



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Behandlingsrelasjon til jenter med Anorexia Nervosa

Treatment relationship to girls with Anorexia Nervosa

Evelyn Rise Gregersen og Andrea Hammerø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 10. 04. 2015



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.

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
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. <u>Universitets- og høgskoleloven</u> §§4-7 og 4-8 og <u>Forskrift om eksamen</u> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <u>Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <u>retningslinjer for behandling av saker om fusk</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <u>kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</u>	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

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: 13. 03. 2015

Antall ord: 12 102

Forord

*It's eating me up,
destroying me,
a kind of slow suicide,
little by little...*

(Gorse et al. 2013, 3)

Sammendrag

Bakgrunn

50 000 av alle norske jenter mellom 15 og 44 år har en spiseforstyrrelse, 2 700 av de har Anorexia Nervosa. Anorexia Nervosa er en psykisk lidelse med store utfordringer både i forhold til behandlingen og hverdagen generelt. Pasientgruppen behandles på ulike steder i helsevesenet, det er derfor viktig at vi som sykepleiere vet hvordan vi kan møte pasientene på best mulig måte.

Hensikt

Hensikten med studien var å belyse jenters erfaring i møte med helsevesenet.

Problemstilling

Hvordan opplever jenter med Anorexia Nervosa relasjon til helsepersonell i behandling og tilfriskning av sykdom?

Metode

En systematisk litteraturstudie basert på ti forskningsartikler med kvalitativt design.

Resultat

Jenter med Anorexia Nervosa har behov for endring, god relasjon og kommunikasjon med helsepersonell. De verdsatte at fokuset på behandlingen ikke bare gjaldt mat og vekt, men også det psykiske. Gode erfaringer og relasjoner til helsepersonell har stor betydning for å lykkes i behandlingen og tilfriskningen for pasientene.

Sammenfatning

Jenter med Anorexia Nervosa har behov for økt kunnskap fra helsepersonell. For at disse sårbare pasientene skal oppnå store endringer i livet må helsepersonell vise empati, forståelse, ha gode lytte- og kommunikasjonsevner og skape god pasient-sykepleie relasjon.

Nøkkelord

Anorexia Nervosa, pasient- sykepleie relasjon, pasientperspektiv, behandling, tilfriskning, og opplevelse.

Abstract

Background

Among Norwegian girls between the age of 15- 44 years have 50 000 an eating disorder, the girls that get Anorexia Nervosa are 2 700. Anorexia Nervosa is a psychiatric disorder with major challenges in terms of treatment and everyday life. The patient group are treated various places in healthcare. It is important that nurses know how to meet the patients in the best possible way.

Purpose

The purpose of this study was to illuminate girls experience in meeting with healthcare.

Issue

How do girls with Anorexia Nervosa experience the relation to healthcare professionals in treatment and recovery of the illness?

Method

A systematic literature study based on ten research articles with qualitative design.

Results

Girls with Anorexia Nervosa need change, someone who understands them and someone to talk to. They appreciated that the healthcare professionals not only took care of the food and weight, but also mental health. Good experiences and relationships with healthcare professionals are of great importance to the success of treatment and recovery.

Summarize

Girls with Anorexia Nervosa need increased information from the healthcare providers. For these vulnerable patients to achieve major changes in life, healthcare providers need empathy and understanding. They need to be good listeners and create good patient-healthcare relationships.

Keywords

Anorexia Nervosa, patient- nurse relationship, patient perspective, treatment, recovery and experience.

Innhold

1.0	Innledning	5
1.1	Avgrensing	6
1.2	Hensikt.....	6
1.3	Problemstilling	6
2.0	Teoribakgrunn	7
2.1	Anorexia Nervosa.....	7
2.1.1	Forekomst.....	7
2.1.2	Diagnostikk	8
2.1.3	Behandling og tilfriskning	9
2.2	Kommunikasjon	10
2.3	Relasjonsbygging	11
2.4	Opplevelsen av å leve med sykdom	11
3.0	Metodebeskrivelse	12
3.1	Datainnsamling.....	12
3.1.1	PICO-skjema	12
3.1.2	Inklusjonskriterier	13
3.1.3	Eksklusjonskriterier.....	13
3.1.4	Litteratursøkingstrategi.....	14
3.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	15
3.2.1	Kvalitetsvurdering.....	15
3.2.2	Etiske hensyn	16
3.3	Analyse.....	17
4.0	Resultat	18
4.1	Behov for endring.....	18
4.1.1	Føle støtte og motivasjon	18
4.1.2	Gode rutiner og miljø rundt seg	20
4.1.3	Nødvendigheten av fagpersonalet.....	20

4.2	Relasjonsbygging	22
4.2.1	Opplevelser og følelser	22
4.2.2	Informasjon og kunnskap	23
4.2.3	Respekt og omsorg	24
4.3	Kommunikasjon	24
4.3.1	Tilstedeværelse og tid	25
4.3.2	Lytte - og kommunikasjonsevne	25
5.0	Diskusjon.....	27
5.1	Metodediskusjon	27
5.1.1	Vurdering av inklusjon- og eksklusjonskriteriene	27
5.1.2	Søkestrategi	28
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske overveielser	28
5.1.4	Analyseprosessen	29
5.2	Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1	Betydningen av støtte og motivasjon for endring	30
5.2.2	Viktigheten av omsorg, respekt og informasjon	34
5.2.3	Viktigheten av kommunikasjon i relasjon.....	38
6.0	Konklusjon.....	41
7.0	Forslag til videre forskning	42
	Litteraturliste.....	43

Vedlegg 1. PICO-skjema

Vedlegg 2. Skader ved anoreksi

Vedlegg 3. Søkehistorikk

Vedlegg 4. Artikkelfunn

1.0 Innledning

Både i media og ellers i samfunnet ser vi at spiseforstyrrelse er et problem, og det kan være vanskelig å stå frem med en diagnose som Anorexia Nervosa. Det å kunne utvikle et tillitsfullt relasjonsforhold for pasientene og sykepleierne er grunnleggende for behandling- og tilfriskningsprosessen. Å danne en relasjon kan være vanskelig for pasientene at mange er ambivalens i forhold til behandlingen og dette kan være utfordrende (Murray et al. 2011). Striege-Moore et al. (2009) har beskrevet at Anorexia Nervosa rammer oftere jenter enn det rammer gutter. 50 000 av alle norske jenter mellom 15 og 44 år har en spiseforstyrrelse, 2 700 av de har diagnosen Anorexia Nervosa (Folkehelseinstituttet 2012). Unge jenter med Anorexia Nervosa kan ha mange utfordringer og vi vil derfor kunne møte de på flere institusjoner i helsevesenet. For eksempel på ulike sykehusavdelinger, på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten, på psykiatriske avdelinger og i hjemmebasert omsorg.

