

**SYKEPLEIERENS ROLLE I MØTE  
MED UNGDOM MED ANOREKSI**

*Hvilken betydning har kjønn for den  
sykepleiefaglige tilnærmingen?*

Forfattere med studentnr.:

Jenny Marie Myhra (470639),  
Ida Skrebergene (471387) og  
Marte Malén Smedshammer (140745).

DATO: 17.05.18

NTNU Gjøvik  
Avdeling helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon for sykepleie  
Våren 2018

# SAMMENDRAG

Tittel:	<b>Sykepleiers rolle i møte med ungdom med anoreksi.</b>	Dato : 15.05.18
Deltakere:	Jenny Marie Myhra, Ida Skrebergene og Marte Malén Smedshammer.	
Veileder:	Solveig Struksnes	
Nøkkelord	Anoreksi, terapeutisk relasjon, kjønn, sykepleie	
Antall sider/ord: 44/10596	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Innledning: Hensikten med studien er å tilegne seg kunnskaper om hvordan sykepleiere kan skape en terapeutisk relasjon til ungdommer med anoreksi. Forfatterne ønsket å finne ut hvordan sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk til tross for forskjellene mellom jenter og gutter med anoreksi.</p> <p>Bakgrunn: Spiseforstyrrelser er et spennende og omdiskutert tema. Gutter oppleves som en minoritetsgruppe når det kommer til anoreksi, som er understudert. Dette vekket forfatternes interesse til å se nærmere på grunner til dette og hvilke ulikheter og likheter det finnes mellom kjønnene. Videre ble det fokusert på viktigheten av terapeutisk relasjon i behandling.</p> <p>Metode: Metoden i denne studien er en litteraturstudie. Det ble gjort et systematisk litteratursøk etter vitenskapelige forskningsartikler som skulle svare på oppgavens problemstilling. Forfatterne endte tilslutt opp med fem artikler.</p> <p>Resultat: Basert på funnene i artiklene som ble brukt, endte forfatterne opp med to hovedtemaer, med aktuelle undertema. Hovedtemaene var å forstå fenomenet anoreksi og hvordan sykepleier kan bygge en terapeutisk relasjon til ungdom med anoreksi. Dette ble videre drøftet opp mot aktuell litteratur.</p> <p>Konklusjon: Det ligger ikke til grunn for at jenter og gutter skal behandles ulikt, men hvert enkelt individ kan ha ulike ønsker og behov som sykepleiere må ta hensyn til. Videre er det konkludert at samtalen og den terapeutiske relasjonen er et viktig redskap for et godt behandlingsresultat. Det er viktig at sykepleiere innehar forståelse og kunnskap av lidelsen for å kunne skape en terapeutisk relasjon.</p>		

# ABSTRACT

Title:	<b>Nurses role in meeting adolescents with anorexia</b>	Date :	15.05.18
Participants:	Jenny Marie Myhra, Ida Skrebergene og Marte Malén Smedshammer.		
Supervisor:	Solveig Struksnes		
Keywords	<b>anorexia, therapeutic relation, gender, nurse</b>		
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	Availability: Open	
44/10596			
<p>Introduction: The purpose of the study is to acquire knowledge of how nurses can create a therapeutic relationship with young people with anorexia. The authors wanted to find out how nurses can use themselves therapeutically despite the differences between girls and boys with anorexia.</p> <p>Background: Eating disorder is an exciting and controversial topic. Boys are experienced as a minority group when it comes to anorexia, which is undergraduate. This awakened the authors' interest in looking into the reasons for this and what inequalities and similarities existed between the sexes. Furthermore, it was focused on the importance of therapeutic relationship in treatment.</p> <p>Method: The method of this study is a literature study. A systematic literature search was conducted to find scientific research articles that would answer the topic question. The authors ended up with five articles.</p> <p>Result: Based on the findings in the articles that were used, the authors ended up with two main themes, with current subtitles. The main themes were to understand the phenomenon of anorexia and how the nurse can build a therapeutic relationship with young people with anorexia. The articles were further discussed with each other and relevant literature.</p> <p>Conclusion: There is no reason why girls and boys should be treated differently, but each individual may have different wishes and needs that nurses need to take into account. Furthermore, it has been concluded that the conversation and therapeutic relationship are an important tool for a good treatment outcome. It is important that nurses hold the understanding and knowledge of the disorder to create a therapeutic relationship.</p>			

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>7</b>
2.1 Anoreksi.....	7
2.2 Kunnskap om gutter og jenter med anoreksi.....	8
2.3 Sykepleierens perspektiv i møte med mennesker med anoreksi.....	11
2.4 Terapeutisk relasjon i sykepleie.....	11
2.5 Hensikt og problemstilling .....	12
2.5.1 Avgrensning .....	12
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>14</b>
3.1 Litteraturstudie som metode.....	14
3.2 Søkestrategi.....	14
3.3 Utvalgsprosessen.....	17
3.3.1 Forskningsetikk .....	19
3.4 Analyse.....	20
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>21</b>
4.1 Presentasjon av resultat .....	21
4.2 Sammenfatning av resultater .....	23
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>24</b>
5.1 Hvilke faktorer ved fenomenet anoreksi bør sykepleieren ha forståelse for? .....	24
5.2 Hvordan kan sykepleier bygge en terapeutisk relasjon til ungdom med anoreksi? .....	30
5.2.1 Mellommenneskelig forhold i sykepleie .....	30
5.2.2 Verdibasert veiledning i sykepleie .....	33
5.2.3 Å sette grenser .....	36
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>39</b>
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>41</b>

# 1.0 INNLEDNING

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for anoreksia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (Skårderud, 2013). Anoreksi viser seg å være et økende problem i dagens samfunn (Snoek, 2003). I denne bacheloroppgaven har forfatterne valgt å se nærmere på sykepleierens relasjons- og tilnæringsbehov til ungdommer med anoreksi, for å oppnå et godt behandlingsresultat.

Pasienter med spiseforstyrrelser er en pasientgruppe som ofte kan utfordre sykepleieren på sammenhengen mellom kropp og sjel, tanke og handling (Snoek, 2003). Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse hvor man uttrykker følelsene man kjenner på gjennom å bruke kroppen som talerør. Mange bruker også maten som en måte å tildekke, reparere eller kontrollere de vonde følelses- og tankemessige problemene (Greenberg og Schoen, 2008).

Lidelsen er allmenn, som betyr at det rammer både kvinner og menn (Skårderud, 2013). Det er vanskelig å finne eksakte tall på forekomsten av anoreksi. Både på grunn av mørketall og de uklare overgangene mellom sykdom og det normale, samtidig som samfunnet er i stadig endring. Sykdommen debuterer ofte i ungdomsalder (14-20 år), men det kan ta lang tid før problemene blir så utartet at det merkes av foreldre og nære omsorgspersoner (Snoek, 2003). Martinsen (2011) skriver at ca hver tiende person som lider av en spiseforstyrrelse er gutter eller menn, resterende er kvinner. Handlingsplanen "Likestilling 2014" fra Regjeringen (2014) antar at så mye som 20 % av alle gutter fra 12-18 år i dagens samfunn har risiko for å utvikle spiseforstyrrelser. Det kommer også frem i rapporten at andelen gutter som er misfornøyde med egen kropp øker. Samt at det er lik andel gutter og jenter som ytrer misnøye med kropp og utseende. Martinsen (2011) skriver at tilstanden hos gutter er underdiagnostisert og lite utforsket. Dette kan være på grunn av at andelen kvinner som lider av diagnosen er stor og årsaksforklaringene er sterkt forbundet til tilfeller hos kvinner.

Pasientene blir oftest først oppdaget hos fastlegen eller av helsesøster i primærhelsetjenesten (Hummelvoll, 2012). Skårderud (2013) skriver at pasienter med anoreksi kan behandles i hjemmet, poliklinisk eller på sengepost. Følgelig kan sykepleiere

møte denne pasientgruppen i ulike deler av helsetjenesten. Mange lever eller fungerer delvis normalt med en spiseforstyrrelse i skole og arbeid, og er derfor ofte vanskelige å fange opp(Håkonsen, 2014).

Temaet forfatterne har valgt er av sykepleiefaglig relevans, fordi anoreksi oppleves som et økende problem i samfunnet(Snoek, 2003). Sykepleiere opplever det ofte som vanskelig å skape en felles forståelse for lidelsen med ungdom som lider av anoreksi. Dette gjør det vanskelig å skape en relasjon mellom dem. En relasjon og en forståelse kan føre til en samarbeid hvor sykepleiere kan hjelpe pasientene til å føle mestring. Videre kan relasjonen hjelpe pasientene til å fremme en motivasjon til å bli bedre. Derfor er det viktig at sykepleiere tilegner seg kunnskap om hvordan man tilnærmer seg ungdom med anoreksi. Forfatterne ønsker i denne litteraturstudien å gjøre sykepleiere oppmerksomme på denne pasientgruppen, samt rette oppmerksomheten på viktigheten av relasjon i behandling(Skårderud, 2013).

## 2.0 BAKGRUNN

I dette kapittelet presenteres diagnosen anoreksi og sykepleierens rolle i møte med ungdom med anoreksi belyses. Videre beskrives begrepet salutogenese, terapeutisk relasjon og viktigheten av dette i behandling.

### 2.1 Anoreksi

Anoreksi er en psykisk lidelse hvor man har et forstyrret forhold til mat, kropp og vekt(NHI, 2017). Det er noen somatiske tegn som må være tilstede for at man skal kunne betegne at pasienten lider av anoreksi. Kriteriene for jenter og gutter er svært like, men med noen unntak(Hummelvoll, 2012). I følge ICD-10 diagnosesystem er lidelsen forbundet med frykt for fedme og lubben figur. Det skal foreligge et selvpåført vekttap på mer enn 15 % eller pasienten skal ha en Body Mass Index på under 17,5(Skårderud, 2013). Det må også foreligge forstyrrelser i hormonbalansen i kroppen, som forekommer av overdreven slanking over tid. Hos jenter oppstår amenoré, som vil si at menstruasjonen hos kvinner ikke har vært tilstede i minst tre måneder. Hos gutter oppstår testosteronmangel, som fører til nedsatt evne til å reproducere(Hummelvoll, 2012).

