-Liria et al. 2021 Spania	Kvalitativ studie	Analysere de relasjonelle erfaringene blant pasienter med spise-Forstyrrelser og sykepleiere	19 pasienter med spiseforstyrrelser, 12 kvinner, 10 av dem hadde anoreksi Krav om å være over 18 år 19 sykepleiere	Viktigheten av å ikke fokusere utelukkende på de ernæringsmessige aspektene – ansett som et symptom på hovedproblemet – understrekes. Interrelasjonen mellom pasientene og sykepleierene må individualiseres, og være preget av karakteristikk til hver person.	Studien fikk godkjenning fra Forskningsetisk komité (CEI). Etisk godkjent.
---------------------------------------	-------------------	--	--	--	---

4.1 Analysemåte

På bakgrunn av artiklene vi har analysert, valgte vi ut de tematiske funnene som gikk igjen: holisme, autoritet og maternalisme med undertemaer som et svar på problemstillingen vår. Vi lagde en tabell med relevante utdrag fra artiklene, knyttet dem opp mot de tematiske funnene og sorterte innholdet i undertemaer. Vi har lagt ved en tabell som viser et lite utdrag for hvordan vi har jobbet med systematiseringen av relevant informasjon fra artiklene (vedlegg 6).

5.0 Resultater

5.1 Holistisk tilnærming

Samtlige artikler påpekte at å ha en holistisk tilnærming i behandlingen av pasienter med anoreksi hadde en betydelig virkning for den terapeutiske alliansen (Zugai et al., 2018; Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017; Wright, 2015; Sibeoni et al., 2017; Corral-Liria et al., 2021). En holistisk tilnærming innebærer å ikke utelukkende fokusere på ernæringsmessige aspekter som anses som å være et symptom på hovedproblemet, men heller se på helheten og ta med andre faktorer i betraktning slik som selvfølelse, destruktiv tenking, relasjoner,

studier, yrker og fritid (Sibeoni et al., 2017, s. 10; Corral-Liria et al., 2021, s. 843). Dersom sykepleierne fokuserte på holistiske mål som ikke nødvendigvis var relatert til fysisk observerbar fremgang, bekreftet sykepleiere overfor forbrukerne at deres anoreksi ikke var en definerende egenskap, og at forbrukerne var en unik person med ulike behov (Offord et al., 2006; Reid et al., 2008, sitert i Zugai et al., 2018, s. 422). Det blir påpekt at individualisert omsorg er et nøkkelement i forbedringsprosessen (Corral-Liria et al., 2021, s. 847).

I en studie anerkjente ungdommene viktigheten av å gå opp i vekt og endre atferd, men de fleste kritiserte metoden som ble brukt og dens effekter. De fordømte bruken av kriteriet vekt alene for å bedømme helsestatus og behandlingsforløp, og mente at behandlingen fokuserte for mye på somatiske aspekter og tilsidesatt deres psykologiske plager. Foreldrene deres delte også denne oppfatningen om at behandlingen fokuserte for mye på det fysiske. De fleste ungdommene insisterte på viktigheten av individualisert omsorg, av å bli betraktet som unike mennesker med individuelle behov (Sibeoni et al., 2017, s. 9-11).

For å se pasienten som en helhet og ikke bare en sykdom, var det nødvendig med kunnskap. Mangel på kunnskap kunne resultere i en oppfatning blant sykepleierne om at pasientene selv var ansvarlige for sykdommen og dermed burde "fikse seg selv" (Ramjan, 2004, sitert i Salzmänn-Erikson & Dahlén, 2017, s. 9). Dersom sykepleierne viste kunnskap om sykdommen, kunne det styrke pasientens følelse av tillit til sykepleierne (Ross & Green, 2011, sitert i Salzmänn-Erikson & Dahlén, 2017, s. 9)

5.2 Maternalistisk tilnærming

I studiene til Zugai et al. og Wright ble det understreket at relasjonene mellom sykepleiere og pasienter med anoreksi som var basert på en maternalistisk tilnærming, så ut til å være produktive (Zugai et al., 2018; Wright, 2015). Ifølge Wright et al. hadde denne tilnærmingen mange fellestrekk med morskap. Den virket trøstende, beroligende og pleiende. Disse faktorene kunne hjelpe personen med å føle seg ivaretatt ved at de gav en følelse av

trygghet, og tilrettela for håp, bedring og en vei ut av deres anoreksi (Wright, 2015, s. 438). I tillegg kunne den maternalistiske tilnærmingen bidra med å skape aksept hos pasienten. Det blir påpekt at når en person blir akseptert, frigjør dette personen til å være sitt eget vesen, med andre ord virker den befriende. "Aksept må være av personen og deres potensial, snarere enn bare deres nåværende fysiske tilstand" (May, 1983, sitert i Wright, 2015). Disse elementene i relasjonen som omtales som maternalistiske fremkom som en pådriver for bedring ved at forbrukerne stolte på de maternalistiske sykepleierne (Zugai et al., 2018, s. 424).

En forutsetning i denne tilnærmingen var at den var midlertidig og ment for å fremme modning, uavhengighet og separasjon fra morsfiguren (Wright, 2015, s. 437). I studien til Zugai et al. (2018, s. 419), omtalte en av sykepleierne denne balansegangen som "kjærlighet og grenser". Det indikerte at sykepleierne opprettholdt en balanse mellom den mellommenneskelige varmen ved omsorgen mens de håndhevet avdelingens regler.

5.3 Autoritær tilnærming

I flere av studiene ble det presentert hvilke innvirkning sykepleierens autoritære tilnærming hadde på unge kvinner med anoreksi. Denne tilnærmingen kunne være konsistent eller inkonsistent (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017; Sibeoni et al., 2017; Zugai et al., 2018;) og disse to tilnæringsmåtene hadde ulik innvirkning på pasientene. I studien til Zugai et al. uttrykte pasientene at når sykepleierne overholdt konsistente, faste, klare og forutsigbare regler, skapte det en trygghet hos dem. På motsatt side, når sykepleierne gjorde unntak i regler og lover på avdelingen, altså hadde en inkonsistent tilnærming, kunne det føre til angst, frustrasjon og ambivalens hos pasientene, og undergrave tilliten til sykepleierne. Resultatene viste at pasienter som hadde lav grad av tilfredshet av behandlingen i fase én av studien, delvis skyldtes opplevd inkonsistens (Zugai et al. 2018, s. 420).