Forekomsten av alvorlig spiseforstyrrelse er nå stabil, men mild variant av spiseforstyrrelse er økende blant barn og unge (Dietrichson 2015). På tross av at det er et økende problem med mild variant av jenter som får diagnosen Anorexia Nervosa, er det lite fokus på dette i sykepleierutdanningen. Vi ønsket å skrive om Anorexia Nervosa da dette er en problemstilling vi kan møte i arbeidslivet som snart ferdigutdannede sykepleiere. Dette ser vi også på som interessant for sykepleiefaget. I vår oppgave har vi valgt pasientperspektiv. Dette er fordi pasienter som har mottatt behandling for Anorexia Nervosa har verdifulle erfaringer og informasjon som er knyttet til helsepersonell som gir behandling.

Helsedirektoratet (2012) har gitt ut retningslinjer som omtaler forebygging, tidlig oppdagelse, utredning og behandling av personer med spiseforstyrrelser i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det de vektlegger som sentrale spørsmål er familieterapi, kognitiv terapi, legemiddelbehandling, poliklinisk behandling og selvhjelp (Helsedirektoratet 2012). Her vektlegges tiltak som kan styrke den generelle kompetansen i grunnutdanningen, for de forskjellige helseprofesjonene som møter pasientene med Anorexia Nervosa. Selv om det har blitt iverksatt ulike tiltak de siste årene for å bedre kompetansen, er det fortsatt behov for kompetanseheving innen feltet spiseforstyrrelser (Helsetilsynet 2000).

1.1 Avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven vår til jenter. Vi valgte da å utelukke gutter med Anorexia Nervosa fordi vi mener det er for lite forsket på, dette til tross for at det i dagens samfunn også er gutter som lider av Anorexia Nervosa. Jentene vi tar for oss i litteraturstudien, må være i behandling- eller tilfriskningsprosessen. I vår oppgave har vi valgt å bruke begrepet helsepersonell som generelt for sykepleier, terapeut og/eller annet personale, som har en sentral rolle i behandlingen, og har mye kontakt med pasientene.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse jenters erfaring i møte med helsevesenet.

1.3 Problemstilling

Hvordan opplever jenter med Anorexia Nervosa relasjon til helsepersonell i behandling og tilfriskning av sykdom?

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Anorexia Nervosa

Ordet spiseforstyrrelse har flere betydninger, men en kan bruke ordet i alle lidelsene. Spiseforstyrrelser kan deles i tre typer: Anorexia Nervosa, Bulimi Nervosa og Binge Eating Disorder. De tre har forskjellige fokus. Anorexia Nervosa «de som spiser for lite». Bulimi Nervosa «de som spiser kaotisk» og Binge Eating Disorder «de som spiser for mye» (Hummelvoll 2012, Skårderud 2004).

Spiseforstyrrelse kan forekomme når en person har en identitetsforstyrrelse. Dette kan forsterkes av spisevansker, som gjør at oppmerksomheten bindes til mat, vekt og behovet for å få den slanke linje. Det som er av betydning i personens daglige liv, vil kunne endre seg (Hummelvoll 2012).

Anorexia Nervosa (AN) er å begrense hva og hvor mye du spiser. De fleste som har AN beholder maten, men noen kaster opp dersom de synes de har spist for mye. Noen har også overspisningsperioder og mister den strenge kontrollen på matinntaket. Mange overdriver løping eller annen trening for å forbrenne kalorier. Til felles for alle med AN er at de begynner å sulte seg for å gå ned i vekt (Skårderud 2004). Anorexia Nervosa er definert som nervøs spisevegring (Vandvik 2014).

De som omtales som anorektikere er de som spiser for lite, og i noen tilfeller kan det gå så langt at de ikke spiser noe. AN er en sammensatt lidelse, handlemåten deres kan kalles for «nekteren» (Skårderud 2004, 12).

2.1.1 Forekomst

Alvorlig spiseforstyrrelse som AN hadde i 2002-2003 en forekomst på ca. 2 % av alle jenter mellom 15-45 år. I den yngre aldersgruppen 15-24 år ser vi at forekomsten er betydelig større (Hummelvoll 2012). Det kommer av at det er flere personer i ungdomsårene som utvikler en form for spiseforstyrrelse. Unge gutter lider også av alvorlig spiseforstyrrelse, men vi ser at forekomsten for å få diagnosen AN fortsatt er lav, da gutter ikke alltid utvikler

en spiseforstyrrelse til det alvorlige (Folkehelseinstituttet 2012). AN er vanligere blant jenter enn blant gutter og ca. 90% av pasientene er unge jenter i den yngre aldersgruppen eller tidlig i 20-årene. I 2013 er det regnet ut at 0,2- 0,4 % har AN. Forekomsten økte betraktelig på 90-tallet og i tidlig 2000, men forekomsten er ikke i økning, derimot har det blitt en økning i forhold til de som søker hjelp (Norsk Helseinformatikk 2013).

2.1.2 Diagnostikk

Det er fire hovedkriterier som foreligger for å kunne bedømme om en person får diagnosen AN. Disse fire kriteriene er:

- Pasienten nekter å opprettholde normal vekt korrigert for alder og høyde, noe som fører til at vekten er minst 15 % under forventede.
- Intens frykt for å gå opp i vekt eller for å bli tykk, selv om pasienten er undervektig.
- Forstyrret kroppsbilde som viser seg ved at pasienten hevder å være overvektig, selv om hun er det motsatte. Dette kan også gjelde for spesielle kroppsdeler.
- Hos kvinner har menstruasjonen vært borte minst tre påfølgende ganger, i en periode da den normalt skulle forekomme.

(Hummelvoll 2012, 310)

Ut ifra de fire kriteriene er det en kroppslig reaksjon, men det foreligger også et fokus på det psykososiale hos personen. De kroppslige reaksjonene kan være at de blir avmagret, dehydrert og miste sulthetsfølelsen. De øker også risikoen for å utvikle lavt stoffskifte og lavt blodsukker. De kan også få redusert blodsirkulasjon og pulsen kan bli langsom, det kan bli så alvorlig at hjertereaksjonen blir uregelmessig (Hummelvoll 2012). Flere kroppslige skader ved AN se vedlegg 2.

De psykososiale reaksjonene kan være vanskelig å oppdage, og kan variere fra person til person. De faktorene som opptar en med AN er å telle kalorier, fokuset på kropp i forhold til selvbilde og selvfølelse. De har et fokus på å ha kontroll over matinntaket (Hummelvoll 2012).

2.1.3 Behandling og tilfriskning

I forhold til behandlingen og sykdommen foreligger det mye frykt. Årsaksforholdene til å få en spiseforstyrrelse er veldig sammensatt, derfor er det viktig at behandlingen tar utgangspunkt i de somatiske, psykiske og sosiale forholdene. Helsepersonell må også huske at behandlingen er som regel langvarig og kan være vanskelig. En må vite at det mest vanlige er veksling mellom fremgang og tilbakeslag (Snoek og Engedal 2011).