Det finnes ingen enkle og konkrete svar på hvorfor en person utvikler anoreksi. Som ung føler man press fra skolen, fra venner og i miljøet. Man setter høye krav til seg selv. Ungdomstiden medfører press mot å prøve nye ting, nytelsesmidler som alkohol og røyk, få kjæreste og ha sex. Den vanligste årsaken til spiseforstyrrelser er at man ikke føler seg akseptert blant venner. Selv om det ser ut som man har livsglede, kan man skjule misnøyen med en maske(Warbrick, 2003). Skårderud (2013) hevder det finnes disponerende faktorer, utløsende faktorer og vedlikeholdende faktorer til at spiseforstyrrelsen oppstår. Buhl(1990) skriver at man må se på alle faktorene for å kunne forstå hvorfor en person utvikler anoreksi.

*En disponerende faktor* kan være en sårbarhet som gjør en utsatt til å utvikle en spiseforstyrrelse. Dette kan være samhandlingen man har med foreldre, gener, personlighet og familiehistorie. Dersom barnet opplever en forstyrrelse i personlighetsutviklingen i oppveksten, er dette en disponerende faktor(Buhl, 1990). Samhandlingen mellom barn og

foreldre har betydning for barnets utvikling. Når barnet opplever at foreldrene er fraværende, overbeskyttende, har dårlige evner til å kommunisere eller har utydelige grenser er dette faktorer som kan fremme dårlig utvikling hos barnet. En annen sårbarhet kan være personligheten. Anorektikere er perfeksjonister, og sliter med følelsen av mindreverdighet. Familiehistorien kan også påvirke en person negativt dersom man har tidligere erfaring med rusmisbruk, psykiske lidelser, traumer, krangler, vold og overgrep blant nære omsorgspersoner (Skårderud, 2013).

*Utløsende faktorer* kan være mobbing, tidlig pubertet, slanking, skader, endret livssituasjon eller traumer. Endret livssituasjon kan føre til usikkerhet og tap av kontroll som utløser et behov for å kontrollere. En annen faktor som er kommet tydeligere frem er prestasjonskravene og kroppsidealene, som spesielt unge møter i det moderne samfunnet. Mange hevder at psykiske lidelser er den nye folkesykdommen i den vestlige delen av verden. Dersom kulturen man er en del av har strenge krav til kjønnsroller og et stort fokus på kropp, kan dette være utløsende faktorer (Skårderud, 2013).

*Vedlikeholdende faktorer* er det som opprettholder eller forverrer lidelsen. Dette kan innebære at man begynner å kjenne det fysisk på kroppen at man sliter med en spiseforstyrrelse, som for eksempel obstipasjon eller manglende sultfølelse. En faktor som kan opprettholde lidelsen er at den kan føre til konflikter, misforståelser, skyldfølelse og frustrasjon blant personens nære relasjoner. En siste faktor som nevnes er miljøet rundt personen som lider og dens mulige negative påvirkning. En person som har gått ned i vekt, trener mye eller er slank kan bli beundret og få berømmelse for dette. En person som tidligere i livet føler at man ikke har oppnådd noe, føler seg endelig "sett". Dette kan innebære at man opprettholder en sykkelig atferd (Skårderud, 2013).

## ***2.2 Kunnskap om gutter og jenter med anoreksi***

Garde (2006) skriver at det fra fødselen er store forskjeller på menn og kvinners biologiske funksjon, samt ulikheter i hjernens oppbygning og med tanke på den psykiske helsen. Med unntak av de basale ulikhetene, vil forskjellene mellom kjønnene videre i livet bli påvirket av miljø og kultur.



*En likhet* er at lidelsen oftest debuterer i ung alder og en overopptatthet av å se på kroppen som en sosial og personlig suksess. Man ser på lidelsen som et bilde på at man har selvkontroll, disiplin, viljestyrke og effektivitet. "Flere dyrker sine kropper for at de skal ligne noe ideelt, og de fokuserer ikke på hva de har og hva de lykkes med, men på hva de mangler" (Skårderud, 2013, s. 88).

Rent kroppslig er symptomer ofte det samme hos menn som hos kvinner når det gjelder spiseforstyrrelser. Avmagringen og forandringene som skjer ved en spisevegring er like dramatiske hos begge kjønn. Ved langvarig spisevegring kan både jenter og gutter oppleve alvorlige kroppslige følger som blant annet lavt stoffskifte, lavt blodsukker, betydelig avmagring, dehydrering, håravfall, dårlig blodsirkulasjon. Elektrolyttbalansen i kroppen blir også forstyrret, som kan føre til at hjertemuskelen fungerer dårligere gjennom lavere puls og kan føre til dårligere immunforsvar. Videre kan det forekomme mindre toleranse for matinntak, oppblåst mage, obstipasjon og manglende sultfølelse. Hos menn finner man også psykiske forstyrrelser som er like kvinnens, som at oppfatningen av kroppen er forstyrret, man har depressive tider, spise ambivalens og benektelse av at det dreier seg om en sykdom (Hummelvoll, 2012).

Når anorektiske personer ser seg selv i speilet ser de seg selv som overvektige, formløse eller har for lite muskler når de egentlig er avmagret. En forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form er derfor en del av sykdomsbildet til personer med anoreksi (Skårderud, 2013). En medvirkende faktor til kroppspresset i dag er sosiale medier og reklame. Med flere milliarder brukere, er sosiale medier et fenomen med stor innflytelse (Håkonsen, 2014). Tenårene er en sårbar tid hvor man lett kan bli påvirket av ekstreme kroppsidealer og kroppspress som mediene skaper (Innselset, 2015).

*Ulikhetene* ser ut til å starte allerede i ung alder og man antar at grunnen til dette er at jenter og gutter har ulik pubertetsutvikling. Mange jenter er ofte mer opptatte av å vise følelser, har evne til innlevelse, lavere selvfølelse og et ønske om tilknytning. I forhold til anoreksi ønsker jentene oppmerksomhet overfor lidelsen og ønsker behandling. Gutter er ofte flinkere til å skjule følelsene sine. De mener de kan klare seg selv, er ofte mer skamfulle

og reagerer heller med voldelig atferd, rusmisbruk og kriminalitet. Guttene er også mer opptatt av dominans, konkurranse, selvstendighet, oftere handlingsorienterte og har evne til systematisering(Garde, 2006)

Garde(2006) skriver at jenter ofte får et bedre syn på kroppen og bedre holdning til mat etterhvert som de blir eldre. Hos gutter er saken en annen. De øker ofte sin bekymring rundt vekt og utseende etterhvert som de blir eldre. Man ser også ofte at fedme forekommer hyppigere hos gutter enn hos jenter i voksen alder, som kan være grunnlag for at bekymringen øker. Det kommer også fram at gutter som kommer til behandling oftere har historie med overvekt og mobbing enn jenter(Skårderud, 2013).

For jentene handler anoreksi om at hun aldri blir slank nok i egne øyne. Tankesettet og følelsene er konkrete og lite fleksible slik at det er vanskelig å uttrykke seg og sine behov, noe som ofte blir fremtredende rundt måltider og trening(Hummelvoll, 2012). Jenter har også omlag dobbelt så mye kroppsfett som gutter, og det forventes at kroppsfettet øker når man går igjennom de ulike livsstadiene i livet. Det økte kroppsfettet legger seg ofte på pupper, lår og hofter. Det kan medføre at jenter ønsker å slanke seg, og overdreven slanking er igjen en utløsende faktor til spiseforstyrrelser(Snoek, 2003). For å tape vekt bruker jentene ofte slankemedisiner, avføringsmidler og vandrivende medisiner(Garde, 2006).

Gutter opplever også en endring i kroppens fysikk i puberteten. I stedet for økt kroppsfett får gutter økt kroppsstyrke og muskelmasse(Snoek, 2003). De har også en høyere metabolisme enn jentene, slik at de har høyere forbrenning og forbrenner mat raskere. En lavere metabolisme vil gjøre det vanskeligere å slanke seg. Dette fører ofte til at jenter begynner med overdreven slanking som etterhvert kan føre til et redusert stoffskifte eller i verste fall ødelegge stoffskifte og oppleve at man heller går opp i vekt istedenfor å gå ned i vekt(Skårderud, 2013).

Spiseforstyrrelser handler om mye mer enn skjønnhetsidealer, men kroppsbildene kan være ulike hos jenter enn hos gutter. Jenter har ofte en formening om at så fort de blir tynne, vil

de bli pene og lykkelige(Håkonsen, 2014). Jenter strever også med følelsen av at de alltid kan gjøre noe bedre(Skårderud, 2013).

Hos guttene er ofte maskulinitet hovedfokus. Man skal ha store muskler og de har ofte en intens frykt for fett på kroppen. Det foreligger også et kulturelt press om at gutter skal ekspandere kroppen og ikke redusere(Snoek, 2003). Skårderud(2013) skriver at gutters vei mot en spiseforstyrrelse er et ønske om å “bygge om” kroppen sin. Det starter med at de ønsker å leve sunt, men utvikler seg til å bli en sykkelig trang for å kontrollere, både mat og kalorier, kombinert med intensiv trening(Håkonsen, 2014).

### ***2.3 Sykepleierens perspektiv i møte med mennesker med anoreksi***

Sykepleiere har ifølge etiske retningslinjer fire grunnleggende ansvarsområder. Å gjenopprette helse, å fremme helse, å forebygge sykdom, og å lindre lidelse(ICN, 2012). I denne litteraturstudien er det blitt valgt å fokusere på det helsefremmende, gjennom et salutogenetisk perspektiv. Salutogenesen ble utviklet som en motstandsteori til patogenesen som vektlegger årsaker til sykdomsutvikling. Salutogenese er en teori om psykisk og fysisk helse som har fokus på faktorer som fremmer helse og fører til mestringsfølelse og livskvalitet. Til tross for store påkjenninger mente Antonovsky at man fortsatt kan ha en god mental helse. Han mente at vår egen helse er noe alle kan påvirke selv(Antonovsky, 2002). Begrepet empowerment er også knyttet til salutogenesen. Empowerment betyr “å ta styring eller makt”. Innenfor salutogenesen vil empowerment si at gjennom å ta styring over egen helse, kan man utvikle bedre helse og oversikt over helsefremmende faktorer som gjør en frisk(Lønne, 2018).

Salutogenetisk perspektiv er viktig med tanke på verdibasert tilnærming, at det handler om å se pasienten i sin helhet, ikke bare symptomene og lidelsen. Som sykepleier skal man ta hensyn til dette. Dette gir større fokus på at sykepleier kan bidra til å fremme mestringsfølelse og økt livskvalitet hos pasienten(Lønne, 2018).

