BACHELOR OPPGAVEN 2014:

ANOREXIA NERVOSA HOS BARN OG UNGDOM MELLOM 12 OG 18 ÅR.

Hvordan kan den terapeutiske sykepleier/pasient-relasjonen danne grunnlag for bedret selvfølelse til en pasient som lider av anorexia nervosa?

Kandidater: Heidi L. Bergløkken, May Kristin Heggernes, Karoline F. Hjelmeland, Ingvild Brandvold og Monica Sæther.

Dato: 09.05.2014

Høgskolen i Gjøvik,
Seksjon for sykepleie
Våren 2014

SAMMENDRAG

Tittel:	Anorexia Nervosa hos Barn og ungdom mellom 12 og 18 år	Dato : 09.05.14
	Hvordan kan den terapeutiske sykepleier/pasient-relasjonen danne grunnlag for bedret selvfølelse til en pasient som lider av anorexia nervosa?	
Deltaker(e)/	Heidi L. Bergløkken, May Kristin Heggernes, Karoline F. Hjelmeland, Ingvild Brandvold og Monica Sæther.	
Veileder(e):	Kirsten Nordang	
Nøkkelord (3-5 stk)	Anorexia nervosa, adolescent, self-esteem, nurse-patient relationship og treatment.	

Antall sider/ord: 57/ 11 985	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja

Introduksjon:
Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse som kan ramme alle i alle aldre. Men vi har sett at ungdom mellom 12 og 18 år er mer utsatt for å utvikle lidelsen på grunn av ytre faktorer.

Hensikt:
Hensikten med oppgaven er å belyse lidelsen anorexia nervosa ved bruk av et sykepleieperspektiv. Vi vil sette mer fokus på hvordan sykepleieren kan bygge et godt grunnlag gjennom den terapeutiske sykepleier/pasient-relasjon for å øke pasientens selvfølelse.

Metode:
Oppgaven er en litteraturstudie. Vi har brukt Academic Search Elite og Cinahl som databaser for våre søk.

Konklusjon:
Vi mener det er nødvendig med økt kunnskap og gode kommunikasjonsferdigheter, da dette kan bidra til at relasjonsbyggingen kan bli enklere og som igjen kan føre til at pasienten får økt selvfølelse.

ABSTRACT

Title:	Children and adolescents with anorexia nervosa between 12 and 18 years. *How can the therapeutic nurse/patient relationship from the basis for improved self-esteem of a patient suffering from anorexia nervosa?*	Date : 09.05.14
Participants/	Heidi L. Bergløkken, May Kristin Heggernes, Karoline F. Hjelmeland, Ingvild Brandvold og Monica Sæther.	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Keywords (3-5)	Anorexia nervosa, adolescent, self-esteem, nurse-patient relationship and treatment.	

Number of pages/words: 57/ 11 985	Number of appendix: 2	Availability: open

Introduction:
Anorexia nervosa is an eating disorder that can affect anyone at all ages. But we have seen that adolescent between 12 and 18 years are more likely to develop the disorder caused by external factors.

Purpose:
The purpose of the study was to examine the disorder anorexia nervosa using a nursing perspective. We will put more focus on how nurses can build a solid foundation through the therapeutic nurse/patient-relationship to improve the patient's self-esteem.

Method:
The paper is a literature study. We have used Academic Search Elite and Cinahl databases in our search.

Conclusion:
We believe it is necessary to increase knowledge and good communication skills, as this can make relationship building easier, which may increase the patient self-esteem.

Forord:

I vår bacheloroppgave, som er en litteraturstudie, har vi valgt å skrive om barn og ungdom mellom 12 og 18 år som lider av spiseforstyrrelsen anorexia nervosa.

Vi har hørt og lest mye om spiseforstyrrelser, men har ikke direkte vært i kontakt med denne pasientgruppen i arbeidssammenheng. Siden dette er et relativt stort problem, som vil bli mer tydelig innen helsevesenet, er sjansen stor for at vi kan treffe disse pasientene i vårt arbeid som sykepleiere. Her vil vi også møte pårørende som nære omsorgspersoner. Vi ønsker da å kunne bidra gjennom en god sykepleier/pasient-relasjon for å bedre pasientens selvfølelse.

Vi vil møte disse pasientene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i en avdeling tilrettelagt for spiseforstyrrelser. Det er her viktig å oppnå en god terapeutisk sykepleier/pasient-relasjon ovenfor pasienten for å kunne oppnå ønsket effekt av behandlingen.

Dette er en sykdom som er mest utbredt blant barn og ungdom. Vi ønsker med vår bachelor oppgave å sette søkelyset på hvordan denne pasientgruppen sliter med lav selvfølelse.

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag

Abstract

Forord

1.0 Innledning 7
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema 7
1.2 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder 7
1.3 Insidens 8
1.4 Terapeutisk relasjon 8
1.5 Kommunikasjon med barn og unge 9
1.6 Selvfølelse 10
2.0 Bakgrunn 12
2.1 Spiseforstyrrelser 12
2.1.1 Anorexia nervosa 12
2.1.2 Bulimia nervosa: 13
2.1.3 Fedme 13
2.2 Utløsende årsaker/symptomer 13
2.2.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid 15
2.3 Behandling 15
2.3.1 Relasjon 16
2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee 17
2.5 Formål og hensikt med oppgaven 18
2.6 Avgrensning av hensikten 18
3.0 Metode 19
3.1 Litteraturstudie 19
3.1.1 Svake og sterke sider ved en litteraturstudie 19
3.2 Søkehistorikk 19
3.2.1 Inklusjonskriterier 20
3.3 Kvalitative/kvantitative metoder 20
3.3.1 Kvalitative metoder 20

3.3.2 Kvantitative metoder 21
4.0 Resultatdel 22
4.1 Presentasjon av artikler 23
4.2 Hovedpunkter fra artiklene 30
4.3 Sammenligninger av artikler 33
4.3.1 Den terapeutiske relasjon 33
4.3.2 Sunn kroppsvekt 34
4.3.3 Selvfølelse 34
4.3.4 Anorexia nervosa 34
4.3.5 Utdanning og kvalitet i sykepleie 35
4.4 Forskjeller i helsevesenet 36
5.0 Drøfting 37
5.1 Trygghet og tillit i behandlingen 37
5.1.1 Kommunikasjon 38
5.2 Den terapeutiske relasjonen: 39
5.3 Selvfølelse 41
5.4 Vektoppgang 43
5.4.1 Pasientens spisevaner: 43
5.4.2 Ta tiden til hjelp: 44
5.4.3 Etiske dilemmaer 46
5.5 Kritikk til egen oppgave 46
6.0 Konklusjon 48
7.0 Litteraturliste 50
8.0 Vedlegg 55
8.1 Vedlegg 1 55
8.2 Vedlegg 2 56

Antall ord: 11 985

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Vi ønsker å finne ut hvordan den terapeutiske sykepleier/pasient-relasjonen kan medvirke til bedret selvfølelse til barn- og ungdom mellom 12-18 år. Anorexia nervosa er en sykdom som både jenter og gutter kan rammes av, men det er flest jenter som får denne lidelsen. Jenter blir mer utsatt for samfunnets krav til å være tynn gjennom ulike ungdomsmagasiner (Skårderud 2004). I følge Halvorsen (2007) er anorexia nervosa et tabubelagt område for gutter. Skårderud (2004) hevder at hos gutter kan spiseforstyrrelser ses i sammenheng med mørketall, mest fordi spiseforstyrrelser blir omtalt som en jentesykdom. Det er mange gutter som kvier seg for å søke hjelp, da det først og fremst er vanskelig og skulle innrømme at man lider av en spiseforstyrrelse. I tillegg kan de føle på skammen over å kunne lide av en jentelidelse.
Det antas at omtrent 60 % av de som lider av spiseforstyrrelser blir helt friske. Den tredje største dødsårsaken når det gjelder tenåringsjenter i Europa er anorexia nervosa. Av de som lider av anorexia nervosa er det mellom en tredjedel og halvparten som tar selvmord (ibid.).

Vi ønsker å finne ut om det er forskningsmateriale knyttet opp mot sykepleie og barn- og ungdom sine utfordringer med tanke på anorexia nervosa og bedret selvfølelse. Hensikten med oppgaven er å skape en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient for å bedre pasienten sin selvfølelse. Vi starter med å belyse temaer som er rettet mot vår oppgave. Videre i oppgaven vises det til hvilke resultater vi har kommet fram til på bakgrunn av våre litteraturfunn. Begrunnelsen for vårt valg av tema er å få bedre forståelse av lidelsen anorexia nervosa og hvilke utfordringer denne pasientgruppen har i forhold til sin selvfølelse.

1.2 Temaets relasjon til seksjonens forskningsområder

Seksjonens forskningsområder for Høgskolen i Gjøvik består av kvalitet i sykepleie, utdanningskvalitet og helse i dagliglivet (Borø 2013). Både kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet kan knyttes opp mot vår hensikt, men vi velger å vektlegge kvalitet i sykepleie. Kvalitet i sykepleie består av to fokusområder; personalets funksjon og sikkerhet og pasienters behov og sikkerhet (Lillemoen 2012). Vi velger disse punktene fordi det er sentralt

i samhandlingen mellom sykepleier, pasient, pårørende og det tverrfaglige teamet. Pasientens grunnleggende behov ser vi også som et aktuelt forskningsområde innen sykepleien.

1.3 Insidens

Over 90 % av de som får diagnosen anorexia nervosa er jenter og 10 % er gutter i tenårene, eller først i 20-årene. 0,2 - 0,4 % av befolkningen antas å ha anorexia nervosa, hvorav ca. 50 nye tilfeller per 100.000 per år er yngre kvinner. Selv om det ikke har vært noen økning av antallet med lidelsen etter 2000-tallet, har antallet av de som søker hjelp økt. 50.000 norske kvinner mellom 15 og 45 år hadde for 10 år siden en alvorlig behandlingstrengende spiseforstyrrelse. Av disse var 600 avhengig av høyt spesialiserte tjenester. Antallet har gått noe ned til november 2013 (Norsk helseinformatikk [NHI] 2013b).

1.4 Terapeutisk relasjon

”Terapeutisk relasjon handler om det emosjonelle klimaet som terapeut og klient har seg imellom” (Christensen, s. 22).

Kommunikasjon bør for pasienten oppfattes positivt og ikke føles som en brikke for å nå et klart mål. Men har sykepleieren gode kommunikasjonsferdigheter kan dette være til hjelp både for pasienten og sykepleieren for å komme til målet. Kommunikative ferdigheter er en del av sykepleierens generelle kompetanse. Men det alene hjelper ikke pasienten til å bli klar til å takle livet sitt igjen. Respekt og autonomi må også være noe vi ser i sammen med det å inneha kommunikative kunnskaper. Når disse prinsippene er oppfylt, kan en si at kommunikative ferdigheter kan sees på som noe positivt i forhold til vår kompetanse (Håkonsen 1999).

I en terapeutisk relasjon er det noen elementære punkter som er viktige i kommunikasjonen: *Oppmerksomhet* sier noe om hvordan vi bruker blikket vårt, snur kroppen vår i ulike retninger og hvordan vi bruker tiden vår overfor pasienten. *Lytting* innebærer både de verbale og non-verbale beskjedene vi klarer å plukke opp fra pasienten. *Empati* vil si det å gi pasienten tilbakemelding om at vi som sykepleiere forstår og viser respekt og innlevelse i det pasienten uttrykker. *Utforsking* kan hjelpe pasienten til å akseptere sin lidelse ved at vi som sykepleiere

er i stand til å observere pasientens tankegang, anliggende og følelser – og på den måten kan vi som sykepleiere klare å benytte dette videre i det terapeutiske arbeidet (ibid.).

