



BACHELOROPPGAVEN 2015:

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

Hvilken rolle har den terapeutiske sykepleier-pasient-relasjonen i behandlingsprosessen hos unge pasienter med anorexia nervosa?

FORFATTER(E): Michelle H. Edvardsen, Gudhild Maria Halden
Karlsen og Lisa Marie Hovdelien.

Dato: 11.05.2015

Høgskolen i Gjøvik
Seksjon for sykepleie
Våren 2015

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Anorexia Nervosa hos barn og ungdom mellom 12 og 18 år</u>	Dato : 11.05.15
	<u>Hvilken rolle har den terapeutiske sykepleier-pasient-relasjonen i behandlingsprosessen hos unge pasienter med anorexia nervosa?</u>	
Deltaker(e)/	Michelle H. Edvardsen, Gudhild Maria Halden Karlsen og Lisa Marie Hovdelien.	
Veileder(e):	<u>Lisbeth Kjelsrud Aas.</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Anorexia nervosa, spiseforstyrrelse, terapeutisk relasjon, ungdom.	
Antall sider/ord: 53/11959	Antall vedlegg: 1	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): åpen
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
Introduksjon: Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse som kan ramme alle, men vi har sett at ungdom i alderen 12-18 år er mer utsatt da de er i en mer sårbar fase av livet, og kan påvirkes av ytre faktorer.		
Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å søke kunnskap om hvorfor det er viktig med en god terapeutisk sykepleie-pasient relasjon i behandlingen av unge pasienter med anorexia nervosa.		
Metode: Oppgaven er et litteraturstudie. Vi benyttet databasene; Ovid Nursing Database (Ovid) og PsychInfo.		
Konklusjon: Vi har sett at den terapeutiske relasjonen har en viktig rolle i behandlingen av pasienter med anorexia nervosa. Vi har sett at kommunikasjon, tillit og kunnskap er sentrale faktorer for en god terapeutisk relasjon.		

ABSTRACT

Title:	Children and adolescents with anorexia nervosa between 12 and 18 years.	Date : 11.05.15
	<i>Which role does the therapeutic nurse-patient-relations in the treatmentprocess with young patients with anorexia nervosa?</i>	
Participants/	Michelle H. Edvardsen, Gudhild Maria Halden Karlsen og Lisa Marie Hovdelien.	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aas.	
Employer:		
Keywords (3-5)	Anorexia nervosa, eating disorder, therapeutic relationship, adolescent.	
Number of pages/words: 53/11959	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential): open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Introduction: Anorexia nervosa is a eating disorder wich can affect us all, but we have seen that juvenile in the age between 12 to 18 years are more exsposed since they are in a more vulnerable stage in life, and can affected by other factores.</p> <p>Purpose: The purpose with this literature study is to seek knowledge about why it is important with a good therapeutic nurse-patient relation in the treatment of young patients with anorexia nervosa.</p> <p>Method: The assignment is a literature study, We used the database; Ovid Nursing Database (OVID) and PsychInfo.</p> <p>Conclusion: We have seen that the therapeutic relation have an important role in the treatment of patients with anorexia nervosa. We have seen that communication, trust and knowledge are key factors for a good therapeutic relationship.</p>		

Innholdsfortegnelse:

Fremside	
SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
Innholdsfortegnelse:	4
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Terapeutisk relasjon	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema	7
1.3 Forskningsområde	8
1.4 Kommunikasjon med barn og unge.....	8
1.5 Sykepleiefaglig relevans.....	9
1.6 Disposisjon over oppgaven og begrepsavklaring	10
2.0 BAKGRUNN	11
2.1 Statistikk.....	11
2.2 Hva er anorexia nervosa	11
2.3 ICD-10.....	13
2.4 Selvbilde.....	13
2.5 Komplikasjoner	14
2.6 Behandling	15
2.7 Lover og retningslinjer	16
2.8 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	17
2.9 Hensikt, problemstilling og avgrensning.....	19
2.9.1 Hensikt	19
2.9.2 Problemstilling	19
2.9.3 Avgrensning	19
3.0 METODE	20
3.1 Litteraturstudie	20
3.1.1 Svake og sterke sider ved litteraturstudie.....	20
3.2 Søkeshistorikk.....	21
3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	22
3.3.1 Inklusjonskriterier	22
3.3.2 Eksklusjonskriterier.....	23
3.4 Kvalitative og kvantitative metoder	23

3.4.1 Kvalitative metoder	23
3.4.2 Kvantitative metoder	23
3.5 Etikk i forhold til forskning.....	24
4.0 RESULTATER	25
4.1 Presentasjon av artikler	25
4.2 Sammenlikning av artikler	30
4.2.1 Den terapeutiske relasjon	30
4.2.2 Vektoppgang	30
4.2.3 Artikler som bruker betegnelsen anorexia nervosa	31
4.2.4 Artikler som bruker betegnelsen terapeutisk relasjon	32
4.2.5 Utdanning og kvalitet	32
4.3 Forskjeller i helsevesenet	33
5.0 DRØFTING.....	34
5.1 Terapeutisk relasjon	34
5.2 Kommunikasjon	38
5.3 Selvfølelse	40
5.4 Behandling	40
5.5 Etikk rundt forskning.....	44
5.6 Metodiske overveielser.....	44
6.0 KONKLUSJON	46
7.0 LITTERATURLISTE	48
8.0 VEDLEGG	52
8.1 Søkehistorikk skjema	52

Antall ord: 11 959

1.0 INNLEDNING

1.1 Terapeutisk relasjon

Relasjonen vil ha betydning for omsorgen i sykepleien vi vil gi til den enkelte pasient. Når man er i relasjon med et annet menneske, så vil man selv bli påvirket av den andres situasjon. For eksempel kan sykepleieren bli følelsesmessig påvirket av at en pasient forteller om en livssituasjon som er vanskelig. Når man påvirkes følelsesmessig av den andres situasjon, så har dette betydning for hvordan vi kan forstå pasientens ubehag og livskvalitet (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) mener at man kanskje legger for mye vekt på ordene i samtalene med pasientene da det er minst like viktig å ha en terapeutisk relasjon, da relasjonen er en del av behandlingen. Det vil si at om pasienten føler seg trygg nok, vil hun tørre å snakke mer ærlig med personalet. Skårderud (2004) sier at den anorektiske pasienten lukker seg inne i seg selv og strategien pasienten bruker blir derfor avstengning. Pasienten kan lukke seg inne i et såkalt skall, og benekte sine egne behov, dermed vil få eller ingen slippe inn.

Sykepleieren må se helheten i pasienten og være observant på kroppsspråket sitt for å oppnå en terapeutisk relasjon. De grunnleggende trekkene i den terapeutiske kommunikasjonen er oppmerksomhet, lytting, empati og utforskning. Som sykepleier må man alltid ha med seg hvilke signaler en gir i form av hvordan man sitter, fester blikket og om en bruker nok tid til vedkommende på en hensiktsmessig måte. Lytting er en evne til å fange opp det budskapet pasienten måtte gi, både den verbale- og non verbale informasjonen. Empati er vår evne og våre ferdigheter til å formidle forståelse ovenfor pasienten, og gå i dybden av hva pasienten formidler. Viktigheten av dette er for at pasienten skal føle seg respektert og forstått. Det er viktig at man kan utvikle nye perspektiver som kan hjelpe pasienten til å forholde seg hensiktsmessig til sine helseproblemer. Derfor må man utforske tanker, følelser, opplevelser og atferd som pasienten har, og hvordan man skal bruke dette i det terapeutiske arbeidet (Håkonsen 1999).

Håkonsen (1999) sier også noe om det profesjonelle arbeidet rundt den terapeutiske relasjonen. Med det mener han at gjennom sin medmenneskelighet og omsorg, skaper en

nærhet og en kontakt. Utover dette må sykepleieren ha en avstand til situasjonen for og klare å gjøre faglige vurderinger og handlinger. Dersom sykepleieren klarer dette er det et godt grunnlag for en terapeutisk relasjon.

Hummelvoll (2012) sier noe om at tillit er en livsverdi. Tillit er et viktig behov hos hvert enkelt menneske i forhold til at man kan stole på sine medmennesker. Tillit er også avgjørende for vekst og modning. Det er viktig at sykepleieren skaper en atmosfære av tillit, forståelse og åpen kommunikasjon.

Enhver relasjon er unik, men relasjoner kan oppleves forskjellig. Den kan oppleves positivt og da kan den være beskyttende, omsorgsfull, tillitvekkende og trygghetsskapende. En levd relasjon kan bidra til håp, fellesskap, utvikling, helse og modenhet. Relasjoner kan også oppleves negativt og da som krevende eller fordømmende. En levd relasjon kan også bidra til det motsatte som håpløshet, angst, usikkerhet og sykdom (Hall og Graubæk 2010).

I følge Murray mfl. (2011) er en god terapeutisk relasjon viktig i behandlingen av anorexia nervosa, men relasjonen kan være vanskelig å opprette av flere årsaker. Pasientene i studien mener at en god terapeutisk relasjon er viktig i deres behandling, sånn at de som utøver sykepleie er forståelsesfulle og ikke-dømmende. En god relasjon kan øke selvfølelsen hos pasienter med anorexia nervosa, som igjen kan øke sjansen for at behandlingen blir suksessfull.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Anorexia nervosa er den tredje vanligste dødsårsaken for unge kvinner i Europa. Underernæring, suicidalitet og hjertesvikt er blant de vanligste dødsårsakene hos de med spiseforstyrrelser (PsykNytt 2011). Forskning har vist en gjennomsnittlig dødelighet av pasienter med anorexia nervosa på 5.9%. Suicidalitet skyldtes 27% av dødsfallene, 59% av dødsfallene skyldtes somatiske komplikasjoner som hjertesvikt eller hjerterytmeforstyrrelser og 19% var av ukjent årsak (Statens Helsetilsyn 2000). Anorexia nervosa er en alvorlig lidelse, og derfor er det viktig at dette blir forsket videre på for å øke forståelsen og omfanget av lidelsen. Dette er unge mennesker i utvikling og spiseforstyrrelsen kan ha negative

konsekvenser for både fysisk, psykisk og sosial utvikling. Spiseforstyrrelsen kan også føre til kroniske helseskader (Halvorsen og Bergwitz 2010).

1.3 Forskningsområde

Det er tre forskningsområder ved Høgskolen i Gjøvik, avdeling helse, omsorg og sykepleie. Forskningsområdene er utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Foss 2014).

Vår oppgave kan knyttes til forskningsområdet «kvalitet i sykepleie». Dette fordi god kvalitet i sykepleie vil gi trygghet, som igjen vil gi en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette tar også for seg pasientens behov og sikkerhet, noe som er viktig i behandlingen av ungdom med anorexia nervosa (Foss 2014).

1.4 Kommunikasjon med barn og unge

Vi er alle født med en evne til å kommunisere. Den enkleste formen for kommunikasjon kan defineres som en utveksling av meningsfylte ord og uttrykk mellom to eller flere mennesker. Profesjonell kommunikasjon er ikke det samme som kommunikasjon i dagliglivet. Når man jobber som helsepersonell, kommuniserer man med personer som av ulike årsaker trenger hjelp og assistanse. Profesjonell kommunikasjon har helsefaglige forhold ved blant annet å fremme helse (Eide og Eide 2013).