## **2.4 Terapeutisk relasjon i sykepleie**

En relasjon er behovene og kravene til begge parter i fokus, mens i en terapeutisk relasjon er behovene til pasienten i fokus (Haug, 2007). En relasjon er et forhold hvor man påvirker hverandres situasjon (Kristoffersen og Nordtvedt, 2016). En forutsetning for utredning, behandling og videre oppfølging er en god relasjon mellom pasient og sykepleier (Horvath, 2006). Gjennom relasjoner blir man påvirket følelsesmessig av den andre personens situasjon. Som sykepleier har dette betydning for hvordan man forstår pasientens livskvalitet, ubehag og lidelse (Kristoffersen og Nordtvedt, 2016). Følelser og holdninger mellom sykepleier og pasient er kjernen i en terapeutisk relasjon (Norcross, 2011). Som sykepleier må man være personlig, overfor personer man ikke kjenner. Samt bygge opp tillit, der det i utgangspunktet ikke er tillit. Som sykepleier er man pliktig til å handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte (Kristoffersen og Nordtvedt, 2016).

## **2.5 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er todelt. Først å lære mer om hvordan jenter og gutter takler det å lide av anoreksi. Deretter belyse likheter og ulikheter en sykepleier må ta hensyn til i møte med en gutt eller jente med anoreksi. Videre er hensikten å få et innblikk i hvor viktig en sykepleiers rolle er i behandlingen av ungdommer med spiseforstyrrelser og hvor betydningsfull en god terapeutisk relasjon er for behandlingen.

Ut fra dette, er det kommet frem til følgende problemstillingen:

*Hvilken betydning har kjønn for den sykepleiefaglige tilnærmingen?*

### **2.5.1 Avgrensning**

Spiseforstyrrelser ble valgt på bakgrunn av at forfatterne ønsket å lære mer om dette og få en økt forståelse av denne pasientgruppen. Da spiseforstyrrelser er et bredt tema, valgte forfatterne å ha hovedfokus på anoreksi. Deretter ble oppgaven avgrenset til ungdommer i behandling. Ved å lese litteratur, åpnet dette nysgjerrigheten for gutter med anoreksi, da dette opplevdes som et understudert tema. Forfatterne ønsket derfor å finne ut om det var eventuelle ulikheter mellom kjønnene som gav grunnlag for at gutter med anoreksi var lite

forsket på. Forfatterne ønsket videre å finne ut om det var ulike måter å behandle jenter og gutter på. Etterhvert som oppgaven ble avgrenset ble terapeutisk relasjon opplevd som et hovedfokus i behandling. Dette vekket forfatternes oppmerksomhet for å se nærmere på dette. Til slutt ønsket forfatterne å se på eventuelle ulikheter mellom jenter og gutter når det kommer til å skape en terapeutisk relasjon til sykepleieren. Hva viser forskning at pasientene ønsker skal være tilstede for at det skal kunne skapes en relasjon, og hva sykepleiere legger i relasjon er viktige punkter forfatterne ønsket å lære mer om. I denne studien velges både pasientperspektivet og sykepleierperspektivet, med et helsefremmende fokus. Det var et ønske om å se det fra begge perspektiver, for å få en forståelse av hvordan det oppleves for sykepleier og pasienten.

## **3.0 METODE**

I dette kapitlet presenteres litteraturstudie som metode. Videre vil søkestrategien bli beskrevet og fremgangsmåten for hvordan artiklene ble funnet blir presentert i oversiktlige tabeller. Til slutt vil utvalgsprosessen, forskningsetikk og analyse bli beskrevet.

### ***3.1 Litteraturstudie som metode***

Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie. Dette vil si at oppgaven bygger på metodene i de vitenskapelige artiklene som er blitt valgt ut(Thidemann, 2015). Ifølge Aveyard(2014) er litteraturstudie en måte å finne et forskningsspørsmål og finne svar gjennom et søk og analyse av relevant forskning. Thidemann(2015) skriver at hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren forståelse og oppdatert kunnskap om den aktuelle problemstillingen og vise leseren hvordan man har gått frem. Metodekapitlet skal beskrives presist slik at det er etterprøvbart. Som vil si at andre skal kunne komme frem til det samme. I en bacheloroppgave blir benevnelsen litteraturstudie mest brukt. Et antall artikler blir analysert og beskrevet for å få oversikt over kunnskap, informasjon og resultat som skal belyses i problemstillingen.

En litteraturstudie kan bidra til å skape større gyldighet enn det en forskningsstudie klarer alene, fordi det er en oppsummering av flere forskningsartikler og sammenligner det til en helhet(Aveyard, 2014). Det vil derfor være hensiktsmessig for sykepleiere å oppdatere seg på kunnskap gjennom å lese litteraturstudier. Ifølge ICN's(2012) retningslinjer for sykepleiere nevner at sykepleier plikter til å holde seg oppdatert om utvikling og forskning innenfor faget.

### ***3.2 Søkestrategi***

En god søkestrategi vil gi grunnlag for et effektivt søkearbeid(Thidemann, 2015). Det ble utarbeidet søkeord og emneord og gjort søk med disse i ulike kombinasjoner i databaser. Søket ble gjort i Cinahl Complete, Pubmed, Swemed, Medline og Google Scholar som alle er databaser som dekker helse. Søkeord og emneord blir under presentert i et PICO-skjema. Et

PICO-skjema er hensiktsmessig å bruke fordi det gir en oversikt over søkeord forfatterne har brukt (Thidemann, 2015). Tabell 1 viser litteraturstudiets PICO-skjema.

Tabell 1 Søketablell i henhold til PICO

Patients/population/problem	Intervention/initiative/action	Comparison	Outcome	OR
1. Nurse* 2 Anorexia Nervosa 3. Eating disorder	1. Treatment 2. Differences 3. Similarities 4. Body-image 5. Issues	1. Male 2. Female 3. Gender 4. Adolescent 5. In-patient 6. Being men	1.Relation 2.Therapeutic relationship 3.Approach 4.Gender differences 5. Outcome	
<b>AND</b>				

Det ble både brukt Mesh-termer og nøkkelord i søket hvorav Mesh-termene er utdypet med stor forbokstav, og nøkkelord som liten forbokstav i søketabellene.

Søk 1

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. therapeutic relationship	Pubmed		359372
2. anorexia nervosa			15211
3. adolescent			1926927
4. nursing			702835
1 AND 2 AND 3 AND 4		1 AND 2 AND 3 AND 4	11

### Søk 2

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Eating disorders	Cinahl		15017
2. Female			1586061
3. nursing			628326
1 AND 2 AND 3		1 AND 2 AND 3	264
1 AND 2 AND 3		1 AND 2 AND 3 AND 2012-2018 AND full text	42

### Søk 3

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. treatment	Cinahl		790661
2. outcomes			548536
3. issues			155680
4. Eating Disorders			15009
1 AND 2 AND 3 AND 4		1 AND 2 AND 3 AND 4	46
1 AND 2 AND 3 AND 4		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 2012 - 2018	17



#### Søk 4

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Men	Cinahl		11187
2. Eating disorders			150117
1 AND 2		1 AND 2 AND 2012-2018	48

#### Søk 5

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Anorexia Nervosa	Cinahl		3793
2. in-patient			794211
3. Qualitative studies			117724
1 AND 2 AND 3		1 AND 2 AND 3 AND 2012-2018	31

### **3.3 Utvalgsprosessen**

Polit og Beck(2017) hevder at å avgrense søkene vil gjøre det mer effektivt å finne artikler som gir svar på problemstillingen. Avgrensningen ble gjort gjennom å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Å bruke inklusjon- og eksklusjon teorier vil tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur til det som kan passe(Thidemann, 2015). Inklusjonsteorier for litteratursøket var at artiklene skulle være fagfelleurdert og publisert i NSD-publiseringkanaler. Artiklene måtte ha IMRAD-struktur og være utgitt mellom 2012-2018(Thidemann, 2015).

Eksklusjonskriterier som ble valgt var artikler som ikke var overførbare til norsk kultur eller forhold. Temaet spiseforstyrrelser og syn på kropp er ulikt i hele verden, derfor er det viktig å tenke over forskjeller på kultur i teorien som er valgt ut(Stordalen og Størn,2010). Artiklene ble ekskludert dersom de ikke var på norsk eller engelsk.

Videre utover inklusjons- og eksklusjonskriteriene hadde forfatterne også "egne" kriterier som ble vurdert i utvalgsprosessen. Dersom utvalget besto av flere artikler som mente det samme, ble artikkelen som hadde nyere forskning valgt. Dette fordi man ønsker å ha den nyeste forskningen til bruk i oppgaven.

Det ble funnet flere artikler som kunne vært relevant, men som er eldre enn 2012. Da spiseforstyrrelser er et økende problem, var det ønskelig å finne nyere data enn dette fordi fenomenet spiseforstyrrelser kan ha endret seg på 6 år. Aveyard(2014) skriver at dersom man har artikler som har mindre relevans eller ikke går inn under inklusjonskriterier kan man bruke det som drøfteartikler.

I litteraturstudien blir det presentert artikler hvor det er brukt både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Kvantitativ metode innebærer at studiens metodedel er basert på målbare enheter som for eksempel tall og prosent. Kvantitativ studie er hensiktsmessig å bruke når man ønsker svar på hvor mange og hvor ofte. Metoden blir ofte brukt til å skape oversikt, frekvenser, hypoteser, sammenligning av ulike forhold som for eksempel årsak og virkning. Data samles inn via spørreskjema, systematisk observasjon, eksperiment. Dataene som samles inn settes inn i tabeller og gir mulighet for en nøyaktig beregning av ønsket resultat. Et kjennetegn ved bruk av denne metoden innebærer at man får et lite antall opplysninger fra mange deltakere, som vil skape en bred kunnskap om ønsket tema(Thidemann, 2015).

Kvalitativ metode innebærer en kunnskap bygget på humanvitenskapelige og forstående tradisjonen å tilnærme seg kunnskap på. Ved å bruke en kvalitativ metode ønsker man å samle data om folkets opplevelser, holdninger, erfaringer, tanker, meninger, forventninger. Kvalitativ metode gjør det også mulig å studere dynamiske prosesser som for eksempel

helhet, bevegelse, utvikling og samhandling. Metoden vil føre til dybdekunnskap om emnet hvor man får mange opplysninger fra få deltakere(Thidemann, 2015).

Ut i fra søket endte forfatterne opp med 64 artikler. Overskriftene ble først vurdert om de var relevant for problemstillingen. Abstraktene på aktuelle artikler ble deretter lest av alle forfatterne. Deretter ble de videre aktuelle artiklene søkt opp i NSD-publiseringsskanaler for å se om de var fagfellevurdert og hadde et publiseringnivå. Dersom de ikke var fagfellevurdert eller hadde et nivå ble de ekskludert. Deretter ble alle resultater og konklusjonen lest, i de aktuelle artiklene for å lete etter svar som kunne relateres til problemstillingen. Forfatterne endte opp med 5 artikler. Både kvalitative og kvantitative artikler ble brukt, da det anses at det besvarer problemstillingen best.