I relasjonsbyggingen er det viktig at pasienten opplever å bli respektert og at pasienten opplever sykepleieren som engasjert og årvåken. En god relasjon kan også være betinget av en god tone mellom pasient og sykepleier. Det er av betydning at sykepleieren er oppmerksom på det pasienten sier, uten selv å tolke utsagnene (Ulvestad m.fl. 2007).

Den terapeutiske alliansen er egenskapen og kraften i samarbeidet mellom pasient og sykepleier i terapisituasjonen. Dette omfatter noe positivt mellom pasient og sykepleier som for eksempel felles tillit, respekt, å bry seg om og det å vise omtanke. Erkjennelse blir da viktig i forhold til relasjon, behandlingens mål, en aktiv tilstedeværelse, interesse og den behandlingen som vil bli brukt for å nå målene (ibid.).

1.5 Kommunikasjon med barn og unge

I følge Eide og Eide (2012) er alle barn og ungdom unike. Det kan ut i fra dette ikke bli gitt noen tydelige råd om hvordan man best kan kommunisere med barn og ungdom. Barn og ungdom befinner seg på hvert sitt trinn i utviklingen, dette fordi hvert enkelt individ og hver situasjon er forskjellig. I følge Eide og Eide (2012) mener Sundal at når det oppstår en sykdom innebærer dette også en opplevelse av krise som kan innebære både engstelse og usikkerhet. Når rutiner fravikes vil kontaktforholdene forandres og oppførselen til foreldrene kan bli annerledes og det kan komme nye individer inn som hjelpere. Den som er hjelper, må være klar over den rollen en setter seg i og hvordan pårørende bør involveres, for eksempel ved innleggelser.

I følge Eide og Eide (2012, s. 358) hevder Bugge m.fl. at ”Barn og unge har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne ”. Når sykdom rammer barn og ungdom, er det viktig å skape trygghet i sykdomssituasjonen. Barn og ungdom føler sikkerhet i nærheten av personer de kjenner og i situasjoner der de vet hva som venter dem. Der barn og ungdom ikke opplever å ha kontroll, kan det bli avgjørende å vise at man ser og forstår. For at de skal forstå hva som skal skje er det viktig å vise varme, være omsorgsfull, informere og forklare (Eide og Eide 2012).

For å skape trygghet og tillit blant barn og ungdom, vil kommunikasjon være avgjørende. Det å skape tillit tar tid ved at man må teste ut ulike metoder. For å oppnå tillit forutsetter dette oppmerksomhet fra barn og ungdom (Eide og Eide 2012). Ungdom fra 12 år og oppover kan være språkmektige og de klarer å kommunisere med voksne. De trenger ikke å ha opplevd situasjoner, men de har evnen til å sette seg inn i dem. Ungdom har ofte store forventninger til seg selv og de kan lett føle at de ikke strekker til (ibid.).

Bekreftelse fra andre blir viktig, dette fordi selvfølelsen er utsatt. Mangelfull aksept og bekreftelse kan føre til at man får en opplevelse av rådvillhet. Søken etter sin identitet blir viktig (Eide og Eide 2012).
Ens selvfølelse kan bli truet når man rammes av sykdom, og i slike situasjoner er det viktig at man som sykepleier bruker riktige ord som er forståelige. Å gi god informasjon kan bidra til mestringsfølelse i situasjonen hos ungdommen. Ofte kan det stilles for store forventninger til at ungdommen ordner opp selv, på den bakgrunn at de ser voksne ut og har egne meninger. Ungdom overfører lærdom til jevnaldrende og dette gjør at mestring kan være av betydning. Jevnaldrende grupper med ungdommer kan samarbeide og hjelpe hverandre (ibid.).

1.6 Selvfølelse

I følge Fennell (2007) omhandler selvfølelse hvordan en person tenker og ser på seg selv som menneske.

Lav selvfølelse er noe som kan oppstå av en rekke negative tanker om seg selv. Aggresjon, angst, skam, nedstemthet, frustrasjon og følelse av skyld er noen av de tegnene som kan sees hos en pasient med lav selvfølelse. Kroppsholdningen kan være unnskyldende, lett krummet og med blikket festet i bakken. De vil ikke ha øyekontakt med andre mennesker og er usikre på seg selv (ibid.)

En rekke mennesker kan gjennom livet påvirke en persons selvfølelse. Blant annet kan foreldrene i stor grad påvirke barnet sin selvfølelse. Dette kan spesielt skje i ungdomsårene, da presset fra venner, skole og familie er stort. Dette presset kan omhandle det å ha riktig utseende, klær og om det å prestere både på skolen og ellers. Har man for eksempel et press på seg for at man ikke er tynn nok, kan dette i verste fall føre til spiseforstyrrelser (Fennell

2007). Men det er ikke bare hva mennesker sier til hverandre som kan påvirke selvfølelsen. Omsorgssvikt, mishandling, offer for andres problemer, familiens rolle i miljøet, det at de gode tingene i livet er manglende og det å ikke passe inn hjemmet eller på skolen er ting som kan påvirke selvfølelsen hos et menneske (ibid.).

Levåg (2002) mener at en pasient selv må spørre seg et spørsmål om man ønsker en forandring eller ikke. Forandring av selvfølelsen kommer ikke hvis man ikke selv vil yte en innsats.

For å kunne øke selvfølelsen kan det være viktig i starten å se på det positive. Altså at man ser på det en selv mestrer. Ved å tenke at man er bra nok når det gjelder en selv og ting man gjør, så kan dette bidra til å bygge selvfølelse. Det å sammenlikne seg selv med de som er bedre bidrar lite til at selvfølelsen øker. Derfor er det viktig at en sammenlikner seg selv med de som ikke er perfekte (Skårderud 2004).

I følge Skårderud (2004) er det også viktig å bevege seg ut i det sosiale. Dette kan senere bidra til at det blir lettere for hver gang og selvfølelsen kan øke. Det å stå frem og ikke være redd for å si at man mener noe annet, kan bidra til at selvfølelsen øker med tiden.

2.0 Bakgrunn

2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser deles opp i tre grupper; anorexia nervosa, bulimia nervosa og fedme (Hummelvoll 2012).

2.1.1 Anorexia nervosa

”Anoreksi er en tilstand med forstyrrelse av eget selvbilde. Man ser seg selv som overvektig til tross for at kroppsvekten er lavere enn det som er normalt i forhold til høyden. Dette fører til ekstrem slanking og spisevegring for å redusere kroppsvekten ytterligere” (NHI 2013c).

Lege og spesialist i psykiatri ved Spiseforstyrrelsesklinikken, Marianne Hatle (2011) sier at anorexia nervosa er en sykdom som kan gå utover alle organsystemer i kroppen vår. Det kan derfor være en livstruende sykdom dersom den ikke blir behandlet riktig og tidsnok. Anorexia nervosa kan ramme både yngre og eldre personer, men er vanligst mellom 13 og 18 år. For ungdom med anorexia nervosa viser forskning at den beste behandlingen består av å bruke en familiebasert behandlingsmodell. Det vil da kunne være 75 – 90 % sjanse for å bli frisk.

<u>Tegn på anoreksi:</u>

- *Viljestyrt vekttap.*
- *Nedsatt/ustabilt humør.*
- *Tvangsmessig trening.*
- *Sosial tilbaketrekning.*
- *Uvanlige spisevaner.*
- *Kutter ut forskjellige matgrupper, matutvalget blir ofte gradvis innskrenket mer og mer.*
- *Overopptatthet av mat/matlagning, telling av kalorier.*
- *Følelsen av å være tykk, selv når undervektig.*
- *Prøver ofte å skjule/benekte vekttapet* (Hatle 2011).

2.1.2 Bulimia nervosa:

”Episoder med overspising og spiseorgier etterfølges av oppkast, faste, økt fysisk aktivitet eller bruk av medikamenter (avføringsmidler, vanndrivende medisiner eller stoffskiftene medisiner) for å redusere vekten” (NHI 2013a).

2.1.3 Fedme:

”Det er mennesker som overskrider det som vurderes som normalvektig i forhold til legemshøyden” (Hummelvoll 2012, s. 309).

2.2 Utløsende årsaker/symptomer

Et vekttap hos en person kan være det første tegnet på at en person har anorexia nervosa. Det finnes videre en rekke punkter som kan være mulig å oppdage når en person har anorexia nervosa, men det er ikke dermed slik at alle som har noen av disse tegnene har lidelsen (Skårderud 2004).

<u>Tidlige signaler med tanke på mat:</u>

- Personen ønsker å lage mat til andre, men skal selv ikke ha noe.
- Flytter den maten som er på tallerkenen rundt og pirker i den.
- Gjemmer bort mat i klær ved måltider, og kaster den.
- Vil ikke innrømme at hun/han er sulten, selv om personen garantert er det.
- Det å spise alene er noe hun/han foretrekker.
- Selvfølelsen blir vurdert etter at hun/han har spist.
- Personen er stresset eller innehar en skyldfølelse for det hun/han har spist.
- Inntar mye vann og lett-drikker for å minke sultfølelsen.
- Opptatt av mat.
- Skylder på at man ikke tåler ulike mattyper.
- Spiser mindre.
- Forlater bordet under måltidet eller rett etter.
- Kaster opp etter ufrivillig matinntak.
- Når situasjoner som inneholder mat dukker opp, godtar hun/han ikke dette.

- Når matrutinene blir endret, viser hun/han irritasjon (ibid.).

Tidlige signaler i forhold til humør og atferd:

- Personen driver med mye aktivitet, i overdreven forstand.
- Personen sliter med søvnløshet.
- Er ikke fornøyd med seg selv.
- Trekker seg tilbake fra omverdenen.
- Sier til andre at man er tykk, selv om dette ikke stemmer.
- Stor redsel for at man skal gå opp i vekt.
- Personen veier seg ofte.
- Ser i magasiner etter informasjon om slanking.
- Usunt forbruk av avføringsmidler.
- Personen vil prøve å skjule sitt vekttap ved å kle seg i store klær.
- Ofte amper oppførsel.
- Personen har sine strenge rutiner (Skårderud 2004).

Fysiske tegn ved anorexia nervosa:

- Vektnedgang.
- Mister menstruasjonen eller at den er uregelmessig.
- Personen fryser ved at kroppstemperaturen er lav.
- Kan være svimmel eller svime av.
- Nedsatt sårtilheling på grunn av dårlig blodsirkulasjon som igjen gir kalde føtter og hender.
- Utpreget trett.
- Føler fort metthet ved små måltider.
- Personen har smerter i muskler og hodepine.
- Føtter og hender kan ha en blålig farge.
- Dunete hår som ofte blir sett i ansiktet eller på ryggen.
- Håret mister sin vitalitet.
- Personen har forstørrede kinn (ibid.).

2.2.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid

For å yte riktig og god hjelp og nå målene, må den hjelpen som blir gitt av sykepleier være basert på forståelse for situasjonen som pasienten er i. Det er viktig å ha evnen til innlevelse og tilstrekkelig med fagkunnskaper (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011, b.1). Helsefremming og forebygging er viktige oppgaver. Helsefremming retter fokuset mot hver enkelt pasient og dens omgivelser, og har velvære, livskvalitet og helse som mål. Forebygging skal identifisere mulige og aktuelle problemer. Helsefremming og forebygging retter seg mot friske mennesker, mot personer med fare for helsesvikt og personer som kan være utsatt for komplikasjoner på grunn av ulike årsaker (ibid.).

2.3 Behandling

I statens helsetilsyn (2000) står det at følgende behandlingsformer blir benyttet i behandlingen av anorexia nervosa; individuell psykoterapi, gruppeterapi, kombinasjonsbehandling, medikamentell behandling og familieterapi.