Det er viktig at sykepleieren er observant på hvordan hun oppfører seg, uansett hvilke pasientgruppe hun forholder seg til. I følge Eide og Eide (2013) sier forskning at barn og unge som er i møte med helsevesenet, ofte ikke føler seg sett av helsepersonellet. Dette vil være svært uheldig for en pasient med anorexia nervosa da det vil ha stor betydning for pasienten i en rehabiliteringsprosess. Eide og Eide (2013) trekker også frem viktigheten av å anerkjenne den enkelte pasient og sette seg inn i pasientens situasjonen og interesser.

Eide og Eide (2013) mener også at man ikke må glemme at hvert barn og ungdom er unikt, og at det derfor ikke finnes noen ensartet oppskrift på hvordan man skal kommunisere med dem.

I og med at hver og en er på sitt utviklingstrinn, utfordrer dette sykepleieren til å kommunisere på den andres premisser. De trekker også frem viktigheten av at sykepleieren må være omsorgsfull og trygg i sin kommunikasjon, spesielt med barn og unge. Det vil også i følge Eide og Eide (2013) ta tid å bygge opp et tillitsforhold til disse aldersgruppene, noe som kan være en utfordring med for eksempel svært lukkede mennesker.

En situasjon som Eide og Eide (2013) mener kan oppstå er at sykepleieren blir utålmodig fordi hun ikke når frem til pasienten, eller at man kan få opplevelse av å ha en god dialog med pasienten for deretter å føle at denne blir brutt. I forhold til aktuell aldersgruppe fra 12 til 18 år mener Eide og Eide (2013) at noen fint kan ha en voksen oppførsel i dialogen, og kan forestille seg hvordan noe kan være uten selv å ha opplevd det. Kravene til seg selv kan være store og dette gjør at de kan føle at de ikke er flinke nok. Er selvfølelsen truet, vil dette føre til usikkerhet. Spesielt ungdom har svært høye idealer til seg selv og her er det viktig at sykepleieren går inn for å lytte, vise interesse, ha empati og respekt. Dette danner grunnlaget for tillit.

1.5 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleiere er dette en pasientgruppe vi vil møte innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten består av blant annet hjemmesykepleien, helsestasjoner og jordmørtjenester. Spesialisthelsetjenesten består blant annet av offentlige sykehus og institusjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og ambulansetjenesten (Helsenorge 2014).

Som sykepleiere vil vi ha en sentral rolle i behandlingen av disse pasientene, og det er derfor viktig at vi kan opprette en god terapeutisk relasjon. Som sykepleiere er det derfor viktig at man har kunnskap om denne diagnosen og pasientgruppen.

1.6 Disposisjon over oppgaven og begrepsavklaring

Vi har i vår oppgave valgt å begynne med en teoridel. I denne teoridelen tar vi for oss Travelbee sin teori, om lidelsen anorexia nervosa og hvilke komplikasjoner denne lidelsen kan føre med seg. Vi har også med teori om den terapeutiske relasjon og kommunikasjon. Videre beskrives valgt metode, før vi presenterer resultatene. Til slutt har vi en drøfting, hvor vi drøfter funnene opp mot teorien, som tilslutt leder frem til en konklusjon.

Vi kommer til å bruke ulike begreper om hverandre i oppgaven, dette for å få et variert språk. Følgende begreper vil bli benyttet:

Anorexia nervosa - anoreksi.

Pasienten - anorektikeren.

For å få et helhetlig språk, har vi valgt å definere sykepleieren som «hun», selv om vi vet det finnes mannlige sykepleiere.

Vi kommer også til å bruke begrepet behandling, da det er dette som er brukt i artikler og annen litteratur. Med behandling mener vi det sykepleieren utøver for å fremme pasientens psykiske helse.

2.0 BAKGRUNN

2.1 Statistikk

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver om forekomsten av de forskjellige spiseforstyrrelsene. Her velger vi å trekke frem anorexia nervosa for å holde oss til det som omhandler temaet vi har valgt. Forekomsten av anorexia nervosa har vært stabil de siste 25 årene, hvor studier antyder 10-40 nye tilfeller av denne lidelsen pr. 100 000 kvinner hvert år, og en prevalens på 0.2 – 0.4 %.

I følge folkehelseinstituttet (2009) er omtrent en av ti som rammes av anorexia nervosa menn.

2.2 Hva er anorexia nervosa

Denne lidelsen forekommer som oftest hos tenåringsjenter og unge kvinner, men tenåringsgutter og unge menn kan også rammes (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Ved anoreksi begrenser man hva man spiser og hvor mye. Med lidelsen anorexia nervosa beholder man som regel maten, men noen kaster opp om de føler de har spist for mye. Det kan oppstå overspising-episoder hvor de kan miste den strenge kontrollen over matinntaket. Mange overdriver trening for å forbrenne kaloriene. De fleste med anorexia nervosa sulter seg for å gå ned i vekt, og etterhvert opplever mange at de ikke klarer å spise. De blir da fanget av selve situasjonen, og matinntaket blir derfor stadig mindre og etter hvert mister de kontrollen. Kroppsbildet til anorektikeren kan bli forvrengt, og man ser ikke lenger hvor tynn man er. Man kan derfor se seg selv som stor og tykk (Skårderud 2004).

Ofte begynner denne lidelsen med at det er en tilsynelatende vanlig slankekur og når kontrollen på slankeprosessen tapes vil sykdommen melde seg. Kontrollsvikten er det klareste skille mellom normal slanking og sykdom (Kringlen 2011).

I følge Skårderud (2004) skiller man mellom disponerende forhold som er: genetikk, personlighet, traumer og familieforhold. Utløsende forhold som er: mobbing, tap og konflikt, tidlig pubertet, sen pubertet, prestasjonskrav og endret livsvilkår, og vedlikeholdene forhold som er: fysiologisk og psykologisk, miljøets negative påvirkning, og miljøet innenfor

familien. Sårbarhet-stress-modellen blir brukt. En sårbarhet som møter utløsende forhold gjør at spiseforstyrrelsen kan oppstå.

Anne Røer (2009) presenterer fire faser som ligger til grunn for lidelsen anorexia nervosa.

Fase 1: "Lykkelig sult" Den typiske tenåringsgruppen med spiseforstyrrelser vi møter i dag har ofte hatt en ulykkelig periode før sin vegring for å spise. Den kan ha hendelser knyttet til mobbing, fallende sosial status, utestengning og ofte da kanskje kombinert med ulykkelige episoder i hjemmet med sykdom, samlivsbrudd eller andre belastninger. Spiseforstyrrelsen starter med en spisevegring i form av en slankekur, sultestreik eller sorg (Røer 2009).

Under tenåringsfasene er kroppen stadig under en utvikling og forandringer som kan være vanskelig for tenåringsgruppen å takle. Matinntaket begynner med små nedtrappinger i variasjonen, før også matmengden reduseres drastisk. Vekttapet vil vises relativt raskt, og omverdenen vil se de endringene som skjer. Denne kontrollerte formen av vekttapet og rundt matsituasjonene beskriver pasienter med kronisk anoreksi som en lykkelig tid i deres liv (Røer 2009).

Ubehaget av sultfølelsen vil bli mer fremtredende og plagsomt og her trer pasienten inn i neste fase Fase 2: " smertefull sult" . Under denne fasen opplever pasientene at de gradvis taper kontrollen over tanker, følelser og handlinger. De med anorexia nervosa klarer i denne fasen med store anstrengelser å fortsette med spisevegringen, men de klarer ikke å kontrollere tankene om mat, og fantasiene om å spise er i denne fasen ofte veldig intense. Mange pasienter beskriver at de under fase 2 får tanker som befaler dem om å ikke spise, og at de selv er noen tapere dersom de ikke holder ut. I denne perioden vil ofte venner og andre søke etter en voksen om hjelp, da bekymringene blir så store. Pasientene kan ofte bli fort sinte, isolere seg og ønsker ikke noen form for hjelp i fra andre. Dersom man ikke får hjelp i denne fasen, kan anoreksi etablere seg i en mer alvorlig og kronisk fase (Røer 2009).

Fase 3: " Desperasjon"

I denne fasen kommer mange somatiske trekk frem. Dette kan være blant annet en betydelig avmagring, tap av hår og en sliten kropp. Konsentrasjonen og læreevnen vil bli svekket. Dette fører ofte til at skolefraværet øker og personen vil isolere seg enda mer, også i fra venner. Angsten og følelsen av hjelpeløshet vil prege personens hverdag og dette kan enkelte ganger være vendepunktet for mange, ved å innse sin sykdom og behovet for hjelp. Tidligere i fasene

var spiseforstyrrelsen beskrevet som et budskap for pasienten. Som videre kan vende over i en psykisk lidelse og dermed går pasienten inn i Fase 4: ‘’spiseforstyrrelse som en identitet’’ (Røer 2009).

I fase 4 kan anoreksi ende opp som pasientens fulle identitet. Symptomene til pasienten fremtvinger oppmerksomhet, som også kan bli en del av familiens identitet. De positive sidene pasienten oppnådde som syk, kan her i denne fasen være skremmende å gi slipp på (Røer 2009).

2.3 ICD-10

For å stille diagnosen anorexia nervosa kreves

- *et vekttap på minst 15% eller BMI under 17,5*
- *at vekttapet er selvpåført*
- *at kroppsbilde er forstyrret*
- *at det foreligger hormonforstyrrelser*
- *at pubertetsutviklingen er stoppet opp dersom debuten er før puberteten* (Snoek og Engedal, 2009. s113)

2.4 Selvbilde

Selvbilde er forestillingen vi mennesker har om oss selv. Begrepet selvbilde brukes ofte om oppfatninger og opplevelser vi har av oss selv. Det finnes flere begreper som knyttes til begrepet selvbilde. Blant annet selvfølelse, selvaktelse, selvideal, selvrespekt og kroppsbilde. Ofte blir det gjort opp noen meninger om hvordan man bør være. Forestillingene og vurderingen av eget selvbilde kan være både positivt og negativt. En person som er moden vil ofte se sine sterke og svake sider ved seg selv, mens noen har urealistisk positivt selvbilde og andre har et urealistisk negativt selvbilde (Solvoll 2008).

I følge Skårderud (2004) handler spiseforstyrrelser alltid om et nedsatt og svingende selvbilde. De personene som er svært tilfredse og har en evne til å tro på egne ressurser, tåler skuffelser og klarer å trøste seg selv, vil ikke utvikle noen form for spiseforstyrrelser.

Personer med lav selvfølelse erfarer dårlig kontroll over deler av livet, og bruker derfor mat til å forsøke å gjenvinne kontroll på kroppen. Maten kan også være et tilfluktssted for forvirrende og ubehagelige følelser som de bruker for å gjemme seg.

2.5 Komplikasjoner

Som nevnt i punkt 2.2 medfører anorexia nervosa over tid en del komplikasjoner. Både psykisk og somatisk. Skårderud (2004) skriver at ved betydelig underernæring vil alle kroppens organer slankes. Kroppen går på sparebluss, for å spare energi.

