



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave).

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnr:70

Leveringsfrist: 23.02.12.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Fagansvarlig: Benny Huser

”På hvilke måter kan jeg som sykepleier bidra til å etablere og opprettholde et terapeutisk forhold til jenter med diagnosen anoreksia?”



Hentet fra: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Creative-therapies.html>

Antall ord: 7359

Kandidat nr: 70

Kull: 2009

Veileder: Aina Skorpen

Beautiful

*I was so unique
Now I feel skin deep
I count on the make-up to cover it all
Crying myself to sleep cause I cannot keep their attention
I thought I could be strong
But it's killing me*

*Does someone hear my cry?
I'm dying for new life*

*I want to be beautiful
Make you stand in awe
Look inside my heart,
and be amazed
I want to hear you say
Who I am is quite enough
Just want to be worthy of love
And beautiful*

*Sometimes I wish I was someone other than me
Fighting to make the mirror happy
Trying to find whatever is missing
Won't you help me back to glory*

*You make me beautiful
You make me stand in awe
You step inside my heart, and I am amazed
I love to hear You say
Who I am is quite enough
You make me worthy of love and beautiful*

-Bethany Dillon-

Sammendrag

Tema: Anoreksia er en psykisk lidelse som gir fysiske symptomer, og hele 90 % av de som rammes er kvinner. Funn viser at det har vært en betydelig økning av sykdommen de siste 50 årene, noe som tilsier at sykepleiere trolig vil møte disse pasientene i praksis. Jeg har valgt å skrive om anoreksia fordi dette er en kompleks sykdom som fanger min interesse. Temaet og fokuset i oppgaven er sykepleiers terapeutiske forhold til jenter med anoreksia.

Problemstilling: *På hvilke måter kan jeg som sykepleier bidra til å etablere og opprettholde et terapeutisk forhold til jenter med diagnosen anoreksia?*

Hensikt: Hensikten er å tilegne meg kunnskap om hvilke aspekter av sykepleie som er viktig i det terapeutiske forholdet til jenter med anoreksia. Jeg ønsker å øke min forståelse på dette området slik at jeg kan bruke denne kunnskapen i praksis.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie.

Resultat: Funn viser at gode relasjoner danner grunnlaget for forholdet mellom sykepleier og pasient. Empati, tillit, kommunikasjon, støtte og tilgjengelighet er vesentlige faktorer som spiller en viktig rolle i det terapeutiske forholdet.

Abstract

Theme: Anorexia is a psychological disorder which leads to physical symptoms, and about 90% of the affected are women. Historical findings show that there has been an increase in the number of affected people in the last 50 years. This suggests that nurses most likely will meet a number of patients affected by this disease in their line of work. I have chosen to write about anorexia because this is a complex disease which catches my interest. The theme and focus in this thesis, is the therapeutic relationship between nurses and girls with anorexia.

Issue: *In which way, can I as a nurse contribute to establish and maintain a therapeutic relationship to girls with the diagnosis of anorexia?*

Purpose: The purpose of this assignment is to acquire knowledge of which aspects of nursing are important in the therapeutic relationship to girls with anorexia. My aim is to increase my knowledge in this area, so that I can use this knowledge in my work practice.

Method: The assignment is a systematic literature study.

Results: Findings show that good relations form the basis for the relation between a nurse and the patient. Empathy, trust, communication, support and availability are significant factors which play an important role in the therapeutic relationship.

Innhold

Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 Innledning.....	7
1.1 Valg og begrunnelse av tema	7
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	8
1.2 Presisering og avgrensning av problemstilling.....	8
1.3 Oppgavens oppbygging.....	8
2.0 Teoretisk rammeverk.....	9
2.1 Anoreksia.....	9
2.2 Sykepleie og menneskesyn.....	10
2.3 Joyce Travelbee.....	10
2.4 Relasjon.....	11
2.4.1 Relasjoner og sykepleie.....	12
2.5 Tillit.....	12
2.6 kommunikasjon	13
2.6.1 Kommunikasjon med spiseforstyrrede	14
2.7 Empati	15
2.8 Brukermedvirkning	16
3.0 Metode.....	17
3.1 Litteraturstudie som metode.....	17
3.2 Metodens sterke og svake sider.....	18
3.3 Framgangsmåte for søk og valg av litteratur.....	18
3.4 Kildekritikk	19
3.5 Forskningsetikk	20
4.0 Presentasjon av forskningsartikler.....	22
5.0 Drøfting	24
Relasjon.....	24
Tillit.....	27
Brukermedvirkning	28
6.0 Konklusjon	30
Litteraturliste:	31
Vedlegg 1- søketabell.....	34
Vedlegg 2- resultattabell	36

1.0 Innledning

1.1 Valg og begrunnelse av tema

I dagens samfunn er det et enormt fokus på kropp og helse. Gjennom media kan vi stadig lese og se oppslag om hvilke dietter som gir vektnedgang og hvor mye man bør trene, hva som er bra for helsen og hvordan vi skal se ut. I tillegg så har vi et motebilde hvor vi ser modeller med et kroppsideal som få mennesker kan oppnå. Undersøkelser fra utlandet viser at 0,2-0,5 prosent av kvinner mellom 15 og 25 år lider av anoreksia. I Norge tilsvarer dette 25–35 000 kvinner. Hele 90 % av de som rammes av spiseforstyrrelser er kvinner og 10 % er menn. De siste 50 årene har det vært en betydelig økning av lidelsen (NOU 1999:13). Det finnes ingen konkrete undersøkelser på hvorfor anoreksia rammer akkurat kvinner, men kvinners biologiske forhold og kulturens krav om å være tynn kan være en utløsende faktor (Skårderud, 2004). På bakgrunn av disse opplysningene så tror jeg at sykepleiere stadig vil møte pasienter denne diagnosen i praksis.

Jeg har valgt å skrive om anoreksia da dette er et tema som jeg finner interessant. Anoreksia er en psykisk lidelse som gir fysiske symptomer (Skårderud, 2004). Jeg kan derfor møte denne pasientgruppen både i somatiske avdelinger på sykehus og i psykiatrien. Selv har jeg liten erfaring om akkurat dette temaet i fra praksis, men jeg har personlig sett og erfart hva denne lidelsen kan gjøre med et menneske.

Psykiatrien var et praksisområde som fattet min interesse, men jeg syntes det var utfordrende å skulle oppnå kontakt med pasientene da jeg ikke hadde tilstrekkelig med kunnskaper om diagnosen de hadde. Men jeg oppdaget fort at den faglige kunnskapen bare var en liten del behandlingen. Det var min tilstedeværelse og måten jeg samhandlet med dem som først og fremst hadde betydning for vår kontakt.

Jeg tenker at gode relasjoner mellom sykepleier og pasient danner basisen for et godt behandlingsforløp. I oppgaven ønsker jeg derfor å rette fokuset på forholdet mellom sykepleier og pasient, og hvordan jeg som sykepleier kan bidra for å etablere og opprettholde et terapeutisk forhold til pasienter med anoreksia. Jeg ønsker å øke min forståelse på dette området slik at jeg kan bruke min kunnskap i møte med pasienter med anoreksia.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen min ble: ”På hvilke måter kan jeg som sykepleier bidra til å etablere og opprettholde et terapeutisk forhold til jenter med diagnosen anoreksia?”

