

10004

Sykepleie og anoreksi

Hvordan kan sykepleier bidra i behandlingen til en ungdom med anoreksi?

Antall ord: 7496

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Oktober 2021

10004

Sykepleie og anoreksi

Hvordan kan sykepleier bidra i behandlingen til en ungdom med anoreksi?

Antall ord: 7496

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Oktober 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Anorexia Nervosa (AN) er en alvorlig og kompleks sykdom som innebærer et tilsiktet vekttap som kan føre til både psykiske og somatiske komplikasjoner hos pasientene. Ved alvorlige tilfeller kan pasientene trenge sykehusbehandling for å behandle og beherske sykdommen.

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleier på best mulig måte kan være en del av behandlingen av pasientene med AN.

Metode:

Systematisk litteraturstudie av fag- og forskningsbasert kunnskap. Det er tatt utgangspunkt i syv forskningsartikler hvorav seks kvalitative studier og en reviewartikler som er lagt i en artikkelmatrise. I tillegg er faglitteratur, pensumlitteratur og egen praksiserfaring benyttet i oppgaven.

Resultat:

Resultatene viser viktigheten med god relasjon mellom sykepleier og pasienter med AN. God kommunikasjon kan være en faktor for å oppnå god relasjon. Videre kan dette føre til en opplevelse av tillit og trygghet hos pasienten. Relasjonen kan bli brukt i måltidsituasjon hvor sykepleiers evne til å veilede pasienten ut av anorektisk atferd. Funn viser videre at sykepleiers evne til å undervise kan gi økt mestring og forståelse av sykdommen hos både pasient og pårørende.

Konklusjon:

Litteraturstudien belyser hvordan sykepleier kan danne en relasjon til pasienten, og hvordan relasjonen kan brukes i behandlingen. Denne relasjonen er essensiell for pasientens opplevelse av behandlingen og setter sykepleier i posisjon til å kunne utøve god sykepleie, i form av å eliminere anorektisk atferd og veilede normal atferd.

Nøkkelord:

Relasjon, veiledning, måltidsituasjon, foreldre/pårørende, autonomi

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1 Introduksjon	2
1.1 Innledning:	2
1.2 Bakgrunnskunnskap	2
1.3 Teori	3
1.3.1 Relasjon	3
1.3.2 Pasienten:	4
1.3.3 Sykdommen Anorexia Nervosa:	4
1.3.4 Måltidssituasjon:	5
1.3.5 Pårørende:	5
1.4 Hensikt/formål og problemstilling	5
Kapittel 2 Metode	5
2.1 Beskrivelse av metode	5
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
2.3 Søkehistorikk/søkestrategi	6
2.4 Søketablell	7
2.5 Vurdering / utvelgelse av artikler	8
2.6 Analyse	9
Kapittel 3 Resultat	9
3.1 Artikkelmatrikse	9
3.2 Tematisk resultat	12
3.2.1 Behandlingen av AN	12
3.2.2 Relasjon	13
3.2.3 Måltid	13
3.2.4 Foreldre/pårørende	13
3.2.5 Vektoppgang	13
Kapittel 4 Diskusjon	14
4.1 Drøfting	14
4.1.1 Relasjon:	14
4.1.2 Måltid	18
4.1.3 Foreldre/Pårørende	19
4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis	20
4.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet (metoderefleksjon)	20
4.4 Konklusjon	21
5.0 Referanseliste	22

Kapittel 1 Introduksjon

1.1 Innledning:

Anorexia nervosa (AN), er en psykisk sykdom som rammer både jenter og gutter. Man ser svært stor forskjell på kjønnene og alvorlighetsgrad. Ved alvorlig anoreksi er det unge kvinnelige kjønn dominerende, men jevnes ut ved mildere form av AN. Sykdommen forekommer i høyere grad i storby og blant idrettsutøvere (Hummelvoll, 2016). Sykdommen innebærer en redsel for å være det individet definerer som tykk og utvikle usunne spise- og aktivitetsvaner. Noe som da ofte fører til ekstrem slanking med lite inntak av ernæring og/eller svært høyt aktivitetsnivå (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Tiltakene som blir satt i gang av pasienten for å bli slankere kan sees på som både dramatiske og ekstreme. Pasientene jobber på mange måter mot sin egen kropp, noe som resulterer i nedsatt livskvalitet, dårligere kontakt med egne følelser og nedsatt evne til å verbalisere (Hummelvoll, 2016). Over tid kan dette resultere i alvorlige somatiske komplikasjoner, slik at pasienten trenger en akutt behandling på sykehus (Hummelvoll, 2016). Behandlingen vil være livsviktig både på grunnlag av den kognitive tilstanden til pasienten, men også grunnet de somatiske komplikasjonene som sykdommen medfører (Jennings, 2017). Den kritiske tilstanden til pasienten behandles tverrfaglig med normalisering av kroppsvekt som hovedmål for behandlingen (Hummelvoll, 2016). Normalisering av kroppsvekt som hovedmål innebærer å ta tak i pasientens mentale tilstand, normalisere pasientens spise- og aktivitetsvaner og legge til rette for videre progresjon etter sykehusoppholdet (Jennings, 2017). Man finner ofte disse pasientene på en akuttpsykiatrisk barne- og ungdomsavdeling. De blir en del av en tverrfaglig behandling ofte bestående av leger, psykiatere, sykepleiere, ernæringsterapeuter, barnevernspedagoger og andre miljøterapeuter. Sykepleieren spiller en rolle i behandlingen i form av de daglige interaksjonene med pasienten ved å skape en relasjon. Sykepleier vil i tillegg ha en oversikt over behandlingen til pasienten som setter sykepleier i posisjon til å kunne tilby støtte og veilede pasienten (Jennings, 2017).

1.2 Bakgrunnskunnskap

Hummelvoll skriver at en alvorlig spiseforstyrrelse som for eksempel anoreksi eller bulimi forkomme blant ca 2% av kvinner mellom 15-45 år. Anoreksia Nervosa (AN) betyr manglende matlyst eller appetittløshet, men symptomer kan også være unormal treningsmengde, bruk av lakserende og eller vanddrivende. Forekomsten er langsomt stigende blant kvinner mellom 15-24. Anoreksi debuterer ofte i alderen 12 til 18 år. Forekomsten er hyppigere sett i storby og blant idrettsutøvere (Hummelvoll, 2016).

Tegn til AN:

- Pasienten spiser mindre og mindre mat siden hen ikke føler hen kan bli tynn nok.
- Vrangforstyrrelse av eget kroppsilde på grunnlag av benektelse av egen tynnhet.
- Matfantasier.
- Svært høy aktivitet.
- Vekstretardasjon og amenorè.

- Perfeksjon, blir aldri bra nok for seg selv (Hummelvoll, 2016).

Utløsende årsaker er individuelle, men man kan se noen fellesnevnerer som blant annet manglende personlighetsutvikling, dårlig evne til å registrere følelser og behov, samt dårlig utviklet problemløsningsevne (Håkonsen, 2017). Dette kan bli trigget ved separasjonsangst, dødsfall, skilsmisser og traumer (Håkonsen, 2017).

Det viser seg å være vanskelig og finne eksakt prevalens og morbide tall på anoreksi, men en reviewartikkel som summerer 36 studier viser at det er 166.642 nye tilfeller av anoreksi hvert år (Arcelus et al., 2011). I tillegg viser den til en dødelighet på 5,1/1000, hvor 1/5 av dødsfallene skyldes selvmord (Arcelus et al., 2011). For kvinner har man videre mellom 0,3-1% sjanse for å utvikle anoreksi i løpet av livet. Statistisk har man en 46% sjanse for å bli helt frisk av sykdommen, en tredjedels sjanse for å få noe forbedring og 20% sjanse til å forbli i en kronisk anorektisk tilstand (Arcelus et al., 2011).

