



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 - Sykepleie VI- del 2

Sykepleiers erfaringer i møte med ungdommer som har anorexia nervosa, på en barne - eller ungdomspsykiatrisk avdeling.

Nurse's experience with adolescents with anorexia nervosa in a children's department or a adolescent psychiatric ward.

Kandidatnr: 4521 og 4503

Hovedveileder: Kari Blindheim

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53 sider

Antall ord: 8787

Innlevert Ålesund, 22.05.16

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp

Veileder: Kari Blindheim

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 22.05.16

Antall ord: 8787

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å se nærmere på hvilke erfaringer sykepleiere har med å jobbe med ungdommer som har anorexia nervosa.

Metode: Vi har anvendt åtte kvalitative forskningsartikler for å gjøre et systematisk litteraturstudie. Funnene ble brukt for å belyse problemstillingen.

Resultat: Sykepleierne fulgte et gitt behandlingsprogram, som gjorde at de måtte være overvåkende og strenge. Dette gikk på akkord med deres verdier, og at sykepleierne heller ønsket å være omsorgsfulle og rollemodeller. Vi fant at mangel på kunnskap kunne føre til mistillit, stigmatisering, frustrasjon og manipulering mellom sykepleierne og pasientene. Både pasientene og sykepleierne hadde behov for å ha kontroll, og dette kunne by på ulike utfordringer.

Konklusjon: Sykepleierne synes det er krevende, men samtidig givende og lærerikt å jobbe med ungdommer med anoreksi. Erfaringene viste også at det kunne være vanskelig å være streng med pasientene, siden det stod i strid med sykepleiernes verdier. Mangel på kunnskap førte til unødig frustrasjon og usikkerhet. Dette førte til at sykepleierne ikke klarte å oppnå et godt forhold til pasienten.

Abstract

Purpose: The purpose of the study is to examine the nurses experiences, working with adolescents with anorexia.

Method: We used eight qualitative research articles to do our systematic literature review. The findings were used to highlight the reseach question of the study.

Results: The nurses followed a given treatmentprogram, which decided that they had to be watchful and strict. This was challanging their values, and the nurses nor wanted to be caring and rolemodels. We found that the lack of knowledge could lead to distrust, stigma, frustration and manipulation between nurses and patients. Both patients and nurses needed to be in control, and this could give various challenges.

Conclusion: Nurses find it challenging but also rewarding and instructive to work with adolecents with anorexia. Experience also showed that it could be difficult to be strict with patients, since it was challenging the nurses' values. Lack of knowledge led to unnecessary frustration and uncertainty. This led to the nurse failed to achieve a good relationship with the patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
1.5 Oppgavens oppbygning.....	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Anorexia nervosa	3
2.1.1 Årsaker og risikofaktorer for utvikling av anoreksi.....	4
2.1.2 Behandling	4
2.1.3 Kommunikasjon med ungdom	5
2.2 Sykepleieteori.....	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Datainnsamling	8
3.1.1 Søkestrategi.....	8
3.1.2 Databaser og søkeord	8
3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2 Kvalitetsvurdering.....	11
3.3 Etisk vurdering	11
3.4 Analyse og syntese.....	12
4.0 Resultat	14
4.1 Ulike tilnæringsmetoder for å oppnå en vellykket terapeutisk metode	14
4.1.1 Å følge et behandlingsprogram.....	14
4.1.2 Overvåking av pasientene	14
4.1.3 Rollemodeller.....	15
4.1.4 Omsorgsfull.....	16
4.2 Sykepleiers utfordringer med å jobbe med ungdom med anoreksi.....	16
4.2.1 Mangel på kunnskap	16
4.2.2 Tillitt og mistillit	17
4.2.3 Stigmatisering og manipulering	18
4.3 Behovet for kontroll	18
4.3.1 Fengselsmetafor	18
4.3.2 Sykepleiers tidligere erfaringer	19
4.3.3 Frustrasjon.....	20
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.1 Viktigheten av kommunikasjon, informasjon og relasjonsbygging.....	22
5.2.2 Rollemodeller.....	24
5.2.3 Utfordringer.....	25
5.3 Konklusjon	27
6.0 Litteraturliste.....	29
Vedlegg 1: Litteraturmatrise 1	1

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jakten på den perfekte kropp tiltar, spesielt blant barn og unge. Barn blir også utsatt for reklame som fremhever kroppens utseende i stadig flere medier og i gatebildet, i tillegg til press gjennom sosiale medier (Toppe et al. 2015-2016). Dette er noe som kan føre til utvikling av spiseforstyrrelser.

Felles for alle spiseforstyrrelser er bruken av mat og/eller trening for å mestre følelsesmessige utfordringer. Det er imidlertid ulike måter spiseforstyrrelsen kan komme til uttrykk på. Spiseforstyrrelser deles ofte inn i fire hovedgrupper: anoreksi, bulimi, overspisingslidelse, og uspesifiserte spiseforstyrrelser (Rådgivning om spiseforstyrrelser u.å). I følge Skårderud (2012, s. 459) er anoreksi den tilstanden som tradisjonelt utløser mest omtale og oppmerksomhet, gitt tilstandens ofte dramatiske synlighet. På bakgrunn av dette ønsket vi å fordype oss i anoreksi.

I følge Folkehelseinstituttet (2009) rammer anoreksi hovedsakelig kvinner i alderen 15 til 40 år. Det anslås at omtrent 3 av 1000 kvinner i denne aldersgruppen har sykdommen. I Norge utgjør dette omtrent 2700 kvinner. Gjennomsnittsalderen for start på lidelsen for kvinner er mellom 14-20 år. Menn rammes også av sykdommen. Omtrent 1 av 10 som får anoreksi er menn. (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 171).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med oppgaven er gjennom et litteraturstudie, å se nærmere på hvilke erfaringer sykepleier har med å jobbe med ungdommer som har anoreksi. Vi har valgt denne problemstillingen siden vi føler vi ikke har nok kunnskap om denne pasientgruppen. Vi synes temaet er veldig spennende og vi ønsker å få mer kunnskap om sykepleiers erfaringer med anoreksi, slik at vi er godt forberedt til den dagen vi trenger det. Vi har valgt pasienter som er innlagt på døgnavdelinger. Det er fordi pasientene er i en kritisk periode av sykdommen, og det er på denne arenaen sykepleiere har tetttest oppfølging av pasientene.

1.3 Problemstilling

Sykepleiers erfaringer i møte med ungdommer som har anorexia nervosa, på en barne – eller ungdomspsykiatrisk avdeling.

1.4 Begrepsavklaring

Ungdom: jenter og gutter i alderen 12-18 år.

Anoreksi: spisevegring og overdreven fysisk aktivitet som fører til markert vektreduksjon (Aarre, Bugge & Juklestad, 2012).

Erfaringer: sykepleiers tidligere opplevelser av noe.

1.5 Oppgavens oppbygning

Vi starter oppgaven med å gi leseren innsikt i teori om anoreksi, og sykepleieteori. Videre beskriver vi metode, herunder vil vi gå nærmere inn på hvordan vi fant artiklene som er bakgrunnen for studien. Vi gjør rede for analysen av artiklene, og går inn på hvordan vi fant frem til temaene i studien, og kvalitetsvurderte artiklene. I resultatdelen presenterer vi hvilke funn vi gjorde. Videre har vi en diskusjonsdel som omhandler både en metodediskusjon, hvor vi diskuterer metoden, og til slutt en diskusjon hvor vi drøfter funnene i artiklene. Gjennom drøfting ønsker vi å belyse hvilke konsekvenser funnene våre har for sykepleie. Avslutningsvis har vi en oppsummerende konklusjon.

2.0 Teoribakgrunn

En person som har en spiseforstyrrelse vil være overopptatt av mat og plages med konstante tanker om mat, spising, kropp og vekt. Andre sider av livet blir overskygget når svært mye tid og ressurser brukes på handlinger knyttet til mat og spising.

Spiseforstyrrelsen går utover andre områder i livet som studier, jobb og sosiale relasjoner. Hos personer med spiseforstyrrelser har kroppsstørrelse og vekt stor betydning for selvbildet (Folkehelseinstituttet, 2009).

2.1 Anorexia nervosa

Anorexia Nervosa (anoreksi) karakteriseres som spisevegring, markert vektreduksjon og hormonforstyrrelser. Det vanligste tegnet på hormonforstyrrelse er tap av menstruasjon. Vekttapet er bevisst og blir framkalt og vedlikeholdt av pasienten selv. Pasienten har en intens frykt for å legge på seg, og for fedme – selv om personen er undervektig. Mange overdriver også fysisk aktivitet for å forbrenne kalorier (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 161).

Anoreksi fører til underernæring av varierende alvorlighetsgrad med sekundære endokrine og metabolske forandringer og forstyrrelser av kroppsfunksjonen.

Personlighetsforstyrrelser, særlig med rigide og tvangsmessige trekk, og psykiske lidelser som depresjon, angstlidelser, tvangslidelse og perfektjonisme er vanlig hos pasienter med anorexia nervosa (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 161).

Når noen prøver å regulere vekten bevisst, går mange tanker og tid med til dette. Resurser som skulle vært brukt til modning, utvikling av relasjoner og utdanning. Viktige år av livet blir for mange overskygget av spiseproblemet (Sjøen & Thoresen 2012, s. 204). Anoreksi kan spesielt være vanskelig å forstå på grunn av sine motsetningsfulle trekk. Symptomatisk atferd kan blant annet gå ut på å overdrive normative idealer, som å prestere i skole, arbeid, idrett eller i sosial omgang. Mange viser motvilje mot å gi slipp på symptomer og på sykerollen (Skårderud, Rosenvinge & Göttestam 2004). Kritisk dårlige pasienter med anoreksi som motsetter seg behandling kan fremstå som særlig provoserende og vanskelige, ikke minst i lys av de harde prioriteringer som daglig må gjøres i helsevesenet (Skårderud, Rosenvinge & Göttestam 2004).

Selv om anoreksi blir regnet som en psykiske lidelse, vil pasientene også være utsatt for skadelige somatiske konsekvenser av spisevegring, oppkast og andre måter å hindre vektøkning på (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 169). Komplikasjoner i væske- og elektrolyttbalansen, hjertesykdom, mangelsykdommer, infeksjoner, endringer i sentralnervesystemet, forstyrret mage-tarm-motorikk, tannproblemer og tynt og livløst hår er vanlige komplikasjoner av en spiseforstyrrelse (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 170).

2.1.1 Årsaker og risikofaktorer for utvikling av anoreksi

Det finnes en viss arvelighet av spiseforstyrrelser, men det er uvisst hva som arves. I tillegg spiller personligheten inn, om en har en perfeksjonistisk personlighet. Familiære forhold spiller også inn, om en har familiehistorie med psykiatri, rus, eller om en har mistet noen som sto en nær (Skårderud 2012, s. 460). Traumer slik som overgrep og incest kan være en disponerende årsak. Pubertet, slankepress, kroppsopptatthet og dårlige måltidsrutiner er også disponerende årsaker (ibid). Stress er ofte en utløsende faktor. Her under kommer også pubertet og tap. I tillegg er mobbing, erting, flytting eller idrettsskade utløsende årsaker (Skårderud 2012, s. 461). Som en konsekvens av spiseforstyrrelsen kan det oppstå familiekonflikter, som igjen er med på å vedlikeholde sykdommen. Det samme gjelder de psykiske symptomene som kommer av underernæring, og den negative reaksjonen til miljøet rundt pasienten (ibid).

2.1.2 Behandling

Anoreksi er en komplisert lidelse med psykologiske, sosiale og fysiologiske sider. Mange som lider av sykdommen er eksperter på å skjule, og bortforklare sin atferd til familien, venner og helsepersonell. De har ofte mye kunnskap om mat og er dyktige i kalorieregnskap (Sjøen & Thoresen 2012, s. 204). Det kan være behov for både somatisk og psykiatrisk behandling. Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser bør foregå i tverrfaglige team. Ernæringsbehandling spiller en sentral rolle, siden en ikke kan blir frisk fra anoreksi uten at en får normalisert matinntaket og forholdet til mat (Helsedirektoratet 2012, s. 227). Ernæringsveiledning kan bidra til å normalisere forholdet til mat og kropp og føre til bedre sosial fungering (ibid).

Miljøterapi burde gis til alle pasienter som er innlagt for behandling eller får behandling i en dagavdeling. Det kan by på problemer å være tilstrekkelig strukturert i det målrettede arbeidet for å endre atferd og på samme tid være empatisk og støttende nok overfor pasienter som ofte har omfattende og dyptgripende problemer. Det viktigste er at pasienten blir tatt med på råd og får anledning til å evaluere alle sider av terapien (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 177, Helsedirektoratet 2012, s. 227).

