



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Pasient-pleier-relasjonen i kampen mot
spiseforstyrrelser/Patient-caregiver-relationship in the
fight against eating disorders**

Fride Bae og Ane Martine H. Rosvoll

Totalt antall sider inkludert forsiden: 63

Molde, 06.06.14



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Trine Tafjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 27.03.14

Antall ord:

12198

Sammendrag

Bakgrunn: Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse, med stor utbredelse i Norge.

Antallet pasienter med spiseforstyrrelser har vært stabil de siste årene, men nå søker flere pasienter behandling for sin sykdom enn tidligere. Dette er en sårbar pasientgruppe med mange psykiske og fysiske utfordringer. Denne pasientgruppen behandles på ulike instutisjoner i helsetjenesten og det er derfor viktig at vi som sykepleiere vet hvordan vi best kan møte disse pasientene.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å belyse hva pasienter med spiseforstyrrelser opplever som viktig i pasient-pleier-relasjonen i behandling.

Metode: En litteraturstudie basert på ti forskningsartikler. Ni med kvalitativt design og en med kvantitativt design. Artikkene ble analysert og hovedfunn identifisert og diskutert.

Resultat: Spiseforstyrrelser innebærer mange utfordringer og det er viktig at det fokuseres på det psykiske, ikke bare vekt og måltider. Pasientene har behov for at pasient- pleier forholdet i behandling bygger på godt samarbeid og at kampen mot sykdommen kjempes sammen. De verdsatte pleiere som evnet å normalisere hverdagen samtidig som de hadde kunnskap nok til å hjelpe pasientene til å identifisere sine problem og sine ressurser.

Sammenfatning: Våre funn viser at pasientene har behov for at pleierne har god kommunikasjonsevne, empati og medfølelse samt mye kunnskap og riktig tilnærming. De fortalte at tilstedeværelsen av et godt pasient-pleier-forhold var sentralt for at behandlingen skulle lykkes.

Nøkkelord: Spiseforstyrrelser, pasient-pleier-forhold, pasientopplevelser og utfordringer.

Abstract:

Background: Eating disorders is a psychiatric disorder with high prevalence in Norway. The number of patients has been stable in recent years, but more patients are now seeking treatment for their disease than before. This group of patients are treated in many different institutions and it is therefore important that we as nurses know how we best can meet this patients.

Purpose: The aim of this study was to investigate what patients with eating disorders emphasize as important in the patient-caregiver-relationship in treatment.

Method: A literature study based on ten research papers. Nine with qualitative design and one with quantitative design. The articles were analyzed and key findings identified and discussed.

Results: Eating disorders involve many challenges and it is important to focus on the mental aspects, not just weight, and meals. Patients have a need for the patient- caregiver-relationship in treatment to be based on good cooperation and that the fight against disease is fought together. They appreciated nurses who managed to normalize everyday life while having enough knowledge to help patients identify their problem and their resources.

Summarize: Our findings show that patients require that nurses have good communication skills, empathy and compassion as well as much knowledge and proper approach. They said that the presence of a good patient-caregiver-relationship was central for the treatment to be successful.

Keywords: Eating disorder, patient-caregiver-relationship, patient experience and challenges

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Sentrale begrep	2
1.2	Studiens hensikt	3
1.3	Avgrensning	3
2.0	Teoribakgrunn	4
2.1	Spiseforstyrrelser	4
2.2	Omsorgsprofesjonalitet	5
2.3	Hjelpende kommunikasjon	6
2.4	Pasient-pleier-relasjon	7
3.0	Metode	10
3.1	Inklusjonskriterier	10
3.2	Eksklusjonskriterier	11
3.3	Datainnsamling	11
3.4	Kvalitetsvurdering	13
3.5	Etisk vurdering	15
3.6	Analyse	16
4.0	Framstilling av funn	18
4.1	Noen å snakke med	18
4.1.1	God kommunikasjon og lytteevne	18
4.1.2	Støtte, trygghet og motivasjon	19
4.1.3	Tilstedeværelse og tilgjengelighet	20
4.2	Noen som føler med meg	21
4.2.1	Opplevelsen av medfølelse og empati	21
4.2.2	Respekt, tillit og samarbeid	22
4.3	Framstå kunnskapsrik	23
4.3.1	Informasjon i behandling	23
4.3.2	Bevisst tilnærming	24
4.3.3	Individuell pleie	26
5.0	Diskusjon	28
5.1	Metodediskusjon	28
5.2	Resultatdiskusjon	32
5.2.1	Betydningen av god kommunikasjon i relasjonsbygging	32
5.2.2	Viktigheten av empati og omsorg	35
5.2.3	Behovet for kunnskap i praksis	36
6.0	Oppsummering/konklusjon	40
6.1	Forslag til videre forskning	40
7.0	Referanseliste	41

Vedlegg 1 – Pi(c)o-skjema

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Vedlegg 3 – Oversikt over artikler

Vedlegg 4 – Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativ forskning

1.0 Innledning

Forekomsten av spiseforstyrrelser økte betydelig på 90 og tidlig 2000-tallet, men siden da antas det å ha vært noe nedgang. For ti år siden hadde cirka 50.000 norske kvinner en spiseforstyrrelse av en slik alvorlighetsgrad at den krevde behandling. Selv om en i dag kan forholde seg til omtrent de samme tallene hjelperetrende er det i dag en betydelig økning i de som oppsøker behandling (Norsk helseinformatikk 2013).

Spiseforstyrrelse anses å være en psykisk lidelse. Sykdommen kjennetegnes av tanker, følelser og handlinger i forhold til mat, kropp og vekt i den grad at det reduserer livskvaliteten. Sykdommen rammer begge kjønn, men rammer oftest unge kvinner (Skårderud 2013). Spiseforstyrrelse er en samlebetegnelse for flere tilstander som deles inn i ulike grupper, men en anser anoreksi, bulimi og overspising for å være de tre mest typiske. Alvorlighetsgraden og pasientenes erfaringer varierer også innenfor disse gruppene. I tillegg finnes det spiseforstyrrelser som ikke like lett kan kategoriseres da de ikke passer inn eller har et blandet symptombilde (Statens Helsetilsyn 2000).

Pasienter med spiseforstyrrelser kan en møte på i mange ulike institusjoner i helsetjenesten og det er derfor viktig å vite hvordan en som sykepleier skal eller bør møte disse pasientene. Vi har valgt pasientperspektivet i vår oppgave fordi vi mener pasienter som har mottatt behandling for spiseforstyrrelser sitter med verdifulle erfaringer og informasjon knyttet til sitt møte med helsevesenet som kan bidra til nyttig informasjon for behandlingsfeltet.

I denne oppgaven vil vi først ta for oss sentrale begrep, og presentere studiens hensikt med avgrensning. Videre vil vi presentere bakgrunnsteori om spiseforstyrrelser, hjelpende kommunikasjon, omsorgsprofesjonalitet og pasient-pleier-relasjonen. Deretter vil vi gjøre rede for metoden vi har benyttet i arbeidet med oppgaven. Til slutt i oppgaven legger vi fram resultatene av litteraturstudien, diskuterer metode og funn samt kommer med en oppsummering/ konklusjon og forslag til videre forskning.

1.1 Sentrale begrep

Ordet spiseforstyrrelser har flere betydninger, og man kan bruke begrepet for alle de ulike lidelsene. Spiseforstyrrelser kan deles inn i tre hovedgrupper. Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa og Bing Eating Disorder (overspising). Vi kan se på spiseforstyrrelser som tre handlemåter; Nekteren, renseren og overspiseren. (Skårderud 2013)

Spiseforstyrrelse – Definisjonen på en spiseforstyrrelse er når en pasient har et unaturlig forhold til mat som resulterer til forstyrring eller hindrer til normal fungering, enten sosialt, i skolesammenheng eller i arbeidslivet, og denne perioden vedvarer i over seks måneder (Røer 2009).

Anorexia Nervosa – Pasienter med anoreksi begrenser hva de spiser og hvor mye de spiser. De fleste som har anoreksi sulter seg selv for å gå ned i vekt. Det er denne lidelsen som kalles “nekteren” (Skårderud 2013).

Nekteren lukker munnen. Ofte benekter hun at hun spiser lite. Hun kan ha en opplevelse på at hun faktisk spiser nok, slik at hun kan ha en opplevelse av å være stor. Hun blir engstelig av å ha mat i magen, ved å gå over et minstemål av “tillatt” mat, og ved å få i seg “forbudte matvarer”(Skårderud 2013,12).

Bulimia Nervosa – Bulemi defineres som overspising, for deretter å kaste opp maten for å ikke legge på seg, og blir derfor kalt for renseren. En del av de med anoreksi kan gå over til bulimi fordi de føler det blir for vanskelig å være strenge i forhold til matinntaket. (Skråderud 2013).

Renseren er svært ofte en oppkaster. Hun tømmer ut det hun har fått i seg, stort sett ved å føre en finger ned i halsen. Men renseren kan også være en som faster, eller overtrener. Renseren kan gjennomgå et massiv bruk av avføringsmiddel (Skråderud 2013,12).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse hva pasienter med spiseforstyrrelser opplever som viktig i pasient-pleier-relasjonen i behandling.

1.3 Avgrensning

Denne oppgaven vil kun omfatte erfaringer fra pasienter med anoreksia nervosa og bulimia nervosa, og vi utelater dermed pasienter med overvektsrelaterte spiseforstyrrelser.

I denne oppgaven forstås pleier som sykepleiere, terapeuter og annet helsepersonell som har en sentral rolle i behandlingen og mye kontakt med pasientene.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Spiseforstyrrelser

Den internasjonale utbredelsen av Anoreksia Nervosa blant unge kvinner er 0,5-1 % og for Bulimia Nervosa er forekomsten estimert til å ligge mellom 1-3 %.(Pratt og Woolfenden, 2009) Omkring 50 000 norske kvinner har spiseforstyrrelser i Norge, der det kreves en behandling. Forekomsten er betydelig større hos kvinner enn hos menn. Hele 90 % av alle med spiseforstyrrelser er kvinner, hvorav 10 % har anoreksi, imens de resterende har bulimi eller overspiser. Antallet menn som er rammet av spiseforstyrrelser er lav, men menn kan ha en form for spiseforstyrrelser ved at de ønsker å gå ned i fettprosent og få større muskelmasse. Det må tas forbehold om at statistikken for menn kan være noe ukorrekt, da det antas å være en underrapportering (Røer 2009).

Tidligere mente mange at anoreksi og bulimi var adskilte psykiske lidelser, men i senere tid kan en se en beslektet sammenheng mellom disse to lidelsene (Røer 2009). Vi nevnte i begrepsavklaringen at det er mange med anoreksi som går over til å bli bulimikere, og det antas at dette gjelder hele 50 % av de som har anoreksi (Skårderud 2013).

Spiseforstyrrelser er ikke bare knyttet til et forstyrret forhold til mat, det knyttes også opp i mot sosiale, kulturelle og psykologiske konflikter (Røer 2009).

Den som har en spiseforstyrrelse har ikke bare vansker med å forholde seg til mat, men også til egne tanker og følelser. Å være spiseforstyrret betyr å være *overopptatt av kropp, vekt og utseende*. Hun eller han kjenner seg styrt av slike tanker og følelser. Dette kan styre svært mye av livet og hemme daglige funksjoner. Atferden som følger med spiseforstyrrelsen, betyr belastning på kroppen (Skårderud 2013,11).

Mange av pasientene som lider av spiseforstyrrelser har et forstyrret kroppsbilde. De har et negativt kroppsbilde av seg selv, kan føle seg store, og det de ser i speilbildet faktisk ser stort ut gjennom deres øyne. I tillegg har disse pasientene et usunt forhold til sin egen vekt og urealistiske tanker rundt de anser som normalvekt (Røer 2009).

Spiseforstyrrelser handler ofte ikke om enten- eller. En pasient er ikke absolutt frisk eller absolutt syk. Selv om en har oppnådd en normalvekt kan tankene og forholdet til mat og egen kropp fortsatt være forstyrret. Spiseforstyrrelser handler ikke bare om det fysiske, det er en psykiatrisk diagnose og den psykiske delen av sykdommen må også behandles om en skal bli frisk (Skårderud 2013).

2.2 Omsorgsprofesjonalitet

Omsorgsprofesjonalitet kan beskrives ut fra tre begrep, empati, fagkunnskap og målorientering. Disse begrepene henger tett sammen og anses som en forutsetning for god kommunikasjon og omsorg (Eide og Eide 2011).