Det å etablere god arbeidsallianse og gode relasjoner har mye å si for utbytte av behandlingen og omsorgen pasientene mottar. Det kan være vanskelig for sykepleierne å følge opp pasientene etter utskriving, det kan da være lurt å ha satt opp avtaler med pasientene for samtale eller veiledning etter utskrivning. Pasientene som blir utskrevet fra ett opphold bør få poliklinisk støtte for å kunne beholde relasjonen til helsepersonellet. Tilfriskningsperioden er lang og det kan oppstå tilbakefall, god støtte er derfor viktig for at pasientene skal føle seg trygge (Hummelvoll 2012).

Alvorlige spiseforstyrrelser gir ikke automatisk et grunnlag for en tvangsinnleggelse. Tvangsinnleggelse vil først bli aktuelt om spiseforstyrrelsen er så alvorlig at den karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse (Trones 2012). Frivillig og tvungen innleggelse er hjemlet i lov av 14. Juni 2013 nr. 37 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, heretter forkortet psykisk helsevernloven. Frivillig innleggelse er hjemlet i psykisk helsevernloven § 2-1, og tvangsinnleggelse i §§ 3-2 og 3-3 (Psykisk helsevernloven 2013).

Psykisk helsevernloven § 3-3 viser til en rekke vilkår som må være oppfylt før tvungent psykisk helsevern kan bli aktuelt. Hjemmelen viser til §§ 3-1 og 3-2, opplysninger innhentet fra legeundersøkelse og gjennom tvungen observasjon. Et av vilkårene i § 3-3 stiller krav til at «frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette» (Psykisk helsevernloven 2013, §3-3), jf. Første ledd nr. 1. Formålet med tvangsinnleggelsen er bl.a. at pasienten på grunn av sin alvorlige sinnslidelse får en livreddende behandling, og for å forhindre at pasienten er til skade for seg selv eller andre, jf. Første ledd, nr. 3, bokstav a og b (Psykisk helsevernloven 2013).

I Buus (2009) vises det til Hildegard Peplau som mener at relasjon mellom pasientene og sykepleierne går gjennom et typisk forløp med fire karakteristiske, men overlappende faser. Fasene adskiller seg på den måten at pasientene og sykepleierne inntar forskjellige roller, og løser forskjellige psykologiske oppgaver. Når pasientene og sykepleieren møtes, vil de være fremmede for hverandre og ha forskjellige målsetninger og forventninger til deres relasjon. De fire fasene til Peplau er orienteringsfasen, identifikasjonsfasen, utnyttelsesfasen og oppløsningsfasen.

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er noe av det viktigste i helsevesenet for å kunne skape god relasjon til pasienten. «Hjelpende» kommunikasjon er for å tydeliggjøre de viktigste kjennetegnene ved all kommunikasjon i helseprofesjonen, den er ment for å være til hjelp for pasientene. Å ha gode kommunikasjonsferdigheter er gode hjelpemidler til å forstå pasientene som enkelt individer. Her handler det om å forstå relasjonen, å gi bedre hjelp og støtte til å ta beslutninger sammen, og til å stimulere den andres utvikling på best mulig måte (Eide og Eide 2012).

Hjelpende kommunikasjon kan deles i ti punkter:

- Å lytte til den andre.
- Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler.
- Å skape gode og likeverdige relasjoner.
- Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte.
- Å møte den andres behov og ønsker på en god måte.
- Å stimulere den andres ressurser og muligheter.
- Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon.
- Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg.
- Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål.
- Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger.

(Eide og Eide 2012, 21)

2.3 Relasjonsbygging

Det å ha en spiseforstyrrelse er en sammensatt sykdom, og det kan av og til kreve en oppfølging av helsepersonell. Det kan også være viktig å ha fokus på pasientens psykiske lidelse og i tillegg behandle de somatiske lidelsene. Som helsepersonell kan det være vanskelig å hjelpe pasienter som kan ha vansker med å innrømme sin sykdom og at de trenger hjelp. Dette kan også være en grunn til at relasjonen kan være vanskelig å danne (Skårderud 2004). God relasjonsbygging kan være avgjørende for å gi god behandling, og for at pasientene er mottakelig for behandlingen (Hummelvoll 2012).

For å kunne skape en relasjon med en person som er syk, er det viktig å komme ned på deres nivå og sette seg inn i deres situasjon. Med god forståelse kan en inngå et samspill og en interaksjon. Dette kan virke enkelt, men som helsepersonell trenger ikke dette alltid å være like enkelt uten nok erfaring. Forutsigbarhet og pålitelighet er to viktige elementer for å kunne bygge en god relasjon (Hummelvoll 2012).

2.4 Opplevelsen av å leve med sykdom

Det kan være belastende for kronisk syke å leve et liv der de er frisk og syk på samme tid. Det er mange med psykiske plager som er motvillig for å søke hjelp (Garbo 2011).

For utenforstående personer kan det være vanskelig å forstå fokuset pasienter med en alvorlig sykdom har. For sårbare pasienter kan det være vanskelig å leve et normalt liv, i en syk hverdag og frykten for endringer kan bli for stor. Det de fleste med en alvorlig sykdom kjenner på er at de ikke er sin sykdom, men at sykdommen er en del av dem (Skårderud 2004).

Det er ingen som velger selv å ha en spiseforstyrrelse og de er heller ikke begeistret for å ha det, men det kan virke slik for utenforstående. Pasientene kan være knyttet til sin sykdom og det kan derfor være vanskelig å engasjere de (Skårderud 2004).

3.0 Metodebeskrivelse

Vi benyttet oss av systematiske litteratursøk for å svare på hensikten og problemstillingen, dette er i henhold til høgskolen i Molde sine retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave i sykepleie (2014). Et systematisk litteraturstudie vil si å søke systematisk, å kritisk vurdere og sammenligne litteratur innenfor valgt tema eller problemområde (Høgskolen i Molde: avdeling for helse og sosialfag 2014). Forsberg og Wengström (2013) har skrevet om å gjøre et systematisk litteraturstudie, de skriver at det er en forutsetning at det er nok forskning på felte en skal skrive om. Forskingen bør også være av god kvalitet, og den skal gi et godt grunnlag for det en ønsker å diskutere (Forsberg og Wengström 2013). Vi har tatt utgangspunkt i Evans fire faser for analyse (Evans 2002).

3.1 Datainnsamling

3.1.1 PICO-skjema

For å kunne utarbeide PICO-skjemaet må forkortelsen for PICO forklares.

P: Pasient/Problem: Under pasient eller problem blir spørsmålet rettet til hvilken pasientgruppe vi er ute etter.

I: Intervensjon: Hvilke tiltak bør vi vurdere. Tiltakene kan både være forebyggende eller de kan være for å hjelpe pasientene.

C: Sammenligning: I noen oppgaver skal man kunne sammenligne hva som blir gjort nå, i forhold til tidligere studier, eller sette to problemstillinger opp mot hverandre.