Sykepleier bør ta seg tid til å definere målene for behandlingen sammen med pasient og pårørende. Behandlingen er langvarig og sammensatt. Mange har et uheldig kroppsbilde som ligger til grunn for sykdommen, og det tar lang tid å endre dette (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 172). Relasjonen mellom pasient og sykepleier må være varm og støttende, fleksibel nok til at pasienten opplever seg som autonom, og stram nok til at en i fellesskap kan arbeide systematisk mot de målene en har blitt enig om (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 174). I kontakten med pasienten er det viktig å streve etter en god arbeidsallianse og en trygg behandlingssituasjon. I den tidlige kontakten med pasienten er det viktig å formidle håp. Behandling nytter, og mange blir helt friske (Skårderud 2012, s. 462). Det overordnede målet med behandlingen er å bygge opp en terapeutisk allianse som er bærekraftig nok til at pasienten fortsetter behandlingen over tid (Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 173). Spiseforstyrrelser kan være vanskelig å behandle, men det er i følge Skårderud (2012, s. 465) en mytologisering av hvor vanskelig det er. Skårderud (ibid) hevder at ved god organisering av oppgaver og plikter er det lettere både for behandlere og pasienter å se muligheter i stedet for problemer.

Svært alvorlig anoreksi med lav kroppsmasseindeks, eller somatiske komplikasjoner regnes som alvorlig sinnslidelse etter loven. Dette innebærer at pasienter med anoreksi kan bli tvangsinnlagt. Tvangsinnleggelse blir gjennomført så fremt de andre vilkårene for bruk av tvang er oppfylt. Psykisk helsevern lov (2001), paragraf 3.2 sier mer om vilkårene for tvang. Bruk av tvang er et særlig inngripende tiltak for den som utsettes for det (Molven 2010, s. 111).

2.1.3 Kommunikasjon med ungdom

Når en skal kommunisere med ungdom er det viktig at ungdommen føler de blir tatt på alvor, budskapet må være klart og tydelig, og de må kunne kjenne seg igjen i budskapet (Omland, 2009). Hvordan sykepleier velger å ordlegge seg kan være avgjørende for

resultatet av kommunikasjonen (Eide & Eide 2010, s. 373). En sykdomssituasjon innebærer ofte en krise med både usikkerhet og engstelse. Rutiner brytes, kontaktforhold endres, foreldre oppfører seg annerledes og nye personer, som «hjelpere», kommer inn i bildet. Som «hjelper» er det viktig å være seg bevisst over hvilken rolle en selv inntar, og hvilket ansvar og rolle pårørende bør ha (Eide & Eide 2010, s. 358).

Utviklingsteorien til Erikson (Håkonsen 2009, s. 49) beskriver ungdomstiden som en periode med dramatiske forandringer. Til dels på grunn av normale årsaker som hormoner og fysisk utvikling, men dels på grunn av den sosiale utviklingen. I ungdomsfasen prøver en å finne seg selv og få kontroll over livet sitt. Opplevelse av mening og forutsigbarhet er sentralt for ungdommen. I denne fasen er det ofte mye forvirring rundt en selv. For å kompensere med usikkerheten søker ofte unge mennesker grupper som kan gi dem identitet (Håkonsen 2009, s. 49). Det er vesentlig å respektere pasientens grenser og unngå å være invaderende, men samtidig krever pasientens sykdom en viss grad av kontroll. Denne balansegangen er vesentlig å makte for at pasienten skal utvikle og opprettholde motivasjonen for samarbeid (Hummelvoll 2014, s. 321). Pasienten kan ha angst for å bli invadert, og dermed miste sin hardt tilkjempende kontroll. Konkret betyr dette at den tradisjonelle morsrollen som sykepleiere ofte assosieres med, bør dempes til fordel for en saksorientert tilnærming (ibid).

2.2 Sykepleieteori

I følge Joyce Travelbee (1999, s. 29) er sykepleie 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 erfaringene. Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for.

Kjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller hans pårørende får sine behov ivarettatt. Et slikt forhold blir målrettet oppbygd og opprettholdt av sykepleier (Travelbee 1999, s. 177). Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som sykepleier og pasient. Menneske-til-menneske-forhold i en sykepleiesituasjon er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiers mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og sammen finne mening i disse

erfaringene. Forholdet er gjensidig viktig og meningsfylt ved at både sykepleier og pasient har behov som blir oppfylt gjennom denne erfaringen (Travelbee 1999, s. 171).

Et menneske-til-menneske-forhold kommer ikke av seg selv. Det å bruke seg selv terapeutisk kan være en måte å oppnå dette forholdet på. Å bruke seg selv terapeutisk handler om evnen til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene. Det krever selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd, evne til å tolke egen og andres atferd, og evnen til å intervensere effektivt i sykepleiesituasjoner. I tillegg krever det empati, fornuft, disiplin og logikk (Travelbee 1999, s. 44).

3.0 Metodebeskrivelse

Vi har gjort et systematisk litteratursøk for å finne forskningsartiklene vi trengte til litteraturstudien. En litteraturstudie innebærer et systematisk søk, kritisk granskning og en sammenligning av litteraturen på bakgrunn av et valgt tema eller problemområde (Forsberg & Wengstrøm 2013, s. 30). En systematisk litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området. Det finnes ingen regler for hvor mange studier en kan ha med i en litteraturstudie (Forsberg & Wengstrøm 2013, s. 30), men retningslinjene for bacheloroppgaven krever vi skal ha minst åtte forskningsartikler i oppgaven.

Alle forskningsartiklene våre har anvendt kvalitativ metode. Kvalitativ forskning handler om menneskers opplevelser av et fenomen i deres hverdag. Det er gjerne få deltakere i slike studier. Forskeren utarbeider en problemstilling, og bestemmer hvordan studien skal se ut. Kvalitativ forskning handler ikke om statistikker og tall, men gjennomføres ved intervju mellom forsker og intervjuobjekt (Forsberg & Wengstrøm 2013, s. 54).

3.1 Datainnsamling

Her vil vi gå nærmere inn på hvordan vi fant data til studien vår.

3.1.1 Søkestrategi

I starten av søkeperioden var det tilfeldig hvilke søkeord vi brukte. Vi lærte raskt at dette ikke var gunstig. Derfor begynte vi å planlegge hvilke søkeord vi ønsket å bruke. Da valgte vi ord som var relevante for vår problemstilling, slik som for eksempel “anorexia”, “nurse”, “adolecents”, for å nevne noen. Vi fant mange relevante artikler på disse søkeordene, men ikke nok. Derfor var vi nødt til å lage nye søkeord. Vi valgte å bruke tilnærmet like ord for å få artikler som handlet om det samme. De ordene vi valgte da var “eating disorder”, “treatment” og “nursing”. Da fant vi de siste artiklene som vi trengte.

3.1.2 Databaser og søkeord

Vi har søkt systematisk i ulike databaser som CinahlComplete, Academic Search complete, PubMed, Svemed+ og Cochrane Library. Vi opplevde at det var vanskelig å finne noe relevant i enkelte av databasene, samtidig som vi også fant igjen flere av

artiklene i ulike databaser. Vi endte til slutt opp med å finne våre forskningsartikler i CinahlComplete, Academic Search Complete og PubMed.

Våre søkeord var: «anorexia», «anorexia nervosa», «nursing», «adolescent», «therapeutic relationship», «eating disorders» og «treatment». Måten vi gikk frem på var at vi søkte på gitte søkeord i ulike kombinasjoner, og begrenset eventuelt med årstall 2000-2015, og adolescents 13-18 år på alder. Videre leste vi overskriftene for å se om de vekket interesse, og omhandlet vår problemstilling. Om de hørtes relevante ut, åpnet vi PDF-filen og leste sammendraget, og vi så også om artikkelen hadde IMRAD struktur. Hvis artikkelen oppfylte disse kriteriene, leste vi artikkelen og inkluderte den i oppgaven om den var relevant.

Database: CinahlComplete

I denne databasen brukte vi søkeordene «therapeutic relationship», «nurse» og «anorexia». Vi trykte på «search with AND». Vi la på tidsbegrensningen 2000-2016. Da endte vi med 7 treff. Vi leste 3 abstrakter, og 3 artikler. De 2 artiklene ble inkludert i oppgaven vår. Vi var nødt til å gjøre et søk til, og valgte å bruke andre søkeord. De søkeordene vi brukte var «anorexia» og «nursing». Vi trykte på «search with AND», og la på adolescent 13-18 years. Da fikk vi 47 treff. Vi leste 12 abstrakt, der de fleste var irrelevante, og inkluderte derfor bare to artikler.

Database: Academic Search complete

Vi startet søket med å logge oss inn i CinahlComplete. Her ønsket vi å søke i en annen database, og trykte på «choose database». Vi haket av for å søke i «academic search complete». Først brukte vi de søkeordene som ble brukt i andre databaser, men vi gjorde ingen nye funn. Vi bestemte oss for å bruke andre søkeord for å finne nye forskningsartikler. Søkeordene vi brukte var «eating disorder», «treatment» og «nursing». Vi la på tidsbegrensning fra 2000-2016. Da fikk vi 176 treff. Mange av disse treffene var irrelevante, og noen hadde vi inkludert tidligere. Derfor leste vi kun 4 abstrakter, og 2 artikler. Begge disse artiklene ble inkludert.

Database: Pubmed

Vi gjorde et søk med søkeordene «anorexia» AND «nursing» AND «adolescent». Her fikk vi 200 treff, og bestemte oss for å avgrense til engelsk språklige artikler, og til aldersgruppen «adolescent 13-18 years». Vi fikk 146 treff, og 3 av disse forskningsartiklene hadde vi allerede funnet i andre databaser. På dette søket fant vi også mange av artiklene som allerede var inkludert, og mange som ikke var relevante ut fra tittelen. Det var en artikkel som vi syntes hørtes interessant ut. Ved å lese overskriften og abstraktet fant vi ut at den hadde riktig perspektiv, og handlet om sykepleiers erfaring med ungdom med anoreksi. Derfor ble denne artikkelen inkludert.

Det andre søket i PubMed valgte vi å søke på «therapeutic relationship» AND «nurse» AND «anorexia» i og med vår problemstilling handler om det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasienter med anoreksi. På disse søkeordene fikk vi kun 9 treff, derav 3 av artiklene allerede var inkludert i oppgaven. I dette søket valgte vi å inkludere en artikkel.

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne mest mulige relevante artikler har vi vært nødt til å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleieperspektiv	Studier publisert før år 2000
Barn og ungdom mellom 12-18 år	Manglende IMRAD-struktur
Barnavdeling eller ungdomspsykiatrisk avdeling	
Anoreksi som diagnose	
Forskningsartikler, både kvalitative, kvantitative og <u>review</u>	
Fagfellevurdert	
Etisk godkjenning	
Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk	

3.2 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen startet allerede under utvelgelsen av forskningsartikler i databasene. For å sikre at vi fant forskningsartikler og ikke fagartikler, så vi etter IMRAD- struktur i alle artiklene vi fant. IMRAD-struktur er innen medisin og helsefag den rådende oppbyggingen for forskningsartikler (Lerdal, 2012). IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne oppbyggingen følger forskningsprosessen (ibid). For å vurdere om artiklene holdt en viss standard, gikk vi ut fra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi brukte også sjekklisten for kvalitative artikler bakerst i boken til Forsberg og Wengström (2013) for å kvalitetsvurdere artiklene. Der fant vi at artiklene våre oppfylte kravene for en god kvalitativ studie. Vi fant at artiklene våre var like på mange måter, siden vi kunne svare på det samme alternativet på mange av artiklene. Videre brukte vi nettsiden til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (2016) (NSD) for å se om tidsskriftene var fagfelleverdert. NSD har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler. Vi brukte derfor denne nettsiden som et verktøy for å søke om tidsskriftene som har gitt ut våre forskningsartikler var fagfelleverdert og godkjente etter nivå 1 eller 2. Alle artiklene var nivå 1 eller 2. Nivåene sier noe om hvordan tidsskriftene er rangert.

Vi oppdaget at flere av våre inkluderte forskningsartikler hadde referert til hverandres forskning. Det at forfatterne støtter og sammenligner hverandres forskning, ser vi på som positivt og en kvalitet i seg selv. Flere av artiklene sier også til slutt om de selv synes det burde forskes mer på et område, og hvilke styrker og svakheter forskningen deres hadde.

3.3 Etisk vurdering

Et av våre inklusjonskriterier og et krav i følge Forsberg og Wengström (2013, s. 145) er at forskningen var etisk vurdert. Før en studie skal gjennomføres skal den være godkjent av en etisk komité. God etikk handler om at en inkluderer forskning uavhengig av om den støtter, eller motsier forskningsspørsmålet. Med andre ord, det er uetisk å ekskludere forskning bare fordi den har et annet resultat enn hva du antok å finne (Forsberg og Wengström 2013, s. 70). Alle de 8 inkluderte forskningsartiklene våre sier skriftlig at de er vurdert av en etisk komite.