Empati er evnen til å sette seg inn i en annens situasjon og forstå han eller hennes reaksjoner og følelser. Når en snakker om empati i profesjonell sammenheng blir begrepet noe mer komplisert. Eide og Eide skriver de vektlegger empatien som

(...)en evne til innlevelse som gir helsearbeideren mulighet til å oppfatte hva den andre føler, og å melde tilbake at følelsen er oppfattet, blir respektert og at det som oppleves som følelsesmessig viktig for den andre vil bli forsøkt forstått og tatt hensyn til (Eide og Eide 2011,37).

Det er dermed viktig at den følelsesmessige forståelsen av den andre blir kommunisert tilbake, en skal ikke bare forstå, men også vise at en forstår (Eide og Eide 2011).

Fagkunnskapen kan ses på som en forutsetning for empatien. Det er lettere å forstå den andre når en har riktig kunnskap på plass. Ved mangel på fagkunnskap vil en kunne gå glipp av viktig informasjon og observasjon som angår pasienten. Fagkunnskapen gir pleieren etter hvert et trenet blikk for hva pasienten har behov for og hva som faglig sett er det beste å gjøre i en gitt situasjon (Eide og Eide 2011).

Målorientering, den tredje forutsetningen for hjelpende kommunikasjon, er viljen og evnen til å la kommunikasjonen bli styrt av yrkets overordnede mål, som er å gi god hjelp og

omsorg. Å gjøre pasienten delaktig i egen prosess og å skape en allianse med pasienten er viktig dersom målene skal nås (Eide og Eide 2011).

2.3 Hjelpende kommunikasjon

Kommunikasjon med pasienter i møtet med helsevesenet er kanskje noe av det viktigste for å skape relasjoner mellom individene. Kommunikasjon er ment for å hjelpe pasienten og dens pårørende, og skaper annerkjennelse, trygghet og tillit. Forutsetningene til å hjelpe pasientene er større hvis det er god kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonellet (Eide og Eide 2011).

Hjelpende kommunikasjon kan sammenfattes ved ti punkter:

1. Å lytte til den andre
2. Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. Å skape gode og likeverdige relasjoner
4. Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
5. Å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6. Å stimulere den andres ressurser og muligheter
7. Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8. Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og ekstensielle spørsmål
10. Å samarbeide om å finne fram til gode beslutninger og løsninger (Eide og Eide 2011,21).

2.4 Pasient-pleier-relasjon

Spiseforstyrrelser er en sammensatt sykdom og kan kreve oppfølging av helsepersonell. I tillegg til å behandle de somatiske lidelsene, er viktig å fokusere på pasientens psykiske lidelser. Hummelvoll beskriver psykiatrisk sykepleie som en omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Det fokuseres på å styrke pasientens egenomsorg, og deretter bidra til å løse/reducere et helseproblem (Hummelvoll 2012).

Gjennom et fellesskap og samarbeid med pasienten, kan det bidra til at pasienten finner selvspekt og egne livsverdier. I enkelte situasjoner hvor pasienten ikke evner å uttrykke sine egne behov og ønsker selv, fungerer sykepleier ofte som en omsorgsgiver og talsperson for pasienten. Ut ifra dette har sykepleier et medansvar for at personen får et tilfredsstillende og sosialt fellesskap, men det kreves da utvikling av et «menneske til menneske-forhold» for å skape de trygge rammene som må til i relasjonen mellom helsepersonell og pasient (Buus 2009).

Joyce Travelbee fokuserte på forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun definerte sykepleie til disse pasientene som en prosess der sykepleier må bruke seg selv som person i arbeidet med å hjelpe mennesker til å mestre sin sykdom og lidelse (Travelbee2005).

Menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er virkemiddelet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2005,171).

Travelbee mener at det må oppfylles et behov til pasienten for å skape et «menneske til menneske-forhold», der sykepleieren evner å bruke seg selv terapeutisk. Gjennom sin interaksjon med pasienten jobber sykepleier målbevisst for å skape den terapeutiske relasjonen som må til for å hjelpe pasienten videre med den sin lidelse (Travelbee 2005). Hun beskriver fem faser for etableringen til et slikt forhold:

Det første møtet – I det første møtet vil sykepleier observere og gjøre seg opp sine meninger om pasienten. Det er ikke uvanlig at en i begynnelsen av møtet har et førsteinntrykk en forholder seg til, men at dette endres etter hvert som adferden hos pasient

og pleier bryter med hva en skulle forvente av førsteinntrykket. Dette førsteinntrykket kan altså endres etter hvert som individene blir kjent med hverandre, og lærer å kjenne hverandre. I denne fasen blir begge roller (pasient og sykepleier) oppfattet som stereotyper, der de begge ikke ser på hverandre som unike individer. Sykepleierens rolle er å bryte dette mønsteret og begynne å oppfatte mennesket i pasienten. Den profesjonelle sykepleieren må jobbe opp i mot pasienten som et individ og individet må oppfattes som unikt. Når pasienten begynner å respondere på sykepleieren, går det over inn til en ny fase (Travelbee 2005).

Fremvekst av identiteter – I denne fasen handler det om å ha evne til å verdsette den andre som unik. Stereotypene brytes gradvis ned og mennesket fremtrer. Det er i denne fasen sykepleier begynner å fange opp hva pasienten tenker og føler, og hvordan han eller hun oppfatter situasjonen rundt seg. Likheter og ulikheter kommer fram og blir erkjent. Gjennom denne fasen, bygges det opp til den neste fasen som omhandler empati. Sykepleierens oppgave er da å finne likheter og forskjeller mellom seg selv og det andre individet slik at det kan bidra til fremveksten av empati (Travelbee 2005).

Empati – Empati finner sin plass mellom to eller flere individer. Det omhandler å leve seg inn i eller ta del i den psykiske tilstanden til et annet individ. Sykepleier tar seg inn i den andres sinnstilstand, men det betyr ikke at sykepleier trenger å tenke og gjøre det samme som det andre individet, eller være enig med den andre. Det gir derimot en mulighet til å forutse den andres atferd. I det store og hele omhandler empati om å forstå, og føler individet seg forstått, blir ofte samarbeidet mellom sykepleier og pasient lettere (Travelbee 2005).

Sympati og medfølelse – Sympatifasen er et resultat av den empatiske prosessen, men det er i denne fasen prosessen går et steg videre. Sympati inneholder et ønske om å hjelpe den andre personen og et ønske om å lindre hans eller hennes problemer. Vi kan se på som sympati som en omsorgsevne, der en kan kommunisere med pasienten, både verbalt og non-verbalt. Det å anvende en slik sykepleieprosess handler ikke bare om å være fysisk tilstede hos pasienten, men også være der psykisk. Pasienten føler seg sett og hørt, og ser på sykepleieren som et menneske, ikke bare en behandler. (Travelbee 2005).

Det nære forhold – I denne siste fasen foregår etableringen av et nært forhold, og fullfører etableringen av «menneske til menneske-forholdet», hvor begge parter opplever »Et nært og personlig forhold«. Interessene mellom partene er gjensidig og begge deler betydningsfulle erfaringer med hverandre (Buus 2009). Gjennom kontakt og forståelse for hverandre blir denne relasjonen opprettet og sykepleier kan klare å tilnærme seg, identifisere og ivareta de behovene pasientene ikke klarer å gi uttrykk for (Travelbee 2005).

Ut i fra disse fasene beskriver Travelbee hvordan sykepleier og pasient lærer av hverandre som personer, og hvordan de verdsetter hverandre. Det er gjennom «menneske til menneske-forholdet» sykepleier kan bidra til å støtte pasienten til å mestre opplevelsen av sykdom og finne en mening med sin lidelse for å så jobbe ut i fra dette til å gjenvinne god helse. Det legges i tillegg vekt på at det er enkeltmenneskets ansvar for å realisere sitt eget liv, og at en skal klare å finne mening gjennom aktive valg, men det betyr ikke at de trenger å gjøre disse valgene alene. Sykepleier vil hjelpe pasienten og få de opp i bedringens vei (Buus 2009).

3.0 Metode

Forsberg og Wengström (2013) skriver at dersom en skal gjøre en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes nok forskning på det feltet en skal skrive om, at denne forskningen er av god kvalitet og at den kan gi et godt grunnlag for det en ønsker å bedømme eller diskutere. Vi skal i denne delen av oppgaven vise hvordan vi har arbeidet med vår studie, og har delt inn prosessen i 6 underpunkt.

3.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene inneholder hva vi er ute etter i vår oppgave og er en del av ~~det~~ **systematiske** litteratursøket. Artikkene må oppfylle kriteriene for at de skal bli inkludert. Disse kriteriene gjør det mulig å finne konkrete artikler som knyttes opp i mot vår oppgave og vi kan føle oss tilfreds med funnene (Forsberg og Wengström 2013). Vi ønsket å finne hva som vektlegges i pasient-pleier-relasjonen, sett i fra pasientens perspektiv. Vi valgte å søke ut ifra disse inklusjonskriteriene:

- Artikkene skal være av kvalitativt eller kvantitativt design
- Må oppfylle vitenskapelige publiseringsnivå 1 eller 2
- Studiene må ha pasientperspektiv
- Artikkene må ha dansk, engelsk, norsk eller svensk språk
- Inkluderte artikler må være publisert fra 2008 til per dags dato
- Det må gjelde pasienter med lidelsene anoreksi eller bulimi

3.2 Eksklusjonskriterier

Vi valgte å ekskludere momenter som ikke passet til vår hensikt og problemstilling, for å lettere finne funn vi kunne inkludere. Eksklusjonen bidrar til å luke ut ikke-aktuell forskning som vi ikke ønsker å ha med i denne oppgaven og bidrar til at vi får det utvalget vi er ute etter. (Forsberg og Wengström 2013).

Vi har på bakgrunn av det valgt å ha disse eksklusjonskriteriene:

- Ekskluderer sykepleier og pårørendeperspektiv
- Pasienter med overvektige
- Artikler eldre enn 2008
- Kritisk syke der livsnødvendig behandling må til

3.3 Datainnsamling

Til å begynne med begynte vi å søke litt for oss selv på de ulike databasene, men fant ut at vi trengte hjelp av bibliotekar, da vi ikke har så mye kjennskap til databasene. Vi avtalte time med bibliotekar for å få hjelp til å utføre første søk, og hadde på forhånd utarbeidet et PI(C)O-skjema (Vedlegg 1) og en foreløpig problemstilling. P står for population/problem, I for intervention/tiltak og O for outcome/ utfall. Vi valgte å ekskludere c som står for sammenligning eller comparison fordi vi følte de andre ordene i PIO-skjemaet var tilstrekkelige for våre søk og vår hensikt (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart 2012).

I vår datainnsamling brukte vi ordene: eating disorders*, anorexia nervosa*, bulimia nervosa*, patient*, treatment*, experience*, perspective*, perception*, therapy*, service* og quality*. Disse trunkeringene bak ordene er med for å hjelpe oss i søkingen. Ved hjelp av et slikt tegn kommer opp alt som har med det ordet å gjøre, så hvis vi har noen ord som har det samme i seg, vil dette kunne komme opp i søket. (Nordtvedt et al. 2012).

For å komme inne på riktig søkeboks, måtte vi trykke på “Advanced”. For å avgrense søkene i databasene, avgrenset vi søkene med årstall. Ved å klikke inn på “limits” kan vi

trykke på hvilket år vi ønsker artiklene skal være publisert fra og hvilket språk. Vi valgte derfor å avgrense fra 2008 til dags dato, og krysset av for engelsk, svensk, norsk og dansk språk.

Vi utførte først prøvesøk i SveMed+ og Ovid Nursing. Etter videre arbeid med PI(C)O skjema og time med bibliotekar utførte vi søk i Ovid Medline og Ovid PsychInfo. Ved å skrive inn de riktige søkeordene, og slå de sammen på riktig måte, enten med “OR” eller “AND”. Ved inntasting av “OR”, der vi for eksempel slår sammen to eller flere søkeord, kommer det fram forskning som inneholder enten det ene søkeordet, det andre, eller begge. Ved “AND” blir søket fastslått, og det kommer kun opp de artiklene hvor begge søkeordene har blitt brukt (Nordtvedt et al. 2008).

I det første søket (Vedlegg 2) søkte vi på Ovid PsychInfo, og brukte bare noen av søkeordene i vårt PIO-skjema og fant 2 artikler vi valgte å inkludere i vår studie. Etter dette la vi til ekstra søkeord for å utvide søkeresultatene våre.

