

10143

Unge jenter med anoreksi

Antall ord: 7 693

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Brit Hustad

Medveileder: Knut Arne Rangøy

Juni 2021

10143

Unge jenter med anoreksi

Antall ord: 7 693

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Brit Hustad
Medveileder: Knut Arne Rangøy
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Abstrakt

Bakgrunn:

Kroppspress er et økende problem i dagens samfunn. Ungdom blir bombardert med urealistiske kroppsidealene. De siste årene har spiseforstyrrelser blitt et mer og mer vanlig fenomen. Det er anslått at omkring 2% av den kvinnelige befolkningen i alderen 15-45 år lider av en alvorlig spiseforstyrrelse.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleiere kan bygge en god terapeutisk relasjon med unge voksne jenter med anoreksi innlagt på heldøgns behandling

Metode: Bacheloroppgaven baserer seg på 8 forskningsartikler og allerede eksisterende litteratur.

Resultat: Artikkelen viser at jentene vil bli møtt med kunnskap, omsorg, tillit og respekt. I tillegg til å bli inkludert og utfordret i behandlingsprosessen.

Konklusjon: For å bygge en relasjon med pasientene trenger sykepleiere mer kunnskap om anoreksi og kommunikasjon. Sykepleiere må inkorporere omsorg og respekt i deres møte med pasientene. I tillegg til å være støttende og fremme autonomi, samt utfordre pasienten. De må også være forberedt på at dette kan bli et krevende møte.

Nøkkelord: anoreksi, unge voksne jenter, terapeutisk relasjon

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	1
Innholdsfortegnelse	2
1. Introduksjon	4
1.1 Introduksjon til tema	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	4
1.3 Relevans for sykepleie	4
1.4 Teori	4
1.4.1 Spiseforstyrrelser	4
1.4.2 Kommunikasjon	5
1.4.3 Terapeutisk relasjon	5
1.4.4 Omsorg og tillit	6
1.4.5 Identitet	6
1.5 Presentasjon og avgrensning av problemstilling	7
1.6 Oppgavens oppbygging	7
2. Metode	8
2.1 Beskrivelse av metode	8
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.3 Søkehistorikk/ søkestrategi	8
2.4 Utvelgelse av artikler	9
2.5 Analyse	10
3. Resultat	11
3.1 Artikkelmatrise	11
3.2 Presentasjon av resultater	11
3.2.1 Kunnskap	11
3.2.2 Pasientens opplevelse	11
3.2.3 Møte pasienten med:	12
3.2.3.1 Omsorg og tillit	12
3.2.3.2 Gode kommunikasjonsferdigheter og tålmodighet	12
3.2.4 Balanse mellom autoritet og kjærlighet	13
3.2.4.1 Autoritet og regler	13
3.2.4.2 Utfordre pasienten	13
4. Diskusjon	14
4.1 Resultatdiskusjon	14
4.1.1 Kunnskap	14

4.1.2 Omsorg og tillit	15
4.1.3 Kommunikasjon	15
4.1.4 Utfordre pasienten	16
4.1.5 utfordringer for sykepleieren.....	17
4.2 Implikasjoner for sykepleie	18
4.3 Metodediskusjon.....	18
4.4 Konklusjon	19
Litteraturliste.....	20
Vedlegg.....	23
Vedlegg 1: søkehistorikk.....	23
Vedlegg 2: Litteraturmatriser	25

1. Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

Kroppspresset i dagens samfunn blir stadig større og større, som følge av idealer om å passe inn og å skulle ha den perfekte kroppen. Ungdom bombarderes med bilder av syltynne modeller på sosiale medier (Aarre, Bugge & Jukelstad, 2009). Idealet om en slank kropp dominerer i dag den vestlige verden (Hummelvoll, 2012). Dette er med på å øke forekomsten av spiseforstyrrelser (Aarre, et al. 2009).

I løpet av de siste 30 årene har spiseforstyrrelser gått fra å være et noe mer uvanlig fenomen til å bli mer og mer vanlig (Skårderud, 2018). Det er anslått at omkring 2% av den kvinnelige befolkningen i alderen 15-45 år lider av en alvorlig spiseforstyrrelse (Hummelvoll, 2012). Ifølge helsebiblioteket er anoreksi den tredje vanligste dødsårsaken i Europa blant unge kvinner (Helsebiblioteket, 2011).

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg synes spiseforstyrrelser er et spennende og relevant tema, da dette er noe en stor andel av befolkningen sliter med. Jeg slet selv med bulimi nervosa og syntes det var vanskelig å være åpen om det. Jeg vil fordype meg i hva jeg som sykepleier kan gjøre for å kommunisere med unge voksne jenter i samme situasjon og hvordan jeg kan være en trygg og tillitsskapende person for dem.

1.3 Relevans for sykepleie

Spiseforstyrrelser blir regnet som en psykisk lidelse, men kan også føre til skadelige somatiske konsekvenser, som blant annet arytmier, hjertesvikt, underernæring, tannproblemer, osv Ved alvorlig anoreksi kan det være nødvendig med innleggelse på sykehuset. Dette er derimot ikke bare en lidelse som dreper, men også en sykdom som påvirker psyken (Aarre, et al. 2009). Lidelsen preges av et dårlig selvbilde og redusert identitetsoppfatning (Hummelvoll, 2012). Det er en svært sårbar pasientgruppe preget av mye skam og skyldfølelse (Skårderud, 2018). Dette er altså en pasientgruppe sykepleiere møter både i psykiatrien og i somatikken (Aarre, et al. 2009).

1.4 Teori

Jeg vil nå gå inn på teorien som jeg mener er aktuell for å besvare problemstillingen min. Først vil jeg presentere grunnleggende teori om spiseforstyrrelser, for deretter å gå inn på kommunikasjon, terapeutisk relasjon, omsorg, tillit og identitet.

1.4.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er kjennetegnet av et overdrevent fokus på mat, vekt og kroppsfigur. Det er når dette fokuset begrenser livsutfoldelsen og livskvaliteten at det karakteriseres som en spiseforstyrrelse (Aarre, et al. 2009). Dette overdrevne fokuset på kropp vil etter hvert definere suksess i livet. Disse tankene kan ta overstyring, slik at det blir vanskelig å konsentrere seg om andre ting (Øverås, 2018).

Spiseforstyrrelser handler ikke bare om kropp og vekt, men også om vansker med å forholde seg til egne tanker og følelser (Skårderud, 2018). Dette er en lidelse som har rot i vanskelige og kaotiske indre tanker (Øverås, 2018). Spiseforstyrrelser

karakteriseres av lav selvfølelse, skam- og skyldfølelse (Skårderud, 2018). Pasientene kjennetegnes av en svekket kontakt med egne følelser (Hummelvoll, 2012). Spiseforstyrrelsene blir en form for flukt inn i egen kropp og blir pasientens måte å håndtere emosjonelle og eksistensielle problemer (Skårderud, 2018). Mange som sliter med spiseforstyrrelser opplever at livet er vanskelig å mestre og at det å gå ned i vekt blir noe de mestrer (Hummelvoll, 2012). Dette er også en pasientgruppe som er svært vant til å holde lidelsen sin skjult, det kan altså ta tid før de velger å åpne seg (Aarre, et al. 2009). Troen på at man vil klare å komme seg ut av det etter å ha levd med det i mange år vil være vanskelig (Øverås, 2018).

De vanligste spiseforstyrrelsene er anoreksi nevrosa, bulimi nevrosa og overspising. Anoreksi nevrosa er den mest dødelige psykiske lidelsen. Denne lidelsen preges av et forstyrret kroppsbilde og en sykkelig redsel for å legge på seg (Aarre, et al. 2009; Skårderud, 2018). Ifølge ICD-10 må pasienten veie minst 15% mindre enn sin forventede vekt (Skårderud, 2018). Pasienten overdriver fysisk aktivitet og spiser altfor lite, slik at dette får en tvangspreget form. Dette fører til vektnedgang, underernæring og hormonforstyrrelser som i verste fall kan føre til død (Aarre, et al. 2009). For mange vil følelsen av å være for tykk overstyre all logikk og dermed ta over store deler av hverdagen og bli en del av identiteten deres (Øverås, 2018).