3.4 Analyse og syntese

Å analysere betyr i følge Forsberg og Wengström (2013, s. 166) å dele opp noe i mindre deler. For å dele opp det en ønsker å undersøke er det vanlig å bruke et kodesystem for å ha system på de ulike funnene. Etter en har plukket fra hverandre funnene og undersøkt disse adskilt, settes de sammen igjen til en ny helhet ved hjelp av en syntese. Når vi hadde funnet alle 8 forskningsartiklene og skrevet litteraturmatrise på disse, var det tid for å analysere artiklene og gjøre funn som var relevante for vår problemstilling. Metoden vi har brukt for å analysere forskningsartiklene har tatt utgangspunkt i artikkelen til Evans (2002), og fulgt hans fire faser for innholdsanalyse.

Fase 1: Samle inn datamaterialet

Første fase omhandler utvelgelsesprosessen og hvordan en skal en plukke ut relevante forskningsartikler ut i fra vår problemstilling. Her måtte vi lage oss en søkestrategi, og bli enige om hvilke søkeord vi skulle bruke, for å utføre en systematisk litteraturstudie.

Fase 2: Identifisere nøkkelfunn

Vi brukte mye tid på å finne artikler som hadde sykepleieperspektiv, og lese abstraktene og eventuelt artiklene. Vi brukte oversettelsesverktøy for å være sikker på at forståelsen av artiklene var rett. Etter å ha lest artiklene flere ganger, begynte analyseprosessen. Vi brukte fargetusjer, og markerte de ulike funnene med ulike farger og kategoriserte de med for eksempel «mangel på kunnskap», «omsorgsfull», og «rollermodeller». Etter vi hadde analysert alle forskningsartiklene, byttet vi artikler slik at vi kunne se over hverandres analyse, og eventuelt komme med innspill til hverandre. Når dette var gjort skrev vi opp kategoriene og satte de i system.

Fase 3: Vurdere funnene i studiene og danne kategorier

I denne fasen laget vi kategorier ut i fra nøkkelfunnene vi hadde gjort. Funnene ble vurdert ut i fra likheter og ulikheter, og slått sammen ut i fra om de kunne være under samme kategori eller ikke. Vi fant tre hovedkategorier, med tre til fire underkategorier.

Terapeutisk metode	Utfordringer	Sykepleiers holdninger
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsprogram • Overvåkende • Rollemodeller • Omsorgsfull 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på kunnskap • Tillit og mistillit • Stigmatisering og manipulering 	<ul style="list-style-type: none"> • Fengselsmetafor • Tidligere erfaringer • Frustrasjon

Fase 4: Danne temaer av kategoriene

Ut i fra hovedkategoriene ble det opprettet tre temaer som oppsummerer hvilke hovedfunn vi har gjort i forskningsartiklene.

- Ulike tilnæringsmetoder for å oppnå et vellykket terapeutisk forhold.
- Sykepleiers utfordringer med å jobbe med ungdom med anoreksi.
- Behovet for kontroll.

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi presentere funnene vi gjorde i litteratursøket vårt.

4.1 Ulike tilnæringsmetoder for å oppnå en vellykket terapeutisk metode

4.1.1 Å følge et behandlingsprogram

Et av hovedtemaene som vi fant i vår studie var at alle avdelingene som ble brukt i de ulike studiene fulgte et gitt behandlingsprogram (Long et al. 2012, Ramjan & Gill, 2012, Ramjan, 2004, Bakker et al. 2011, Ryan et al. 2006, Beukers et al. 2015).

Behandlingsprogrammet varierte fra studie til studie, med noen fellestrekk. Det var uenighet i om hvor godt de ulike programmene fungerte. En av grunnene til at mange av studiene var skeptiske til programmet var for at de måtte være streng og disiplinerte ovenfor pasientene. Sykepleiernes erfaringer viste at dette var til hinder for å danne et terapeutisk forhold med pasientene (Long et al. 2012, Ramjan & Gill, 2012, Ramjan, 2004, Ryan et al. 2006). Mange sykepleiere hadde erfaring med at det var vanskelig å være streng med pasientene. I en studie kom det frem at dette er en egenskap som en må lære seg. Det kommer ikke naturlig, og det var ikke noe de var vant til å gjøre fra tidligere i karrieren (Long et al. 2012). Beukers et al.(2012) fant i sin studie at sykepleiere måtte være streng mot pasientene, da en mindre kontrollerende tilnæringsmåte gjorde det lettere for pasientene å tenke “anorektiske” tanker.

4.1.2 Overvåking av pasientene

Behandlingsprogrammet gjorde at sykepleierne var nødt til å overvåke pasientene konstant, spesielt etter måltider (Ramjan & Gill, 2012, Long et al. 2012, Ryan et al. 2006). Sykepleierne i en studie hadde erfaring med å gå inn mens pasientene var på toalettet, dersom de hadde mistanke om at pasienten brøt reglene. De gikk gjennom pasientens personlige eiendeler for å se om de fant ting som er ulovlige, slik som avføringsmiddel. Sykepleier måtte også gå gjennom søpla til pasienten for å se etter sprøyter som kan bli brukt til å trekke ut mat fra sondenæringen (Ramjan & Gill, 2012). Hvis ikke sykepleier så pasienten i fellesarealene, gikk de ofte å lette etter pasientene for å se at de ikke drev med for eksempel trening (Ryan et al. 2006).

Under måltidene satt sykepleier med pasientene. Slik kunne de observere hva og hvor mye de spiste. Sykepleier bestemte hva pasienten skulle spise og hvordan de skulle spise (Bakker et al. 2011, Beukers et al. 2015). Dette beskrives på sitatet under.

Take a bigger bite of food... Try to take a bigger bite, because you have to bring the sandwich to your mouth over and over again, and each time it is very difficult for you. By taking bigger bites, you can take fewer bites. – Health –care professional no.2 (Beukers et al. 2015, s. 4).

Sykepleierne hadde dårlige erfaringer med å overvåke pasientene, da det var ubehagelig. Erfaringer viste at det var vanskelig å bygge et terapeutisk forhold til pasientene når sykepleierne på daglig basis invaderte pasientens privatliv og overvåket dem (Long et al. 2012, Ramjan & Gill, 2012). I tillegg til å overvåke pasientene under og etter måltidene, var sykepleierne nødt til å kontrollere og begrense aktiviteten til pasientene ved å gi beskjeder slik som: “Please sit back and keep your legs still for a minute” (Bakker et al. 2011, s. 19). Pasienter med anoreksi finner ulike ting å gjøre for å være mest mulig i aktivitet. Det er i strid med sykdommens natur å sitte stille, uten for eksempel å løfte beina for å forbrenne kalorier (Bakker et al. 2011).

4.1.3 Rollemodeller

Erfaringene hos sykepleierne i studien til Bakker et al (2011) viser at sykepleierne synes det var viktig å involvere ”gamle” pasienter i behandlingsprosessen til de nye pasientene. De ”gamle” ble oppmuntret til å være rollemodeller for de nye pasientene, og delte erfaringer om hvordan de overkom frykten for å spise igjen. Sykepleierne beskriver hvilken betydning dette kunne ha for pasientene:

They know of each other what the problems are and how difficult it is to eat again and not to exercise. How terrifying it is to gain weight. Once they hear from others what works and what does not, you see them starting to think about it (Bakker et al. 2011).

Sykepleiere ble også brukt som rollemodeller for normale trenings- og spisevaner (Bakker et al. 2011, Long et al, 2012). Sykepleierne spiste sammen med pasientene for å normalisere måltidene. Selv om sykepleierne vet det er bra for pasientene å spise sammen med dem, valgte mange å ikke gjøre det. Grunnen var at sykepleierne ikke følte seg komfortabel med situasjonen, og følte det var ubehagelig (Long et al. 2012). Noen av sykepleierne var usikre på hva som var forventet av dem i rollen som sykepleiere i forhold til måltider (ibid). ”I feel like they all are watching me. But sometimes I know it’s good for them because they see how to eat normally... I don’t eat with them”. Participant 8. (Long et al.. 2012, s. 245).

Sykepleierne brukte også familie, venner og søsken som rollemodeller for pasientene (Beukers et al. 2012). Sykepleierne var med på ulike aktiviteter med pasientene, samtidig som de forklarte at det var normalt å øke matinntaket ved økt aktivitet (Bakker et al. 2011, Beukers et al. 2015).

4.1.4 Omsorgsfull

Erfaringene viste at sykepleierne er opptatte av å skape «varme relasjoner» til pasientene, og gi de en slags kjærlighet. Sykepleier blir sett på som en kjærlig morsfigur som er opptatt av å gi pasientene positiv tilbakemelding, få pasienten til å føle seg bra, og gi en følelse av oppnåelse (Ryan et al. 2006, Beukers et al. 2015). “(..) I try to be kind all of the time.. I counsel them with a lot of love” (Ryan et al. 2006, s. 129). Sykepleierne brukte empati og støttende atferd for å tone ned stressnivået og angsten til pasientene under måltidene (Long et al. 2012). Beukers et al. (2015) og Ryan et al. (2006) fant i forskningen at denne kjærligheten gjorde at sykepleierne ble glade i pasientene. Erfaringene fra studien til Ryan et (2006) hevder at denne mors-tilnærmingen til pasientene, er den mest effektive metoden å ta i bruk ved behandling av ungdom med anoreksi.

4.2 Sykepleiers utfordringer med å jobbe med ungdom med anoreksi

4.2.1 Mangel på kunnskap

Særlig i en studie kom det frem at det var stor mangel på kunnskap om spiseforstyrrelser. På den aktuelle avdelingen var det ingen som hadde videreutdanning innen psykiatri eller

spiseforstyrrelser. Dette fører til at sykepleiere ikke forstår hvordan sykdommen opererer, og hvordan de skal henvende seg til pasientene (Ramjan 2004). I samme studie kom det frem at arbeidsplassene selv må ta ansvar for at sykepleierne som jobber med pasienter med anoreksi, er forberedt på jobbe med denne pasientgruppen (Long et al. 2012, Ramjan, 2004). På en avdeling drev de med rollespill for å forberede nyansatte på jobben (Long et al. 2012). Erfaringsmessig mente de ansatte mente det var nødvendig med god opplæring, hvis ikke var det vanskelig for de nyansatte å takle jobben. Rollespill var en måte for de med mest erfaring å vise de nye hva de skal se etter under måltidene, og hva de skal være oppmerksomme på (Long et al. 2012). «Unless you get experience seeing people destroying food, that might pass you by quite easily» – participant 12 (Long et al.. 2012, s. 244).

Erfaringene viser at det er nødvendig med mer undervisning og kunnskap. Med ny kunnskap er det lettere å lage nye behandlingsregimer, og en får nye måter å tenke på, som igjen fører til nye muligheter. Det er også nødvendig med studier om forhold mellom pasient og sykepleier, og nye måter å gi omsorg på (King & Turner, 2000).

4.2.2 Tillitt og mistillit

King & Turner (2000) forteller om sykepleiere som ikke føler seg vellykket. De føler de ikke får til det forholdet som de burde få til - et forhold basert på tillitt. Kjerneverdier som tillitt, ærlighet, og ikke-dømmende forsvant og ble erstattet med tristhet, sinne og motløshet (King & Turner, 2000). Erfaringene viser at de ønsker å tro at de kan stole på pasientene og gi dem tillitt, men til syvende og sist er det ikke gjennomførbart. Flere har vanskeligheter med å stole på pasientene, på grunn av tidligere erfaringer med sabotasje (ibid). I studien til Ramjan (2004) forteller sykepleiere at det er vanskelig å oppnå tillitt hos pasientene siden sykepleierne har roller som fiende, politi, foreldrefigur, manipulator, militæroffiser, eller sladrebank. Sykepleierne deler erfaringer om pasienter som så på dem som noen som tok fra dem kontrollen. Noen som straffet og invaderte dem (Ramjan, 2004). Handlingene til sykepleierne, gitt etter behandlingsprogrammet, førte til at pasientene mistet tilliten til sykepleierne. Dette gjorde det vanskelig å opprette et godt forhold til pasienten (Ramjan & Gill, 2012).

Mistilliten gikk utover pasientene i den form at sykepleierne ikke ga pasientene så mye frihet og tillit. Erfaring med mistillit førte til at sykepleierne ofte dobbeltsjekkete pasientene. Sykepleierne opplevde deres holdninger gikk på akkord mot de sentrale prinsippene deres om likestilling av omsorg, tillit og å være ikke – dømmende (King & Turner, 2000).