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen min og fokusere på jenter i tenårene med diagnosen anoreksia. Jeg utelukker den somatiske og den medisinske delen av behandling fordi jeg har valgt å fokusere på de terapeutiske og psykiske aspektene. Det terapeutiske forholdet er viktig uansett om man møter pasienter med anoreksia på psykiatrisk institusjon eller ved somatiske avdelinger på sykehus. Jeg vil derfor ikke begrense problemstillingen på hvor jeg som sykepleier møter pasienten. På grunn av oppgavens disposisjon så har jeg valgt å utelukke pasientens pårørende, selv om jeg er innforstått at også de er en viktig del av behandlingen av tenåringer med anoreksia.

Håkonsen (1999) definerer et terapeutisk forhold som sykepleiers samhandling til pasienter på en medmenneskelig måte. Ut i fra studier jeg har lest på området så er relasjon, kommunikasjon, empati og tillit noen av aspektene som bidrar til gode relasjoner i et terapeutisk forhold.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven min er delt inn i kapitler. I første kapittel presenterer jeg begrunnelsen for valg av tema og problemstillingen. Deretter kommer teoridelen hvor jeg skriver om den sykepleierteoretikeren som jeg har valgt å bruke og de teoretiske begrepene som jeg mener er relevant for oppgaven min. Videre skriver jeg om hvilken metode jeg har valgt, hvordan jeg har gått frem i valget av litteratur, kildekritikk og etiske aspekter. Her vil jeg også presentere artiklene som jeg har valgt å bruke. Deretter kommer drøftingsdelen av oppgaven hvor jeg drøfter teori og artikler opp mot hverandre. Til slutt i oppgaven kommer en reflekterende konklusjon.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Anoreksia

Ordet anorexia kommer fra gresk og betyr mangel på lyst til å spise (Nygaard, 1994, s. 11).

Hva er Anoreksia: Anoreksia er en psykisk lidelse hvor man har spisevegring og angst for å legge på seg. Man er overopptatt av kropp, vekt og utseende og har vansker med å forholde seg til mat, tanker og følelser. Mange opplever en følelse av kontroll, fordi de klarer å kontrollere behovene for mat, mens andre gjerne gir etter for lyster og fristelser. Fremtredende fysiologiske symptomer er: uteblivelse av menstruasjon avmagring, lavt stoffskifte, dehydrering, tørr hud, håravfall og lavt blodsukker. Psykologiske symptomer er: hyperaktivitet, følelsesmessig ustabilitet, senket stemningsleie, sløvheter, bisarr atferd, nedsatt konsentrasjonsevne, økt opptatthet av mat og asosialitet (Skårderud, 2004). Kontakten med egne følelser svekkes, verbaliseringen blir vanskelig og pasientens livsutfoldelse og livskvalitet blir sterkt redusert (Hummelvoll, 2004).

Årsak: Utløsende faktorer ved spiseforstyrrelser kan være mobbing, tidlig pubertet, store presentasjonskrav, tap og konflikter, endrete livsvilkår, skader ved idrett og slanking (Haugsgjerd, Skårderud & Stanicke, 2010).

Behandling: Sykehusinnleggelse er påkrevd hvis pasienten har en alvorlig grad av spiseforstyrrelse og tilstanden er livstruende. Andre behandlingstiltak er psykoterapi, psykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk sykehus. De fleste kommuner har også psykiatrisk sykepleietjenester som samarbeider med legene i kommunen om oppfølging av pasienten (Hummelvoll, 2004).

2.2 Sykepleie og menneskesyn

Menneskesynet i sykepleie er viktig fordi så mye kan avledes av det, for eksempel synet på hva som er sykepleierens mål og hensikt, hva helse og sykdom er, og hva som er et menneskeverdig liv (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, s. 153).

Sykepleie bygger på et menneskesyn som er humanistisk. Humanistisk menneskesyn er å sette mennesket i sentrum og se mennesket som unikt og særegent. En vektlegger at alle mennesker er like mye verdt, ikke i kraft av hva de gjør, men fordi det er et menneske. Forholdet mellom sykepleier og pasient er likeverdige, alle er like mye verdt selv om en har nedsatt funksjonsevne og egenomsorg (Kristoffersen et. al, 2005).

2.3 Joyce Travelbee

I oppgaven min har jeg valgt å bruke Joyce Travelbee's teoretiske perspektiv på sykepleie. Et sentralt begrep i Travelbee's sykepleiertenkning er etablering av et menneske- til menneskeforhold. Grunnen til at jeg velger henne er fordi hun blant annet retter fokuset på mellommenneskelige relasjoner, noe som er relevant for min problemstilling.

Joyce Travelbee ser på et hvert menneske som unikt og særegent. Hennes sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og det faktum at lidelse og smerte er en unngåelig del av menneskelivet. Sykepleier skal hjelpe den lidende og syke, til å finne mening i det vedkommende gjennomlever. Hun tar sterk avstand fra pasientbegrepet og ser på forholdet mellom sykepleier og pasient som et menneske – til menneske forhold der partene er likeverdige personer. Forholdet etableres gjennom en prosess av ulike gjennomgående faser: det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og etablering og gjensidig forståelse av kontakt. Et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et menneske- til menneske forhold er kommunikasjon. Gjennom kommunikasjon formidler mennesker sine tanker og følelser til hverandre. Det er en kontinuerlig prosess der partene kommuniserer verbalt med ord, og nonverbalt med mimikk, tonefall og berøring. Ved kommunikasjon blir sykepleier kjent med pasienten som person og kan dermed kartlegge og planlegge pasientens særegne behov for sykepleie.

Etter hvert som identitetene deres trer fram og rolleoppfatningen er blitt svakere, vil sykepleieren og pasienten etablere et forhold. Sykepleieren oppfatter pasienten som forskjellig fra andre pasienter, mens pasienten ser på sykepleierens som en særegen person (Kristoffersen et. al, 2005).

Selv om Travelbee tar sterk avstand fra begrepet sykepleier- pasient, så vil jeg likevel i oppgaven bruke dette begrepet da jeg har erfart og oppfattet at det er dette som anvendes i helsevesenet.

2.4 Relasjon

*Begrepet "relasjon" kommer av det latinske ordet **relatio**, som egentlig betegner det at én gjenstand står i forbindelse med en annen" (Eide & Eide, 2007, s 17).*

Relasjon er et forhold, kontakt eller en forbindelse mellom mennesker. Helsefaglig betegnes begrepet som hjelperens forhold til pasienten, pårørende og kolleger (Eide & Eide, 2007).

Profesjonell terapeutiske relasjoner i sykepleie innebærer at man som sykepleier bruker både faglighet og menneskelighet i samvær med pasienten. En må være i stand til å ha distanse til pasientens situasjon, gjøre faglige vurderinger og handlinger, samtidig som man gjennom sin menneskelighet skaper nærhet og kontakt (Håkonsen, 1999). For å oppnå relasjon til pasienter så må sykepleier bygge opp tillit ved å være tålmodig og forståelsesfull på en medmenneskelig måte. Relasjon mellom sykepleier og pasient etableres i følge Travelbee gjennom etableringen av et menneske- til menneske forhold (Kristoffersen et. al, 2005). Forholdet mellom sykepleier og pasient innebærer at de framstår for hverandre som likeverdige subjekter med et felles mål som er til pasientens beste (Brinchmann, 2008).

2.4.1 Relasjoner og sykepleie

Det kan være vanskelig for sykepleier å skulle skape gode relasjoner til pasienter som er spiseforstyrret, da de ikke betrakter seg selv som syk. Personer med anoreksia lukker seg inne i seg selv og har en strategi om å avstenge og innkapsle seg fra omverdenen. Man kan si at kroppen blir som et lite bur hvor få eller ingen får slippe inn (Skårderud, 2004).