1.4.2 Kommunikasjon

Det sentrale i profesjonell kommunikasjon er å kommunisere på en måte som er til hjelp for pasienten (Eide, et al. 2011). Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess som danner grunnlag for å bygge en relasjon, da det er gjennom kommunikasjon man blir kjent (Travelbee, 2001). Kunnskap skapes i dialog med pasienten (Hummelvoll, 2012). Kjernen i god kommunikasjon er aktiv lytting og åpenhet (Eide, et al. 2011). Dette handler om å være til stede og å være aktiv i prosessen (Hummelvoll, 2012).

Kommunikasjon har to komponenter: det verbale, altså det vi sier med ord og det non-verbale, hvordan vi formidler det gjennom kroppsspråket vårt, ansiktsuttrykk, blikkontakt, tonefall ... (Hummelvoll, 2012). Det viktigste er ikke det vi sier, men hvordan vi formidler det, hvilke følelser vi legger bak ordene (Skårderud, 2018). Kommunikasjon handler om å se helheten. Ord er sjeldent entydige, noen ord kan være ladet med følelser, mens andre ikke er det. Det er hvordan vi velger å tolke det den andre sier og uttrykker som er grunnlaget for å bygge en relasjon basert på tillit (Eide, et al. 2011). Gjennom vårt non-verbale og verbale språk vil vi kunne vise at vi er tilgjengelig og interessert i det pasienten sier (Travelbee, 2001). Travelbee (2001) nevner også bruken av humor, hun sier at dette er en del av menneskers liv og integritet, det er derimot viktig å huske at humor skal gå på pasientens premisser.

1.4.3 Terapeutisk relasjon

Til daglig bruker vi ordet relasjon for å definere et forhold mellom mennesker. Her brukes det for å definere forholdet mellom pasient og sykepleier (Eide, et al. 2011). En terapeutisk relasjon dannes som følge av «pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette» (Hummelvoll, 2012, s. 38). I følge Travelbee (2001) er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen sin. Dette gjør man ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Travelbee (2001) deler opp dannelsen av en relasjon i 4 ulike faser: det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati og sympati og medfølelse.

I den første fasen, det innledende møte, vil pasienten og sykepleieren observere hverandre og bygge opp antagelser og meninger om hverandre. Meningene som oppstår legger videre grunnlag for dannelse av et forholdet. I neste fase, fremvekst av identitet, skal en begynne å vedsette den andre som et eget individ. Sykepleieren må klare å se menneske bak sykdommen. Her må sykepleieren være bevist på hvordan en oppfatter pasienten. I tillegg må pasienten klare å se menneske bak «sykepleieren» (Travelbee, 2001). I møte med pasienten skal vi vise følelser og vår menneskeligeside, slik at pasienten blir kjent med personen bak profesjonen (Eide, et al. 2011). I tredje fasen, empatifasen, handler det om å sette seg inn i pasientens situasjon. Sykepleieren skal ta del i pasientens sinnstilstand. I siste fasen, sympati og medfølelse, innebærer at sykepleieren oppriktig føler pasientens lidelse. Det er i denne fasen det skapes en gjensidig tillit (Travelbee, 2001). Sykepleieren må vise omsorg ovenfor pasienten, slik at pasienten får tillit og trygghet til helsepersonellet (Eide, et al, 2011).

Å bygge en relasjon handler også om å være forberedt på at det kan bli krevende. Spesielt med tanke på at mange pasienter med spiseforstyrrelser kan ha vansker med å bygge en relasjon (Skårderud, 2018). Vi skal etablere en relasjon som er varm og støttende og møte pasienten med interesse og engasjement slik at de føler seg sett og forstått (Hummelvoll, 2012; Aarre, et al. 2009). Men vi skal også klare å bygge en relasjon som er fleksibel nok til at pasienten opplever en autonomi (Aarre, et al. 2009). Deling av makt og kontroll mellom pasient og sykepleier er viktig (Eide, et al. 2011). En terapeutisk relasjon bygger ikke bare på et emosjonelt bånd, men også på en klar plan med oppgaver og mål (Skårderud, 2018). Det handler om å finne en balanse mellom å stille de kravene som er nødvendig, men også å gi pasienten valg der det er mulig (Øverås, 2018).

1.4.4 Omsorg og tillit

Å få omsorg er et grunnleggende behov (Skårderud, 2018). Med omsorg forstår vi det å bry seg om andre, som innebærer å ivareta andres behov for hjelp og støtte (Eide, et al. 2011). Vi skal møte pasienten med forståelse, kunnskap og omsorg (Skårderud, 2018).

I sammenheng med profesjonell omsorgsrelasjon kan vi se på begrepene: empati og fagkunnskap. Empati innebærer evnen til å lytte og sette seg inn i pasientens situasjon og er en forutsetning for å kunne gi god omsorg. Empati innebærer en følelsesmessig forståelse av det den andre gjennomgår. Fagkunnskap er essensielt for å klare å leve seg inn i den andres situasjon. Det er lettere å sette seg inn i den andres situasjon dersom man har kunnskap om deres tilstand (Eide, et al. 2011). Omsorg henger tett sammen med kunnskap, vi trenger kunnskap om hvordan situasjonen oppfattes for pasienten for å klare å gi nødvendig omsorg (Hummelvoll, 2012). Uten tilstrekkelig kunnskap vil man ikke klare å oppdage hva pasienten trenger hjelp til.

1.4.5 Identitet

Identitet kan sees på som «bevisstheten om å være seg selv» (Hummelvoll, 2012, s. 136), men samtidig evnen til å skille seg selv fra andre (Skårderud, 2018).

Identitet gir en opplevelse av indre sammenheng, da man opplever at man er den samme over tid, i ulike situasjoner og livsfaser (Solvoll, 2016). Identitet kommer som et resultat av selvobservasjon og selvutvurdering (Hummelvoll, 2012). Ulike situasjoner vil

påvirke vår selvoppfattelse. Vår identitet vil påvirke hvordan vi omgås andre (Solvoll, 2016).

Spiseforstyrrelser er kjennetegnet av identitetsforstyrrelser. Mange vil bli preget av en uklar identitetsfølelse og selvbilde. Pasientene kan plages av maktesløshet og indre tomhet. De kan oppleve seg styrt av sykdommen (Hummelvoll, 2012).

Identitetsdannelse blir vanskelig når man til enhver tid skal sammenligne seg med andre og tilpasse seg normer (Skårderud, 2018). Behandling av anoreksi handler ikke bare om å gå opp i vekt, men også om å finne ut av hvem man er uten spiseforstyrrelsene siden spiseforstyrrelsene for mange gjerne blir en stor del av deres identitet (Øverås, 2018).

1.5 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg undersøke hvordan sykepleiere best kan samarbeid med unge voksne jenter med anoreksi som er lagt inn på heldøgns behandling.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bygge og opprettholde en god terapeutisk relasjon med unge voksne jenter med anoreksi?

Spiseforstyrrelser opptrer både hos menn og kvinner, men hyppigst hos kvinner (Hummelvoll, 2012). Derfor velger jeg å avgrense meg til kvinnelige pasienter. Jeg har også valgt å avgrense det til unge voksne jenter, da gjennomsnittsalderen på starten av denne lidelsen er 14-19 år hos kvinner (Vandvik & Moen, 2021). Jeg har valgt å begrense meg til pasienter med anoreksi, da dette er den dødeligste psykiske lidelsen (Aarre, et al. 2009). Jeg vil se på anoreksi-pasienter som er blitt lagt inn på heldøgns behandling. Jeg har valgt å se bort fra medikamentell behandling og familierapi.

1.6 Oppgavens oppbygging

Først blir det gitt en beskrivelse av metoden jeg har valgt å bruke. Her vil jeg blant annet presentere framskaffelsen av relevante forskningsartikler. Deretter vil jeg presentere mine resultater og til slutt vil jeg bruke teorien og resultatene mine til å diskutere og besvare problemstillingen: «*Hvordan kan sykepleiere bygge og opprettholde en god terapeutisk relasjon med unge voksne jenter med anoreksi?*», før jeg kommer fram til en konklusjon.

2. Metode

Jeg vil nå gjennomgå mitt valg av metode, inklusjons og eksklusjonskriterier, samt hvilke databaser og søkeord jeg har brukt. I tillegg til å presentere hvordan jeg har funnet og bearbeidet mine forskningsartikler.