Skader som kan oppstå ved anoreksi er:

- Nedsatt kroppstemperatur
- svimmelhet
- håravfall
- tenner som kan løsne
- varig veksthemning
- menstruasjon hos kvinner forsvinner/amonerè
- nedsatt produksjon av testosteron hos menn
- lavt blodsukker
- mangelsykdommer (vitaminer og proteiner)
- nyreskader
- lavt blodtrykk
- hjerte/karsykdommer, som nedsatt hjertefrekvens og forstyrret hjerterytme
- benskjørhet

(Skårderud 2004).

I tillegg vil det forekomme psykiske komplikasjoner som angst og depresjon (Skårderud 2004).

2.6 Behandling

I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) kan de fleste pasienter med en spiseforstyrrelse behandles i polikliniske sammenhenger, i kommune- og i spesialisthelsetjenesten. Det er et begrenset antall som må behandles i sykehus, og det er enten på grunn av somatiske forhold eller alvorlige psykiatriske tilstander. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver også at det er psykoterapi som er den mest effektive behandlingsmetoden. Psykoterapi kan foregå på individ-, gruppe- og familienivå.

Psykoterapi er en behandlingsmetode hvor en eller flere kvalifiserte personer etablerer et yrkesmessig forhold til en eller flere pasienter. Hensikten er å oppnå symptomlindring, forandring av karaktertrekk, eller en bedret emosjonell og sosial fungering. Den gode relasjonen, terapeutens evne til å vekke tro og håp er viktige trekk ved psykoterapien. Psykoterapien bør ta utgangspunkt i aktuelle konflikter, i pasientens forhold til mat og i angsten for å bli voksen. Terapeuten må unngå å gi pasienten tolkninger, dette kan gi pasienten en følelse av mindreverd (Kringlen 2011).

I følge Kringlen (2011) kan sykehusinnleggelse bli aktuelt for eksempel når vekten er mindre enn 70 % av gjennomsnittlig vekt, når puls og blodtrykk er lavt eller når elektrolyttbalansen er forstyrret. Alvorlig depresjon eller suicidalfare er også en indikasjon på at innleggelse kan være aktuelt. Ved innleggelse i sykehus, er det i første omgang pasientens somatiske helsetilstand som er viktigst. Når pasienten legges inn, kan det være nyttig at man får tildelt en sykepleier som kontaktperson. Denne sykepleieren sørger også for at spise- og vektregimet gjennomføres.

Ved sykehusinnleggelse er det viktig at pasienten gradvis går opp i vekt. Pasienten skal ha et normalt, sunt kosthold. Måltidene skal være små, men hyppige, og man skal ikke følge noen diett. Man må også kontrollere at pasienten ikke kaster opp eller tar avføringsmidler. Behandlingen må stort sett innrettes på både familiære, psykologiske og somatiske forhold. Målet i første omgang er å opprette tilfredsstillende vekt og et normalt spisemønster (Kringlen 2011).

I forhold til sykepleierens rolle i behandlingen mener Løkensgard (2005) at det bør være en sykepleier med både somatisk og psykiatrisk kompetanse. Hun bør også ha kunnskap om ernæring, psykologi og familiedynamikk. Noe som er viktig å huske på ved behandling av anorektiske pasienter, er at de ikke ønsker forandring og derfor bør sykepleieren legge stor vekt på motiveringsarbeidet, det er viktig å huske på dette under hele behandlingsforløpet.

Løkensgard (2005) beskriver at anoreksiapasienten har et behov for å ha noen å dele følelsene sine med. Som oftest trenger de da noen å snakke med etter måltider, og har negative følelser og opplevelser rundt dette. Anoreksi pasienten er som oftest ikke vant til å sette ord på disse følelsene, og må derfor lære seg å sette ord på det de føler. Dette er en måte de kan bli kjent med seg selv på, og se andre løsninger på problemene sine.

2.7 Lover og retningslinjer

Det er mange hensyn å ta i forhold til lover og regler når det gjelder pasienter med anorexia nervosa og relasjonen sykepleieren har til disse. Eilertsen (2009) drar frem psykisk helsevernlov som en viktig lov i forbindelse med bruk av tvang. Lovene man følger innen barne- og ungdomspsykiatrien er omfattet av pasient- og brukerrettighetsloven. I forhold til aldersgruppen som omfatter vår oppgave, mener Eilertsen at man er barn frem til man er 18 år. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) skal informasjonen som gis og hvordan den gis tilpasses pasienten og hvilken situasjon pasienten er i. Her er det viktig at sykepleieren velger en informasjonsmetode som skaper tillit (Eilertsen 2009).

I forhold til informasjonsgivningen til mindreårige pasienter fastsetter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 (1999) følgende:

Er pasienten under 16 år, skal både pasienten og foreldrene eller andre med foreldreansvaret informeres.

Er pasienten mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette.

Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 (1999) har personer over 16 år rett til å samtykke til helsehjelp. Dersom pasienten er over 16 år og motsetter seg behandling, må det vurderes om det er påkrevd og hensiktsmessig å bruke tvungen psykisk helsevern kapittel 3 i psykisk helsevernloven (1999).

Taushetsplikt er i følge Eilertsen (2009) plikt til å ikke avsløre personlige forhold for uvedkommende. Det er viktig for å bevare en viss integritet og bestemme over egen helse i takt med rehabiliteringen. Taushetsplikten er også viktig fordi den bidrar til trygghet, og kan dermed føre til en god relasjon. Bakgrunnen for taushetsplikten er at man skal kunne betro seg til helsepersonellet uten å tenke på at opplysningene havner hos uvedkommende, dermed kan dette skape tillit.

2.8 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee ble født i 1926 og døde i 1973. Travelbee sin teori omhandler at hvert menneske er et unikt individ, hvor relasjoner mellom pasienter og sykepleiere står i fokus. Travelbee sin filosofi og sykepleietenkning har fortsatt en stor innvirkning i norsk sykepleieutdanning (Travelbee 2007).

Travelbee (2007) sine viktige begreper er menneskets individ, mening, menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon og lidelse. Med menneske-til-menneske-forhold er hensikten å hjelpe et individ eller familie med å forebygge eller mestre sin lidelse eller sykdom, og finne meninger med erfaringene. Sykepleieren må hele tiden bygge opp menneske-til-menneske forholdet med å gå hvert møte bevisst inn for å lære pasienten å kjenne, og ivareta behovene til den enkelte. Det sykepleieren sier og gjør for og med den syke, bidrar til å oppfylle hensikten og målene til pasienten (Travelbee 2007). Menneske-til-menneske-forholdet blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt. Travelbee (2007) skriver at man må anvende en disiplinert tilnæringsmåte til problemene, og kombinere evnen med å bruke seg selv terapeutisk.

Travelbee (2007) forklarer dannelsen av menneske-til-menneske-forholdet i fire faser. Disse fasene er: det innledende møtet (1), framvekst av identiteter (2), empati (3) og sympati og medfølelse (4). Den første fasen starter når sykepleieren møter personen for første gang.

Under observasjon bygger hun opp forventninger og gjør seg opp meninger om vedkommende. Pasienten vil også gjøre seg opp en mening om sykepleieren. Den andre fasen kjennetegnes ved evnen til å verdsette andre mennesker som et unikt individ, og evnen til å etablere tilknytning til den andre. Her mottar man inntrykk av den andres personlighet. Den tredje fasen beskriver empati som en erfaring som er tilstede mellom to eller flere personer. Denne fasen handler om å forstå personens psykiske tilstand her og nå. Den fjerde fasen handler om ønsket om å lindre plagene til den andre personen.

Travelbee (2007) beskriver kommunikasjon som viktig i etableringen av et godt menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon oppstår mellom sykepleier og pasient ved et hvert møte, både verbalt og non-verbalt. Ved taushet kommuniserer man blant annet gjennom sin holdning, atferd, ansikt- og kroppsuttrykk og manerer. Det er også viktig å understreke at man kan ha en kommunikasjon som er effektiv utenom å etablere et godt menneske-til-menneske-forhold.

Travelbee (2007) beskriver også at det å være en profesjonell sykepleier kjennetegnes ved at en klarer å bruke seg selv terapeutisk. Det er viktig at sykepleieren har god innsikt i det å være et menneske. Sykepleieren må ha en klarhet om sykdom, lidelse og død og hva de oppfatningene betyr for han eller henne. Ved et bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper hvor hensikten er å fremme forandringer hos den som er syk, og dersom forandringene fører til at menneskets plager lindres har man brukt seg selv terapeutisk (Travelbee 2007).

I følge Travelbee (2007) er håp en viktig og motiverende faktor for både den friske og den syke. Trolig er det håp som gir den syke energi til å overvinne vanskelighetene den står ovenfor og håpet gjør at menneskene mestrer tragedier, vonde situasjoner og lidelser. Den profesjonelle sykepleieren må hjelpe den syke med å holde fast ved håpet, slik at man unngår følelsen av håpløshet. Dersom den syke opplever håpløshet er det den profesjonelle sykepleierens rolle og gjenvinne håpet. Som sykepleiere kan man ikke gi håp til andre, men man kan legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp.

2.9 Hensikt, problemstilling og avgrensning

2.9.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å søke kunnskap om hvorfor det er viktig med en god terapeutisk sykepleie-pasient-relasjon i behandlingen av unge pasienter med anorexia nervosa.

2.9.2 Problemstilling

Hvilken rolle har den terapeutiske sykepleier-pasient-relasjonen i behandlingsprosessen hos unge pasienter med anorexia nervosa?

2.9.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter i alderen 12-18 år med anorexia nervosa, med fokus på sykepleie-pasient-relasjonen i en behandlingsprosess. Med behandling mener vi det sykepleieren utøver for å fremme pasientens psykiske helse. Vi har valgt å trekke fokuset vekk fra sykepleierens fokus på somatiske plager som kan oppstå som en senfølge av spiseforstyrrelsen anorexia nervosa, fra relasjonen til foreldrene og fra medisinsk behandling. Vi avgrenser også vår oppgave med at pasientene er i institusjon hvor diagnosen foreligger.

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie

Vi benytter litteraturstudie som metode i vår bachelor oppgave. Meningen med litteraturstudie er å finne ut hva man vet og ikke vet om et aktuelt tema. Litteraturstudier er ofte dokumenter med informasjon man kan dele med interesserte lesere, men noen studier er også med på å danne grunnlaget for andre studier. Litteraturstudie hjelper også forskere med å tolke sine funn. Det er en kritisk oppsummering av forskning som finnes om et emne (Polit og Beck 2014).

Det finnes også ulike typer litteraturstudier. Generell litteraturstudie (overview) kan også betegnes som litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I all forskning starter man alltid prosessen med en generell litteraturgjennomgang. Meningen med en generell litteraturstudie kan være å sammenlikne en beskrivende bakgrunn som motiverer til å gjennomføre en empirisk studie, eller å beskrive kunnskapen innenfor et bestemt område. Systematisk litteraturstudie (systematic review) kan gjennomføres hvis det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan gi grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengström 2013).

3.1.1 Svake og sterke sider ved litteraturstudie

I følge Dalland (2010) er de positive sidene ved et litteraturstudie som metode at man får en oversikt over kunnskapen som allerede finnes om temaet, og man får tilgang til nyeste forskning. Noe annet som er positivt er at man kan få en forståelse for hva man har sett. Man kan også forstå egen problemstilling bedre eller få arbeidet man har gjort i en ny retning. Eksempler på flere positive sider kan være at den kan hjelpe oss til å forstå sentrale begreper og definisjoner i problemstillingen som kan bli oppfattet forskjellig da man ser hvordan andre har tolket det.