I følge Travelbee så må sykepleier i det første innledende møtet, forholde seg til pasienten som en hvilken som helst pasient hvor begge partene observerer hverandres væremåte, handlinger og språk. En utfordring for sykepleier i denne fasen kan være å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se han som den personen han er og ikke som den pasienten han er (Kristoffersen et. al, 2005). Selv erfarne fagfolk forbauses over den viljestyrken og benektingen av tilstandens alvorlige karakter som anorektikere viser. Motivasjonen for behandlingen er usikker og svak da de ser på spisemønsteret som en løsning, og ikke som et problem. Det første møtet mellom sykepleier og pasient er avgjørende for det videre samarbeidet. Pasienten vil være følsom for de holdningene som hun møter hos sykepleier. Sykepleieren må prøve å skape en atmosfære av tillit, forståelse og kommunikasjon. Etablering av en god arbeidsallianse kan være avgjørende for pasientens utbytte av behandling og omsorg (Hummelvoll, 2004). Men et hvert slikt møte med en psykisk lidende kan også være utfordrende, selv for profesjonelle. Mennesker med personlighetsforstyrrelser kan ha vansker med å regulere følelsene sine, noe som kan skade relasjonen både på kort og lang sikt. Holdningen vi møter pasienten med utgjør kjernen for behandlingen (Haugsgjerd, et. al, 2010).

2.5 Tillit

Tillit vil være det første som står på spill når to mennesker møtes. Man må vise tillit, men man må også vinne tillit. Sykepleierens faglige kompetanse er en forutsetning for å oppbygge et tillitsforhold til pasienten. Hun må derfor sikre at hun har den kompetansen som kreves av henne for å kunne hjelpe pasienten med hans behov. Ved tillit gir pasienten noe av seg selv noe som også gjør pasienten ekstra sårbar. Sykepleieren har derfor et ansvar for å ta vare på den tilliten som hun har oppnådd.

Tillit har også en grunnleggende betydning for pasientens trygghet, og det er derfor viktig at sykepleieren ikke ignorerer tilliten som er blitt gitt (Bjørk, Helseth, Nortvedt, 2002). Travelbee understreker at sykepleier har et ansvar for å ta vare på tilliten hun er gitt. Når pasienten åpner seg for sykepleieren, så vil hun desto mer bli skuffet dersom sykepleieren skulle foreta seg noe som gir henne opplevelse av at tillitten er svekket (Kristoffersen et. al, 2005).

2.6 kommunikasjon

*Begrepet "kommunikasjon" kommer av det latinske begrepet **comunicare**, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2007, s. 17).*

Kommunikasjon innen helsefag er pasientrettet. Man formidler informasjonen på måter som bidrar til å løse problemer og stimulerer til at pasienten mestrer sin situasjon så godt som mulig. Men det finnes ingen enkel og fastsatt oppskrift på god kommunikasjon. Hver enkelt pasient er unik og har unike behov. Ved dårlig kommunikasjon er det fare for profesjonelle feil eller mangler. For å forebygge uheldige valg og dårlige løsninger, så må en aktivt lytte og kommunisere klart med pasienten (Eide & Eide, 2007)

Aktiv lytting er i følge Eide og Eide (2007) kanskje den viktigste, mest grunnleggende og komplekse ferdigheten i profesjonell kommunikasjon. Ivey (1988) grupperer aktiv lytting i delferdigheter:

- Nonverbal atferd som viser at man er henvendt mot, og oppmerksom på den man snakker med.
- Små verbale oppmuntringer som viser at man er til stede og følger med
- Å stille spørsmål som utdyper det personen snakker om
- Å parafrasere eller omformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut at man har hørt riktig
- Å speile den andres følelser og derved formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden
- Å sammenfatte følelser og innhold av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakker om (Eide & Eide, 2007, s. 23).

Nonverbal og bekreftende kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon, uansett hvilke pasienter vi har med å gjøre. Å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte kan skape den tryggheten og tilliten som den andre trenger for å åpne seg, dele tanker og følelser (Eide & Eide, 2007).

2.6.1 Kommunikasjon med spiseforstyrrede

Travelbee understreker at det ikke finnes noen mirakelkurer og magiske fraser som automatisk fører til et godt kontaktforhold mellom sykepleier og pasient. Sykepleier må utvikle kommunikasjonsferdigheter og teknikker som hun kan bruke som et hjelpemiddel når hun vil oppnå bestemte hensikter eller resultater (Kristoffersen et. al, 2005). Den som har spiseforstyrrelse kjemper om full kontroll over egne følelser og presentasjoner.

Spiseforstyrrelser er ikke å ha kontroll, det er en *liksom- kontroll* som handler om å ta kontroll over sin egen kropp og appetitt (Skårderud, 2004). Mange personer med spiseforstyrrelser er derfor motvillig og ambivalente til behandling da dette vil medføre spising og reduksjon av kontroll. For å klargjøre behandlingssituasjonen og gjøre den oversiktlig for pasienten, så må sykepleier presisere hvilke rammer og innhold behandlingen inneholder og at opplegget tilpasses pasientens behov og situasjon (Hummelvoll, 2004).

Det kan også være klokt at sykepleier får fram hvilke forventninger pasienten har til behandlingen. Sykepleieren må ordlegge seg slik at pasienten ikke føler seg tvangsforet. En god balansegang vil være og ikke invaderende og respektere pasientens grenser, samtidig som sykepleier har en viss grad av kontroll. Pasienten kan ha angst for å miste sin hardtkjempende kontroll så denne balansegangen kan være vesentlig for at pasienten skal utvikle motivasjon for samarbeid. Sykepleier må sammen med pasienten sette opp kortsiktige mål som sikter mot å redusere pasientens angst, gjenopprettelse av en akseptabel vekt og normalisering av spisemønsteret. Sykepleierens støtte, tilgjengelighet og formidling om spiseforstyrrelsen negative konsekvenser, kan i behandlingsforløpet være angstdempende å skape trygghet for pasienten (Hummelvoll, 2004).

2.7 Empati

*Empati kommer fra det greske **empathia**. Det er en sammensetning av en (inn) og pathos (følelse), og kan direkte oversettes med innfølelse, samfølelse eller innlevelse (Eide & Eide, 2007).*

Empati er å sette seg inn i en annens situasjon, å ha evnen til å lytte og forstå den andres følelser og reaksjoner. Evnen til innlevelse gir sykepleieren mulighet til å oppfatte hva den andre føler og melde tilbake at følelsen er oppfattet og blir respektert (Eide & Eide, 2007). I følge Travelbee er empati å ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en person er i der og da. Man forstår den andres tanker og følelser samtidig som man holder seg selv avskilt fra den andres (Kristoffersen et. al, 2005). Skårderud (2004) definerer empati som å stå i den andres sko, uten å ta dem på seg og gå.

Sykepleiernes personlige følelser ovenfor pasienten kan også bli et problem da man ikke alltid har positive følelser ovenfor pasienten. Pasientene kan være frekke, sure og vanskelige, noe som kan få personalet til å trekke seg unna (Eide & Eide, 2007). Travelbee understreker at empati ikke er en kontinuerlig prosess, men noe som man opplever i enkeltsituasjoner. Man kan forholde seg til pasienten i ulike situasjoner, men bare oppleve empati en gang i blant (Kristoffersen et. al, 2005).