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, en fordypningsoppgave om et tema som er aktuelt innenfor sykepleiefaget. Den vil basere seg på allerede eksisterende litteratur innenfor fag og forskning. Valg av metode for en oppgave handler om å finne den metoden som best belyser oppgaven (Dalland, 2020). Hensikten med bacheloroppgaven er at jeg skal få en faglig fordypning i et tema jeg har valgt selv. Jeg vil bruke kvantitative og kvalitative forskningsartikler for å dekke problemstillingen best mulig.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I søkeprosessen fikk jeg opp mange treff, for å strukturere søkene mine og få med det mest relevante ble jeg nødt til å sette inn inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg bestemte meg for å kun ta med artikler som var norske eller engelske, samt artikler som hadde gjennomgått en fagfellevurdering og som var publisert etter 2011. Jeg fant derimot en artikkel som ble publisert i 2009, som jeg mener er relevant for oppgaven og valgte dermed å ta den med. I søkeprosessen ekskluderte jeg artikler som omhandlet pårørendes påvirkning på behandling og medikamentell behandling. Jeg valgte også å ekskludere artikler som omhandlet gutter, barn og voksne i behandling, samt artikler som ikke fokuserte på anoreksi og ikke var bygget opp etter en IMRAD-struktur.

2.3 Søkehistorikk/ søkestrategi

Jeg har benyttet meg av pensumslitteratur og selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteraturen består av forskningsartikler funnet i ulike søkemotorer. Søkemotorene jeg har brukt er: PubMed, Cinahl, Medline, sykepleie.no. Dette er søkemotorer som er blitt anbefalt av mine forelesere og som er kjent for å være pålitelige. Min egen erfaring gjennom praksis og personlige opplevelser vil også komme til uttrykk. Når jeg skriver en oppgave, starter jeg ikke med «blanke ark». Vi har alle tanker om temaet og om resultatet på forhånd. Det vil være viktig å være bevisst på dette slik at man klarer å skille mellom forutinntatte tanker om tema, og om vår nye forståelse (Dalland, 2020).

Før jeg startet å søke etter forskningsartikler brukte jeg PICO-skjema. Dette skjemaet hjalp meg med å dele opp problemstillingen. Jeg brukte ikke Comparison da det ikke var noen grupper å sammenligne, sett opp imot min problemstilling.

Tabell 1: PICO-Skjema

P= patient		I= intervention	C= comparison	O= outcome
-Anoreksi nervosa	-unge/voksne jenter	-sykepleie		-terapeutisk relasjon
-spiseforstyrrelser -eating disorder	-adolecents -young adult -women	-nurse		-therapeutic relation -nurse-patient- relation -communication

Dette skjemaet gjorde det enklere for meg å finne søkeord. Jeg brukte deretter mesh for å oversette ordene til engelsk. Dette er noen av søkeordene jeg brukte: eating disorders, anorexia nervosa, young adult, adolescents, women, therapeutic relation, communication, nurse-patient-relation. Jeg kombinerte disse med OR og AND på ulike måter for å få fram mest mulig data. Jeg brukte disse søkeordene i de ulike søkemotorene for å sammenligne artikkelen jeg kom fram til og for å få en bredere kunnskap om temaet.

Søkehistorikk se vedlegg 1

2.4 Utvelgelse av artikler

Etter å ha søkt med de utvalgte søkeordene på de ulike søkemotorene ble artiklene først valgt ut etter tittel. Dersom tittelen så relevant ut for min problemstilling, leste jeg videre på abstraktet og tok her igjen et valg om hvilke artikler som var spesielt relevante for min problemstilling. Dersom artikkelen fortsatt virket relevant, leste jeg hele artikkelen. Etter å ha gjennomgått artiklene med hensyn på inklusjons og eksklusjonskriteriene satt jeg igjen med 15 artikler. Etter å ha lest nøye gjennom disse og gullet ut det jeg mente var viktig og endret litt på problemstillingen, satt jeg til slutt igjen med 8 artikler.

I utvelgelsen av artikler brukte jeg også sjekklisten på helsebiblioteket for vurdering av artiklene. Jeg så da først på målet med studiene, leste gjennom abstraktet for å se om studien var relevant for min oppgave. Videre så jeg på populasjonen. Jeg var da ute etter enten sykepleiere/ helsepersonell som jobbet med pasienter med anoreksi eller unge voksne jenter med anoreksi. Jeg så deretter på antall deltakere i studien. Flere av artiklene hadde få deltagere, dette var jeg bevisst på under bearbeidingen av mine resultater. Jeg leste deretter metoden. Videre så jeg på resultatene og diskusjonen. Jeg så da på hovedfunnene og om disse var relevante for min oppgave (Helsebiblioteket, 2016).

Artiklene ble deretter søkt opp i Norsk Senter for forskningsdata (NSD), der det ble undersøkt om artiklene hadde nivå 1 eller 2. Alle mine 8 artikler gikk enten under nivå 1 eller 2, hvilket vil si at de er blitt publisert i godkjente vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2021).

2.5 Analyse

Etter å ha valgt ut 8 artikler begynte jeg å dele opp hver artikkel i ulike temaer som jeg mente var relevante for å besvare på problemstillingen. Jeg jobbet da ut ifra Evans analysemodell (Evans, 2002).

Steg 1: Samle data: dette forklarer jeg nærmere i *utvelgelse av artikler*.

Steg 2: Identifiserer hovedfunnene: Jeg leste nøye gjennom mine utvalgte artikler og gulett ut det jeg mente var viktig å ha med. Jeg måtte underveis påminnes problemstillingen min slik at jeg fant temaer som var mest mulig relevante.

Steg 3: Sortere hovedtemaer og undertemaer: etter å ha funnet temaer i hver enkelt artikkel samlet jeg disse ut ifra likheter og ulikheter. Jeg samlet da disse i hovedtemaer og undertemaer.

Steg 4: Tabellen under gjorde det enklere å holde oversikt over de ulike temaene i forbindelse med diskusjonen av disse.

Tabell 2: Tema

Tema		Artikkelnummer
Kunnskap		1, 2, 3, 4, 8
Pasientens opplevelse		1, 2, 3, 4, 7, 8
Å bli møtt med:	Omsorg og tillit	2, 3, 4, 5, 6, 8
	Gode kommunikasjonsferdigheter og tålmodighet	3, 4, 8
Balance mellom autoritet og kjærlighet	Autoritet og regler	5, 6
	Utfordre pasienten	3, 6, 8

3. Resultat

I denne litteraturstudien har jeg inkludert 8 artikler for å belyse hvordan sykepleier kan bygge en god terapeutisk relasjon med unge voksne jenter med anoreksi. Resultatene viser at sykepleiere trenger økt kunnskap om anoreksi, samt at grunnlaget for en god relasjon er omsorg, tillit og respekt. I tillegg til at rammene for behandlingen ikke skal være for autoritære, men heller fremme samarbeid.

3.1 Artikkelmatrise

Se vedlegg 2

3.2 Presentasjon av resultater

3.2.1 Kunnskap

Pasientene forteller at de vil bli møtt med kunnskap (Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud & Holte, 2014; Gulliksen, Espeset, Nordbø, Skårderud, Geller & Holte, 2012). Da dette var betryggende og fremmet følelsen av å bli sett og forstått (Lindstedt, Neander, Kjellin & Gustafsson, 2015). Økt kunnskap bidrar til å redusere skammen og ensomheten som pasientene føler på (Gulliksen, et al. 2012; Gulliksen, et al. 2014). Å bli møtt med manglende kunnskap førte til at pasienten følte seg dum og alene, og var i tillegg med på å øke identifiseringen med lidelsen (Gulliksen et al 2014; Jenkins & Ogden, 2011). For pasientene var det viktig at helsepersonell klarte å se hver enkelt pasient (Lindstedt, et al. 2015). De forteller at de ikke likte å bli «behandlet etter boka», men heller ville bli sett som et eget individ (Gulliksen, et al. 2012). Rørtveit, et al. (2009), fremmer viktigheten av å la kvinner få utrykke seg om hvordan det er å leve med spiseforstyrrelser.

Sykepleiere forteller at kunnskap om anoreksi gjorde det enklere å få kontakt med pasienter, forstå deres bakgrunn og dermed møte dem med omsorg. I tillegg til at økt kunnskap gjorde det lettere å håndtere deres indre konflikter og frustrasjon (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2017).