For at utsikten til bedring hos barn og unge med spiseforstyrrelser skal øke, må problemene identifiseres raskest mulig. Utredningen er lik hos denne gruppen som for voksne, men tar høyde for den fasen barnet befinner seg i (Statens helsetilsyn 2000). Foreldrene benyttes som ressurser under behandlingen og blir behandlerens medhjelper. De får i lik grad som barnet informasjon og de får medansvar i behandlingen. Ansvaret gis gradvis videre over til barnet ved oppnådd progresjon vedrørende vektøkning og når symptomer tilknyttet den spesifikke spiseforstyrrelsen har avtatt (ibid.).

I følge Russell og Eisler i Statens helsetilsyn (2000) er det dokumentert effekt av familieterapi hos barn og ungdom under 18 år, der sykdomsforløpet er kort. Atferdsterapi ble benyttet sammen med familieterapi der hele familien møtte og hvor foreldrene overtok kontrollen for spisevanene til pasienten. Dette ble gjort for å endre pasientens syn på egen kropp og utseende.

I følge Helsedirektoratet (2012) er en motiverende samtale en samtaleform hvor pasientens egen vilje og interesse til å gjøre forandringer er sentral. Skårderud (2004) hevder at motivasjon er en tilnærmingsmåte som blir opparbeidet gjennom samtalen.

2.3.1 Relasjon

”Begrepet relasjon kommer av det latinske relatio, som egentlig betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen” (Eide og Eide 2012, s.17)**.** I den profesjonelle sammenheng brukes begrepet relasjon om den enkelte hjelpers forhold til pasienter, pårørende og kollegaer. Det å skape en relasjon gjør at man får et kommunikasjonsforhold (Eide og Eide 2012).

For å oppnå en god og effektiv behandling, er relasjonen mellom pasienten og behandleren av stor betydning. Pasientens verdier, holdninger og bevissthet må være sammenfallende med behandlerens forklaring. For at resultatet av behandlingen skal bli best mulig, er det avgjørende med en god relasjonskvalitet og en god behandler-pasient-relasjon. Er dette intakt, er pasienten optimalt klar for behandlingen (Wormnes 2013). I følge Benedetti i Wormnes (2013) kan det ved å vise manglende empati eller forståelse for pasienten gjennom ubevisste eller bevisste negative handlinger, føre til et ødelagt samarbeid. Kvaliteten på samarbeidet kan påvirke helsen til både pasienten og behandler i deres arbeid. Holm (2005) hevder at som behandler er det viktig å inneha empati og selvinnsikt for å klare å håndtere egne tanker og følelser, slik at dette ikke blir styrende i kontakten med pasienten og de oppfattelser denne har. I følge Holm (2005, s.10) er empati ”evnen til å sette seg inn i og forstå et annet menneskes følelser og psykiske situasjon”.

Utfordringene når det gjelder å bygge varige behandlingsrelasjoner til pasientene er mange. Den fagkyndige personen må selv ha tro på det den gjør, den må innhente informasjon om hvilke behandlingsformer som er brukt tidligere og hvem som har hjulpet og ikke hjulpet pasienten i behandlingen. Pasienten må hjelpes til å forstå sine opplevelser ved å gi dem gode forklaringer. Dette vil kunne skape den tryggheten som pasienten trenger for å oppnå en god behandlingsrelasjon (Wormnes 2013).

Relasjonsskapende ferdigheter og avklarende/fokuserende ferdigheter er grunnleggende når sykepleieren kommuniserer med pasienten, som igjen vil kunne skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011, b.1).

I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) er det et stadig økende frafall fra behandlingsforskning og studier angående spiseforstyrrelser. Dette medfører at behovet for

forskning innenfor spiseforstyrrelser er gradvis økende. For å bedre behandlingstilbudet er økt kunnskap innenfor området nødvendig.

2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

”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 å finne mening i disse erfaringer” (Travelbee 2003, s. 29). Det å opprette et forhold er viktig for både pasienten og sykepleieren, fordi begge parter har behov som blir oppfylt gjennom deres erfaringer (Travelbee 2003).

”Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt” (Travelbee 2003, s. 177).

Det ledende formålet for sykepleien er å danne et menneske-til-menneske-forhold ved bruk av de fire ledende punktene: Det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Det blir da opprettet felles forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient når disse fire punktene er gjennomgått (Travelbee 2003).

I de situasjoner der en sykepleier er involvert er dette primært for å skape en endring, slik at både pasient og sykepleier lar seg påvirke av den andre parten. En profesjonell sykepleier skal kunne bruke seg selv terapeutisk der personlighet og tillært kunnskap fører til endring eller lindring hos pasienten. Sykepleieren må også være et medmenneske og være seg selv bevisst over eget syn på lidelse, død og sykdom (Travelbee 2003).

Ordet pasient blir brukt i helsevesenet og definerer et menneske som er under behandling, og som ofte blir kategorisert og ikke sett på som et eget individ. Joyce Travelbee retter fokuset på at alle mennesker er unike som individer og som hele livet er i endring. Hun mener også at sykepleiere er egne individer som ikke kan utsettes for lidelse, sykdom og død uten at dette fører til endring hos sykepleieren. Sykepleierens handlinger skal benyttes til å hjelpe (ibid.).

2.5 Formål og hensikt med oppgaven

Vi ønsker å belyse lidelsen anorexia nervosa ved bruk av et sykepleieperspektiv. Med dette ønsker vi å sette mer fokus på hvordan vi som sykepleiere kan bygge opp et godt grunnlag for at pasienten skal få økt selvfølelse gjennom en god terapeutisk sykepleier/pasient-relasjon.

Vi har benyttet litteratur og forskning som belyser vårt tema for å besvare vår hensikt. I vår drøftingsdel ønsker vi å finne ut om våre funn støtter opp under eller motsier hverandre. Deretter vil vi drøfte artiklene og den teorien vi har funnet opp mot hverandre.

2.6 Avgrensning av hensikten

Våre pasienter møter vi i en institusjon hvor det er tilrettelagt for barn og ungdom med spiseforstyrrelser. Pasienten er da innlagt og fått en diagnose, men kan allikevel få permisjoner til hjemmet under innleggelsesperioden. I denne avdelingen møter vi som sykepleiere både pasienten og pårørende sammen med et tverrfaglig team. I denne institusjonen får ikke pasientene behandling i form av sondeernæring, men via familieterapi, kostveiledning og daglig oppfølging av oss som sykepleiere.

Lidelsen anorexia nervosa er en alvorlig sykdom, så i oppgaven velger vi blant annet å bruke de ressurser vi innehar som sykepleiere for å øke pasientens selvfølelse.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Vi benytter litteraturstudie som metode i vår bachelor oppgave. I en litteraturstudie samler man inn litteratur knyttet opp mot primære kilder. Dette vil gi innsyn i et spesielt emne og gi leseren mulighet for økt forståelse av ny kunnskap. Forskningsartikkelen må være skrevet av den som har utført studien for å kunne være en primærkilde. På den andre siden er sekundærkilden en artikkel som beskriver en studie utført av noen andre enn de som skriver artikkelen. Litteraturen bør være av nyere dato og det er viktig å være kritisk med tanke på hvilke artikler en tenker å bruke. Artiklene må også kunne relateres opp mot oppgavens hensikt. Man velger litteratur ut i fra flere ulike forskningsresultater som kan settes opp mot hverandre. Dette kan ende med en konklusjon eller nye problemstillinger (Polit og Beck 2010).

3.1.1 Svake og sterke sider ved en litteraturstudie

Svakheter ved å bruke en litteraturstudie som metode, er at informasjonen en bruker, tidligere er blitt drøftet og belyst av noen andre. Og det at det kan være vanskelig å finne spesifikke data som er tilpasset den hensikten en har valgt seg. Positive sider er at den informasjonen en finner allerede er forsket på. En behøver da ikke å bruke mye tid og ressurser på å finne og drøfte den informasjonen en har tenkt å benytte seg av. Det grunnleggende arbeidet med å innhente informasjon er allerede gjort, så en bare kan gå direkte til databasen og søke opp informasjonen der (Forsberg og Wengström 2008).

3.2 Søkehistorikk

Vi har søkt i databasen Cinahl og Academic Search Elite etter aktuell forskning innen vårt tema. Dette har blitt utført i perioden fra februar til april måned 2014. Valget falt på databasen Cinahl fordi det er en viktig database for sykepleiere (Polit og Beck 2010) og Academic Search Elite fordi det fantes relevant litteratur på området. For å komme fram til valgte artikler begynte vi med å se på tittel, for så å lese gjennom abstraktet slik at vi fikk et innblikk i om artikkelen var relevant opp mot vår hensikt. Vi leste så hele artikkelen slik at vi kunne se

om den var essensiell eller ikke. Grunnen til at vi forkastet artikler, var fordi disse hadde et fokus kun på gutter/menn, da dette var vårt tidligere utgangspunkt for bacheloroppgaven.

I Academic Search Elite anvendte vi søkeordene anorexia nervosa, body weight, nurse and patient, eating disorders, nursing, grounded theory, nurse-patient relationship, treatment, self-esteem. Med ulike kombinasjoner så endte det med at vi valgte 2 artikler. For å se fremgangsmåten i søkehistorikken, se vedlegg 1.

I Cinahl anvendte vi søkeordene anorexia nervosa, body weight, nurse and patient, eating disorders, nursing, treatment, self-esteem, adolescents, recovery, discourse, eating disorder, gender, boys, interpersonal relationship, men, undertreated, psychiatric nursing og weight gain. Med ulike kombinasjoner så endte det med at vi valgte 5 artikler. For å se framgangsmåten i søkehistorikken, se vedlegg 2.

Vi har også søkt i andre databaser som SveMed+ og Ovid Nursing database (Ovid), men fant ikke noen relevante artikler.

3.2.1 Inklusjonskriterier

- Jenter og gutter.
- Alder: 12 - 18 år.
- Anorexia nervosa.
- Sykepleierens rolle.
- IMRAD-struktur og/eller fagfellevurdert.

3.3 Kvalitative/kvantitative metoder

3.3.1 Kvalitative metoder

Ved en kvalitativ metode har man på forhånd bestemt seg for et spesifikt felt eller emne som skal belyses. Det stoffet man jobber med er tekster, og disse skal fremstilles så innsiktsfullt og kreativt som det er mulig. Så undersøker man hvilken mening erfaringer og hendelser har for de som har opplevd disse hentet fra gitt felt eller emne (Aadland 2010). I følge Aadland (2010, s.209) mener Repstad at ”Kvalitative metoder handler om å karakterisere. Selve ordet

kvalitativt henviser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene".

Forskere som anvender kvalitativ forskning kan starte sin datainnsamling og analyse samtidig. Dette fordi det kan komme opp nye spørsmål under datainnsamlingen, som da kan besvares av et nytt intervjuobjekt som har kunnskaper om studien (Forsberg og Wengström 2008).

3.3.2 Kvantitative metoder

"Hensikten med kvantitative metoder er å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det som kan telles, veies eller måles" (Aadland 2010, s. 167). Formålet med undersøkelsen er å finne ut hvor mange, hvor mye og hvor ofte. Kvantitative metoder trenger matematikk og statistikk som støtte i utarbeidelsen av den informasjonen som blir innhentet (Aadland 2010).

Forsberg og Wengström (2008) hevder at forskeren skal ha en oppfatning om hvilket resultat han kommer fram til i en kvantitativ metode. Han skal kontrollere oppsettet på undersøkelsen som skal vise en sammenheng og være forklarende. Arbeidet går ut på at forskeren fra starten av setter opp spørsmål og finner ut av hvordan studien skal designes. I den kvantitative metoden skjer datainnsamling gjennom granskning av journaler, skalaer, observasjoner og intervjuer.