O: Utfall: Hvilket utfall er vi ute etter, hva ønsker vi å oppnå eller hva ønsker vi å vurdere? (Nortvedt et al. 2012).

I Vedlegg 1 viser vi til vårt PICO- skjema. Der har vi skrevet søkeordene på norsk, og oversatte søkeordene til engelsk. Vi brukte engelske søkeord når søkene gjennomførtes i databasene, vi har kuttet ut endingene og avsluttet med trunkeringstegn (*).

P: Pasient/Problem, vi tar hovedsakelig for oss AN og pasient. Men vi tok også for oss spiseforstyrrelse og sykepleier som søkeord.

I: Intervensjon, vi valgte å ta for oss behandling og pasientperspektivet.

C: Sammenligning, i vårt tilfelle har vi ikke sammenligne noe.

O: Utfall, vi tar for oss tilfriskning, opplevelse, tilbakefall og kvalitative artikler.

3.1.2 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene inneholder det vi er ute etter i studien, og er en del av det systematiske litteratursøket. De artiklene vi har valgt må oppfylle visse kriterier for at de skulle inkluderes i studien. Kriteriene gjør det mulig å finne konkrete artikler som kan knyttes opp mot vårt studie, så funnene er tilfreds med det vi leter dette (Forsberg og Wengström 2013).

- Pasienter må være behandling- eller tilfriskningsprosessen.
- Pasientperspektivet.
- Pasienten må fortelle om sine relasjoner til helsepersonellet.
- Artiklene skal være fra 2007- til dags dato.
- Artiklene må være kvalitative.
- Artiklene må ha en høy vitenskapelig kvalitet, nivå 1 eller nivå 2.
- Artiklene må vi ha vurdert som god i vår kvalitetsvurdering.
- Artiklene må være etisk godkjent.

3.1.3 Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriterier bidrar til å utelukke ikke-aktuell forskning som ikke er ønskelig å ha med i studien, da de ikke svarer på vår hensikt og problemstilling (Forsberg og Wengström 2013).

- De med en annen spiseforstyrrelse.
- De som har AN uten å ha vært i behandling.
- Artikler eldre enn 2007.
- Artikler som vi har vurdert som dårlig eller middels.
- Artikler som tar for seg gutter med AN.

3.1.4 Litteratursøkningsstrategi

3.1.4.1 Ovid MEDLINE(R)

05. Oktober 2014. Vi startet med å trykke på avansert søkemåte for å kunne kombinere flere søkeord med en kombinasjon av «and» eller «or». Første søkeord i databasen var patient*, søkeord nummer to var anorexia nervosa*, vi slo de to søkeordene sammen dette resulterte i 6050 artikler. Vi søkte så på nurs* for det var for mange artikler med bare to søkeord, søket ble for åpent så vi satt sammen tre og fire, det ble 138 artikler. Vi leste 16 abstrakt og syv artikler, vi endte opp med å inkludere to artikler, se vedlegg 3 (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, van Ommen et al. 2009).

11. Oktober 2014. Som i første søket brukte vi avansert søkemåte og ingen store bokstaver da dette kan innvirke på søket. Første søkeordet vi brukte var patient*, andre søkeordet var anorexia nervosa*, vi brukte recovery* og til slutt qualitative* for vi ønsket kvalitative artikler. Søkeordene hver for seg ga oss ingen artikler, vi slo sammen alle søkeordene med «and» og dette resulterte med 20 artikler. Vi endte opp med å lese seks abstrakt, vi leste gjennom fire artikler og inkluderte tre artikler i vårt studie, se vedlegg 3 (Federici og Kaplan 2007, Pemberton og Fox 2011, Gorse et al. 2013).

11. November 2014. Vi søkte ut i fra PICO-skjemaet i alle våre søk (Vedlegg 1). Vi brukte avansert søkemåte hvor vi søkte med søkeordene anorexia nervosa*, patient*, recovery* og experience*. Vi valgte å slå sammen alle søkeordene med «and». Vi fikk et treff på 29 artikler og leste over 22 abstrakt. Vi leste gjennom tre artikler og satt igjen med en artikkel vi kunne inkludere i vårt studie, se vedlegg 3 (Wright og Hacking 2012).

03. Desember 2014. Vi foretok et avansert søk, hvor vi startet med anorexia nervosa* som første søkeord, vi brukte videre ordene treatment*, relaps* qualitative* og adolescent*. Vi valgte først å sette sammen søkeord nummer to og tre med «or», for å så slå sammen søkeord en, fire, fem og seks. Dette resulterte med 198 artikler. Vi leste 23 abstrakt, ut i fra disse leste vi ni artiklene, og endte opp med å inkludere to artikler, se vedlegg 3 (Whitney, Easter og Tchanturia 2008, Long et al. 2011).

3.1.4.2 PubMed

08. Desember 2014. Vi brukte fortsatt avansert søkemåte. anorexia nervosa*, treat* perspective* experience* var søkeordene vi brukte, her slår vi sammen alle ordene med «and», treffet vi da fikk var på 11 artikler, vi leste to abstrakt og to artikler, men ender opp med bare en artikkel, se vedlegg 3 (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012).

3.1.4.3 Ovid Nursing

28. Januar 2015. Vi brukte avansert søk, og søkte først på anorexia nervosa*, deretter søkte vi på treat* og qualitative*. Vi valgte å sette sammen alle ordene med «and», det utløste i åtte artikler. Vi leste ett abstrakt og den artikkelen inkluderte vi i vårt studie, se vedlegg 3 (Tierney 2008).

3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

3.2.1 Kvalitetsvurdering

Vi kvalitetsvurderte de forskningsartiklene vi brukte i studien ved å bruke en sjekkliste, sjekklisten for vurdering av kvalitative artikler fra kunnskapsbasert praksis (2012). Vi brukte også nettsiden database for statistikk og høyere utdanning (2014) for å se om artiklene vi fant hadde blitt publisert og hadde et vitenskapelig nivå. På nettstedet skrev vi enten tittel på tidsskrift, DOI-, ISSSN- eller ISBN kode, dette var ut i fra hva vi fant i hver artikkel (Database for statistikk og høyere utdanning 2014).

Det er to ulike nivå, 1 og 2, begge ble inkludert i vårt studie. Nivå 1 innebærer at forskningen er vitenskapelig og nivå 2 innebærer høy prestisje internasjonalt. Vi har kvalitetsvurdert 23 artikler, og har ekskludert 13 artikler på grunnlag av at de ikke svarte godt nok på problemstillingen. Vi satt da igjen med ti artikler som ble inkludert i vårt studie (Database for statistikk og høyere utdanning 2014).