### *3.3.1 Forskningsetikk*

Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av World Medical Association(2018) for å sikre at forskning som omhandler mennesker ble utført på et forsvarlig vis og på etisk grunnlag.

Deklarasjonen understreker viktigheten av å sette deltakeren i sentrum ved å involvere deres rettigheter, velvære og helse. Forskingen skal utføres med respekt og deltakerne skal være godt informert om prosessen. Deltakelsen skal være frivillig og de skal ha mulighet til å trekke seg når de vil. Polit og Beck(2017) skriver at før en forskning kan gjennomføres og publiseres må den godkjennes av etiske komiteer i forhold til etiske retningslinjer.

Deklarasjonen er opptatt av å vise hensyn til sårbare grupper, men åpner opp for forskning dersom det kommer dem til gode. Anorektikere er en sårbar gruppe da det er usikkerhet rundt hvordan man kan gi best mulig helsehjelp til den enkelte. Guttene i denne pasientgruppen utgjør en spesielt sårbar minoritet, da de er en understudert og underrapportert gruppe(Førde, 2014).

I gjennomgangen og utvelgelsen av artikler var det ønskelig at artiklene skulle være godkjent av etiske komitéer. I flere av artiklene utdyper de at de etiske hensynene til disse pasientene er svært viktig på grunn av deres sårbarhet. Fortrolighet ble opprettholdt gjennom å fjerne

identifiserbar informasjon i intervjuet og bruk av pseudonymer ved rapportering av resultatene.

### **3.4 Analyse**

Aveyard(2014) skriver at den første fasen i analyseprosessen er å gjøre en kritisk vurdering av hver artikkel. Gjennom at alle forfatterne leste forskningsartiklene flere ganger, bidro til å styrke validiteten og påliteligheten av forståelsen av innholdet.

Polit og Beck(2014) skriver at en tematisk analyse involverer å finne abstraksjon på tvers av likheter og ulikheter i artiklene for å finne naturlig variasjon. Dette ble funnet gjennom markering med fargekoder i artiklene. Likhetene og ulikhetene av funn i artiklene ble deretter kondensert og samlet i underoverskrifter. Kodingen i artiklene gjorde det lettere å få en oversikt over resultater som kunne svare på problemstillingen og for å finne de aktuelle undertemaene. Det er viktig at forfatterne velger de temaene som anses som relevante for problemstillingen, da det ikke vil være mulig å analysere alle temaene i artiklene(Polit og Beck, 2017).

## 4.0 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres bakgrunn og funn kort i valgte artikler. Man får en oversikt over hva de aktuelle artiklene inneholder. I sammenfatningen av resultatene vil det bli presentert hovedtemaer og underoverskrifter man har kommet fram til i analysen av artiklene.

### 4.1 Presentasjon av resultat

*Artikkel 1:* Zugai, J. S., et al. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study, *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2), s. 416-426.

*Bakgrunnen* for denne studien er utvikle en bedre forståelse for viktigheten av den terapeutiske relasjon mellom sykepleiere og pasienter med anoreksi i behandling.

*Metoden* i studien er mixed-method design med både sykepleiere og pasienter som deltakere. Pasientene var en blanding av gutter og jenter. Den kvantitative delen viser nivået av det terapeutiske miljøet på avdelingene fra både pasientperspektiv og sykepleierperspektiv. Den kvalitative delen fokuserer på den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient, med spesifikke kartleggingsdata fra de kvantitative resultatene.

*Funnene* besto av tre hovedtemaer. Kjærlighet og grenser, terapeutisk separasjon, hvordan sykepleierne opprettholder sin autroitet og profesjonsgrense. Resultatet viste at mellommenneskelig engasjement og bruk av autoritet var viktig i den terapeutiske relasjonen.

*Artikkel 2:* Robinson, K. J., et al. (2013). Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users, *Journal of Health Psychology* 18(2), s. 176-186.

*Bakgrunnen* for studien er å studere menns opplevelse av å ha spiseforstyrrelser, opplevelser rundt det å søke behandling og opplevelsen rundt selve behandlingen.

*Metoden* i studien er kvalitativ, med dybdeintervju av 8 gutter.

*Funnene* i studien kom fram til to hovedtemaer. Det første var gutters vanskeligheter med å innrømme ovenfor seg selv og andre at man lider av en spiseforstyrrelse. Den neste var viktigheten av kjønn i behandlingen i forhold til kjønnsforskjeller. Funnene antyder flere

områder som kan forbedres med tanke på gutter med spiseforstyrrelser. Man ønsker å redusere stigmatisering og øke kunnskapen for å identifisere gutter med spiseforstyrrelser lettere.

*Artikkel 3:* Weltzin, T. E., et al. (2012). Treatment Issues and Outcomes for Males With Eating Disorders, *The Journal of Treatment and Prevention* 20(5), s. 444-459.

*Bakgrunnen for studien er å studere områder som kan oppleves vanskelig for gutter i behandling.*

*Metode* er kvantitativ studie med selvrappotering fra 111 gutter.

*Funn* i studien er at det er likhet mellom gutter og jenter i behandling, men at det er ulikheter med tanke på komorbiditet, intensiv trening, kroppsbilde, mannlig seksualitet og seksuell identitet som er kritisk i evaluering og behandling.

*Kommentarer* til denne artikkelen er at etikk og personvern ikke er skrevet om i studien.

*Artikkel 4:* Zugai, J., et al. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective, *Journal of Clinical Nursing* 22(13-14), s. 2020-2029.

*Bakgrunnen* for studien var å fastslå hvordan sykepleier kunne sikre vektøkning, samt en positiv pasientopplevelse i behandlingen av anoreksi.

*Metode* er kvalitativ studie med dybdeintervju av 8 jenter med anoreksi i behandling.

*Funnene* presenterer tre hovedtemaer. Sikre vektøkning, opprettholde terapeutisk relasjon og sykepleie relasjon. Pasientene uttrykte at vennlighet og imøtekommenhet bidro til endring og bedring.

*Artikkel 5:* Sly, R., et al. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa, *The Journal of Treatment and Prevention* 22(3), s. 1-11.

*Bakgrunn* for studien var å undersøke erfaringer fra pasienter ved å utvikle en terapeutisk relasjon i behandling.

*Metoden* er kvalitativ med dybdeintervjuer av 8 kvinner i behandling.

*Funn* representerer fire kategorier hvor relasjon er et hovedtema i behandlingen.

Kategoriene handler om å være aktiv, ikke passiv, tabu-snakk og at førsteinntrykk teller.

Denne studien identifiserer områder som er viktige som bidrar til en vellykket oppbygging som er positiv av en terapeutisk relasjon.

#### ***4.2 Sammenfatning av resultater***

Det ble valgt artikler som sier noe om det samme i forhold til relasjonsbygging i behandling og noen artikler om kjønn. Her valgte forfatterne å finne artikler om jenter og gutter, for at man senere kunne sammenligne og se på eventuelle ulikheter. Forfatterne kom tilslutt fram til to hovedtemaer som skulle besvare problemstillingen. Å forstå fenomenet anoreksi og å bygge en terapeutisk relasjon. Under hvert hovedtema kom forfatterne også frem til flere underoverskrifter. Under hovedtema å forstå kom forfatterne frem til personlighetstrekk, lav selvfølelse, komorbiditet, stoffmisbruk, kroppspress, homoseksualitet, idrett og trening, anabole steroider, skam, dødelighet og individbasert behandling. Under hovedtema å bygge terapeutisk relasjon kom forfatterne fram til mellommenneskelige forhold, verdibasert veiledning, salutogenese, verdibasert tilnæringsmetode, de mannlige pasientene, de kvinnelige pasientene, sette grenser og vennskapsforhold.

## 5.0 DRØFTING

I dette kapitlet presenteres funn fra artiklene. Dette drøftes opp mot relevant litteratur, for å besvare problemstillingen: *Hvilken betydning har kjønn for den sykepleiefaglige tilnærmingen?*

### **5.1 Hvilke faktorer ved fenomenet anoreksi bør sykepleieren ha forståelse for?**

Det er viktig at sykepleier innehar en forståelse av hva det vil si å lide av anoreksi for å kunne gi pasienten bedre omsorg og hjelp med utfordringer og motgang (Zugai 2018, Skårderud 2013). Hummelvoll (2012) hevder at sykepleierne må ha veiledning og kunnskap fordi å jobbe med anorektikere kan være en langvarig og krevende oppgave med både glede og skuffelse. Ved å dele erfaringer og kunnskap med andre sykepleiere kan dette føre til en utvikling i kvalitetsarbeidet med disse pasientene (Salzmann-Erikson og Dahlén, 2017). Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) understreker videre at å vise forståelse for sykdommen var essensielt, samtidig som at sykepleieren måtte ha kunnskap og evne til å diskutere åpent. Travelbee (2017) mener at sykepleie er en dynamisk prosess hvor man påvirke hverandre og skaper en forandring gjennom å samarbeide.

Warbrick (2003) hevder at spiseforstyrrelser oftest rammer tenåringer. Hun mener det kan ha sammenheng med de store forandringene som skjer når man vokser, som for eksempel fysiske forandringer og miljøet rundt dem. Hvordan man blir behandlet av foreldre og venner har stor betydning, samtidig er det en viktig faktor hvordan personen selv betrakter verden. Å komme i puberteten er av stor betydning da kroppen går gjennom vesentlige endringer (Snoek, 2003). Dette er en tid hvor guttene ser frem til da de blir mer maskuline og selvtiliten vokser. Jentene føler at kroppen utvikler seg feil da de går opp i vekt og føler seg mindre pene som fører til dårlig selvtillit (Warbrick, 2003).

Anorektikerne kan virke dramatiske da de har en sterk viljestyrke, samtidig som de ofte benekter for at de er syke. Det at de unngår å spise kan ses på som en kontroll eller måte de straffer seg selv på. Både jenter og gutter med spiseforstyrrelser fører en krig mot sin egen



kropp. Dette fører ofte til redusert livskvalitet og livsutfoldelse da lidelsen har egne behov og ønsker som overtar for personens egne tankesett. Lidelsen kan føre til at man kun tenker på mat, kalorier, utseende og slanking(Hummelvoll, 2012). Økt fokus i samfunnet på at man skal spise sunt og trene kan stimulere til avhengighet til å kontrollere matinntaket, vekt og kalorier. Kravet til selvkontroll er også økende da tilgangen til dårlige næringsvalg er blitt lettere enn før(Snoek, 2003). Robinson et al.(2012) hevder i sin studie at flere av pasientene så på spiseforstyrrelsen som en måte å håndtere stress, føle komfort, regulere avstand til andre eller føle seg mer i kontroll. Men det som ble vanskelig var når spiseforstyrrelsen i seg selv ble et problem, og vanskelig å finne motivasjon til bedring da lidelsen gav flere fordeler enn ulemper.