Ved det andre søket valgte vi å gå inn på Ovid PsychInfo (Vedlegg 2), der vi brukte søkeordene eating disorder*, anorexia*, bulimia*, patient*, treatment*, experience* og perception*. Søket ble derfor eating disorder* OR anorexia* OR bulimia*, så la vi sammen experience* OR perception*. Ved den siste prosessen her la vi sammen patient* med de tidligere nevnte søkene og slo de sammen med AND og la “limits”, som var fra år 2008 til dags dato og engelsk, dansk, norsk og svensk språk.. Ved å ta med disse søkeordene fikk vi opp 276 artikler. Vi leste 57 sammendrag, som igjen resulterte i 18 aktuelle artikler som vi gikk gjennom. Vi ekskluderte så 10 av disse og beholdt 4. (Vedlegg 2)

I det tredje søket ble gjort i Ovid Medline (Vedlegg 2) der vi brukte nesten brukte de samme søkeordene som det andre søket, men valgte å ta inn perspective* for å se om dette ga oss flere artikler. Dette resulterte i 99 treff, og vi leste 18 av disse sammendrag, ut i fra dette valgte vi å gå gjennom seks av disse artiklene. Etter dette valgte vi å inkludere 1 av artiklene i oppgaven vår.

I det fjerde søket gikk vi tilbake til Ovid PsychInfo (Vedlegg 2) igjen for å se om det kunne komme opp noen flere artikler hvis vi tilføyde noen ekstra søk. Vi brukte derfor

service* og med de samme søkeordene som tidligere, og det resulterte i 29 treff. Vi leste 14 av sammendrag og leste 5 artikler ut i fra dette. Vi valgte å inkludere 1 artikkel.

Etter mange søk i de ulike databasene, gikk vi gjennom litteraturlisten på de inkluderende artiklene for å se om vi fant noe som kunne passe vår oppgave. Vi fant flere artikler og valgte å søke på disse på Google Scholar. Vi prøvde flere ulike søkesetninger, men endte opp med: “quality of treatment for eating disorder and a patient perspective” og “Eating Disorders and Patients Reflection about being treated + Qulitative study.” Vi valgte å ta med kvalitativ studie som et søkeord i det manuelle søket, da vi fra før av har funnet mange gode kvalitative artikler. Ved dette søket fikk vi opp 85200 og 23000 treff, og gikk gjennom de artiklene med mest relevante titler for å se om det var noen titler som vi så på som interessante. Vi prøvde å søke opp disse artiklene i Ovids databaser, og klarte ikke å finne kombinasjonsordene for å få opp artiklene i våre søk. Vi gjorde et manuelt søk på tittelen til begge artiklene, og fant den ene på Ovid PsychInfo. Den andre fant vi ikke i bibliotekets databaser. De artiklene vi inkluderte etter manuelle søk var publisert i tidsskriftene International Journal of Eating Disorders og Journal of the American Psychiatric Nurses Association.

Etter endt søkeprosess endte vi opp med ni kvalitative artikler og en kvantitativ artikkel. Syv artikler ble funnet på Ovid Psychinfo, en artikkel i Ovid Medline og to artikler ved manuelle søk i Google Scholar.

3.4 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetssikre forskningsartikler som blir brukt i vår oppgave, brukte vi sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning og sjekklister for vurdering av prevalensstudie fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2008). I tillegg brukte vi nettsidene til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for å sjekke hvilket vitenskapelig nivå de ulike artiklene er publisert i. Ved å skrive inn tittel på tidsskrift eller ISSN/ISBN nummer kunne vi få en bekreftelse på om det var en nivå 1 eller nivå 2, eller om det ikke fantes noen publiseringsnivå på artikkelen. Artikler som befant seg på nivå 1 eller 2 kunne inkluderes i studien. Nivå 1 innebærer at det er en vitenskapelig publikasjon, imens nivå 2 er høy prestisje internasjonalt (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste

2014). Vi kvalitetsvurderte 35 artikler, forkastet 25 og endte til slutt opp med 10 artikler vi inkluderte i vår studie. Av disse var 9 av kvalitativt design og 1 av kvantitativt (vedlegg 3).

Ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning (Kunnskapscenteret 2008) (vedlegg 4) får vi hjelp til hva vi skal fokusere på når vi skal ha en kritisk vurdering av de aktuelle artikler som vi ønsker å bruke i vår litteraturstudie. Sjekklisten er systematisert inn i 9 punkter, hvor to av de innledende spørsmålene måtte krysses av for “Ja”, “Nei” eller “Uklar” om formålet med studien var tydelig og det var hensiktsmessig med en kvalitativ tilnærming. De resterende punktene kan vi selv skrive på kommentarer angående artikkelen, som går blant annet ut på resultatene i deres forskning. Ved å kvalitetssikre hver artikkel gir det oss en oversikt om de gir det vi ønsker å forske på, eller om artikkelen blir for svak i forhold til vår oppgave. Vi har lagt (Kunnskapscenteret 2008). Vi har lagt med et eksempel på en utfyllt sjekkliste for å vise hvordan vi brukte sjekklisten som redskap i kvalitetsvurderingen av artiklene (vedlegg 4).

Etter den kritiske vurderingen valgte vi å rangere de som «meget god» «god», «tilstrekkelig» og «ikke-tilstrekkelig», i forhold til hva artiklene svarer på i henhold til de ulike sjekklistene. De artiklene som har fått «meget god» eller «god» ga god informasjon i forhold til alle punktene på sjekklisten. «Tilstrekkelig» svarte på det meste, men hadde noen mangler, imens «utilstrekkelig» var artikler som ikke oppfylte mange krav i sjekklisten eller som viste seg å ikke være relevante for vår hensikt.

Vi ønsket å finne forskning på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og vi var ute etter hva pasientene selv opplevde som viktig i denne relasjonen. I henhold til vårt kjernesporsmål er kvalitativ forskning å foretrekke da dette forskningsdesignet er best egnet til å belyse vår hensikt med studien (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Norheim og Reinart 2012). Det ville vært vanskelig å belyse vårt tema tilstrekkelig ved hjelp av hovedsakelig kvantitativ metode, men vi har ikke utelukket kvantitativ forskning helt. Vi har valgt å inkludere en kvantitativ studie (Vedlegg 3).

3.5 Etisk vurdering

I følge Forsberg og Wengström (2013) er det viktig å velge studier som har fått godkjenning fra en etisk komite eller som har gjort etiske overveielser av hensyn til respondentene ved deltagelse i studien. Videre er det nødvendig å samle alle artiklene som inngår i studien og oppbevare dem i 10 år. I tillegg er det viktig å presentere alle funn, både de som støtter og ikke støtter hypotesen, da det ses på som uetisk og kun presentere funn som støtter studiens hensikt.

Av de ti forskningsartiklene vi inkluderte i studien fant vi kun at syv av disse hadde framvist i teksten at de hadde fått studien godkjent av en etisk komite. Ettersom dette er studier med pasientperspektiv mener vi det er viktig at en slik etisk godkjenning er foretatt og helst at den er framstilt i artikkelteksten. Det kommer derimot fram av alle artiklene at deltagerne i de respektive studiene ble frivillig rekruttert, gav skriftlig samtykke samt mottok informasjon om hensikten av studien før deltagelse. Videre ble alle respondentene anonymisert i artiklene.

Vi valgte å inkludere alle artiklene våre selv om ikke alle artiklene hadde framstilt etisk godkjenning like tydelig. Dette fordi de alle viste etiske hensyn ved inkludering i studien, og fordi artiklene var alle publisert i tidsskrifter hvis forfatterveiledning tok etiske hensyn. Den første artikkelen (Vedlegg 3, artikkel 1) som vi ikke fant at hadde etisk godkjenning var publisert i *International Journal of Eating Disorders* og i forfatterveiledningen til dette tidsskriftet står det at en av kriteriene studien må ha oppfylt for å bli publisert er at de er etisk godkjent og at deltakerne rekruttert på en tilfredsstillende måte med samtykke (*International Journal of Eating Disorders* 2013). Den andre artikkelen (vedlegg 3, artikkel 5) som manglet etisk godkjenning i teksten var publisert i *Addictive Disorders & their Treatments* og i deres kriterier for publikasjon kommer det også fram ulike etiske hensyn og vurderinger som bør være gjort i studiene. I den siste artikkelen (vedlegg 3, artikkel 6) står det at tidsskriftet *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* er medlem av *committee on publication ethics* (*American Psychiatric Nurses Association*).

3.6 Analyse

Vi har i analysen tatt utgangspunkt i Evans' (2002) fire steg for analyse. I det første steget samlet vi inn artikler som vi anså å være relevante for vår studie. I det andre steget leste vi artiklene hver for oss og deretter diskuterte vi artiklene i fellesskap. Ut i fra diskusjonen kunne vi trekke ut nøkkelfunn som vi anså som sentrale. I det tredje steget identifiserte vi alle hovedfunn og sammenlignet disse. I det siste steget samlet vi alle funn for videre presentasjon og diskusjon i en oversiktstabell.

Når vi skulle begynne å analysere og samle funnene våre gikk vi først gjennom alle artiklene, markerte det som var relevant for vår oppgave, og satt opp i stikkord hvilke synspunkt som kom fram av hver enkelt artikkel. Vi fant ut at mange av disse stikkordene hadde likhetstrekk, og laget derfor tre hovedtemaer som framsto som nødvendige for pasientene i en pasient-pleier- relasjon. Både positive og negative funn i forhold til et tema ble samlet sammen. Deretter fargekodet vi de ulike stikkordene i henhold til de tre ulike temaene som var: noen å snakke med (blå), noen som føler med meg (grønn), og framstå kunnskapsrik (oransje). Videre laget vi en tabell med de ulike hovedtemaene og laget undertemaer knyttet opp imot hvert tema (Tabell 1). Det å systematisere funnene på denne måten gav oss en oversikt som forenklet det videre arbeidet med å presentere og drøfte funn.

Tabell 1:

Noen å snakke med	<ul style="list-style-type: none">• God kommunikasjons og lytteevne• Støtte, trygghet og motivasjon• Tilstedeværelse og tilgjengelighet
Noen som føler med meg	<ul style="list-style-type: none">• Opplevelsen av medfølelse og empati• Respekt, tillit og samarbeid
Framstå kunnskapsrik	<ul style="list-style-type: none">• Informasjon i behandling• Bevisst tilnærming• Individuell pleie

4.0 Framstilling av funn

Vår problemstilling var: Hvordan opplever pasienter med spiseforstyrrelser pasient-pleier-relasjonen i behandlingen? Vi skal i denne delen av oppgaven presentere de ulike funnene som kom fram av analysen av artiklene.

4.1 Noen å snakke med

Av de ti inkluderte studiene belyste seks viktigheten av å ha noen å snakke med (Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013, Gulliksen, Espeset, Nordbø, Skårderud, Geller, Holte 2012, Reid, Burr, Williams, Hammersley 2008, Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013 Wright og Hacking 2011, Federici og Kaplan 2008). God kommunikasjons og lytteevne, støtte, trygghet og motivasjon samt tilstedeværelse og tilgjengelighet ble framhevet i disse artiklene og vi har derfor valgt å systematisere funnene innunder disse tre undertemaene.

4.1.1 God kommunikasjons og lytteevne

Evnen til god kommunikasjon ble verdsatt av mange pasienter, men også kritisert når den var fraværende. Noen pasienter beskrev at pleiere hele tiden sa at de måtte spise, og at dette ble presentert som instruksjoner. Disse instruksjonene ble gitt til pasientene uten å samtidig legge fram årsaker for hvorfor de handlingene var viktige. Terapeuten var ikke aktivt interessert i hva pasienten sa og framsto som passiv og uinteressert (Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013, Gulliksen et al, 2012 Reid et al 2008).

Andre pasienter beskrev at de ble lyttet til når de fortalte ting og at de da ble gitt ulike forslag til mestringsstrategier og løsninger på sine problemer ved at pleierne klarte å identifisere pasientenes behov. Det at de ble lyttet til var viktig for da følte pasientene at de ble snakket med, ikke til (Reid et al. 2008, Gulliksen et al. 2012).

... its actually having someone who`s listening to what I say and suggesting different ways. I think that`s the best form of support (Reid et al. 2008, 958).

Det å kommunisere på en måte som var forstående for pasientene ble fremhevet som betydningsfullt. Både måten ting ble sagt på og framstillingsevnen var sentralt. Pasientene forteller at hele kroppsholdningen til en pleier kan si noe om hvor mye man bryr seg om pasientene og hvordan man ser på dem. Måten man uttrykker noe på har mye å si for om man tror på og stoler på den personen som formidler kunnskapen. I tillegg er det viktig å gi pasienten tid til å åpne seg (Gulliksen et al. 2012).