1.3 Teori

1.3.1 Relasjon

Travelbee (2007) beskriver et menneske til menneske forhold, og ikke sykepleier og pasientforhold. Dette på grunnlag av å eliminere asymmetri som kan stå i veien for interaksjonen. Hun har fokus på det medmenneskelige, og mener interaksjonen blir ekte først når relasjonen er menneske til menneske. Først da kan man oppfylle sykepleierens mål og hensikt som å hjelpe et individ (Travelbee, 2007).

Å bruke seg selv terapeutisk omhandler å bruke egen personlighet og kunnskap til å gjøre en forandring hos pasienten (Travelbee, 2007). Om denne teknikken lindrer plager hos pasienten, kan den betraktes som terapeutisk. Dette krever at sykepleieren kan tolke den sykes adferd, selvinnsett, forståelse og drivkraften bak menneskelig adferd. Det er også viktig å finne den sykes syn på situasjon, verdier og det spirituelle, slik at sykepleier kan bistå med å finne mening hos den syke pasienten (Travelbee, 2007).

Kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet for å skape en relasjon. Kommunikasjon kan omhandle både verbale og nonverbale ferdigheter som aktiv lytting, kroppstilling og bevise til pasienten at man forstår hva som blir sagt. Evnen til å kommunisere viser seg også i sykepleiers evne til å veilede. Å veilede noen i helsesammenheng kan være å gi kunnskap nok til at pasienten kan mestre sin sykdom bedre (Kristoffersen et al., 2016). Kommunikasjon kan gi en helsefremmende effekt ved å anerkjenne andres ressurser og se personen bak sykdommen (Eide & Eide, 2017).

Tillit er en livsverdi. Fra tidlig alder er vi avhengige av tillitsfulle relasjoner og at andre vil en vel for å kunne vokse og modnes. Behovet for tillit er konstant, og derfor svært avgjørende når man skal behandles for en psykisk lidelse. Den tillitsfulle relasjonen er også avgjørende for å kunne gi god omsorg (Hummelvoll, 2016).

Trygghet er ofte en faktor for at mennesker med en psykisk lidelse må ha for å selv kunne jobbe med sin psykiske lidelse. Dette kan være i form av en plass de føler seg trygge, eller føle trygghet ved å dele sine tanker og følelser med sykepleieren (Hummelvoll, 2016). Noen ganger kan sykepleiers aktive tilstedeværelse være nok for å

skape trygghet hos pasientene (Kristoffersen et al., 2016). Pasientene kan også finne trygghet i å vite at sykepleier er tilgjengelig (Kristoffersen et al., 2016).

Begrepet motivasjon innen helse, sier noe om pasientens evne til å være engasjert i egen helse, om pasienten er målrettet og har positive tanker om veien videre. Ofte kan motivasjonen komme fra en nysgjerrighet og er ofte en avgjørende faktor når det kommer til å skulle endre levevaner og livsstil (Kristoffersen et al., 2016). Sykepleiers evne til å fremme håp hos pasienten kan også påvirke motivasjonen (Eide & Eide, 2017). Når pasienten opplever håp, kan dette bidra til at pasienten enklere kan overse smerte og vanskelige situasjoner (Kristoffersen et al., 2016).

1.3.2 Pasienten:

AN fører ofte med seg en altopplukende opptatthet av kalorier og utseende, og kan derfor medføre noen psykososiale følger. Dette kan innebære nedsatt evne til å uttrykke følelser, skille følelsene sine, mangelfull konkret tenkning og nedsatt virkelighetsoppfatning og identitetsfølelse. Mange får også mindre tid til venner, men sliter også med nære relasjoner mulig grunnet en følelse av truet autonomi (Hummelvoll, 2016).

Autonomi er retten til selvbestemmelse og kommer ofte opp som et etisk dilemma både i psykiatrien og somatikken. Dette dilemmaet skyldes ofte en paternalisme av helsepersonell ved svak autonomi fra pasienten. Paternalisme omhandler helsepersonells avgjørelse om pasientens beste, og dette krever at helsepersonellet kjenner til pasientens mål og verdier, og at hensikten er for pasientens beste (Kristoffersen et al., 2016). Innen behandling av anoreksi kan dette avgjøres av pasientens grad av kontroll (Hummelvoll, 2016).

1.3.3 Sykdommen Anorexia Nervosa:

De tidlige anoreksisymptomene som er knyttet til ernæring er ofte redusert matinntak, endret spiseatferd og nedgang i vekt (Jennings, 2017). Målsetningen blir å sikre inntak av energi og næringsstoffer til kroppen for å normalisere matinntak og kroppsvekt. Blodprøver kan kartlegge eventuelle mangler av næringsstoffer (Helsedirektoratet, 2016).

Med ernæring menes behovet vi trenger av energi og næringsstoffer, hvordan disse blir prosessert i kroppen på cellenivå. Vi vet om ca. 50 forskjellige stoffer mennesket må ha tilført via mat som deles inn i de seks gruppene: Karbohydrater, fett, proteiner, mineraler, vitaminer og vann (Ditlefsen, 2019). I følge Helsedirektoratet (2016), bør en ferdig utvokst person med lavt fysisk aktivitetsnivå innta 2400 kcal per døgn. Body mass index (BMI) kan si noe om ernæringssituasjonen i kroppen, og den baserer seg på vekt i forhold til høyde. Man måler antall kilo delt på høyden (m^2). I følge denne modellen defineres man som undervektig om man har en BMI <18 (Helsedirektoratet, 2016).

Den vanligste dødelige somatiske komplikasjonen er hjerterytmeforstyrrelser (Frostad, 2004). Rytmeforstyrrelsene kan komme av hypokalemi, men det er også en viss fare for å få rytmeforstyrrelser og akutt hjertestans ved rask tilførsel av næring der man kan

utvikle reernæringssyndrom. Reerneringsyndrom kan skje ved at kroppen har gått lenge uten næring. Det fysiologiske bak dette fenomenet er at kroppen har gått sulten etter næring lenge, slik at når man først får tilført næring vil all næringen forsvinne inn i cellen, da spesielt kalsium, magnesium og fosfat. Cellene vil da få all næring, men det gir en svært lav serumkonsentrasjon av disse stoffene (Frostad, 2004). Ifølge Frostad (2004) er det en rekke andre somatiske komplikasjoner som også kan oppstå, men velger i denne oppgaven å ikke gå videre inn på dette.

1.3.4 Måltidssituasjon:

I min praksis var det overlege som bestemte kalorimengde pasientene skulle ha. Pasienten selv hadde ofte valg, eksempelvis om hen villa ha brøds-kive eller kornblanding, banan eller yoghurt osv. Sykepleier er ofte ansvarlige for å være sammen med pasienten under måltidssituasjonen. Ofte trenger en anorektisk pasient støtte og veiledning grunnet vanskeligheter rundt måltidssituasjonen (Hummelvoll, 2016). Denne vanskeligheten kommer grunnet at det medfører kontrolltap hos pasienten, og dette bør snakkes om før selve måltidet (Hummelvoll, 2016).

1.3.5 Pårørende:

For pårørende kan det være en svært vanskelig oppgave å ha et familiemedlem som er syk. Det kan oppleves stressende og belastende og kan føre til at også pårørende kan kjenne på depresjon og angst. Dette kommer ofte av en følelse av maktesløshet grunnet manglende kontroll over omgivelsene og situasjonen (Kristoffersen et al., 2016).

1.4 Hensikt/formål og problemstilling

Som skrevet innledningsvis, er sykepleier i posisjon til å påvirke den anorektiske pasientens behandling. Jeg vil derfor i denne oppgaven se på hva sykepleier kan bidra med i behandlingen til en pasient med AN. Fokuset vil være hvordan sykepleier kan bidra i målet om normalisering av vekt i form av relasjon (tillit, trygghet og kommunikasjon), gjenopprette normale spisevaner og veiledning av både pasient og foreldre/pårørende.

Hvordan kan sykepleier bidra i behandlingen til en ungdom med anoreksi?