*Personlighetstrekk* kan forekomme likt hos jenter og gutter med anoreksi(Garde, 2006). Mange har problemer med å sette ord på de vonde følelsene, fordi de oppleves som en indre uro man ikke klarer å forklare. Man bruker kroppen for å uttrykke dette og det følelsesmessige ubehaget blir forsøkt sultet vekk(Skårderud, 2013). "Blandete følelser, motstridende følelser og sterk ambivalens er sentrale trekk i spiseforstyrrelser"(Skårderud, 2013, s. 8). Anorektikere kan ha et ønske om å bli bedre, men ønsker ikke å gå opp i vekt, og er derfor ambivalente mot å bli friske(Ramjan, 2004). Skårderud(2013) hevder at spiseforstyrrelser kan oppleves forvirrende og den lidende kan oppleve dobbelte budskap. Eksempler på dette kan være å ofre seg for andre for å redde seg selv, være interessert i mat, men ikke spise den. Zugai (2018) hevder i sin studie at anorektikere selv nekter for at deres sykdom er ambivalent i behandling.

*Lav selvfølelse* er et personlighetstrekk ved anoreksi som innebærer opplevelsen av å føle at man ikke er god nok og at man er mindreverdige. Anorektikere er flinke til å skjule følelsene av utilstrekkelighet og derfor kan det være vanskelig å fange opp at de sliter(Skårderud, 2013). Robinson et. al(2012) skriver at gutter ofte føler seg alene og velger å isolere seg fordi de føler det er noe galt med dem, fordi de sliter med anoreksi. De ønsker ikke å fortelle omsorgspersonene, da de er redd for responsen. Kvinners selvfølelse er i stor grad knyttet til hvordan de mestrer forholdet til andre mennesker. De er mer opptatt av det ikke-materielle. Menns selvfølelse settes i forbindelse med det de oppnår, resultater og det

håndgripelige(Aalberg, 2016). Skårderud(2013) skriver at anorektikere ofte lider av ytrestyrt atferd. Dette betyr at anorektikeren er avhengig av å bli bekreftet av andre og anerkjenner seg selv gjennom andres kommentarer og blikk.

*Komorbiditet* nevnes av Snoek(2003) som svært vanlig hos pasienter med anoreksi. Ofte tiltrer den komorbide lidelsen etter utbruddet av anoreksi. De mest vanlige som forekommer er ifølge Weltzin et al.(2012) angst, depresjon og tvangslidelser forekommer fem til ti ganger hyppigere hos anorektikere enn generelt i befolkningen. Bramon-Bosch og Weltzin et al.(2000, 2012) fant i sine studier at angst og depresjon forekom hyppigere hos gutter enn hos jenter med anoreksi.

*Stoffmisbruk* forekommer både hos jenter og gutter med anoreksi. De bruker narkotika eller alkohol for å redusere matlysten(Weltzin, et.al 2012). Robinson et al.(2012) skriver at for guttene ble alkohol og narkotika sett på som noe positivt på grunn av påvirkningen det hadde på matlysten. Mange misbrukte stoff fordi det skapte en metthetsfølelse eller at de følte seg tynne etterpå.

*Kroppspress* er som tidligere skrevet noe både gutter og jenter sliter med, men oppleves ofte ulikt(Skårderud, 2013). Et kjennetegn ved anoreksi er at man har et forvrengt kroppsbilde og negativt selvbilde, som påvirker ideer og kroppsform(Salzman-Erikson og Dahlén, 2017). Jenter og kvinner opplever ofte et krav om at de skal prestere på flere arenaer, som er et resultat av bedre likestilling. Det forventes av kvinner at de skal tjene andres behov, være gode mødre, lage sunn og næringsrik mat, være gode partnere, gjøre husarbeid og samtidig ha fulltidsjobber. Dette skaper et prestasjonspress som mange uttrykker blir for mye for dem, og velger å bruke spiseforstyrrelsen som en måte å avgrense det "grenseløse" på. Jenter er ofte mer opptatt av å være perfekte, og søker stadig etter å være bra nok(Mussap,2007, Skårderud,2013).

I dagens samfunn foreligger det noen krav til den moderne mannen. Som tidligere skrevet skal mannen være selvstendig, suksessrik, fysisk sterk og forsørge familie(Skårderud, 2013). Greenberg og Schoen(2008) skriver at menn ofte opplever en rollekonflikt da de opplever

det vanskelig å balansere arbeid og familie med utfordringer med å oppnå suksess og makt. Weltzin et. al(2012) skriver at generelt er gutters foretrukne kroppsilde at de skal være muskuløse. Frykten for å ikke ha nok muskler eller ha fett på kroppen er en større bekymring hos gutter enn hos jenter(Weltzin et al., 2012).

*Om homoseksualitet* er en risikofaktor for utvikling av anoreksi er ofte et spørsmål i litteratur og forskning. Bramon-Bosch(2000) fant i sin studie at mannlige pasienter rapporterte å være homoseksuell åtte ganger oftere enn jentene. Dette skriver også Warbrick(2003) i sin bok at det ikke er uvanlig at gutter med spiseforstyrrelser erklærer seg som homofile. Homoseksuelle gutter har økt forekomst av spiseforstyrrelser. Samtidig skårer de høyere på kroppsilde forvirring, økt påvirkning av medier og har høyere kroppsrelatert angst sammenlignet med heteroseksuelle gutter(Weltzin et al., 2012). Det hevdes også at det å være usikker på sin seksuelle identitet kan øke risikoen for spiseforstyrrelser. Det er noen bevis på at yngre og tyngre homofile gutter har en høyere risiko for å utvikle anoreksi(Skårderud, 2013).

*Sosiale medier.* Det er flere faktorer som kan bidra til at det skapes forvirring rundt hva som er den "ideelle" kroppen for jenter og gutter. Dette kan blant annet gjelde media eller kulturelle endringer som leder mot urealistiske forventninger om kroppsilde og kroppsideal(er)(Weltzin et al., 2012). Tenårene er en sårbar tid for mange, og mange blir svært lett påvirket. Dette gjør at sosiale medier og reklame innehar en stor makt når det gjelder kroppsideal(er) og kroppspress hos unge(Innselset, 2015). Warbrick(2003) skriver at gjennom sosiale medier får man inntrykk av at de som er slanke og pene, også er populære, lykkelige og moderne. Ungdomstiden er også en tid hvor man får bemerkninger fra andre om kropp og utseende, som kan gjøre at spesielt jentene blir mer opptatt av utseende og kropp.

"At reklame og medieskapte idealer har slik makt over oss, handler nok om at vi er på jakt etter å ligne på eller strekke oss etter"(Skårderud, 2013 s. 88). Fokuset på det perfekte skaper ofte mer misnøye da flere ikke klarer å oppnå det som ses på som "den ideelle kroppsfasongen"(Skårderud, 2013). Det støttes også fra Innselset(2015) som skriver at ungdommers selvtillit utfordres ved at de ikke klarer å måle seg opp mot det urealistiske

kroppsidealet som media dyrker frem. Sosiale medier har skapt en arena hvor fokuset på det "det perfekte" skapes frem og det mindre perfekte skjules.

*Idrett og trening* kan representere en risiko for å utvikle anoreksi(Weltzin, et al. 2012). Skårderud(2013) skriver at idrett og trening er noe anorektikere søker seg til, fordi det gir bedre selvfølelse, brenner kalorier, regulerer spenning og uro og er en gledesfylt aktivitet. Weltzin et al.(2012) skriver videre at gutter har en overdreven motivasjon for å bedrive intensiv trening. Med tanke på idretter og atletiske konkurranser som krever lavt kroppsfett eller ekstreme vektnedganger hevder de dette forekommer oftere hos gutter. Det er bevis for at gutter er mer utsatt for å drive med overdreven trening som mangel på kontroll, økt toleranse og har mangel på andre hobbyer eller alternative aktiviteter. Studien av Sundgot-Borgen og Torstveit(2004) bekrefter at spiseforstyrrelser forekom dobbelt så ofte hos toppidrettsutøvere i forhold til gutter i resten av befolkningen. Dette gjaldt spesielt hoppssport, som hadde en større andel utøvere med spiseforstyrrelser enn andre idretter.

*Anabole steroider* hevdes å være mest brukt av gutter for å forbedre utseende og muskler, mens jenter bruker dette for å fremme brekninger og oppkast(Weltzin et. al. 2012). I litteraturen er det kjent at i mange idretter kan være en risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser. Fra tradisjonelt ideal er det viktig for gutter å prestere og være i god fysisk form(Skårderud, 2013). Dette støttes fra Sly et al.(2014) som sier at i idrett, hvor vekten har stor betydning for prestasjonen, kan være en risikofaktor til å utvikle spiseforstyrrelser.

*Skam* er en fellesnevner blant begge kjønn. "Skammen kan være en grunnfølelse bak spiseforstyrrelsen, følelse av mindreverdighet og selvskaden av kroppen er blitt en helt konkret aktivitet"(Skårderud, 2013 s.39). Det å lide av en spiseforstyrrelse er vanskelig å innrømme, både for seg selv og for andre. Tanken på hvordan andre vil reagere og tenke om dem, er skremmende. For gutter er det ekstra vanskelig å stå frem, da lidelsen blir sett på som en jentelidelse(Robinson et al., 2012). Skårderud(2013) skriver at det ikke foreligger noen biologiske grunner for at spiseforstyrrelser skal betegnes som et kvinnelig problem. Mye av grunnen til at det kalles en jentelidelse kan henge sammen med at det er en større andel jenter enn gutter som står frem. Å lide av en jentelidelse føles lite mandig, en opplever

angst for å bli sett på som feminin eller føler at noe er galt med dem. Dette fører til at gutter søker behandling senere og benekter over lengre tid at de er syke. Ofte er skam knyttet med selvhøyt, at man er en som ikke fortjener noe. Det er seg selv man skammer seg over, samtidig som man føler skyld for noe (Skårderud, 2013).