Det er også en nær forbindelse mellom profesjonell empati og fagkunnskap. Fagkunnskap er viktig for å kunne ha evnen til å leve seg inn i et annet menneske. Uten tilstrekkelige fagkunnskaper så vil man ikke være i stand til å oppdage det som er viktig for pasienten, og da hjelper det heller ikke med gode kommunikasjonsferdigheter. Empati er helt nødvendig for kunne kommunisere godt. Når man har gode fagkunnskaper og kunnskap om sykdommen som pasienten har, så har man lettere for å oppfatte hva den andre føler og tenker (Eide & Eide, 2007).

Sykepleiere trenger gode fagkunnskaper om aspektene ved spiseforstyrrelser, men behandlingen av sykdommen er likevel ofte krevende, langvarig og gir gjerne både skuffelser, gleder og oppgitthet. Man satt sine faglige og menneskelige kvalifikasjoner på prøve og det kan være nærliggende å avvise pasienter som ikke behandlingsmotivert. Personalet som jobber med spiseforstyrrede trenger veiledning fra utenforstående perspektiv. For å øke deres kvalitet på arbeidet så trenger de noen som kan korrigere og støtte deres utvikling som fagperson (Hummelvoll, 2004).

2.8 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er nedfelt i Pasientrettighetsloven § 3-1 der pasienten og brukeren har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63).

Brukermedvirkning vil si å sette brukeren i sentrum. Betegnelsen *bruker* er i denne sammenheng pasienten. Med brukermedvirkning skal pasienten være med i utformingen av tiltak og i behandling av seg selv. Pasienten har en aktiv rolle som deltaker og medvirker i behandlingsforløpet hun følger (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009)

Pasienten har rett til å fatte beslutninger om sitt eget liv og skal respekteres for dette. Det handler om valgfrihet, innflytelse, selvbestemmelse og egenaktivitet i møte med fagpersoner og fagtjenester. Psykisk syke som mangler innsikt og ikke klarer å ta beslutninger mangler gjerne ressurser eller motivasjonen til å medvirke som bruker. Som helsefagarbeider må en være klar over dette samtidig som en ikke fratrar dem ressursene de har. Brukermedvirkningen må da tilpasses formen og graden til pasientens ressurser og tilstand. I respekt for pasientens rett til medvirkning så må en vurdere pasientens mulighet og evne til selvbestemmelse. Brukermedvirkning betyr ikke at vi som helsefagarbeidere skal gi fra oss ansvaret eller å overlate alt til pasienten, men vi må bidra med våre fagkunnskaper og ferdigheter for å sikre at pasienten får den hjelpen vedkommende trenger samtidig som en ivaretar vedkommendes rett til medvirkning (Fjørtoft, 2006).

3.0 Metode

Tranøy definerer metode som en framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2007, s.83).

Metode er et redskap som hjelper oss til å samle inn data når vi skal undersøke noe og komme fram til ny kunnskap. Ved hjelp av metode får vi den informasjonen vi trenger til vår undersøkelse. Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode former informasjon om til målbare enheter slik at det gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner. Kvalitativ metode lar seg ikke tallfestes men tar for seg mening og opplevelser. Fellestrekk for metodene er at de begge tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2007).

Begrepe metode og vitenskap henger i følge Tranøy nøye sammen. Å være vitenskapelig er å være metodisk (Dalland, 2007 s.82).

3.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven min er en litteraturstudie. I HSH's retningslinjer for bacheloroppgave står det at vi skal anvende litteraturstudie som metode.

Litteraturstudium er å søke systematisk, granske kritisk, analysere og sammenligne den litteraturen som finnes innenfor et valgt tema. En forutsetning for å kunne utføre systematisk litteraturstudie, er at det finnes tilstrekkelig med studier som er av god kvalitet da dette danner grunnlaget for oppgaven (Forsberg & Wengström, 2008). Det er vanlig å bruke litteraturstudie som metode når hovedoppgaver skal skrives. Litteraturen man velger blir innsamlingsdata, på samme måte som respondenter er i et intervju. Litteraturdata hentes fra vitenskapelige artikler eller rapporter, vanligvis 5-6 stykker. I drøftningsdelen setter man innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunnsdelen og drøfter ut fra problemstillingen man har valgt. Som ved andre oppgaver, så skal også litteraturstudiet bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger, innsamlingsmetoder (Olsson & Sörensen, 2003).

3.2 Metodens sterke og svake sider

Et litteraturstudium har både sterke og svake sider. Den sterke siden er at litteratur og forskning på et valgt tema allerede eksisterer. På den måten finner man lettere fram til informasjonen en trenger. Informasjonen kan man finne gjennom bøker og forskningsartikler.

Den svake siden ved et litteraturstudium er at det er begrenset forskning innenfor det valgte temaet. I tillegg så kan ulike forskere komme fram til forskjellige resultater om det samme temaet (Forsberg og Wengström, 2008).

3.3 Framgangsmåte for søk og valg av litteratur

Ved framgangsmåte for søk og valg av forskningslitteratur så har jeg brukt databaser via HSH og biblioteket sine sider. Til å begynne med søkte jeg gjennom databasene Pro Quest, Svemed +, Cinahl og Ovid Nursing Index. Men det var i databasene Ovid Nursing Index og Cinahl jeg fikk flest oversiktlige treff. Søkeordene jeg brukte var: "anorexia", "teenager (s) OR adolescent (s)", "nurse(s) OR nursing", "patient perspective", "therapeutic relationship" og "Norway OR Norwegian". Jeg kombinerte disse søkeordene for å komme fram til de mest relevante artiklene, funnene presenteres i tabell (Vedlegg 1).

I databasen Cinahl fikk jeg 35 treff, ved å kombinere søkeordet "anorexia", "teenager(s) OR adolescent(s)" og "nursing OR nurse". Jeg valgte ut 2 artikler fra dette søket:

Den første artikkelen jeg valgte heter "*Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective*", skrevet av Susan J. King og Turner de Sales, 2000. Artikkelen er relevant for min oppgave fordi den omhandler sykepleieres opplevelse og erfaringer om hvordan det er å jobbe med unge kvinner som har anoreksia.

Den andre artikkelen jeg valgte heter "*Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective*", skrevet av Joyce van Ommen, Esther Meerwijk, Marijke Kars, Annemarie van Elburg og Berno van Meijel, 2008. Artikkelen er relevant for oppgaven min da forfatterne retter søkelyset på pasienters opplevelse og hva de anså som viktig og effektivt i behandlingsforløpet av anoreksia.

For å konkretisere søket i Cinahl, så brukte jeg søkeordet ”therapeutic relationship”, ”nurse(s) OR nursing” og ”anorexia”. Jeg fikk da opp 7 treff og valgte artikkelen “*Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa*” skrevet av Lucie M. Ramjan, 2004. Artikkelen er relevant for oppgaven min fordi den tar for seg sykepleieres erfaringer og opplevelser i behandlingen av anorektiske ungdommer.

I databasen Ovid Nursing Index fikk jeg totalt 4 treff, ved å kombinere søkeordet ”anorexia”, ”nurse(s) OR nursing” og ”therapeutic relationship”. Jeg valgte ut artikkelen: “*Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses perspective on effective interventions*”, skrevet av René Bakker, Berno van Meijel, Laura Beukers, Joyce van Ommen, Esther Meerwijk og Annemarie van Elburg, 2010. Artikkelen er relevant for min oppgave fordi den belyser hvilke intervensjoner som viser seg å være mest effektiv i behandlingsforløpet ved anoreksia.