Ungdommer definerer jeg i aldersgruppe 12-18 år. Ordet «bidra» er med i problemstillingen for å vise respekt for behandlingens tverrfaglighet, men jeg blir å fokusere på sykepleiers rolle i denne oppgaven.

Kapittel 2 Metode

2.1 Beskrivelse av metode

I første omgang gjorde jeg et generelt søk på «alvorlig anoreksi / severe anorexia». Dette for å få et innblikk i hvilke typer forskning det var gjort tidligere. I tillegg brukte jeg «sykepleier / nurse». Deretter brukte jeg «Healthcare worker» da det var gjort lite studier på alvorlig anoreksi generelt. Etter å ha gått gjennom en del artikler, begynte jeg å skrive ned nøkkelord slik at jeg kunne utforme et PICO-skjema.

Denne oppgaven baserer seg på et systemisk litteraturstudium hvor det er gjennomført et systematisk litteratursøk i tre ulike databaser. For at en artikkel skal møte kriteriene for et litteraturstudium, skal søket blant annet være tydelig og systematisk. Artiklene må være relevante, kvalitetsvurdert og ekstraksjon av data må bli satt i tabell (Forsberg, 2016). Av relevans til problemstillingen ble det funnet 7 artikler.

Tabell 1: PICO-skjema

	P: Pasient / Problem / populasjon	I: Intervensjon	C: Comparison	O: Outcome
Spørsmål	Hvilken rolle sykepleier har i behandlingen. Hva kan sykepleier gjøre for pasienten i denne tverrfaglige behandlingen.	Intensjon. Behandling. Inneha kunnskap og ferdigheter om pasienter med AN.		
Søkeord	«Adolecense», «Anorexia nervosa», "Anorexia" «Nurse»	«Treatment», «Parents»	«Eating behavior»	«Eating behavior»

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For at artiklene skulle oppfylle inklusjonskriteriene, måtte de være fagfellevurdert, relevant for sykepleie, publisert mellom 2011-2021 og være norsk- eller engelskspråklig. Artiklene måtte belyse informasjon fra et sykepleieperspektiv, inneholde informasjon relevant til sykepleierens rolle og/eller være relevant for behandlingen på alvorlig anoreksi. Andre inklusjonskriterier var at artiklene måtte være publisert i anerkjente tidsskrifter. Forskningsartiklene måtte også inneholde IMRAD struktur.

Eksklusjonskriterier er artikler publisert før 2011, menn og eldre pasienter.

2.3 Søkehistorikk/søkestrategi

I denne oppgaven ble det brukt i hovedsak tre databaser; Cinahl, Medline og PsycINFO. Søkeordene fra PICO-skjemaet ble satt inn i avanserte søk og ulike kombinasjoner av ordene ble brukt som vist i søketabellen. Enkelte søk ga mange treff til tross for avgrensning ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, men de fleste artiklene gikk igjen over flere søk.

Det ble også utført et håndsøk via Google Scholar som gikk på terapeutisk relasjon. Dette ble gjort 21. oktober kl 10:00, hvor jeg hadde funnet en artikkel jeg ville ha med og skrev dermed inn artikkelnavnet på google scholar. Dette resulterte i denne artikkelen: Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 22(3), 233–243.

2.4 Søketabell.

Tabell 2: Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	27.04.21	S1	Adolescents		145,519	
		S2	Anorexia Nervosa		6,010	
		S3	Nurse		529,732	
		S4	Treatment		1,154,057	
		S5	S1 and S2 and S3 and S4	Årstall 2011-2021, fagfelleurdert	27	2 (A, B)
Cinahl	30.04.21	S1	Nursing		704,258	
		S2	Anorexia Nervosa		6010	
		S3	Eating behavior		95,859	
		S4	S1 and S2 and S3	Årstall 2011-2021, fagfelleurdert	17	1 (C, D)
Cinahl	30.04.21	S1	Nursing		704,358	
		S2	Anorexia Nervosa		6010	
		S3	Parents		140,968	
		S4	S1 and S2 and S3	Årstall 2011-2021, fagfelleurdert	10	1 (E)
Medline	27.02.21	S1	Adolescents		201,988	
		S2	Anorexia		35521	
		S3	Nurse		180,746	
		S4	Treatment		5,114,536	
		S5	S1 and S2 and S3 and S4	Årstall 2011-2021, fagfelleurdert	12	1 (E)

Psycinfo	30.04.21	S1	Nurse		33118	
		S2	Anorexia nervosa		11540	
		S3	S1 and S2	Årstall 2011-2021, fagfelleverdert	12	1 (F)

- A.** 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.
- B.** Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' establishment of health promoting relationships: A descriptive synthesis of anorexia nervosa research. *Journal of child and family studies*, 26(1), 1-13.
- C.** Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16-22.
- D.** Beukers, L., Berends, T., de Man-van Ginkel, J. M., van Elburg, A. A., & van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International journal of mental health nursing*, 24(6), 519-526.
- E.** McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: parent's views and experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143-147.
- F.** Ramjan, L. M., & Gill, B. I. (2012). An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(8), 24-33.
- G.** Jennings, K. M. (2017). The Roy adaptation model: a theoretical framework for nurses providing care to individuals with anorexia nervosa. *ANS. Advances in nursing science*, 40(4), 370.

2.5 Vurdering / utvelgelse av artikler

For å velge ut artiklene, ble overskriftene og abstraktet brukt for å vurdere relevans til oppgaven. I artikler hvor overskrifter som hadde «anorexia nervosa», «providing care/treatment» og/eller «nurse/nursing» eller lignende, ble artiklene gjennomgått for å undersøke relevans til oppgaven. Her ble det sett etter sykepleieperspektiv og/eller behandling gitt av sykepleiere. Deretter ble kvaliteten grundig vurdert ved bruk av sjekklister for kvantitative forskningsartikler, samt oversiktsartikler. Har valgt både kvalitative og kvantitative studier med et flertall av kvalitative. Artiklene ble vurdert etter spørsmålene fra sjekklisten: «Sjekkliste for vurdering av kvantitative studier» fra Helsebiblioteket, men ble ikke fysisk skrevet inn (Helsebiblioteket, 2016):

- Er formålet klart formulert?
- Ble dataene samlet inn på en slik måte av problemstillingen ble besvart?

- Er funnene og resultatene klart presentert?
- Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Også nytthet for denne oppgaven.

Grunnlaget for bruk av sjekklisten, er at seks av artiklene er kvalitativ forskning. En oversiktsartikkel ønsker blant annet å finne tall på antall unge som lider av spiseforstyrrelser, hvor mange som blir friske og hvor mange som forblir syke. Det ble ikke funnet noen norske artikler med relevans til oppgavens problemstilling. Det er tatt høyde for forskjellige holdninger både kulturelt og forskjeller i helsesystemet.

2.6 Analyse

Analysen av artiklene i denne oppgaven er gjennomført ved hjelp av Evans (2002) analysemodell. Modellen består av fire steg. Første steget er å finne et utvalg av artikler, identifisere hovedfunnene i hver artikkel, fastslå om disse funnene relaterer til de andre artiklene, og så sette sammen funnene for å generere en beskrivelse av et fenomen (Evans, 2002). Etersom trinn 1 i analysemodellen er beskrevet i kapittel 2.1-2.4, vil trinn 2-4 bli beskrevet her.

Trinn 2: Identifisere hovedfunnene i hver artikkel.

Hver artikkel ble skrevet ut og lest nøye gjennom, deretter ble hovedtemaene markert og skrevet inn i en artikkelmatrise som ligger under kapittel 3.1.

Trinn 3: Finne temaer på tvers av studiene.

For å finne temaer på tvers av studiene, ble samme artiklene og deres hovedtemaer sammenlignet. Her ble det laget en tabell for å vise hvor hovedtemaene gikk igjen. Dette er da også temaene som diskusjonsdelen er basert på.