Det finnes også svake sider ved en litteraturstudie, og i følge Forsberg og Wengström (2013) kan dette være at forfatteren bare har hatt tilgang til en mindre mengde av relevant forskning. Utvalget kan også bli begrenset om forskeren velger studier som støtter hans eller hennes egne meninger. Enda en svak side er at de ulike forskerne kan komme frem til helt forskjellige konklusjoner.

3.2 Søkehistorikk

Vi har søkt i Høgskolen sine databaser, og vi valgte å søke i Ovid Nursing Database (Ovid) og PsychInfo etter aktuell litteratur innenfor vårt tema. Søkene ble gjennomført fra november 2014 til januar 2015. Valget falt på disse databasene fordi vi fant relevant litteratur om vårt tema.

For å finne frem til aktuelle artikler, så vi først på tittelen, deretter leste vi abstraktet for å se om artikkelen var relevant for vårt tema. En kritisk vurdering av artiklene er det første steget i vurderingsprosessen i et litteraturstudie (Aveyard 2014). Hvis den virket relevant, søkte vi opp artikkelen i «full text @ HiG» via Google Scholar, og leste så hele artikkelen. De artiklene som ble forkastet nådde ikke inklusjonskriteriene våre.

I Ovid Nursing Database ble følgende søkeord benyttet: *Eating disorder, nursing, nurse-patient relationship, youth, young, anorexia nervosa, treatment, discouse, adolescents, interpersonal relationship, weight gain, body weight, nurse*. Med ulike kombinasjoner og søkeprosesser valgte vi 4 artikler. For å se fremgangsmåten i søkehistorikken, se vedlegg nr.1.

I PsychInfo ble følgende søkeord benyttet: *Anorexia nervosa, adolescent, nursing*. Med disse kombinasjonene valgte vi en artikkel. For å se fremgangsmåten i søkehistorikken, se vedlegg nr.1.

Vi har også søkt i andre databaser som Chinal, men resultatet ble de samme artiklene som vi allerede hadde funnet i Ovid, se vedlegg nr. 1 for søkehistorikk.

Det er lurt å gjennomføre søk i flere databaser og ulike nettsteder. Dersom man bare søker på et sted, kan man risikere å gå glipp av viktige kilder. Man kan risikere å finne samme treff i

flere databaser. Gjennomføring av litteratursøk i flere databaser vil sikre størst mulig bredde i litteraturen (Bjørk og Solhaug 2008).

Det kan være lurt å sette seg inn i spesialitetene til de enkelte databasene, fordi det vil da være enklere å finne relevante artikler om sitt tema. Med vårt tema var derfor de databasene vi har valgt relevante. Chinal har både kvalitativ og kvantitativ forskning innen sykepleie og andre helsefag. Denne databasen dekker ca. 1800 tidsskrifter. PsychInfo dekker primært psykologisk litteratur, og er derfor svært relevant i forhold til problemstillingen vi har tatt for oss. Ovid Nursing er en database som omfatter ca. 300 sykepleietidsskrifter som dekker ulike områder (Bjørk og Solhaug 2008).

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

3.3.1 Inklusjonskriterier

- Jenter og gutter
- Alder: 12-18 år
- Anorexia Nervosa
- Behandling på institusjon
- Terapeutisk relasjon
- Artikkelen er innenfor en grense på 10 år
- IMRAD-struktur og/eller fagfelleverdert (nivå 1 eller 2)

Med IMRAD-struktur menes at forskningsartikkelen er tydelig delt inn i fire hovedkategorier: Introduksjon, Metode, Resultat and (og) Diskusjon (Polit og Beck 2014). Fagfellevurdering vil si at artikkelen har blitt vurdert av eksperter innenfor temaet (Svartdal 2014)

3.3.2 Eksklusjonskriterier

- Artikler som ikke har engelsk eller nordisk språk
- Artikler før 2004
- Artikler som omhandler andre spiseforstyrrelser
- Artikler uten IMRAD struktur
- Artikler som ikke har vitenskapelig nivå 1 eller 2

3.4 Kvalitative og kvantitative metoder

3.4.1 Kvalitative metoder

Kvalitative forskningsmetoder tar sikte på å beskrive eller tolke et fenomen og deres egenskaper så nøyte som mulig (Forsberg og Wengström 2013). I følge Aadland (2013, s. 206) mener Repstad at «Kvalitative metoder handler om å karakterisere. Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene».

Kvalitative forskere angir et forskningsdesign før de begynner å samle data, og de beveger seg sjeldent bort fra dette designet når studien er i gang. Beslutninger om hvordan man kan samle data på best mulig måte, hvem som skal samle data og hvor lenge datainnsamlingen skal pågå bestemmes etter hvert som studien utvikler seg (Polit og Beck 2014).

3.4.2 Kvantitative metoder

«Hensikten med kvantitative metoder er å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig om det kan telles, veies og måles» (Aadland 2013, s. 165). Metoden for kvantitativ forskning undersøker «hvor mye», «hvor mange» og «hvor ofte». Kvantitative metoder er avhengig av statistikk og matematikk som hjelpemidler i bearbeidingen av data de får inn (Aadland 2013).

Forskningsdesign innen kvantitative metoder har stor innvirkning på studiens gyldighet og nøyaktighet (Polit og Beck 2014).

Kvantitativ forskning er basert på anerkjente teorier og prinsipper som er basert på objektivitet og nøytralitet (Forsberg og Wengström 2013).

3.5 Etikk i forhold til forskning

I forskningsstudier er det viktig å informere om studien og frivillig samtykke i deltakelsen. Det skal også informeres om studiens hensikt og mulige risikoer ved å delta. Personen som deltar i studien skal ikke lide av overlast eller føle seg integritet truet. Den som deltar kan også frivillig trekke seg når som helst i studien uten at det skal gå utover behandlingen eller oppfølging fra helsepersonellet sin side. De som eventuelt trekker seg, trenger ikke oppgi en grunn (Slettebø 2010).

Aldersgruppen som omfattes i vår oppgave er 12-18 år. Man kan ikke tvinge barn til å delta i forskning dersom de ikke ønsker. Dersom foreldrene ikke ønsker at barnet skal delta, skal dette tas hensyn til. Barn skal få informasjon ut fra sitt forståelsesbehov. Når barnet er over 12 år, skal det få skriftlig informasjon tilpasset sin alder (Slettebø 2010).

4.0 RESULTATER

4.1 Presentasjon av artikler

Referanse:

Tidsskrift

Journal of Clinical Nursing, 2009

Tittel

Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective

Forfattere

Joyce van Ommen, Esther L. Meerwijk, Marijke Kars, Annemarie van Elburg, Berno van Meijel.

Studiens hensikt:

- Utvikle en tentativ teoretisk modell som forklarer effekten av sykepleie til ungdom med diagnosen anorexia nervosa.

Metode:

Design

Kvalitativ

Utvalg

14 unge jenter med diagnosen anorexia nervosa

Datainnsamlingsmetode

Individuelle intervjuer

Resultat:

- Jentene var i alderen 13-17 år.
- For å legge på seg igjen, mente deltakerne at det var tre begreper som var viktige i behandlingen: 1-normalitet, 2-struktur og 3-ansvar.
- Behandlingsforløpet er delt i tre faser, hvor begrepene er fordelt på hver sin fase.
- Deltakerne synes det var viktig for behandlingen at sykepleierne kunne se personen bak spiseforstyrrelsen.

Egne kommentarer:

Denne artikkelen er aktuell fordi den sier noe om behandlingsforløpet hos pasienter med anorexia nervosa, og hvilken rolle sykepleieren har her. Studien er også fra pasientens perspektiv, så det er pasientene selv som har opplevd dette. Studien er kvalitativ. Både foreldre og aktuelle deltakere fikk informasjon om studien, både muntlig og skriftlig, og det måtte være gitt tillatelse fra både pasient og foreldre før pasienten ble inkludert i studien. Studien ble finansiert og godkjent av et vitenskapelig og etisk styre. Svakheter med denne studien kan være få deltakere, og bare jenter.

Referanse:

Tidsskrift

Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2011

Tittel

Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions.

Forfattere

René Bakker, Berno van Meijel, Laura Beukers, Joyce van Ommen, Esther Meerwijk, Annemarie van Eldburd.

Studiens hensikt:

- Finne ut av hvilke aspekter ved sykepleie som er mest effektive for å få tilbake normal kroppsvekt hos ungdom med anorexia nervosa.

Metode:

Design

Kvalitativ, tematisk analyse

Utvalg

8 helsearbeidere

Datainnsamlingsmetode

Individuelle intervjuer

Resultat:

- Av disse 8 helsearbeiderne var 7 sykepleiere, og 1 var sosialarbeider.
- Sykepleierne mente at de mest effektive sykepleietiltakene kan deles inn i fire hovedkategorier: 1-gjenopptakelse av normal spising, 2-gjenopptakelse av sunn trening, 3-utvikling av sosiale ferdigheter, og 4-foreldre rådgivning.
- Handler om hva sykepleierne opplever som effektivt.

Egne kommentarer:

Denne artikkelen var aktuell fordi den ser spesifikt på sykepleierens rolle, og hva slags tiltak sykepleierne selv mener er viktige. Den vitenskapelige komiteen ved klinikken hvor studien ble gjennomført godkjente studien. Svakheter med denne studien kan være at det er få deltakere, i tillegg til at ikke alle deltakere var sykepleiere.

Referanse:

Tidsskrift

Journal of Advanced Nursing, 2004

Tittel

Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa.

Forfattere

Lucie Michelle Ramjan

Studiens hensikt:

- Undersøke vanskeligheter og hindringer som hindrer dannelsen av de terapeutiske relasjonene for sykepleiere som gir omsorg til ungdom med anoreksi.

Metode:

Design

Kvalitativ, tematisk analyse.

Utvalg

10 sykepleiere.

Datainnsamlingsmetode

Intervju

Resultat:

- Av disse sykepleierne, var det tre menn og syv kvinner.
- Det var tre hovedtemaer som gjorde det vanskelig å danne en terapeutisk relasjon: 1- sliter med forståelse, 2-sliter med kontroll, og 3-sliter med å danne en terapeutisk relasjon.
- Mangel på kunnskap gjør at man har vansker med å forstå en så kompleks diagnose.
- Flere av sykepleierne følte seg manipulert av ungdommene, og synes det var veldig vanskelig å oppnå tillitt.
- Utdanning er viktig.

Egne kommentarer:

Artikkelen er aktuell fordi den ser på vanskeligheter med å opprette en terapeutisk relasjon. Studien ble godkjent av sykehuset hvor studien ble gjennomført. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon, og de signerte et samtykke-skjema. Deltakelsen var frivillig. Svakheter med studien kan være at det var få deltakere. Alle hadde minimum to års erfaring med sykepleie til ungdom med anoreksi. Vi har valgt å ta med denne, er relevant for vår oppgave.

Referanse:Tidsskrift

Journal of Clinical Nursing, 2013

Tittel

Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective.