4.2.3 Stigmatisering og manipulering

I Ramjan (2004) delte sykepleiere erfaringer som viser at de følte det var pasientens egen feil at de var syke, og at de måtte ordne dette selv. De ansatte var frustrerte over å måtte pleie pasienter med anoreksi, da de hadde andre pasienter som var ”ordentlig” syke, som fortjente deres oppmerksomhet mer (Ramjan, 2004). Andre sykepleiere fortalte om en negativ holdning mot pasientene under måltidene. De beskrev pasientene som rebeller og dominerende (Long et al. 2012).

Manipulering gikk igjen i mange av studiene. Manipulering av ansatte (løgn, smiger) og brudd på reglene (gjemme tunge ting ved veiing, kaste mat i servietter under måltid, sabotering av sonde) gjør at pasientene føler de har kontroll, og at de har kontroll over sykdommen sin igjen (Ryan et al. 2006, Ramjan & Gill, 2012). Når pasientene gjorde opprør mot de strenge reglene til behandlingsprogrammet ble de sett på som manipulerende og utspekulerte (Ramjan, 2004, Ryan et al. 2006). Å bli manipulert av pasienter får sykepleierne til å føle seg bedratt og mislykket (Ramjan & Gill, 2012). I tillegg førte det til at det var vanskelig å opprette et godt forhold til pasienten (Ramjan, 2004). Manipulering, mistillit og behovet for kontroll er alle hinder for å opprette et terapeutisk forhold. I tillegg var det å skylde på pasienten, stemping og stigmatisering av pasienten som anorektisk andre hinder for et godt forhold (Ramjan, 2004).

4.3 Behovet for kontroll

4.3.1 Fængselsmetafor

Det å være innlagt ble i flere av forskningsartiklene sammenlignet med å være i fængsel. I Ramjan (2004) har sykepleierne erfaring med å bruke en fængselsterminologi i frustrasjon over at pasientene ikke ble bedre. Sykepleierne ble fængselsbetjenter som skulle sørge for å

få de «innsatte», pasientene til å spise. Ramjan & Gill (2012, s. 30) beskriver dette som: «Shut(ting) down ... go(ing) into ... policeman mode». Erfaringene viste at de gjorde dette i selvforsvar, for å ikke bryte sammen av presset på jobb (Ramjan & Gill, 2012). Om pasientene ikke spiste, eller på andre måter ikke adlød, ble pasientene straffet (Ramjan, 2004). Straff er også brukt i studien til Ramjan & Gill (2012). Her brukte de straff og belønning som metode. Eksempel på straff kunne være 24 timers sengehvile eller toalettrestriksjoner. En sykepleier sammenlignet denne behandlingsmetoden som å trene hunder, med positive og negative sanksjoner.

Avdelingen kunne også bli sammenlignet med et fengsel i den form av at pasientene ikke kunne skrive seg ut når de ville, ikke ha besøk når de ønsker, og fikk ikke gjøre som de ville (Ramjan & Gill, 2012, Ramjan, 2004).

We were just like sergeant majors, we thought we were. Standing over them telling them what to do. They were 16- and 17-year-old girls that we had [to] treat like 4- and 5-year-olds.... (King & Turner, 2000, s. 143)

Gjennomøkene som ble gjort på rommene til pasientene har klare likhetstrekk med fengsler, hvor de ofte har «lock down». Det vil si at fengselsbetjentene går gjennom de innsattes eiendeler for å se etter for eksempel narkotika eller våpen (Ramjan & Gill, 2012). I pasientenes tilfelle lette sykepleier etter avføringsmidler og sprøyter som kunne bli brukt til å trekke ut sondenæring (ibid).

4.3.2 Sykepleiers tidligere erfaringer

I studien til King & Turner (2000) og Ramjan (2004) kom det frem at tidligere erfaringer med pasienter spilte en viktig rolle. Når sykepleierne hadde erfaring med manipulasjon, og at pasientene ikke var til å stole på, ble det forventet at de nye pasientene også var slik. Dette gjorde at sykepleierne ikke stolte på de nye pasientene, og ble derfor mistenksomme ovenfor alt pasientene gjorde.

Samtidig var det å yte sykepleie til ungdom med anoreksi en lærerik erfaring. En får en annen innsikt i sykdommen, og en får sett ungdom i alle aspekter. Det har hjulpet

sykepleiere til å samhandle bedre med ungdom, og med deres følelser (Ramjan, 2004, King & Turner, 2000).

I Ramjan (2004) har sykepleierne god erfaring med å ha favorittpasienter, de mener det kan være terapeutisk. Favorittpasientene kan lære sykepleierne mye, og gi dem en annen innsikt i sykdommen. Favorittpasientene var pasienter som fulgte behandlingsprogrammet, noe som førte til at sykepleierne brydde seg mer om dem (ibid).

4.3.3 Frustrasjon

Ungdomstiden er en periode fylt med opprør, makt, autoritet, og jakt etter identitet. Anoreksi er en sykdom som handler om makt og kontroll over mat, vekt og trening. Dette gjør det vanskelig å bruke et behandlingsprogram (Ramjan & Gill, 2012).

Erfaringene viste at samspillet mellom sykepleier og pasient til tider føles som en kamp, «oss mot dem». Dette sliter på sykepleierne, de blir lei av å kjempe mot pasientene. Å leve i frustrasjon og føle de ikke gjorde en god jobb, gjorde at de tidvis ønsket å gi opp, fordi de føler at de ikke klarer å hjelpe pasienten. Erfaringene viste det var viktig med støtte fra de andre sykepleierne for å kunne fortsette å jobbe med det terapeutiske forholdet med pasienten (Snell, Crowe & Jordan, 2010, King & Turner 2000).

«So I've backed down, which is a bit awful. A bit of self- protection I guess, but I think I was a bit hurt» (King & Turner, 2000, s. 143). Dette beskriver en beskyttelsesmekanisme blant sykepleierne. Sykepleierne er slitne og trenger å trekke seg tilbake for en pause. Snell, Crowe & Jordan (2010) fant at sykepleierne ikke burde la seg påvirke når pasientene opptrådte fiendtlig ovenfor dem. Det viktigste var at sykepleierne forstod at det var en del av sykdomsprosessen. Sykepleierne bør vise trygghet og selvsikkerhet, ikke gi seg, ha selvkontroll og fortsette å utøve nødvendig sykepleie, uavhengig av hvor ofte ting måtte gjentas.

5.0 Diskusjon

Her skal vi diskutere metoden vi har brukt i litteraturstudien. Vi skal også diskutere funnene mot problemstillingen og belyse hvilke konsekvenser de har for sykepleie.

5.1 Metodediskusjon

Vi ønsket å ha fokus på kvalitative forskningsartikler, men var åpen for kvantitative og reviewartikler. Til slutt endte vi med bare kvalitative forskningsartikler. Det er fordi dette er mest relevant for problemstillingen, siden vi ønsket å få frem hvilke erfaringer sykepleierne har. Erfaringene kommer best frem ved hjelp av intervju. Det var en utfordring å finne og forstå de kvantitative artiklene. Vi fant noen reviewartikler, men de var enten for gamle eller så hadde de inkludert artikler vi allerede hadde tatt i bruk. I følge våre retningslinjer for bacheloroppgaveskriving er ikke dette tillatt.

Vi er fornøyd med måten vi har disponert arbeidstiden på. Vi har hele tiden planlagt og strukturert arbeidet, og fulgt planen slavisk. Begge har jobbet likt, og med alle deler av oppgaven. Dermed har vi lik innsikt i innholdet. Det vi ikke tok høyde for var at litteratursøk og analyse tok lenger tid enn først antatt, og dermed fikk vi litt tidspress. I ettertid ser vi at vi kunne vært mer systematisk fra starten i søkingen. Vi hadde ikke valgt søkeord, noe som førte til at søkeprosessen tok lang tid. Vi fant ikke alle artiklene på søkeordene vi hadde, og måtte derfor lage nye. Da brukte vi lignende søkeord, bare andre formuleringer.

Vi er fornøyd med metoden vi har brukt, og føler vi har gjort spennende og relevante funn. Vi ser likevel at noen av artiklene våre har noen begrensninger. Ramjan har jobbet på avdelingen som hun har gjort sine studier på. Dette har blitt tatt høyde for i studien, og forfatteren føler ikke at det har vært til et hinder. Vi så at mange av de samme resultatene gikk igjen i studiene våre, og at forfatterne refererte til hverandre. Dette så vi på som styrkende for oppgaven vår.

Utfordring med analyse og syntese har vært kategoriseringen ettersom vi synes de er vanskelig å skille fra hverandre. Vi opplever at det ikke går an å se på kategoriene og funnene separat siden de utfyller hverandre. Vi er usikre på om vi har valgt rette tema og

kategorier, og det er mulig det er andre måter å gjøre det på. Vi konkluderer likevel med at dette ikke er avgjørende for resultatet i studien vår.

Vi ønsket å finne forskning fra Norge eller Skandinavia siden det kan være spennende å se om det er kulturelle forskjeller på utøvelsen av sykepleie. Vi ser det er behov for mer forskning, men funnene i artiklene kan tenkes å brukes i praksis. Vi har vært klar og tydelig på å tolke det som står i artiklene rett, ikke slik vi ønsker at det skal være. Det kan være vi ubevisst har unnlatt å ta med funn som kan ha relevans for oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

Ut fra resultatene vi har funnet i forskningen har vi valgt noen temaer som vi ønsker å diskutere:

- Viktigheten av kommunikasjon, informasjon og relasjonsbygging
- Bruken av rollemodeller
- Utfordringer og holdninger

5.2.1 Viktigheten av kommunikasjon, informasjon og relasjonsbygging

Et kjennetegn ved anoreksi er at pasienten ikke innser å ha et problem. Mangel på sykdomsinnsikt kan være utfordrende. Sykepleierne har erfaringer med at det kan være vanskelig å samhandle med pasientene, og overbevise dem om at de har et problem (Snell, Crowe & Jordan 2010). Det kan tenkes at etablering av et godt terapeutisk forhold mellom sykepleier og pasient kan bli utfordrende når pasienten ikke betrakter seg selv som syk, og ikke ser behovet for behandling.

Hvordan sykepleier velger å ordlegge seg kan være avgjørende for resultatet av kommunikasjonen. Hjelp til selvstendig kontroll og mestring, er kanskje særlig viktig for ungdom. Derfor er informasjon viktig (Eide & Eide 2010, s. 373). Erfaringene til sykepleierne i studien til Beukers et al. (2012) viste at de underviste pasientene om hva som var karakteristisk for anoreksi, og hvilke konsekvenser dette kunne gi pasienten. De underviste også om normale matvaner, og ga kostråd. For at dette skal bli vellykket bør sykepleier følge rådene til Eide & Eide (2010 s. 373) om å kommunisere på en måte som ungdommene forstår. Siden ungdommene begynner å se voksne ut og har egne, ofte sterke

meninger kan det være lett å stille for høye forventninger til at ungdommen skal ordne opp selv (Eide & Eide 2010, s.373). Hvis sykepleier underviser pasienten på en uforståelig måte, vil ikke informasjonen nå frem. Dette kan føre til at pasienten ikke får den sykdomsinnsikten som er nødvendig for et vellykket resultat av rehabiliteringen og kan øke risikoen for tilbakefall.

En kan se en sammenheng mellom det teorien sier, og det vi har funnet i de ulike studiene. Selv om sykepleier tar kontrollen over pasientene i ulike sammenhenger, så uttrykker sykepleierne viktigheten med å fortelle pasientene hvorfor de gjør som de gjør. Dette øker pasientens forståelse for sykdommen, og de forstår lettere hva sykepleierne egentlig mener og hva som er ønsket av dem (Bakker et al. 2011, Beukers et al. 2015, Snell, Crowe & Jordan, 2010). Det å vise at man ser og forstår, og det å informere og forklare slik at barn og unge skjønner hva som foregår, og hva som skal skje, kan bidra til å øke følelsen av kontroll, og forutsigbarhet (Eide & Eide 2010, s. 58).

I Long et al. (2012) har sykepleierne erfaring med at pasientene var fiendtlig mot sykepleierne. Sykepleierne måtte forstå at det var en del av sykdomsprosessen, og ikke la seg påvirke, men vise at de var selvsikre i jobben sin. Om sykepleier ikke utstråler trygghet i jobben sin, ville dette kunne gå ut over, og påvirke pasientene.