Tabell 3: Temaer

Tema	Artikkel
Behandling	A, B, C, D, F, G
Relasjon	A, B, C, D, E, F, G
Sykepleie til AN	A, B, C, D, F, G
Spisevaner	A, C, D, E

Trinn 4: Beskrive fenomenen.

I trinn 4 blir temaene nærmere beskrevet med referanser tilbake til de originale artiklene for å sjekke nøyaktigheten til beskrivelsen (Evans, 2002). Denne syntesen blir presentert i resultatkapittelet i tabell 4.

Kapittel 3 Resultat

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
-----------	---------	--------	----------	----------

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.	Hvordan sykepleiers kan påvirke vektoppgang og en positiv opplevelse i behandlingen hos ungdommer med anoreksi fra et pasientperspektiv	Intervju av åtte behandlede pasienter.	Sykepleierne hadde i høy grad innflytelse i form av vektoppgang, miljøterapi og relasjonsbygging.	Bidrag til forståelse av sykepleiers rolle i et behandlingsforløp fra et pasientperspektiv
Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' establishment of health promoting relationships: A descriptive synthesis of anorexia nervosa research. <i>Journal of child and family studies</i> , 26(1), 1-13.	Se hensikten med relasjonsbygging med en pasient med anoreksi, og hvordan denne relasjonen kan føre til bedre helse.	Reviewartikkel søkt på Cinahl, PsycINFO og Pubmed.	Presenteres fire resultat i form av relasjon, personsentrering, sykepleiers væremåte og kunnskap. I tillegg sykepleiers evne til å skape tillit og trygghet.	Hvordan relasjonen til pasienten kan være en nøkkel i behandlingen for en bedre helse.
Beukers, L., Berends, T., de Man-van Ginkel, J. M., van Elburg, A. A., & van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. <i>International journal of mental health nursing</i> , 24(6), 519-526.	Å beskrive sykepleiers inngrep i hvordan man kan gjenopprette normale spisevaner hos pasienter med anoreksi.	Kvalitativ metode. Videoanalyse av måltider og sykepleiers inngrep. Pasienter 12-18 år..	Resultatene delt i fire grupper. Funnene i studien viser en detaljert beskrivelse av hvilke inngrep sykepleierne gjorde for å gjenopprette spisevanene til ungdommer med anoreksi.	Omhandler en essensiell del av behandlingen for å gjenopprette normal kroppsvekt.
Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011).	Å finne ut hvilket aspekt for sykepleie som er mest effektivt for å	Kvalitativ metode. Beskrivende forskning i intervjuform av	Sykepleierne mener de er i en god posisjon til å veilede anoreksipasientene til å	Omhandler et valgt fokus om å gjenopprette vekten til valgt

Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24(1), 16-22.	gjenopprette normal kroppsvekt til ungdom med anoreksi, fra et sykepleierfaglig perspektiv.	fokusgruppe. Tematisk analyse av brukt data.	gjenopprette vekt. Nøkkelord: terapeutisk relasjon.	pasientgruppe.
McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: parent's views and experiences. Archives of Psychiatric Nursing, 29(3), 143-147.	Å avdekke subjektive erfaringer med å være foreldre til en ungdom med anoreksi.	Kvalitativ metode. En tilnærming som kan beskrive perspektivet til syv mødre og tre fedre.	Studien viste viktigheten med å se på foreldre som en ressurs og integrere de i planlegging og behandling.	Praksiserfaring har gitt meg innblikk i viktigheten med familierterapi. Samtidig viser studiene innblikk i foreldres erfaring, noe som kan gi en bedre mulighet for videre veiledning til andre foreldre.
Ramjan, L. M., & Gill, B. I. (2012). An inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. AJN The American Journal of Nursing, 112(8), 24-33.	Å se hva som skjer med relasjonen til pasienter med anoreksi og sykepleierne hvis man ser på innleggelsen som et fengselsopphold.	Intervju av tipasienter og ti barnesykepleiere.	Enklere å danne en terapeutisk relasjon og det satt farge på behandlingsforløpet.	Eksempel på en alternativ måte å danne en terapeutisk relasjon til en pasient med anoreksi.
Jennings, K. M. (2017). The Roy adaptation model: a theoretical	Hensikten med denne artikkelen er å lage et	Teoretisk rammeverk basert på teori,	Viser et sammendrag av forskjellig forskning og	Belyse sykepleiers oppgaver i behandlingen

framework for nurses providing care to individuals with anorexia nervosa. ANS. <i>Advances in nursing science</i> , 40(4), 370.	rammeverk for å bedre forstå seg på det syke menneske med anoreksi, veien til gjenoppretelse av vekt og sykepleiers rolle i denne prosessen.	forskning og kultur.	sammenfatter gode fremgangsmåter ved behandling av AN.	av individer med AN.
---	--	----------------------	--	----------------------

3.2 Tematisk resultat

3.2.1 Behandlingen av AN

Behandlingen av AN kan variere ut ifra individuelle problemstillinger og komplikasjoner (Jennings, 2017). Likevel vil hovedmålet, normal kroppsvekt, være det samme (Jennings, 2017) (Arcelus et al., 2011) (Bakker et al., 2011) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017) (Zugai et al., 2013). Behandlingen stiller krav til sykepleiers kontroll over behandlingen i form av oppfølging i behandlingen, men også følge med pasienten nøye (Zugai et al., 2013) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Sykepleier må også bistå pasienten med å få kontroll over egen sykdom i form av å lære seg å kontrollere tanker og følelser (Zugai et al., 2013) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Likevel kan det noen gang være hensiktsmessig for sykepleier å ta over kontrollen, da følelser og tanker kan bli for mye for pasienten (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017) (Bakker et al., 2011). Når sykepleier tar over ansvar og kontroll er det svært viktig at ansvaret blir gitt tilbake til pasienten ved en progredierende kurve i behandlingen (Bakker et al., 2011) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

Pasienten kan se på behandlingen som en trussel, da de må gi opp kontrollen på det de tidligere har hatt kontroll over, sin egen kropp og vekt. Etterhvert som denne trusselen blir større kan det bli vanskelig for pasienten å kontrollere følelser og tanker. Sykepleier må kunne balansere å ta over kontroll, samt ivareta pasientens autonomi (Jennings, 2017).

Sykepleier må ha kunnskap til å gjenkjenne både psykiske og fysiske komplikasjoner og kunne balansere behandlingen etter behov (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Lavt kaloriinntak over tid kan føre til alvorlige somatiske konsekvenser, samtidig som for rask reernæring kan medføre død i form av reernæringssyndrom (Jennings, 2017). Sykepleieren må derfor monitorere pasientens vitalia, pasientens kroppsvekt og kaloriinntak (Jennings, 2017).

3.2.2 Relasjon

Relasjon mellom pasient og sykepleier er en essensiell del av behandlingen (Jennings, 2017). I behandlingen av AN vil relasjon innebære at sykepleieren har evne til å være direkte, konsekvent, ha empati, respekt og åpenhet (Jennings, 2017) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017) (Zugai et al., 2013). Sykepleieren må gjennom relasjonen balansere å være støttende og oppmuntrende og det å være direkte og konsekvent i behandlingen (Jennings, 2017) (Arcelus et al., 2011) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017) (Sly et al., 2014).

Sykepleierens væremåte vil være essensiell i relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må fremstå vennlig, vise at de bryr seg og vil pasientens beste (Zugai et al., 2013) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017) (Jennings, 2017). En god relasjon vil gjøre behandlingen lettere for både pasient og sykepleier (Zugai et al., 2013) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). En dårlig relasjon kan føre til ensomhet og isolasjon hos pasienten (Sly et al., 2014).