Vi brukte sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning (Kunnskapsbasert praksis 2012). Via disse sjekklistene fikk vi hjelp til å kritisk vurdere artiklene, som vi ønsket å inkludere i vårt studie. Sjekklisten hadde ni spørsmål, de to første spurte etter om formålet med studien var tydelig formulert og om en kvalitativ tilnærming var hensiktsmessig. Svaralternativene på disse to spørsmålene var «ja», «uklar» eller «nei». De resterende sju spørsmålene hadde eget kommentarfelt, som vi kunne fylle ut for hver artikkel. Deretter rangerte vi artiklene som «god» poengsum 8-10, «middels» poengsum 5-7 eller «dårlig» poengsum 1-4 ut i fra poengsummer artiklene fikk (se vedlegg 4).

3.2.2 Etske hensyn

I følge Forsberg og Wengström (2013) er det viktig å velge de artiklene som har blitt etisk godkjent av en komité, eller som har gjort etiske overveielser i hensyn til de som er deltagende i studien. Til slutt er det viktig å presentere alle funn, både de som støtter og ikke støtter hypotesen, da det ses på som uetisk og kun presentere de funnene som støtter studiens hensikt og problemstilling. De ti forskningsartiklene vi inkluderte i studien var alle godkjent av en etisk komité. Dette er en studie med pasientperspektiv den omhandlet også en sårbar gruppe, derfor var det viktig for oss at alle artiklene var etisk godkjent. Det kommer også frem i alle artiklene at deltagerne i studiene ble frivillig rekruttert, gav samtykke og at deltagerne ble anonymisert.

3.2.2.1 Helsinkideklarasjonen

Helsinkideklarasjonen kom først i 1964. Siden den gang har den blitt revidert ni ganger, siste revidering var i 2013. Når noen skriver forskningsetikk i dag må de forholde seg til denne deklarasjonen. Forsknings studier som fokusere på de sårbare gruppene må innhente samtykke, pasientene må få nok informasjon og kunnskap om problemet de forsker på. Forskningsetiske regler i klinisk praksis er strenge (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014).

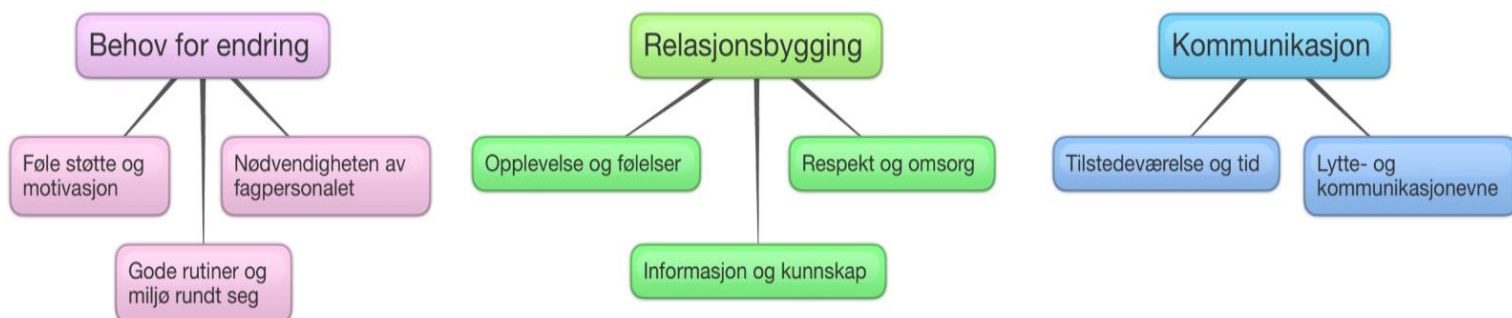
3.3 Analyse

I analysen tar vi utgangspunkt i Evans (2002) fire faser for analyse. I den første fasen samlet vi inn artikler vi så på som relevante i forhold til vårt studie. I den andre fasen leste vi artiklene hver for oss og etterpå diskuterte vi de sammen. Vi noterte gjennom diskusjonen de mest sentrale og viktige nøkkelfunnene. I den tredje fasen identifiserte vi alle artiklenes hovedfunn og sammenlignet de med hverandre. I den aller siste fasen samlet vi alle hovedfunn og underfunn. Deretter la vi hver artikkel i en oversiktstabell, for å videre bruke de i presentasjon og diskusjon.

Vi startet deretter å analysere og samle funnene våre, vi gikk gjennom hver artikkel og noterte alle relevante funn på post-it lapper. Vi så tidlig at mange av disse stikkordene hadde likhetstrekk og vi lagde derfor tre hovedtemaer. Både positive og negative funn som var lik i forhold til temaene ble samlet sammen. Dette gjorde vi fordi det skulle bli enklere og mer systematisk, vi valgte å bruke fargekoder i henhold til de tre ulike temaene: behov for endring (rosa), relasjonsbygging (grønn) og kommunikasjon (blå). Vi hadde allerede noen undertemaer, videre gikk vi gjennom artiklene en gang til for å se om det var noe vi hadde oversett. Videre lagde vi en figur med de ulike hovedtemaene og undertemaene (Figur 1). Forhåndsarbeidet med å systematisere funnene gav oss en god oversikt for det videre arbeidet med å presentere og drøfte funnene.

4.0 Resultat

I denne delen av studiet skal vi presentere de ulike funnene, som kom frem i analysen av de artiklene vi har samlet inn ved bruk av vår problemstilling. Problemstillinger i vårt studie var: Hvordan opplever jenter med Anorexia Nervosa relasjon til helsepersonell i behandling og tilfriskning av sykdom?



Figur 1 - Modell for litteraturstudiets tema: Denne figuren viser litteraturstudiets funn i tre hovedtema og åtte undertema (Digital kompetanse 2010).

4.1 Behov for endring

Mange jenter med AN så at de hadde behov for endring både på en positiv og negativ måte, dette var belyst i alle våre artikler (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, van Ommen et al. 2009, Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, Tierney 2008, Federici og Kaplan 2007, Pemberton og Fox 2011, Wright og Hacking 2012, Whitney, Easter og Tchanturia 2008, Gorse et al. 2013, Long et al. 2011). Endring er et stort tema derfor har vi delt det inn i tre undertema: føle støtte og motivasjon, gode rutiner og miljø rundt seg og kreves fagpersonale.

4.1.1 Føle støtte og motivasjon

Mange jenter med AN diskuterte stadier av behandling og deres progresjon gjennom terapi. Flere pasienter fremhevet at det var viktig at behandlingen ble gitt på rett tid, når pasientene var mottakelig for behandlingen og motivert til å endre seg (Whitney, Easter og Tchanturia 2008). Et sterkt pleieforhold styrket ikke bare erfaringene til pasientene som var innlagt, det styrket også motivasjonen til tilfriskningen og gjorde dette mer relevant. Pasientene følte også støtte av å prate med andre i samme situasjon (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, Tierney 2008).

«My nurse; my motivator» (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, 2025) var et uttrykk pasientene brukte om sitt forhold til helsepersonellet. Fokuset til pasientene var at de ville gjøre helsepersonellet stolte, de ønsket at helsepersonellet var fornøyd med de, de ville gjøre alt de kunne for å ikke skuffe de og prøvde å gjøre alt riktig (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013).