Trygghet handler i stor grad om kontroll. Barn og unge opplever kontroll i trygge omgivelser, hvor det er kjente personer, og hvor de vet hva som skal skje. Der det ikke er kjente personer kan andre varme og omsorgsfulle personer være til god hjelp (Eide & Eide 2010, s. 358). Dette samsvarer med en studie av Bakker et al. (2011). Der har sykepleierne erfaring med å danne varme relasjoner til pasientene. De jobbet med positive tilbakemeldinger, og ønsket at pasienten skal føle mestring. Sykepleierne synes det var utfordrende å ha denne rollen. På den ene siden skal en være omsorgsfull, empatisk og vise positivitet, mens på den andre siden skal sykepleier være disiplinierende (Ryan et al. 2006, Aarre, Bugge & Juklestad 2012, s. 174). Hvis sykepleier ikke klarer denne balansegangen er det fare for at sykepleier blir for streng. Dette kan føre til at pasienten ikke stoler på sykepleier, noe som er til hinder for rehabiliteringen. Er sykepleier for snill er det lett for pasienten å fortsette med de gamle vanene, mens sykepleier blir lurt til å tro at pasienten er på bedringens vei.

Travelbee (1999, s.177) skriver om menneske-til-menneske-forhold. Et slik forhold blir bygd opp og opprettholdt av sykepleier. Forholdet går ut på at den syke får sine behov ivaretatt. Det er sykepleier som har ansvaret for å danne dette forholdet. Et menneske-til-menneske-forhold vil trolig gjøre det lettere for sykepleier å ha god kommunikasjon med pasienten. Studien til King & Turner (2000) forteller at det er vanskelig å danne et terapeutisk forhold til pasienter som har anoreksi, da de ofte er veldig slø og utspekulerte. En av grunnene til dette er at både sykepleier og pasient vil ha kontroll. Zugai & Roche (2013) fant i sin studie at ved å etablere et forhold til pasienten, øker sjansen for at pasienten går opp i vekt, og bidrar til at pasienten får en positiv opplevelse. Sykepleierne møtte pasienten på det nivået pasienten var på, og var til støtte.

Travelbee (1999, s.72) sier at et menneske-til-menneske-forhold har fire faser. Fasene bygger på hverandre. Fase en handler om det innledende møtet. Under det første møtet mellom sykepleier og pasient, forteller sykepleier om regler og kan virke autoritær. Dette kan føre til at pasienten får feil inntrykk. Da kan fase to stå i fare. Denne fasen handler om fremvekst av identiteter. Studiene til Ramjan & Gill (2012) og Ramjan (2004) sammenligner det å være innlagt for spiseforstyrrelser med å være i fengsel, der sykepleier er fengselsbetjent og pasienten er innsatt. Dette kan føre til at prosessen stopper opp, noe som fører til at forholdet ikke bygges fullt ut. Travelbee (1999, s. 172) sier at det er sykepleiers ansvar for å bygge opp igjen forholdet.

5.2.2 Rollemodeller

Ungdommer lærer av hverandre. Derfor kan andre ungdommers mestring og forslag til mestring ha stor betydning (Eide & Eide, 2010, s.373). Dette viser studien til Bakker et al. (2011) og Beukers et al. (2015), der det kom det frem at pasientene som var kommet lengre i behandlingen, ble brukt som rollemodeller for nye pasienter. De ble oppmuntret av sykepleier til å dele sine erfaringer om hvordan de overkom sin frykt for å spise normalt igjen. Det kan tenkes at det er positivt å bruke medpasienter som en del av behandlingen, siden de har en annen forståelse for sykdommen ut i fra egne erfaringer. Selv om sykepleier har en passiv rolle, vil de kunne fungere som en oppmuntrende, støttende tredjepart som kan veilede pasientene på rett vei til å hjelpe hverandre. Åpenhet mellom pasientene er en viktig metode for å få tankeprosessen til de nye pasientene i gang på

behandling og forandring, og bort fra de anorektiske tankene (Bakker et al. 2011, Beukers et al. 2015).

I tillegg til pasientene, ble også sykepleierne brukt som rollemodeller. Sykepleier kunne bruke seg selv som eksempler for normalt forhold til mat (Long et al. 2012), og satt gjerne sammen med pasienten og spiste. Det samme gjorde de med fysisk aktivitet, hvor de også brukte seg selv som eksempel for hvordan et normalt forhold til aktivitet skal være (Bakker et al. 2011). Her er det viktig at sykepleier har kunnskap om temaene, slik at pasienten får rett veiledning. Travelbee (1999) skriver at sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk. Ved å gjøre dette kan sykepleiere etablere et godt forhold til pasientene. Bakker et al. (2011), Beukers et al. (2015) og Zugai & Roche (2013) beskriver sykepleiere som rollemodeller. Her bruker sykepleieren seg selv som rollemodell i sosiale roller og i kommunikasjon med andre. Dette gjør de ved å la pasienten delta på aktiviteter, og snakker om helt normale ting under måltider. I studien til Zugai & Roche (2013) forteller pasientene om hvor viktig sykepleier var for rehabiliteringen. Sykepleier ble som en eldre søster eller mor for dem.

5.2.3 utfordringer

En av utfordringene til sykepleierne var at de fulgte et gitt behandlingsprogram. Behandlingen i alle studiene ble gitt på døgnavdelinger. På bakgrunn av sykdommen og dens kontrollerende væremåte, var det nødvendig at programmets regler var strenge (Long et al. 2012, Ramjan & Gill 2012, Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Bakker et al. 2011, Beukers et al. 2015). Det var derimot delte meninger om programmets effekt. Den strenge væremåten til sykepleier kunne føre til et dårligere utgangspunkt for god relasjonsbygging. En studie var derimot veldig positiv til programmet, og følte at dens intensjon var hederlig. Sykepleierne her mente at programmet hjalp pasientene til å komme tilbake til et normalt liv gjennom å forbedre spiserutinene (Ramjan & Gill, 2012). En kan derfor stille spørsmål om det er hensiktsmessig å være så streng med ungdommer med anoreksi, eller om en skal møte pasienten på samme nivå og være varm og kjærlig. Andre studier var mer skeptisk til programmet. Ramjan (2004) sier i sin forskning at sykepleierne følger behandlingsprogrammet slavisk på grunn av manglende kunnskap om sykdommen. Dette gjør at sykepleier følger programmet, selv om de er i tvil om dens effekt (Long et al. 2012, Ramjan 2004). Manglende kunnskap kan føre til at sykepleierne ikke forstår hvorfor

pasientene gjør som de gjør, som kan føre til frustrasjon. Dette er en dårlig grobunn for en god relasjon til pasienten.

En annen utfordring som vi fant var om det var bra å være pasient på en døgnavdeling. Aarre, Bugge & Juklestad (2012, s. 175) hevder en del pasienter i døgnavdelinger vil bli mer passive og avhengige, og ta mindre ansvar for behandlingen enn om de hadde bodd hjemme. Samtidig vil en innleggelse legge til rette for konsentrert og koordinert innsats på mange fronter, noe som kan være av uvurderlig verdi for pasienter med sammensatte problemer. Ryan et al. (2012) derimot hevder at det bare er fordeler med å ha pasienter på døgnavdeling. På en døgnavdeling vil pasientene få konstant oppfølging, og sykepleier er der for pasienten til alle døgnets tider. I tillegg blir pasient og sykepleier bedre kjent, noe som gjør at sykepleier kan skape verdifulle, terapeutiske interaksjoner. Vi kan tenke oss at det er både positive og negative sider ved å ha denne pasientgruppen sammen på en døgnavdeling. På den ene siden kan medpasienter som har kommet lenger i behandlingsforløpet være til hjelp for nye pasienter, i form av å være rollemodeller. På den andre siden kan det være usunt for pasienter med anoreksi å være sammen på en døgnavdeling, da de kan ha en negativ effekt på hverandre. For eksempel ved at de kopierer hverandres dårlige sykdomsrelaterte vaner.

Som sykepleier er det viktig å huske på at pasientene fremdeles bare er ungdommer, og at de derfor trenger ha miljøet som de er i så normalt som mulig. Det kan tenkes å ha negativ konsekvens for sykepleien til pasientene om sykepleier bare har fokus på sykdommen. Samtidig kan det tenkes at det å være innlagt på en døgnavdeling kan stjele mye av ungdomstiden til pasientene, og gjøre det vanskelig å komme tilbake til hverdagen utenfor avdelingen.

Sykepleiers holdninger ovenfor ungdommene

Håkonsen (2009) hevder ungdomstiden er en turbulent tid, preget av opprør, makt, autoritet og jakt av identitet, og at sykdommen anoreksi utelukkende handler om makt og kontroll over mat, vekt og trening. Ramjan & Gill (2012) støtter disse funnene. Erfaringene sykepleierne har om at pasientene er opprørske, vanskelige og manipulerende gjorde at sykepleierne følte seg bedratt og mislykket. Forholdet mellom sykepleier og pasient ble til tider beskrevet som en kamp mellom «oss» og «dem» (Snell, Crowe & Jordan, 2010, King & Turner, 2000, Long et al. 2012, Ryan et al. 2006, og Ramjan, 2004).

Noe som bidrar til «kampen» var overvåkingen og gjennomøkningen av rommene. Dette kunne føre til at pasientene følte seg som kriminelle, og ikke får den tilliten av sykepleier som de føler de fortjener. Kampen mellom «oss» og «dem» vil stå i veien for å kunne utøve god sykepleie til pasientene. En konsekvens av «kampen» kan være et dårlig utgangspunkt for god relasjonsbygging. Med en dårlig relasjon er det ikke utenkelig at rehabiliteringen av pasienten blir lengre og mer krevende for sykepleier. Dette fører også til økte kostnader for institusjonen og kan slite ut sykepleieren.

I løpet av tiden pasientene er innlagt for behandling gjør kroppen en positiv forandring i form av vektøppgang. Dette er uvant for pasienten og kan føre til usikkerhet på den nye kroppen (Bakker et al. 2011). Pasientene er usikre på hvem de er i utgangspunktet, og prøver å finne seg selv. Når dette forandres i løpet av behandlingen er de også usikre på hvem de ønsker å bli, og om de liker forandringen (Håkonsen, 2009, s.50). Vi tenker det er viktig at sykepleier da er støttende og veileder pasienten på riktig vei mot livsstilsendring, når pasienten synes det er vanskelig å forholde seg til den nye kroppen. Dette er viktig for at pasienten ikke skal få tilbakefall.

5.3 Konklusjon

Felles for funnene våre er at sykepleiere synes det er krevende å jobbe med ungdommer med anoreksi, samtidig som det er givende og lærerikt. Bruken av sykepleier og medpasienter som rollemodeller har hatt en positiv effekt hos pasientene under behandlingen. Erfaringene beskriver sykepleiere som strekker seg langt for pasientens rehabilitering. Erfaringene viste også at det var utfordrende å være streng og overvåkende med pasientene, samtidig som de skulle være omsorgsfulle. Som sykepleier kan det oppleves som vanskelig å være streng og overvåkende, da dette er i strid med de verdiene de har lært under studiet. Disse egenskapene er gjerne erfaringsbasert. Dette var felles i den norske teorien, og de utenlandske forskningsartiklene. Det kom også frem at mangel på kunnskap førte til mye unødig frustrasjon hos noen av sykepleierne.

Dannelsen av et godt terapeutisk forhold utfordres av sykepleiers manglende kunnskap og usikkerhet om sykdommen, sykepleiers dårlige erfaringer og holdninger, sykepleiers strenge og overvåkende væremåte, og pasientenes manglende innsikt i egen sykdom som fører til at de motsetter seg behandling. Samtidig styrkes forholdet av sykepleiers kjærlige

og omsorgsfulle væremåte. Dette fører til at pasienten opplever tillitt til sykepleier. Erfaringer beskriver at sykepleierne motiveres av støtte fra kollegaer for å fortsette dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold.

Det var begrenset med forskning som handlet om sykepleiers erfaringer, noe som kan indikere at det er behov for mer forskning på området.

6.0 Litteraturliste

Bakker, R, Meijel, B.V, Breukers, L, Ommen, J.V, Meerwijk, E og Elburg, A.V. (2011). 'Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions'. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*. 24. S.16-22

Beukers. L, Berends. T, Man-van Ginkel.M.de J, Elburg, A.Van, A and Meijel. Van. B.(2015). 'Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions'. *International journal of mental health nursing*.

Eide, H & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evans, D. (2002). 'Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data'. *Australian journal of advanced nursing*. Vol 20 no 2, pp. 22-26.

Folkehelseinstituttet (2009). *Spiseforstyrrelser – fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Tilgjengelig fra:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6639&MainContent_6263=6464:0:25,6640&List_6212=6218:0:25,6645:1:0:0:::0:0 (Hentet: 22.02.2016)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013): *Att Göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur og kultur.

Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken. Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen K.M (2009). *Innføring i psykologi*. Gyldendal norsk forlag AS.

King, S.J., & de S. Turner (2000) 'Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective'. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32(1), 139-147

Lerdal, A. (2012). *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel> (Hentet: 26.04.16).