Sykepleieren må være en motivator, støttespiller og en rollemodell for pasienten. Om sykepleier klare å oppnå dette, kan relasjonen gjøre pasienten mer motivert for videre behandling (Zugai et al., 2013) (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

3.2.3 Måltid

For å kunne oppnå normal vekt, er det viktig å få kontroll på aktivitet og måltidsituasjon (Jennings, 2017) (Zugai et al., 2013) (Bakker et al., 2011). Måltidsituasjon er en arena sykepleieren kan bruke for å bygge videre på relasjonen med pasienten (Beukers et al., 2015). Det stiller krav til sykepleiers evne til å bruke sin kunnskap om sykdommen til å inspisere pasientens anorektiske oppførsel for så å støtte pasienten ved hjelp av empati (Beukers et al., 2015) (Jennings, 2017). Sykepleier må balansere konstruktiv veiledning og gi ros ved normal oppførsel (Beukers et al., 2015).

3.2.4 Foreldre/pårørende

Foreldre kan ha vanskelig for å forholde seg til sykdommen og ungdommens anorektiske oppførsel (McCormack & McCann, 2015). Foreldre har derfor behov for å bli inkludert i behandlingen. Dette vil være hensiktsmessig for behandlingen grunnet økt trygghet i hjemmet i form av håndtering av både måltid og pasientens anorektiske oppførsel (Bakker et al., 2011) (McCormack & McCann, 2015). Sykepleieren bør derfor gjøre en innsats for å skape en god relasjon til foreldre/pårørende (Bakker et al., 2011).

3.2.5 Vektoppgang

Relasjonen mellom en pasient med AN og sykepleier har ikke bare mye å si for pasientens opplevelse av behandlingen, men også sannsynlighet for vektoppgang (Zugai et al., 2013) (Bakker et al., 2011) (Jennings, 2017) (Beukers et al., 2015). Punktene

over; Relasjon, måltid og foreldre innvirker alle på pasientens sjanse for å ha en vekttoppgang i løpet av behandlingen (Bakker et al., 2011).

Kapittel 4 Diskusjon

4.1 Drøfting

Med normalvekt som hovedmål for pasientene med AN, vil man ofte møte på andre utfordringer som usunne matvaner, usunt aktivitetsnivå, sosiale vanskeligheter, somatiske komplikasjoner og urealistisk kroppsbilde (Bakker et al., 2011) (Jennings, 2017). Hvordan kan sykepleier på en effektiv måte ta tak i pasientens sykdom, løse utfordringene i matsituasjonen, aktivitetsnivå og vedlikeholde eventuell progresjon?

4.1.1 Relasjon:

4.1.1.1 Tillit og trygghet

En pasient med AN vil ofte ha problemer med kommunikasjon, mye på grunn av at verden føles kaotisk og mangel på kontroll (Zugai et al., 2013). Generelt kan det være sårbart. Man vet kanskje ikke hva sykdommen sin innebærer og hva man selv har behov for (Eide & Eide, 2017). Å skape tillit, vil derfor være helt essensielt for videre behandling. Det kan være vanskelig for sykepleieren i et slikt behandlingsforløp å vinne pasientens tillit, i og med at det representerer at pasienten må gi fra seg makt, slippe kontrollen og ta risiko (Eide & Eide, 2017). Mulig er pasienten også under et tvangsregime. Dette kan komplisere det å skape en tillitsfull relasjon tidlig i behandlingen. Eide og Eide snakker om tillitsfulle relasjoner som går begge veier, og når en pasient velger å vise tillit til helsepersonell og helsesystemet vi har, er det ofte i tro om at pasienten tenker at sykepleieren vil de vel, har god kompetanse, og at de får den hjelpen de trenger (Eide & Eide, 2017). Igjen kan dette være vanskelig for en pasient med AN, på grunnlag av at denne sykdommen ofte er et tilsiktet vekttap (Håkonsen, 2017).

Hvordan snakker man med en pasient som ikke vil ha hjelp, som ikke føler seg syk og som kanskje ikke er mottakelig for informasjon eller som er i stand til å holde en dialog? Om man fremstår empatisk i samtalen, kan det være hensiktsmessig av sykepleier å lytte til pasient for å få en videre forståelse og opplevelse av pasientens mening (Eide & Eide, 2017). I stedet for å prøve å få logikk og kunnskap som sentrale begreper i samtalen, kan aktiv lytting føre til tillit, trygghet og kontakt med pasienten (Kristoffersen et al., 2016).

En trygghet kan sees på som omsorgen man får av en bekymring (Kristoffersen et al., 2016). De fleste har kjent på en omsorg på grunnlag av en bekymring for nære venner, familie, slekt eller en pasient. Pasienter trenger ofte at en sykepleier viser trygghet, men hva dette begrepet innebærer kan tidvis være vanskelig å beskrive, da det er ulike faktorer som spiller en rolle for ulike individer. Boka Grunnleggende sykepleie mener tryggheten kan ligge i gjerningene vi gjør, tonefallet vårt, i hvordan vi trer oss og ikke

minst i stillheten (Kristoffersen et al., 2016). De mener også man må være forsiktig med å definere trygghet på grunnlag av at tryggheten er relasjonell, i den forstand at den står alltid i forhold til noe (Kristoffersen et al., 2016). Som nevnt kan man få AN av en triggende faktor. Denne faktoren som for eksempel et dødsfall i nær familie, kan i seg selv føre til utrygghet. En relasjon, et vennskap eller kanskje en foreldrerolle, er plutselig borte fra livet. I denne relasjonen kan det ligge både forutsigbarhet og beskyttelse. Behovsteoretikeren Abraham Maslow snakker om trygghet som en av de viktigste behovene et menneske har, og mener at trygghet er behov for forutsigbarhet og beskyttelse (Kristoffersen et al., 2016). Tillit og trygghet kan også fremkalle en endring i pasientens oppførsel. Tillit kan sjelden skapes ved en enkelt samtale, men omtales som noe som kommer over tid ved at sykepleier bistår med kunnskap om sykdommen (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Med manglende kunnskap om AN, kan sykepleier lett fokusere på pasientens oppførsel, som ofte kan være kranglete og manipulerende. Dette kan føre til at sykepleieren ser på pasienten som en fiende, noe som vil hindre en tillitsfull og trygg relasjon (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Dette tyder på at en tillitsfull relasjon kan bygges dersom sykepleieren innehar god kunnskap om somatisk sykdom og kommunikasjon i utfordrende situasjoner. Sykepleieren kan på denne måten bli forutsigbarheten og beskyttelse for pasienten.

Samtidig kan det stilles spørsmål om trygghet er noe sykepleieren kan skape. Ifølge Kristoffersen et al. (2016) skal tryggheten oppstå i pasienten, ikke i sykepleieren. Som sykepleier kan man gjøre så godt man kan for å legge til rette for å skape trygghet gjennom for eksempel væremåte og forutsigbarhet. Igjen er det relasjonen som kommer i fokus, og det er gjennom denne sykepleieren kan få en indikasjon på hva pasienten trenger for å føle på en trygghet, om det er trøst, nærhet, tilstedeværelse i stillhet eller om man bare trenger at noen lytter en stund (Kristoffersen et al., 2016). Dette støttes av forskning gjort av Zugai et al. (2013), der ungdommer som tidligere har vært innlagt med diagnosen AN ble intervjuet om sine opplevelser med sykepleierrelasjoner. Integritet kan være et viktig stikkord, og for sykepleier innebærer dette å ha en genuin forpliktelse til pasienten. Viktigheten med pasientens følelse av å bli sett og ikke er «enda en pasient», bidrar til en følelse av trygghet hos pasienten. En slik forpliktelse fra sykepleieren kan videre føre til at pasienten ser sykepleieren for mer enn en behandler, noe som styrker relasjonen ytterligere (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