4.1.2 Støtte, trygghet og motivasjon

Støtte ble uttrykt på mange måter. Oppmuntring og støtte var ofte nevnt som viktige aspekter i pasient-pleier- interaksjonen. Pasientene trengte mye støtte gjennom behandlingen og det kom fram at de verdsatt den støtten de fikk når den ble gitt på riktig måte (Zugai, Stein- Parbury og Roche 2013, Federici og Kaplan 2008).

Definitely if you have a nurse that is supportive, and you can tell, the best one genuinely somewhat cares... they would be like 'you're beautiful enough without like being so skinny, you don't need it'... they'd be encouraging, like if we were eating they'd be like 'well done, you did well then' (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, 2025).

Det å gi støtte på en slik måte at pasientene følte seg trygge ble vektlagt av flere pasienter. En pasient beskrev pleieren som en engel på sin skulder og at denne engelen var tilstede hele tiden var med på å lette pasientens byrder (Wright og Hacking 2011).

.. she`s like a little support angel on your shoulder... She just makes you feel safe somehow. She makes you feel like she can hold you and the disorder, and no matter what happens she`s got hold of you and don`t worry 'cos there is somebody there (Wright og hacking 2011,111).

Motivasjon var et annet viktig innhold i forholdet mellom pleier og pasient. Når det var et sterkt forhold dem imellom beskrev pasientene at de ikke ønsket å skuffe pleierne sine og ønsket å gjøre de stolte. De ville bevise hvor flinke de kunne være og tenkte at det ville

glede pleierne å se at de gjorde framskritt. Ikke bare hadde et sterkt pasient-pleier- forhold betydning i behandling, men det bidro også til motivasjon og gjorde rehabilitering mulig (Zugai, Stein- Parbury og Roche 2013).

4.1.3 Tilstedeværelse og tilgjengelighet

I flere av våre artikler gav respondentene uttrykk for at pleiernes tilstedeværelse var et viktig element i behandlingen. Det at de var tilgjengelige og tilstede til enhver tid anså pasientens som viktig. De pleierne som var mye tilstede ble fremhevet positivt, dette var pleiere de likte å være sammen med fordi de var vennlige og lett tilnærmelige (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013) Det kom også fram negative erfaringer og mangel på tilstedeværelse, hvor pasientene følte seg ensomme og forlatt da det gikk flere timer før pleierne sjekket hvordan det gikk med pasientene og hva de gjorde på (Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013).

Deltagende tilstedeværelse under måltid ved at pleierne spiste sammen med pasientene ble verdsatt av flere. Det fikk pasientene til å føle seg mindre observert og situasjonen ble mer normalisert. I tillegg framsto pleierne som gode eksempler på hvordan man skulle spise (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, van Ommen et al.2009).

It would be helpful if they made us feel more comfortable about eating around others. And made it less awkward... They (nurses) started talking to you and with other patients and this... I guess sometimes, like, eating with you would help, so you don't feel... So you don't feel so alone (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, 2024).

Behandlingen må skape en følelse av trygghet og forpliktelse, sa noen pasienter. Det terapeutiske forholdet var en forutsetning for dette, men også tilstedeværelsen av en langtids forpliktelse fra pleiernes side. Pasienter fortalte om behovet for jevnlig kontakt med klinikken og at de hadde mulighet til å kunne kontakte klinikken mellom avtaler, samt at oppfølgingen av samme personale over tid var viktig for rehabilitering (Reid et al.2008, Gulliksen et al. 2012, Theirney 2008). Noen pasienter fortalte at de ikke var forberedt på

livet utenfor behandlingen og at de trengte enten lengre behandling eller tettere ettervern (Federici og Kaplan 2008).

Pleieres evne til å normalisere hverdagen i interaksjon med pasientene ble verdsatt. De som brukte humor, så på film sammen med pasientene og snakket om vanlige ting fikk pasientene til å glemme sykdommen i perioder og føle seg som normale personer (Zugai, Stein- Parbury, Roche 2013).

4.2 Noen som føler med meg

Det var åtte av artiklene våre som presenterte funn vi kategoriserte under dette temaet (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Reid et al. 2008, Wright og Hacking 2011, Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013, Gulliksen et al. 2012, Whitney, Easter, Tchanturia 2008, de la Rie, Noordenbos, Donker, van Furth 2008, Federici og Kaplan 2008). Vi valgte å dele temaene inn i to undertema: opplevelse av medfølelse og empati og respekt, tillit og samarbeid.

4.2.1 Opplevelsen av medfølelse og empati

Det var viktig at pleierne fremsto som vennlige og tilnærmelige på en måte som demonstrerte at de brydde seg og det var disse pleierne som ble pekt på som “de beste “. At pasientene fikk en følelse av genuin medfølelse (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Reid et al. 2008).

Pasientene hadde behov for at noen brydde seg om dem, gav dem støtte og kjærlighet. Når pleierne klarte å formidle en følelse av at de virkelig ønsket å se pasientene bli bedre og at de ville holde ut med dem hele veien gjorde det behandlingen lettere (Reid et al. 2008)

At pleierne viste empati og evne til å forstå pasientens følelser og behov, og handlet deretter, var viktig for pasientene. Noen pekte på at åpenhet og ærlighet var viktig for å utvikle et terapeutisk forhold, samt det å bli tatt på alvor. En pasient beskrev årsakene til at de klarte å være ærlig lå i pleiernes genuine og absolutte dedikasjon til sin jobb og

sympatien de viste (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Wright og Hacking 2011 Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013, Gulliksen et al. 2012, Federici og Kaplan 2011).

Deltagerne i den ene studien beskrev forholdet med den terapeutiske sykepleieren veldig positivt og sa at de oppfattet henne som varm, empatisk, oppmuntrende og kunnskapsrik. Pasientene så det gode terapeutiske forholdet som nødvendig for at terapien skulle virke (Whitney, Easter, Tchanturia 2008).

I found (the therapist) very warm and caring. She was very encouraging and I felt comfortable doing sessions with her. I think this was an important aspect of being able to learn things (Whitney, Aaster, Tchanturia 2008, 547).

Pasienter fokuserte på viktigheten av å lære seg og takle negative følelser. Dette var en forutsetning for recovery, i følge dem. De som ikke hadde lyktes med sin behandling fokuserte også på negative følelser og beskrev at de hadde lært lite i løpet av behandlingen i forhold til å identifisere og tolerere negative følelser (Fedrici og Kaplan 2008).

4.2.2 Respekt, tillit og samarbeid

Pasientene syntes det var viktig å føle at de ble respektert og hadde tillit fra personalet. At de ble respektert på tross av sin sykdom slik at de ble gitt tillitt på ting som ikke hadde meg sykdommen å gjøre. Det var viktig at følelsen av samarbeid var tilstede i forholdet mellom pleier og pasient, og at pasienten følte at dette var en kamp mot sykdommen som de kjempet sammen om (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Wright og Hacking 2011, de la Rie et al. 2008).

Respekt i den betydning at terapeuten tar pasientens perspektiv og lytter respektfullt uten å dømme bidro til at de følte seg unike og at de deltok i et forhold mellom likeverdige. Hvor noen snakket med dem i steden for til dem (Gulliksen et al. 2012).

Pasientene gav uttrykk for viktigheten av at de som jobbet med dem var samkjørte og at brudd på regler gav like konsekvenser uansett hvem som var på jobb. De uttrykte

forvirring når dette ikke var tilstede og noen svarte med å prøve å teste grensene for å finne ut hvor de gikk (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013).

4.3 Framstå kunnskapsrik

Det at pleierne framsto som kunnskapsrike ble fremhevet i alle våre artikler. Savukoski, uusiautti, Määttä 2013, Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, van Ommen et al. 2009, Gulliksen et al. 2012, Whitney, Easter, Tchanturia 2008, Thierney 2008, Reid et al. 2008, Wright og Hacking 2011, de la Rie et al. 2008, Federici og Kaplan 2008). Det å framstå kunnskapsrik omfatter mye og ble et stort tema. Vi valgte derfor å dele det opp i tre hovedfunn: informasjon, bevisst tilnærming og individuell pleie.

4.3.1 Informasjon i behandling

I en av artiklene våre evaluerte en pasient sitt sykehusopphold som negativt fordi det kun handlet om veiing og overvåkning. Hun beskrev at hun fikk tilbakemeldinger på å være flink når hun hadde lagt på seg og slem når hun hadde gått ned eller holdt seg på samme vekt (Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013).

Flere andre artikler var mer positive og beskrev at pleierne hjalp pasientene til å forstå sykdommen og samtidig til å tenke framover. De hjalp pasientene til å forstå at noen av de tankene de hadde var dumme og til å endre på disse. De hadde mistet helt begreper om hva det ville si å spise normalt og måtte ha hjelp til å lære dette på nytt. For eksempel fortalte en pasient at hun ikke selv så at hun spiste veldig sakte og når det ble påpekt måtte hun ha instruksjonen på hvordan hun skulle endre dette (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, van Ommen et al. 2009).

I tillegg til implementering av regler og hjelp til struktur i hverdagen var det viktig at pleierne gav god og viktig informasjon om sykdommen deres. Informasjon om fysiske konsekvenser av det å være undervektig ble ansett som spesielt viktig (van Ommen et al. 2009).

She is an expert on eating disorders, which I noticed already in the first conversation we had. The way she behaved. I felt that we had a lot to build on. And that I had a lot to learn from her... She told me a little bit about her background. She told me a bit about eating disorders, and about the experiences she had with patients with eating disorders. And I recognized myself in it (Gulliksen et al. 2012,938).

Det kommer også fram i artiklene viktigheten av kunnskap og erfaring nok til å hjelpe pasienten til å identifisere problemer, fokusere på her og nå, de problemene som er til stede og hva som skal til for å løse dem (Gulliksen et al. 2012, de la Rie et al.2008).

4.3.2 Bevisst tilnærming

Når en er innlagt for behandling av en spiseforstyrrelse må en forholde seg til mange regler. Det at personalet har kunnskap nok til å implementere disse reglene på en måte som gjør at pasientene ser formålet med dem blir beskrevet som viktig av pasientene. Det at en ikke bare var streng for å være det, men kun når en måtte, og fordi det hadde en hensikt. Å framstå kunnskapsrik, trygg og autoritær i sin framtoning ble sett på som positivt fordi pasientene selv var så usikre på seg selv (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Gulliksen et al. 2012).

Det var sentralt for noen pasienter at de forsto bakgrunnen og betydningen for ulike deler av behandlingen, at denne ble lagt fram på en tilfredsstillende måte slik at pasienten fikk nok tro på behandlingen til å prøve. Det å bli gitt muligheten til å diskutere ulike tiltak og tilnærminger var viktig for å skape denne nødvendige troen på behandlingen (Whitney, Easter, Tchanturia 2008).

Videre er det viktig at pleierne har en slik tilnærming at de framstår som gode eksempler for pasientene. Flere av pasientene beskrev at de så opp til sine pleiere og det gav dem motivasjon til forbedring av egen helse. Noen beskrev at de så på pleierne som morsfigur eller en eldre søster. Det at pleierne framsto som rollemodeller og hadde en tilnærming til pasientene som bidro til at de ble ansett som det (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, van Ommen et al. 2009, Wright og Hacking 2011).

(...)there`s this nurse called `Jan`and she`s really happy and she runs around, she`s always busy... I see her running around so much that if, like, I were to do that and if I didn`t get enough I wouldn`t be able to do that. And she looks so happy and healthy and I know that`s also because she`s healthy. So yeah, that motivates me.” (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013:2025).

Det at pleierne viste erfaring med å jobbe med spiseforstyrrelser gjorde det lettere for pasientene å snakke om sensitive tema, som sitt eget kroppsbilde. I tillegg var det sentralt at det ble tatt tak i årsakene til sykdommen. Det ble beskrevet at selv om en gikk opp i vekt følte en ikke at det løste noen av problemene relatert til spiseforstyrrelsen. Noen pasienter følte at det ble lagt for stor vekt på det fysiske i behandlingen og for lite på det psykiske. Noen av disse pasientene fortalte at de trengte tid til for å kunne åpne seg (van Ommen et al. 2009, Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013, Thierney 2008, Gulliksen et al. 2012, Fedrici og Kaplan 2008).