Jeg hadde kriterier om at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, men valgte likevel ut én, da jeg syntes denne hadde tydelige aspekter av det oppgaven handler om. Jeg har valgt ut artikler som henholdsvis tar for seg sykepleieres og pasienters opplevelser og erfaringer i behandlingen av anoreksia. For å komme fram til en konklusjon i problemstillingen min, så tenker jeg det er viktig å se på to perspektiver av samme sak. Kriteriene for valget er at artiklene er at de er relevant i forhold til det jeg vil undersøke, at hensikten med studiet tydelig kommer fram, hvilken metode som er brukt og hvilket utvalg som er med.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som fastslår om en kilde i oppgaven er sann. Kildene som benyttes vurderes og karakteriseres av oppgaveskriver. Hensikten med kildekritikk er at leseren av oppgaven tar del i de refleksjoner som er gjort og hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen. Å kunne redegjøre for tilgangen på litteraturen er derfor nødvendig.

Kildekritikk viser at oppgaveskriver er kritisk til det kildemateriale som er brukt i oppgaven, og hvilke kriterier som er brukt ved utvelgelse av kildene. Kilder som benyttes i oppgaven bør være primære så sant det lar seg gjøre. Tolkninger av andre forfatteres teori og forskning beregnes som sekundærlitteratur (Dalland, 2007).

I oppgaven har jeg brukt bøker i fra pensum og støttefag. Jeg har funnet litteratur som jeg mener er relevante for å kunne besvare min problemstilling. Noen av pensumbøkene bygger på sekundærlitteratur da det ikke lot seg gjøre å få tak i den primære litteraturen. Jeg mener likevel at bøkene er av så pass god kvalitet at de kan brukes i oppgaven. Artikkene har jeg valgt ut i fra hva som passer best i forhold til temaet jeg har valgt for oppgaven.

3.5 Forskningsetikk

Ved litteraturstudier er det en rekke etiske aspekter som skal overholdes. Medisinsk og helsefaglig forskning følger Helsinkideklarasjonens forskningsetiske prinsipper ved medisinsk forskning på mennesket. Forskningens skal ikke skje på bekostningen av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2007).

Fire grunnleggende etiske prinsipper er gjeldene i helsefaglig forskning:

Autonomiprinsippet: innebærer respekt for personens autonomi og integritet, og at forskeren tar hensyn til personens mulighet for selvbestemmelse.

Godhetsprinsippet: innebærer å forebygge eller forhindre skade, gjøre det gode.

Prinsippet om ikke å skade: innebærer at ingen skal utsettes for skade.

Rettferdighetsprinsippet: innebærer at alle skal behandles likt og at utvalget av forsøkspersoner blir gjort i henhold til vitenskapelige normer (Olsson og Sörensen, 2003).

Forskningsetikk handler også om å henvise og referere til riktige kilder og opphavsmann. Ved litteraturstudier skal opphavsmannens navn, sitater og referanser alltid oppgis. Hvis ikke plagierer jeg noen andres materiale. Plagiat defineres som menneskerov, i denne sammenheng som tekstrov (Olsson og Sörensen, 2003).

Artiklene jeg har valgt til oppgaven er av godkjente og sikre kilder, ettersom de er blitt kvalitetssikret for godkjenning før utgivelse. Artiklene følger de etiske prinsipper og er godkjent for publikasjon. Jeg har brukt riktig kildehenvisning og referert til forfatteren av litteraturen jeg har brukt. Ved direkte avskrivning fra bok så har jeg referert til forfatter og sidetall.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

I artikkelen “*Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective*” undersøkte Susan J. King & Turner de Sales hvilke erfaringer og opplevelser sykepleiere gjorde seg i behandlingen av unge kvinner med anoreksia. Studien er kvalitativ og ble utgitt i Journal of Advanced Nursing, år 2000.

Deltakerne i studiet var 5 kvinnelige sykepleiere som de siste seks månedene hadde hatt ansvar for anorektiske kvinnelige pasienter. I studie kom det fram at deltakernes kjerneverdier av sykepleie var basert på omsorg, tillit, personvern, ikke å være dømmende og sikre pasientenes rettigheter. Over tid ble opprettholdelsen av disse kjerneverdiene vanskelig, grunnet pasientenes ambivalens. Deltakerne opplevde pasienten som bedragersk og ikke til å stole på. Det følte vanskelig å skulle gi omsorg, og ikke være dømmende til pasienter som ikke var troverdige. Kjerneverdiene ble erstattet med uro, sinne og motløshet.

I artikkelen ” *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective*”, undersøkte Joyce van Ommen et. al., hva pasienter med anoreksia anså som viktig i behandlingsforløpet. Studien er kvalitativ og ble utgitt i Journal of Clinical Nursing, år 2008.

Studiet ble gjennomført på et senter spesialisert i behandling av spiseforstyrrelser, der 13 deltakere med diagnosen anoreksia ble intervjuet. Hensikten med studien var å utvikle en tentativ teoretisk modell, som forklarer effektiviteten av innleggelse, og sykepleie til ungdom med diagnosen anorexia. Det ble fokusert på aspekter av pleie som pasientene mente kunne bidra til å gjenvinne en normal kroppsvekt. I studiet kom det fram at gode relasjoner til sykepleierne var viktig og at sykepleier var omsorgsfull, empatisk og ikke dømmende. Sykepleiernes retningsbestemte handlinger opplevdes som svært nyttig. Deltakerne uttalte at sykepleierne bidro betydelig i deres utvinning fra anorexia nervosa.

I artikkelen “*Nurses and the ‘therapeutic relationship: caring for adolescents with anorexia nervosa*”, undersøkte Lucie M. Ramjan hva sykepleierne opplevde som vanskelig når de skulle knytte terapeutiske relasjoner til pasienter med anoreksia. Studien er kvalitativ og ble utgitt i Journal of Advanced Nursing, år 2004.

Utvalget bestod av 7 kvinnelige og 3 mannlige sykepleiere uten noen form for videreutdannelse. Deltakerne jobbet på en akutt- avdeling ved et pediatrik sykehus, og hadde minst 2 års erfaring med omsorg for ungdom og anoreksia. I studiet indikerte deltakerne hvor utfordrende det var å skulle behandle pasienter for anoreksia fordi sykdommen følte for komplekst. Begrenset sykdomsinnsikt og mangel på kunnskap gjorde det vanskeligere i å utøve god sykepleie til denne pasientgruppen. Deltakerne fortalte om hendelser fra behandlingsforløpet som gjorde det vanskelig for dem å kunne stole på pasientene. Dette resulterte i et mistillitsforhold mellom sykepleier og pasient og det ble desto mer utfordrende å skape god terapeutisk relasjon til pasienten.

I artikkelen ”*Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions*”, undersøkte Bakker et. al hva sykepleierne mente var effektive intervensjoner i gjenvinning av normal kropp vekt hos ungdom med anoreksia. Studien er kvalitativ og ble utgitt i *Journal of Child and Adolescents Psychiatric Nursing*, år 2011.