3.2.2 Pasientens opplevelse

Pasientene opplevde det som ensomt og skamfullt å leve med spiseforstyrrelser (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud, Geller & Holte. 2011; Rørtveit, et al. 2009) De var preget av en stor skyldfølelse og opplevde å være fanget i sin egen kropp. Kvinnene forteller også om et dårlig selvbilde og et negativt syn på seg selv (Jenkins, et al. 2011; Nordbø, et al. 2011; Rørtveit, et al. 2009).

Spiseforstyrrelsene påvirket psyken deres, og de følte seg utslitt (Rørtveit, et al. 2009). Pasientene opplevde en stor ambivalens knyttet til behandlingen (Lindseth, et al. 2015). En del av de hadde lyst til å bli friske, men en annen del ville ikke gi slipp på de rutinene og det livet de hadde bygd opp (Rørtveit, et al. 2009; Gulliksen, et al. 2014; Jenkins, et al. 2011). Pasientene forteller at de skjulte lidelsen. De løy til omverden for å opprettholde spiseforstyrrelsen. (Rørtveit, et al. 2009; Nordbø, et al. 2011).

Anoreksien ble etter hvert en del av identiteten deres og tok kontroll over livet deres (Rørtveit, et al. 2009; Jenkins, et al. 2011; Gulliksen, et al. 2012). Spiseforstyrrelsene ga dem derimot også en form for kontroll som de var redde for å miste (Rørtveit, et al.

2009; Nordbø, et al. 2011; Gulliksen, et al. 2014). Dette ble deres måte å kontrollere følelsene sine på (Jenkins, et al. 2011). De så flere positive sider ved å leve med anoreksi, enn å skulle leve uten. Spiseforstyrrelsen fremmet trygghet, da dette var noe de hadde levde med i mange år. I tillegg til at det å gå ned i vekt bygget opp selvtilliten deres og ga dem mening og mestring i livet (Rørtveit, et al. 2009; Nordbø, et al. 2011).

3.2.3 Møte pasienten med:

3.2.3.1 Omsorg og tillit

Pasientene forteller at måten de ble møtt på var viktig for å bygge en relasjon. De vil bli møtt med kjærlighet og respekt. Møtt av støttende og forståelsesfulle helsepersonell (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2017; Gulliksen, et al. 2014; Gulliksen, et al. 2012; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). I tillegg forteller pasientene at de satt pris på sykepleiere som brukte humor i behandlingen. Da dette skapte et mer avslappet miljø og bedret forholdet deres (Gulliksen, et al. 2012).

Tillit er fundamentalt for å klare å bygge en relasjon (Lindstedt, et al. 2015; Zugai, et al. 2017; Zugai, et al. 2013). Pasientene og sykepleierne forteller at relasjonene ble til etter hvert som en trygghet og tillit hadde bygd seg opp (Zugai, et al. 2017; Gulliksen, et al. 2015). Pasientene forteller hvordan det å bli sett og tatt vare på var med på å fremme tillit og åpenhet. Pasientene forteller at enkelte av helsepersonalet ble en viktig støtte i behandlingen (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012; Zugai, et al. 2013; Zugai, et al. 2017).

Pasientene satt pris på helsepersonell som oppriktig brydde seg og ikke bare var der for jobben sin del (Zugai, et al. 2013; Zugai, et al. 2017; Gulliksen, et al. 2012; Lindseth, et al. 2015). Ved å skape et slikt forhold klarte pasientene å se helsepersonalet som mer enn bare deres profesjon, hvilket hjalp dem med å være åpne rundt sine følelser. Pasientene hadde et behov for å se mennesket bak profesjonen (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012). De satt pris på helsepersonell som ga av seg selv (Zugai, et al. 2013). Sykepleiere som ikke klarte å inkorporere omsorg og respekt i relasjonen fikk pasienten til å føle seg ensomme og neglisjert og økte indentifiseringen med diagnosen (Zugai, et al. 2013; Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012).

Både sykepleierne og pasientene forteller om viktigheten av å skille sykdommen fra mennesket. Pasientene trengte å føle at de var mer enn bare en sykdom, de trengte å føle seg anerkjent som menneske (Zugai, et al. 2017; Lindstedt, et al. 2015; Jenkins, et al. 2011). Dersom sykepleierne klarte å skape dette skillet opplevde pasientene dem som mer omsorgsfulle, i tillegg til at de selv klarte å skape en identitet utenfor anoreksien (Zugai, et al. 2017). Sykepleierne som derimot ikke klarte å gjøre dette skillet forsterket indentifisering med anoreksien (Gulliksen, et al. 2012). Ved å gjøre dette skillet forteller sykepleierne at de lettere klarte å stå i jobben når det ble tungt, de klarte å se hva som lå bak handlingene til pasienten (Zugai et al. 2017).

3.2.3.2 Gode kommunikasjonsferdigheter og tålmodighet

I artikkelen til Gulliksen, et al. (2014), kommer viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter frem. Sykepleiere skal ikke bare være bevisste på ordvalg, men også på kroppsspråk. Pasientene forteller at måten sykepleierne møtte de på og utrykte seg hadde stor betydning for utviklingen av deres relasjon (Lindstedt, et al. 2015). Pasientene forteller at de merket om helsepersonellet brydde seg gjennom

kroppsspråket deres. De trengte å bli lyttet til uten å føle seg dømt (Gulliksen, et al. 2012; Gulliksen, et al. 2014).

Pasientene hadde vanskeligheter med å bygge en relasjon med helsepersonell. Det tok tid før de turte å åpne seg (Lindstedt, et al. 2015). Mange pasienter forteller at deres første samtale med helsepersonell var svært vanskelig, flere av dem reagerte med sinne og redsel (Gulliksen, et al. 2014). Pasientene forteller at de trengte mye trygging. De forteller også at de satt pris på å bli møtt med tålmodighet (Gulliksen, et al. 2012). De trengte at sykepleierne viste at de kom til å være der uansett hva og at de var der for å hjelpe dem. Dersom de ikke gjorde dette, følte pasienten seg oversett (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012).

3.2.4 Balanse mellom autoritet og kjærlighet

3.2.4.1 Autoritet og regler

Pasientene forteller at et strengt regime uten rom for forhandling skapte en avstand i relasjonen. Dersom de ble møtt av en sykepleier med autoritær holdning, valgt de heller å stå imot (Zugai, et al. 2017; Zugai, et al. 2013).

Sykepleierne så heller ikke nytten av å inntre en autoritær posisjon. De opplevde at de best kunne hjelpe pasienten gjennom å fremme et samarbeid og en støttende rolle. Det kommer derimot også fram at sykepleierne må klare å beholde en profesjonell rolle slik at de klarer å iverksette reglene som skal til for at pasientene skal bli bedre. (Zugai, et al. 2017).

Pasientene hadde et behov for å forstå hva som lå bak reglene og forventningen som ble stilt til dem, samt at disse var relevante for behandlingen. Reglene måtte være der for å hjelpe dem, ikke straffe (Zugai, et al. 2013; Zugai, et al. 2017). Pasientene oppfattet det som positivt dersom sykepleierne ikke fulgte alle reglene til punkt og prikke, men heller med skjønn (Zugai, et al. 2013).

3.2.4.2 Utfordre pasienten

Pasientene satt pris på å bli utfordret på en omsorgsfull og støttende måte (Lindseth, et al. 2015; Zugai, et al. 2013). De satt pris på sykepleierne som brukte ressursene og potensialet deres for å utfordre dem (Gulliksen, et al. 2012).

Pasientene satt derimot ikke pris på å bli skjemt bort. De likte ikke å føle at helsepersonell syntes synd på dem. Dette fikk dem til å føle seg «liten» og gjorde det vanskeligere å komme seg ut av lidelsen (Gulliksen, et al. 2012). Ved å involvere pasienten vil vedkommende få mer eierskap til målene som settes. Pasientene hadde et behov for å føle på en frihet og autonomi og at de tok del i behandlingen (Lindseth, et al. 2015).

4. Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg først diskutere resultatene mine og besvare problemstillingen min i lys av utvalgte forskningsartikler, samt teori. Deretter vil jeg se på implikasjonene for sykepleie og til slutt vil jeg diskutere metoden som er brukt i min oppgave.

4.1 Resultatdiskusjon

Jeg vil nå belyse hvordan sykepleiere best kan skape en terapeutisk relasjon med unge voksne jenter med anoreksi som er innlagt for behandling.