Til tross for den generelle avvisningen av inkonsistens, ble det ansett som produktivt og passende for sykepleierne og pasientene om de i visse omstendigheter tok “lovens ånd fremfor lovens bokstav” (Zugai et al., 2018, s. 420), altså at de opptrådte fleksibelt. Den terapeutiske alliansen mellom pasienten og sykepleieren ble styrket da sykepleieren opprettholdt et konsistent sett med forventninger, samtidig som de hadde en grad av fleksibilitet. Dette var for å individualisere omsorgen (Zugai et al. 2018, s. 423). I studien til Sibeoni et al. hadde pasientene et tilsvarende syn. De kritiserte behandlingen når den opplevdes lite fleksibel og straffende, og særlig når den var basert på strenge atferdsmessige tilnærminger (Sibeoni et al., 2017, s. 10).

I studien til Salzman-Erikson & Dahlén ble det understreket at det var nødvendig med sykepleiere som balanserte rollene sine som ledere, rollemodeller, at de opprettholdt struktur og grenser, men og erkjente pasientens egne evner og kunne gå til side og la pasienten selv stå til ansvar for sitt liv (Salzman-Erikson & Dahlén, 2017, s. 10).

6.0 Diskusjon

6.1 Holistisk tilnærming

De inkluderte studiene i denne litteraturstudien understreker at det er utfordrende for sykepleierne å skape en terapeutisk allianse sammen med unge kvinner med anoreksi (Corral-Liria et al., 2021; Salzman-Erikson & Dahlén, 2017; Sibeoni et al., 2017; Wright, 2015; Zugai et al., 2018). Sykepleiere oppfattet pasientene som mistenksomme, vanskelig å stole på og manipulative når de gjorde motstand mot behandlingen. Ofte førte dette til at sykepleiere stigmatiserte pasientene som “anorektiske” (Sibeoni et al., 2017, s. 13). I tillegg indikerte de en preferanse for pasienter med andre lidelser. Dette blir også påpekt av Finn Skårderud: “beklageligvis er det en del helsearbeidere som gir uttrykk for at de ikke ønsker å arbeide med denne pasientgruppen” (Skårderud, 2020, s.145). Vi skal utforske nærmere

hvordan sykepleier gjennom en holistisk tilnærming kan etablere en terapeutisk allianse sammen med unge kvinner med anoreksi.

6.1.1 Individualisert sykepleie

Stigmatiseringen av pasienter som “anorektiske” (Sibeoni et al., 2017, s. 13) strider mot Travelbee sin anerkjente teori om utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee vektla at pasienten skulle betraktes og behandles som et unikt menneskelig individ og ikke som en sykdom (Travelbee, 1999, s. 187). I studien til Sibeoni et al. insisterte pasientene på viktigheten av å individualisere omsorgen ved å bli betraktet som unike mennesker. Blant dem ble det snakket positivt om døgnbehandling som ikke utelukkende fokuserte på vekt, form og ernæringsinntak, men som også tok for seg bredere problemstillinger som selvtillitt og destruktiv tenking (Sibeoni et al., 2017, s. 10-11). Med andre ord støttet de den holistiske tankegangen hvor individuell sykepleie er en fundamental tankegang. Individuell omsorg innebærer å ta avgjørelser med hensyn til personlige faktorer og pasientens stadie av bedring (Oyer et al., 2016, sitert i Zugai et al., 2018, s. 423). Sykepleierne støttet også den holistiske tankegangen (Corral-Liria et al., 2021, s. 846).

Selv om studier understreker at både pasienter og sykepleiere synes det var viktig å ha en holistisk tilnærming, viser også studier at det var mangel på holisme i behandlingen. I flere studier fremkom det at sykepleierne ikke tok hensyn til pasientenes psykiske behov i samme grad som de gjorde ved de fysiske behovene (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017, s. 8). Dette kunne ikke nødvendigvis forklares med motstand fra pasientene om å gå opp i vekt og at det derfor ble et overfokus på de fysiske behovene. Studier viser nemlig at de fleste ungdommer anerkjente viktigheten av å gå opp i vekt, men de kritiserte metoden som ble brukt og dens effekter. Pasientene mente at behandlingen fokuserte for mye på det somatiske og ignorerte deres psykiske plager. Foreldrene deres delte også denne oppfatningen (Sibeoni et al., 2017, s. 9), og pasientenes argumenter ble dermed styrket. Dette motstridende fokuset hos sykepleieren og pasienten skapte dermed en ubalanse i Bordins tre alliansekomponenter ved at pasientenes målsetting var ulik i forhold til målsettingen hos sykepleierne. Dette medførte

igjen at det ikke var konsensus for de oppgavene som krevdes å gjøre for å nå målet, og dermed kunne den emosjonelle tilnærmingen som virket “riktig” for sykepleieren oppfattes som “feil” hos pasienten. Eksempelvis viser forskning at et målrettet fokus på vekt alene forsterket pasientenes følelse av å være deres diagnose. Faktisk hemmet dette ubalanserte fokuset den terapeutiske alliansen, ettersom pasientene oppfattet det som at sykepleierne ikke ønsket å støtte alle deres behov. Dette fikk brutale konsekvenser ved at den anorektiske atferden ble styrket grunnet mangel på psykologisk støtte ved vektøkningen, og det stridet dermed mot målet med behandlingen (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017, s. 8). Gjennom forskning og teori kan vi altså se at det er en negativ risiko å definere bedring kun ut ifra fysiske kriterier, og ikke ta hensyn til individets psykologiske funksjon.

6.1.2 Dialog om behandlingen

Teorien påpeker at vektoppgang er det essensielle første skritt i en suksessfull behandling (Attia, 2017, s. 179). Dette er pasientene som tidligere nevnt enig i, men de kritiserte behandlingsmåten (Sibeoni et al., 2017, s. 9). Det kan tenkes at dialogen mellom pasient og sykepleier kunne være mangelfull i forhold til pasientens behov. I en studie blir det antydnet at en dialog mellom pasient og sykepleier om målet for behandlingen og barrierene for en terapeutisk allianse er et vesentlig element i prosessen for å etablere en terapeutisk allianse. Det påpekes også at det er viktig å huske på at målene og oppgavene ikke nødvendigvis er statiske og skal fastholdes på en bestemt måte til enhver tid. Det må være rom for dialog mellom pasient og sykepleier, hvor meningsforskjeller kan diskuteres for å gjøre hver part i stand til å kjenne den andres posisjon (Sibeoni et al., 2017, s. 15). Med andre ord må hver part til enhver tid kjenne til den andres syn på målene for å nå frem til en avtale og en gjensidig forståelse om deres “felles” omsorgsprosjekt. Dette er også sentralt i Bordins alliansekomponenter hvor det vektlegges at pasienten og sykepleieren må komme til enighet om mål og oppgaver for å kunne etablere en terapeutisk allianse.