4.0 Resultatdel

Vi velger å bruke en matrise for å analysere våre artikler. I følge Øyen og Solheim (2013) gir dette oss muligheten til å finne artikkelens formål, metode og resultat. I bacheloroppgaven vil vi bruke matrisen for å analysere og granske teksten. Vi bruker IMRAD-strukturen for å sikre at artiklene er vitenskapelige, samt fagfellevurdert. IMRAD er en forkortelse for Introduction, Methods, Results and Discussion. Dette er en disposisjon som er utbredt til å benyttes i forskjellige oppgavetyper. Denne malen gjør det enklere for leseren å vite hva som foregår i teksten og de kan lett finne fram til det de ønsker å vite (Øyen og Solheim 2013).

Artiklene vi har valgt å bruke har vitenskapelig nivå 1 eller 2. ”Der nivå 1 er vitenskapelig publiseringskanal og nivå 2 er vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje” (Database for statistikk for høgre utdanning [DBH] 2013). For at en artikkel skal bli fagfellevurdert må en forsker granske og vurdere artikkelen og gi sin referanse om eventuell publisering (Polit og Beck 2010). En forsker vil kunne gi sine skussmål for artikkelen, enten forkaster den eller godta den. De kan også råde til endring og revurdering. Tidsskrifter kan så godta artikkelen etter at den har blitt vurdert av forskere (ibid.).
Artiklene vi velger må si noe om hvordan en god terapeutisk sykepleier/pasient-relasjon medvirker til bedret selvfølelse til barn-og ungdom mellom 12 - 18 år som lider av anorexia nervosa.

4.1 Presentasjon av artikler

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Marijke,K., van Elburg, A. og van Meijel, B. 1) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. 2009. Nederland. Journal of Clinical Nursing.	Formålet med denne studien er å utvikle - fra pasientens perspektiv - en midlertidig teoretisk modell, for og forklare effekten av sykepleie til ungdom som er innlagt med diagnosen anorexia nervosa. Her undersøkes det hvordan den kontinuerlige og direkte involvering av sykepleiere sannsynligvis har en betydelig rolle i bedringsprosessen av pasienter med anorexia nervosa.	Kvalitativ studie. Utført av to forskere og en førsteamanuensis i psykisk helse. Totalt 13 intervju ble gjennomført og tatt opp på lydbånd. De tre første intervjuene ble analysert i detalj av forskergruppen. Intervjuene ble gjennomført semistrukturert, og de baserte seg på pasientens vektfremgang over perioden med opptak. 14 ungdommer mellom 12-18 år med anorexia nervosa fikk spørsmål om å bli intervjuet, for å innhente data til undersøkelsen, men bare 13 deltok. Gjennomsnittsalderen var 15 år.	Deltakerne uttalte at sykepleierne bidrar vesentlig til deres bedring av anorexia nervosa. Ut fra innhentet data, gjennomgikk pasientene tre faser under innleggelsen: Normalisering, struktur, og ansvar.	Positivt: Vitenskapelig nivå 2. Følger IMRAD-strukturen. Ungdom mellom 12-18 år deltok. Datainnsamlingen gikk over 10 måneder for å se vektfremgang. Negativt: 14 deltakere ble spurt, 13 deltok (personen som ikke deltok nektet fordi hun ikke var interessert i deltakelse). Semistrukturert intervju, der deltakerne ikke blir stilt det samme spørsmålet. Det er begrenset med data som er tilgjengelig om hva pasienter med anorexia nervosa selv anser som viktig og effektiv sykepleie i behandlingen.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. og Kohn, M. 2) Discursive Constructions of ´Eating Disorders Nursing´: An Analysis of Nurses´ Accounts of Nursing Eating Disorder Patients. 2006. Australia. European Eating Disorders Review.	Formålet er å bidra til nåværende forståelse av sykepleie til personer med spiseforstyrrelse. Forskning viser at pasienter med spiseforstyrrelser opplever en billedforvrengning av kroppen, føler seg større enn det de er og føler ambivalens ovenfor sin spiseforstyrrelse.	Kvalitativ studie. Intervjuene ble gjort fra tre avdelinger på to forskjellige sykehus. De tre avdelingene inneholdt to barne-avdelinger og en ungdoms-avdeling, med pasienter i alderen 8-11 år, 12-14 år og 14-18 år. Ca. 85 % av de som var innlagt for spiseforstyrrelser hadde diagnosen anorexia nervosa. 15 sykepleiere (13 damer og 2 menn) som har spesialisert seg på behandling av spiseforstyrrelser, intervjuet pasienter som lider av spiseforstyrrelse.	Intervjuene dekket en rekke spørsmål knyttet opp mot sykepleien som blir gitt til pasienter som lider av spiseforstyrrelse. Denne artikkelen fokuserer spesielt på hvordan deltakerne så på sykepleiebehandlingen til pasienter med diagnosen spiseforstyrrelser.	Positivt: IMRAD-struktur. Vitenskapelig nivå 1. Negativt: Tar for seg spiseforstyrrelser, men ikke generelt om anorexia nervosa. Det står ikke i artikkelen hvor mange som ble intervjuet og dermed kan det være en utfordring å tolke resultatet av den utførte studien.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
Snell, L., Crowe, M. og Jordan, J. 3) Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. 2010. New Zealand. Journal of Clinical Nursing.	Formålet med denne studien, er å undersøke og teoretisere erfaringene fra sykepleierne som prøver å etablere et terapeutisk forhold med pasienter inne på en avdeling for spiseforstyrrelser. Sykepleierne hadde også en viktig rolle i vurdering av de fysiske og psykologiske behovene hos pasientene.	Kvalitativ studie. Studien fikk etisk godkjenning gjennom University of Otago's etikkutvalg. Studien ble annonsert på plakater. Syv sykepleiere ble enige om å ta del i undersøkelsen og signerte samtykke for å bli intervjuet. Sykepleierne mellom 30-50 år som ble intervjuet hadde en rekke sykepleieerfaringer, med gjennomsnittlig fire års erfaring på området for spiseforstyrrelser. De første intervjuene ble gjennomført over to måneder. Den innledende dataanalysen begynte med å undersøke innholdet av hvert intervju og identifisering av de generaliserte og brede temaer. De påfølgende intervjuene tok for seg de temaene som kom frem under de innledende intervjuene.	Det sentrale som dukket opp i studien, var å opprettholde den terapeutiske forbindelsen. De tre grunnleggende kategoriene er: (1) utvikling av den terapeutiske forbindelse. (2) anvende den terapeutiske forbindelse. (3) koordinerende forbindelse.	Positivt: Følger IMRAD-strukturen. Studie fra 2010. Vitenskapelig nivå 2. Studien undersøker og teoretiserer erfaringer fra sykepleiere. Negativt: Kun syv deltakere. Tar for seg spiseforstyrrelser og ikke generelt anorexia nervosa.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
Micevski, V. og McCann,T.V. 4) Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. 2005. Australia. Contemporary nurse.	Formålet med denne artikkelen var å finne ut hvordan man kan utvikle mellommenneskelige relasjoner med ungdom som lider av anorexia nervosa. Det å få pasientene til å stole på sykepleieren og omvendt, kan bidra til at pasientene forstår hvorfor de har vanskeligheter med mat, vekt og selvfølelse. Dette kan bidra til endringer i deres atferd.	Kvalitativ studie. I denne studien var det ti sykepleiere ved en barneavdeling (som ikke var en ren avdeling for spiseforstyrrelser) ved et større sykehus som ble dybdeintervjuet i 30-60 minutter. Intervjuene ble senere analysert av forskerne for å finne forskjeller og likheter. Kun en av deltakerne hadde en spesial utdannelse innen omsorg til pasienter med spiseforstyrrelser.	I studien brukte sykepleierne to strategier for å skape profesjonelle mellommenneskelige relasjoner til ungdommer med anorexia: Resultatet av denne studien ble det å skape en profesjonell mellommenneskelig relasjon med pasienter med anorexia nervosa tar mye tid, energi og vilje.	Positivt: IMRAD-struktur. Vitenskapelig nivå 1. Negativt: Det står ikke oppgitt i artikkelen alderen på pasientene på barneavdelingen. Få deltakere i studien. Sykepleierne har for lite kunnskap om anorexia nervosa. Kun en hadde spesial utdannelse.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
Karpowicz, E., Skärsäter, I. og Nevonen, L. 5) Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. 2009. Sverige. International Journal of Mental Nursing.	Formålet med studien var å se på hvordan anorexia nervosa (AN) påvirker hovedsakelig selvfølelsen hos jenter eller kvinner mellom 13 og 45 år.	Kvantitativ studie. 38 av 45 kvinnelige pasienter med anorexia nervosa mellom 16 og 25 år ble intervjuet. Dette ble utført før og etter en tre måneders behandling på en spesialavdeling for spiseforstyrrelser i Gøteborg, Sverige.	Resultatene viser at selvfølelsen, BMI, vektfobi og misnøye med egen kropp bedret seg betydelig mellom pre - og post- behandlingen.	Positivt: IMRAD-struktur. Vitenskapelig nivå 1. Studie gjort i Sverige. Negativt: Få deltakere, bare 38 deltok av 45 pasienter. Oppfølgingsperioden var kort.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
George, L. 6) The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurses' role in creating a therapeutic relationship. 1997. England. Journal of Advanced Nursing.	Formålet med studien var å forske på de psykologiske karakteristikker av pasienter som lider av anorexia nervosa og undersøke den terapeutiske relasjonen.	Litteraturstudie. Det er innhentet litteratur fra bøker og vitenskapelige artikler fra perioden 1967 opp til 1995.	Sykepleieforskning har funnet ut at kvaliteten på sykepleie- pasient-forholdet er en viktig del av behandlingen, og hvis pasienten opplever en mangel på empati og ekthet fra sykepleieren, så vil det bli et dårlig terapeutisk forhold.	Positivt: Vitenskapelig nivå 2. Omhandler relasjon mellom pasient og sykepleier. Negativt: Litteraturstudie. Litteratur fra 1967 og opp til 1995.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode, Deltakere	Resultat	Kildekritikk
Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. og van Elburg, A. 7) Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective in Effective Interventions. 2011. Nederland. Journal of Child and Adolescents Psychiatric Nursing.	Formålet med denne studien, var å finne ut hvilke sider av sykepleie som var de mest effektive i gjenoppretningen av normal kroppsvekt hos ungdom mellom 12 og 18 år med anorexia nervosa. Denne studien ble gjort gjennom sykepleierens perspektiv.	Kvalitativ studie. Sju sykepleiere og en sosionom ble individuelt dybdeintervjuet. Senere ble fire av disse sykepleiere, en psykolog og en ernæringsfysiolog satt i en fokusgruppe ut fra oppfylte inklusjonskriterier.	Elementene som sykepleierne mener bidrar til mest effektiv sykepleie, deles inn i fire hovedkategorier: Normal spising, trening, utvikling av sosiale ferdigheter, rådgivning til foreldre.	Positivt: Vitenskapelig nivå 1. Fokus på foreldre og den informasjonen de kan bidra med i behandlingen. Det er med elementer som tilsier at deler av artikkelen følger IMRAD-strukturen. Negativt: Få deltakere i studien. Dårlig oppbygging av IMRAD-struktur.

4.2 Hovedpunkter fra artiklene

1) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective (van Ommen m.fl. 2009).

Studien fokuserer spesielt på vektfremgang hos pasienten og har lite fokus på det emosjonelle og det psykososiale, der disse momentene er viktige i langtidsbehandlingen. Intervjuene viste at de første ukene var avgjørende for behandlingsprosessen. Med hjelp og støtte fra sykepleieren var det å få et normalt spisemønster det første fokuset. Pasientene får så ansvaret selv for spising og trening, slik at hverdagen på best mulig måte blir normalisert. De som har opparbeidet seg mest erfaring kan da være rollemodeller for pasientene, som ikke har kommet så langt i prosessen. Siste trinnet for å forberede utskrivelsen var at pasientene fikk det fulle ansvaret selv for spising og trening. Sykepleierens fokus var her å skape normalisering, struktur og ansvar for pasientene.