4.1.1 Kunnskap

Pasientene forteller at de fikk mer tiltro og følte seg tryggere dersom de ble møtt av sykepleiere som hadde kunnskap om anoreksi. Dette var i tillegg med på å redusere skammen de følte på (Gulliksen, et al. 2012; Lindstedt, et al. 2015). Hvis de derimot ble møtt med manglende kunnskap følte de seg oversett og misforstått (Gulliksen, et al. 2014). Hvilket hindrer utviklingen av en relasjon. Øverås (2018) forteller at ved å sette oss inn i pasientens perspektiv vil de føle seg sett og ivaretatt. Økt kunnskap om anoreksi gjør det enklere for sykepleiere å forstå hva pasienten gjennomgår og dermed møte dem med omsorg (Zugai, et al. 2017). Dette er også noe Hummelvoll (2012) ser nytten av, han forteller at omsorg henger tett sammen med kunnskap. Videre forteller han at vi trenger kunnskap om hvordan situasjonen oppfattes for pasienten for å klare å gi omsorg.

I tillegg til å ha generell kunnskap om anoreksi må sykepleiere være villig til å se hvordan lidelsen oppleves for hver enkelt pasient (Lindstedt, et al. 2015). Skårderud (2018), er enig i dette, han sier at nøkkelen i all hjelpekunst handler om å finne pasienten der den er og hjelpe dem derfra (Skårderud, 2018). Vi skal lytte til pasienten og la dem fortelle hvordan de opplever situasjonen (Rørtveit, et al. 2009). Øverås (2018) forteller at sykepleiere skal være klar over at det er pasienten selv som best vet hvordan det er å leve med anoreksi. Vi skal til enhver tid prøve å sette oss inn i pasientens situasjon (Skårderud, 2018). I følge Travelbee (2001) er dette grunnleggende for å bygge et forhold.

Flere kvinner opplever at anoreksien kontrollerer livet deres og at den har blitt en del av identiteten deres (Lindseth, et al. 2015; Jenkins, et al. 2011; Rørtveit, et al. 2009). Anoreksi kan derimot også oppleves som noe positivt. Pasientene forteller at den gir dem en følelse av mestring, selvtillit og mening i livet. Da denne livstilen har blitt en trygghet for pasientene etter å ha levde med den i mange år (Rørtveit, et al. 2009; Nordbø, et al. 2011). Ved å se lidelsen fra pasientens side vil vi klare å forstå hvilken funksjon spiseforstyrrelsen har for pasienten og hva som hindrer en å komme seg ut av den (Øverås, 2018).

Økt kunnskap er også med på å hjelpe sykepleieren å skille menneske fra sykdommen (Zugai, et al. 2017; Lindstedt, et al. 2015). Skårderud (2018) sier «Jo bedre man forstår andres adferd, jo vanskeligere er det å behandle et menneske som en ting» (Skårderud, 2018, s. 96). Pasientene forteller at ved å bli sett på som mer enn bare en sykdom klarte de å skape en identitet utenfor anoreksien og få mer tiltro til sykepleierne. Hvilket videre gjorde det lettere å bygge en relasjon. Dette skillet var derimot ikke bare nyttig for

pasientene, men også for sykepleierne. Ved å gjøre dette skilte opplevde sykepleiere det enklere å stå i krevende situasjoner ved at de forstod hva som lå bak handlingene til pasienten (Zugai, et al. 2017). Dette er også noe Travelbee (2001) skriver om, hun sier at for at en terapeutisk relasjon skal oppstå må sykepleieren og pasienten klarer å se hverandre som individer og se forbi rollene som «pasient» og «sykepleier».

4.1.2 Omsorg og tillit

Anoreksi er forbundet med årevis med skam og skyldfølelse (Rørtveit, et al. 2009; Jenkins, et al. 2011). En spiseforstyrrelse roter ofte i vanskelige og kaotiske indre tanker. Troen på at man vil bli frisk etter å ha levde med det i mange år vil være vanskelig (Øverås, 2018). Mange vil føle på redusert selvfølelse og selvbilde (Rørtveit, et al. 2009). Det er en pasientgruppe med et stort behov for aksept fra andre (Hummelvoll, 2012). Dette gjør denne pasientgruppen svært sårbar med et stort behov for omsorg (Øverås, 2018). Flere av pasientene forteller at de hadde et stort behov for trygging (Gulliksen, et al. 2012).

Pasientene forteller at måten de ble møtt på la grunnlaget for relasjonsbyggingen (Zugai, et al. 2017; Gulliksen, et al. 2014; Gulliksen, et al. 2012; Zugai, et al. 2013). Dette første møte er også noe Travelbee (2001) snakker om, da hun sier at i et innledende møte vil vi skape meninger og antagelser om hverandre, som er med på å skape førsteinntrykk. Pasientene forteller at de vil bli møtt med kjærlighet og respekt (Zugai, et al. 2017; Gulliksen, et al. 2014; Gulliksen, et al. 2012; Zugai, et al. 2013). Skårderud (2018) forteller at det å få omsorg er et grunnleggende behov. Sykepleiere skal være empatiske, ikke-moraliserende og nysgjerrig på pasientens perspektiv (Øverås, 2018). Pasientene forteller at de satt pris på helsepersonell som viste at de oppriktig brydde seg og ikke bare var der for jobben sin del (Zugai, et al. 2017; Gulliksen, et al. 2014; Gulliksen, et al. 2012). Dette er også noe Skårderud (2018) skriver om, han sier at sykepleiere ikke skal vise en påtvunget forståelse eller omsorg, men gjøre det som faller en spontant og naturlig (Skårderud, 2018). Ved å vise interesse og omsorg fremmer vi trygghet og tillit hos pasienten (Gulliksen, et al. 2014; Eide, et al. 2011). Hvilket ifølge Hummelvoll (2012) legger grunnlag for et godt samarbeid. Pasientene forteller at etter hvert som de ble tryggere og fikk mer tillit til sykepleierne klarte de å bygge et forhold (Zugai, et al. 2017; Gulliksen, et al. 2014). I tillegg til at de klatre å åpne seg opp (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012). Åpenhet kan derimot ikke tvinges fram. Det er lettere for pasienten å være åpen med oss dersom vi dyrker tillit og trygghet, samt er åpne tilbake (Hummelvoll, 2012).

Pasientene forteller at dersom de ble møtt med manglende omsorg og forståelse følte de seg ensomme, hvilket fremmer skam- og skyldfølelse og forsterke identifiseringen med lidelsen (Gulliksen, et al. 2012). I tillegg til dette er pasient rollen en utfordrende rolle å ta. Det kan være vanskelig å være den som trenger hjelp (Hummelvoll, 2012).

4.1.3 Kommunikasjon

I artikkelen til Gulliksen, et al. (2014), kommer viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter frem. Sykepleiere skal ikke bare være bevisste på ordvalg, men også på kroppsspråk, da dette har mye å si for hvordan pasienten oppfatter oss. Ifølge Eide et al. (2011) er «Hjelpende kommunikasjon en kunst» (s. 12). Videre sier Eide, et al (2011) at selvbevissthet er en viktig del av kommunikasjons kunsten, vi skal være bevisste på måten vi uttrykker oss på. Pasientene forteller at måten sykepleiere

kommuniserer på var av stor betydning for utviklingen av en relasjon (Lindstedt, et al. 2015).

Pasientene forteller at de merket om helsepersonellet oppriktig brydde seg ut ifra kroppsspråket deres (Gulliksen, et al. 2012). Vi har alle vår egen bagasje med livsvansker og traumer som vil være med oss når vi går inn i en relasjon. Alt vi sier og gjør vil fortolkes av pasienten. Det viktigste her er ikke det vi sier, men hvordan vi formidler det, følelsesmessig, altså hvilke følelser vi legger bak ordene (Skårderud, 2018). Ord er ofte ladet med assosiasjoner som vekker følelser. Disse følelsene kan blant annet uttrykkes gjennom kroppsspråk (Eide, et al. 2011).