6.1.3 Kunnskap

Dersom sykepleieren skal kunne imøtekomme pasienten med en holistisk tilnærming, er det nødvendig med kunnskap. Dette understøttes av teori til Binder et al. og Travelbee. Travelbee påpeker at det er nødvendig at sykepleier har en intellektuell tilnærming, altså en kunnskapsbase og evner til å bruke den dersom hen skal kunne etablere et forhold til pasienten (Travelbee, 1999, s. 184). Dersom sykepleieren også formulerer sin faglige kompetanse til pasienten vil det kunne styrke tillitsforholdet, og medføre at klientens håp og forventning om endring øker (Binder et al., 2010; Timulak, 2010, sitert i Binder et al., 2021, s. 95). Det er lite overraskende at forskning viser at kunnskap er betydningsfullt for både sykepleiere og pasienten, men dens konsekvenser for den terapeutiske alliansen er derimot bemerkelsesverdige. Dersom sykepleierne hadde en forståelse for anoreksi var de bedre i stand til å løse indre uro som ellers ville hindre den terapeutiske alliansen (King & Turner, 2000; Snell et al., 2010, sitert i Zugai et al, 2018, s. 422). Dette viste seg ved at de håndterte sine egne interne konflikter og frustrasjoner, og reduserte dermed risikoen for frustrasjon og utbrenthet (Zugai et al., 2018, s. 421). Dette spilte igjen positivt tilbake på pasienten ved at tilliten deres til sykepleieren økte etter hvert som sykepleierne viste kunnskap om sykdommen (Ross & Green 2011, sitert i Salzmänn-Erikson & Dahlén, 2017).

Dersom sykepleieren derimot mangler kunnskap om lidelsen og forståelse for den hen hjelper, kan dette hemme den terapeutiske alliansen. Travelbee understreker at mangel på kunnskap hos sykepleieren vil føre til at hen ikke vil klare å avdekke og ivareta pasientens behov (Travelbee, 1999, s. 184), og dette kan derfor virke hemmende på den terapeutiske alliansen. Studier viste at dersom sykepleierne generaliserte pasientene basert på stereotype fordommer hadde dette brutal innvirkning på pasienten ved at det forsterket identiteten deres om å være anorektisk og dermed hindret prosessen mot bedre helse (Gulliksen et al., 2012; Offord et al., 2006, sitert i Salzmänn-Erikson & Dahlén, 2017, s. 10). Det forklares i studiene at generaliseringen kommer som følge av mangel på kunnskap (Ramjan, 2004, sitert i Salzmänn-Erikson & Dahlén, 2017, s. 9). Med andre ord har sykepleier potensial til å negativt påvirke og hindre bedring ved at de gradvis bygger opp et avvikende selv i relasjonen (Gulliksen et al. 2012; Offord et al. 2006, sitert i Salzmänn-Erikson & Dahlén, 2017, s.10). Pamela (sykepleier) uttrykte at hvis du som sykepleier ikke skiller

spiseforstyrrelsen fra personen, *er du fortapt*. Pasienten har en sykdom, og sykdommen kan påvirke hvordan de oppfører seg akkurat nå. Pamela stiller seg spørsmålet: "Hva kan jeg gjøre for å hjelpe dem til å oppføre seg på en måte som vil være mer nyttig for dem?" (Zugai et al., 2017, s. 421). Her kommer det frem at mangel på kunnskap strider mot den holistiske tilnærmingen ved at sykepleieren dermed ikke ser alle behovene til pasienten, men lidelsen får et stort fokus og overskygger pasientens behov.

6.2 Autoritær tilnærming

Gitt at sykepleieren har en holistisk tilnærming, er ikke dette nødvendigvis tilstrekkelig for den terapeutiske alliansen. I studien til Sibeoni et al. (2017, s. 12), fremkommer det at det terapeutiske forholdet til pasienten inkluderte et preg av kontroll.

6.2.1 Maktforskjell eller likhet i relasjonen

De profesjonelle anså det som nødvendig å ta kontroll over pasientens handlinger for å muliggjøre "normalisering" og redusering av symptomer. De mente at de måtte bestemme i pasientens ståsted, og opprettholde et rammeverk, basert på avdelingens regler og protokoller. Pasientene var derimot ambivalente til denne kontrollen som ble av dem ansett som en maktforskjell. På den ene siden anerkjente de betydningen av den kontinuerlig overvåkingen som de opplevde, men på den andre siden oppfattet de det som tvang og straff (Sibeoni et al., 2017, s. 12). Lovverket tilsier at det er sykepleierens plikt å informere pasienten tilstrekkelig slik at hun er innforstått med behandlingen hennes. Dette er på bakgrunn av pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1 (rett til medvirkning) og § 3-2 (rett til informasjon). Det fremkommer i § 3-1 at tjenestetilbudet så langt det lar seg gjøre, skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1- § 3-2). Medvirkning i egen behandling var sentralt i flere av studiene. I studien til Salzmann-Erikson & Dahlén (2017, s. 6-7), fremkom det at likeverd i relasjonen mellom sykepleier og pasient, respekt for hverandres posisjon og involvering i omsorg var betydningsfulle faktorer for relasjonen. Likhet i relasjonen gjorde at pasientene følte at de kunne uttrykke sine følelser,

samt at sykepleierne fritt kunne uttrykke det som var forventet av pasienten. Studien til Zugai et al. støtter også opp om involvering i omsorgen, hvor sykepleierne mente at en vellykket tilnærming var helt avhengig av samarbeid mellom pasient og sykepleier (Zugai et al., 2018, s. 421). Med utgangspunkt i studier og lovverk løftes det frem at den terapeutiske alliansen imidlertid vil være preget av en maktforskjell, og at det da er viktig at sykepleieren er bevisst sin maktposisjon og inkluderer pasienten i behandlingen sin.

6.2.2 Konsistens versus inkonsistens

De ytre motsetningene med konsistens og inkonsistens i utøvingen av sykepleie viser seg å ha betydning for den terapeutiske alliansen. I studien til Zugai et al. (2018, s. 420) fremkom det at konsistente sykepleieforventninger gav pasientene en følelse av trygghet og reduserte angsten ettersom de slapp å ta beslutninger som involverte mat og trening. Det kan tenkes at når pasienter vet hva som er forventet av dem, noe som i studien ga trygghet, kan det også øke deres tillit til sykepleieren. Med andre ord virket konsistente forventninger styrkende for den terapeutiske alliansen. Inkonsistens ble derimot vurdert negativt av både sykepleiere og pasientene, og kunne føre til en økt ambivalens hos pasienten. For eksempel da pasientene observerte forskjellsbehandling i forhold til andre pasienter, ble dette oppfattet som urettferdig og demotiverende, og som følge av inkonsistens ble pasientenes tillit i den terapeutiske alliansen undergravd (Zugai et al., 2018, s. 420).