Forfattere

Joel Zugai, Jane Stein-Parbury, Michael Roche.

Studiens hensikt:

- Finne ut hvordan sykepleiere sikrer vektøkning og en positiv innleggelses-opplevelse hos ungdom med anoreksi ved å vurdere forbrukerperspektivet.

Metode:Design

Kvalitativ, tematisk analyse.

Utvalg

8 ungdommer med anoreksi.

Datainnsamlingsmetode

Intervju

Resultat:

- Ungdommene var jenter i alderen 14-16 år da studien ble gjennomført.
- Sykepleierne hadde stor innflytelse på hvordan ungdommen opplevde innleggelsen.
- Studien fant tre hovedtemaer innenfor sykepleiepraksisen: 1-sørge for vektoppgang, 2-oppretholde et terapeutisk miljø, og 3-relasjonen. Sykepleieren ble også sett på som en motivator.

Egne kommentarer:

Artikkelen er aktuell fordi den sier noe om sykepleierens rolle, sett fra pasientens perspektiv.

Godkjenning av studien ble innhentet av den menneskelige forskningsetiske komité ved det aktuelle sykehuset. Samtykke var også innhentet fra både deltakere og deres foreldre.

Innhentet data er også anonymisert, sånn at det ikke er gjenkjennbart. Svakheter ved denne studien kan være at det er få deltakere, og at det bare er jenter. Både jenter og gutter fikk muligheten til å delta. Studien sier også noe om når det ble oppdaget at deltakerne hadde anoreksi, da var alderen 10-14 år.

Referanse:

Tidsskrift

Journal of Clinical Nursing, 2010

Tittel

Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit.

Forfattere

Lynlee Snell, Marie Crowe, Jenny Jordan.

Studiens hensikt:

- Undersøke og teoretisere opplevelsen til sykepleiere når de skal opprette en terapeutisk relasjon med pasienter som er innlagt på en spesialisert spiseforstyrrelsesenhet, hvor innleggelsen skal sørge for vektøkning.

Metode:

Design

Kvalitativ

Utvalg

7 sykepleiere

Datainnsamlingsmetode

Intervju

Resultat:

- Sykepleierne var i alderen 30-50 år, og de hadde 2,5-20 års erfaring på dette området.
- Det mest sentrale studien kom fram til var «forbindelse», som igjen var viktig for tre større temaer: 1-opprette en terapeutisk relasjon, 2-forhandle den terapeutiske relasjonen, og 3-koordinere relasjonen.
- Det som var mest sentralt var å opprettholde den terapeutiske relasjonen.

Egne kommentarer:

Artikkelen er aktuell fordi den handler om hvordan man kan opprettholde en terapeutisk relasjon. Studien fikk godkjenning fra et universitets etiske-komité, den fikk også godkjenning fra de sykepleierne som ble intervjuet. Svakheter med denne studien kan være at det er få deltagere.

4.2 Sammenlikning av artikler

4.2.1 Den terapeutiske relasjon

I studien *Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit* (Snell, Crowe og Jordan 2010) forklares evnen til å utvikle den terapeutiske relasjonen med sykepleierens evne til å dele kunnskap, og opprettholde en håpefull tilstedeværelse. Det forklarer også hvordan sykepleieren kan innlede en terapeutisk relasjon, selv med motstand fra pasienten. I denne studien skulle de se på sykepleiernes erfaringer i å danne en terapeutisk relasjon med pasienter som er innlagt i en enhet for pasienter med spiseforstyrrelser.

I studien *Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa* (Ramjan 2004) kommer det frem flere grunner som kan være et hinder for å oppnå den terapeutiske relasjonen. Dette kan være manipulering, misstro og tap av kontroll. I denne studien skulle de se på hva som kunne hindre etableringen av en terapeutisk relasjon.

I studien *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective* (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013) sies det at en terapeutisk relasjon vil være viktig både for vekt rehabiliteringsprosessen og for erfaringen fra sykehusoppholdet. Relasjonen var også en motivator for pasienten, flere av deltakerne i studien sier at de ikke ønsket å skuffe sykepleierne sine. I denne studien skulle de se på hvordan sykepleierne motiverte pasienten til å legge på seg og hvordan de sørget for at innleggelsen skulle være en positiv opplevelse, det hele ble sett på fra pasientenes synsvinkel.

4.2.2 Vekt oppgang

I følge studien *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective* (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013) skal sykepleiere fokusere på å sikre vekt oppgang til unge pasienter med anorexia nervosa. Studien sier også at pasienten skal ta tilbake kontrollen over spise- og treningsmønstre, hvor de blir fulgt opp med strenge regler fra sykepleierne.

I studien *Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses*

perspective on effective interventions (Bakker m.fl.2011) fokuserer de også på at pasientenes mål er å gjenvinne til normalvekt. Sykepleierne tar først over kontrollen for spisingen og treningsmønstrene til pasienten. Når pasienten øker i vekt, vil man gradvis hjelpe pasienten med å gjenvinne kontrollen på egenhånd. De får da først velge seg et mellommåltid. Dette er da for å gjøre pasienten trygg på å ta riktige valg angående kosthold.

Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective (van Ommen mfl. 2009) Beskriver noe om de tre fasene som bidrar til at pasienten skal komme tilbake til en kontrollert hverdag.

Fase 1; her skal pasienten begynne å spise igjen. Sykepleierne har ansvar for normalt spise- og treningsmønster fra dag en av innleggelsen. I de første måltidene opplevde pasientene mye stress, da pasientene egentlig ikke ville spise og de var livredde for å legge på seg.

Fase 2; i fase to er det to hovedelementer, 1: pasienten skal ta tilbake ansvar for spising og trening, 2: normalisering av hverdagslivet. Med tanke på mat, begynte fase 2 blant annet med at pasientene skulle lage mellommåltidene sine selv, mens en sykepleier fulgte med. Hvis de klarte dette, fikk de videre lov til å velge hva de ville ha på sandwichen under lunsjen. De fikk mer og mer ansvar og kunne ta egne valg i forbindelse med matinntak, som de kunne evaluere sammen med sykepleierne i ettertid (van Ommen mfl. 2009).

Fase 3; siste fasen av behandlingen, og her går de derfor gradvis tilbake til hverdagen. I fase 3 har pasienten i stor grad ansvar for mat og trening selv, med sykepleierne i bakgrunnen (van Ommen mfl. 2009).

4.2.3 Artikler som bruker betegnelsen anorexia nervosa

- *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective* (van Ommen mfl. 2009)
- *Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions* (Bakker mfl. 2011)
- *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective* (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013)
- *Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa* (Ramjan 2004)

4.2.4 Artikler som bruker betegnelsen terapeutisk relasjon

- Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit (Snell, Crowe og Jordan 2010)
- Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa (Ramjan 2004)

4.2.5 Utdanning og kvalitet

Snell, Crowe og Jordan (2010) mener at den mangelfulle kunnskapen til sykepleierne gjorde at de opplevde pasientene som upålitelige, manipulerende og svikefulle. Dette førte til at sykepleierne følte på mye stress og frustrasjon, noe som førte til utbrenthet. Mangel på den faglige kunnskapen førte også til mangel på terapeutiske ferdigheter. Det er et stort behov at sykepleieren bruker sin kunnskap om lidelsen til å håndtere situasjonen som ofte var svært belastende for pasienten.

Studien til van Ommen mfl. (2009) sier også det samme. De så på viktigheten av at når sykepleieren viste kompetanse, så førte dette til tillit hos pasientene slik at de turte å snakke om pinlige ting slik som deres egen oppfatning av kroppen.

Ramjan (2004) mener også det samme da studien fant ut at de med lite utdanning innen psykisk helse eller generell kunnskap om anorexia nervosa, hadde liten forståelse for lidelsen. Dette førte med seg negative holdninger til pasientene hvor pleierene mente at pasientene forårsaket egen skade og burde ordne opp i lidelsen selv. Pleierne kunne føle på dette som bortkastet tid sammenlignet med andre former for sykepleie som hadde en høyere status. Mange sykepleiere følte også på at de ikke hadde kontroll over pasientene og behandlingen. Det var belastende med lite kunnskap og mangel på utdanning og opplæring i psykiske lidelser både for pasientene som ikke fikk den sykepleien de trengte og for sykepleierne. Om pleierne hadde fått utdanning innen psykiske lidelser og terapeutiske relasjoner, ville sykepleierne mest sannsynlig sett på jobben sin som mer viktig. Stress og utbrenthet fant også Ramjan (2004) i sin studie på bakgrunn av manipuleringen sykepleierne kjente på.

4.3 Forskjeller i helsevesenet

I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 (1999) har Norges befolkning rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

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

Australia har et todelt helsevesen. Befolkningen er sikret medisinsk behandling ved offentlig sykehus, men myndighetene ønsker at flest mulig skal tegne privat helseforsikring. Private klinikker har økt samtidig med de offentlige sykehusene. Mange leger jobber derfor offentlig og privat. De offentlige sykehusene bærer preg av slitasje. Dette gjelder både bygningene og medisinsk utstyr. I den private helsesektoren har de bedre økonomi og mer avansert medisinsk utstyr (Olsen 2002).

Befolkningen på New Zealand har i økende grad privat helseforsikring, og samtidig med dette vokser de privatdrevende legesentrene. Pasientene betaler en egenandel, som er ¼ av norske konsultasjonspriser. På New Zealand har de en offentlig forsikringsordning som finansierer all medisinsk behandling som skyldes ulykker. Dette er for å sikre at alle som trenger akutt behandling etter ulykker skal kunne få helsehjelp uten å betale høye egenandeler. På grunn av mangel på allmennleger, har sykepleieren en svært sentral og selvstendig rolle. Sykepleierne gjennomfører selvstendige konsultasjoner og har hovedansvar for kronisk syke. Sykepleierne jobber også forebyggende og har pasientundervisning (Norheim 2010).

5.0 DRØFTING

Hensikten med denne litteraturstudien er å søke kunnskap om hvorfor det er viktig med en god terapeutisk sykepleie-pasient-relasjon i behandlingen av unge pasienter med anorexia nervosa.

5.1 *Terapeutisk relasjon*

I følge Travelbee (2007) er menneske-til-menneske-forhold en sentral del av omsorgen sykepleierne har til pasientene. Dette forholdet kjennetegnes ved at sykepleieren og pasientene oppfatter og forholder seg til hverandre som menneskelige individer og ikke som “sykepleier og pasient.” Travelbee (2007) skjematiserer dannelsen av menneske-til-menneske-forhold i fire faser. Første fase er det innledende møte. Fase to er framvekst av identiteter, tredje fase er empati og den fjerde fasen er sympati og medfølelse. Dannelsen av menneske-til-menneske-forholdet skjer gradvis over en periode.

Som nevnt tidligere i oppgaven er den terapeutiske relasjonen viktig for omsorgen i sykepleien. Ifølge oversiktsstudien til Murray mfl. (2011) er den terapeutiske relasjonen viktig i behandlingen av anorexia nervosa. Dette fordi en god relasjon kan øke selvfølelsen hos pasientene, som igjen kan øke sjansen for at behandlingen blir suksessfull.

Men hva må være tilstede for å utvikle en relasjon?