Noen jenter med AN var nervøse for endring og de uttrykte usikkerhet i starten av innleggelsen, men de fikk god hjelp til å føle seg komfortabel og etter hver behandlersamtale ble de tryggere. Noen av de andre jentene var mer åpen for endring, og følte trygghet da sykepleierne var sjarmerende og varme (Whitney, Easter og Tchanturia 2008).

En jente med AN beskrev forholdet til sykepleieren som prøvde å motivere henne til å oppnå endring:

They make you realise how stupid sometimes it is just to ruin everything with an eating disorder... like they tell me about life and other things and it kind of makes you think about other things that have to look forward to if you get out and if you just get over it,... (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, 2025)

Noen jenter opplevde miljødistraksjoner fra sykepleierne, dette kunne være for eksempel å inkludere bevisst engasjement i en samtale eller å ha en radio på. Grunnet for miljødistraksjonene var å lette angsten under måltidene. Dette gjorde sykepleierne for å dempe angsten og normalisere måltidene. En pasient beskrev at dette ikke alltid var like hjelpsomt siden hun følte det forsinket henne i måltidsituasjonen (Long et al. 2011).

« I need support and help in what to do in my daily life and in what I need to change, and advice and instructions on what to do at home» (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, 172). Mange jenter med AN belyste dette som nødvendige forventninger for behandlingen og endringene. Noen jenter beskrev at de ville ha støtte og ikke sympati. Noen andre jenter beskrev at de trengte støtte og hjelp til å bli bedre (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012).

4.1.2 Gode rutiner og miljø rundt seg

«All eyes are on you» (Long et al. 2011, 419) mange jenter med AN følte seg overvåket. Følelsen av å bli overvåket med konstant tilsyn viste seg å være negativt for noen pasienter. I tillegg var det en følelse av at de ansatte ikke forsto at dette var vanskelig for pasientene (Long et al. 2011). «Their eyes were always on you» (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, 2023). De følte sykepleierne var med de hele tiden når de var innlagt på sykehus (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013).

Mange jenter beskrev hvordan det å gripe inn også hjalp dem til å tenke og handle på en annerledes måte enn før. Det hjalp de til å tenke bredt og kreativt. Noen jenter med AN var positive til kognitiv utrednings terapi og så fordelene med denne behandlingen for å endre seg (Whitney, Easter og Tchanturia 2008).

Spesifikke aspekter av sykepleieholdninger dukket gjentatte ganger opp i intervjuene i en studie. Dette var holdninger som engasjement, pålitelighet, tilgjengelighet, klarhet, og insistering. Disse holdningene ble kvalifisert som avgjørende for å lykkes i endring, dette var for å normalisere spise- og mosjonsmønster hos pasientene (van Ommen et al. 2009).

Jenter uttrykte at fokus på ritualer, regler, holdninger og oppførsel knyttet til spiseforstyrrelsen var hjelpsomt, i motsetning til direkte oppmerksomhet på mat, spising og kroppsvekt. De følte at intervensjonene ga de en følelse av prestasjon og tillitt (Whitney, Easter og Tchanturia 2008).

Noen jenter verdsatte sykepleierne som aktivt forvandlet avdelingen inn i et positivt miljø ved å se film, snakke om hverdagslig og normale tema. Dette gjorde at pasientene følte seg bedre og mer positive (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013).

4.1.3 Nødvendigheten av fagpersonalet

Mange jenter med AN forsto at de ikke kunne klare dette på egenhånd, og at de trengte spesialisert hjelp. Erfarne fagfolk som gjenkjenner og kan forklare atferd som symptomatisk for de og deres sykdom. Derfor kan det gjøre behandlingen vanskeligere med polikliniske pasienter (Federici og Kaplan 2007, Gorse et al. 2013, van Ommen et al. 2009).

«They probably know from reading about it, but they don't know from experience. So it's not like they know how we deal with it» (Long et al. 2011, 423). Noen jenter følte bekymring for at ansatte ikke direkte hjalp dem gjennom de vanskelige periodene, og det var en generell følelse av at selv om ansatte ønsket å hjelpe, var de ikke i stand til å virkelig forstå pasientenes negative tanker (Long et al. 2011).

Noen jenter med AN hadde gjenvunnet styrken til å styre deres eget matinntak under tilsyn fra sykepleiere. Jentene følte håp for å klare å gjenvinne selvtillit og tillitt av deres familie og venner (van Ommen et al. 2009). «It just felt nice that I could show that I could do everything by myself again... and that I did not have to be told everything I had to do» (van Ommen et al. 2009, 2805).

Mange jenter kommenterte positive forhold til seg selv og terapeuten. De fant terapeuten varm, empatisk, oppmuntrende og kunnskapsrik. Noen jenter beskrev at et godt terapeutisk forhold var nødvendig for at behandlingen skulle være effektiv, og at behov for profesjonalitet må oppleves i behandlingen av AN. Pasientene bemerket ofte at de følte seg komfortable med terapeuten (Whitney, Easter og Tchanturia 2008, Tierney 2008).

Det ble ofte rapportert om at personalet hadde problemer med å skille mellom atferd som var direkte knyttet til spiseforstyrrelsen, som å lyve og egenskapene til den enkelte pasienten som å være en løgner. Helsepersonellet definerte pasientene ved deres sykdom og behandlet de deretter i henhold til en antatt gruppeidentitet. Dette var en måte ansatte kunne reflektere over pasientenes følelser, som ofte ble patologisk og ansett å være en følge av sykdommen. All oppmerksomheten ble rettet mot spiseforstyrrelsen (Pemberton og Fox 2011).

Enkelte jenter med AN belyste mer negative erfaringer med personalet enn positive. Imidlertid ble det gjort klart at noen av de ansatte ville gjøre et forsøk på gi støtte og vise innlevelse ovenfor pasientene (Pemberton og Fox 2011).

4.2 Relasjonsbygging

Det var syv av våre artikler som presenterte funn som vi kategoriserte under dette temaet (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, van Ommen et al. 2009, Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, Federici og Kaplan 2007, Pemberton og Fox 2011, Wright og Hacking 2012, Long et al. 2011). Vi valgte å dele det inn i tre undertema: opplevelse av følelser, informasjon og kunnskap og respekt og omsorg.

4.2.1 Opplevelser og følelser

Jentene belyste at helsepersonellet ikke var i stand til å virkelig forstå hvordan pasientene hadde det og forstå hvordan det var å leve med AN (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, Tierney 2008, Long et al. 2011).

They (nurses) couldn't seem to realize that I had a real problem. Some of them just thought I was dieting to excess, I suppose. I remember one of them asking if I could give her a bit of my illness so she could lose some weight before she went on holiday. I mean, how stupid is that? (Tierney 2008, 371).

« ... one side hears, the other side doesn't. The anorexic part of me finds it really hard, but the well side of me feels proud of me» (Long et al. 2011, 424). Mange jenter med AN beskrev at de følte de hadde to sider og at de ikke klarte å tenke helt klart. (van Ommen et al. 2009, Federici og Kaplan 2007, Long et al. 2011).