*Dødeligheten* er større blant anorektikere enn blant andre psykiske lidelser. Ofte er årsaken fysiologiske faktorer, som underernæring. Selvmord forekommer også blant ungdom med anoreksi (Warbrick, 2003). Steinhausen et al. (2002) fant i sin studie at mellom 5-10% av alle pasienter med anoreksi dør på grunn av medisinske komplikasjoner eller selvmord. Bak selvmord ligger mye skam med en følelse av at man ønsker å forsvinne (Skårderud, 2013). I studien til Bramon-Bosch et al. (2000) viser det seg at selvmordsatferd er mer vanlig hos gutter og at selvskadning gjaldt flest jenter. Det var betydelig forskjell når det gjaldt å prøve å ta sitt eget liv, hvor det var 50% av guttene og 23% hos jentene (Bramon-Bosch et al., 2000). Lange ventelister ved ønske om hjelp kan virke demotiverende. Gutter kan ha en mer utartet og alvorlig anoreksi i forhold til jentene. Dette kan komme av at de ofte søker behandling senere. Noe som kan føre til at de dør i påvente av behandling eller velger selv å avslutte livet når man ikke får hjelp i tide (Robinson et al., 2012).

*Individbasert behandling* handler om å ha fokus på hver enkelt, ha respekt og møte de her og nå. Ungdom kan gjennom barndommen og ungdomstiden oppleve at relasjoner kan være utskiftende, dette kan være vanskelig for mange. Det er smerte og uklarhet om framtidsutsikter, og ungdom har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne. Derfor er det viktig å skape trygghet i sykdomsforløpet (Eide og Eide, 2017, Salzmann-Erikson og Dahlén, 2017). Skårderud (2013) skriver at anorektikere kan ha fått spiseforstyrrelser av helt ulike grunner, men at man i bunn og grunn ender opp på samme "sted". Dette begrunnes også av Robinson et al. (2012) hvor det understrekes at en vellykket behandling er når man evner å se enkeltpersoner og møte dem der de er. Man skal behandle alle likt, men samtidig ta hensyn til deres behov og ønsker.

## **5.2 Hvordan kan sykepleier bygge en terapeutisk relasjon til ungdom med anoreksi?**

En relasjon betyr forbindelse eller forhold (SNL, 2018). En terapeutisk relasjon er et mellommenneskelig gjensidig samarbeid, som er nødvendig for å identifisere helsebehov og mål (Zugai, 2018, Haug 2007).

### *5.2.1 Mellommenneskelig forhold i sykepleie*

Travelbee(2017) skriver at den profesjonelle sykepleieren kan etablere en relasjon til pasienten gjennom et menneske-til-menneske forhold. Et slikt forhold kan hjelpe den syke med å mestre deres opplevelse av lidelse eller sykdom. "Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som "sykepleier" og "pasient""(Travelbee, 2017 s. 171).

Sykepleieren må i et slikt forhold evne å bruke seg selv terapeutisk. Dette betyr å bruke sin egen personlighet og egne kunnskaper for å skape forandring hos den anorektiske.

Sykepleieren og pasienten deler opplevelsen av det å være syk. Dette fører til at pasienten føler at deres behov blir ivaretatt på en god måte. Å skape en god relasjon mellom personen som lider av anoreksi kan være vanskelig, da de ofte ikke ser seg selv som syk(Travelbee, 2017).

Travelbee(2017) hevder et menneske-til-menneske forhold etableres gjennom fire faser. I det innledende møtet mellom sykepleier og pasient observerer man hverandre og skaper et førsteinntrykk av hverandre. Salzman-Erikson og Dahlén(2017) understreker dette i sin studie at dersom sykepleier uttrykker respekt for personen bak sykdommen vil dette føre til at pasienten kan føle seg tryggere i forholdet. Opjordsmoen(2008) skriver at det i første møte er avgjørende at sykepleieren viser respekt og forståelse for videre relasjonsutvikling og utfallet av behandlingen. At pasienten evner å stole på sykepleieren og dele sin historie er med på å evaluere og vurdere av suicidalrisiko. Førsteintrykket som skapes vil påvirke beslutninger som tas senere og et godt førsteinntrykk kan utløse følelser som kan skape trygghet og tillit(Travelbee, 2017).

*I det innledende møtet* observerer man blant annet hverandres nonverbale kommunikasjon. Formålet med kommunikasjon til anorektikere, er å oppnå en felles forståelse rundt lidelsen (Eide og Eide, 2017). Eide og Eide (2017) hevder at det nonverbale språket og evnen til affektiv inntoning er avgjørende for å utvikle kontakt og skape trygghet i relasjonen. Gjennom kroppsspråket og ord kan man tolke viktig informasjon. Nonverbal kommunikasjon er med på å bygge relasjon, med erfaring er det lettere å observere og tolke riktige signaler som pasienten gir (Eide og Eide, 2017).

*Fremvekst av identiteter* innebærer at sykepleier og pasient skaper en tilknytning og relasjon mellom seg som begge verdsetter og drar nytte av. Man betrakter hverandre i mindre grad som en kategori, og mer som et enkeltindivid. Sykepleieren skal i denne fasen fange opp hva pasienten føler, tenker og opplever rundt det å være syk, mens den syke skal se sykepleieren som et unikt individ som man kan betro seg til (Travelbee, 2017). I studien av Robinson et al. (2012) svarer deltakere at det var viktig for relasjonen at de følte seg forstått og lyttet til av sykepleieren. Aktiv lytting er viktig for å oppfatte viktig informasjon både gjennom kroppsspråk og ord. Å bli lyttet til og at noen lever seg inn i hvordan man har det oppleves godt, det styrker selvfølelsen og fyller psykologiske behov for nærhet og tilknytning (Eide og Eide, 2017).

Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) skriver at åpen og ekte interesse for pasientens vanskeligheter er viktig for veien mot en relasjon. Gjennom å lytte og kartlegge ungdommens forventninger, ønsker og behov tidlig i behandling vil skape en trygghet og oversikt i behandlingssituasjonen (Eide og Eide, 2017, Salzmann-Erikson og Dahlén, 2017). Håkonsen (2006) skriver at man gjennom gode kommunikative evner er viktig for å finne et felles mål. Dette bekreftes i Opjordsmoen (2008) som hevder at et felles mål i behandlingen er viktig. I studien til Sly et al. (2014) beskrives et godt terapeutisk forhold som når verken sykepleier eller pasient dominerer hverandre. Man skal heller akseptere og respektere hverandre og jobber sammen om å dele påkjenninger under behandling.

*Empati fasen* handler om at sykepleieren skal forestille seg og forstå pasientens situasjon og sette seg inn i deres sinnstilstand. "Å ha empati betyr å "ta del", men samtidig stå utenfor,

objektet for empatien”(Travelbee, 2017 s. 193). Det handler ikke om at man skal opptre som kald ved å ikke ta det innover seg, men som en følelse av at man står sammen om noe. Å føle empati handler om å oppleve nærhet og skape en tilknytning til hverandre. For sykepleiere vil det være viktig å vise en empatisk forståelse for å ha mulighet til å forstå et enkeltindivid.

Zugai et al.(2013) hevder at en empatisk tilnærming til pasientene innebar at sykepleiere var i stand til å forstå pasientens følelser og behov. Når sykepleieren viste empati og støttet pasientens følelser, følte pasientene først omsorg og trygghet dersom sykepleieren viste en reell forpliktelse. Empati er en viktig egenskap for sykepleiere for å kunne respondere støttende og bekreftende, men også for å kunne innhente informasjon om hva som er viktig for den andre. Slik kan man hjelpe på pasientens premisser(Eide og Eide, 2017).

Travelbee(2017) hevder videre at empati er en egenskap som utvikles videre med erfaring og målrettet arbeid.

*Den siste fasen* handler om sympati og medfølelse. Sympati ses på som et skritt videre fra empati ved at sykepleieren har et grunnleggende ønske om å lindre pasientens plager. Begrepet defineres som at man trer inn i andres følelser, forstår andres plager og blir grepet av situasjonen og skaper et tettere bånd. Sykepleieren skal bruke medfølelsen til å starte konstruktive sykepleiehandlinger gjennom den kunnskapen man innehar for å lindre pasientens plager. “Den medfølende sykepleieren må ikke bare ønske å hjelpe, hun må også vite hva hun kan gjøre, og ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen”(Travelbee, 2017, s. 210). I Salzman-Erikson og Dahlén(2017) studie ble sykepleierens evne til å håndtere pasientens følelser sett på som potensialet til å påvirke pasientens sans for sikkerhet og tilhørighet.

Hovedmålet med fasene er at forholdet skal skape gjensidig forståelse og kontakt. “Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess, en hendelse, en eller flere erfaringer, som gjennomgås samtidig av både sykepleieren og den syke”(Travelbee, 2017 s. 211). Kjernen i forholdet er å vite hva den andre trenger og evne å vise omsorg. Man føler seg trygg på hverandre og har tillit til at man ønsker hverandre vel(Travelbee, 2017).



Kontinuitet og regelmessighet er nødvendig for at sykepleier-pasient forholdet skal få mulighet til utvikling(Strand, 2014). Eksempel på dette kan være at samme person følger opp pasienten i behandling. Da vil primærsykepleierens funksjon bli en følgesvenn som er tilregnelig, som venter til pasienten kommer seg, gir råd, støtte og hjelp underveis(Hummelvoll,2012). Zugai(2018) beskriver viktigheten av en moderlig tilnærming, da det bidrar til det mellommenneskelige forholdet.

### *5.2.2 Verdibasert veiledning i sykepleie*

*Salutogenesen* fokuserer på tre ulike komponenter når det gjelder opplevelsen av sammenheng. Belastningene i livet må forstås og sees i en sammenheng. For å kunne mestre utfordringene i livet krever det at man har nødvendige ressurser, samtidig som at man opplever livet som forståelsesfullt(Antonovsky, 2002). Det vil være hensiktsmessig og helsefremmende å fokusere på mestring og styrke selvfølelsen til anorektikere, istedenfor å kun fokusere på symptomer(Skårderud, 2013).

I behandlingen for spiseforstyrrelser er hovedmålet å normalisere vekt, opplevelse av kropp, spisevaner og selvfølelse. De underliggende tankene som opprettholder lidelsen er viktige å bevisstgjøre. Man skal hjelpe pasienten med å håndtere problemene rundt det følelsesmessige som skaper problemer, men gjøre dette på en hensiktsmessig måte(Martinsen, 2011).

*Verdibasert tilnæringsmetode* er et nyttig verktøy å bruke i veiledningen i endringsprosessen hos pasienter. Dette innebærer at man inkluderer pasientens behov og ønsker i behandlingen. For å lykkes med dette må sykepleieren ha evne til å styrke pasientens indre motivasjon. Man må vise respekt og gi rom for autonomi(Eide og Eide, 2017).I studien til Painter og Anders(2005) forteller pasientene at de ønsket frihet og autonomi. Målet med behandlingen er ikke å forandre endring, men å motivere til forandring(Salzman-Erikson og Dahlén, 2017). Zugai et al.(2013) skriver at oppmuntring, motivasjon og respekt begge veier i pasient-sykepleier forholdet er viktig.