Utvalget bestod av 7 sykepleiere og 1 sosionom som hadde minst 1 års fra klinikk spesialisert i behandling av spiseforstyrrelser. Studiet viste at gode terapeutiske relasjoner er avgjørende for å kunne gjennomføre målrettet sykepleie til anorektiske pasienter. Sykepleierne var forståelsesfulle og empatiske ovenfor pasienten, men samtidig retningsbestemt og fokusert på behandlingen som skulle gis. Sykepleierne var i en nøkkelposisjon til å kunne gi sosial støtte og veilede under behandlingsforløpet, både til pasientene og til pårørende.

5.0 Drøfting

I drøftingen skal jeg belyse og gå i dybden på hvilke måter jeg som sykepleier kan bidra til og opprettholde et godt terapeutisk forhold til jenter med diagnosen anoreksia. Terapeutisk forhold er et begrep som kan tolkes på forskjellige og individuelle måter, men i et helseprofesjonelt yrke så handler et terapeutisk forhold om hvordan jeg som sykepleier samhandler i møte med pasientene mine (Håkonsen, 1999). Begreper jeg vil belyse i drøftingen er relasjonen mellom sykepleier og pasient, tillit og pasientens rett til medvirkning.

Relasjon

Ett felles funn fra studiene av Bakker et. al (2011), King og Turner (2000), Ommen et. al (2008) og Ramjan (2003) viser at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig i behandlingsforløpet av anoreksia. Eide og Eide (2007) understreker at gode relasjoner kan være avgjørende for hvordan behandlingsforløpet blir. Når jeg som sykepleier treffer en pasient med anoreksia, så er det min intensjon at jeg skaper gode relasjoner og at denne skal bevares gjennom hele behandlingsforløpet. Travelbee sier at relasjoner skapes gjennom etableringen av et menneske- til menneske forhold hvor vi lærer hverandre å kjenne (Kristoffersen et. al, 2005). I et terapeutisk forhold er det viktig med gjensidig respekt, vilje til å forstå den andre, tillit og åpenhet. Uten dette kan det bli vanskelig å samarbeide med pasienten. Siden personer med anoreksia har en intensjon om å innkapsle seg fra omverden hvor ingen får slippe til, så tenker jeg at det kan bli utfordrende for meg å nå igjennom til pasienten ved vårt første møte. En forutsetning for at jeg kan skal kunne forstå pasienten min er at jeg er trygg på mine faglige kunnskaper slik at jeg kan oppdage det som er viktig for henne (jamfør 2.4, 2.4.1).

Kommunikasjon er i følge Travelbee (Kristoffersen et. al, 2005) og Eide og Eide (2007) et redskap jeg bruker for å oppnå kontakt med pasienten min. Videre sier de at det ikke finnes noen fastsatt og enkle måter på hvordan jeg skal kommunisere da hver pasient er individuell med forskjellige behov. Informantene King og Turner (2000) studie så på kommunikasjon som viktig del av relasjonsknyttingen til pasientene men at det var vanskelig å skulle kommunisere med dem da pasientene fryktet for å åpne seg opp. En mulig årsak til dette kan

være fordi personer med anoreksia har vanskelig for å verbalisere seg og sette ord på sine følelser (Hummelvoll, 2004).

Som sykepleier er det viktig at jeg er innforstått med at dette er en del av hennes sykdomsbilde. Jeg må være tålmodig og ikke presser henne da dette kan gi motsatt effekt og gi dårlige løsninger. Innledningsvis kan det være klokt at jeg spør pasienten min enkle og åpne spørsmål som gjør det mulig for henne å svare på. Personer med anoreksia har nedsatt konsentrasjonsevne så måten jeg ordlegger meg på må være av den karakter slik at hun ikke føler seg tvangsforet. Ved å være tålmodig og vise forståelse for hennes situasjon så får gjerne pasienten den bekreftelsen og den tilliten hun trenger for at hun skal dele sine tanker. Jeg må i tillegg også være bevisst på mitt eget kroppsspråk og måten jeg uttrykker meg på. Jeg kan ikke si til pasienten at jeg forstår hvordan hun føler det, også har jeg et kroppsspråk som viser at det motsatte. Måten jeg kommuniserer på og mitt kroppsspråk er avgjørende for hvordan pasienten oppfatter meg (jamfør 2.1, 2.4, 2.6, 2.6.1).

Funn fra Ommen's et. al (2008) studie viser at sykepleiernes imøtekommende holdning, respekt og at de så på pasientene som vanlige personer bidro til å skape en god relasjon gjennom behandlingsforløpet. Sykepleiernes holdning kunne tydes gjennom kroppsspråk og væremåte og pasientene la merke til når sykepleieren var frustrert. I Ramjan's (2003) studie kom det fram at sykepleierne hadde forutinntatte ideer om hvor manipulerende og løgnaktige ungdom med anoreksia var. Deres erfaringer med gjentatte episoder gjorde dem frustrerte og pessimistiske til å skape relasjoner til disse pasientene.

Jeg tenker at det kan være vanskelig å være fri fra holdninger når man som sykepleier erfarer de samme negative episodene hos pasienter med den samme diagnosen. I sykepleieyrket hører man gjerne også historier fra andre sykepleiere om hvordan pasientene er og blir påvirket av dette. Men hvis jeg allerede har gjort opp min mening og dannet meg et bilde av pasienten min basert på hennes diagnose og dens symptomer, så kan det være lett for at dette vises gjennom min holdning. Hummelvoll (2004) understreker at sykepleierens holdning er avgjørende for om pasienten er villig til å samarbeide.

Travelbee (Kristoffersen et. al, 2005) sier at det kan være utfordrende for sykepleiere å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasientene, men at det er viktig at jeg ser pasienten som et enkeltindivid og ikke sammenligner henne med tidligere pasienter med samme diagnose. Jeg må derfor være bevisst på hvordan jeg framstiller meg selv ovenfor pasienten og fokusere på selve personen bak anoreksien når vi møtes for første gang. Førsteintrykket jeg gir av meg selv gjør at pasienten kan danne seg et bilde av meg som person. Selv om jeg kan oppleve situasjoner som frustrerer meg videre i behandlingsforløpet, så er det viktig at jeg er observant på mine egne holdninger og ikke lar frustrasjonen gå utover pasienten da hun kan tydelig merke dette. Hvis ikke jeg gjør det så kan dette gå utover min relasjon til pasienten.

Travelbee (Kristoffersen et. al, 2005) sier at forholdet mellom meg og min pasient vil etableres etter hvert som vi lærer hverandre å kjenne og våre identiteter trer fram. Siden personer med anoreksia ikke ser på sykdommen som et problem, men som en løsning så kan det være klokt av meg å klargjøre for pasienten hvilke rammer og innhold behandlingsopplegget inneholder og at det er tilpasset hennes behov og situasjon. For at jeg skal kunne kartlegge pasientens behov for pleie så er det også viktig at jeg får fram hvilke forventninger pasienten har til behandlingen (jamfør 2.4.1, 2.6.1). I Bakkers et. al (2011)studie understrekte informantene at det var viktig å klargjøre for pasientene og kontinuerlig informere dem om at behandlingsopplegget var en kamp i mot spiseforstyrrelsen og ikke en kamp mot pasienten som person. Informantene i Ommens et. al (2008) studie belyste at sykepleiernes kontinuerlige informasjon hindrer angst og skapte tryggheten de trengte under behandlingsforløpet. Likevel så kom det fram i King og Turners (2000) studie at sykepleierne følte seg maktesløs når de prøvde å snakke med pasientene om tiltakene fordi pasientene stadig uttrykte sin misnøye over dem og at de hadde intensjoner om å være i mot dem. Bisarr atferd er en av symptomene som karakteriserer anoreksia, men for å klare å opprettholde en relasjon til pasienten så må en som sykepleier klare å makte pasientens sinne. Dette er fordi følelser og behov er uklare fenomener for personer med anoreksia (jamfør 2.1, 2.6.1).