2) Discursive Constructions of ´Eating Disorders Nursing´: An Analysis of Nurses´ Accounts of Nursing Eating Disorder Patients (Ryan 2006).

Artikkelen hevder at vi som sykepleiere innehar bredere kunnskap og kompetanse, enn for eksempel helsearbeidere når det gjelder å observere endringer hos pasienten over en lengre periode. Pasienter med spiseforstyrrelser trenger kontinuerlig pleie og omsorg i behandlingsprosessen. Pasientene så på sykepleieren som en morsfigur som bestandig var der, fulgte med og veiledet dem. Sykepleieren er her en ressurs i den kliniske betydningen.

3) Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit (Snell, Crowe og Jordan 2010).

Det terapeutiske forholdet til pasienter med spiseforstyrrelser var temaet i artikkelen. Resultatet av disse tre punktene er å opprettholde den terapeutiske forbindelsen som er det mest sentrale.

For å opprettholde den terapeutiske forbindelsen måtte grunnleggende kategorier benyttes:

- utvikling av den terapeutiske forbindelse
- anvende den terapeutiske forbindelse
- koordinerende forbindelse

Hver enkelt spiseforstyrrelse har hvert sitt særpreg og avdelingens måte å tilnærme seg disse på er forskjellig. Sykepleierens første prioritering, var å sette mål sammen med pasienten for å oppnå et normalt matinntak. Sykepleieren la her til rette og bisto ved måltidene.

4) Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa (Micevski og McCann 2005).

Denne studien mener at det å skape en sykepleier/pasient-relasjon er viktig med tanke på gode behandlingsresultater. Avdelingen som var med i studien var ingen ren avdeling for spiseforstyrrelser, der kunnskapsnivået for sykepleierne var lavt når det gjaldt behandling av anorexia nervosa. For å oppnå gode mellommenneskelige relasjoner til ungdommene som lider av anorexia nervosa, så var samhandlingen sykepleierne i mellom viktig. De kunne støtte hverandre, lære av erfaringer og dele informasjon. En viktig oppgave som sykepleieren har er samspillet med pasienten, ved å være støttende og utvikle tillit. For å oppnå et profesjonelt mellommenneskelig forhold er det viktig med tverrfaglig samarbeid. Den økende arbeidsmengden hos sykepleierne påvirker deres mulighet til å bygge relasjon med pasienten, noe som kom fram i intervjuene.

5) Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa (Karpowicz, Skärsäter, og Nevonen 2009).

I Sverige ble det utført en kvantitativ pre – og post studie hvor formålet var å finne ut av hvordan anorexia nervosa påvirker jenter/kvinner sin selvfølelse. Da studien er utført i Sverige, kan den ha fellestrekk med det norske helsevesenet. Studien ble utført via spørreskjemaer som gikk ut på vektfobi, dårlig forhold til sin egen kropp, ineffektivitet samt body mass index (BMI). I studien kom det fram at det var et godt tverrfaglig samarbeid som

viste seg ved at behandlingen var effektiv. BMI´en økte og pasientens selvfølelse ble forbedret som var målet for behandlingen på denne avdelingen. Tidligere studier på dette området antyder at det å være tynn ofte henger sammen med lav selvfølelse.

6) The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurses' role in creating a therapeutic relationship (George 1997).

Formålet med studien var å undersøke den terapeutiske relasjonen og de psykologiske karakteristikker av pasienter som lider av anorexia nervosa. Tidligere forskning viser at vektøkning ofte kan føre til frykt for tap av kontroll. Pasienten har mistillit til seg selv, andre og har lav selvfølelse. Pasienter med anorexia nervosa lider også ofte av tap av autonomi, de kan da miste kontrollen over egen selvfølelse, som igjen kan føre til et forvrengt kroppsbilde. Ved følelsen av en viss kontroll over mat og vekt hjelper dette til at de føler seg normale. For at et forhold mellom pasient og sykepleier skal bli terapeutisk må disse faktorene være på plass: empati, positiv aktelse og aksept, varme og engasjement, tillit og oppriktighet og ikke være dømmende ovenfor pasienten. Pasientene kan fornekte sin egen sykdom, men dette forsvinner når den terapeutiske relasjonen blir etablert. For at kontrollbehovet hos en anorexia nervosa pasient skal bli mindre må trygghet stå i sentrum. Tilstrekkelig opplæring av sykepleiere er viktig i møte med pasienter med anorexia nervosa.

7) Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective in Effective Interventions (Bakker m.fl. 2011)

Sykepleierne ønsker gjennom denne studien å finne ut hva som var mest effektivt ved gjenoppretting av normal kroppsvekt hos ungdom med anorexia nervosa. Studien har likhetstrekk med en tidligere studie gjort av van Ommen m.fl. (2009), *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective.*

De fire valgte sykepleierne, en psykolog og en ernæringsfysiolog oppfylte følgende inklusjonskriterier:

- Minst ett års klinisk erfaring med anorexia nervosa i aldersgruppen 12-18 år.
- Sykepleiere med spesialutdanning.
- Deltagerne måtte jobbe mer enn 24 t pr. arbeidsuke.

De fire hovedkategoriene som sykepleierne mente var mest effektive var:

- Normal spising: sykepleierne tar ansvaret i begynnelsen, men etter gradvis bedring får pasientene mer ansvar.
- Trening: fokus mot sunn trening. Sykepleierne observerte pasientene etter måltidene, for å se om de hadde tvangsmessige tanker om trening.
- Utvikling av sosiale ferdigheter: sykepleierne oppfordret pasientene til å gjenoppta sine sosiale liv.
- Rådgivning til foreldre: involvering av foreldre vil være viktig i behandlingen. Foreldrene er en informasjonskilde.

4.3 Sammenligninger av artikler

4.3.1 Den terapeutiske relasjon

Vi har sett i studien *Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit* (Snell, Crowe og Jordan 2010) at den terapeutiske relasjonen spiller en viktig rolle i behandlingen av pasienter som lider av anorexia nervosa. Her skulle det undersøkes om pasienter kunne gjenoppnå sunn kroppsvekt, ved at sykepleierne utviklet en terapeutisk relasjon til pasienten. En annen studie som sier det samme er *The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurses' role in creating a therapeutic relationship* (George 1997), der det kommer frem hvordan sykepleierne dannet en terapeutisk relasjon, slik at de skal kunne møte pasientens behov. Formålet med studien, *Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa* (Micevski og McCann 2005) var å finne ut hvordan man kan skape relasjoner med pasienter som lider av anorexia nervosa.

4.3.2 Sunn kroppsvekt

I studien *Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective in Effective Interventions* (Bakker m.fl. 2011) vises det til hvilke sider av sykepleie som var egnet, slik at ungdommen med anorexia nervosa kunne gjenvinne normal kroppsvekt. En annen studie, *Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa* (Karpowicz, Skärsäter og Nevonen 2009) fokuserer også på at målet for pasienten var å gå opp i vekt, ved at pasienten måtte nå visse mål knyttet til vekt og mat under behandlingen, for å komme seg videre i behandlingsprosessen. *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective* (van Ommen m.fl. 2008) fokuserer på at sykepleien til ungdom som lider av anorexia nervosa baserer seg på at de skal oppnå normal kroppsvekt. Dette er en langvarig prosess. En siste studie, *Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit* (Snell, Crowe og Jordan 2010) bygger på viktigheten av å sette opp mål med pasienten, for å oppnå tilstrekkelig inntak av mat.

4.3.3 Selvfølelse

Den foreliggende studien, *Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa* (Karpowicz, Skärsäter, og Nevonen 2009) hadde som mål å se om det var endring i selvfølelsen hos pasienter med anorexia nervosa både før og etter behandling. En annen studie som har samme fokus er *The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurses' role in creating a therapeutic relationship* (George 1997), der det kommer frem at de som lider av anorexia nervosa har lav selvfølelse. Den lave selvfølelsen kan være en faktor som spiller inn og som kan utvikle anorexia nervosa. I studien *Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit* (Snell, Crowe og Jordan 2010) er det nevnt at de som lider av anorexia nervosa opplever å ha lav selvfølelse, men dette er ikke hovedfokuset i studien.

4.3.4 Anorexia nervosa

De studiene som bruker betegnelsen anorexia nervosa er:

- *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective* (van Ommen m.fl. 2008).

- *Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa* (Micevski og McCann 2005).
- *Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa* (Karpowicz, Skärsäter og Nevonen 2009).
- *The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurses' role in creating a therapeutic relationship* (George 1997).
- *Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective in Effective Interventions* (Bakker m.fl. 2011).

De studiene som bruker betegnelsen spiseforstyrrelser er:

- *Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit* (Snell, Crowe og Jordan 2010).
- *Discursive Constructions of ´Eating Disorders Nursing´: An Analysis of Nurses´ Accounts of Nursing Eating Disorder Patients* (Ryan 2006).

4.3.5 Utdanning og kvalitet i sykepleie

Utdanning er vesentlig, og det er viktig at sykepleiere får tilstrekkelig med opplæring før de jobber med denne gruppen pasienter og at deres kunnskap blir jevnlig oppdatert kommer det frem i studien, *The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurses' role in creating a therapeutic relationship* (George 1997).

Kunnskap kommer frem i studien *Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa* (Micevski og McCann 2005), der det understrekes at oppdatert kunnskap og informasjon om anorexia nervosa har betydning for behandlingen av disse pasientene.

Kvaliteten på sykepleie er viktig i behandlingen av de som lider av anorexia nervosa, og en studie som går på å forbedre kvaliteten på sykepleie er, *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective* (van Ommen m.fl. 2008). Denne studien kan brukes til å forbedre sykepleiens kvalitet.

4.4 Forskjeller i helsevesenet

Halvorsen (2001) skriver i Tidsskrift for Den norske legeforening (pasientrettighetsloven) at: ”Lovens § 2-1 fastslår at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten”.

Den norske legeforening vil i stor grad at det norske helsevesenet skal forbli offentlig. Dette for å kunne tilby best mulig behandling innen kort tid. Men privatisering er noe det stadig blir mer av gjennom for eksempel arbeidsforsikringer. I 2012 hadde nærmere 300 000 i Norge en privat helseforsikring, dermed er det fare for et to-delt helsevesen som det er i Australia (Gjessing 2012).

Helsevesenet i Australia er delt inn i to deler. Medisinsk behandling ved offentlig sykehus er noe alle i Australia har krav på, men myndighetene i landet prøver å få flest mulig til å skaffe seg en privat helseforsikring. Dette gjør at de offentlige sykehusene forfaller mer og mer, mens de private stadig vokser frem. Videre gjør bedre økonomi og nyere utstyr at legene ved de private sykehusene kan velge andre og bedre behandlingsmetoder enn det de offentlige sykehusene har (Olsen 2002).
I New Zealand er private helseforsikringer stadig økende, slik som i Norge og Australia. I New Zealand blir alle legesentrene drevet privat. Videre må pasientene betale en egenandel og de må også betale en offentlig forsikring, som er nødvendig i behandling etter en ulykke. Dette for å unngå å betale for høye egenandeler ved behandling (Norheim 2010).

Helse- og omsorgsdepartementet (1997) viser til at i Nederland er helsetjenestene basert på 60% offentlig sykeforsikring og 40% private sykeforsikringer.

Det svenske helsevesenet har flere likheter enn forskjeller til det norske helsevesen. Kristiansen og Pedersen (2000) hevder i Tidsskrift for Den norske legeforening at det svenske helsevesenet er basert på at pasienten betaler en egenandel hos lege og ved sykehusinnleggelse, mens skatter og statlige overføringer dekker resten.

I England preges det offentlige helsevesenet av en stor helsereform, som igjen vil bidra til at privatiseringen øker. Kritikere mener at denne helsereformen vil gjøre at helsevesenet får dårligere kvalitet og det vil ikke bli billigere (Randsborg 2013).