Eide og Eide(2017) understreker viktigheten av at pasientens egne verdier og meninger tas med i behandlingen. Jfr. pasient- og brukerrettighetsloven(2017) § 3-1 “Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.” Felles for begge kjønn er at de ønsker å bli lyttet til og behandlet med respekt(Skårderud, 2013). I studien til Zugai et al.(2012) foretrakk deltakerne at sykepleierne tok deres mening i å forme behandlingen, istedenfor at man ble utsatt for tvang.

Kristoffersen(2016) skriver at kjønn kan ha betydning for hvordan man oppfatter kroppens signaler, hvordan man vurderer behovet for å oppsøke helsehjelp, hvordan man presenterer problemene for sykepleieren og hvordan man blir behandlet, gitt råd eller veiledning. Robinson et al.(2012) skriver i sin studie at alle har en ulik vei mot spiseforstyrrelsen, men at man til slutt ender opp på samme sted. Det vil derfor være vanskelig å forme en fasit for hvordan en behandling skal gi best mulig resultat.

*De mannlige pasientene* nevner i studien til Robinson et al.(2012) at de ikke alltid følte seg forstått av helsepersonellet, noe de synes var vanskelig. Deltakerne følte at de ikke ble hørt når de ga uttrykk for sine ønsker. Dersom noen av pasientene hadde fått lite omsorg i oppveksten, kunne dette gjenoppleves når de var sammen med helsepersonellet. På en annen side hvis de ble hørt av helsepersonellet, så ville dette være til hjelp og tok presset vekk fra skuldrene deres. Videre står det at guttene følte seg usynlige og alene i samfunnet om å lide av anoreksi. Bramon-Bosch et. al.(2000) skriver at guttene i deres studie kommer senere til behandling, til tross for at de utvikler spiseforstyrrelser likt som jenter.

Kristoffersen(2016) skriver at det finnes holdninger om at sykdom og dårlig helse ikke hører sammen med de stereotype mannsidealene. Dette bekreftes også i studien til Robinson et al.(2012) som hevder det foreligger et tradisjonelt krav om at gutter skal være selvstendige. For en gutt vil det være vanskelig å søke hjelp eller psykologiske tjenester som involverer tillit til andre fordi det er uforenlig med tradisjonell maskulinitet og mannlige kjønnsrolle. Dette fører til at gutter er mindre tilbøyelige til å søke hjelp. Dette fordi maten fungerer som en kompensasjon for tap av kontroll, men også fordi de føler seg skamfulle av å lide av det som betegnes som en jentelidelse(Greenberg og Schoen, 2008).

Guttene synes det var vanskelig å takle lidelsen selv da de ikke kunne finne informasjon om kjønns spesifikke problemer i litteraturen (Robinson, 2012). Greenberg og Schoen (2008) skriver at studier viser at det er nødvendig å ta hensyn til maskulinitet når man utformer en behandling til gutter med anoreksi. Guttene følte at anoreksi hos gutter var et tema som ble oversett, understudert og underrapportert. Med behandling som er rettet mot gutter og mer åpenhet rundt det å ha spiseforstyrrelse, kan gjøre at flere gutter tør å søke hjelp (Robinson et al., 2012, Weltzin et al., 2012).

I studien til Robinson (2012) beskriver guttene at de skulle ønske de fikk informasjon dersom det var spesifikke problemer knyttet til menn. Gruppeterapi ble sett på som lite effektivt når det var et flertall jenter i gruppen. Grunnen var at guttene ikke kjente seg igjen i jentenes problemer, og ikke ønsket å snakke om sine egne kjønns spesifikke problemer der når de var alene som gutt. De ønsket at flere gutter skulle søke hjelp, slik at gruppeterapi kunne bli oppdelt blant kjønn eller ha en bedre fordeling med gutter og jenter (Robinson et al., 2012). Dette bekreftes også i studien til Weltzin et al. (2012) som skriver at gruppeterapi for gutter ikke kan bli fremsnakket nok. Gruppeterapi med kun gutter vil gjøre det mulig for andre gutter å se at man også har problemer som tidligere har blitt diskutert som "kvinnelige" problemer og føre til mindre stigmatisering (Weltzin et al., 2012).

Videre er det viktig at helsepersonell vurderer hvordan maskulinitet kan påvirke diagnosen i vurdering og behandling. Empatisk helsepersonell kan hjelpe menn med å takle spiseforstyrrelser, føle seg mer forstått og mindre isolert i et samfunn hvor spiseforstyrrelser er stereotypert som et kvinnelig fenomen (Greenberg og Schoen, 2008). Dette bekreftes i studien til Weltzin et al. (2012) som skriver at det er helsefremmende med et behandlingsteam som kjenner til problemer som spesifikt gutter kan slite med og at man er komfortabel med å jobbe med gutter med anoreksi.

*For jentene* er det en bedring i selvtilliten som en hovedfaktor i behandlingen. Dette bekreftes av Zugai et al. (2013) gjennom at jentene i studien verdsetter en behandling som har hovedfokus på bedre selvtillit. Videre ønsker jentene en behandling som ikke er formell

eller lite fleksibel, men være tilpasset hvert enkelt individ med omsorg og respekt for personlighet og følelsesmessige behov. At jentene er raskere til å søke behandling kan henge sammen med at de ønsker oppmerksomhet og tilknytning, samtidig som at de er flinkere til å snakke om følelsene sine (Skårderud, 2013).

I studien til Zugai et al. (2013) nevner de kvinnelige pasientene viktigheten av faste rammer og regler. Gjennom faste regler angående mat og treningsopplegg, følte pasientene at det bidro positivt til vektøkningen. Samtidig å klare gi fra seg all kontroll over til sykepleier var også en viktig del. Zugai et al. (2018) beskriver at det er viktig at sykepleier fra starten formulerer faste regler og grenser i behandling. Ved å opprettholde regler, avlaster sykepleier pasientene fra vanskelighetene av å ta beslutninger som involverer mat og mosjon. Eide og Eide (2017- buggel et al., 2003) understreker viktigheten av at behandlingsopplegget blir tilpasset pasientens ønsker og behov. Sykepleier må da være presise på rammene og innholdet i behandlingen. Pasientene i studien til Zugai et al. (2013) mente at reglene i behandlingen bør være helsefremmende og ivareta autonomi.

### *5.2.3 Å sette grenser*

I dag er det enighet om at kvaliteten på relasjonen mellom pasient og sykepleier det essensielle i behandlingen (Opjordsmoen, 2008). I en terapeutisk relasjon skapes det et tillitsforhold, som gir pasienten en opplevelse av at sykepleier ønsker å forstå og bryr seg og dens situasjon. Dette innebærer å høre på det pasienten forteller. Man skal vise tillit til pasienten at man mestrer det følelsesmessige og tankemessige kaoset, som oppstår når man arbeider med vanskelige og personlige problemer (Opjordsmoen, 2008). Deltakerne i studien til Zugai et al. (2013) mente at dersom sykepleier hadde en vennlig tilnærming uttrykte det empati. For at det skulle være et godt forhold mellom sykepleier og pasient, var det viktig med respekt og tillit (Zugai et al., 2013). For å oppnå tillit, kreves det mange ulike metoder. Det å vite hvor den enkelte har sin oppmerksomhet og dens behov for støtte og hjelp er ikke godt å vite på forhånd. Ungdom føler ofte usikkerhet og åpner seg ikke for fremmede uten videre. Tillit forutsetter kontakt, at man lytter til deres interesser og hva de er opptatte av (Eide og Eide, 2017).

Pasientene ønsket ikke å skuffe sykepleierne, men å gjøre de stolte. De ønsket å skape et tillitsbånd. Ble sykepleieren oppfattet som likegyldig, respektløs eller dømmende, viste dette seg å være skadelig for behandlingen (Salzmann-Erikson og Dahlén, 2017). Sykepleierne måtte være vennlige og imøtekommende og vise omsorg. Oppmuntring og støtte ble nevnt som en viktig del (Zugai et al., 2013). Mange sykepleiere opplever det som vanskelig å skape en relasjon til anorektikere fordi de kan oppleves som manipulerende og ikke ønsker å samarbeide (Zugai, 2018, Ramjan, 2004).

Ved psykiske lidelser føler mange ensomhet, en følelse av å være alene om slike vansker og tror at det aldri vil bli bra. Sykepleier formidler støtte og nærhet, og hjelper pasienten ut av ensomheten. Sykepleier må balansere mellom nærhet og avstand, for å bevare det subjektive perspektivet og ikke trekkes med i det følelsesmessige og tankemessige kaoset som pasienten opplever (Håkonsen, 2014). Strand (2014) beskriver nærhet og avstand som et uttrykk av passe interesse, en balanse mellom de to ytterpunktene. Travelbee (2017) beskriver hvor nært et pasient-sykepleie forhold burde være. Graden av nærhet og avstand vil variere ved at sykepleier og pasient har respekt for hverandre. For eksempel at den syke får erkjennelse av at han eller hun betyr noe og en følelse av ekte hengivenhet fra sykepleier. Zugai (2018) underbygger nærhet- og avstandsprinsippet, hvor en sykepleier nevner uttrykket "kjærlighet og grenser". Kjærligheten sykepleier gir til pasienten, er nødvendig for å danne en terapeutisk relasjon. Derav er det like viktig med grensesetting (Zugai, 2018).

Hummelvoll (2012) skriver at dersom en relasjon blir for nær, vil en anorektiker trekke seg unna fordi det truer deres autonomi. Dette fører ofte til at personer med anoreksi isolerer seg og er ensomme. I forhold til behandling kan relasjonen være krevende både for pasienten og sykepleieren. Salzmann-Erikson og Dahlén (2017) skriver i sin studie at anorektikere ofte kjemper imot behandlingen og at relasjonsbygging er vanskelig da man har et sterkt forhold til lidelsen.

Zugai et al. (2013) viser i sin studie at et sterkt pasient sykepleie forhold, var forbundet med vektøkning og positiv pasientopplevelse. Sly et al. (2014) beskriver at en terapeutisk relasjon

ble relatert til tidlig vektøkning for pasienten i behandling. Videre fant studien ut at terapeutisk relasjon er et godt grunnlag for et positivt behandlingsresultat. En god relasjon er preget av åpenhet, gjensidig tillit og samarbeid (Opjordsmoen 2008). Når sykepleier var forståelsesfull, men samtidig trygg nok til å utfordre pasienten, ble dette opplevd som positivt. Dette styrket opplevelsen av at sykepleieren var der for dem (Salzmann-Erikson og Dahlén, 2017).