Vi må derimot ikke bli altfor selvbevisste på måten vi kommunisere, da vi i møte med pasienten skal klare å vi vise følelser og vår menneskelige side. I flere av artiklene kommer det frem at pasientene satt pris på sykepleiere som klarte å skape et forhold der de viste en del av seg selv. Dette gjorde det enklere for pasienten å åpne seg opp (Gulliksen, et al. 2012; Zugai, et al. 2013). Pasientene forteller også at de hadde et behov for å se menneske bak profesjonen (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012). Dette er noe Eide et al. (2011) og Travelbee (2001) også ser nytten av, de forteller at dette er med på å fremme tillit. Pasientene forteller at de satt pris på sykepleiere som ga av seg selv (Zugai, et al. 2013). Skårderud (2018) sier at ved å være spontan og gi en personlig «touch» i miljøet vil samtalene bli mer troverdig.

Pasientene forteller også at bruken av humor var nyttig for relasjonsbyggingen. Da dette fikk dem til å føle seg mer avslappet og fikk dem til å føle at de møtte et menneske og ikke bare en profesjon (Gulliksen, et al. 2012). Dette er også noe Eide, et al. (2011) og Travelbee (2001) poengterer, da de sier at humor kan bidra til å lette på spenningen og gjøre det lettere for pasienten å åpne seg opp. Det er derimot viktig å huske at ikke alle pasienter reagere positivt på humor.

Pasientene forteller at de vil bli møtt av helsepersonell som lytter uten å dømme, da dette fremmet trygghet og minsket ensomhetsfølelsen (Gulliksen, et al. 2012; Gulliksen, et al. 2014). Kjernen i god kommunikasjon er aktivt lytting. Gjennom å aktivt lytte viser vi interesse for hva pasienten forteller (Eide, et al. 2011).

4.1.4 Utfordre pasienten

En terapeutisk relasjon bygger ikke bare på et emosjonelt bånd mellom pasient og sykepleier, men også en klar plan med oppgaver og mål (Skårderud, 2018). Samarbeid mellom behandler og pasient er en foretrukket behandlingsform for pasienten (Zugai, et al. 2013, Lindseth, et al. 2015). En god terapeutisk relasjon handler om å stille krav til pasienten, dette bygger på at vi skal gi en forsvarlig behandling (Øverås, 2018).

Pasientene forteller at de har et behov for å forstå hvor reglene og forventningene kommer fra, samt at disse er relevante for behandlingen. De trenger å føle at reglene var der for å hjelpe dem og ikke for å straffe dem (Zugai, et al. 2013; Zugai, et al. 2017). Øverås (2018) forteller at vi må begrunne kravene vi stiller til pasienten slik at de skjønner hva som ligger bak. Videre sier hun at vi kan diskutere med pasienten hvordan vi kan nå målene, men at selve målene vil være «non-negotiables» (Øverås, 2018). Pasientene forteller at de satt pris på sykepleieren som ikke fulgte alle reglene til punkt

og prikke, men heller viste skjønn. De forteller at dette var med på å fremme tilliten til sykepleieren og bedre forholdet deres (Zugai, et al. 2013; Zugai, et al. 2017).

Pasientene satt pris på sykepleierne som brukte ressursene og potensialet deres for å utfordre dem (Lindseth, et al. 2015; Zugai, et al. 2013; Gulliksen, et al. 2012). De satt derimot ikke pris på å bli skjemt bort. De likte ikke å føle at helsepersonell syntes synd på dem, da dette fikk dem til å føle seg liten og gjorde det vanskeligere å komme seg ut av lidelsen (Gulliksen, et al. 2012). Dette kommer også fram i en av pasient-fortellingene i boken til Øverås (2018). En av pasientene forteller at hun ikke likte å bli behandlet som syk og bli stakkarsliggjort. Øverås (2018) forteller videre at det å bli stilt krav til kan være positivt dersom dette kombineres med omsorg. Å bli møtt med press og sinne derimot vil bare fremheve motstand og trass. Pasientene forteller at de ikke hadde utbytte av en streng og autoritær tilnærming, da dette skapte større avstand i relasjonen (Zugai, et al. 2017).

Pasientene hadde et behov for å bli involvert i behandlingsprosessen da dette fremmet eierskap til målene (Lindseth, et al. 2015). Dette er også noe Øverås (2018) skriver om, hun sier at gjennom å legge et ansvar på pasienten vil de føle på kontroll og føle seg som en del av behandlingsprosessen. Om man derimot legger et for stort ansvar på pasienten så kan dette spille inn negativt. Da pasientene kan oppleve at de ikke klarer å nå opp til forventningene og dermed føler på en håpløshet. Vi skal altså ikke sette for høye mål i starten, men heller jobbe med å fremme mestring. Et samarbeid handler om at pasienten kan ta valg vi er uenige i. Dette kan være vanskelig, når skal vi stille krav til pasienten og når skal vi akseptere de valgene de selv tar (Øverås, 2018).

4.1.5 utfordringer for sykepleieren

Pasientene i artiklene forteller at de hadde vanskeligheter med å bygge en relasjon med sykepleiere (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2014). Ifølge Skårderud (2018) handler det å bygge en god terapeutisk relasjon om å være forberedt på at det kan være krevende. Da mange med anoreksi kan ha vansker med å stole på andre. Dette er pasienter som ofte har opplevd traumer og motgang, hvilket fører til en tilbaketrekning (Skårderud, 2018). Pasientene forteller at de kunne reagere med sinne og redsel i møte med helsepersonell (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2014). Hummelvoll (2012) sier at sykepleiere skal klare å ta imot pasientens sinne og se på dette som et tegn på tilfriskning og følelsesuttrykk som pasienter trenger å få ut.

Dette er pasienter som kan aktivere mange følelser hos oss. Det kan føre til at vi mister tålmodighet og forståelse for hva pasienten egentlig trenger (Skårderud, 2018). Pasientene fremmer viktigheten av å bli møtt med tålmodighet (Gulliksen, et al. 2012). De hadde et behov for at sykepleieren viste at de var der uansett hva og at de ikke kom til å gi slipp på dem (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2012). Dette er også noe Skårderud (2018) ser viktigheten av, han sier at en trygg tilknytning handler om en toleranse for sinne og angst. Han sier videre at dette får pasienten til å føle seg tålt. Dersom sykepleierne ikke klarer å følge opp dette medførte det at pasientene følte seg oversett (Lindstedt, et al. 2015).

4.2 Implikasjoner for sykepleie

Pasientens behov står sentralt i sykepleieyrket (Eide, et al. 2011). Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der vi til enhver tid skal prøve å hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom (Travelbee, 2001). I behandlingen av anoreksi står dannelsen av en terapeutisk relasjon sentralt, da dette er en pasientgruppe preget av mye usikkerhet (Rørtveit, et al. 2009; Skårderud, 2018). For å bygge en god relasjon trenger vi kunnskap om anoreksi og om hvordan lidelsen oppleves for pasienten. Gjennom kunnskap vil vi klare å se hva pasienten trenger hjelp til (Skårderud, 2018; Øverås, 2018). Økt kunnskap vil også bidra til å gjøre sykepleier yrket mindre belastende, da dette gjør det enklere å se hva pasienten gjennomgår. Videre vil økt kunnskapen bidra til at vil lettere klarer å møte pasienten med omsorg og respekt (Zugai, et al. 2017; Hummelvoll, 2012). Da dette er en pasientgruppe preget av et dårlig selvbilde og mye skam, vil det å bli møtt og sett med omsorg være avgjørende for å klare å stole på den andre (Skårderud, 2018; Rørtveit, et al. 2009).

Etter hvert som pasienten føler seg sett og ivaretatt vil en da bli tryggere og få mer tillit til sykepleieren, hvilket er grunnleggende for å bygge en god relasjon. I møte med pasienten uttrykker vi oss gjennom ord og kroppsspråk, vår måte å kommunisere på vil være avgjørende for dyrkingen av trygghet og tillit (Gulliksen, et al. 2014; Hummelvoll, 2012). Og for dannelsen av en relasjon (Travelbee, 2001). Gjennom kommunikasjonen vår skal vi vise genuin omsorg og interesse, altså må vi til en viss tid være bevisste på hvordan vi kommuniserer (Eide, et al. 2011; Gulliksen, et al. 2014). Dette er en svært krevende pasientgruppe. Pasientene vil kunne møte oss med sinne og redsel, det er i disse periodene vi skal vise pasienten at vi er der uansett hva. Pasientene trenger å føle seg sett og tålt da sykdommen kan ha blitt alt oppslukende over tid (Lindstedt, et al. 2015; Gulliksen, et al. 2014; Hummelvoll, 2012; Skårderud, 2018).