Som tidligere nevnt så har personer med anoreksia også nedsatt konsentrasjonsevne, informasjonen som gis må gjerne forklares kontinuerlig for at de skal bli påminnet om tiltakene som utføres. Det er viktig at jeg ikke tar meg nær av og gir opp selv om pasienten viser tegn til sinne. Det er min jobb som sykepleier at informasjonen som blir gitt oppfattes av pasienten.

Tillit

Felles funn fra studiene av Bakker et. al (2011), King og Turner (2000), Ommen et. al (2008) og Ramjan (2003) belyser at gjensidig tillit er grunnleggende for relasjonen og det terapeutiske forholdet. Etter hvert som pasienten har dannet seg et bilde av meg som person så må jeg på en medmenneskelige og emosjonelle måte, bygge videre på tilliten pasienten trenger for å kunne stole på meg i behandlingsforløpet. Travelbee (Kristoffersen et. al, 2005) sier at jeg har et ansvar for å ta vare på tilliten hun har gitt meg. Siden pasienten har valgt og delt sine tanker og følelser med meg så vil hun være i en ekstra sårbar situasjon. Det er derfor viktig at jeg er tilgjengelig for henne i vanskelige stunder og når hun trenger støtte. På den måten vet hun at hun at jeg er tilgjengelig uansett. Et bånd av tillit bidrar til at pasienten føler seg trygg noe som igjen følger til gode relasjoner i det terapeutiske forholdet. Det er også viktig at pasienten min stoler på meg og mine faglige kunnskaper og vurderinger. Faglige kunnskaper er en nødvendig og viktig del i et tillitsforhold (jamfør 2.4,2.5). Funn fra Ommen's et. al (2008) studie viser at sykepleierens kunnskaper om anoreksia, emosjonelle tilstedeværelse og tilgjengelighet bidro til en styrket relasjon og tillitsforhold. Når pasientene hadde tillit til sykepleieren så var det lette å kunne snakke om temaer som opplevdes som vanskelig.

Men tillit er også noe som må være gjensidig, man må vise tillit men også vinne tillit. Hvis ikke jeg har tillit til pasienten min så kan det være vanskelig for oss å ha en god relasjon og samarbeid gjennom behandlingsforløpet. Men det kan være utfordrende å skulle stole på pasienter med anoreksia. Det som kjennetegner anoreksia, er at pasienten har et enormt kontrollbehov over egen kropp og spisemønster. Det kan være angstfullt for pasienten hvis noen prøver å ta i fra dem denne kontrollen. Det er derfor viktig at jeg finner en god balansegang der jeg respekterer pasientens grenser samtidig som jeg har en viss kontroll. (jamfør 2.5, 2,6,1).

I studiene av Ramjan (2003) og King og Turner (2000) belyste deltakerne at det var vanskelig å skulle opprettholde et tillitsfullt forhold til pasientene da pasientenes hardt kjempende kontrollbehov førte til gjentatte løgner og manipulasjon. Det var vanskelig å skulle være empatiske og forståelsesfulle når pasienten ikke var til å stole på.

Jeg kan forstå at det er følelsesmessig vanskelig for pasientene å skulle gi slipp på den iherdige kontrollen de prøver å beholde, da dette er en del av sykdomsbildet. Jeg må derfor være innforstått og forberedt på at pasienten er i en situasjon hvor følelsene og frustrasjonen kan medføre hendelser som gjør at det kan bli vanskelig for meg å ha tillit til henne.

Min emosjonelle forståelse kan reduseres hvis pasienten svikter min tillit. Men som Travelbee understreker så er ikke empati en langvarig prosess, men noe som skjer en gang i blant. Man forstår pasientens psykiske tilstand der og da (Kristoffersen, et. al, 2005). Det er ikke slik at jeg som sykepleier alltid kan forstå de valgene pasienten tar, men det er likevel viktig at jeg ikke gir opp når jeg møter slike utfordringer. Jeg må vise pasienten min at hun er betydningsfull og at jeg vil stå ved hennes side uansett om hun har sviktet min tillit. Ved å gjøre dette så vil kanskje pasienten gjengjelde denne tilliten tilbake videre i behandlingsforløpet.

Brukermedvirkning

Noe jeg anser som en viktig del i det terapeutiske forholdet er at både jeg og pasienten min er enige i de beslutningene som tas underveis i pasientens behandlingsforløp.

Brukermedvirkning er et begrep som handler om å sette pasienten i sentrum. Pasienten min har rett på innflytelse om de beslutningene og tiltakene som utformes i behandlingsforløpet hun gjennomgår. Brukermedvirkning er nedskrevet i lover og forskrifter og det er min plikt som sykepleier å sørge for at pasienten min får ivarettatt og blir informert om sine rettigheter om medbestemmelse. Men som tidligere nevnt så er en hver pasient individuell med forskjellige behov. Dette er også gjeldende ved brukermedvirkning. Det som kan være viktig for en pasient har gjerne mindre betydning for en annen pasient selv om de har samme diagnose. Det er derfor viktig at jeg skiller pasienten min fra andre pasienter og hvilket behov de har. Det er ikke gitt at pasienten min ønsker eller har de ressursene som kreves av henne for å kunne medvirke. Dette kommer blant annet an på hvor preget pasienten er av

sykdommen og hva som er tilbakeliggende i den (jamfør 2.6,2.8). Funn fra Ommen`s et.al (2008) studie viser nemlig at pasientene syntes det var godt at sykepleierne overtok ansvaret for dem, for da slapp de å gjøre egne valgt og beslutninger. Siden noen av symptomene ved anoreksia blant annet er sløvhet og nedsatt konsentrasjonsevne, så tenker jeg at pasienten gjerne mangler motivasjonen til å medvirke da håndteringen av sykdommen i seg selv kanskje er mer enn nok. Det er derfor min oppgave som sykepleier å finne ut i hvilken grad pasienten min klarer å medvirke og tilpasse den etter pasientens tilstand og ut i fra hvilke ressurser hun har (jamfør 2.1,2.6,2.8).

Hensikten med behandlingen av anoreksia, er at pasienten skal endre sin tankegang i forhold til mat slik at pasienten gjenvinner et normalt spisemønster. Pasientens tanker om behandlingen kan være overveldende da dette medfører spising og en reduksjon av kontroll. På et tidlig stadium i behandlingsforløpet, så tenker jeg at det kan være hensiktsmessig klok å sette opp kortsiktige mål sammen med pasienten. Dette er for å forhindre den angsten pasienten gjerne har ved tankene på mat og vektøkning (jamfør 2.6). I Ommen`s et.al (2008) studie kom det fram at pasientene følte trygghet og støtte ved å utarbeide en handlingsplan sammen med sykepleierne. Men jeg må være innforstått med at pasientens gjerne vil motsi de tiltakene og forslagene som blir oppført da personer med anoreksia som tidligere nevnt, ofte er motvillig til behandling. Pasienten skal respekteres for sine meninger og synspunkter, men som sykepleier har jeg også et ansvar for at pasienten får den behandlingen hun trenger. Det er derfor min oppgave som sykepleier at jeg bidrar med mine faglige kunnskaper for å sikre at pasienten min får den hjelpen hun trenger samtidig som jeg ivaretar pasientens rett til medbestemmelse. Jeg tenker også at relasjonen jeg har knyttet til min pasient er viktig for at jeg skal kunne kartlegge hvilke behov hun har for å medvirke underveis i behandlingsforløpet (jamfør 2.6,2.8). Travelbee sier at sykepleier og pasient samarbeider om et felles mål som er til pasientens beste (Kristoffersen, et. al, 2005).