I følge Snell, Crowe og Jordan (2010) må sykepleieren kunne formidle kunnskap, jobbe sammen med pasienten og opprettholde en håpefull tilstedeværelse. Formidle kunnskap vil si at sykepleieren kan informere pasienten om hva som skjer med kroppen deres både fysisk og psykisk. Dette gjøres for å øke pasientens forståelse for sykdommen. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) skal informasjonen som gis og hvordan den gis tilpasses den enkelte, og hvilken situasjon pasienten er i. Å jobbe sammen med pasienten vil si at sykepleieren ikke skal forhaste behandlingsprosessen. Å opprettholde en håpefull tilstedeværelse vil si at sykepleieren er tilgjengelig for pasienten gjennom hele behandlingsprosessen (Snell, Crowe og Jordan 2010).

van Ommen mfl. (2009) mener i likhet med Snell, Crowe og Jordan (2010) at sykepleierens evne til å formidle kunnskap om pasientens psykiske og fysiske plager er viktig for øke pasientens forståelse av sykdommen. Sykepleierens kunnskaper er også viktig for å kunne utøve god sykepleie til pasienter med anorexia nervosa. Dette bekreftes også av Travelbee (2007) sin teori, der hun skriver at kunnskap er viktig for å kunne fremme forandring hos den som er syk.

Samtidig sier Håkonsen (1999) at dersom en sykepleier skal kunne få til en terapeutisk relasjon må man være medmenneskelig og omsorgsfull, og i tillegg klare å distansere seg fra situasjonen for å klare å utøve faglige vurderinger og handlinger.

Bakker mfl. (2011) hevder at en god terapeutisk relasjon er avgjørende for at behandlingen skal bli mest mulig målrettet. Dette med tanke på forholdet pasientene har til det å spise og trene, det sosiale aspektet og hvordan foreldrene og pasienten skal forholde seg til hverandre. Studien sier noe om at det er avgjørende at sykepleieren viser omsorg og gir veiledning til pasienten, og at sykepleieren har gode holdninger. Med gode holdninger mener studien følgende: aksept, oppmerksomhet, respekt, empati, viser interesse, ærlighet og anerkjennelse.

Imidlertid kan det også ses at Håkonsen (1999) mener mye av det samme som studien til Bakker mfl. (2011). Han sier den terapeutiske relasjonen må innvies med tillit. Og herunder fokusere på holdningene til sykepleieren som nevnt i Bakker mfl. (2011) sin studie. Videre mener også Travelbee (2007) at man hele tiden må bygge opp menneske-til-menneske-forholdet og bevisst gå inn for å lære pasienten å kjenne. Det er dette sykepleiere gjør hele tiden for å bygge opp en god terapeutisk relasjon.

I følge Eilertsen (2009) er taushetsplikten med på å bidra til tillit, da den bidrar til trygghet, som igjen fører til en god terapeutisk relasjon. Det er viktig med tanke på taushetsplikten at pasientene skal kunne betro seg til helsepersonellet uten å bekymre seg for at opplysningene skal havne hos uvedkomne.

Hvordan påvirker miljøet den terapeutiske relasjonen?

Studien til Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) sier noe om et produktivt og normalisert miljø i avdelingen. Pasienter med anorexia nervosa er ofte lenge inne på avdelingen, og det er et betydelig avbrudd i normale daglige aktiviteter. Pasienten er borte fra hjemmet sitt og det beskrives i denne studien at dette kan føles som et tap i form av normalitet. Det er derfor viktig at sykepleierne hjelper pasientene med å tilrettelegge for et mer behagelig og normalisert miljø. Det innebærer her at sykepleierne deltok i det sosiale og i fritidsaktiviteter. Dette sykepleieengasjementet sikret derfor en behagelig, hyggelig og tilstedeværelse av relasjoner.

Dette kan ses i likhet med teorien til Travelbee (2007) hvor hun beskriver viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk. Det å bruke seg selv terapeutisk innebærer å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet for å etablere et forhold til den syke pasienten. Herunder må også sykepleieren ha en dyp innsikt i det å være et menneske. Dersom det oppstår en forandring hos den syke ved et bevisst bruk av sin egen personlighet og sin egen kunnskap har man da brukt seg selv terapeutisk. Travelbee (2007) mener også at det handler om å bruke fornuft og intelligens, slik at det å bruke seg selv terapeutisk ikke skal foregå på en dårlig organisert måte eller være intuitivt.

Er det slik at det også finnes utfordringer med den terapeutiske relasjonen?

Studien til Ramjan (2004) undersøker nettopp dette med vanskeligheter og hindringer med den terapeutiske relasjonen. I studien kommer sykepleierne med egne erfaringer rundt dette, og det er tre hovedtemaer som gjorde den terapeutiske relasjonen vanskelig å opprette. De slet med forståelse av lidelsen, kontroll av behandlingsregimet og opprettelsen av en terapeutisk relasjon. Ramjan (2004) sin studie sier noe om at mangelen på den faglige kunnskapen gjorde det vanskelig å forstå en slik sammensatt lidelse. Videre vil dette føre til frustrasjon og negative holdninger blant sykepleierne.

I likhet med Ramjan (2004) hevder også Snell, Crowe og Jordan (2010) at mangel på kunnskap førte til at sykepleierne opplevde mye stress og frustrasjon. Det kunne oppstå negative holdninger som gjorde at sykepleieren så på pasienten som upålitelig, manipulerende og svikefull. Dermed førte den manglende kunnskapen til at de terapeutiske ferdighetene også ble utfordrende.

På den ene siden snakker Travelbee (2007) om viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk ved at sykepleieren må ha en klarhet om sykdom, lidelse og død. Dersom sykepleieren ikke har disse kunnskapene, kan man undre seg over om det derfor kan være vanskelig å bruke seg selv terapeutisk og bygge en terapeutisk relasjon til pasientene?

På den andre siden snakker Skårderud (2004) om hvordan anorektikeren lukker seg inn i seg selv. Det er få eller ingen som slipper inn til pasienten, og man kan undre seg over om dette gjør den terapeutiske relasjonen utfordrende for sykepleieren?

Hvordan kan en terapeutisk relasjon oppleves?

Hall og Graubæk (2010) hevder at er alle relasjoner unike. Relasjonene kan oppleves forskjellig. Noe som kan være viktig å huske på i arbeid med andre mennesker. På den ene siden hevder Hall og Graubæk (2010) at de positive relasjonene kan oppleves som tillitvekkende, trygghetsskapende, omsorgsfull og beskyttende. Dette bekrefter også studien til Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) som sier at relasjonen spiller en viktig rolle for både vekt rehabiliteringsprosessen og for erfaringen av sykehusoppholdet. Sykepleierne må ha en vennlig tilnærming og vise at de bryr seg om pasienten. Flere av deltakerene i studien sier at relasjonen er en motiverende faktor i behandlingsprosessen, da de ikke ønsker å skuffe sykepleierne. Deltakerne sier noe om at de ønsker å gjøre sykepleierne stolte.

På den andre siden hevder Hall og Graubæk (2010) at relasjon kan oppleves som negativt i form av krevende og fordømmende. Som nevnt tidligere undersøkte Ramjan (2004) dette med utfordringene med den terapeutiske relasjonen. Her beskriver sykepleierne at de opplevde pasientene som manipulerende, svikefulle og dermed krevende. Flere av sykepleierne hadde en dømmende holdning, da de på grunn av mangel på kunnskap mente at pasientene hadde skyld i lidelsen og måtte bli friske på egenhånd. På bakgrunn av dette kan relasjonene oppleves som negative og fordømmende.

En levd relasjon kan i følge Hall og Graubæk (2010) bidra til håp, felleskap, utvikling, helse og modenhet. På den andre siden kan den også føre til håpløshet, angst, usikkerhet og sykdom. Hvis vi ser dette i en sammenheng med Travelbee (2007) sin teori hvor håpet er en viktig og motiverende faktor, er det den profesjonelle sykepleiers rolle å hjelpe pasienten med

å gjenvinne håpet dersom pasienten opplever håpløshet, men også hjelpe pasienten med å holde fast ved håpet.

van Ommen mfl. (2009) bekrefter at en levd relasjon kan bidra til håp, felleskap og utvikling. Pasientene i studien beskriver felleskapet ved at måltidene var sammen med andre pasienter på avdelingen, noe som bidro til håp da de kunne se at de andre pasientene var på bedringens vei. Pasientene har i etterkant sett viktigheten av å vende tilbake til hverdagslivet et steg av gangen. Dette var en utvikling for pasientene, da de gikk fra å være under strenge kontrollerte forhold til å gradvis ta tilbake kontrollen over seg selv.

Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) bekrefter også at en levd relasjon kan bidra til håp. Sykepleierne var en motivasjonsfaktor for pasientene fordi sykepleierne så lykkelige og sunne ut. Det bidro til håp, fordi pasientene ønsket å bli friske og sunne som sykepleierne en dag.

5.2 Kommunikasjon

Travelbee (2007) hevder at kommunikasjonen er viktig i menneske-til-menneske-forholdet. Det sykepleieren kommuniserer til den syke, vil enten hjelpe med å mestre den lange ensomheten med sykdom og lidelse, eller forsterke og øke opplevelsen av å være alene. Alle sykepleiere kommuniserer, men det er ikke alle som er bevisst på hva de kommuniserer.

Ut i fra studien til Snell, Crowe og Jordan (2010) fant de ut at pasientene kunne få en motstand i form av en blokkering om kommunikasjonen ikke var god. Dette kunne innebære at pasientene hadde en fornektelse angående sykdommen sin. De fant også ut at sykepleierens funksjon i dette tilfelle var at hun hadde ansvaret for kommunikasjonen med pasienten. Informasjonen pasienten ga videre formidlet sykepleieren til teamet som jobber rundt pasienten. Dette gjorde at det hvilte et stort ansvar på sykepleieren som måtte bruke en rekke ferdigheter for å kommunisere på en god måte. Dette beskriver studien som utfordrende da de måtte være veldig selvbevisste og forvalte sine egne følelser. Pasientene uttrykte ofte fiendtlighet ovenfor sykepleierne, og da måtte sykepleierne håndtere sine egne følelser og allikevel komme tilbake til pasienten gang på gang.

Kan dette være med å bidra til tillit da pasientene ser at sykepleierne ikke gir opp?

Håkonsen (1999) sier at oppmerksomhet, lytting, empati og tillit er grunnleggende for kommunikasjonen. Sykepleierne må også være bevisste på hvilke signaler man gir i form av hvordan man sitter, fester blikket og hvordan man bruker tiden med pasienten. Dette underbygges videre av Hummelvoll (2012) hvor han beskriver at kommunikasjon skjer ved hjelp av ord, klesplagg, håndtrykk og kroppsholdninger. Med kroppsholdning og bevegelser viser man for eksempel ønske om nærhet eller avstand, imøtekommenhet eller fiendlighet.