6.2.3 “Lovens ånd fremfor lovens bokstav”

Til tross for den generelle avvisningen av inkonsistens, kunne det i spesielle tilfeller bli ansett som passende og produktivt for sykepleiere og pasienter å “vedta lovens ånd fremfor lovens bokstav” (Zugai et al., 2017, s. 420). Å vedta lovens ånd fremfor lovens bokstav betyr å opptre fleksibelt. Eksempelvis beskrev Georgina (pasient) at noen av matreglene var rigide. Hun henviste til et strengt regime hvor pasientene ble bedt om å slikke den resterende appelsinsaften fra tallerkenen. Dette antar vi var på grunn av at de skulle kutte ut tidligere

strategier som ved å lure seg unna mat kunne gi dem mestring. Da var det en sykepleier som sa at “dette ikke er en normal spisevane”. Hun ble svært godt likt av pasienter på avdelingen. (Zugai et al., 2018, s. 420). En slik fleksibel tilnærming viste seg altså å ha en veldig positiv innvirkning på den terapeutiske alliansen. Sykepleierne tilpasset reglene for å bedre imøtekomme pasientenes behov uten at dette skulle gå utover pasientens vektøkning (Zugai et al., 2018, s. 423). Den idéelle autoritære tilnærmingen blir betraktet som en konsistent tilnærming, men med grader av individuell fleksibilitet. Det fremkommer i et par studier at restriksjoner som behandlingstiltak måtte føles relevante og individuelt tilpasset, ellers ble de forstått som straffende og ikke styrket, og dette gjaldt særlig om de var basert på en overdreven autoritær tilnærming (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017, s. 10; Sibeoni et al., 2017, s. 10). Dette støttes også av teorien til Binder et al., hvor det fremkommer at når terapeuten opptrer fleksibelt og tilpasser seg klienten, kan det føre til at pasienten føler seg som et unikt og verdifullt menneske som fortjener en persontilpasset behandling og ikke som et tilfeldig nummer i rekken (Binder et al., 2021, s. 97).

6.3 Maternalistisk tilnærming

Gjennom en holistisk og autoritær tilnæringsmåte kan sykepleieren lykkes med å bygge en terapeutisk allianse. Likevel viser studier, og da spesielt basert på kvinner, at disse egenskapene ikke nødvendigvis er tilstrekkelig alene. I studiene til Zugai et al. (2018) og Wright (2015), ble det understreket at relasjonene mellom sykepleier og unge kvinner med anoreksi basert på en maternalistisk tilnærming så ut til å være produktive for å nå målene ved behandlingen. Wright beskrev tilnærmingen som den beskyttende, nærende og pleiende rollen en mor ofte har. Den virker trøstende, pleiende og beroligende, reduserer stress og hjelper pasienten med å føle seg ivaretatt (Wright, 2015, s.431).

6.3.1 Maternalisme kan fremme selvaksept og håp

Fra teorien fremkommer det at dersom sykepleier opptrer empatisk og varmt bekreftende, altså har maternalistiske holdninger, kan dette bidra til selvaksept hos pasienten (Norcross & Lambert, 2018, sitert i Binder et al., 2021, s. 97). Ifølge Travelbee betrakter sykepleieren pasienten som et unikt menneskelig individ når hen aksepterer pasienten. Hun poengterer også at sykepleieren ikke skal akseptere pasienten som lider slik hen er, men målrettet og bevisst gå inn for å endre hen (Travelbee, 1999, s. 199). I studien til Wright (2015, s. 436) blir det bekreftet at aksept er en kompleks prosess. I samme studie henvises det til May (1983,) som mener at når en person blir akseptert, frigjør dette personen til å være sitt eget vesen. Hun påpeker slik som Travelbee, at aksept må være av *personens potensial* snarere enn deres nåværende fysiske tilstand. May hevder at aksept av personen kan utlede *aksept av deres endrede bilde av seg selv* og dermed skape samarbeid. Denne erkjennelsen av at pasienten kan aksepteres av en annen person virker dermed befriende. Denne teorien blir også styrket gjennom et eksempel fra forskningen som blir introdusert under overskriften "Maternalism and mothering". Eva (sykepleier) viste overfor Lucy (21 år) at hun så potensialet i henne, og det ble dermed enklere for Lucy å akseptere seg selv. Lucy selv påpekte at forholdet hennes til Eva var nøkkelen til hennes bedring, da Eva trodde på henne nok til å hjelpe henne til å tro på seg selv (Wright, 2015, s. 435-436).

I studien til Wright (2015, s. 431) fremkommer det at sykepleierens maternalistiske tilnærming bidro til trygghet og håp hos pasientene. En kan si det slik at trygghet og håp er en drivkraft for pågangsvilje mot bedring. Dette synet støttes av Travelbee som i boken sin beskriver at den som mangler håp, ikke klarer å se noen utsikt til forandring eller forbedring i livet sitt, og da heller ingen løsninger på problemene eller veier ut av vanskelighetene. Ifølge henne er det den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast på håpet og unngå håpløshet. Hun påpeker også at håpet hos pasientene kan være avhengig av vissheten om at man får hjelp fra sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 122-123). Behandlerne i studien til Wright (2015, s. 437) var også tydelige på at de trengte å demonstrere at de trodde på at kvinnene kunne og ville komme seg, og på den måten kunne de styrke håpet hos pasientene.

6.3.2 En midlertidig tilnærming

Wright var tydelig på at en forutsetning for at den maternalistiske tilnærmingen skulle gi et positivt resultat, var at den var midlertidig og ment for å fremme modning, uavhengighet og separasjon fra morsfiguren, som i dette tilfellet var sykepleieren. Kvinnene i studien følte seg sårbare og hadde behov for en beskyttende og trøstende figur å forholde seg til. Målet for mange av dem var å forbli «trygge» til et slikt punkt at de var klare for å gi opp sin lidelse og bli utskrevet (Wright, 2015, s. 437). Den maternalistiske tilnærmingen krever altså at sykepleier gradvis trekker seg tilbake, og finner en balanse mellom nærhet og avstand. I en studie kom det frem at pasientene følte seg mer motiverte og trygge da sykepleierne etter hvert etterlot mer ansvar til pasientene samtidig som de var i behandling. Det kan tenkes at pasientene synes det var betryggende at de visste at sykepleierne var tilgjengelige om de trengte dem. Denne gradvise tilbaketrekingen styrket pasientenes selvfølelse og selvstendighetsfølelse ved at de klarte å ta vare på seg selv (Offord et al., 2006, sitert i Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017, s. 8). Dette understreker hvor viktig det er at sykepleieren i begynnelsen følger pasienten tett da pasienten kan kjenne på håpløshet, men etter hvert trekker seg tilbake når pasienten har gjenvunnet håpet og på denne måten kan modning fremmes hos pasienten.