5.0 Drøfting

5.1 Trygghet og tillit i behandlingen

Som nevnt tidligere i oppgaven vil det å være en god støttespiller i behandlingsprosessen, innebære det å kunne skape trygghet og tillit.

Det George (1997) fant ut i sin litteraturstudie, støtter opp under viktigheten av å skape tillit mellom pasienten og sykepleieren. Studien hevder at det er sterkt anbefalt at den terapeutiske relasjonen må være basert på tillit.
En sykepleier må inneha nok kunnskaper om anorexia nervosa og dens behandling. Mangler sykepleieren de nødvendige kunnskaper kan dette føre til et negativt forhold til pasienten, som igjen kan gå utover tillitsforholdet.

I punkt 2.4 deler Travelbee (2003) opp menneske-til-menneske-forholdet i fem faser, der den siste fasen går ut på å etablere gjensidig forståelse og kontakt. Ved at sykepleieren viser at hun har tilstrekkelig med kunnskaper vil hun kunne møte pasientens behov ved å iverksette sykepleietiltak. Pasienten må ses på som en betydningsfull person fra sykepleierens side som da vil kunne oppnå tillit fra pasienten. I følge Levåg (2002) underbygger Miller viktigheten av at barnet føler at de blir sett da dette er nødvendig for at tillit skal oppnås. Micevski og McCann (2005) bekrefter at øyekontakt mellom pasient og sykepleier kan bidra til at pasientene føler seg sett.

Micevski og McCann (2005) hevder at det er fire punkter for å oppnå tillit. Disse er: lytte til pasientens historier, ærlighet, taushetsplikt og det å kunne tilbringe tid med pasienten. Deltagerne beskrev at viktigheten av å opprettholde taushetsbelagte opplysninger hjalp på utviklingen av tillit som er sentralt i behandlingen av pasienter med anorexia nervosa.
I punkt 1.5 hevder Eide og Eide (2012) at det er viktig med en god kommunikasjon mellom barn, ungdom og sykepleier for å oppnå best mulig trygghet og tillit.
Det er funnet ut at når sykepleierne opplever å kommunisere med ekthet, viser omsorg og følelser og ikke er fordomsfulle vil dette gjøre pasienten godt (George 1997).

Hva innebærer det å opprettholde taushetsbelagte opplysninger hos en pasient med anorexia nervosa?

5.1.1 Kommunikasjon

Snell, Crowe og Jordan (2010) har kommet frem til at det å utøve sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser kan være utfordrende, stressende og en frustrerende oppgave. Kommunikasjon med pasienter som lider av denne lidelsen kan være vanskelig da sykepleieren ikke kan forvente raske resultater. Studien legger vekt på at det er viktig at sykepleieren finner det som hindrer for en god kommunikasjon. Dette fordi pasienten ofte har vanskelig for å stole på andre og har et stort kontrollbehov. George (1997) fant også ut dette i sin litteraturstudie og støtter teorien om et økt kontrollbehov for de som lider av anorexia nervosa og at disse pasientene innehar stor mistillit til andre. Ramjan (2004) har i et annet relevant punkt sagt at sykepleieren ønsket å bidra til at pasienten ble bedre, men følte at de ble hindret av de unges vegring mot å gi avkall over sitt kontrollbehov.

Hva gjør at pasientene som lider av anorexia nervosa føler et økt kontrollbehov?

I følge Micevski og McCann (2005) er det fire punkter som vil bidra til å få en god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Disse var å finne en god tilnærmingsmetode, forstå signalene fra pasienten, utlevere seg selv og ved bruk av distraksjon. Ved at sykepleieren gir litt av seg selv, kan dette føre til at pasienten åpner seg og kommuniserer lettere. Til sammenligning hevder Eide og Eide (2012) at sykepleieren skal være lyttende og observere både non-verbale og verbale signaler, yte god informasjon og møte pasientens ønsker og behov. Hummelvoll (2012) understreker at sykepleieren trenger forståelse av pasientenes situasjon for å vise at de blir verdsatt.

Joyce Travelbee (2003) bekrefter at en sykepleier skal kunne bruke seg selv terapeutisk der personlighet og tillært kunnskap fører til endringer eller lindring hos pasienten. Sykepleieren må formidle omsorg for den hun har ansvaret for, ofte gjennom non-verbal kommunikasjon, som ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Hvis pasienten oppfatter og tolker budskapet riktig, har det ifølge Travelbee (2003) vært en form for kommunikasjon.

Det å skape en relasjon gjør at man får et kommunikasjonsforhold ifølge Eide og Eide (2012). Snell, Crowe og Jordan (2010) sier videre at det er sykepleieren som har ansvaret for å danne en terapeutisk relasjon med pasienten.

5.2 Den terapeutiske relasjonen

Ut i fra litteratur og forskningsartikler som nevnes tidligere i oppgaven, mener vi å se at den terapeutiske relasjonen i behandlingen av anorexia nervosa er en av de elementære faktorene. Som sykepleier må vi inneha nok kunnskap om anorexia nervosa for å kunne oppnå en best mulig relasjon med pasienten. Dersom sykepleieren har et problem med relasjonen til pasienten, vil dette skape vansker i det videre arbeidet. Vaglum (2005) hevder også at det kan være en utfordring for sykepleieren å opprette en terapeutisk relasjon mot pasienten hvis relasjonen ikke er tilstede. Travelbee (2003) hevder at når det oppnås en assosiasjon mellom sykepleieren og pasienten, kan dette føre til en forståelse av hverandre som personer. Sykepleieren blir da sett på som en omsorgsfull person av pasienten.

Micevski og McCann (2005) hevder at bygging av relasjoner mellom pasient og sykepleier kan fungere bedre hvis sykepleieren forteller litt om seg selv. Videre sier de også at dette kan føre til at pasienten kvier seg til å dele sine indre tanker, og det ble derfor anbefalt at sykepleieren begrenser hvor mye hun forteller om seg selv.

Det er viktig å hele tiden innhente og opprettholde ny kunnskap, for å kunne utøve en god og hensiktsmessig sykepleie, både før og under behandlingen av pasienter med anorexia nervosa (George 1997). Micevski og McCann (2005) bygger opp under at det er viktig å inneha oppdatert kunnskap innenfor temaet anorexia nervosa. Det kommer også fram i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområdet, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk sykepleieforbund [NSF] 2011, s.7). Vi som sykepleiere har også eget ansvar for å vedlikeholde vår kunnskap ved regelmessig oppfriskning av faget (NSF 2011). Snell, Crowe og Jordan (2010) belyser også at kunnskap er viktig for sykepleieren for å bevare den terapeutiske relasjonen gjennom felles innsats og egen forståelse.

Kan en god relasjon gjøre at forholdet mellom sykepleier og pasient blir for personlig?

Sykepleierens utdannelse må ifølge Ramjan (2004) inneholde stadier og vendepunkter som pasienter med anorexia nervosa går igjennom i behandlingen, blant annet psykiatri, grunnleggende symptomer og ulike årsaker.

På den andre siden vil vi som sykepleiere opparbeide oss erfaringer som vi igjen kan bruke i vår bygging av relasjoner til pasienter som lider av anorexia nervosa (Micevski og McCann 2005). De erfaringer vi som sykepleiere opparbeider oss kan igjen brukes for å få et godt tverrfaglig samarbeid mellom miljøterapeuter, familie-og nettverksansvarlige, psykologer, leger og lærere. Vi som sykepleiere har ikke det fulle ansvaret, men er med i en del av det tverrfaglige teamet som kontaktperson for pasienten (Psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin - Kringsjåtunet, april 2014). Micevski og McCann (2005) konkluderer med at et profesjonelt mellom-menneskelig forhold oppnås når det tverrfaglige samarbeidet er godt.

Micevski og McCann (2005) hevder i sin studie at ved å gi støtte til pasientene bidrar dette til å fremme relasjonen. Dette ved at vi som sykepleiere er oppmuntrende, verdsetter pasienten og gjør at pasienten kan ta tilbake kontrollen i sitt liv, slik at behandling igjen kan gi resultater. van Ommen m.fl. (2009) understreker viktigheten av at pasientene får tilbake kontrollen i behandlingen, spesielt med tanke på spisevanene før de skrives ut fra institusjonen.

I følge punkt 1.4 legger Håkonsen (1999) vekt på noen punkter med tanke på kommunikasjonen i den terapeutiske relasjonen: det å vise *empati*, vil si at vi som sykepleiere skal forstå, respektere og leve oss inn i pasientens situasjon. George (1997) støtter opp under viktigheten av å vise empati i behandlingen for å oppnå et godt terapeutisk forhold. Det at sykepleieren viser en *utforskende* atferd kan hjelpe pasienten til å akseptere sin lidelse. Dette understreker van Ommen m.fl. (2009) og Micevski og McCann (2005) ved at sykepleieren klarer å se mennesket bak spiseforstyrrelsen, da dette er viktig for behandlingen. Dersom sykepleieren ser mennesket bak lidelsen og forstår hvordan pasienten ser sin egen sykdom, kan det utvikles relasjoner.

På den andre siden hevder Ramjan (2004) at det fra sykepleierens side er vanskelig å skape et tillitsforhold til de unge pasientene når de ble sett på som en de ikke kan stole på. Sykepleieren ble sett på som kontrollerende, de som setter grenser og bryter inn i pasientens privatliv. Ut fra dette følte ungdommene at manipulasjon var eneste måten å ta tilbake kontrollen på. I motsetning til dette hevder Ryan m.fl. (2006) at pasientene så på sykepleieren som en morsfigur som passet på dem og bestandig viste omsorg.

Et annet relevant punkt er det psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin – Kringsjåtunet (april 2014) sier: de har faste rammer og regler når det gjelder mat, aktivitet og når det gjelder skolegang på Kringsjåtunet. Sykepleieren ble likevel sett på som en omsorgsperson som hjalp dem gjennom hverdagen.

George (1997) fant ut i sin studie at pasientene som lider av anorexia nervosa frykter at sykepleieren skulle kontrollere dem istedenfor å hjelpe dem. Pasientene med denne lidelsen har et kontrollbehov og de viser mellommenneskelig mistillit fordi de har vanskeligheter med å stole på andre og dele av sitt privatliv. I følge Eide og Eide (2012) må sykepleieren gi uttrykk for å være oppmerksom på og ha forståelse for de pasientene som ikke viser å ha kontroll over hva som venter dem.

5.3 Selvfølelse

I punkt 1.6 hevder Fennell (2007) at selvfølelse omhandler hvordan en person tenker og ser på seg selv som menneske. Lav selvfølelse er noe som kan oppstå når man har en rekke negative tanker om seg selv.

Karpowicz, Skärsäter og Nevonen (2009) mener at lav selvfølelse fører til misnøye, selvforakt og manglende selvrespekt overfor seg selv. Dette underbygger også Levåg (2002) ved å mene at de som har lav selvfølelse kan føle seg uten verdi, ikke sikre på seg selv og følelsen av mislykkethet.

Karpowicz, Skärsäter og Nevonen (2009) har funnet ut at de som lider av anorexia nervosa har generelt lav selvfølelse, noe som er nøkkelen til deres ønske om å være tynne. Levåg (2002) hevder at dagens samfunn har et fokus på idealet om å være tynn. For å være vellykket og populær skal man være ung og slank. Fennell (2007) påpeker i punkt 1.6 at om man for eksempel har et press på seg fordi man ikke er tynn nok, kan dette i verste fall føre til spiseforstyrrelser. Micevski og McCann (2005) mener at det å gi positive tilbakemeldinger til pasientene, vil være oppmuntrende slik at de føler seg verdsatt og synliggjort. Dette kan bidra til bedring av pasienten sin selvfølelse.