I studien Ramjan (2004) står det at en suksessfull relasjon krever at sykepleieren ikke bare skal ha høy kvalitet på kommunikasjon, og gode mellommenneskelige ferdigheter, men hun skal også være i stand til å skape tillit. Dette sier også Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) ved at mellommenneskelige ferdigheter, effektiv kommunikasjon og lyttferdigheter blir sett på som viktig av pasientene. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) underbygger også dette ved at det kanskje legges for mye vekt på ordene i samtalene sammen med pasientene. De mener at det er like viktig å ha en terapeutisk relasjon, da det er en del av behandlingen. De mener at dersom pasienten vil føle seg trygg nok, vil pasienten tørre å snakke mer ærlig med personalet. Dette vil kunne være særdeles viktig i forhold til pasienter med anorexia nervosa, da Skårderud (2004) hevder at dette er en svært lukket pasientgruppe.

Ut i fra Eide og Eide (2013) er det viktig at man som sykepleier må være trygg og omsorgsfull i sin kommunikasjon. Et hvert barn er unikt, og det er derfor viktig å huske på at barn er på hvert sitt utviklingstrinn som igjen kan utfordre sykepleieren til å kommunisere på den andres premisser. Man kan undre seg over om dette har en sammenheng med at studiene sier lite om kommunikasjon?

5.3 Selvfølelse

Skårderud (2004) hevder at det alltid ligger en lav selvfølelse til grunn for en spiseforstyrrelse. Dette fordi personene opplever dårlig kontroll over deler av livet.

Hva gjør økning av selvfølelsen i behandlingen?

I følge studien til van Ommen mfl. (2009) så kom viktigheten frem i at pasientene skal kunne være i stand til å vende tilbake til et normalt liv et skritt av gangen. De startet med enkle øvelser og aktiviteter som lærte pasientene til å tenke positivt om seg selv og var i stand til å øke deres selvfølelse. Pasientene understreker betydningen av at sykepleierne stoler på dem fordi det gjorde dem oppmerksomme på deres eget potensiale og som igjen økte deres selvtillit. Økningen av selvtilliten økte også ønsket om å bli utskrevet.

Samtidig mener Bakker mfl. (2011) også at det er viktig at pasientene kan vende tilbake til hverdagslivet ett skritt av gangen, men sier at foreldrene har en viktig rolle for å øke pasientens selvtillit med å kommunisere på en hensiktsmessig måte. Og gi pasientene lov til å ta egne valg.

5.4 Behandling

Behandlingsprosessen er i følge van Ommen mfl. (2009) delt inn i tre faser. Fase 1 er normalisering, fase 2 er struktur og fase 3 ansvar. Fase 1 begynner når pasienten blir lagt inn på avdelingen. Det å lære å spise igjen er sentralt i denne fasen. Sykepleierne støtter pasientene i normaliseringen fra dag en i behandlingen. Pasientene opplevde ekstremt mye stress rundt de første måltidene på grunn av at de måtte gjøre som sykepleierne sa, og at de måtte spise sammen med andre pasienter. De var på dette tidspunktet også livredde for å legge på seg, noe som gjorde disse måltidene svært ubehagelige for den enkelte. Pasientene ble i denne fasen i fratatt kontrollen over spising og trening. Sykepleierne styrte det meste i denne fasen. Både treningen og hva pasienten skulle spise. I den første perioden etter innleggelse, var det en sykepleier til stede hele tiden som sørget for at behandlingsregimet ble fulgt. Underveis fikk de hele tiden informasjon om lidelsen anorexia nervosa, for å øke pasientens forståelse og egen sykdomsinnsikt.

En studie som bekrefter at det å ta fra pasientene kontrollen er lønnsomt i behandlingen, er studien til Bakker mfl. (2011). Sykepleierne understreker hvor viktig det er på dette stadiet i behandlingen, at de tok over det fulle og hele ansvaret. Her blir pasienter som har kommet lengre i behandlingen brukt som rollemodeller for de nye pasientene, noe vi også ser i likhet med studien til van Ommen mfl. (2009).

Kringlen (2011) bekrefter også viktigheten av at de profesjonelle overtar ansvaret for spisingen og treningen til pasientene. Han sier at dette kan gi pasientene en følelse av trygghet. Han sier at det kan være viktig at pasientene har en sykepleier som kontaktperson. Primærsykepleieren skal sørge for at spise- og vektregime gjennomføres, og at man også må kontrollere at pasienten ikke kaster opp eller tar avføringsmidler.

Snell, Crowe og Jordan (2010) mener i likhet med van Ommen mfl. (2009) at viktigheten av gjentakende informasjon om lidelsen både fysisk og psykisk er viktig for å øke innsikten i egen situasjon.

Fase 2 i behandlingen handler i følge van Ommen mfl. (2009) at pasienten skal ta tilbake ansvaret for spising og trening og normalisering av hverdagslivet. I denne fasen får de en individuell plan som brukes som et arbeidsverktøy for å komme tilbake til hverdagen. I planen står det hvilke ansvarsområder pasienten har fått tilbake. Et eksempel er at i den første uka i fase 2 skulle pasientene forberede mellommåltidene sine selv med veiledning av en sykepleier. Når de mestret et ansvarsområde fikk de ansvar for et ansvarsområde til. Den individuelle planen hjalp pasientene steg for steg til å ta tilbake kontrollen over eget liv. Pasientene kunne ta egne valg i forhold til mat, som ble evaluert sammen med sykepleier i etterkant av måltidet. I denne fasen ønsket pasientene seg tilbake til hverdagslivet de hadde uten lidelsen anorexia nervosa, men kjente fortsatt på angsten for å spise og legge på seg. Informasjon om lidelsen vil også her i denne fasen være veldig viktig. Sykepleierne fungerte som rollemodeller da de deltok på måltidene og viste normale spisevaner. I denne fasen kunne pasientene også få helgepermisjon.

Dette kan ses i sammenheng med studien til Bakker mfl. (2011) da sykepleierne også her gir pasienten gradvis ansvaret tilbake. Også i denne studien evaluerte pasientene de selvalgte

måltidene i etterkant sammen med sykepleier. Her blir også valgene utvidet dersom de mestrer oppgavene sine. Ved å gi pasientene disse valgmulighetene innvier også sykepleieren til tillit. Dette er også viktig i forhold til den terapeutiske relasjonen, da Håkonsen (2006) hevder at sykepleieren må innvie til tillit for å kunne etablere en terapeutisk relasjon.

I likhet med studien til Bakker mfl. (2011) og van Ommen mfl. (2009) hvor viktigheten av evalueringen i etterkant av måltidene var svært viktig, underbygger Løkensgard (2005) dette ved at personer med anoreksi ofte har et stort behov for å snakke om følelser. Og særlig da rundt matopplevelser som kan ha vært en negativ opplevelse for pasienten. Dette vil også være med på at pasienten vil lære å kjenne seg selv, ved å klare å sette ord på sine egne følelser. Noe anoreksia pasienten ofte ikke er så vant til. Og dette kan være med på å bidra til at pasienten ser andre løsninger på problemene sine.

I følge Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) har den terapeutiske relasjonen en viktig rolle i behandlingen. Her kommer det frem at relasjonen var en motivasjon, fordi pasientene ønsket å gjøre sykeleierne sine stolte. De ønsket ikke å skuffe dem på noen måte. I følge deltakerne kunne relasjonen også motivere til bedring ved å gi bedre innsikt i hverdagen. I denne studien blir også fase 2 bekreftet med at pasienten gradvis får tilbake kontrollen, men at tilsynet fra sykepleieren blir opprettholdt.

Fase 3 er i studien til van Ommen mfl. (2009) den siste fasen i den kliniske behandlingen. Støtte og rådgivning ifra sykepleierne er fortsatt viktig. I fase 3 hadde pasientene ansvaret for spising og trening på egenhånd. Pasientene var på permisjon hver helg, og var på sin egen skole hver mandag. Oppholdet utenfor avdelingen ble senere utvidet med ytterligere en dag. Pasientene diskuterte vanskelige situasjoner, som omhandlet tilbakevenningen til hverdagslivet. Sykepleierne ga pasientene mer rom til å øve på å takle vanskelige situasjoner de møter i hverdagslivet. Sykepleierne utførte dette ved at de trakk seg mer tilbake, og oppfordret pasientene til å finne egne løsninger på problemene. Siden pasientene brukte mer tid hjemme og begynte å gå på sin egen skole, økte selvtilliten i forhold til ønske om å ta mer ansvar for egne handlinger innenfor mat og daglige aktiviteter. Dette økte også lysten til utskrivelse.

Bakker mfl. (2011) bekrefter dette i sin studie. I denne studien beskriver de også at når pasienten er i stand til å ytterligere ta egne ansvarlige valg i forhold til spisingen, så trakk sykepleierne seg mer tilbake og oppfordret pasienten til å ta egne valg. Denne prosessen vil også her i denne studien utføres både i avdelingen, men også på helgepermisjoner. Mot slutten av behandlingen oppfordrer sykepleierne om at pasientene skal delta på ulike sosiale arrangement, hvor de skal trene på normale spisevaner i slike sammenhenger. Dette er eksempelvis på skolen, hjemme og med venner. Hendelser som pasienten opplevde ble deretter evaluert sammen med sykepleier og foreldre.

Men hvordan ser pasientene på dette behandlingsregimet i ettertid?

I studien til van Ommen mfl. (2009) ble deltakerne intervjuet etter utskrivelse. Pasientene beskriver her viktigheten av å bli fratatt ansvaret for spising og trening. Pasientene så i etterkant av utskrivelsen at det var viktig at sykepleieren gjennom hele behandlingen ga informasjon om lidelsen. Dette hjalp pasientene med å sette sykdomsbildet i perspektiv. Pasientene beskrev at det var en motivasjonsfaktor at mange av måltidene var sammen med andre pasienter som da hadde kommet lengre i behandlingsprosessen, de ble da sett på som rollemodeller. Pasientene så også viktigheten av at de returnerte til hverdagslivet et steg om gangen. De syntes også det var viktig at sykepleierne så personen bak spiseforstyrrelsen.

I Travelbee (2007) sin teori påpeker hun at helsepersonell har en tendens til å se på pasientene som like og dermed kategorisere dem som arbeidsoppgaver og ikke individer. Hun mener dermed at i virkeligheten så finnes det ikke pasienter, men enkeltmennesker som har et behov for omsorg, tjenester og andre mennesker som kan gi dem den hjelpen de trenger. For pasienten har det mye å si å bli oppfattet som et unikt individ og ikke bare en sykdom eller som en oppgave.

Studien til Zugai, Stein-Parbury og Roche (2013) handler også om pasienter som var utskrevet fra avdelingen. Her forteller pasientene at de ikke likte alle reglene i starten av behandlingsprosessen, men at de så viktigheten av dette i etterkant. Pasientene beskriver her at de så på sykepleierne som motivasjonsfaktor. De så på sykepleierne som lykkelige og sunne, og ønsket å gjøre sykepleierne stolte ved å vise at de kunne bli friske.

5.5 Etikk rundt forskning

I studien til van Ommen mfl. (2009) var det en deltaker som ikke ønsket og delta. Dette er i følge Slettebø (2010) viktig at blir tatt hensyn til. Forskningsstudiene skal være på frivillig basis, og informasjonen rundt dette blir derfor svært viktig.