6.3.3 Balansegang mellom kjærlighet og grenser

Studier understreker at det er viktig med en balansegang mellom maternalistiske holdninger og autoritet i møte med pasienten. Når sykepleiere var forståelsesfulle, men samtidig trygge nok til å utfordre pasienten, opplevdes dette positivt og det styrket følelsen av at sykepleierne var der for dem. Det samme gjaldt motsatt vei. Da sykepleieren tok kontroll fra pasientene, ble det ansatt som vesentlig at de også tydelig viste empati og forståelse for pasientens følelser (Bakker et al., 2011; van Ommen et al., 2009; Gulliksen et al., 2012, sitert i Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017, s. 8). Teori støtter forskningen ved å påpeke at selv om sykepleieren opptrer med ydmykhet og respekt, altså imøtekom pasienten med maternalistiske holdninger, kan dette gå for langt da pasienter har uttrykket et ønske om at terapeuten kunne ha vært mer styrende og utfordrende, for eksempel ved å gi praktiske

forslag og råd innen en klarere struktur (Anker et al., 2011, sitert i Binder et al., 2021, s. 95-96).

6.4 Metodediskusjon

Gjennom denne metodediskusjonen ønsker vi å identifisere noen styrker og svakheter i litteraturstudiet vårt.

Vi har brukt tre kvalitative artikler og to oversiktsartikler. Vi tenker at disse artiklene i en kombinasjon, vil gi større bredde og tyngde i oppgaven i forhold til om vi hadde utelatt oversiktsartikler eller kun inkludert kvalitative artikler. Oversiktsartiklene gir tyngde i standpunktene våre da disse representerer en stor andel, mens vi i de kvalitative artiklene kan komme dypere inn på enkeltpersoners tanker. Vi tenker at resultatene fra de kvalitative dataene gir mer tyngde og troverdighet eller eventuelt mister tyngde og troverdighet dersom de støttes eller motstrides av oversiktsartiklene. Dermed blir det enklere for oss å vurdere relevansen for enkeltpersoners meninger i de kvalitative artiklene, på bakgrunn av fundamentet oversiktsartiklene gir oss.

I oversiktsartiklene som er inkludert i oppgaven, skrevet av Sibeoni et al. (2017) og Salzmann- Erikson & Dahlén (2017) brukes det sekundærkilder. Det kan hende at forfatterne har feiltolket resultatene, men vi har likevel valgt å inkludere dem og stole på forfatterne, ettersom hver og en artikkel som er inkludert i oversiktsartiklene er blitt fagfellevurdert og er dermed kvalitetssjekket. I tillegg er det strenge prinsipper som gjelder når de blir fagfellevurdert og det er personer med kunnskap om kvalitetssikring som vurderer dem.

I oversiktsartiklene blir det brukt sekundærkilder som er over 10 år gamle. Ved å inkludere artikler som er eldre enn 10 år gamle er det mulig at vi har inkludert artikler som er utdaterte. Til tross for det har vi vært bevisst i analyseprosessen vår, og vi har utelukket kvantitative data som ikke har gyldighet i dag. Dessuten har vi stilt oss kritiske og vurdert

relevansen for artikler som er eldre enn 10 år. På en annen side kan tanker, følelser og handlinger som er eldre enn 10 år ha like stor relevans i dag som den gang, på samme måte som at Travelbee sin sykepleiefilosofi er like aktuell i dag som da hun levde.

7.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Vi har i denne bacheloroppgaven utforsket hvordan sykepleiere kan etablere en terapeutisk allianse med unge kvinner med anoreksi. Forskningen viser at det er faktorer hos sykepleieren som er ønskelig å bli møtt med, uavhengig av hvem sykepleieren møter. Gjennom forskningsartiklene fremkommer det at sykepleiere bør ha et holistisk syn, som innebærer å ha et individuelt syn på pasientene hen møter, samtidig som sykepleieren ser bredt på hvordan pasienten er. Mange sykepleiere har blitt kritisert for å overfokusere på fysiske faktorer, men teori og forskning påpeker at det fysiske ofte er et kamuflerende symptom på andre symptomer. Pasienter verdsatte sykepleiere som så personen bak de fysiske problemene og også tok hensyn til andre behov, slik som familiedynamikk, relasjoner, skole, yrker, selvtillit og destruktive tanker. Ettersom ambivalens er et sentralt kjennetegn i patologien til anoreksi, vil det kunne resultere i en svingende motivasjon i behandlingen hos pasienten. Det viser seg at det da er viktig at sykepleieren imøtekommer pasienten med en autoritær tilnærming og er personen som setter grenser for pasienten, ettersom pasienten er i en periode hvor det er vanskelig å sette grenser for seg selv. Pasientene omtalte sykepleiere som var konsistente i sin tilnærming som positive. Dette var fordi tilnærmingen deres minsket angst og uro, ettersom de selv da slapp å ta valg som omhandlet trening og mat, og hadde en person utenfor som kunne stille krav. I tillegg ønsket pasienter å bli møtt av sykepleiere som kunne tilpasse seg fleksibilitet, som viste seg å ha et positivt resultat for den terapeutiske alliansen. Pasienter verdsatte sykepleiere som i tillegg til at de stilte krav, også imøtekom dem med varme, genuinitet og engasjement, som gjenspeiler verdier i den typiske morsfiguren. Med andre ord ble det snakket varmt om en maternalistisk tilnærming blant de unge kvinnene med anoreksi, som fremmet trygghet og håp, og hadde positiv effekt på den terapeutiske alliansen.

Vi ønsker med resultatene våre å belyse hvordan sykepleiere kan skape en terapeutisk allianse med unge kvinner med anoreksi. Som tidligere nevnt tilsier statistikk fra Folkehelseinstituttet (2022) at det er en økende andel unge kvinner som har fått anoreksi etter pandemien, og derfor er dette et svært viktig og aktuelt tema. Ved å forstå hvordan en terapeutisk allianse kan oppnås, vil sykepleiere kunne ha en økt kapasitet til å ta seg av pasienter med anoreksi. For at dette skal være relevant for den kliniske praksisen, må det være tilgjengelige ressurser, opplæring og strukturell veiledning. Anvendelser av funnene fra disse studiene vil kunne hjelpe sykepleiere med å etablere terapeutiske allianser sammen med unge kvinner. En holistisk, autoritær og maternalistisk tilnærming i kombinasjon kan virke som effektive sykepleietilnærminger. Noe av det viktigste i hvert møte med pasienten er å prøve å forstå pasienten uavhengig av generaliserende lidelsesbeskrivelser. Vi vil avslutte bacheloroppgaven slik vi innledet teorien, "for å forstå helt ut en persons spiseforstyrrelse må vi bli kjent med og forstå det enkelte mennesket" (Skårderud, 2020, s. 145).