4.1.1.2 Personbasert behandling:

Å se mennesket bak diagnosen handler om sykepleiers evne til å skille diagnosen fra mennesket (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Salzmann-Erikson & Dahlén (2017) viser til flere studier hvor både sykepleiere og pasienten mener sykepleierens evne til å skille sykdom og person er helt avgjørende for behandlingen og relasjonen. Her understreker de samme problemstilling som nevnt tidligere, hvor pasienter med AN ofte kan fremstå som manipulerende og mistroisk, som kan gjøre denne evnen vanskelig. Når det kommer til AN, er det viktig å ikke prioritere somatiske komplikasjoner over de psykiske lidelsene. Salzmann-Erikson & Dahlén, (2017) forteller at sykepleiere har lettere å se de fysiske problemene over de psykiske. Det kan man kjenne seg igjen fra praksisen også; Det er lettere å se et sår og en brukket fot enn det psykiske traumet bak samme hendelse. Dette kan gi pasienten en følelse av sykepleierens manglende evne til å se hele pasienten, noe som ikke er hensiktsmessig for relasjon og videre behandling (Salzmann-

Erikson & Dahlén, 2017). Samtidig kan ikke de somatiske komplikasjonene overses helt, ettersom de også kan ha fatale konsekvenser (Frostad, 2004). Kristoffersen et al. (2016) bekrefter dette ved å skrive om sykepleiefunksjonen som en helhet. Sykepleiers praksisarena vil være forskjellig ut ifra hvor man jobber som sykepleier. I dette tilfellet bør sykepleier i større grad ha fokus på det psykiske aspektet av sykdommen (Kristoffersen et al., 2016).

4.1.1.3 Relasjon i behandlingen:

Sykepleierens personlighet og måten sykepleieren tilnærmer seg pasienten er også viktige faktorer for relasjonen, og er viktige faktorer i behandlingsforløpet. En sykepleier kan bli sett på som en rollemodell for etablering av normer, ta ansvar og det å være strukturert (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Sykepleieren har en viktig rolle i å informere pasienten i behandlingen og de målene som har blitt satt for å kunne motivere pasienten. Dette understøttes av forskning gjort av Zugai et al. (2013), der de fant at sykepleieren kunne være en inspirerende kilde til motivasjon. Informasjonen sykepleieren gir kan være negativ noen ganger, men da er det viktig å fortelle pasienten at denne kritikken er mot sykdommen og ikke rettet mot pasienten som person (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Motivasjonen pasienten har, er avgjørende for pasienten når sykepleieren kommer med regler og utfordringen i hverdagen som en del av behandlingen. Her vil det også være viktig å individualisere regler og utfordringer etter hvor pasienten står i form av motivasjon og håp (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). En manglende motivasjon kan opptre som en hindring for samarbeidet mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen et al., 2016). I og med at håp er en underliggende fornemmelse av positivitet til livet, vil det være svært hensiktsmessig av sykepleier å jobbe med pasientens underliggende følelser, slik at pasienten mulig kan takle behandlingen bedre (Kristoffersen et al., 2016). Dette bekrefter Hummelvoll (2016) ved å benevne håp som en betydende faktor for å holde ut lidelser og plager (Hummelvoll, 2016).

I akutfasen av behandlingen når pasientens oppførsel er mest intens, vil behandler lage en detaljert plan for pasienten i form av kostholdsliste, aktivitetsnivå og sosiale avtaler (Jennings, 2017). Det å forholde seg til en kostholdsliste med en anorektisk oppførsel kan være svært utfordrende for mange. Om den anorektiske atferden blir for sterk kan det være både hjelpende og fordelaktig at sykepleier tar over kontrollen for en periode (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Å gi ifra seg kontrollen, skriver også Beukers et al. (2015) om som en viktig del av behandlingen. Selv om sykepleieren tar over kontrollen, er det fortsatt avgjørende at sykepleier viser empati og forståelse. Først da kan dette bli en positiv opplevelse for pasienten, og de kan få en følelse at sykepleieren vil de godt og er der for de (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Så lenge pasienten viser grad av kontroll, vil det være vesentlig for sykepleier å unngå å være invaderende (Hummelvoll, 2016).

For å ivareta relasjonen på tross av pasientens tap av kontroll, er det avgjørende med sykepleierens tilstedeværelse og tilgjengelighet. Salzmann-Erikson & Dahlén (2017) viser til studier hvor tilstedeværelse, kontinuerlig støtte og daglige samtaler er bedre enn ukentlig terapi. Dette igjen handler om evnen sykepleier har til å se hele mennesket, og det å møte sinnsstemningen til individet. Samtidig er det viktig med sykepleiers balanse mellom å være til stede, og det å bli pasientens eneste støtteperson. Dette er spesielt

viktig for videre progresjon utenfor institusjonen. Derfor underbygges sykepleiers evne til å bidra til en bedre selvtillit i pasienten, og det at pasient skal klare å ta egne, gode beslutninger (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Da pasienter med AN ofte har et større behov for støtte og omsorg, og i tillegg ofte har vanskelig for å danne sunne relasjoner, kan dette videre bekrefte viktigheten med sykepleiers tilstedeværelse og tilgjengelighet (Jennings, 2017).

Salzmann-Erikson & Dahlén (2017) fant at det er flere faktorer som avgjør relasjonen mellom sykepleier og en pasient med AN, og som kan gi et helsefremmende samarbeid mellom sykepleier og pasient. Eksempelvis solidaritet, deltakelse og likestilling handler i stor grad om å respektere hverandres posisjon, men likevel uttrykke tanker og følelser til hverandre. Sykepleieren kan eksempelvis uttrykke hva som er forventet av pasienten, men kan også fortelle pasienten informasjon om eget liv og erfaringen, som igjen kan styrke relasjonen. Her understrekes viktigheten av å balansere informasjonen sykepleieren gir om seg selv. Pasienten kan også fritt komme med forslag til behandlingen, slik at behandlingsforløpet kan individualiseres noe. Dette kan føre til økt empowerment og autonomi, og gir økt sjans for nå målene for behandlingen (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Ut ifra egen erfaring kan dette bidra positivt i behandlingen til en pasient som i utgangspunktet ikke ønsker hjelp med vektoppgang. I min praksis la jeg merke til at pasientene som selv kunne påvirke behandlingen sin, hadde enklere for å følge behandlingen og dermed mindre bruk av tvangsforetak som for eksempel sondeernæring.

4.1.1.4 Sykdommen Anorexia Nervosa:

En sykepleiers kunnskap og forståelse er viktig for å være trygg i eget yrke, men er også vesentlig i relasjonen med pasient. Dette grunnet sykepleierens evne til å legge til rette for trygghet ovenfor pasienten ved å gi pasienten strategier for å mestre egne følelser og tanker. Sykepleier kan da også hjelpe pasienten å identifisere og forstå egne følelser. Å kunne gi pasientene strategier for egen mestring, samt å klare å se hele mennesket for det de er, kan føre til at pasienten føler seg beskyttet og støttet. Også det å holde seg profesjonell om pasienten har en raserianfall eller lignende, kan avgjøre om pasienten kan stole på den relasjonen som er bygd opp (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Å snakke med andre kollegaer om forskjellige pasienter og deres erfaringer, kan være en viktig faktor for å forbedre egen kunnskap om sykdommen (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Dette må gjøres på en måte som samtidig overholder taushetsplikten (Helsepersonelloven, 2021).

En annen tilnærming til oppholdet kan være å lage en lek ut av oppholdet på institusjonen. En anorektisk oppførsel kan ofte gi en negativ holdning. I en forskningsartikkel prøvde en institusjon å omtale institusjonen som et metaforisk fengsel foran pasientene. Sykepleierne ble omtalt som fengselsbetjenter og lignende. I dette tilfellet fungerte det til en viss grad. Både sykepleiere og pasienter mente dette var en spennende vri, men det påvirket relasjonsbyggingen negativt (Ramjan & Gill, 2012). Relasjonsbyggingen ble mulig negativt påvirket grunnet et asymmetrisk forhold. For at pasienten skal føle trygghet, kan man se viktigheten med likeverd, gjensidighet og sykepleiers evne til å vise empati (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017).