*Et vennskapsforhold* kan gi pasientene en følelse likeverdighet mellom dem og sykepleieren (Haug, 2007). Zugai (2018) beskriver viktigheten av klare rammer på grenser innenfor vennskapet. Sykepleier må ikke dele sine personlige problemer, men heller fortelle om positive opplevelser, som gir pasienten følelse av fellesskap. Travelbee (2017) skriver at et vennskapsforhold ikke er det samme som et menneske-til-menneske forhold, men skiller seg ut ved at begges behov har betydning. Det å være en venn innebærer en bestemt atferd, som skiller seg fra forventningene til en profesjonell sykepleier. Å være venner innebærer at man utvikler en grad av mellommenneskelig nærhet og bryr seg om hverandre (Travelbee, 2017). Sykepleierne ønsket gjennom vennskapsforholdet å gi pasientene nok livskvalitet til at de fikk tilbake troen på seg selv. Med en videre evne til å komme seg videre og gi dem verktøy for å takle vanskelige situasjoner (Haug, 2007).

Haug (2007) skriver videre at å skape et vennskap til pasienten kan være både givende og vanskelig for sykepleierne. Det er en utfordring å bruke vennskap i pasient-sykepleier forholdet fordi det krever aktive handlinger, holdninger og personlig engasjement i fra sykepleieren. Det er viktig at sykepleier ikke går over grenser eller er invaderende, fordi følelsen av invadering kan skape en angst for å miste kontrollen som er opparbeidet gjennom lengre tid (Hummelvoll, 2012). På den andre siden nevner en deltaker i studien til Sly et al. (2014) at det er viktig at sykepleier ikke er for passiv eller snill, slik at pasienten kunne kontrollere sykepleieren og hvordan behandlingsprogrammet skulle være. Dette kunne føre til at pasienten ikke fikk noe utbytte av behandlingen for sin anoreksi.

## 6.0 KONKLUSJON

I denne bacheloroppgaven ble det presentert to hovedtemaer, som viser betydning for hvordan sykepleier skal kunne tilnærme seg gutter i forhold til jenter med spiseforstyrrelser. Vi var nysgjerrige på om det fantes noen ulikheter blant gutter og jenter med anoreksi når det kommer til behandling. Vi fant ut at det ikke nødvendigvis har betydning om du er gutt eller jente. Betydningen er at alle individer er unike og har ulike behov når det kommer til tilnærming i behandling.

Gjennom våre funn har vi blant annet kommet fram til at i behandlingen av gutter er det viktig å ta hensyn til maskuliniteten i behandlingen. I forskning på gutter med anoreksi er det fortsatt mye som gjenstår, slik at det ofte er vanskelig for behandlingsapparatet å fange dem opp. På grunn av lite forskning og litteratur kan det være vanskelig for sykepleiere å vite nøyaktig hva gutter trenger og verdsetter i behandling. Med tanke på jenter i behandling, er dette et tema som er godt utforsket. Det er vanskelig å finne nylig oppdatert forskning, som sier noe om hva jenter ønsker i behandling. Våre funn konkluderer med at jentene er opptatte av å bedre selvtilliten i behandling, samtidig ønsker faste rammer og regler.

Vi har videre konkludert med at anoreksi er en sykdom hvor det er mange veier til lidelsen. Alle individer kommer med ulikt utgangspunkt, noe som igjen gjør det viktig å se på personen bak sykdommen og deres historie. Ikke bare observere lidelsen og symptomene i seg selv.

Å behandle pasienter med anoreksi finnes det ingen fasitsvar på. Et hovedmål er å gi pasientene en behandlingserfaring slik at de skal lykkes i overgangen til et mindre omsorgsnivå, samt gi dem en motivasjon for å bli friske. Samtalen er det viktigste for en sykepleier å bruke som redskap for å skape et tillitsforhold og relasjon til pasientene. Det er vist i studiene at dette gjør det lettere for pasientene å åpne seg og snakke om sin historie og sine symptomer.

At det i behandlingssystemet ofte er en skjev fordeling av menn og kvinner som ønsker behandling, gjør at det blir vanskelig å gi et likeverdig behandlingstilbud. Som sykepleier er

det viktig at man innehar kunnskap og forståelse om sykdommen for å kunne behandle denne pasientgruppen.

Funn i artiklene og litteraturen konkluderer med at en verdibasert tilnæringsmetode kan være hensiktsmessig i møte med ungdom med anoreksi. Dette kan styrke samarbeidet og være veien mot dannelsen av en terapeutisk relasjon.

Et menneske-til-menneske forhold ble også konkludert som en faktor til å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten for å gi dem en opplevelse av at de ikke står alene om å ha anoreksi. Videre kan et slikt forhold føre til at sykepleieren og pasienten har nytte av hverandre og skaper et samarbeid som kan føre til bedring hos pasienten. Men det er også viktig at sykepleieren opptrer profesjonelt og kan sette grenser for nærhet og avstand i forholdet mellom dem.



## REFERANSELISTE

- Aalberg, T. K. (2016). *Kunsten å kommunisere med pasienter*. 1. Utg. Oslo, Cappelen Damm akademisk.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Aubert, K.E. (2018) Relasjon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/relasjon> (Hentet: 08.05.18)
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Maidenhead, McGraw-Hill/Open University Press.
- Bramon-Bosch, E., et al. (2000). Eating disorders in males: a comparison with female patients, *European Eating Disorders Review* 8(4), s. 321-328. doi: [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200008\)8:4<321::AID-ERV355>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4<321::AID-ERV355>3.0.CO;2-G) (Hentet: 14.03.18)
- Buhl, C. (1990). *Følelser og kropp: behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. 1. Utg. Oslo, Universitetsforl.
- Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk*. 3. Utg. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 07.05.18)
- Garde, K. (2006). *Psykiske sykdomme: forskjellen mellom mænd og kvinder*. København, PsykiatriFonden.
- Greenberg, S. T. and E. G. Schoen (2008). Males and Eating Disorders: Gender-Based Therapy for Eating Disorder Recovery, *Professional Psychology: Research and Practice* 39(4), s. 464-471. doi: <http://psycnet.apa.org/fulltext/2008-10899-012.html> (Hentet: 11.04.18)
- Haug, K. (2007). Jeg er venn fra 8- 16. Vennskap i sykepleie ; pasient relasjoner som varer over lang tid? *Vård i Norden* 27(3), s. 57-59. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740830702700313> (Hentet: 11.04.18)
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges and future directions, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43(3), s. 258-263. doi: [10.1037/0033-3204.43.3.258](https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.258) (Hentet: 14.05.18)
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (1999). *Mestring og relasjon: psykologi med eksempler fra sykepleie*. 1. utg. Oslo, Pensumtjeneste.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

ICN (2012) *The ICN code of ethics for nurses*. Tilgjengelig fra: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf) (Hentet: 07.05.18)

Innselset, E. (2015). Reklame, media og kroppspress. Tilgjengelig fra: <http://www.trening.no/helse/reklame-media-og-kroppspress/> (Hentet: 20.03.18)

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2016) Pasient og sykepleier – verdier og samhandling, i Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, EA. og Grimsbø, G.H. (red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 89-132.

Lønne, A. (2018) *Salutogenese*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/salutogenese> (Hentet: 19.04.18)

Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi*. 2. Utg. Bergen, Fagbokforl.

Mussap, A. J. (2007). The relationship between feminine gender role stress and disordered eating symptomatology in women, *Stress and Health* 23(5), s. 343-348. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.1152> (Hentet: 02.05.2018)

NHI (2017) *Anoreksi, oversikt*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/anoreksi/anoreksi-oversikt/?page=7> (Hentet: 19.04.18)

Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. 2. utg. New York, Oxford University Press.

Opjordsmoen, S., et al. (2008). *Oss imellom: om relasjonenes betydning for mental helse*. 2. utg. Stavanger, Hertervig akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2017) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 22.03.18)

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 3. utg. Philadelphia, Wolters Kluwer.

Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the and therapeutic relationship: Caring for adolescents with anorexia nervosa, *Journal of Advanced Nursing* 45(5), s. 495-503. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x> (Hentet: 27.03.2018)

Regjeringen (2014) *Likestilling 2014, regjeringens handlingsplan for likestilling mellom kjønnene*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/likestilling/likestilling\\_2014.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/likestilling/likestilling_2014.pdf) (Hentet: 15.03.18)

Robinson, K. J., et al. (2013). Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users, *Journal of Health Psychology* 18(2), s. 176-186. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105312440298> (Hentet: 21.03.2018 )

Salzmann-Erikson, M. og Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research, *Journal of Child and Family Studies* 26(1), s. 1-13. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-016-0534-2> (Hentet: 11.04.18)

Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak: håndboken om spiseforstyrrelser*. 3. utg. Oslo, Aschehoug.

Sly, R., et al. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa, *The Journal of Treatment and Prevention* 22(3), s. 1-11. doi: <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742> (Hentet: 11.04.18)

Snoek, J. E. (2002). *Ungdomspsykiatri*. 2. Utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Steinhausen, HC., et al. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century, *The American journal of psychiatry*, 159, s. 1284-1293. doi: [10.1176/appi.ajp.159.8.1284](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284) (Hentet: 04.04.18).

Stordalen, J. (2010). *Bare skriv!: praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo, Cappelen akademisk.

Strand, L. (2014). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo, Gyldendal.

Sundgot-Borgen, J. og Torstveit, M.K. (2004). Prevalence og eating disorders in elite athletes is higher than in the general population, *Clinical journal of sports medicine* 14(1):25-32, s. 25-32. Tilgjengelig fra: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=14712163> (Hentet: 03.04.18)

Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo, Universitetsforlag.

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 8. Utg. Oslo, Gyldendal akademisk.

Warbrick, C. (2003). *Hvad du bør vide om spiseforstyrrelser*. 1. utg. Danmark: Flachs.

Weltzin, T. E., et al. (2012). Treatment Issues and Outcomes for Males With Eating Disorders, *The Journal of Treatment and Prevention* 20(5), s. 444-459. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2012.715527> (Hentet: 26.04.2018)

World medical association (2018). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Hentet: 07.05.18)

Zugai, J., et al. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective, *Journal of Clinical Nursing* 22(13-14), s. 2020-2029. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12182> (Hentet: 23.02.2018)

Zugai, J. S., et al. (2018). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study, *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2), s. 416-426. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13944> (Hentet: 04.04.2018)