I en av artiklene opplevde pasientene mangel på kunnskap hos personalet og anså de ikke kompetable til å håndtere pasienter med spiseforstyrrelser da de reagerte med sinne, oppgitthet og gav opp da pasientene ikke gjorde som de sa. Pasientene følte at de ikke ble forstått og at pleierne reagerte feil i forholdt til pasientene, på en måte som ikke hjalp dem (Thierney 2008).

Det var nødvendig for pasientene at personalet hadde nok kunnskap, ikke fordi de forventet at de skulle ha en løsning eller kur, men fordi de visste nok til å være sensitive angående pasientenes bekymringer og utfordringer (Reid et al. 2008).

You need somebody who knows what to say and what not to say because your progress can be put back so far by just a single remark... like “ You look well”, which you translate as “ You`re looking fat” (Reid et al. 2008, 959).

Det var viktig å lytte uten og dømme. Pasientene hadde behov for å føle at noen brydde seg og at de var villig til å prøve mange ulike tilnæringsmåter og jobbe med pasientene for å få til noe positivt. Det at pleierne framsto som dedikerte til det de holdt på med og at det gjenspeilet seg i hvordan de møtte pasientene (Wright og Hacking 2011)

Når pleierne framsto som lite interesserte og med en tilnærming hvor instruksjoner ble gitt uten interesse for hvordan og hva pasienten egentlig gjorde hadde det negative effekt på pasientene. De følte ikke at de fikk nok og riktig oppmerksomhet (Savukoski, Uusiauttu, Määttä 2013).

4.3.3 Individuell pleie

Pasientene anså det som viktig å motta individuell pleie og noen beskrev bruken av individuell handlingsplan som et nyttig verktøy. Det at denne planen var utarbeidet på bakgrunn av et samarbeid mellom pleier og pasient var også viktig. Det bidro til at pasientene fikk tydeliggjort hva de hadde oppnådd underveis i behandlingen. Pasientene trengte ofte hjelp til å se egne ressurser og håp for framtiden og det at pleierne bidro med denne hjelpen ved bruk av optimisme var viktig. Fokus på å endre irrasjonelle tanker ble, av noen pasienter, belyst som hjelpsomt. Det å repetere og bekrefte at pasientene kan klare ulike ting. Sette lys på deres potensiale, styrker og egenskaper. Gi utfordringer og stå i utfordringene sammen med pasienten (Gulliksen et al. 2012, de la Rie et al. 2008).

It's good that someone challenges you to do things that you might not always feel capable of handling. And then to be there for me... Also when things get really hard. If you manage to take the challenge, then it's often a bit hard.. a lot of feelings come up and... then it feels safe having someone who is there for you (Gulliksen et al. 2012, 937).

Pasientene opplevde det som viktig å bli behandlet som individer, og ikke som en sak. Noen opplevde at de ble behandlet som saker og at personalet ikke lyttet til hva pasientene sa, kun kommuniserte som på en tape (van Ommen et al. 2009, Wright og hacking 2011, Thierney 2008, Gulliksen et al. 2012, de la Rie et al. 2008).

The nurses, they'd come up to you and say, "this is what we expect from you, this is what's going to happen", and it's like they're repeating themselves, 'cause the way they say it sounds as if they've said it so many times. Like, When they try and talk to you about meanings of your illness, it's like on a tape (Thierney 2008, 371).

Det var positivt når terapeuten aktivt viste interesse for personen og la vekt på pasientens personlige egenskaper, følelser og var oppmuntrende på en personlig måte (Gulliksen et al. 2012).

5.0 Diskusjon

I metodediskusjon vil vi beskrive hvordan vi har arbeidet med vår oppgave og vår fremgangsmåte i forhold til søkehistorikk, våre vurderinger av artiklene som er inkludert i vår studie og hvordan vi har tatt tak i analysen. I tillegg vil vi diskutere hvordan vi kunne gjort denne systematiske litteraturstudien annerledes, hvilke svakheter den har og hva som kunne vært med på å styrke vår oppgave (Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde 2013).

I resultatdiskusjonen vil vi skape en diskusjon rundt våre tre hovedfunn i henhold til hensikten med vår studie, den aktuelle problemstillingen, bakgrunnsteori og hva den nye forskningen sier. Vi skal deretter drøfte hva våre funn har å si for praksis og hvordan en sikrer en god pasient-pleier-relasjon i praksis (Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde 2013).

5.1 Metodediskusjon

Ved denne litteraturstudien var vår hensikt å belyse hva pasienter med spiseforstyrrelser opplever som viktig i pasient-pleier-relasjonen i behandling.

Formålet med denne oppgaven var å gjøre en litteraturstudie for å finne ut av den aktuelle hensikten som vi hadde formulert i forkant av søk etter forskning. Denne litteraturstudien omhandler å fokusere på aktuell forskning knyttet til et tema, og er bygd opp av tidligere forskning. Ut i fra dette kan sammenslåingen av flere artikler resultere til en ny forskning eller forsterke tidligere forskning (Forsberg og Wengström 2013).

For å bygge opp vår oppgave, har vi brukt Forsberg og Wengström (2013) "Att göra systematiske litteraturstudier" som veiledning for hva som bør fokuseres på i forhold til vurderinger av artikler, samt i oppsettet av oppgaven. Videre har vi, som tidligere beskrevet, brukt Evans' fire faser for systematiske litteraturstudier i analysearbeidet (Evans 2002). Vi valgte å bruke denne metoden fordi den var oversiktlig og gav oss en tydelig oppskrift som vi kunne følge i vårt arbeid.

I begynnelsen av denne prosessen utarbeidet vi et PICO-skjema som skulle være til hjelp i datainnsamlingen. Til å begynne med hadde vi problemer med å finne de konkrete søkeordene, på grunn av at søking på databaser er litt ukjent for oss. Vi fikk derfor hjelp av veileder til å utarbeide et oversiktlig skjema. I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde måtte vi avgrense søkene fra år 2008 til per dags dato. Vi har derfor brukt artikler innenfor disse tidsrammene (Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie ved Høgskolen i Molde 2013). Videre satt vi også opp andre inklusjons- og eksklusjonskriterier som hjalp oss til å ekskludere artikler som ikke var aktuelle i henhold til vår hensikt og problemstilling.

Vi ekskluderte studier med behandler og pårørendeperspektiv ettersom vår hensikt hadde pasientperspektiv. I tillegg valgte vi å ekskludere studier med kritisk syke der livsnødvendig behandling må til, ikke fordi disse pasientene ikke har et like stort behov for en god pasient-pleier-relasjon, men fordi disse studiene hadde et annet fokus. Vi har valgt å kun inkludere forskning fra de fem siste år, noe vi anser som styrkende for studien ettersom våre funn da ikke vil være utdatert.

Når dette var gjort ble søkingen mye lettere og vi fant relevante artikler som kunne knyttes opp i mot vår hensikt. Allikevel krevde det flere søk for å få finne alle artiklene. Dette er en svakhet i vår oppgave, at det trengtes flere søk for å få relevante artikler. Selv om vi hadde brukt mange ulike søkeord og kombinasjoner før vi endte opp med det PI(C)O-skjemaet vi har nå, kan det finnes søkeord og kombinasjoner vi ikke har utprøvd. Vi hadde først relasjon som et søkeord, men det var ikke så mange artikler som har det i problemstillingen til studiet, selv om respondentene evaluerer forholdet mellom pleier og pasient. Vi valgte pasientperspektivet fordi vi syntes det var interessant og samtidig ville kunne gi viktig kunnskap å se hvilken betydning denne relasjonen har for pasientene og hva de vektlegger i relasjonen.

Ettersom dette er første gangen vi utfører en litteraturstudie og vi i utgangspunktet ikke var fornøyd med alle artiklene vi fant ved søk i de ulike databasene valgte vi å gjøre noen manuelle søk. Dette kan sies å være en svakhet for oppgaven ettersom en da ikke forholder seg til de søkeordene en har i PI(C)O-skjemaet, men kan også være med å styrke oppgaven vår ved at vi finner ting vi ikke hadde funnet ved kun å bruke de søkeordene vi har. Vi har forståelse for at vi ikke har med alle de relevante søkeordene som kan finnes i

henhold til vår hensikt. Til slutt endte vi opp med ni kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel. Vår oppgave bygger dermed hovedsakelig på resultater fra kvalitative studier, noe vi anser som en styrke for oppgaven. Dette fordi kvalitative forskningsdesign går studerer få respondenter grundig og vi var ute etter å få fram pasientenes meninger på en grundig og utfyllende måte. Vi valgte likevel å inkludere en kvantitativ forskningsartikkel fordi akkurat den studien passet godt til vår hensikt og supplerte de andre kvalitative funnene våre på en god måte.

Når vi hadde valgt ut alle våre ti artikler leste vi gjennom hver artikkel hver for oss for å bli kjent med stoffet og skaffet oss egne tanker rundt de aktuelle artiklene. Deretter fikk vi en oversikt om hva artiklene handlet om, for å så finne nøkkelfunn i hver artikkel. Ved å finne nøkkelordene i artiklene kunne vi lage hovedfunn og underkategorier som var med på å styrke vår oppgave. Vi hadde ikke en bestemt avgrensning for kjønn og alder på grunn av at vi ønsket å fremheve pasient og pleier-relasjonen, og vi syntes det var like viktig med en slik relasjon uansett kjønn og alder. Ut i fra de inkluderende artiklene og i følge Rør (2009) er forekomsten av spiseforstyrrelser hos kvinner større enn hos menn. I ettertid ser vi at selv om vi ikke hadde noe inklusjon eller eksklusjonskriterier som gikk på kjønn, så er alle deltagerne i studiene vi valgte å inkludere kvinner og det kan være en svakhet i oppgaven ettersom menn kan ha andre behov enn kvinner. En av årsakene til at det kun var kvinnelige respondenter i våre studier kan være at det er lite forskning på menn med spiseforstyrrelser.

Vi har ingen geografisk avgrenset i studien vår av flere årsaker. Det er gjort begrenset forskning på feltet og vi mente at pasient- pleier- relasjonen var viktig uavhengig av geografisk kontekst og fordi vi ville få frem så mange behov i relasjonen som mulig, uavhengig av deltagerens opphavssted. Vi valgte også å inkludere alle land for å se om det ville komme fram noen klare geografiske forskjeller. Studiene er blitt gjort henholdsvis i Europa, Australia og Canada. Vi kan ikke komme fram til noen kulturelle forskjeller med disse landene. Hadde det vært noen kulturelle forskjeller, kunne det kanskje stryket vår oppgave, med tanke på sammenligning fra kultur til kultur. Men det kan også diskuteres om en systematisk litteraturstudie på ti forskningsartikler i det hele tatt ville ha gitt grunnlag for å peke på geografiske forskjeller.

I kvalitetsvurderingen av artiklene brukte vi grundige sjekklister, men vi er uerfarne i forhold til det å kritisk vurdere forskning og det kan derfor være en svakhet ved vår studie. Deretter startet vi med analysen. Vi fant fort ut at dette var en krevende prosess som ville ta tid. Vi tok ut de funnene vi mente var mest relevante til vår oppgave, og laget en tabell som gjorde det lettere for oss å plassere hvert funn. Ved hjelp av fargekoding fikk vi en oversikt over hva som hørte til hvilket tema, som i tillegg hjalp oss å få oversikt over funnene i artiklene og bidro til systematisering av hovedfunn og videre jobbing. Vi fant mange underkategorier og valgte å slå sammen flere av disse på grunn av at mange var ganske like og mange av funnene kunne plasseres i de samme undergruppene. I det siste steget tolket vi artiklene og diskuterte rundt dem om de var aktuelle og om de ga oss grunnlag for videre forskning. Ettersom det er den første gangen vi systematiserer, presenterer og diskuterer vil det kunne gi svakheter i oppgave. Noen mer erfarne vil kunne ha lagt merke til funn vi ikke la merke til, eller systematisert og drøftet funnene på en bedre måte.

5.2 Resultatdiskusjon

Her vil vi diskutere noen av funnene fra artiklene, som ble presentert i analysedelen, opp mot relevant teori og konsekvenser for praksis.

5.2.1 Betydningen av god kommunikasjon i relasjonsbygging

I våre funn fant vi at i alle artiklene la pasientene vekt på det å ha noen å snakke med, enten de hadde negative eller positive erfaringer fra behandling. God kommunikasjon og lytteevne, støtte, trygghet og motivasjon samt tilstedeværelse og tilgjengelighet ble trukket fram som hovedfunn. De fysiske symptomene er de en kan se utenpå pasienten, de som er lettest å identifisere og arbeide i forhold til, mens det å kommunisere godt og gi støtte og motivasjon krever at etableringen av en god pasient-pleier-relasjonen har nådd Travelbees siste fase, det nære forhold. Uten den blir det vanskelig å se hele mennesket og å hjelpe pasienten tilstrekkelig.