8.0 Referanseliste

- Attia, E. (2017). Anorexia Nervosa: Epidemiology, Course and Outcome. I K.D. Brownell & B.T. Walsh (Red.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (3.utg., s. 179). The Guilford Press.
- Binder, P.-E., Lorås, L. & Thuen, F. (2021). *Håndbok i individualterapi*. Fagbokforlaget.
- Corral-Liria, I., Alonso-Maza, M., González-Luis, J., Fernández-Pascual, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., & Losa-Iglesias, M. (2021). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 840–849. <https://doi.org/10.1111/ppc.12858>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- FN-SAMBANDET. (2019). *Fødsler blant unge kvinner (15-19 år)*. <https://www.fn.no/Statistikk/tenaaringsfoedsler>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 14.juli). *Kraftig økning i spiseforstyrrelser hos unge jenter under pandemien*. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kraftig-okning-i-spiseforstyrrelser-hos-unge-jenter-under-pandemien/>
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *4. Kritisk vurdering*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *4.1 Sjekklist*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Helsedirektoratet. (2017, 25.april). *1.1. Definisjon og diagnostiske kriterier*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier>
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *16.3. Tvungent psykisk helsevern: Formelle regler*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/rettslig-grunnlag-ved-behandling-av-spiseforstyrrelser/tvungent-psykisk-helsevern>

- Helsedirektoratet. (2017, 25.april). 16.3. *Tvungent psykisk helsevern: Manglende samtykkekompetanse*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/rettslig-grunnlag-ved-behandling-av-spiseforstyrrelser/tvungent-psykisk-helsevern>
- Kildekompasset. (2023, 8.mai). *IMRaD-modellen*.
<https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon>
- Kjøs, P. & Oddli, H. W. (2012). Å gjøre endring relevant - alliansen som knutepunkt. I E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: et integrativt perspektiv* (s. 194-215). Pax Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., bind 1, s. 225-282). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvinne. (u.å.). Det Norske Akademis ordbok. Hentet 15.april 2023 fra
<https://naob.no/ordbok/kvinne>
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 7.oktober). *Forekomst av anoreksi*.
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-forekomst>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 199. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Salzmann-Erikson, M. & Dahlen, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>
- Sibeoni, J., Orri, M., Valentin, M., Podlipski, M.-A., Colin, S., Pradere, J., & Revah-Levy, A. (2017). Metasynthesis of the views about treatment of anorexia nervosa in adolescents: Perspectives of adolescents, parents, and professionals. *PloS One*, 12(1), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169493>
- Skårderud, F. (2020). Spiseforstyrrelser. I M.T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser: - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (s. 145-176). Gyldendal Norsk Forlag AS..
- Skårderud, F. Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *SULT - Mentaliseringsbaserte tilnærminger*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Søk & skriv. (2023, 4.mai). *Søketeknikker*.
<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wright, K. M. (2015). Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 431–439.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12198>

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>

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1: ICD-10 kriterier for anoreksi

ICD-10 kriterier for anoreksi
a) Kroppsvekten holdes minst 15 % under forventet vekt (enten ved vekttap eller ved manglende vektøkning), eller Quetelets. Kroppsmasseindex¹ er 17,5 eller mindre. Prepubertale pasienter kan vise manglende evne til å nå forventet vektøkning i vekstperioden.
b) Vekttapet er selvfremkalt ved at «fetende mat» unngås. Ett eller flere av følgende kan også være til stede: Selvfremkalte brekninger og bruk av avføringsmidler, overdreven trening og bruk av appetittdependerende midler og diuretika.
c) Forstyrret kroppsoppfatning i form av en spesifikk psykopatologi, der frykten for å bli overvektig vedvarer i form av en påtrengende overdreven ide, og individet pålegger seg selv en lav vektgrense.
d) Omfattende endokrin sykdom som omfatter akselen hypothalamus – hypofyse-gonade, er til stede hos kvinner som amenorré , og hos menn som tap av seksuell interesse og potens. (Et klart unntak er vedvarende vaginale blødninger hos anorektiske kvinner som får hormonerstatningsterapi, vanligvis i form av befruktningshindrende piller). Det kan også være økt mengder av veksthormoner og kortisol, forandringer i den perifere metabolismen av tyreoidhormonet , og unormal insulinsekresjon.
e) Hvis utbruddet er prepubertalt, blir den pubertale utviklingen forsinket (vekststans som hos jenter vises ved at brystene ikke blir utviklet og ved at det foreligger primær amenorré , og hos gutter ved at genitaliene ikke utvikles normalt). Ved helbredelse blir puberteten ofte fullført normalt, men den første menstruasjonen inntreffer sent.

Vedlegg 2: PIO-skjema

Problemstilling: "Hvordan kan sykepleier etablere og opprettholde en terapeutisk allianse med unge jenter med anorexia nervosa i institusjon?"			
	P	I	O

	Populasjon/ problem	Intervensjon, tiltak, eksposisjon, Interesse	Utfall
Norske begrep	Anoreksia nervosa	Sykepleier	Terapeutisk allianse
	Ungdommer, tenårene, tenåringer, ungdomstid, unge jenter, jenter i tenårene	Holistisk sykepleie Maternalisme	Relasjon
Mesh Emneord	Anorexia nervosa, anorexia nervosas	Nurses, nursing personnel, registered nurse, registered nurses	Therapeutic alliance, Therapeutic alliances
	Adolescent, adolescents, adolescence, teens, teen, teenagers, teenager, youth, youths, female adolescents, female adolescent	Holistic Nursing Maternalisme eksisterer ikke i Mesh	Relationship, relationships
Tekstord Ordene/frasene er vist ved bruk av trunkering og frasesøk, noe som varierer fra database til database om er relevant.	Adolescent*, teen*, youth*, female*, "female adolescent"	"Holistic nurs*"	Relation*
		Maternalisme	

Vedlegg 3: Søketablell

Dato	Database med kommentarer til søkeord	Søkeord	Avgrensninger i utførelsen av søket	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
------	--	---------	--	-----------------	---------------------	-------------------	------------------------