Noen jenter med AN hadde store forventninger til omsorgen som de fikk av helsepersonellet. Det var en reell følelse fra pasientene at deres forventninger til omsorgen fra helsepersonellet var svært høy. Det var ofte svært utfordrende når disse standardene for omsorg ikke ble oppfylt. For eksempel var helsepersonellet mer bekymret for sitt eget utseende enn viktigheten av å gi omsorg til pasientene (Pemberton og Fox 2011).

Jentene ville bli kvitt sykdommens tanker om mat, og ikke kompensere med trening etter inntak av mat. Mens andre jenter forventet å få hjelp til å endre de negative tankene som styrte de og deres liv helt. De ville prøve å finne en alternativ måte å tenke på. Det var også noen jenter som ønsket å føle mer av alle typer følelser. De mente følelsene var blitt diffuse (Paulson- Karlsson og Nevenon 2012).

Mange jenter med AN kritiserte at de ansatte ved avdelingen som behandlet de, behandlet de som «case» fremfor individer. Enkelte jenter fortalte at sykepleierne hadde sagt; dette er det vi forventer av deg, dette er det som kommer til å skje. Pasientene følte at de gjentok seg selv, det var som om de hadde spilt det inn på bånd (Tierney 2008). Det ble også belyst at pasientene følte at behandlingen ikke var individualisert og ikke bra nok (Pemberton og Fox 2011).

4.2.2 Informasjon og kunnskap

Mange av jentene belyste viktigheten av informasjon om diagnosen AN og behandlingen (van Ommen et al. 2009, Paulson- Karlsson og Nevenon 2012). Pasientene forventet å bli vurdert og informert om sin sykdom, hvor alvorlig deres status var og hvilke effekter dette hadde på kroppen. Noen pasienter beskrev at de vil ha informasjon om metoder de tilbydde for behandling, og de ønsket å stille spørsmål om hvordan behandlingen fungerte. Det var også enkelte pasienter som ville vite om de faktisk hadde en spiseforstyrrelse og noen ville ha en medisinsk vurdering om deres tilstand (Paulson- Karlsson og Nevenon 2012).

I artikkelen til van Ommen et al. (2009) beskrev en pasient viktigheten av å bli informert på denne måten:

The patients also indicated the importance of the constant flow of information about anorexia nervosa from the nurses (...) The staff's explanation of the direct physical consequences of being underweight was considered to be of particular value. This knowledge raised the patients' awareness of anorexia nervosa having extreme adverse effects on both their health and their future (van Ommen et al. 2009, 2804).

Det var viktig at sykepleierne pasientene omgikk var kunnskapsrike og forståelsesfull, dette ble belyst av mange jenter (van Ommen et al. 2009, Whitney, Easter og Tchanturia 2008).

4.2.3 Respekt og omsorg

Pasientene uttrykte et behov for å være ekte og genuin, for å etablere et autentisk og en terapeutisk relasjon. Noen pasienter beskrev at dette ikke kom naturlig for de, og at de vanligvis gjemte det ekte av seg selv bak en «vegg» (Wright og Hacking 2012, Pemberton og Fox 2011).

Noen jenter med AN beskrev at de følte at sykepleierne tok på seg en ekstra rolle under omsorgen. Noen av pasientene følte det sterke forholdet med sykepleierne, ved at de ble betraktet som eldre søstre eller mødre, dette gjorde at de følte seg mer hjemme (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Wright og Hacking 2012). Pasientene er for det meste kvinner, pasientene følte at sykepleierne kunne ta på seg rollen som mor, både fordi de savnet sin egen mor, men også for omsorgen de mottok av sykepleierne på institusjonen. Sykepleierne godtok denne rollen å kunne betrakte pasientene som sine døtre, pasientene måtte minnes på at dette var kun i et relasjonsforhold (Wright og Hacking 2012). En pasient beskrev respekten fra sykepleier på denne måten:

...so, when they give you respect you feel like 'ok, well, it's not my fault I have this disorder like it's just something I've got to get through'. And like, the way they'd show respect was probably by kind of giving you some kind of leniency with some things, not like with food or anything like that but like ...say if you were a little bit late after a 20 minute walk they wouldn't get angry ... they'd trust you... (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, 2025).

4.3 Kommunikasjon

Vi inkluderte ti artikler i vårt studie, av disse ti var det syv som belyste viktigheten av å ha noen å prate med (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, van Ommen et al. 2009, Paulson-Karlsson og Nevonen 2012, Tierney 2008, Pemberton og Fox 2011, Wright og Hacking 2012, Long et al. 2011). Vi delte det inn i to undertema: tilstedeværelse og tid og lytte- og kommunikasjonsevne.

4.3.1 Tilstedeværelse og tid

Noen jenter med AN ga uttrykk for at de trengte hjelp og tilstedeværelse av helsepersonell, dette var til stor hjelp for trivselen til pasientene i behandlingen. Det at sykepleierne var tilstede og hadde tid til pasientene ble fremhevet som positivt. Det var sykepleierne de likte å være sammen med fordi de var vennlige og lett tilnærmelige (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013). Det kom også frem negative erfaringer ved mangel på tid og tilstedeværelse. Pasientene beskrev at de følte at helsepersonell ikke hadde tilstrekkelig med tid til pasientene, at de ikke følte seg like viktig som de andre pasientene og at helsepersonell hadde det for travelt (Tierney 2008).

Mange jenter med AN verdsatte tilstedeværelse under måltid ved at sykepleierne spiste sammen med de. Sykepleiernes oppførsel under måltidsituasjoner hadde en stor betydning for opplevelsen av måltidene. Det var noen pasienter som beskrev at sykepleierne ville sette seg ned å spise sammen med de, istedenfor å bare prate. Dette ville hjelpe pasientene med at de følte seg mindre ensom (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Long et al. 2011). «The thing that helps is that you eat with other people... because usually people don't eat alone» (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, 2024).

Tilstedeværelse under måltidene var også kritisert av noen pasientene. Grunnlaget for at sykepleierne satt ved de under måltidene, var for å hjelpe pasientene til å normalisere spisevanene. Pasientene hadde ingen god opplevelse av at sykepleierne spiste med de, det ble et press da sykepleierne ba de om å spise raskere og tygge maten raskere, dette falt ikke naturlig for pasientene (van Ommen et al. 2009).

4.3.2 Lytte - og kommunikasjonsevne

Jentene med AN beskrev at de ville bli lyttet til når de pratet. Pasientene uttrykte at helsepersonellet bare klarte å relatere seg til situasjoner de selv hadde opplevd eller hadde erfaringer med. Da pasientene begynte å gråte fikk de følelsen av at helsepersonell ikke brydde seg, og i mange tilfeller fikk pasientene beskjed om å slutte å gråte. Pasientene uttrykte savn etter å ha noen som lyttet til det de hadde å si, og følelsene de kjente på (Pemberton og Fox 2011). Enkelte jenter hadde behov for å prate med noen som ikke tok parti i deres daglige hverdag (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012).