I følge Travelbee (2005) er menneske til menneske- forholdet en prosess hvor en starter i det første møte med å se hverandre som stereotyper. I løpet av denne prosessen er det sykepleierens oppgave å bryte ned stereotypene og oppfatte mennesket slik at det vokser fram identiteter, empati, sympati og medfølelse og en ender opp med et nært forhold hvor en forståelse for hverandre er tilstede.

Vi anser god kommunikasjonsevne som sentralt for at relasjonsbyggingen skal lykkes og det nære forhold skal etableres, Og dette sier også pasientene.

Våre funn viser at pasientene hadde behov for forståelse, bli lyttet til og gitt forslag til ulike mestringsstrategier (Savukosku, Uusiautti, Määttä 2013, Gulliksen et al. 2012, Reid et al. 2008). I følge Travelbee (2005) er det i den andre fasen av relasjonsbyggingen (fremvekst av identiteter) at sykepleieren begynner å forstå hva pasienten tenker å føler samt hvordan han/hun oppfatter situasjonen rundt seg. Å observere og fortolke pasientens signaler, å lytte til pasienten og å skape alternative perspektiver og handlingsvalg er tre av de ti sentrale punktene Eide og Eide (2011) presenterer i forhold til hjelpende kommunikasjon og står i klart samsvar med pasientens tilbakemeldinger og ønsker. Det kommer også frem av statens helsetilsyns retningslinjer for behandling av

spiseforstyrrelser at det å skape en terapeutisk allianse står sentralt og at denne skapes gjennom empati, en lyttende holdning til pasientens opplevelse og til hvordan hun/han beskriver seg selv og sin sykdom (Statens Helsetilsyn 2000).

Det at pasientens tilbakemeldinger på behov er i samsvar med teori om hjelpende kommunikasjon samt statlige retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser betyr ikke at god kommunikasjon og relasjonsbygging alltid er tilstede. I våre funn fant vi også at pleiernes evne til å kommunisere ble kritisert (Savukoski, Uusiatti, Määttä 2013, Gulliksen et al. 2012, Reid et al. 2008). Det å være god på kommunikasjon og ha gode terapeutiske evner kan til en viss grad læres ved bruk av ulik litteratur og retningslinjer, men en kan også anta at de som er flinkest til dette ikke kun har lest seg opp, men også har det som en sterk personlig egenskap. Kanskje er det derfor noen pleiere blir evaluert positivt og andre negativt i forhold til kommunikasjonsevner.

I vår studie fant vi også at støtte, trygghet og motivasjon var viktig for pasientene (Zugai, Stein- Parbury og Roche 2013, Wright og Hacking 2011, Federici og Kaplan 2008). Gunderson presenterer 5 miljøterapeutiske prosesser som skal være til hjelp i behandling i ulike enheter. Disse er beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og anerkjennelse (Buus 2009).

Beskyttelse skal blant annet gi pasienten en følelse av trygge omgivelser ved hjelp av omsorg og angstdepende aktiviteter (Buus 2009). Dette er ofte sårbare pasienter som har er usikre på seg selv og det å kunne gi dem den omsorgen og tryggheten de trenger ved å ytre de rette tilbakemeldingene og bekreftelsene på de rette tidspunkt tror vi vil kunne hjelpe deres hverdag i behandling.

Det å gi støtte går blant annet på planlagte handlinger og ytringer i miljøet som får pasienten til å føle seg bedre tilpass, og som er med på å øke selvfølelsen og selvtilliten. (Buus 2009) I dette ligger både støtte og motivasjon. Vi tror det er viktig at pleierne evner å gi støtte og motivasjon og at dette, er viktige bidragsytere i å fremme godt samarbeid og et nært pleier-pasient- forhold.

Videre viste våre funn at pasientene hadde behov for pleiere som var tilstede og lett tilgjengelige. Respondentene presenterte både positive og negative erfaringer fra behandlingen i forhold til tilstedeværelse og tilgjengelighet (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Savukoski, Uusiautti, Määttä 2013) I praksis har vi erfart at personalet var tilgjengelig og tilstede for pasientene omtrent hele tiden. Det var felles aktiviteter og felles måltid hvor samtalene gikk på dagligdagse ting så vel som sykdomsrelaterte. Når det ikke var aktiviteter var regelen at det alltid skulle være personale i avdelingen tilgjengelig for pasientene. I Gundersons miljøterapeutiske prosesser fokuseres det også på tilgjengelighet, tilstedeværelse og struktur i hverdagen (Buus 2009). Pleierne er på jobb for å ta seg av pasientene og i de funnene som viste erfaringer av det motsatte, at de ble overlatt til seg selv er det kanskje noe i kvalitetssiktingen av avdelingen som bør endres. Det er viktig å ha noen rutiner som sikrer at alle pasientene blir ivaretatt, sett og at pleierne framstår som lett tilgjengelige.

Våre funn viste at relasjonsbygging og god kommunikasjon var sentrale elementer i behandlingen, men hvordan sikre dette i praksis? Selv om god kommunikasjonsevne og evnen til å bygge gode relasjoner ofte baseres på personlige egenskaper kan vi alltid utvikle oss som mennesker. Vi kan se og lære av de som er gode, vi kan lese om teknikker for god kommunikasjon og vi kan velge å bruke den ekstra energien som trengs av oss for å nå inn til pasienten. Det koster tid og følelser å bygge relasjoner, å arbeide individbasert, og å kommunisere på en måte som fører til resultater, men i følge pasientenes tilbakemeldinger er det det de har behov for og det er vår oppgave som sykepleiere å oppfylle pasientenes sykdomsrelaterte behov.

Eide og Eide (2011) sier at teoretisk kunnskap om kommunikasjon alene ikke har stor effekt, men dersom en praktisk øver seg gjennom rollespill med påfølgende tilbakemelding og refleksjon vil læringseffekten være større. Forskning viser at en ved systematisk kommunikasjonstrening kan bli bedre til å uttrykke empati, gi bedre respons til pasientene, stille åpne spørsmål, sette ord på følelser og at en blir flinkere til å kommunisere fram behandlingsmuligheter. En kan øve på å lytte, bekrefte nonverbale og verbale signaler, stille ulike typer spørsmål, utfordre den andre til å reflektere, fortelle dårlige nyheter og strukturere samtaler. En forutsetning for at denne treningen skal gi ønsket effekt er at en trener sammen med andre.

5.2.2 Viktigheten av empati og omsorg

Det kom fram av vår litteraturstudie at pleiernes evne til å føle empati og gi omsorg var viktig for pasientene. At de var vennlige og at pasientene fikk en følelse av genuin medfølelse. Det at det ble vist en evne til å forstå pasientene, deres følelser og behov. Uttrykke varme og oppmuntring. (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Reid et al. 2008, Whitney, Easter, Tchanturia 2008) I Travelbees fem faser for relasjonsbygging er empati en av fasene og dermed en forutsetning for at en skal oppnå det nære forholdet som er målet med hele menneske-til-menneske prosessen (Travelbee 2009). Å ikke ha empati for pasientene ville være å ikke forstå pasientene, ikke inneha evnen til å sette seg inn i deres perspektiv og situasjon. Eide og Eide (2009) anser empati som å være en av tre sentrale elementer i den profesjonelle omsorgsrelasjonen og skriver at empatien er helt nødvendig for å kunne kommunisere godt. Ved hjelp av empatien kan sykepleier forstå pasientenes behov, både de som ytres og de som ikke ytres.

Videre viste vår forskning at pasientene hadde behov for å bli respektert og gitt tillit fra personalet samt at de følte at behandlingen var et samarbeid mellom pleier og pasient (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Wright og Hacking 2011, de la Rie et al. 2008). Det å samarbeide med pasienten om ulike beslutninger og løsninger, samt skape likeverdige relasjoner er to av de ti punktene for hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide 2011). Det er ikke vanskelig å sette seg inn i at en situasjon hvor du ikke blir respektert, har null tillitt og ikke har noe du skulle ha sagt ville være vanskelig å innfinne seg med. I Travelbees menneske-til-menneske relasjon fremheves det at pasienten må føle seg sett og hørt og at interessen mellom partene må være gjensidig (Travelbee 2005). Samarbeid og gjensidig respekt og tillitt er nok for de fleste mennesker viktig dersom en skal kunne verdsette og fortsette en relasjon. Hvordan hadde vi selv følt det dersom vi måtte forholde oss til mange regler vi ikke fikk muligheten til å diskutere, og ikke skjønnte hensikten med?

I en av våre artikler sa respondentene at det var viktig at de som jobbet med dem var samkjørte og at brudd på regler fikk like konsekvenser uansett hvem som var på jobb (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013) I statens retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser fremheves også viktigheten av klare ansvarsforhold og regler. Som studenter i praksis har vi ofte opplevd at pasienter har prøvd å utnytte vår uerfarenhet ved å spørre oss lov til ting de allerede har fått nei fra en sykepleier på. Det er viktig å ha et så

nært samarbeid med sine kolleger at alle vet hva som er reglene og hvilke konsekvenser ulike brudd på reglene får.

Men hva skal egentlig til for at en sykepleier skal gi omsorg til syke og sårbare pasienter hver dag hun går på jobb? Sykepleieren er også kun et følelsesmessig menneske som påvirkes av alle de skjebnene hun møter. Dersom hun ikke får bearbeidet alle disse opplevelsene på en god måte vil det kunne ha innvirkning på hvor mye omsorg hun klarer å gi til pasientene. Travelbee (2005) skriver at den sykepleieren som blir oppfattet som distansert og likegyldig ikke er det fordi hun ikke har følelser, men fordi hennes egne behov ikke er oppfylt og at hun derfor ikke klarer å gi pasientene den omsorgen de har behov for. Dersom en derimot klarer å bearbeide sine opplevelser gjennom samtaler, identifisere sine egne følelser og erkjenner seg selv som menneske vil alle opplevelsene kunne bidra positivt til at hun får en bedre evne til å nå fram til andre enn hun hadde før (Travelbee 2005).

Det krever mye å engasjere seg selv, sin personlighet og sine følelser i møte med pasienter og jo mer medfølelse og dypere involvering en har jo tøffere er det psykisk. Som Travelbee skriver så er sykepleieren også bare et menneske og har også behov for å bearbeide underveis dersom hun skal klare å ta fatt på nye pasienter og utfordringer. Skal en ivareta pasientene må en ivareta seg selv først. Det er ofte slik at sykepleier må ta vare på hverandre, støtte hverandre i vanskelig situasjoner, snakke om ulike hendelser og bearbeide de. Det kan være en god strategi for arbeidsgiver å legge til rette for samtaler og refleksjonsgrupper blant sykepleiere for å forebygge utbrenthet og fremme god helse blant de ansatte, slik at de i større grad er rustet til å hjelpe pasientene.

5.2.3 Behovet for kunnskap i praksis

Våre funn viste at pleierne var kunnskapsrike stod sentralt for mange av pasientene. Pasientene ønsket mye informasjon om sin sykdom for å kunne forstå den og kunne identifisere sine problem. (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, van Ommen et al. 2009)

I statens retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser vektlegges pasientens forståelse av egen historie knyttet til hvorfor og hvordan spiseforstyrrelsen utviklet seg og

identifisering av tanker og følelser (Statens helsetilsyn 2000,31). Det er pleierne og andre i behandlingsinstitusjonens ansvar at pasientene får nok kunnskap om sin sykdom og det er de som må hjelpe pasientene fram mot en forståelse av sykdommen.

Det var også viktig for pasientene at pleierne hadde riktig tilnærming, begrunnet sine handlinger, uttrykte erfaring, fokuserte på både fysiske og psykiske problemer, og framsto som gode rollemodeller (Zugai, Stein-Parbury, Roche 2013, Gulliksen et al. 2012, Whitney, Easter, Tchanturia 2008, Federici og Kaplan 2008).