16.02.23	Ovid Medline / = emneord uten / = tekstord	Anorexia nervosa/ OR "Anorexia nervosa" AND Nurses/ OR Nurs* AND "Therapeutic Alliance"/ OR "Therapeutic Alliance*"	2013-2023	5	4	2	0
17.02.23	Epistemonikos Alle søk er utført som "Title/abstract"	Anorexia nervosa OR Eating disorder AND Nurse AND Child psychiatry OR Therapeutic alliance OR Nurse-patient relation		5	0	0	0
17.02.23	Campbell collaboration	Anorexia nervosa		0	0	0	0
17.02.23	CINAHL MH = emneord Uten MH = tekstord	MH "Anorexia Nervosa" OR Anorexia Nervosa AND MH "Nurses" OR "Nurse" AND MH "Therapeutic Alliance" OR Therapeutic alliance AND MH "Nurse-Patient Relations" OR Nurse-Patient relation	2013-2023 Alder: ungdom Kjønn: jenter	6	4	4	2 Zugai et al., 2018 Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017
21.02.23	PsycInfo "exp .../" = Emneord mp. = tekstord	exp Anorexia Nervosa/ OR Anorexia nervosa.mp. AND exp Nurses/ OR Nurs*.mp. AND exp Therapeutic Alliance/ OR therapeutic alliance.mp. OR exp. Relationship/ OR Relationship.mp.	2013-2023	10	8	3	2 Zugai RN et al., 2018 Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017
21.02.23	Embase / = emneord	Anorexia nervosa/ OR Anorexia nervosa.mp. AND Nurse/ OR Nurs*.mp. AND Therapeutic alliance/ OR "Therapeutic alliance".mp. OR	2013-2023	10	6	4	Zugai RN et al., 2017 Sibeoni et al., 2017

		Relationship/ OR Relationship.mp.					
mp. = tekstord						
06.03.23	CINAHL MH "... " = emneord Uten MH = tekstord	(MH "Anorexia Nervosa") OR "Anorexia Nervosa" OR (MH "Eating Disorders") OR "Eating disorders" AND (MH "Holistic Nursing") OR "Holistic Nurs*"		5	1	1	1 Corral-Liria et. al., 2021
06.03.23	Cochrane Library Alle søk er utført som "Title abstract keyword"	Anorexia nervosa OR Eating disorder AND Holistic nursing	2013- 2023	Cochrane Reviews: 3 Cochrane Protocols: 2	2	2	0
06.03.23	Ovid Medline .../ = emneord mp. = tekstord	Anorexia Nervosa/ OR Anorexia Nervosa.mp. OR Feeding and Eating Disorders/ OR Eating disorders.mp. AND Holistic Nursing/ OR Holistic nursing.mp.	2013- 2023	2	1	1	1 Corral-Liria et. al., 2021
07.03.23	CINAHL MH = emneord Uten MH = tekstord Ikke søkt på maternalism som emneord, grunnet at det ikke finnes	(MH "Anorexia Nervosa") OR "Anorexia Nervosa" OR MH "Eating Disorders") OR "Eating disorders" AND (MH "Holistic Nursing") OR "maternalism"		2	1	1	1 Wright, 2015
07.03.23	Embase	Anorexia nervosa/ OR anorexia nervosa.mp. AND maternalism. mp.		2	1	1	0

	.../ = emneord						
	...mp. = tekstord						
07.03.23	Cochrane Library Alle søk er utført som "Title, abstract, keyword"	"Anorexia nervosa" AND "Therapeutic alliance"	2013-2023	20 trials	2	2	0
07.03.23	Cochrane Library Alle søk er utført som "Title, abstract, keyword"	"Anorexia nervosa" AND Maternalism	2013-2023	9 trials	2	1	0

Vedlegg 4: Elementer i problemstillingen

Forfatter(e) av artikkel	Sykepleier?	Terapeutisk allianse?	Alder	Kjønn	Diagnose
Zugai et al., 2018	Hovedtema i artikkelen	Ja	<u>Fase 2</u> Gjennomsnittsalder: 20 år	<u>Fase 2</u> 97 % jenter/kvinner (n=33) 3% gutter/menn (n=1) *analyse-dataene vi har benyttet oss av er fra fase 2	Anoreksi

Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017	Hovedtema i artikkelen	Ja	65 + pasienter som er bekreftet under 25 år med anoreksi. Blir f.eks. oppgitt "38 personer som er mellom 18-51 år", 15 personer som er over 18 år. Disse er ikke inkludert.	En overvekt av kvinner.	Anoreksi
Sibeoni et al., 2017		Ja	Ungdommer Høyest alder: 20 år	322 ungdommer. Stort flertall av jenter.	Anoreksi
Wright, 2015	7 sykepleiere av totalt 13 arbeidere.	Ja	4/13 kvinner var under 25 år, men 9/13 har vært i behandling siden de var yngre enn 25 år.	Kun kvinner 13 pers.	Anoreksi
Corral-Liria et al., 2021	Hovedtema i artikkelen	Ja	Gjennomsnittsalder: 28 år	12/19 pasienter var kvinner	13/9 har anoreksi, resten: "Binge Eating Disorder" og "Bulimia"

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

Om sjekklisten

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

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

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

Kritisk vurdering av:

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

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Hensikten med studie er å analysere de relasjonelle erfaringene blant pasienter med spiseforstyrrelser og sykepleiere.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien har som mål å forstå og belyse opplevelser hos pasientene og sykepleierne.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Kvalitative forskningsmetoder ble brukt da de er best egnet for å forstå et så komplekst fenomen som deltakernes opplevelse.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi

de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

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

Kommentar:

For utvelgelse av pasienter rådførte de seg med sykepleierne om hvem de mente kunne delta og gi interessant innhold. Kun de pasientene som var over 18 år med diagnostisert spiseforstyrrelse, og som hadde vært under et sykepleieoppfølgingsprogram i minst tre måneder fikk delta i studien. Pasienter som hadde språkvansker og de som hadde en psykisk eller fysisk tilstand som hindret dem i å formidle sin erfaring, deltok ikke i studien. Når det gjaldt sykepleierne som deltok, var det psykiatriske sykepleiere med minst to års erfaring i omsorgen for personer med spiseforstyrrelser. Dette for å sikre god omsorg.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

Semistrukturerte dybdeintervjuer og narrative intervjuer, hvor det ble tatt opptak. Alle intervjuene ble gjennomført på et møterom sammen med intervjueren. Deltakerne kunne bestemme når intervjuene skulle starte og slutte og avtalte på forhånd en varighet på 30-45 min. For å gjennomføre intervjuene ble det skreddersydd et manus basert på målene med forskningen. Intervjuene inneholdt åpne spørsmål som var planlagt på forhånd og supplert med andre som dukket opp underveis under intervjuene.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Intervjuene ble gjennomført på et møterom, og intervjueren var bevisst på å oppfylle deltakernes behov som komfort, privatliv, fravær av ekstern støy og tilstrekkelig temperatur. Målet for forskerne var å holde seg nær deltakernes beretninger, mens de bevegde seg mot en sammenhengende tolkning av hele datasettet. Forskerne var oppmerksomme på at tidligere erfaring er avgjørende for analysen og bør brukes til deres fordel, «de måtte hjelpe dataene til å bevege seg langs veiene og ikke skape veiene».