6.0 Konklusjon

Etter å ha studert bøker og forskningslitteratur så har jeg kommet fram til følgende konklusjon:

Sykepleierne må gjennom god kommunikasjon bruke tid og ha tålmodighet når de skal oppnå kontakt og skape relasjoner til pasienter med anoreksia. Etter å ha lest forskningsfunn så har jeg kommet fram til at sykepleiernes imøtekommende og emosjonelle holdning og at de viser respekt og engasjement, bidrar til tillit, gode relasjoner og et godt samspill i forholdet mellom sykepleier og pasient. Det kom fram at pasienten hadde et stort behov for informasjon om sykdommen og behandlingsforløpet de skal igjennom. Sykepleierne må sammen med pasienten lage en plan med kortsiktige mål slik at pasienten vet hva som venter men også fordi dette bidrar til trygghet. Kontinuerlig informasjon om behandlingen, støtte og tilgjengelighet vil i behandlingsforløpet trygge pasienten, hindre angst og bidra til et godt terapeutisk forhold.

Arbeidet med oppgaven har vært spennende og lærerik og jeg har fått styrket min kunnskap på et område som jeg syntes var interessant. Jeg har fått en bedre forståelse på hvordan det er å behandle pasienter med anoreksia noe som jeg kommer til å ta med meg videre i praksis.

Litteraturliste:

Bjørk, I.T., Helseth, S. & Nortvedt, F. (Red.). (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (Red.). (2009). *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och bokförlaget natur och kultur.

Hummelvoll, J.K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk

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

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. (2005, 1 og 4). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

Nygaard, J.A. (1994). *Den farlige slankingen*. Stavanger: Alma Mater Forlag

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F. (2004). *Sterk/Svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken Sinn- Kropp- Samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Artikler:

Bakker, R., van Meijel. B., Beukers. L., van Ommen. J., Meerwijk. E & van Elburg, M.A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions [Elektronisk versjon]. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24 (2011).

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

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

Ommen, J., Meerwijk, L. E., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2008). *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective [Elektronisk versjon]. Journal of Clinical Nursing, 18, 2801–2808.*

Offentlige kilder:

NOU 1999:13. (1999). *Kvinnens helse i Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-13/10/13/4.html?id=353044>.

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63*. Hentet 15. februar 2012 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#8-5>.

Vedlegg 1- søketabell

Søk i CINAHL 04.01.2012 og 23.01.2012			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Anorexia		3466
S2	Teenager(s) OR adolescent(s)		41476
S3	Nursing OR nurse(s)		454562
S4	Patients perspective		7393
S5	Norway OR Norwegian		5408
S6	S1 AND S5		25
S6	S1 AND S2 AND S3	Språk: Norwegian	0
S7	S1 AND S2		442
S8	S7 AND S3		35
S9	Therapeutic relationship		7865
S10	S3 AND S9		827
S11	S1 AND S10		7

Søk i Ovid Nursing Database 05. 01.2012			
Nummer	Søkerord	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nurse(s) OR nursing		242014
S2	Therapeutic		307

	relationship		
S3	Anorexia		1175
S4	S1 AND S2		227
S5	S1 AND S3		211
S6	S3 AND S4		4

Vedlegg 2- resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions Bakker, van Meijel, Beukers, van Ommen, Meerwijk, van Elburg(2011)</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut hvilke aspekter av sykepleie sykepleierne anså som effektive for at ungdom med anoreksia skulle gjenvinne normal kroppsvekt.</p>	<p>En kvalitativ semi- strukturert studie med individuelle dyptgående intervjuer og en fokusgruppe. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert ordrett og kodet gjennom tematisk analyse¹.</p>	<p>Av utvalget på 8, vare det 7 sykepleiere og 1 sosionom. Deltakerne jobbet på en klinikk som var spesialisert i behandling av spiseforstyrrelser. Deltakerne hadde minst 1 års klinisk erfaring med anoreksia pasienter.</p>	<p>Sykepleierne mente at de var i en nøkkelposisjon til å veilede pasientene på veien mot et normalt spise- og treningsmønster. Temaer som gikk igjen: gjenopptakelse av normal spising, gjenopptakelse av sunn trening, utvikling av sosiale ferdigheter og rådgivning til foreldre. En god terapeutisk relasjon til pasientene var avgjørende for gjennomføringen av intervensjonene.</p>
<p>Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective</p>	<p>Hensikt med studien var å gå i dybden og utforske de erfaringene som sykepleierne</p>	<p>En kvalitativ studie der det ble gjennomført dybdeintervju ved bruk lydbåndopptak.</p>	<p>Utvalget bestod av 5 sykepleiere som de siste 6 månedene hadde hatt ansvar for anorektiske kvinnelige pasienter</p>	<p>Studien indikerer at det er behov for utdanningsprogrammer for sykepleiere som jobber med ungdom med anoreksia. 6 tema som gikk igjen i</p>

¹ Tematiske analyse: en programvare for kvalitativ tekstanalyse.

King & Turner (2000)	hadde i møte med kvinnelige anorektiske ungdommer.	Lydbåndopptaket ble transkribert ordrett og analysert ved bruk av Colaizzi prosedyresteg ² .	ved et sykehus.	dataanalysen var: sykepleiernes personlige kjerneverdier av sykepleie, kjerneverdiens utfordringer, følelsesmessig kaos, frustrasjon, vendepunkter og beslutsomhet.
Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg, van Meijel (2008).	Hensikten med studien var å utvikle - fra pasientenes perspektiv - en tentativ teoretisk modell, som forklarer effektiviteten av innleggelse og sykepleie til ungdom med diagnosen anorexia nervosa.	En kvalitativ studie med semi-strukturerte dybdeintervju. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter analysert og transkribert.	Utvalget bestod av 13 ungdommer under 18 år, som alle hadde anorexia nervosa. Disse var innlagt på et senter spesialisert i behandlingen av spiseforstyrrelser.	Deltakerne uttalte at sykepleierne bidro betydelig til deres utvinning fra anorexia nervosa. Tre tilbakevendende tema kom ut av data: normalisering, struktur og ansvar.
Nurses and the 'therapeutic	Hensikten med studien var og utforske	En kvalitativ studie med semi-strukturerte	Utvalget bestod av 10 sykepleiere som jobber på	Funnene viste at deltakerne kjempet for å utvikle terapeutiske

² Beskrivelse av Colaizzi prosedyresteg: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8054217>

<p>relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa Ramjan. M. L (2004)</p>	<p>vanskeligheter og hindringer som hindret sykepleierne i å danne terapeutiske relasjoner til ungdommer med anoreksia.</p>	<p>dybdeintervju. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter analysert både manuelt og ved hjelp av data.</p>	<p>akuttavdeling på pediatrisk sykehus. Alle hadde minst 2 års erfaring med omsorg for ungdom med anoreksia.</p>	<p>relasjoner til pasienter med anoreksia. Tre tilbakevendende tema dukket opp: vanskelig å forstå sykdommen, en kamp om kontroll, vanskelig å etablere en terapeutisk allianse</p>
--	---	--	--	---