For å bygge en god relasjon med anoreksi-pasienter, må vi derimot også tørre å stille krav til dem (Øverås, 2018; Skårderud, 2018; Zugai, et al. 2013; Lindseth, et al. 2015). Ved å stille krav og gi dem mulighet til å bli del av behandlingen vil vi kunne fremme mestring og gi dem sjansen til å ta kontroll over situasjonen. En god terapeutisk relasjon handler også om en ansvarsfordeling og en balanse mellom kjærlighet og autoritet (Eide, et al. 2011; Øverås, 2018).

4.3 Metodediskusjon

Jeg vil nå diskutere mitt valg av artikler og styrker og svakheter i min litteraturstudie. Ved bruk av data er det ifølge Dalland to spørsmål en bør stille seg selv: «Hvilken relevans har dataen for problemstillingen?», og «Hvor pålitelig er måten data er samlet inn på?» (Dalland, 2020, s. 63). Ifølge Dalland skal man i kildekritikken gjøre rede for relevans av dataen og begrunne valgene. Det andre Dalland snakker om er pålitelighet. Det hjelper lite at dataen er relevant dersom den ikke er pålitelig.

I denne oppgaven har jeg forsøkt å finne litteratur som både er relevant innenfor valgt tema, samt sykepleiefaget generelt. Jeg har prøvd å finne data som er pålitelig ved å bruke anerkjente søkemotorer. Jeg er derimot ikke helt utlært i søkeprosessen, hvilket medfører at jeg kan ha godt glipp av gode artikler. Jeg har valgt ut nyere data. De fleste av forskningsartiklene jeg har benyttet er publisert mellom 2011-2017. Utenom en artikkel som ble publisert i 2009. Jeg valgte å beholde denne da jeg følte den var relevant for min oppgave. Alle forskningsartiklene som jeg har brukt er i tillegg

fagfelleurdert og publisert i anerkjente tidsskrift. Studiene jeg har funnet er fra ulike land: Norge, England, Australia og Sverige. Dette er alle land med ganske likt helsevesen som Norge, hvilket styrker oppgaven. Jeg har i tillegg brukt faglitteratur som er anbefalt av mine forelesere. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene hjalp meg med å opprettholde relevansen til min problemstilling.

En svakhet med min litteraturstudie er at flere av artiklene har samme forfattere, noe som medfører at de samme synspunktene kommer til uttrykk flere steder. Flere av artiklene er derimot skrevet av anerkjente fagfolk, som blant annet Skårderud, hvilket igjen styrker oppgaven. I denne oppgaven har jeg måttet oversette artiklene fra engelsk til norsk, hvilken kan medføre endringer av innholdet. Dette er en oppgave preget av rammer slik som begrenset tid og ord, hvilken snevrer funn og innhold. En annen svakhet med artiklene jeg har benyttet er at flere av dem har et stort aldersspenn på deltagerne alt fra 12 til 51 år, de fleste deltagerne forteller derimot at lidelsen startet mellom 12-15 års alderen. De fleste av artiklene viser kun synet til pasientene, hvilket kan medføre en viss skjevhet i funnene. En skal derimot bemerke viktigheten av å hele tiden ha fokus på synet til pasienten i vår behandling.

4.4 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleiere best kan bygge en god terapeutisk relasjon med unge voksne jenter med anoreksi som er innlagt på heldøgns behandling. Resultatene viser at pasientene vil bli møtt med omsorg, respekt og tillit. Dette fremmes blant annet gjennom god kommunikasjon og kunnskap. Gjennom økt kunnskap vil sykepleieren lettere møte pasientene med omsorg og respekt og pasienten vil føle seg tatt seriøst. Ved å vise omsorg føler pasienten seg sett og ivaretatt. Gjennom god kommunikasjon vil vi også kunne uttrykke omsorg og kjærlighet. Artiklene viser i tillegg at pasientene setter pris på å bli utfordret og involvert i behandlingen. Da dette er med på å skape et gjensidig bånd og mindre avstand mellom pasient og sykepleier. Denne pasientgruppen er en svært krevende gruppe å jobbe med, da de er preget av mye skam og har vanskeligheter med å åpne seg opp og dermed å bygge en god relasjon.

Litteraturliste

Aarre, T. F., Bugge, P., & Juklestad, S. I. (2009). *Psykiatrici for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 1- 6, 26.
Hentet fra: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-942. Hentet fra: <https://doi.org/10.1002/eat.22033>

Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2014). The process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' perspective of first contact with health services. *Eating disorders the Journal of treatment and prevention*, 23(3), 206-222. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>

Helsebiblioteket. (2011, 27. September). Bekrefter høy dødelighet ved spiseforstyrrelser. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/bekrefter-hoy-dodelighet-ved-spiseforstyrrelser-utvalgt-forskning>

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). Sjekklistor. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jenkins, J., & Ogden, J. (2011). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 23-31. Hentet fra: <https://doi.org/10.1002/erv.1085>

Solvoll, B-A. (2016). Identitet og egenverd. I. Kristoffersen, N. J. Nortvedt, F. Skaug E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s. 107-108). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2015). Being me and begin us- adolescents' experiences of treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3(9), 2050-2974. Hentet fra: [10.1186/s40337-015-0051-5](https://doi.org/10.1186/s40337-015-0051-5)

Nordbø, R. H.S., Espeset, E. M.S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2011). Reluctance to recover in Anorexia Nervosa. *European eating disorders review*, 220(1), 60-67. Hentet fra: <https://doi.org/10.1002/erv.1097>

Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2021). Om register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Om>

Rørtveit, K., Åstrom, S., & Severinsson, E. (2009). The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 91-99. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00588.x>

Skårderud, F. (2018). *Psykiatriboken* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (6 opplag). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vandvik, I. H., & Moen, H. B. (2021, 18. Mai). Anoreksi. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/anoreksi>

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

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2017). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416-426. Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/jocn.13944>

Øverås, M. A. (2018). *Å bli frisk veier ut av spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: søkehistorikk
Tabell 3: Søkehistorikk

Dato	Database	Søk-nummer	Søkeord	Kriterier	Antall treff	Utvalgte artikler
12/04/21	Cinahl	S1	"Nurse" OR "Nursing" AND "Anorexia" OR "Eating Disorders"	JA	497	
		S2	S1 AND "Nurse-patient relations" OR "therapeutic relationship"	JA	34	A
20/04/21	Cinahl	S1	"Skårderud" AND "Anorexia nervosa"	JA	9	B
22/04/21	Cinahl	S1	"Anorexia" AND "Women" AND "relationships"	JA	122	C
12/04/21	Medline	S1	"Nurse" OR "Nursing" AND "Anorexia" OR "Eating Disorder"	JA	329	
			S1 AND "Nurse-patient relations" OR "therapeutic relationship"	JA	27	D
22/04/21	Sykepleien.no	S1	"Spiseforstyrrelser" AND "Sykepleie"	NEI	7	E
20/04/21	Pubmed	S1	"Skårderud" AND "Eating disorder" OR "Anorexia"	JA	28	F G

30/04/21	Pubmed	S1	"Eating disorders" OR "anorexia" AND "adolescents" OR "young adults" AND "treatment adolescents" AND "patients perspective" OR "adolescents experiences"	JA	482	H
----------	--------	----	---	----	-----	---

Inkluderte artikler:

- A. Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*.
- B. Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2014). The process og Help-Seeking in Anorexia Nevrosa: Patients' perspective of first contact with health services. *Eating Disorders the Journal of treatment and prevention*.
- C. Jenkins, J., & Ogden, J. (2011). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*
- D. Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2017). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*.
- E. Rørtveit, K., Åstrom, S., & Severinsson, E. (2009). The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating eating difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- F. Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S, Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*.
- G. Nordbø,R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2011). Reluctance to recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*.
- H. Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2015). Being me and begin us-adolescents' experiences of treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*.