I Statens helsetilsyns veileder for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser blir det beskrevet at en må foreta en psykiatrisk utredning som bidrar til å kartlegge pasientens bakgrunn og aktuelle problem. Det finnes en rekke ulike intervjuer og selvrapporteringsskjemaer som skal være til hjelp i dette arbeidet (Statens helsetilsyn 2000). Spiseforstyrrelser, anoreksia og bulimi er psykiatriske diagnoser og det er derfor nødvendig å behandle det psykiske aspektet ved sykdommen dersom pasientene skal bli friske (Skårderud 2013). Våre funn viste at mange behandlet det psykiske, men vi fant også at det kun ble lagt vekt på veiing og måling (Savukoski, Uusiautti og Määttä 2013).

Eide og Eide (2011) sier, som tidligere nevnt, at en ved mangel på fagkunnskap vil kunne gå glipp av viktige observasjoner og informasjon. Ved faglig kunnskap og erfaringskunnskap vil en få et trenet blikk som er til hjelp ved å identifisere pasientens problemer, tilnærme seg pasienten og forstå pasienten. Videre vil målorientering ved å la overordnede mål styre kommunikasjonen og ta pasienten med i beslutninger være viktig. Pleierne må inneha nok kunnskap til at de oppfattes som kunnskapsrike av pasientene. Dersom de blir oppfattet som lite kunnskapsrike vil det kunne påvirke pasientenes tro på behandlingen og samarbeidet mellom pleier og pasient.

I våre funn fant vi at pasientene syntes det var viktig at behandlingen var individbasert. At behandlingen var et samarbeid mellom pleier og pasient. Pasientene mente at bruken av en individuell handlingsplan var nyttig da den bidro til at pasientene fikk tydeliggjort egne ressurser, oppnådde mål og gav håp for framtiden (Gulliksen et al. 2012, de la Rie et al. 2008). I de statlige retningslinjene står det at valg av behandling må gjøres på bakgrunn av en individuell vurdering (Statens Helsetilsyn 2000). Det står derimot lite om bruken av individuell handlingsplan og ingenting om bruken av individuell plan. Individuell plan

kom ikke før i 2001, men denne pasientgruppen vil ofte kunne representere eksempler på pasienter som trenger langvarig og koordinert hjelp fra flere instanser. En handlingsplan vil være til bruk i den daglige strukturen i behandling mens individuell plan er en langsiktig plan som er ment for pasienter som har bruk for langvarige og koordinerte tjenester, slik at de skal sikres et helhetlig behandlingsopplegg (Statens Helsetilsyn 2000, Snoek og Engedal 2009).

I intervju i praksis fikk vi informasjon om at de ved hver innleggelse av pasienter med spiseforstyrrelser utarbeidet en samarbeidsplan/handlingsplan mellom avdelingen og pasienten som gikk på måltid, aktiviteter, konsekvenser, regler og struktur i behandlingen. De framhevet hvor viktig det var at planen var et resultat av samarbeid og at den var individuelt tilpasset for hver pasient.

Det kommer fram av våre funn, og teori at en kunnskapsrik praksis var viktig for pasientene, men hvordan sikrer en det? Veilederen for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser er fra år 2000 og begynner å bli ganske gammel. I praksis intervjuet vi personalet i forhold til behandling av spiseforstyrrelser. Avdelingen informerte om at de hadde utarbeidet sine egne retningslinjer på bakgrunn av statens helsetilsyns retningslinjer og at disse nå skulle vært revurdert og oppdatert, men de ventet på en ny statlig veileder. Det er meldt at det skal komme en ny veileder i 2014, og det er bra, men 14 år er kanskje noe langt tidsrom mellom to veiledere (Helsedirektoratet 2012). Når retningslinjene ikke revideres fra statlig hold, så kan det også hende at det stopper opp litt nedover i systemet og behandlingsinstansene.

Individuell plan kom, som tidligere nevnt, ikke før i 2001, mens veilederen er fra år 2000. Selv om det er kommunene som har ansvaret for å koordinere arbeidet med individuell plan vil pleiere og personale fra behandlingsinstanser kunne bidra i arbeidet med planen og planene kan være et nyttig hjelpemiddel i behandling (Helsedirektoratet 2013). Det gjenstår å se om det blir gitt mer plass til ulike individuelle planer og hvordan arbeide fram disse i den nye veilederen for behandling av spiseforstyrrelser.

Evalueringsprosessen er en viktig bidragsyter til forbedring av kunnskap og praksis enten det gjelder statlige retningslinjer, arbeidsmetodene på en avdeling eller personlig evaluering av seg selv, sine handlinger og sin kunnskap. Gjennom hele studiet og i alle praksiser har vi

fått lære at en sykepleier aldri er ferdig utlært. Det finnes alltid ny kunnskap å tilegne seg, det finnes alltid noen å lære av og det finnes ofte mange løsninger og tilnærminger til et problem. Det er viktig å ha en lærevillig innstilling og at en samarbeider sammen med sine kolleger og lærer av hverandre for å kunne gi best mulig pleie til de pasientene en møter. Ser en positiv situasjon så bør en ta seg tid til å reflektere rundt hvorfor den situasjonen ble så positiv og samtidig gjøre det samme når ting ikke går som en håper (Nordtvedt et al. 2012).

6.0 Oppsummering/konklusjon

Vår hensikt med denne litteraturstudien var å belyse hva pasienter med spiseforstyrrelser opplever som viktig i pasient-pleier-relasjonen i behandling.

Vi fant tre hovedtema etter å ha analysert våre studier. Det første handlet om at det å ha noen å snakke med var viktig. At pleierne hadde god kommunikasjon og lytteevne, at de gav pasientene støtte, trygghet og motivasjon samt at de var tilstede og tilgjengelige belyst som viktig for pasientene. Det er viktig å øve på sine kommunikasjonsevner og vedkjenne seg at en alltid kan bli bedre. Lære av andre og i samarbeid med andre slik at en får bedre effekt av læringen.

Det andre temaet omhandlet viktigheten av å ha noen som følte med pasientene. Pleiernes evne til å vise pasientene medfølelse og empati, respekt tillitt og det å involvere pasientene i et samarbeid i egen behandling var viktig for pasientene. Pleierne er også bare mennesker og det er nødvendig at de også bearbeider sine følelser og inntrykk de møter i jobben og ellers, gjerne i samarbeid med kolleger.

Det tredje temaet handlet om å framstå kunnskapsrik både ved å gi pasientene informasjon om sin sykdom, ha en riktig tilnærming til pasientene og at pleierne arbeidet individbasert. En kan alltid lære nye ting og er aldri utlært som sykepleiere. Bevisst evaluering av institusjon, arbeidsrutiner og egen kunnskap, samt å se og lære av andre er gode hjelpemidler som kan bidra til at en forbedrer seg.

6.1 Forslag til videre forskning

I vår studie fant vi at alle respondentene var kvinner og det kom også fram av litteratur at en antar at spiseforstyrrelser er underrapportert hos menn. Vi mener derfor det bør etterstrebtes å nå disse pasientene slik at forskningsfeltet blir mer dekkende for hele populasjonen av mennesker med spiseforstyrrelser.

Videre kunne det vært interessant å bruke tidligere forskning av institusjoner som har vist god effekt av behandling. Ved å gå gjennom disse institusjonenes arbeidsrutiner og tilnæringsmåter vil en kunne gjøre intervensjonsstudier på andre institusjoner som ikke har like god rehabiliteringsstatistikk.

7.0 Referanseliste

Buus, Niels (red.) 2009. Psykiatrisk sygepleje, s.23-41. København: Dansk Sygeplejeråd: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

de la Rie, Simone, Greta Noordenbos, Marianne Donker og Eric Can Furth. 2008. "The Quality of Treatment of Eating Disorders: A comparison of the Therapists' and the Patients' Perspective" *International Journal of Eating Disorders* 4: (4) 207-317

Addictive disorders and their treatments 2014. Tema: Forfatterveiledning

<http://edmgr.ovid.com/adtt/accounts/ifaauth.htm>

(Lest 06.03.14)

Eide, Hilde og Tom Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2. vol 20: 22-25

Federici, Anita og Allan S. Kaplan. 2008. "The patient's Account of Pelapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study" *European Eating Disorders Review*, (16) 1-10

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. Utg. Kap 2,9. Falkenberg: Natur og kultur.

Gulliksen, Kjersti S., Ester M.S Espeset, Ragnfrid H.S Nordbø, Finn Skrårderud, Joise Geller og Arne Holthe. 2012. "Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective". *International Journal of Eating Disorder*, (45)932-941.

Helsedirektoratet 2013. Tema: *Individuell plan og koordinator*.
<http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx> (Lest 03.03.14)

Helsedirektoratet 2012. Tema: Ny nasjonal retningslinjer i behandling av spiseforstyrrelser
<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/underarbeid/Sider/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser.aspx> (Lest 03.03.14)

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. Helsefremmende og forebyggende aspekter i psykisk helsearbeid. Helt – ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høgskolen i Molde. 2013. Retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave. Avdeling for helse og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde

International Journal of Eating Disorders. 2013. Tema: *Author guidelines*
[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1098-108X/homepage/ForAuthors.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1098-108X/homepage/ForAuthors.html)
(Lest 07.03.14)

Journal of American Psychiatric Nurses Association 2013. Tema: *Forfatterveiledning*
<http://www.sagepub.com/journals/Journal201684/manuscriptSubmission#tabview=title>
(Lest 07.03.14)

Kunnskapssenteret. 2008. Tema: *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*.
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
(Lest 07.03.14)

Norsk helseinformatikk. 2013. Tema: *Forekomst av anoreksi*.
<http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-forekomst-9284.html>
(Lest 13.03.14)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (DBH/NSD). 2013. *Vitenskaplig publiseringskanal*. Database for statistikk og høgre utdanning.

Nordtvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merethe Reinar. 2012. *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe

Pratt, Belinda M og Susan Woolfenden. 2009. "Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents Review" *The Cochrane Collaboration*.

Ried, Marie, Jennifer Burr, Sarah Williams og Richard Hammersley. 2008. "Eating Disorders Patients' Views on Their Disorders and on a Outpatient Service: A Qualitative Study" *Journal of Health Psychology* 13(7) 956-960.

Røer, Anne. 2009. *Spiseforstyrrelser – Symptomforståelse og behandlingsstrategier*, 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Savukoski, Marika, Satu Uusiautii og Kaarina Määttä. 2013. "Ex-anorectic Patients' Perceptions on Treatments: Less Weighing, More Talking" *Addictive Disorder & Their Treatment* (12)67-75

Skråderud, Finn. 2013. *Sterk/Svak – Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehoug & CO

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2012. *Psykiatri Kunnskap-Forståelse-Utfordringer*. Oslo: Akribe

Statens Helsetilsyn. 2000.

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf

Tierney, Stephanie. 2008. "The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa" *American Psychiatric Nurses Association*, 13(6), 368-375.

Travelbee, Joyce. 2005. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Van Ommen, Joyce, Ester L Merrwijk, Marikje Kars, Annemarie van Elburg og Berno van Meijel. 2008. "Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective". *Journal of Clinical Nursing*, (18) 2801-2808.

Whitney, Jenna, Abigail Easter og Kate Tchanturia. 2008. "Service Users' Feedback on Cognitive Training in the Treatment of Anorexia Nervosa: A Qualitative Study". *International Journal of Eating Disorders* 41(6) 542-550.

Wright K.M og S. Hacking. 2011. "An angel on my shoulder: a study of relationships between woman with anorexia and healthcare professionals" *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, (19)107-115.

Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury og Michael Roche. 2012. "Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective" *Journal of Clinical Nursing* (22) 2020-2029.