Long, S, Wallis D.J, Leung, N, Arcelus, J & Meyer, C. (2012). 'Mealtimes on Eating disorder wards: a two-study investigaton'. *International Journal of Eating Disorders*. 45:2. P:241-246

Molven, O. (2010) *Sykepleie og jus*. Oslo. Gyldendal Akademisk

Omland, S.E. (2009). *Må kjenne seg igjen*. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunikasjon.no/fagstoff/fagbladet/aktuelt/m%C3%A5-kjenne-seg-igjen> (Hentet: 24.04.16).

Psykisk helsevernloven. Lov av 30. juni 2006 nr 45. *Om vedtak om tvungen observasjon*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 (Hentet: 23.02.16).

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

Ramjan.L.M, and Gill. B.I.(2012) 'An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison'. *American journal of nursing*. Vol 112, no 8. P:24-33

Ryan. V, Malson. H, Clarke. S, Anderson. G, and Kohn. M. (2006). 'Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients'. *European Eating Disorders Review*. Vol 14. P. 125–135.

Rådgeving om spiseforstyrrelser. (u.å). *Om spiseforstyrrelser* Tilgjengelig fra: <http://www.nettros.no/spiseforstyrrelser/> (hentet: 07.03.16).

Sjøen, R. J & Thoresen, L (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Gyldendal Norsk Forlag.

Skårderud, F. (2012) Spiseforstyrrelser (kap. 33) i Drevon, R., & Blomhoff R. (red) *Mat og medisin. Lærebok i generell og klinisk ernæring*. Kristiansand. Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Skårderud, F., Rosenvinge, J.H., & Gøtestam, K.G (2004) *Spiseforstyrrelser – en oversikt. Tidsskrift for Den norske legeforening*. 124:1938 – 42. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1050522#reference-21> (Hentet: 22.02.2016)

Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J., (2010) ‘Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit’. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 19, P. 351–358.

Toppe K, Hjemdal L.H, Bergstø K og Bastholm U.A. (2015-2016). *Representantforslag 26 S. Dokument 8:26 S. Stortinget*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2015-2016/dok8-201516-026/1/> (Hentet: 11.03.16)

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

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M., (2013). ‘Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective’. *Journal of Clinical Nursing*, 22, p. 2020–2029.

Aarre, T.F., Bugge, P., Juklestad, S.I. (2012). *Psykiatri for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget.

Vedlegg 1: Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J., (2010) 'Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit'. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Vol. 19, P. 351–358.	Hensikten med studien var å undersøke erfaringene sykepleiere har med å utvikle en terapeutisk relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser. Sykepleierne jobbet på en avdeling på sykehus for ungdommer med spiseforstyrrelser.	eating disorders, grounded theory, nurse–patient relationship, nursing	Studien ble utført på den eneste spesialist avdelingen på New Zealand. På avdelingen jobber sykepleier og psykiatrisk sykepleier. Det er primærsykepleie. Sykepleier skal promotere et tillitsforhold mellom pasient og team. Sykepleier har ansvaret for å kartlegge de fysiske og psykiske behovene til pasientene. Blant annet målsetting for måltider. Sykepleier og pasient jobber sammen for at pasienten skal gå opp i vekt og få innsikt i sykdommen sin. Datasamling Studien fikk etisk godkjenning fra universitetet i Otago. Studien ble annonsert med oppslag. Syv sykepleiere ønsket å delta. De skrev under på at de ønsket å bli intervjuet. Sykepleierne hadde i gjennomsnitt fire års erfaring med å jobbe med spiseforstyrrelser.	Forskerne sorterte funnene i tre hovedkategorier: Dannelse av terapeutisk forhold For å danne et terapeutisk forhold må sykepleier dele kunnskapen de har om sykdommen med pasienten. Sykepleierne forteller at pasientene ikke ser at de har et problem, og at det da er vanskelig å hjelpe dem. Når sykepleierne forklarte for pasienten hva en spiseforstyrrelse gjør med kroppen både fysisk og psykisk, hjalp det til å nå inn til pasienten. Sykepleier må være til støtte for pasienten etter hvert som de får mer forståelse for sykdommen. De ansatte er veldig nøye med å ikke presse pasienten, men heller å ”gå ved siden av” på veien mot rehabilitering. For å danne et terapeutisk forhold forteller sykepleierne at de må jobbe med pasienten for å få henne til å forstå omfanget og skaden sykdommen gjør. Det er svært viktig at dette blir gjort i pasientens tempo. Forhandling av det terapeutiske forholdet Siden spiseforstyrrelsen er så kontrollerende, er det vanskelig for pasientene å være åpen. Sykepleierne forteller at det er vanskelig å være terapeutisk når de møter så mye motstand fra pasientene. Det er vanskelig å være så streng med pasientene, og at pasientene ikke får være med på å bestemme, gjør at pasientene blir opprørt. For at sykepleier skal kunne danne et terapeutisk forhold er det viktig at hun har selvinnsikt, er profesjonell og ikke tar motstanden fra pasienten personlig.

			<p>Sykepleierne var mellom 30-50 år. Erfaring med å jobbe med psykisk helse var fra 2,5-25 år.</p> <p>Dataprogrammet QSR NVIVO ble brukt til transkribering. De første intervjuene ble gjort over to måneder. Intervjuene ble gjennomgått for å finne temaer som gikk igjen. Det ble holdt intervjuer etter dette hvor de snakket om temaene som var felles ved de første intervjuene. Det ble utført en "line by line analysis", og in-vivo koder og konsepter ble identifisert. Under intervjuene ble det stilt strukturelle og teoretiske spørsmål. Dette gjorde at forfatterne kunne sortere stoffet i ulike kategorier, og hvordan de relaterte til hverandre. I tillegg bidro det til å danne en fremvoksende teori.</p>	<p>Kunnskap om sykdommen gjør at sykepleier skjønner hvorfor hun møter så stor motstand og fiendtlighet hos pasienten.</p> <p>«Coordinating the connection»</p> <p>Denne kategorien beskriver hvordan sykepleier føler seg som medlem av et team, og samtidig som en advokat for pasienten. Sykepleier veksler mellom å forholde seg til kollegaer (team) og pasient. Sykepleierne forteller at de føler at de er en viktig del av forhandlingene mellom pasient og resten av teamet. For sykepleier er dette en vanskelig rolle å stå i på grunn av det ofte er konflikt mellom det sykepleierne og pasientene ønsker. Her kommer det frem hvor viktig det terapeutiske forholdet er; hvis forholdet er dårlig mellom sykepleier og pasient, vil forholdet være dårlig mellom pasient og avdeling. For at dette skal fungere må det være tillitt. Resten av teamet må kunne stole på at det sykepleier forteller er rett, på samme måte som pasienten må kunne stole på at det sykepleier forteller er rett. Integriteten til det terapeutiske forholdet er hele tiden under press fra pasientens manglende interesse til dannelsen av et slikt forhold. Det er sykdommen som gjør det vanskelig for pasienten. Forholdet blir også truet av at det ikke er samsvar mellom ønskene til pasienten og sykepleier.</p> <p>Diskusjon</p> <p>Ut fra disse funnene fant forskerne ut at sykepleier spiller en viktig rolle på avdelingen. Både for at ting går som det skal, og for rehabiliteringen til pasientene. Det er vanlig at de som lider av spiseforstyrrelse benekter at de er syke, og motsetter seg behandling. Dette gjør det vanskelig å utvikle et terapeutisk forhold. For å hjelpe pasienten har avdelingen et eget opplegg hvor de oppmuntrer vektoppgang, og legger vekt på å bygge et forhold mellom pasient og sykepleier.</p>
--	--	--	--	---

Litteraturmatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
<p>Baukers. L, Berends. T, Man-van Ginkel.M.de J, Elburg, A.Van, A and Meijel. Van. B.(2015). 'Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions'. <i>International journal of mental health nursing</i>.</p>	<p>Studiens hovedspørsmål: Hvilke intervensjoner som tar sikte på å gjenopprette normal spiseatferd, bruker helsepersonell på et spesialisert senter for spiseforstyrrelser, under måltider for ungdommer diagnostisert med anorexia nervosa?</p>	<p>Adolescent, anorexia nervosa, eating behaviour, nursing intervention, video analysis.</p>	<p>Kvalitativt design. Brukt videoopptak under frokost, lunsj og middag i 5 dager. Måltidene varte i ca 30 minutter. Brukt kvalitativ analyse av video.</p> <p>8 helsepersonell ble inkludert i studien. Alle var sykepleiere, eller hadde annen relevant utdanning.</p> <p>Inklusjonskriterie: Minst 1 års praktisk erfaring, og minst 24 timer i arbeid i uken.</p> <p>9 pasienter deltok. Alder 12-18 år.</p>	<p>Sykepleier måtte være direkte og kontrollerende å ha klare forventninger til pasienten, samtidig som en måtte være vennlig, vise empati, ha forståelse, være støttende og motiverende.</p> <p>Fire hovedkategorier som beskriver sykepleierens viktigste oppgaver: Overvåke og instruere, oppmuntre og motivere, støtte og vise forståelse, og utdanne.</p> <p>Funnene viser hvordan sykepleierne bruker de ulike tiltakene hos pasienter med anorexia nervosa, særlig i første fase av behandlingen. Fokuset er både på å endre spisemønsteret, og på pasientens psykososiale behov og ens personlige kamp mot å gjenopprette normalt spisemønster. Funnene kan bidra til økt kunnskap om denne pasientgruppen, og gjøre helsepersonell bedre rustet til å møte ungdom med anorexia nervosa.</p> <p>Overvåke og instruere Sykepleier måtte sitte ved siden av pasienten under måltid for å observere spisemønsteret, og kontrollere inntaket ved behov. For eksempel om pasienten brukte nok smør o.l på skiven. Sykepleier passet tiden, og instruerte og veiledet pasient gjennom måltidet. «Ta større bit» og/eller «spis fortere».</p>

				<p>Oppmuntre og motivere Komme med oppmuntrende kommentarer som «kom igjen» eller «fortsett» under måltid, om pasienten reduserte spisetempo, eller sluttet å spise. Motiverte pasienten ved å sette små realistiske mål for måltidet. Helsepersonell motiverte pasientene til å kjempe mot spiseforstyrrelsene. Fokuserer på de negative konsekvensene ved å ikke spise, og de positive ved å spise. Bruke fremtiden og familie som motivasjon.</p> <p>Støtte og vise forståelse Sykepleier ga ros og komplimenter når pasienten fulgte instruksjer. Viste sympati og bekreftelse ovenfor hva som var vanskelig for pasienten. Gjorde det klart at sykepleier og pasient sammen kjemper mot spiseforstyrrelsene. Medpasienter ble brukt som rollemodeller.</p> <p>Utdanne Helsepersonell ga informasjon under måltid angående spiseforstyrrelsen, og hva som karakteriserer en med anorexia nervosa i hovedtrekk, og hvordan dette virker inn på oppførsel og følelser. Pasienten fikk bedre forståelse for sykdommen, og konsekvensene. Sykepleier jobbet med å lære pasienten hva som er normalt spisemønster, og knyttet det til hvordan pasienten spiser, og konfronterer henne/han med dette.</p>
--	--	--	--	---

Litteraturmatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
<p>Ryan. V, Malson. H, Clarke. S, Anderson. G, and Kohn. M. (2006). 'Discursive Constructions of eating disorders nursing: An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients'. <i>European Eating Disorders Review</i>. Vol 14. P. 125–135.</p>	<p>Hensikten med studien er å øke forståelsen for sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser ved å ta i bruk en kvalitativ metode.</p> <p>Med denne artikkelen ønsker en å belyse noe av kompleksiteten og utfordringene som er involvert i sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser.</p>	<p>eating disorders; treatment; nursing; discourse</p>	<p>15 sykepleiere ble intervjuet. Alle jobbet på en barne- eller ungdomsavdeling med pasienter med spiseforstyrrelser.</p> <p>Flesteparten av pasientene hadde diagnosen anorexia nervosa.</p> <p>Behandlingsform som ble brukt på avdelingene var individuell- og gruppeterapi, familieterapi og medisinsk behandling som i noen tilfeller innebar nasogastrisk sonde.</p> <p>Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien. Hver enkelt deltaker deltok i et en- til- en semistrukturert intervju som varte rundt 1 time. Deltakerne ble bedt om å diskutere deres synspunkter, og opplevelser</p>	<p>Delt inn i tre hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sykepleiere som kjærlige, empatiske og støttende 2) Sykepleiere som disiplinierende og overvåkende 3) Sykepleierne er tilstedeværende og omsorgsfulle <p>Sykepleiere som kjærlige, empatiske og støttende Sykepleierne er opptatte av å skape «varme relasjoner» til pasientene, og gi de en slags kjærlighet. Sykepleier blir sett på som en kjærlig morsfigur. Sykepleierne belønner rett adferd hos pasientene ved å gi de positive tilbakemeldinger gjennom å gi de tid og gi de kjærlighet/omsorg.</p> <p>Sykepleiere som disiplinierende og overvåkende En må være bestemte med pasientene for at de skal holde seg til programmet som er laget for dem. Men en må heller ikke være for strenge med pasientene. En vil at pasientene skal holde seg innenfor rammene i behandlingen, men de er ikke som fangevoktere heller. Noen av sykepleierne er for strenge med pasientene, særlig de som har jobbet der en stund. Noen av sykepleierne hadde den holdningen at mange av pasientene var utspekulerte og manipulerende, og at det var nødvendig å vise de hvem som var sjefen. Men dette kunne også ende med en «kamp» mellom pasient og sykepleier. Det kom frem i intervjuene at det var veldig ulikt hvordan disiplinering av pasientene praktisertes, og at dette</p>