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

Studien ble utført i henhold til de etiske prinsippene all forskning ledes etter. Før intervjuene ble gjennomført, ble alle deltakerne gjort oppmerksomme på formålet med studien samt anonymitet, og de ga skriftlig samtykke til deltakelse og opptak av intervjuene. Det ble også gjort klart at deltakerne kunne trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Studien fikk godkjenning fra Forskningsetisk komité av sykehuset.

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

Ja – Nei – Uklart

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

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

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

Kommentar:

For å analysere dataene ble det utført en tematisk analyse av informasjonen som ble samlet inn fra intervjuer og fortellinger av MAM, ICL og MLI (kvinnelige forskere). Data ble transkribert og gjennomgått flere ganger for å kodes. Fra kodene og deres tolkning ble det generert store tematiske områder som representerte fenomenene, og gjorde det mulig å rekonstruere deres betydning. Målet var å holde seg nær deltakernes beskrivelser mens man beveget seg mot en sammenhengende tolkning av hele datasettet. For å sikre kvalitet i forskningen, fulgte de Lincoln og Gubas kriterier.

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

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

Kommentar:

Funnene er klart presentert og diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen. Det er også trukket inn andre kilder for å underbygge funnene.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar:

Studien har vist at hjelpen pasienter får fra sykepleie med helhetlig omsorg er uventet. For å ta vare på en person med en spiseforstyrrelse, er det viktig å unnsnippe overfladiskhet, «søke etter røttene», og alle faktorer som er involvert, slik at pasienten virkelig kan forstås. Det er viktig at sykepleiere og pasienter uttrykker sine følelser. Studien avdekket at det er behov for bedre koordinering, samarbeid og trening for å nå felles mål.

Vedlegg 6: utdrag fra resultatanalyse

Problemstilling:			
Hvordan kan sykepleier etablere en terapeutisk allianse med unge kvinner med anoreksi?			
Forfatter	Tematisk funn		
	Holistisk tilnærming	Maternalistisk tilnærming	Autoritær tilnærming
S. Zugai et al., 2018	<p><u>Eksternalisere lidelsen</u></p> <p>Skille mellom pasienten og lidelsen anoreksi. Forstå hvordan lidelsen påvirker atferden. → Sykepleierne håndterte bedre sine egne interne konflikter og frustrasjoner, og reduserte dermed risikoen for frustrasjon og utbrenthet (s.421)</p> <p>Pasienter var ofte innviklet i patologien til anoreksi, men innså at det var viktig å eksternalisere det som et perifert element av seg selv (s. 421).</p> <p>Hvis du ikke skiller lidelsen fra personen er du fortapt... (Pamela, sykepleier) (s. 421)</p> <p><u>Kunnskap</u></p> <p>Ved å forstå anoreksi sin natur var sykepleierne bedre i stand til å løse indre uro som ellers ville hindret den terapeutiske alliansen (s.422). Ettersom sykepleiere opprettholdt en ikke-dømmende og forståelsesfull orientering, opplevde pasientene omsorg tilsvarende.</p> <p><u>Individualisme</u></p> <p>Et overfokus på vektøkning og vektlegging av</p>	<p>→ <u>Verdsettelse av moderlige sykepleiere</u></p> <p>De sykepleierne som ble ansett som "moderlige" ble verdsatt hos pasientene (s. 419). Disse ble beskrevet som oppmerksomme, empatiske, håpefulle, forståelsesfulle og ikke-dømmende, genuint omsorgsfulle, tilgjengelige sykepleiere, som autentiske og ærlige (s.422).</p> <p>→<u>Tillitsskapende</u></p> <p>Pasienter stolte på de maternalistiske sykepleierne (s. 424).</p> <p><u>Balansegang: "love and limits"</u></p> <p>Sykepleiere etablerte en terapeutisk allianse ved å opprettholde en balanse mellom positivt mellommenneskelig engasjement og terapeutisk bruk av deres autoritet: «kjærlighet og grenser». (s.422)</p>	<p><u>Den autoritære tilnærmingen hadde implikasjoner for den terapeutiske alliansen</u></p> <p>I denne studien inntok sykepleiere en makt- og autoritetsposisjon. Måten sykepleiere brukte og opprettholdt sin maktposisjon hadde implikasjoner for kvaliteten på den terapeutiske alliansen; måten sykepleiere utøvde sin autoritet på hadde implikasjoner for deres forhold til forbrukere (s. 421)</p> <p><u>Balansegang</u></p> <p>Den terapeutiske alliansen innebar mellommenneskelig engasjement og en balansert anvendelse av autoritet (s. 416)</p> <p><u>Inkonsistens</u></p> <p>Inkonsistens ble vurdert negativt av både sykepleiere og pasienter. Noen av pasientene som opplevde lav grad av tilfredshet med omsorgen i fase én, skyldtes opplevde inkonsistenser. Usikkerheten i forventningene førte til at pasientene opplevde forvirring og angst. Pasientenes følelse av ambivalens økte når de ble møtt med inkonsistenser (s. 420).</p> <p><u>Konsistens</u></p> <p>Konsistente, klare og forutsigbare sykepleieforventninger gav pasientene en trygghet. Ved å opprettholde et fast sett med regler, lettet sykepleiere forbrukere fra angsten for å ta beslutninger som involverer mat og trening. (s. 420).</p>

	<p>sykdommen førte til at forbrukere følte seg straffet og ugyldig som individ. Motsatt, dersom sykepleierne fokuserte på en holistisk tilnærming som ikke nødvendigvis var relatert til fysisk observerbar fremgang, bekreftet de ovenfor pasientene at lidelsen ikke var en personlig definerende egenskap, og at de var en unik person med ulike behov (s. 422).</p>		<p>Pasienter mente at inkonsekvente forventninger var urettferdige og demotiverende. Pasientenes tillit til den terapeutiske verdien av spiseforstyrrelsesprogrammet ble undergravd (s. 420).</p> <p><u>Grad av fleksibilitet</u></p> <p>Til tross for den generelle avvisningen av inkonsekvenser, ble det under visse omstendigheter ansett som passende og produktivt for sykepleierne å vedta "lovens ånd" fremfor "lovens bokstav" (s. 420).</p> <p>Eksempelvis: noen av matkravene var rigide. Pasienten Georgina fortalte at pasientene på avd. måtte slikke saften av tallerkenen etter de hadde spist appelsin. Da var det en sykepleier som sa at "dette er ikke en normal spisesvane". Hun ble veldig godt likt på avdelingen (s. 420).</p> <p>Resultatene i denne studien viser at den terapeutiske alliansen ble styrket da sykepleiere opprettholde et konsistent sett med forventninger, samtidig som de hadde grad av fleksibilitet for å individualisere omsorgen. (s. 423).</p>
--	---	--	---