4.1.2 Måltid

Måltidsituasjonen vil være avgjørende for en eventuell vektoppgang, og er en god mulighet for sykepleier å kartlegge pasientens anorektiske atferd (Beukers et al., 2015). Relasjonen går igjen under hele oppholdet i akutfasen, men fortsetter også å være sentral videre i behandlingen. Som sykepleier kan man bruke relasjonen til videre arbeid med pasienten fysiske og psykiske helse. En annen viktig faktor for å nå hovedmålet med behandlingen vil være å bryte det anorektiske spisemønsteret (Beukers et al., 2015).

I en videoanalyse av sykepleier og pasient under måltid, kunne man se sykepleier strukturert observere pasienten og hans atferd. Sykepleier fulgte med at pasienten hadde på riktig mengde pålegg ut ifra kostholdsplan, og korrigerter pasienten om det ikke ble fulgt. På lik linje sa sykepleier i fra hvis pasienten la igjen store smuler på fatet eller tørket vekk smør med servietten sin. Vær minste detalj som var utenom normale spisevaner, ble korrigerert og rettet på av sykepleieren (Beukers et al., 2015). Den anorektiske atferden kan være sterk under måltider. Sykepleier kan derfor måtte oppmuntre og motivere pasienten til å ta tilbake kontrollen over egen atferd. Sykepleierens instruering ved unormale spisevaner må likestilles med å rose pasienten når hen opptrer ved normale spisevaner. På den måten kan pasienten enklere finne tilbake til normale måltidsituasjoner (Beukers et al., 2015). Denne tilnærmingen kan virke ekstrem, spesielt om man ikke kjenner til anorektisk atferd. Man kan tenke seg til hvordan det hadde vært å ha noen som sitter over seg i et måltid og retter på alt man gjør. Hvordan kan man forsvare denne behandlingen og ivareta pasientens autonomi? Autonomiprinsippet omhandler å legge til rette for autonomi på bakgrunn av troen på menneske og ens evne til å velge hva som er best for seg selv (Kristoffersen et al., 2016). Beukers et al. (2015) finner i sin forskning at sykepleiers holdning under måltidsituasjon bør være direkte og kontrollerende, med en undertone av vennlighet. De bør være helt klar på hvordan spisemønsteret skal være, og er konsekvent på dette under hele måltidet og hele oppholdet på institusjonen. En mindre direkte og kontrollerende tilnærming kan gjøre det vanskeligere for pasienten å holde tilbake de anorektiske atferden under måltidet og balansere pasientens følelser (Beukers et al., 2015). Dette bekrefter Sly et al. (2014) der pasientene sier at de trenger at sykepleier snakker direkte og ærlig. Det kreves erfaring og god faglig kunnskap fra sykepleier for å gjenkjenne unormal atferd hos pasienter med AN (Beukers et al., 2015).

For å kunne beskytte pasientens autonomi under behandlingen, kan ikke sykepleier støtte unormal atferd, men heller fortelle pasienten konsekvenser av slik atferd (Kristoffersen et al., 2016). For at pasienten skal forstå sin egen sykdom, kan sykepleier undervise pasienten under måltider om hva som er anorektisk atferd. Også andre karakteristiske atferdsmønstre som er typisk for AN blir informert om til pasienten. På lik linje vil sykepleier veilede pasienten tilbake til normal atferd under måltid (Beukers et al., 2015). Dette kan være med på å styrke pasientens egne ressurser som igjen bidrar til økt mestring (Kristoffersen et al., 2016).

For å bli bedre kjent med pasienten og hans atferd, tanker og følelser under måltidsituasjon kan det være hensiktsmessig for sykepleier å spørre pasienten hva hen føler og tenker både når sykepleier legger merke til at pasienten sliter eller når det går fint (Beukers et al., 2015). Om pasienten gjør en helsefremmende handling, bør denne støttes og oppmuntres av sykepleier, noe som også kan være med å bidra til at pasientens autonomi blir beskyttet. Denne støtten vil som nevnt også være viktig i

relasjonsbygging (Kristoffersen et al., 2016; Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017; Zugai et al., 2013). På den måten kan pasienten få en følelse av at hen og sykepleier kjemper mot sykdommen sammen (Beukers et al., 2015).

4.1.3 Foreldre/Pårørende

Når man i institusjon har hatt en progresjon i spisevaner, normalt aktivitetsnivå og man begynner å se en vektøkning, begynner man å tenke på å sende pasienten hjem gradvis. Blant de unge pasientene med AN, vil det derfor være hensiktsmessig å informere og undervise foreldre/pårørende om hva som har blitt gjort og hva som fungerer for pasienten. Dette vil være en helt avgjørende faktor for at pasienten skal kunne vedlikeholde progresjonen og mestringen av sin sykdom utenfor institusjon (Bakker et al., 2011). I en forskningsartikkel sier foreldre til ungdommene med AN at de sliter med å håndtere anorektisk atferd og har ikke kunnskap til å vite hvordan de skal forholde seg til sykdommen (McCormack & McCann, 2015). Foreldrenes usikkerhet baseres på psykososiale faktorer som bekymring, uvitenhet, sensitivitet rundt diskusjoner om mat rundt pasienten, fremtiden og håpløshet (McCormack & McCann, 2015).

Det vil dermed være en viktig del av behandlingen at sykepleier også skaper en god relasjon til foreldrene slik at man lettere kan informere, undervise og samarbeide. I følge Travelbee (2007) skal sykepleier kunne undervise som kan føre til en helsefremmende effekt. Denne videreføringen av informasjon kan gi foreldre/pårørende en god posisjon til å overta sykepleierens jobb som støttespiller, veileder og en rollemodell som kan sette regler (Bakker et al., 2011). Det har blitt vanligere å bringe foreldre inn i behandlingen, slik at foreldrene kan følge behandlingen og progresjonen til ungdommen. Enkelte foreldre sliter med å håndtere atferden hos pasienten med AN, og kan på egenhånd med ungdommen være glad hen har spist en liten bit av maten sin. Mange kan derfor ha godt av å være med sykepleier i måltidsituasjon for observasjon av sykepleiers måte å håndtere anorektisk oppførsel på. På den måten kan foreldrene også ta læring av sykepleiers evne til å eliminere den anorektiske atferden slik at foreldrene er i best mulig posisjon til å håndtere sykdommen (Bakker et al., 2011). Forskning viser at mange foreldre da dedikerer både mer tid og er tryggere i hjemmet etter hjemreise (McCormack & McCann, 2015).

En sykepleier vil på mange måter fungere som en mentor og støttespiller hos foreldrene. Sykepleieren vil være en god kilde for informasjon og for å svare på eventuelle spørsmål foreldrene måtte ha. På lik linje vil foreldrene være en god kilde for informasjon til sykepleierne. Selv om de ofte ikke har kunnskap nok til å håndtere den anorektiske atferden, er det de som kjenner personen bak sykdommen best. På den måten kan foreldrene gi viktig informasjon til sykepleierne som kan være med på å forbedre en behandling eller bistå i arbeidet med relasjonsbygging (Bakker et al., 2011).

Ut fra dette kan man se det er et viktig samspill mellom sykepleiere og foreldre for å hjelpe med å håndtere en kompleks sykdom. Sykepleierne vil kunne gi foreldrene verktøy for å håndtere sykdommen slik at de kan fortsette i rollen som foreldre ved utskrivelse av institusjon (Bakker et al., 2011). Bakker et al. (2011) analyserer erfaringen til sykepleiere på en generell basis og kan derfor ikke generaliseres. Det kan eksempelvis være pasienter med AN som har fått diagnosen grunnet omsorgssvikt av foreldre/pårørende. De kan komplisere både samarbeid mellom sykepleier og foreldre,

men også veien videre etter pasienten blir skrevet ut av institusjon. I møte med mennesker, kan man møte forskjellige tilnærminger, også fra foreldre. Ut fra egen praksiserfaring, kan man møte foreldre som er «stolte» og kanskje benekter at hens ungdom er syk. Det hender også at foreldre skjuler sykdommen til ungdommen sin i tro om at de beskytter ungdommen (McCormack & McCann, 2015). I en slik situasjon krever det ut fra egen erfaring, enda mer av sykepleier for å få foreldre med på laget.