Pasientene som ble intervjuet i van Ommen m.fl. (2009) sin studie, forteller hvor viktig det er at sykepleieren stoler på dem, da det var de som gjorde pasientene bevisste på eget potensial og den økende selvtilliten de oppnådde. En annen viktig del av behandlingen var at sykepleieren så personen bak spiseforstyrrelsen. Snell, Crowe og Jordan (2010) underbygger i sin studie at en av metodene som sykepleieren brukte var å skille spiseforstyrrelsen fra pasienten.

I punkt 1.6 hevder Skårderud (2004) at det er viktig å bevege seg ut i det sosiale, fordi ved å møte ulike sosiale situasjoner, vil dette gjøre det lettere neste gang pasientene møter samme situasjon. Selvfølelsen kan med dette øke hos pasientene. Dette underbygges av Bakker m.fl. (2011) som mener at sykepleieren oppfordrer pasientene til å fortsette sine sosiale liv, for å utvikle sine sosiale ferdigheter. Sykepleieren kan støtte og råde pasientene i de ulike sosiale situasjonene de møter. Dette begynte allerede i klinikken hvor sykepleieren ble rollemodell for pasientene, ved å fokusere på det sosiale under måltidene istedenfor å fokusere på mat eller trening. Et eksempel er at sykepleieren støttet pasientene i deres søken etter meningsfylt og tilfredsstillende aktivitet. Pasientene kan få økt selvtillit og kan foreta flere valg, som igjen hjelper dem tilbake til sin plass i samfunnet.

George (1997) fant ut i sin litteraturstudie at de pasientene som lider av anorexia nervosa har lavere selvfølelse, enn behovet for kontroll. Disse pasientene kan ha et dårlig selvbilde og ut i fra dette vurderer de seg selv negativt. Fennell (2007) hevder at dersom pasienten tenker negativt om seg selv, kan dette før til nedsatt selvfølelse. Psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin - Kringsjåtunet (april 2014) sier at alle pasientene som lider av anorexia nervosa har lav selvfølelse når de blir innlagt i institusjonen. Den lave selvfølelsen bygges gradvis opp under behandlingsprosessen. Karpowicz, Skärsäter og Nevonen (2009) mener at det å være fornøyd med sin egen kropp er viktig for ens selvfølelse og trivsel.

Det vil for sykepleieren være viktig å høre på pasientens behov, da det å overse dem kan bidra til videre tap av selvfølelse.

5.4 Vektoppgang

For at behandlingsprosessen skal være best mulig, må sykepleieren skape en god behandler-pasient-relasjon. Blir dette gjennomført kan det øke sjansen for at pasienten igjen begynner å spise (Wormnes 2013).

Hva kan vi som sykepleiere bidra med for at ungdom mellom 12 – 18 år som lider av anorexia nervosa skal oppnå normal kroppsvekt?

I en studie gjort av van Ommen m.fl. (2009) fokuseres det på at pasientene skal oppnå normal kroppsvekt. Deltakerne i studien uttalte at sykepleieren bidrar vesentlig til bedring av anorexia nervosa. Den første uken er avgjørende for behandlingsprosessen, der det å kunne lære å spise igjen er første prioritet. Sykepleieren var her fra første dag en støttespiller for pasienten slik at de skulle få et mest mulig normalt spisemønster. De måtte spise sammen med de andre pasientene og måtte følge sykepleierens retningslinjer under måltidene.
Et eksempel som blir vist til i studien, er at i løpet av den første uken skulle pasienten lage sitt eget mellommåltid ved hjelp av veiledning fra sykepleieren. Klarte de dette fikk de velge det pålegget de ønsket til lunsj. Derimot sier psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin – Kringsjåtunet (april 2014) at pasientene på institusjonen følger en individuell kostplan som har et begrenset utvalg mat og drikke. Pasientene fikk ikke lov til å smøre maten sin selv og de kom til ferdig dekket bord. Langt ute i behandlingsprosessen fikk noen av pasientene lov til å smøre maten sin selv.

5.4.1 Pasientens spisevaner:

Karpowicz, Skärsäter og Nevonen (2009) har funnet ut at det er viktig med et støttende team rundt pasientene. Hver enkelt pasient har sine kontaktpersoner som støtter dem under måltidene ved å sette seg ned sammen med dem og spise. Måltidene fordeles på fire hovedmåltider og to mellommåltider og hvert måltid skal henholdsvis inntas i løpet av 20-30 minutter. Psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin – Kringsjåtunet (april 2014) kan bekrefte at måltidene i institusjonen fordeles på fire faste måltider, men at det sjelden er mellommåltider. Pasientene må sitte i 30 minutter under måltidene hvor sykepleieren sitter sammen med dem.

En annen studie underbygger det at sykepleieren tar styringen og lager regler ved gjenopptakelse av normale spisevaner. Det hevdes også at på dette første stadiet i behandlingen, understrekes viktigheten av at sykepleieren innehar den fulle kontrollen, slik at pasienten fratas ansvaret når det gjelder mat. Dette for å bryte pasientens spisemønster, som er avgjørende i behandlingen (Bakker m.fl. 2011).

Bakker m.fl. (2011) hevder at sykepleieren observerte pasientene etter måltidene, fordi da var trangen til å trene spesielt sterk, dette gjaldt tidlig i fasen. I følge psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin - Kringsjåtunet (april 2014) hadde pasientene oppfølgingstid etter måltidene. Her var sykepleieren konstant med pasientene, dette var for å unngå at pasientene kastet opp eller var i fysisk aktivitet.

I en annen studie hevder Snell, Crowe og Jordan (2010) også noe om at sykepleierens første prioritering var at de sammen med pasienten satte seg et mål, der hensikten var å oppnå et normalt matinntak. Dette ble tilrettelagt og administrert av sykepleieren for å øke pasientens bevissthet på hva lav kroppsvekt kan føre til. Psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin – Kringsjåtunet (april 2014) sier at de i institusjonen forteller om konsekvensene av underernæring og lav kroppsvekt til pasientene. Viktigheten av å benytte seg av mål i behandlingen kan utdypes videre gjennom studien til Karpowicz, Skärsäter og Nevonen (2009) som hevder at behandlingen er basert på at pasienten har visse mål knyttet til vekt. En vektøkning på minst 0,5 kg per uke er et mål for pasienter med anorexia nervosa. I følge psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin – Kringsjåtunet (april 2014) veies pasientene ukentlig og målet for vektoppgang er 0,5-1 kg i uken. Hun sier også at mange når dette målet.

5.4.2 Ta tiden til hjelp

van Ommen m.fl. (2009) hevder at pasienter som lider av anorexia nervosa gjennomgår en gradvis forandring for å oppnå et bedret spisemønster. For at disse pasientene skal oppnå fremgang vil dette kreve en langvarig behandling. Skårderud (2004) hevder også at det er viktig å se realistisk på behandlingstiden, som i mange tilfeller kan gå over flere år.

Mange av pasientene vil selv ikke anerkjenne at de lider av anorexia nervosa. Utfordringene kan derfor bli store for sykepleieren med tanke på å skulle lage mål for behandlingsprosessen.

Fra funn i artikler og litteratur, ser vi at tid er viktig med tanke på å oppnå et godt behandlingsgrunnlag i samspillet mellom sykepleier og pasient med anorexia nervosa.

I følge van Ommen m.fl. (2009) består behandlingsperioden av tre faser: den første fasen var avgjørende for behandlingsprosessen hvor de skulle lære å spise igjen. Sykepleieren er viktig fra første stund for at pasienten skal få et normalt forhold til mat. Pasienten fikk gradvis ansvar for egen spising i fase to, under rettledning av sykepleieren. De pasientene som hadde kommet lengst i behandlingen ble anmodet om å være forbilde for de pasientene som ikke hadde kommet like langt. I den siste fasen før utskrivelsen får pasientene fullstendig ansvar for sitt matinntak, her anslo de at dette var viktig i forhold til deres utskrivelse.
Punkt 2.3 bekrefter van Ommens m.fl. sin uttalelse, om at pasienten får mer ansvar for matinntaket og vektøkning (Statens helsetilsyn 2000).

Kan selvfølelsen bli nedsatt av å være et godt forbilde for andre pasienter?

Bakker m.fl. (2011) understreker at det er viktig å gjenoppta et normalt spisemønster. Men de legger også vekt på foreldre som informasjonskilde både under innleggelsesperioden og etter permisjoner. Statens helsetilsyn (2000) hevder også at foreldrene blir brukt som en ressurs under behandlingen. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6–2 (1999) sier:

> *Barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon. Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven.*

Psykiatrisk sykepleier Gunn Kristin – Kringsjåtunet (april 2014) sier også at pårørende har mulighet til å være tilstede under oppholdet, dette innebærer også overnattinger ved institusjonen. Det behøver ikke alltid være positivt at pårørende er tilstede under oppholdet, da dette kan påvirke behandlingen i negativ grad.

Ofte blir pasientene henvist til barne-og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) før de blir henvist videre til en behandlingsinstitusjon for spiseforstyrrelser. Tilbudet som barn og

ungdom får fra institusjonen består av en tremåneders periode (ibid.). van Ommen m.fl. (2009) og Skårderud (2004) hevder imidlertid at behandlingstiden kan være mye lengre.

5.4.3 Etiske dilemmaer

Etikken blir sett på som morallære, det vil si å finne ut av hva som er rett og galt, og som lager normer og prinsipper for god behandling (Kristoffersen 2011, b.1).

Ryan m.fl. (2006) mener at alle deltakere som skal være med i studien deltar på frivillig basis. I følge Brinchmann (2010) støtter Tranøy opp om at informasjon og frivillig samtykke er viktig. Her skal studiens hensikt og mulige risikoer bli informert om.

I studien til van Ommen m.fl. (2009) ble 14 pasienter forespurt om å bli intervjuet, men bare 13 deltok, fordi en av dem nektet å være med. Brinchmann (2010) hevder at det er frivillig å delta i en studie, fordi deltakelse kan føre med seg en viss risiko eller ulempe.

I helseforskningslovens §17 (2008) heter det:
”Mindreårige mellom 12 og 16 år kan selv treffe beslutning om samtykke til forskning på helseopplysninger, dersom barnet av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at opplysningene gjøres kjent for foreldrene eller andre med foreldreansvar”.

5.5 Kritikk til egen oppgave

Vi hadde i utgangspunktet bestemt oss for å skrive om gutter som lider av anorexia nervosa innen idretten. Det viste seg at sykepleieren ikke var innblandet i behandlingen av denne gruppen, da de får direkte hjelp gjennom Olympiatoppen. Vi valgte da bort idretten og gikk over til gutter mellom 12 og 18 år som lider av anorexia nervosa. Dette fordi vi ønsket å finne ut mer om temaet da det ofte blir sett på som et tabubelagt område i dagens samfunn. Under søkeprosessen fant vi ut at det ikke fantes nok relevant litteratur under temaet rettet opp mot gutter, dermed endte vi opp på barn og ungdom mellom 12 og 18 år. I søkeprosessen fant vi ut at noen artikler ikke var mulige å åpne, men at de måtte bestilles. Vi erfarte at det kunne ta ganske lang tid før vi fikk dem tilsendt.

Vi vurderte noe av litteraturen til å være gammel, spesielt med tanke på litteraturstudien vi valgte å bruke. Artikkelen var allikevel relevant opp mot vår hensikt, da den hadde mange relevante elementer som kunne trekkes ut. Det som er negativ er at studien er bygget på andres tidligere funn. Vi klarte ikke å finne nok nordisk litteratur rettet opp mot vår hensikt og måtte da støtte oss på studier gjort i England, Nederland, Australia og New Zealand. På bakgrunn av dette valgte vi å finne ut hvordan helsevesenet i disse landene var bygd opp.

Vi innhentet informasjon ved å ta personlig kontakt med Kringsjåtunet. Vi ser på dette som en god kilde for å kunne bekrefte det studiene og annen relevant litteratur sier.