Det er også viktig at foreldrene får informasjon om forskningsstudien. Dette fordi det i helseforskningsloven § 17 (2008) står at personer mellom 16-18 år har samtykkekompetanse når det gjelder deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning. Dersom deltakerne er under 16 år har i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 (1999) foreldrene eller andre foresatte rett til samtykke for helsehjelp, men barn over 12 år har rett til å si sin mening i alt som anngår egen helse. Dette gjelder også innenfor forskning, da helseforskningsloven § 17 (2008) henviser til § 4-4 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) når det gjelder samtykke til forskning for deltakere under 16 år. Vi vet at dette er norske lover, og vi kan ikke bekrefte at samme lovverk gjelder i andre land.

Vi ser at alle studiene vi har med i vår oppgave har gjennomført sine forskningsstudier på frivillighet. Vi har også sett at det er samsvar med det norske lovverket nevnt ovenfor på de studiene hvor barna er intervjuet. Her har både barn og foreldre/foresatte blitt informert og samtykket.

Studiene i oppgaven vår har blitt godkjent av forskningsetiske komiteer, som viser at forskerne har tenkt på etikken.

5.6 Metodiske overveielser

Oppgaven er bygd opp etter undervisningsplanen for bachelor i sykepleie 2014.

Til oppgavens bakgrunns- og drøftningsdel har vi brukt pensumlitteratur fra pensumlista i undervisningsplanen og annen aktuell litteratur. Vi anser pensumet som er anbefalt av høgskolen som pålitelige, men det kan være svakheter ved noe av litteraturen da denne kan inneholde sekundærkilder. Sekundærkilden gjør sin egen tolkning av andres verk, og da kan opprinnelig tekst være feiltolket. Vi har i vår oppgave brukt noen sekundærkilder, og dette

fordi vi så på pensumet som relevant, og med en innleveringsfrist på oppgaven som gjorde tiden for knapp til å søke primærkilden innen gitt frist.

Våre forskningsartikler er primærkilder. Dette er en styrke da ingen har tolket det på sin måte. Forskningsartiklene vi har brukt står på engelsk, noe som kan være en svakhet da informasjonen kan feiltolkes på grunn av oversettelsen. Vi har også som inklusjonskriterier at artiklene skulle være innenfor en tidsramme på 10 år. Vi har likevel valgt å ta med en artikkel i fra 2004. Dette fordi vår bacheloroppgave startet med søk i 2014, i tillegg som vi fant denne artikkelen som svært relevant i vår oppgave.

I vår diskusjonsdel har vi valgt å trekke inn norske lover. Vi er klar over at det kan være andre lover i andre land, men har valgt å forholde oss til det som er aktuelt i Norge.

Vi hadde tenkt til å kontakte Kringsjåtunet som er en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnenhet. Hvor de også har en egen avdeling for unge med spiseforstyrrelser. Under arbeidet kom vi frem til at vi ikke ønsket å bruke tid på dette, da vi trengte tiden til å gjennomføre oppgaven med aktuell litteratur, da dette er et litteraturstudie.

Vi har oppgitt kilder i løpende tekst og litteraturliste etter høgskolen i Gjøvik og Harvard sine retningslinjer, som skiller andres og vårt arbeid.

Det å være en gruppe på 3 medlemmer har for oss vært til en stor fordel. Vi har fått samarbeidet godt og diskutert sammen og kommet til enighet rundt hele oppgaven. Arbeidsmengden har blitt jevnt fordelt, og vi begynte med arbeidet i desember 2014 som vi i ettertid har hatt god nytte av, for å slippe et stort tidspress med oppgaven.

6.0 KONKLUSJON

Problemstillingen for vår oppgave er: Hvilken rolle har den terapeutiske sykepleier-pasient-relasjonen i behandlingsprosessen hos unge pasienter med anorexia nervosa?

Ut i fra funnene vi har gjort har vi funnet ut at den terapeutiske sykepleier-pasient-relasjonen spiller en avgjørende rolle i behandlingsprosessen. Vi har sett at kunnskapen om lidelsen anorexia nervosa har en viktig faktor for den terapeutiske sykepleier-pasient relasjonen. Dette fordi at med god kunnskap om en lidelse vil gjøre noe med sykepleierens holdninger, og gjør at man klarer å se pasienten bak denne lidelsen. Med god kunnskap om lidelsen får man også gitt korrekt informasjon til pasienten, noe vi har sett er en del av sykepleieprosessen. Vi har også sett at kunnskapen er viktig for å kunne bruke seg selv terapeutisk, noe som er viktig i en terapeutisk sykepleier-pasient-relasjon, for å skape trygghet og tillit.

Vi har sett at tillit, kommunikasjon, holdninger og tilstedeværelse er viktig for å opprettholde en god terapeutisk sykepleier-pasient-relasjon, og en positiv opplevelse av innleggelsesperioden. Tillit har vi sett at man må jobbe for å få dannet. I funnene våres fant vi ut at det er viktig begge veier. Det er viktig at sykepleieren viser tillit til pasienten, sånn at pasienten føler mestring og økning av selvfølelse, og her med tanke på å ta tilbake kontrollen over egen spising og trening. Det er også viktig at pasientene har tillit til sykepleieren, da sykepleieren er i den daglige omsorgen for pasienten.

For å danne en god sykepleier-pasient- relasjon er kommunikasjon en viktig faktor.

Kommunikasjon til barn og ungdom kan være svært utfordrende for sykepleieren, men det er her viktig at sykepleieren ikke gir seg og viser at man kommer tilbake uavhengig av hvilke respons man får i fra pasienten. Det at sykepleieren reflekterer over sine egne holdninger i en kommunikasjon blir derfor essensielt. Hvordan man sitter i forhold til pasienten, og viser at man lytter til pasienten har vist seg å være av god effekt for kommunikasjonen. Dette gjør at pasienten føler seg sett, og danner en god relasjon til sykepleieren.

Vi har også funnet ut at den terapeutiske sykepleier-pasient-relasjonen fungerer som en motivasjonsfaktor, da pasientene ikke ønsker å skuffe sykepleierne. Dette forklares med at

ved at relasjonene binder pasienten og sykepleieren tett sammen, som har resultert i vektøkning.

Vi kan konkludere med at ved at sykepleier opprettholder den terapeutiske relasjonen er med på å bidra til en tilfriskning hos pasienten og veien tilbake til det normale hverdagslivet. Vi ser også at det trengs mer forskning på dette området, fordi dette er en ung pasientgruppe med en sammensatt lidelse, og det er viktig at de blir fanget opp av helsevesenet tidlig, og imøtekommes på en god måte. I og med at sykepleieren er i den daglige omsorgen til pasienten, er det viktig at kunnskapen hele tiden er oppdatert, dette gjøres blant annet via forskning.

7.0 LITTERATURLISTE

Aadland, E (2013). *“Og eg ser på deg...” Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aveyard, H (2014) *Doing a literature review in health and social care – a practical guide*. New York: McGraw Hill-Education/Open University Press.

Bakker, R. mfl. (2011) Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. I: *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 24 (1), s. 16-22.

Bjørk I.T og M. Solhaug. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. En ressursbok. Oslo: Akribe.

Dalland, O. (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Eide, E. og T. Eide (2013) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.

Eilertsen, B (2009) *Juss for sykepleiere*. Oslo: Jussboka.no.

Folkehelseinstituttet (2009) *Livet med anoreksi - erfaringer fra mennesker med diagnosen* [online]. URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/04d4b275f5.pdf> (07.04.2015).

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

Foss, M.H (2014) *Kvalitet i sykepleie* [online]. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (07.04.2015).

Hall, E. O. C og A-M Graubæk (2010) Pasientologi-fra fortelling til grunnleggende verdier. I: Graubæk, A-M. (red.). *Å være pasient-en innføring i pasientologi*. Oslo: Akribe, s. 51-72.

Halvorsen, I. og T. Bergwitz (2010) *Spiseforstyrrelser* [online]. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. URL: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-50-spiseforstyrrelser/> (16.04.2015).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskning> (24.04.2015).

Helsenorge (2014) *Om spesialist- og kommunehelsetjenesten* [online]. URL: <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/om-spesialist-og-kommunehelsetjenesten> (16.04.2015).

Helse-og omsorgsdepartementet (1997) *Prioritering på ny - gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste* [online]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e2c9e765bf484b2ba4e05dd545a6302d/no/pdfa/nou199719970018000dddpdfa.pdf> (09.04.2015).

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

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

Kringelen, E (2011) *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N og P. Nortvedt (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 83-133.

Løkensgard, I (2005) *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Murray, A. L mfl. (2011) How to develop patient trust in anorexia treatment. I: *Nursing times*, 107 (3), s. 24-26.

Norheim, A.J (2010) Allmennlege på New Zealand. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 130(15). URL: <http://tidsskriftet.no/article/2000099/> (09.04.2015).

Olsen, D.Ø (2002) Saksmål lammer australsk helsevesen. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online]. 122(17). URL: <http://tidsskriftet.no/article/570168/> (09.04.2015).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (09.04.2015).

Polit, D. F, og C.T. Beck (2014). *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (09.04.2015).

PsykNytt (2011) *Bekrefter høy dødelighet ved spiseforstyrrelser(utvalgt forskning)* [online]. Helsebiblioteket. URL: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/bekrefter-h%C3%B8yd%C3%B8delighet-ved-spiseforstyrrelser-utvalgt-forskning> (15.04.2015).

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

Rør, A (2009) *Spiseforstyrrelser symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal.

Skårderud, F (2004) *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal.

Slettebø, Å (2010) *Forskningsetikk*. I: Brinchmann, B.S (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal, s. 207-224.

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

Snoek, J.E. og K, Engedal (2009) *Psykiatri, kunnskap-forståelse-utfordringer*. Trondheim: Akribe.

Solvoll, B-A. (2008) Identitet og egenverd. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b3*. Oslo: Gyldendal, s 118-156.

Statens Helsetilsyn (2000) *Alvorlige spiseforstyrrelser-retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* [online]. URL:

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf (15.04.2015).

Svartdal, F (2014) *Fagfelle vurdering* [online]. Store norske leksikon. URL:

<https://snl.no/fagfellevurdering> (19.04.2015).

Travelbee, J (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

van Ommen, J. mfl. (2009) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. I: *Journal of Clinical Nursing*, 18 (20), s. 2801-2808.

Zugai, J., J. Stein-Parbury, og M. Roche. (2013) Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. I: *Journal of Clinical Nursing*. 22 (13-14), s. 2020-2029.

8.0 VEDLEGG

8.1 Søkehistorikk skjema

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Eating disorder 2. Nursing 3. Nurse-patient relationship	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3	35
1. Eating disorder 2. Nursing 3. Nurse-patient-relationship 4. Youth	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3 and 4	0
1. Nurse-patient-relationship 2. Young 3. Anorexia Nervosa	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3	12
1. Eating disorder 2. Nursing 3. Treatment 4. Discouse	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3 and 4	69
1. Adolescents 2. Anorexia Nervosa 3. Nursing 4. Interpersonal relationship	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3 and 4	14
1. Anorexia Nervosa	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3	282

2. Weight gain 3. Nursing			
1. Anorexia Nervosa 2. Body weight 3. Nurse 4. Patient	Ovid Nursing database (Ovid)	1 and 2 and 3 and 4	123
1. Anorexia Nervosa 2. Adolescent 3. Nursing	PsychInfo (Ovid)	1 and 2 and 3	2
1. Therapeutic relationship 2. Anorexia nervosa 3. Nursing	Cinahl Complete	1 and 2 and 3	7