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

Tabell 4: Litteraturmatrise 1

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgave
<p>Rørtveit, K., Åstrom, S., & Severinsson, E. (2009). The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 18(2), 91-99.</p> <p>Hentet fra: https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00588.x</p>	<p>Hensikten med oppgaven var å få et innblikk i kvinners opplevelse av å leve med spiseforstyrrelser.</p>	<p>En kvalitativ studie utført av Women's Mental Health (WMH) ved universitetet i Stavanger</p> <p>5 norske kvinner mellom 28 og 48 år ble intervjuet</p> <p>Kvinnen hadde slitt i 10-14 år.</p>	<p>Kvinnene fortalte at spiseforstyrrelsene fikk dem til å føle seg fanget i sin egen kropp. De forteller at de følte på mye skam og skyldfølelse. De forteller om hvordan dette påvirker hele hverdagen deres.</p>	<p>For å hjelpe pasientene våre vil det være viktig å klare å sette seg inn i pasientens situasjon og prøve å se hva det er de gjennomgår.</p>

Tabell 5: Litteratormatrise 2

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgaven
<p>Jenkins, J., & Ogden, J. (2011). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. <i>European Eating Disorders Review</i>, 20(1), 23-31. Hentet fra: https://doi.org/10.1002/erv.1085</p>	<p>Hensikten med denne studien var å se hvordan kvinner opplevde bedringsprosess deres.</p>	<p>En kvalitativ studie 15 kvinner mellom 19-49 år ble telefonintervjuet De var enten under behandling av anoreksi eller blitt behandlet.</p>	<p>Artikkelen viser hvordan flere av kvinnene var i benektelse før de begynte behandlingen og hvordan anoreksien kontrollerte dem. De forteller at de var delt, de ville bli friske, men samtidig ikke. Studien viser også at pasienten var preget av et dårlig selvbilde. Pasientene forteller om viktigheten av å ta behandlingen i deres eget tempo og å bli møtt med kunnskap.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven min da den viser behandlingsprosessen fra pasienters perspektiv, samt hva de verdsetter.</p>

Tabell 6: Litteratormatrise 3

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgaven
Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2015). Being me and begin us- adolescents' experiences of treatment for eating disorders. <i>Journal of Eating Disorders</i> , 3(9), 2050-2974. Hentet fra: 10.1186/s40337-015-0051-5	Hensikten med studien er å se på ungdommers opplevelse av behandling av spiseforstyrrelser.	En kvalitativ studie som bruker en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming 15 ungdommer mellom 13-18 år ble intervjuet. De hadde vært på behandling på 4 ulike enheter for spiseforstyrrelser i Sverige Behandlingsoppholdet varte mellom 1-2 år. 6 av de hadde blitt behandlet for anoreksi og resten for uspesifiserte spiseforstyrrelser.	Studien viser at flere ungdommer følte seg presset til behandling og at de var svært ambivalente til behandlingen. Studiene viser også viktigheten av en god terapeutisk relasjon, da dette var en viktig støtte. Pasientene i studien forteller at de vil bli sett på som mer enn bare en sykdom.	Denne artikkelen er relevant til min oppgave da det er viktig at sykepleier klarer å sette seg inn i pasientens opplevelse.

Tabell 7: Litteratormatrise 4

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgaven
Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2014). The process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' perspective of first contact with health services. <i>Eating disorders the Journal of treatment and prevention</i> , 23(3), 206-222. Hentet fra: https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429	Hensikten med studien var å se på hvordan kvinner med anoreksi opplevde deres første møte med helsevesenet.	En deskriptiv studie der kvinner fra 5 ulike institusjoner i Norge ble intervjuet 34 kvinner mellom 18 og 51 år ble intervjuet Alle hadde blitt behandlet for anoreksi.	Resultatene viser viktigheten av å møte pasientene med forståelse og kunnskap, samt gode kommunikasjonsferdigheter.	Denne artikkelen er relevant da den viser at vi i møte med pasienter må fokusere på måten vi kommuniserer på og viktigheten av dette i en relasjon.

Tabell 8: Litteratormatrise 5

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgave
<p>Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2017). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 27(1-2), 416-426. Hentet fra: https://doi.org/10.1111/jocn.13944</p>	<p>Hensikten med studien er å få en bedre forståelse av det terapeutiske båndet som oppstår mellom sykepleier og pasienter med anoreksi.</p>	<p>2 delt mikset metode studie, første del er en kvalitativ studie, etterfulgt av en kvantitativ studie. Studien rekrutterte pasienter og sykepleiere fra 5 ulike sykehus i Australia med et spesialisert program for behandling av anoreksi. 63 pasienter og 65 sykepleiere deltok på den første delen. 34 pasienter og 20 sykepleiere deltok på den andre delen. Pasientene var over 12 år, både kvinner og menn, men flest kvinner.</p>	<p>Studien viser at sykepleiere må klare å finne en balanse mellom autoritet og omsorg. Den viser også viktigheten av å møte pasienter med omsorg og forståelse. Samt viktigheten av å bygge tillit. Studiene viser at sykepleiere må klare å beholde sin autoritet samtidig som de må klare å vise omsorg til pasientene. Studien viser viktigheten av å klare å skille person fra sykdom.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til min oppgave da den fremhever hvordan sykepleiere best kan samarbeide med pasienter og hvordan de skal møte pasienten. Hvilket har betydning for utvikling av en relasjon.</p>

Tabell 9: Litteratormatrise 6

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgaven
<p>Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 22(13-14), 2020-2029. Hentet fra: https://doi.org/10.1111/jocn.12182</p>	<p>Hensikten med studien er å se hvordan sykepleiere kan gi ungdom som sliter med anoreksi en positiv opplevelse av behandlingen og hjelpe de med å gå opp i vekt.</p>	<p>En kvalitativ studie der de intervjuet ungdom med anoreksi. 8 kvinnelige ungdommer lagt inn på et sykehus i Sydney for behandling av spiseforstyrrelser.</p>	<p>Studien viser at sykepleiere har en stor påvirkning på pasienters opplevelse av behandlingen. Studien viser hvordan et godt terapeutisk bånd kan fremme motivasjon og viktigheten av et slikt bånd. Studien viser også at pasientene trenger å føle at reglene og forventningen som ble stilt var der for å hjelpe de. Studien viser også pasientene trengte å bli møtt med omsorg og respekt.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den viser viktigheten at et godt terapeutisk bånd, samt hva som skal til for å opprettholde og skape et slikt bånd.</p>

Tabell 10: Litteraturmatrise 7

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgaven
Nordbø, R. H.S., Espeset, E. M.S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2011). Reluctance to recover in Anorexia Nervosa. <i>European eating disorders review</i> , 220(1), 60-67. Hentet fra: https://doi.org/10.1002/erv.1097	Hensikten med studien var å se hva som gjorde bedringsprosessen vanskelig for pasienter med anoreksi.	En kvalitativ studie intervjuet kvinner med anoreksi ved å bruke en fenomenologisk studiedesign. 36 kvinner mellom 18-39 år som hadde blitt behandlet for anoreksi ved 4 ulike institusjoner i Norge ble intervjuet.	Studien viser 7 ulike hindringer som gjorde det vanskelig for kvinnene å bli friske: å føle seg dømt, følelsen av å være fanget i sykdommen, følelsen av misnøye, frykten for å gå opp i vekt, frykten for mat, tryggheten de finner i lidelsen og benektelsen av sykdommen.	Det er viktig at sykepleiere ser hvordan pasientene opplever at det er å leve med anoreksi, samt at de er bevisste på hva pasienten kan oppleve som utfordrende.

Tabell 11: Litteratormatrise 8

Referanse	Hensikt/ problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar/ relevansen for oppgaven
<p>Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 45(8), 932-942. Hentet fra: https://doi.org/10.1002/eat.22033</p>	<p>Hensikten med studien var å se på hvilke egenskaper pasientene verdsette hos terapeutene deres.</p>	<p>En kvalitativ studie intervjuet kvinner med anoreksi ved å bruke en fenomenologisk studiedesign 38 kvinner mellom 18-51 år ble intervjuet. Disse hadde blitt behandlet på 5 ulike institusjoner i Norge.</p>	<p>Studien viser at måten pasientene blir møtt på er vel så viktig som selve behandlingen. 4 viktige faktorer kom fram i intervjuet: aksept, vitalitet, utfordre og kunnskap. Studien viser at pasientene vil bli møtt med omsorg, respekt og interesse, da dette fremmer trygghet. Pasientene vil også bli møtt med tålmodighet. De satt også pris på bruken av humor i behandlingen. Studien viser også at pasientene satt pris på å bli utfordret og ikke skjemt bort.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den viser hvilke verdier og egenskaper pasientene verdsetter i en relasjon med sykepleiere, noe vi må være beviste på for å klare å skape et godt forhold.</p>