Vedlegg 1

PIO-skjema:

Population/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Eating disorders* Anorexia* Bulimia* Patient*	Experience * Perception* Service* Perspective*		Treatment * Therapy*
Spiseforstyrrelser Anoreksi Bulimi Pasient	Opplevelse Persepsjon Observasjon Samtaleterapi Tjeneste Perspektiv		Behandling Terapi

Vedlegg 2

Søkehistorikk:

Søkeord	Dato	Data-base	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Søk 1						
1. exp Eating Disorders/ or eating disorders*.mp.	12.12.13	Ovid psych info	14025	0	0	0
2. treatment*.mp.	12.12.13	Ovid psych info	273284	0	0	0
3. patient*.mp.	12.12.13	Ovid psych info	285032	0	0	0
4. perspective*.mp.	12.12.13	Ovid psych info	118936	0	0	0
5. quality*.mp.	12.12.13	Ovid psych info	111140	0	0	0
6. 1 and 2 and 5	12.12.13	Ovid psych info	309	0	0	0
7. 3 and 4	12.12.13	Ovid psych info	13332	0	0	0
8. 6 and 7	12.12.13	Ovid psych info	13	0	0	0
9. limit 8 to ((danish	12.12.13	Ovid	9	9	4	1

or english or norwegian or swedish) and yr="2008 -Current")		psych info				
Søk 2						
1. exp Eating Disorders/ or eating disorder*.mp.	10.01.14	Ovid psych info	27481	0	0	0
2. exp Anorexia Nervosa/ or anorexia*.mp.	10.01.14	Ovid psych info	12671	0	0	0
3. exp Bulimia/ or bulimia*.mp.	10.01.14	Ovid psych info	9390	0	0	0
4. 1 or 2 or 3	10.01.14	Ovid psych info	30098	0	0	0
5. patient*.mp.	10.01.14	Ovid psych info	532803	0	0	0
6. treatment*.mp.	10.01.14	Ovid psych info	504041	0	0	0
7. experience*.mp.	10.01.14	Ovid psych info	448789	0	0	0
8. perception*.mp.	10.01.14	Ovid	352817	0	0	0

		psych info				
9. 7 or 8	10.01.14	Ovid psych info	745862	0	0	0
10. 4 and 5 and 6 and 7	10.01.14	Ovid psych info	847	0	0	0
12. limit 11 to ((danish or english or norwegian or swedish) and yr="2008 -Current")	10.01.14	Ovid psych info	276	57	18	5
Søk 3						
1. exp Eating Disorders/ or eating disorder*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	27481	0	0	0
2. exp Anorexia Nervosa/ or anorexia*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	12671	0	0	0
3. exp Bulimia/ or bulimia*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	9390	0	0	0
4. 1 or 2 or 3	11.01.14	Ovid Medline	30098	0	0	0
5. patient*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	532803	0	0	0
6. treatment*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	504041	0	0	0
7. experience*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	448789	0	0	0

8. perspective*.mp.	11.01.14	Ovid Medline	192986	0	0	0
9. 6 or 7	11.01.14	Ovid Medline	887185	0	0	0
10. 5 and 8 and 9	11.01.14	Ovid Medline	12314	0	0	0
11. 4 and 10	11.01.14	Ovid Medline	396	0	0	0
12. limit 11 to ((danish or english or norwegian or swedish) and yr="2008 -Current")	11.01.14	Ovid Medline	99	19	6	1
Søk 4						
1. exp Eating Disorders/ or eating disorder*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	27481	0	0	0
2. exp Anorexia Nervosa/ or anorexia*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	12671	0	0	0
3. exp Bulimia/ or bulimia*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	9390	0	0	0
4. 1 or 2 or 3	07.03.14	Ovid psych info	30098	0	0	0
5. patient*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	532803	0	0	0
6. experience*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	448789	0	0	0

7. perspective*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	192986	0	0	0
8. service*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	233640	0	0	0
9. 5 or 6 or 7	07.03.14	Ovid psych info	1045235	0	0	0
10. 4 and 8 and 9	07.03.14	Ovid psych info	692	0	0	0
11. limit 10 to ((danish or english or norwegian or swedish) and yr="2008 -Current")	07.03.14	Ovid psych info	242	0	0	0
12. qualitative*.mp.	07.03.14	Ovid psych info	96974	0	0	0
13. 11 and 12	07.03.14	Ovid psych info	29	14	5	1

Vedlegg 3

Oversikt over artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Kvalitet
1. de la Rie, Simone, Greta Noordenbos, Marianne Donker, Eric Van Furth. 2008. International Journal of Eating Disorders	<i>The Quality of Treatment of Eating Disorders: A comparison of the Therapists' and the Patients' Perspective</i>	En kvantitativ studie som undersøker hvilke faktorer som gjør seg til nytte for god behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.	Spørreundersøkelse	156 pasienter med spiseforstyrrelser, 148 som har hatt spiseforstyrrelser tidligere og 73 behandlere.	Forskningen viser at det er ulike faktorer som spiller inn på vektøkning. Det blir for øvrig nevnt tillit til behandler, å bli tatt med alvor, individuell behandling, bli respektert, å kunne snakke om tanker og følelser, å kunne snakke om lidelsen og akseptere pasienten som den er. Det kommer også fram at det er nødvendig med god kommunikasjonsevne for å kunne skape en god relasjon mellom behandler og pasient. Det kommer sterkt fram at tillit er en stor del av behandlingen.	Nivå 2 God
2. Federici, Anita and Allan S. Kaplan. 2008. European Eating Disorders Review.	<i>The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study.</i>	En kvalitativ studie der de følger pasientene gjennom lidelsene og ser på hvilke faktorer som kan spille inn til en god behandling.	Semi-strukturert intervju.	15 kvinnelige pasienter med spiseforstyrrelser. 18 år og eldre.	Gjennom terapi startet pasientene å føle trygghet fra behandlere, som er et viktig steg til forbedring. I tillegg vektlegger pasientene på viktigheten med å bli forstått og akseptert. Det kommer fram at etter terapi lar de folk komme inn på seg, istedenfor å skyve de vekk fra seg.	Nivå 1 Tilstrekkelig
3. Gulliksen, Espeset, Nordbø, Skårderud, Geller og Holte 2013. International Journal of Eating Disorders	<i>Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective</i>	Å få frem en dybdestudie av pasienter med anorexias foretrukne kvaliteter hos helsepersonell	Kvalitativ intervju	38 Kvinner med anorexi. 18-51 år	I studien kommer det fram både negative og positive erfaringer i behandlingen av spiseforstyrrelser. Respondentene ga tilbakemelding om betydningen av tilnærming og hvilken nytte det hadde i behandlingen. Det kom fram at pasientene la merke til om personalet viste interesse, respekt, humor, fokus på ressurser, tanker og følelser rundt sykdommen.	Nivå 2 Meget god

4. Reid, Marie, Jennifer Burr, Sarah Williams and Richard Hammersley. 2008. Journal of Health Psychology.	<i>Eating Disorders Patients' Views on Their Disorders and on a Outpatient Service: A Qualitative Study</i>	Hensikt med studien var å finne fram pasienters syn på behandlingen og for å kunne gi praktiske forslag til forbedringer i forhold til behandling.	Semi-strukturert intervju.	20 pasienter	Pasientene foretrakk en sensitiv behandling og tilnærming. Behandler må ta tak i pasienters behov for kontroll ved å finne en balanse mellom praktisk og empatisk tilnærming som både involverer pasienten i behandlingsavgjørelser og gir veiledning. Det var viktig at pasientene generelt følte at ansatte genuint brydde seg om dem.	Nivå 1 God
5. Savukoski, Marika, Uusiautti, Satu og Määttä, Kaarina. 2013 Addictive disorders & their treatment	<i>Ex- anorectic Patients Perceptions on Treatments: Less Weighing More talking</i>	Å gi et innblikk i anoreksia og eksanoretikerens erfaringer av overlevelse	Intervju og skriftlig data	11 finske kvinner 23-45 år	Det er ingen spesifikk behandling som kan hjelpe alle anoretiske pasienter. Det viktigste er å hjelpe pasienter med anoreksia å forstå hva sykdommen innebærer.	Nivå 1 God
6. Tierny, Stephanie. 2008. Journal of the American Psychiatric Nurses Association	<i>The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa.</i>	Hensikten med denne studien er å undersøke synet til ungdommer som blir behandlet for anoreksi.	Semi-strukturert intervju.	10 deltakere	<ul style="list-style-type: none"> - Å få riktig behandling - Balansere fysisk og psykisk helse - Kvaliteter som er nødvendig hos behandlerne. - Motta hjelp fra andre i det sosiale nettverket. - Personlige ønsker om forbedring. 	Nivå 1 God
7. Van Ommen, Joyce, Meerwijk, Esther L, Kars, Marijke, van Elburg, Annemarie og van Meijel Berno. 2008. Journal of Clinical Nursing	<i>Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patient's perspective</i>	Hensikten med denne studien er å utvikle fra pasienter `perspektiv-en teoretisk modell som forklarer effekten av innleggelse av ungdom med anorexia nervosa	Intervju	13 pasienter fra 13-17 år	Deltakerne uttalte at sykepleiere bidro vesentlig til deres behandling. Pasientene vektla viktigheten av individuell pleie, samarbeid, tillit og modellering med utgangspunkt i normalisering, struktur, ansvar og engasjement.	Nivå 2 Meget god
8. Whitney, Jenna, Abigail Easter og Kate Tchnaturia. 2008. International Journal of Eating Disorders.	<i>Service Users' Feedback on Cognitive Training in the Treatment of Anorexia Nervosa: A qualitative study.</i>	Hensikten med studien var å undersøke pasienters erfaringer ved å delta på kognitiv terapi.	Kvalitativ tilbakemelding på behandlingene fra pasienter i form av et skriftlig brev. Var gitt retningslinjer på enkelte spørsmål som pasientene måtte svare på.	19 pasienter	Funnene viser generell positiv tilbakemelding rundt behandlingen og pasientene var glade for at fokuset ikke bare gjaldt mat. Alle la vekt på at det var viktig med en god relasjon mellom pleiere og pasient i behandlingen.	Nivå 2 Tilstrekkelig

<p>9. Wright, K.M og S. Hacking. 2011 Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p>	<p><i>An angel on my shoulder: a study of relationships between woman with anorexia and healthcare professionals</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var for å finne relasjoner mellom pasienter og behandlingspersonell, og hvordan dette kunne bidra til forbedring av helse.</p>	<p>Seks kvinner og sju helsepersonell ble intervjuet angående deres forhold til hverandre.</p>	<p>6 kvinner med anoreksi</p>	<p>I intervjuet kommer det fram seks viktige temaer: Hvor ekte forholdet var mellom pasient og behandler, vektøkning, viktigheten av håp og optimisme og aspektet av helsestjenesten. Relasjonene mellom pasienter og helsepersonell er viktig i behandlingen av spiseforstyrrelsene.</p>	<p>Nivå 1 God</p>
<p>10. Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury og Michael Roche 2013 Journal of Clinical Nursing</p>	<p><i>Effective Nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective</i></p>	<p>Hvordan sykepleiere kan bidra til vektøkning og en positiv innleggelse for pasienter med anoreksi. De undersøker spesifikk hvordan pasienter opplever under behandling av anoreksi.</p>	<p>En kvalitativ studie der dataene blir tolket med en tematisk analyse der det blir brukt halvstrukturente intervjuer.</p>	<p>8 kvinner med spiseforstyrrelser.</p>	<p>Det er en betydelig mengde forskning som undersøker pasientperspektiv i forhold til behandling av anoreksi. Tilsvarende med tidligere forskning så indikerer det at terapeutisk behandling bidrar positivt hos pasientene, i tillegg til at sykepleierne bryr seg med mennesket. Sykepleierne sikret vektøkning og en positiv opplevelse under innleggelsen grunnet deres tilnærming, blant annet omsorg og engasjement for å sikre best utfall av behandlingen.</p>	<p>Nivå 2 Meget god</p>

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar: Alle deltagerne i studien hadde spiseferstynnelser, og alle deltagerne måtte komme med sine erfaringer fra behandling. Begge kjønn kunne være med i studien, men det endte opp med bare kvinner. 8 deltogere i studien.</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar: Data innsamlingen ble tolket med en tematiske analyse der det ble brukt halvstrukturerte intervjuer. Ved slike intervju så kan det komme fram hva pasientene selv mener om behandlingen, hva de ser på som positivt eller negativt.</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Kommentar: Hensikt med studien var å se hvordan sykepleiere bidro til vektøking og positiv innleggelse for pasienter med anoreksi. De har sjekket spesielt hvordan pasientene opplever dette.</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Kommentar: Den innsamlede data og de to kategoriene som er blitt framstilt går sammen. Fokuserer på vektøking, terapeutisk miljø og relasjoner til sykepleier.</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data? 	<p>Kommentar: Ut i fra hovedfunn er det dannet undertema knyttet til dette. Kommer veldig tydelig fram i studien.</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne? • Ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Kommentar: Det kommer fram i studien at den er blitt etisk vurdert.</p>

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

- Kan du oppsummere hovedfunnene?
- Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?

Kommentar: Indikerer på at terapeutisk behandling bidrar positivt til pasientene, i tillegg til at sykepleierne bryr seg om medmennesket. Sykepleierne bidro til vekstøking gjennom deres tilhøring.

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

TIPS:

Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?
- Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?

Kommentar: På grunn av resultatene kan en se hvor nyttig det er med engasjement, omsorg, tilhøring og kunnskap. Resultatet av dette kunne bidra til å sikre best mulig utfall av behandlingen.