4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis

En av sykepleiernes oppgave er å veilede og undervise pasienter. I begrepet «å undervise» kan det være lett å tenke en enkelt oppgave, som for eksempel å sette en subkutan injeksjon på seg selv, men ifølge Travelbee er dette begrepet langt viktigere (Travelbee, 2007). Hun mener det handler om å hjelpe pasienter eller pårørende til enten å mestre og takle sykdom eller forebygging av sykdom. «Kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene» (Travelbee, 2007).

Å møte en pasient med svært lav motivasjon for å jobbe med seg selv, kan være utfordrende for en sykepleier (Eide & Eide, 2017). Hvordan skal man kunne motivere en person som generelt sett har lite motivasjon for å gjøre noe med egen situasjon, som kanskje føler på håpløshet, skam og som velger å være avvisende ovenfor sykepleier? Enkelte ganger kan pasienten fremstå som aggressiv (Eide & Eide, 2017). Om pasienten ikke skjønner meningen med behandlingen eller om behandlingen fratar pasienten det som gir de mening, vil pasienten ha lett for å gi opp (Travelbee, 2007). For å unngå og undergrave pasienten, kan det være hensiktsmessig med en motiverende veiledning og selvbestemmelse. Med selvbestemmelse menes det ikke at pasienten selv skal bestemme sin egen behandling til punkt og prikke, men mer mot at pasientens autonomi blir respektert. Motiverende veiledning kan være med på å endre pasientens indre motivasjon for endring, utvikling og aktiv mestring i styrkende grad. Dette kan være med på å bidra til økt mestringsfølelse og mestringsevne som videre kan være styrker i et behandlingsforløp (Eide & Eide, 2017).

4.3 Styrker og svakheter med litteraturstudiet (metoderefleksjon)

En av svakhetene til denne oppgaven er at de fleste studiene er basert på unge jenter med AN. Da det kan være forskjeller mellom kjønnene i forhold til hvordan de opplever behandlingen, vil dette påvirke resultatet da det ikke bare er det kvinnelige kjønn som påvirkes av AN. I forskningen jeg har funnet, blir det nevnt flere steder mangelen på forskning rundt temaet, slik at mangelen på forskning går igjen. Enkelte artikler hadde noe lavt antall pasienter med i studien, noe som kan gi et manglende eller misvisende helhetlig syn på aktuell problemstilling.

Metoden for analyse av artiklene brukt i diskusjonen er basert seg på Evans (2002) og Forsberg (2016) De forskjellige artiklene jeg har funnet var en blanding mellom kvalitative- og reviewartikler. Dette med en hovedvekt av kvalitative artikler. Kvalitative studier gir et større spillerom for å hente inn mer informasjon rundt temaet. Dette fordi

kvalitative studier baserer seg på mye data fra færre informanter, mens kvantitative data baserer seg på nøyaktige data fra en større gruppe informanter som kan transkriberes til tabeller (Dalland, 2013). I forhold til denne studier var det et ønske om å finne ut hvordan en sykepleier kan bistå en spesifikk gruppe pasienter. Ved bruk av helhetlig sykepleie vil bredspektret informasjon om situasjonen/pasienten være ønskelig (Dalland, 2013). Kvalitative data gir et godt innsyn i problemstillingen som skal undersøkes. Selv om det er ønskelig med et godt innsyn i problemstillingene, kan kvantitativ informasjon gi bedre og mer nøyaktig informasjon om hvor mange som lider av AN og hvor mange som blir friske.

En styrke med denne litteraturstudien er at alle artiklene er fra tidsrommet 2011-2021 og er fagfellevurderte. Dette gir litteraturstudien troverdighet da den er basert på nyere forskning. På samme tid kan det være en svakhet da det ikke er gjort så mye forskning innenfor temaet AN. Dette kan være fordi det er vanskelig å innhente data fra denne gruppen pasienter grunnet stigma og skam ovenfor sykdommen. I tillegg innebærer det å gå inn på et sårbart tema som kan påvirke pasienten negativt. På en annen side, er det viktig å innhente denne type informasjon da denne pasientgruppen er såpass sårbar og opplever slik type stigma. Her må man gå ut ifra at pasientene er ærlige. Her har jeg også utfordret meg selv i forhold til min rolle som sykepleiestudent, med erfaring fra å arbeide med denne pasientgruppen samt min personlige oppfatning av anoreksi.

Jeg valgte å bruke tre forskjellige søkemotorer når jeg søkte etter artikler. Alle tre var kjente for meg fra tidligere da jeg begynte å skrive på bacheloren. En styrke med dette var at jeg visste hvordan jeg skulle bruke søkemotorene og at alle tre inneholdt muligheten til å avgrense mer enn bare søkeordene, f.eks. tidsrom og fagfellevurdert. En svakhet ved å bruke så få søkemotorer og få søkeord, er at ved bruk av flere søkeord og søkemotorer ville det vært mulig å finne et bredere utvalg av artikler. Selv mener jeg at det er et godt utvalg av artikler rundt tema, både for belysning av tema som inngår i behandling, behandlingen i helhet og alternative metoder. De fleste artiklene har sykepleier i sentrum.

4.4 Konklusjon

AN er en kompleks sykdom som rammer pasientens homøostase, psyke, selvbilde, tanker, følelse, pårørende og sosiale evner. Det stilles derfor store krav til sykepleier om å gjenopprette balanse i pasientens liv, og er derfor en viktig del av behandlingen av en ungdom med AN. Dette kan sykepleier oppnå ved å skape en god relasjon til pasienten ved å være tilgjengelig for pasienten i form av å være en støttespiller, veileder og motivator. Dette innebærer å være konsekvent og direkte under behandlingen, balansere for hvem som har kontroll og eliminere anorektisk atferd ved hjelp av blant annet veiledning og ros.

Sykepleiers relasjon og veiledning til foreldre påvirker også pasientens behandling i form av økt trygghet i hjemmet og setter foreldrene i posisjon til å gi ungdommen sin videre progresjon og mestring. Målet i behandlingen vil være normal kroppsvekt, noe sykepleier kan bistå med i form av å gi pasienten veiledning og de nødvendige verktøyene for å mestre tanker og følelser under måltid.

Som nevnt er sykdommen dessverre lite forsket på.

5.0 Referanseliste

- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Bakker, R., Meijel, B. van, Beukers, L., Ommen, J. van, Meerwijk, E., & Elburg, A. van. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16–22. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x>
- Beukers, L., Berends, T., Ginkel, J. M. de M., Elburg, A. A. van, & Meijel, B. van. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519–526. <https://doi.org/10.1111/inm.12150>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave). Gyldendal akademisk.
- Ditlefsen, A. (2019). Ernæring. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/ern%C3%A6ring>
- Eide & Eide. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919884696002202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/somatisk-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>
- Helsebiblioteket. (2016). Helsebiblioteket; Helsebiblioteket.no. https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste?fbclid=IwAR2Qm_2kzuEYQAgqtYea2Jn_4qtHrQYRMxuTDAH5lsoyf-KVDd8XaUU5seU
- Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken—Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (2021). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)—Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett—Lovdata*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A729
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie* (5. utg.). Ad notam Gyldendal. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999714181874702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jennings, K. M. (2017). The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *ANS. Advances in nursing science*, 40(4), 370–383. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000175>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie: B. 3 : Pasientfenomener, samfunn og mestring: Bd. b. 3* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2016). *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar: Bd. b. 1* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(3), 143–147.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.003>
- Ramjan, L. M., & Gill, B. I. (2012). Original Research: An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison. *AJN The American Journal of Nursing, 112*(8), 24–33.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000418094.31317.52>
- Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies, 26*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0534-2>
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders, 22*(3), 233–243.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742>
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990316743644702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- 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.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12182>