6.0 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å finne ut hvordan den terapeutiske sykepleier/pasient-relasjonen kan danne grunnlaget for bedret selvfølelse til en pasient som lider av anorexia nervosa.

Våre hovedfunn er at det å vise tillit, omsorg, kunnskap og kommunikasjon er betydningsfulle faktorer til en pasient med anorexia nervosa og at denne pasientgruppen også ofte har nedsatt selvfølelse. De er i en alder der presset fra venner, skole og familie er stort rundt det å ha riktige klær, utseende og det å kunne vise til gode prestasjoner generelt. Her kan sykepleieren oppmuntre pasienten til å fokusere på det de kan og det som er positivt, som igjen kan hjelpe pasienten til bedret selvfølelse.

Det er viktig at vi som sykepleiere sammen med pasienten setter mål for oppholdet allerede første uken. Dette innebærer at vi som sykepleiere fratar pasienten alt ansvar for kosten og styrer dermed matinntaket for blant annet å bryte deres kontrollbehov. Ønsket vektøkning for pasienten er på 0,5 – 1 kg i uken, oppnås dette kan det føre til bedring i selvfølelsen. Men pasienten er som regel bare inneliggende i 3 måneder. Dette er som regel for kort tid for at pasienten har klart å opparbeide seg en bedret selvfølelse. Dette er en behandlingsprosess som går over lang tid, fra måneder til flere år.

Den terapeutiske relasjonen må være basert på tillit og den anorektiske pasienten må føle seg sett. Samtidig må sykepleieren vise at hun er til å stole på, gir positive tilbakemeldinger og er oppmuntrende slik at pasienten føler seg verdsatt og synliggjort. Et viktig punkt her, er at vi som sykepleiere ser hele mennesket bak lidelsen.

Vi har funnet ut at det er en langvarig behandlingsprosess for å bli frisk av anorexia nervosa og det å inneha gode kunnskaper om lidelsen er viktig for å oppnå en god terapeutisk sykepleier/pasient-relasjon. Sykepleieren er også en viktig brikke med tanke på kommunikasjon for å skape et godt forhold til pasienten i behandlingsprosessen. Vi ser at sykepleieren ofte blir sett på som en omsorgsperson av pasienten, hvor tillit er en viktig faktor for å skape en god gjensidig forbindelse i behandlingen.

Ut i fra våre artikler har vi funnet ut at det er viktig at sykepleieren har en utdanning og tilstrekkelig opplæring innen lidelsen spiseforstyrrelser før de begynner å arbeide med denne gruppen pasienter. Det tyder allikevel på at dette ikke er godt nok da flere av sykepleierne etterlyste økt kunnskap. Vi mener derfor at det er nødvendig med økt kunnskap innenfor området for å bedre behandlingstilbudet til denne pasientgruppen. Dette sammen med gode kommunikasjonsferdigheter, kan bidra til at relasjonsbyggingen blir enklere og igjen gi et godt utgangspunkt for at pasienten får økt selvfølelse i behandlingsprosessen.

7.0 Litteraturliste

Aadland, E. (2010) *Og eg ser på deg.* Oslo: Universitetsforlaget.

Bakker, R., B, van Meijel., L, Beukers., J, van Ommen., E, Meerwijk og A. van Elburg (2011) Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective in Effective Interventions. I: *Journal of Child and Adolescents Psychiatric Nursing*, 24(1), s. 16-22.

Borø, S. (2013) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]. URL: http://www.hig.no/hos/seksjon_sykepleie/forskning (07.03.2014).

Brinchmann, B. S. (2010) *Etikk i sykepleien.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Christensen, D. *Terapeutisk relasjon og allianse i kognitiv terapi for barn og unge* [online]. URL: http://www.hisf.no/no/content/download/24430/162573/file/Artikkel+Doris+Christensen.pdf. (28.04.2014).

Database for høgre utdanning [DBH] (2013) *Vitenskapelig vurdering* [online]. URL: http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp (14.03.2014).

Eide, H. og T. Eide (2012) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fennell, M. (2007) *Å bekjempe lav selvfølelse.* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag AS.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

George, L. (1997) The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. I: *Journal of Advanced Nursing.* 26(5), s. 899-908.

Gjessing, H. (2012) Privat og offentlig helsetjeneste. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 132(4). URL: http://tidsskriftet.no/article/2219439/ (28.04.2014).

Halvorsen, C. (2007) *Mer spiseforstyrrelser blant menn* [online]. URL: http://www.dinside.no/393023/mer-spiseforstyrrelser-blant-menn (17.02.2014).

Halvorsen, M. (2001) Hva innebærer rett til helsehjelp? I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 121(7). URL: http://tidsskriftet.no/article/285781 (28.04.2014).

Hatle, M. (2011) *Anoreksi* [online]. URL: http://www.spiseforstyrrelsesklinikken.no/ (10.04.2014).

Helsedirektoratet (2012) *Hva er motiverende samtale* [online]. URL: http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/Hva-er-motiverende-samtale.aspx (04.04.2014).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44 (29.04.2014).

Helse- og omsorgsdepartementet (1997) *Prioritering på ny* [online]. URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18/7/3.html?id=140966 (30.04.2014).

Holm, U. (2005) *Empati - Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll, J. K. (2012) Spiseforstyrrelser som helsefaglig utfordring. I: *Helt – ikke stykkevis og delt.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 305 – 334.

Håkonsen, K. M. (1999) *Mestring og relasjon – psykologi med eksempler fra sykepleie.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Karpowicz, E., I. Skärsäter og L. Nevonen (2009) International Journal of Mental Nursing. I: *Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa*, 18(5), s. 318–325.

Kristiansen, I. S. og K. M. Pedersen (2000) Helsevesenet i de nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 120(17). URL: http://tidsskriftet.no/article/129694/ (30.04.2014).

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red.). (2011) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Levåg, S. (2002) *Bare litt til – Veien ut av spiseforstyrrelsen*. Oslo: Lunde Forlag AS.

Lillemoen, M. (2012) *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL: http://www.hig.no/hos/seksjon_sykepleie/forskning/kvalitet (10.04.2014).

Micevski, V. og T. V. McCann (2005) Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. I: *Contemporary nurse*, 20(1), s.102-116.

Norheim, A. J. (2010) Allmennlege på New Zealand. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 130(15). URL: http://tidsskriftet.no/article/2000099/ (30.04.2014).

Norsk helseinformatikk [NHI] (2013a) *Bulimi – en oversikt* [online]. URL: http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/bulimi-oversikt-1031.html (07.04.2014).

Norsk helseinformatikk [NHI] (2013b) *Forekomst av anoreksi* [online]. URL: http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-forekomst-9284.html?page=1 (08.04.2014).

Norsk helseinformatikk [NHI] (2013c) *Spisevegring, oversikt* [online]. URL: http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-oversikt-1029.html (07.04.2014).

Norsk sykepleieforbund [NSF] (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Olsen, D. Ø. (2002) Søksmål lammer australsk helsevesen. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 122(17). URL: http://tidsskriftet.no/article/570168 (28.04.2014).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 (28.04.2014).

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Nursing research - Appraising Evidence for Nursing Practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ramjan, L. M. (2004) Nurses and the ´therapeutic relationship´: caring for adolescents with anorexia nervosa. I: *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), s.495-503.

Randsborg, P. H. (2013) Omfattende helsereform i Storbritannia. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 133(4). URL: http://tidsskriftet.no/article/2973383/ (30.04.2014).

Ryan, V., H. Malson, S. Clarke, G. Anderson og M. Kohn (2006) Discursive constructions of eating disorders nursing: An analysis of nurses accounts of nursing eating disorder patients. I: *European Eating Disorders Review*, 14(2), s.125-135.

Skårderud, F. (2004) *Sterk/svak – håndbok om spiseforstyrrelser.* Oslo: Aschehoug & Co.

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) Å ta kroppen på ordet. I: *Psykiatriboken: sinn kropp – samfunn.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.370-397.

Snell, L., M. Crowe og J. Jordan (2010) Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. I: *Journal of Clinical Nursing, 19(3/4), s.351-358.*

Statens helsetilsyn (2000) *Alvorlige spiseforstyrrelser - Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* [online]. URL:https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf (09.04.2014).

Travelbee, J. (2003) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ulvestad, A. K., A. K. Henriksen, A. G. Tuseth og T. Fjelstad (red.). (2007) *Klienten – den glemte terapeut.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vaglum, P. (2005) Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? En introduksjon. I: Opjordsmoen, S., P. Vaglum, og G. R. B. Thorsen (red.). *Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse.* Stavanger: Hertevig Forlag, s. 12-21.

van Ommen, J., E. L. Meerwijk, K. Marijke, A. van Elburg og B. van Meijel (2009) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. I: *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), s.2801-2808.

Øyen, S. A. og B. Solheim (2013) *Akademisk skriving*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Wormnes, B. (2013) *Behandling som virker – relasjonens, alliansens og kontekstens betydning.* Oslo: Cappelen Damm AS.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Søk i: Academic Search Elite:

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste Abstract	Leste Artikler	Antall valgte
Mars	Anorexia nervosa	6252	0	0	0
Mars	Body weight	71478	0	0	0
Mars	Nurse and patient	20 175	0	0	0
Mars	Anorexia nervosa and body weight and nurse and patient	2	1	1	0
Mars	Eating disorders	17 795	0	0	0
Mars	Nursing	236 313	0	0	0
Mars	Grounded theory	7575	0	0	0
Mars	Nurse-patient relationship	77	0	0	0
Mars	Eating disorders and nursing and grounded theory and nurse-patient relationship	2	2	1	1
April	Treatment	1 611 978	0	0	0
April	Self-esteem	17 443	0	0	0
April	Anorexia nervosa and nursing and treatment	54	5	0	0
April	Anorexia nervosa and nursing and treatment and self-esteem	2	1	1	1

8.2 Vedlegg 2

Søk i: Cinahl

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste Abstract	Leste artikler	Antall valgte
Februar	Anorexia nervosa	2622	0	0	0
Februar	Adolescents	29206	0	0	0
Februar	Recovery	34143	0	0	0
Februar	Anorexia nervosa and adolescents and recovery	28	3	1	0
Februar	Eating disorders	5573	0	0	0
Februar	Nursing	453 612	0	0	0
Februar	Treatment	338 114	0	0	0
Februar	Discourse	5262	0	0	0
Februar	Eating disorders and nursing and treatment	65	4	0	0
Februar	Eating disorders and nursing and treatment and discourse	2	2	1	1
Februar	Eating disorder	2118	0	0	0
Februar	Gender	39 388	0	0	0
Februar	Boys	8008	0	0	0
Februar	Eating disorder and gender and anorexia nervosa	24	2	1	0
Februar	Eating disorder and gender and anorexia nervosa and boys	3	3	3	0
Februar	Interpersonal relationships	1151	0	0	0
Februar	Adolescents and anorexia nervosa	312	0	0	0

Februar	Adolescents and anorexia nervosa and nursing	20	0	0	0
Februar	Adolescents and anorexia nervosa and nursing and interpersonal relationships	1	1	1	1
Mars	Men	58 236	0	0	0
Mars	Undertreated	762	0	0	0
Mars	Eating disorder and men	92	0	0	0
Mars	Eating disorder and men and undertreated	1	1	1	0
Mars	Psychiatric nursing	13 402	0	0	0
Mars	Anorexia Nervosa and psychiatric nursing	34	3	2	0
April	Weight gain	7657	0	0	0
April	Anorexia nervosa and weight gain and nursing	11	3	2	2
April	Body weight	18 453	0	0	0
April	Nurse and patient	46 070	0	0	0
April	Anorexia nervosa and body weight and nurse and patient	4	1	1	1
April	Self-esteem	6302	0	0	0
April	Anorexia nervosa and weight gain and self-esteem	4	4	0	0