			<p>av sykepleie til denne pasientgruppen. Hva skulle det og hva skulle det ikke innebære for pasienter med spiseforstyrrelser, og hvordan en så på forskjeller og ulikheter i forhold til sykepleie til denne pasientgruppen.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker, transkribert og analysert ved hjelp av diskursanalytisk metodikk.</p>	<p>var problematisk og vanskelig. Ofte fikk det et negativt utfall både for sykepleierne, sykepleien og for sykepleie- pasient relasjonen.</p> <p>Sykepleierne er tilstedeværende og omsorgsfulle Opplevs som viktig for pasienter med spiseforstyrrelser at de konstant har en omsorgsperson som alltid er der for en, og ikke bare en person som kommer og går ut av livene deres. Sykepleierne på sykehus har mulighet til å gi pasientene en 24- timers sykepleie, noe en poliklinikk ikke har mulighet til. Sykepleierne så på det som viktig at pasienter med spiseforstyrrelser blir innlagt på sykehus for å få den tette oppfølgingen. Dette er helt nødvendig for pasientbehandlingen. Sykepleie på denne måten har en terapeutisk verdi, fordi sykepleieren hele tiden er der for pasientene til alle døgnets tider. Sykepleierne ser alt, og de rapporterer til hverandre. Sykepleierne plukker også opp små ting i hverdagen, som andre ikke får med seg, og kan lage meningsfulle terapeutiske interaksjoner med pasientene ved å for eksempel snu om på samtaler. Den terapeutiske verdien med sykepleie til pasienter med spiseforstyrrelser, er at sykepleieren er konstant og i alt en gjør.</p>
--	--	--	---	--

Litteraturmatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
Ramjan.L.M, and Gill. B.I.(2012) 'An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison'. <i>American journal of nursing</i> . Vol 112, no 8. P:24-33	Hensikten med denne studien var å se nærmere på de erfaringene ungdom som er innlagt for anoreksi har gjort seg om behandlingsprogrammet. I tillegg så studien nærmere på erfaringene som sykepleierne har. Studien har et spesielt fokus på effekten av forholdet mellom pasient og sykepleier, og hvilken effekt opplegget på avdelingen og dets begrensninger hadde på dette forholdet.	anorexia nervosa, behavior modification, naturalistic inquiry, therapeutic relationship	Metode Det ble holdt 29 intervjuer, 19 med sykepleiere, 6 med pasienter som var innlagt og 4 som var utskrevet. 5 av pasientene hadde hatt tilbakefall og var innlagt på nytt. Sykepleiere med mer enn ett års erfaring ble rekruttert. Pasienter som hadde vært lengst på avdelingen, samt fem pasienter som hadde vært innlagt mange ganger. Datainnsamling Det ble brukt båndopptaker. Intervjuene var mellom 1,5-2,5 timer. Intervjuene var semi-strukturerte, og ble holdt i en periode over sju måneder. De ble holdt på et eget rom på avdelingen. Intervjuene var fleksible, det var rom for spontane spørsmål og utsagn fra	Pasienter og sykepleiere brukte ofte fengselslivet som en metafor for å forklare hvordan det var på avdelingen. Fengselsmetaforen satte en ramme for hvordan oppgaven skulle tolkes og forstås. Tema 1: "Entering the system" Mange av pasientene ble lagt inn mot sin vilje, og ble "lurt" av familien sin. Sykepleierne har forståelse for at pasientene ser på innleggelsen som å være i fengsel. Pasientene er nødt til å følge programmet slavisk, det var dette som fikk pasientene til å sammenligne innleggelsen med å være i fengsel. Sykepleierne så på jobben de gjorde for å endre spisevanene til pasientene, som en måte å reintegrere pasientene til det sosiale livet. Sykepleierne var enige i at programmet var strengt. Likevel får pasientene små friheter; de kan dekorere rommene sine, og må ikke bruke sykehusklær. Tema 2 "Doing time' within the system" Pasienten blir veid to ganger i uka for å kontrollere vektoppgang. Hadde de gått ned i vekt fikk dette konsekvenser som å rykke ned et nivå, sengehvile, eller toalettrestriksjoner. Hvis pasientene gikk opp i vekt fikk de ulike goder. Pasientene hadde lite krav på privatliv. Sykepleierne kom inn hvis pasienten brukte for lang tid på do, samt de gikk gjennom personlige ting og søpla for å se etter forbudte ting. Sykepleierne var motstandere av dette og fikk dem til å føle at de jobbet i et fengsel. I fengsel har de ofte "lock down"; de gjennomfører cellene for å se etter forbudte ting. Tema 3: "On parole or release" Etter hvert lærte pasientene at for å bli utskrevet måtte de følge programmet. Etter utskrivelse må de møte en gang i uken for oppfølging.

			<p>begge parter. Forfatteren hadde laget en liste med 6 generelle temaer før intervjuene.</p> <p>Datainnsamling og analyse ble utført samtidig ved hjelp av en metode som kalles "constant comparative analysis".</p> <p>Båndopptakene ble transkribert, lest to ganger, og ble delt i tema.</p> <p>Temainndelingen ble gjort manuelt og ved hjelp av dataprogrammet NVivo 2.</p> <p>Deltakerne og pårørende fikk informasjon både skriftlig og muntlig i forkant av studien.</p> <p>Deltakerne ble gitt pseudonymer for å sikre identiteten.</p> <p>Etikk</p> <p>Studien ble etisk godkjent av barnesykehuset studien ble holdt på, og av Univeristy of Western Syndney in New South Wales i Australia.</p>	<p>Samme måte som innsatte må rapportere til tilsynsføreren ved løslatelse. Hvis pasientene ikke hadde lagt på seg måtte de bli innlagt igjen, slik som løslatte som ikke følger de kravene som de blir gitt ved løslatelse.</p> <p>For pasienter med anoreksi og for innsatte som blir løslatt er det høy forekomst av tilbakefall. For noen var det tryggere å være innlagt på sykehuset hvor de fikk oppfølging. Det var vanskelig å komme hjem å skulle passe på alt selv. Det samme gjelder for mange kriminelle, for mange blir det for lite oppfølging på utsiden.</p> <p>Diskusjon</p> <p>Analysen viser at det er vanskelig for sykepleiere å danne et terapeutisk forhold til pasienter med anoreksi som er innlagt på en avdeling med atferds begrensninger. Avdelingen blir raskt sammenlignet med fengsel, og sykepleierne som fengselsbetjenter. Både kriminelle og pasienter med anoreksi blir institusjonalisert på grunn av at de har en oppførsel som avviker fra det normale. Det blir derfor innført sanksjoner for å regulere atferden.</p> <p>Sykepleie bygger på en holistisk tilnærming. I slike atferds program blir det en kollisjon mellom det holistiske og den biomedisinske tilnærmingen som kreves i slike program.</p> <p>Forholdet mellom sykepleier og pasient bygger på rollen sykepleier har fått, de sanksjonene de må utføre og på programmets strenge regler. Dette er et dårlig grunnlag for et godt terapeutisk forhold. Særlig når sykepleier er nødt til å invadere privatlivet og overvåke pasienten til alle tider.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Forfatterne mener at fengselsbegrepet må erstattes med et nytt og bedre begrep. Begrepet står i veien for å danne et terapeutisk forhold mellom pasient og sykepleier. Pasienter bør skrives raskere ut, slik at de kan komme seg ut i dagliglivet og få oppfølging der. I tillegg bør pasientene få delta aktivt i planlegging av tiden de har på avdelingen. Anoreksi handler om å ha kontroll, og dette vil gi pasienten opplevelse av å ha litt kontroll.</p>
--	--	--	---	---

Litteraturmatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
Ramjan, L.M. (2004) 'Nurses and the therapeutic relationship: caring for adolescents with anorexia nervosa'. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 45(5), 495–503	Hensikten med studien var å undersøke hva som står i veien for dannelsen av terapeutiske relasjoner mellom sykepleier og ungdom med anoreksi på en barneavdeling. Forfatteren ønsket opprinnelig å forske på utviklingen av suksessfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier. Derimot oppdaget forfatteren under studien at sykepleiere syns det var vanskelig å opprette relasjoner med pasientene.	anorexia nervosa, nursing, naturalistic inquiry, recovery, therapeutic relationship, hospital setting	Metode Metoden var basert på et naturalistisk forsknings mønster. Naturalistisk tilnærming lar deltagerne uttrykke erfaringer med egne ord på arbeidsplassen. Dette skaper et mer naturlig miljø, og kan være en trygghet for deltagerne. Deltakere Ti sykepleiere; seks var fra ungdomsavdelingen, fire fra barne- medisinsk avdeling. Syv kvinner og tre menn fra 26-48 år. Deltakerne hadde 5-26 års erfaring. Ingen med utdanning innen psykisk helse. Inklusjonskriterier Minst to års sammenhengende erfaring med pasienter med anoreksi. Datainnsamling Intervjuene ble tatt opp på en båndopptaker. Intervjuene var semi-strukturert. Spørsmålene ble brukt for å holde deltagerne fokuser. Var ikke låst til spørsmålene. Intervjuene handlet	Forfatteren fant tre temaer etter analysen: Kampen om forståelse Mange av sykepleierne har ikke utdanning innen psykisk helse, og slet derfor med å forstå sykdommen. Mange av sykepleierne mente det var pasientens egen skyld at hun var syk, og at de derfor måtte fikse seg selv. Mange mente også at dette er en unødvendig sykdom for dem å behandle, når det finnes ”skikkelig” syke barn på avdelingen som fortjente mer oppmerksomhet. Kampen om kontroll Sykepleierne på avdelingen fulgte et gitt program. På grunn av manglende forståelse for sykdommen og rehabiliteringen, ble det ikke satt i gang andre tiltak enn de tiltakene som allerede var. Dette førte til at pasientene ble rebelske siden programmet var veldig strengt. Når pasientene utagerte ble de sett på som manipulerende, og de gjorde jobben til sykepleierne vanskeligere. Dette førte til en maktkamp mellom pasientene og sykepleierne. Begge gruppene følte at de bestandig kjempet om hvem som hadde makten. I stede for å skape relasjoner med tillit, skapte dette mistillit. Kampene handlet ofte om mat. Sykepleierne brukte makten de har til å velge hvilken mat pasientene skulle spise. Dette er vanskelig for pasientene, som har et stort behov for kontroll over maten de spiser. Sykepleierne vil at pasientene skal bli bedre, men følte de ble hindret av pasientene. Hvis ikke pasientene spiste nok, måtte de få mat gjennom sonde. Dette så de på som en straff, og gjorde det de kunne for å unngå det. Sykepleierne føler pasientene prøver å manipulere dem. Vanskelig å knytte bånd til pasientene, når

		<p>om deltageres vanskeligheter med å opprette relasjoner med pasientene. Intervjuene varte i 1-2 timer, og ble holdt på arbeidsplassen. Intervjuene ble holdt når det passet for deltageren. Deltagerne ble gitt pseudonymer.</p> <p>Forfatteren har arbeidserfaring fra avdelingen, noe som hun så på både som en fordel og ulempe. Det var en fordel på grunn av det var lettere for deltagerne å slappe av og åpne seg opp. Ulempen var at det var en mulighet for at deltakerne ikke fortalte alt til forfatteren, da "hun allerede visste om det".</p> <p>Analyse Båndopptakene ble skrevet ned og lest to ganger. Etterpå ble funnene sortert etter tema. Det ble brukt et dataprogram, Non-Numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorising (NUD*IST), som holdt styr på analysene og temaene. Temaene og tolkningene ble gjennomgått med deltakerne for å sjekke at forfatteren har forstått hva som ble sagt under intervjuene.</p>	<p>pasientene ser på sykepleierne som noen som bestemmer og tar fra de kontrollen de har.</p> <p>Vanskelig å utvikle terapeutiske relasjoner Pasientene ble "stemplet" av sykepleierne. Det vil si at de får en negativ merking som plasserte de i en egen bås utenfor de "normale" sykdommene. Pasientene ble behandlet på en annen måte enn pasienter med kroppslige sykdommer. Forfatteren sammenligner dette med et fengsel. Pasientene er innsatte og sykepleierne er fengselsbetjenter. Pasientene må spise for å få slippe ut, og sykepleierne skal passe på at de spiser, utøver straff hvis de ikke spiser, og tar fra pasientene kontroll. Dette er ikke det rette grunnlaget for å danne et terapeutisk forhold. Det å ha favoritter blant pasientene kan også være et hinder for å danne et vellykket forhold. Sykepleiere som så pasientene i et negativt lys, hadde favoritter. Sykepleierne så på favorittpasientene slik at det ikke var deres feil at de var syk, mens det var de andre pasientenes feil at de var syke. Favorittpasientene var ofte pasienter som fulgte programmet og som ble bedre av sykdommen. Noen sykepleiere mente at dette var noe som ikke skulle skje, og at alle pasientene skal behandles likt.</p> <p>Konklusjon Noen sykepleier i undersøkelsen var enige i at den ideelle formen for behandling hadde vært en form for dagsenter med ansatte med rett utdanning. Hvis pasienter med anoreksi skal fortsette å bli lagt inn på sykehus kreves det mer utdanning. For at pasienten skal få best mulig pleie, er det viktig at det er nok bemanning. Disse tiltakene kan være med på å styrke båndet mellom pasient og sykepleier.</p>
--	--	--	--

Litteraturmatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
<p>King, S.J., & de S. Turner (2000) 'Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective'. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 32(1), 139-147</p>	<p>Hensikten til denne studien var å utforske erfaringene til sykepleiere som jobber med ungdommer som har anoreksi. Alle deltakerne var kvinner. Studien ble utført på barneavdelinger på ulike sykehus i Victoria, Australia.</p>	<p>anorexia, anorexia nervosa, registered nurses, caring practices, phenomenology, Husserlian phenomenology, qualitative research, Colaizzi, adolescence</p>	<p>Metode Metoden (Bracketing) utsatte gjennomgangen av litteraturen til dataanalysen er ferdig. Båndopptakene blir tolket, og forfatter legger til kommentarer. Forfatteren var nøytral og ønsket ikke å påvirke deltakerne. Forfatter reflekterte og skrev notater mellom intervju. Studien ble ikke diskutert med familie og venner, forfatter jobbet ikke pasienter under studien. Forfatteren så på dette som nødvendig for å kunne utføre studien i tråd med metoden til Husserlian.</p> <p>Inklusjonskriterier Ikke videreutdanning innen psykiatri, ansatt ved ungdoms-avdelinger på store sykehus i Victoria. Jobbet med jenter med spiseforstyrrelser de siste 6 måneder. Deltakerne var fem kvinnelige sykepleiere fra forskjellige kulturelle bakgrunner, med forskjellig syn på sykepleie.</p>	<p>Resultat Etter analysen var det 6 temaer: Kjerneverdier Deltakerne fortalte om de samme verdiene; lik pleie for alle, tillit, rett til privatliv, ikke være dømmende, være konfidensiell og å sørge for at pasienters rettigheter ble i varetatt. Utfordring av verdier Tillitt ble mest utfordret. Sykepleier ønsker å stole på pasientene, har lært å være kritisk til det pasientene sier. Sykepleierne var blitt lurt før, fører til dømming av pasientene. Tillitt ble ambivalent. Følelsesmessig kaos Å utøve sykepleie som ikke er i tråd med verdiene kan føre til følelsesmessig kaos. Sykepleierne føler de gjør en dårlig jobb. Frustrasjon Sykepleierne er frustrert. Føler de gjør en god jobb, men pasienten kommer tilbake. De føler seg som sersjanter som er strenge og sier hva de skal gjøre. Føler de ikke når inn til pasienten, føler de sloss mot dem. Vendepunkter For noen har de negative følelsene gjort at de ikke bryr seg om pasientene. Pasienten er en jobb, ikke et menneske. For andre ble det vendepunktet der de søker alternative måter å utøve sykepleie. Oppløsning Selv om de er frustrert, er de glad i jobben sin. Forteller om når</p>

			<p>Datainnsamling Det ble brukt båndopptaker. Opptakene ble transkribert og analysert. Intervjuene var dybdeintervjuer, hjemme hos forfatteren eller deltakerne. Det samme ble stilt hver gang: "please could you describe what it is like to care for adolescent females diagnosed with anorexia nervosa?". Forfatteren nikket underveis i intervjuene for å oppmuntre deltakeren til å fortsette.</p>	<p>pasienten blir bedre. Ikke nøye hvor tungt det har vært da. De lærer masse av pasientene. De får en forståelse av pasientens oppførsel.</p> <p>Diskusjon Sykepleierne forteller om mye følelser i arbeid med pasientene. Verdiene blir utfordret, noe som fører til mistenksomme, dømmende sykepleiere uten tillit til pasienten, og som bryr seg mindre. Manglende utdanning er i følge forfatter en grunn til slike følelser. Vanskelig å jobbe innenfor strenge rammer. På grunn av manglende resultat, var det lite forståelse for programmet.</p> <p>Konklusjon Sykepleier må se at pasienter med anoreksi er syke, selv om de ikke er syk på samme måte som andre pasienter. Å arbeide med slike pasienter er krevende for sykepleier. Arbeidet går ofte på bekostning av personlige verdier. Det er viktig at sykepleier ser forbi det og utøver god sykepleie til pasientene.</p>
--	--	--	---	--

Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
<p>Long, S, Wallis D.J, Leung, N, Arcelus, J & Meyer, C. (2012). 'Mealtimes on Eating disorder wards: a two-study investigaton'. <i>International Journal of Eating Disorders</i>. 45:2. P:241-246</p>	<p>Denne studien hadde to mål. Forfatterne ønsket først å se på hvordan måltidene ble gjennomført på avdelinger for spiseforstyrrelser i Storbritannia. Det andre målet var å se nærmere på de ansattes erfaringer med måltidene. Inkludert deres engasjement og forståelse for pasientens opplevelse.</p> <p>Vi har valgt å bare fokusere på studie to, da det er den som er relevant for vår oppgave.</p>	<p>Eating, disorders staff, mealtimes</p>	<p>Tre av de 22 avdelingene som ble kontaktet for deltakelse i studie en, fikk tilbud om å være med i studie to.</p> <p>Inklusjonskriterier Avdelingen måtte tilby mat til pasientene Avdelingene kunne ha både barn og voksne pasienter.</p> <p>Metode Individuelle intervju ble hold med 16 ansatte, 2 menn og 14 kvinner. De hadde varierende grad av erfaring. Studie 1 viste at alle de ansatte, uansett utdanning var med på måltidene. Derfor ble alle invitert til å være med på intervjuene. Intervjuene var semi-strukturerte, og ble utviklet for å undersøke ansattes oppfatninger om</p>	<p>Måltidstrening Det er viktig at nyansatte er forberedt. For å gjøre dette bruker de ofte rollespill. Her var det nyansatte sammen med ansatte med mer erfaring. De ansatte mente at nyansatte uten slik forberedelse fort kunne bli frustrert over pasientene.</p> <p>Forberedelse av måltid Det ble understreket hvor viktig det var at de ansatte visste hvilken pasient de skulle ha ansvaret for, før måltidet startet. I tillegg var det viktig at sykepleieren var klar over hvilke mål den aktuelle pasienten jobbet mot.</p> <p>Teamarbeid Viktig med godt samarbeid mellom ansatte for å opprettholde flyten under måltidene. Viktig å gi støtte til nyansatte, som ofte synes det var stressende under måltidene.</p> <p>Personlige ulikheter Mange ansatte synes det var ubehagelig å spise sammen med pasientene. Noen mener at det viktig å vise pasientene normalt spisemønster, mens andre mente at dette distraherer dem fra å yte god pleie. Ansatte synes det er vanskelig å distrahere pasientene under måltidene. De føler samtalen blir kleint, og de vet ikke hva de skal si. Noen ansatte mente at pasientene var rebeller, noe som førte til en kamp mellom sykepleier og pasient.</p> <p>Frustrasjon Ansatte opplevde det som vanskelig å forandre på rutinene. De var også frustrerte over lav bemanning, noe som fører til at pasientene ikke får god nok oppfølging under og etter måltidet.</p>

			<p>måltidene. Spørsmålene var åpne, og intervjuene varte i maksimum 60 minutter. De ble tatt opp med en båndopptaker.</p> <p>Analyse Båndopptakene ble transkribert ordrett. Dataene ble analysert ved hjelp av Braun & Clarke og ved hjelp av et dataprogram. Tematiseringen ble gjort av to individuelle personer, for så og bli samstemt.</p>	<p>Diskusjon Funnene som ble gjort i denne studien samsvarer med funn gjort i andre studier. Det virker som at frustrasjon over å pleie pasienter som ikke vil bli bedre, fører til negative tanker om pasientene.</p>
--	--	--	--	--

Litteraturmatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon
Bakker, R, Meijel, B.V, Breukers, L, Ommen, J.V, Meerwijk, E og Elburg, A.V. (2011). 'Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions'. <i>Journal of child and adolescent psychiatric nursing</i> . 24. S.16-22	Hensikten med studien var å utforske spørsmålet: "Hva mener sykepleiere er de beste tiltakene for å få pasienter med anoreksi tilbake til normal kroppsvekt?". Studien var rettet mot pasienter mellom 12-18 år.	Adolescents, anorexia nervosa, nursing interventions	<p>Deltakere Studien foregikk på en klinikk som har spesialisert seg på behandlingen av spiseforstyrrelser. Klinikken behandler pasienter mellom 12-18 år. Syv sykepleiere og 1 sosialarbeider ble intervjuet.</p> <p>Inklusjonskriterier Minst 1 års erfaring med pasienter med anoreksi Være sykepleier eller sosialarbeider De måtte ha en kontrakt som tilsa at de jobbet minst 24 timer i uken</p> <p>Datainnsamling Data ble samlet inn ved individuelle semi-strukturerte dybde intervju. Hovedtemaene var: -Normalisering av spise- og treningsvaner -Struktur -Ansvar Disse temaene var tatt fra en tidligere studie. Basert på spørsmålene ble hele</p>	<p>Funn; fire hovedkategorier Gjenopptakelse av normalt spisemønster Sykepleier tar kontroll fra første stund. For noen pasienter er dette helt nødvendig på grunn av pasientens elendige næringsstatus. For pasienter som nektet å spise eller ikke gikk opp i vekt, fikk de næringsdrikke eller intravenøs næring. Eldre pasienter ble brukt som rollemodeller. Når pasienten gikk opp i vekt, fikk de tilbake litt ansvar. De ble likevel holdt under oppsyn. Klarte ikke pasienten ansvaret, tok sykepleier over. Intervjuene viste at sykepleierne forbereder pasientene på hverdagen ved å gi dem selvtillit. Når pasienten viser at hun kan ta rett valg i forhold til trening og mat, trakk sykepleier seg unna.</p> <p>Gjenopptakelse av normale treningsvaner Sykepleierne overvåker pasientene for å se om de driver med overdreven trening. Pasientene må lære å trene på nytt. Sykepleier er rollemodell ved å fortelle hvordan de spiser og trener. Pasientene må lære at kroppen trenger med energi ved fysisk aktivitet, og at det er normalt.</p> <p>Utvikling av sosiale ferdigheter Fokus på å forberede pasienten på det sosiale livet. Dette gjør de ved å la pasienten delta på aktiviteter, og snakke om normale ting under måltider. Sykepleierne vil at pasienten skal ha kontakt med omverden.</p> <p>Veiledning av foreldre Sykepleierne mente det var umulig å rehabilitere pasienten uten foreldrene. Viktig med et godt forhold mellom pårørende og</p>

			<p>innleggelsesprosessen gjennomgått, fra start til slutt. Data ble gjennomgått syklisk.</p> <p>Intervjuene var på 1 time, etterfulgt av en 2-timers fokusgruppe.</p> <p>Fokusgruppen hadde som hensikt å diskutere temaer som hadde vært uklare eller rot til konflikter. På møtene var det 4 sykepleiere, 1 psykolog og en ernæringsfysiolog. Det ble brukt båndopptaker.</p> <p>Individuelle intervju ble transkribert og kodet ved hjelp av dataprogrammet MAXQDA.</p> <p>Funnene var intervjuene ble diskutert i forskningsgruppen.</p>	<p>sykepleier. Foreldrene kjenner pasienten best, og kan fortelle sykepleieren hvordan pasienten er. Foreldrene var ofte med under måltider før pasienten ble utskrevet, slik de så hvordan sykepleier gikk frem som rollemodell.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Forfatterne så at den deskriptive metoden var vel egnet for å få frem sykepleierens erfaringer, meninger og oppfatninger.</p> <p>Forfatterne så at det var samsvar med det deres studie viste, og det andre studier viser.</p>
--	--	--	--	--