Mange jenter verdsatte det å bli hørt, og gode relasjoner mellom pasienten og helsepersonell. Et eksempel på dette er at helsepersonell ikke dømte de, de ville høre på hva pasientene hadde å si og kunne føre en samtale med de (Wright og Hacking 2012). Noen jenter med AN følte at grunnen til at de ble innlagt på en spesialisert institusjon var for å prate med noen. De forventet å prate om problemene de hadde og løse de. Jentene så dette som viktig for behandlingen (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012).

Enkelte jenter med AN beskrev at de ønsket at helsepersonellet kunne bry seg mer. Et eksempel på dette var at helsepersonell spurte heller om hvordan uken hadde vært, enn hvordan pasienten egentlig hadde det. Samtalene kunne bli for overfladiske, pasientene skulle ønske de kunne gå dypere inn i de og deres problemet. Pasientene følte ikke at de ble tatt på alvor av helsepersonellet (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, Tierney 2008). Et eksempel på hva flere pasienter belyste ved kommunikasjon fra helsepersonell: «I expect to come here to talk. I expect to talk about my problems and sort them out» (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, 172) og «I want to talk about why I am here and what caused my problems» (Paulson- Karlsson og Nevonen 2012, 172).

Noen jenter med AN bemerket at etter hvert i behandlingen endret samtaleemnet seg. I løpet av behandlingen endret fokuset seg og det dreide seg ikke bare om spiseforstyrrelsen lengre. Oppmerksomheten til pasientene fikk et annet fokus som for eksempel å ha det gøy, bruke sminke og være forelsket. Det var sykepleierne som bidro aktivt for denne utvikling, ved å stadig stimulere pasientene med humor og nye utfordringer (van Ommen et al. 2009).

5.0 Diskusjon

I diskusjonskapittelet tar vi for oss både metodediskusjonen og resultatdiskusjonen. I metodediskusjonen tar vi for oss svakheter og styrker rundt metoden vi har anvendt i vårt systematiske litteraturstudie. Vi vil også diskutere hva vi kunne gjort annerledes med vår studie. I resultatdiskusjonen drøfter vi funnene og litteraturen opp imot hensikt og problemstillingen vår. Vi vil skape en diskusjon rundt våre tre hovedfunn i henhold til vår hensikt, problemstilling, bakgrunnsteori og hva ny forskning viser. Vi vil også drøfte hva våre funn har å si for praksisfeltet (Høgskolen i Molde: avdeling for helse og sosialfag 2014).

5.1 Metodediskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse jenters erfaring i møte med helsevesenet. For å forklare hva vi har gjort i de forskjellige delene av oppgaven, har vi brukt boken til Forsberg og Wengström (2013). Dette veiledet oss for hva vi burde fokusere på i forhold til vurdering av artiklene, og i oppsettet av oppgaven. Vi har som tidligere nevnt at vi har tatt i bruk Evans fire faser for systematisk litteraturstudie i analysearbeidet (Evans 2002). Disse metodene valgte vi for å ha mest mulig oversikt over artiklene, og det gjorde det enklere når vi hadde noe å se ut ifra.

5.1.1 Vurdering av inklusjon- og eksklusjonskriteriene

Vi satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier som hjalp oss å ekskludere artikler, som ikke var aktuell og relevant i henhold til vår hensikt og problemstilling. Vi valgte å inkludere artikler fra de åtte siste årene, som kan være en svakhet i vår studie. Vi mener ikke at dette er en svakhet, vi mener at funnene ikke er utdatert. Vi fant mange artikler som vi ekskluderte fordi de hadde sykepleieperspektiv eller pårørendeperspektiv.

5.1.2 Søkestrategi

Når vi startet søkeprosessen utarbeidet vi et PICO-skjema som var relevant til vårt studie, og som skulle hjelpe oss å finne artikler vi var ute etter. Vi ser i ettertid at vi kunne startet søkeprosessen tidligere og jobbet mer kontinuerlig i starten. Vi startet med få søkeord, men fant ut at vi måtte bruke flere ord for å finne relevante artikler. Søkeordene vi brukte endret seg over tid, da vi så at ikke alle var like relevante.

Vi fikk god hjelp av bibliotekar etter Seminar 1, som gjorde arbeidet vårt enklere. I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde, burde vi avgrense søkene fra år 2009 til dags dato (Høgskolen i Molde: avdeling for helse og sosialfag 2014). Vi valgte å inkludere en artikkel fra 2007 og to fra 2008, vi utvidet på grunn av at det var for lite forskning og utvidet derfor til de åtte siste årene. Det at vi åpnet for eldre forskning kan være en svakhet, men funnene fra de eldre artiklene samstemmer med funnene fra de fem siste årene. Vi har vært en del frem og tilbake i søkeprosessen og søkt i flere databaser (Brøyn 2012). Dette ser vi ikke på som en svakhet, men som en styrke da artiklene svarer på både hensikt og problemstilling. Fokuset vårt har alltid vært jenter med AN og deres erfaringer med behandling og tilfriskning. Etter hvert så vi at relasjon ble brukt i alle artiklene. Ordet relasjon har vi ikke brukt som søkeord, dette kan være en svakhet i vår oppgave. Vi ser på dette som en styrke siden alle artiklene tok for seg relasjonene mellom pasient og helsepersonell.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

Alle våre artikler er etisk godkjent av en komité og dette mener vi er viktig da jenter med AN er en sårbar gruppe. Alle artiklene er kvalitetsvurdert som «god», dette kan være en svakhet i vår oppgave siden vi selv har vurdert ut ifra en vid poengsum. En svakhet i vår studie kan være at alle artiklene vi har innhentet er på engelsk, det kan da være feiltolkninger ved oversetting fra engelsk til norsk. Et engelsk ord kan ha flere og ulike betydninger på norsk.

5.1.4 Analyseprosessen

Som nevnt tidligere i oppgaven har vi brukt Evans (2002) sine fire faser for analyse. Vi måtte utføre flere søk for å finne tak i de artiklene vi har inkludert. Vi startet på nytt en gang, da vi først hadde sykepleieperspektiv. Vi valgte å endre til pasientperspektiv senere i prosessen, fordi vi mente det var mer interessant å se det ut i fra pasientens erfaring i forhold til helsepersonell og hva pasientene la vekt på som viktig.

Vi søkte i flere databaser på grunn av at vi ville finne ut om det var forskjell fra de ulike databasene. De fleste artiklene måtte vi bestille fra biblioteket, noe som forsinket arbeidet da vi måtte vente på at artiklene kom til biblioteket.

Vårt studie bygger på resultat fra kvalitative studier, noe vi føler er en styrke i vår oppgave. Grunnlaget for det er at vi er ute etter pasientenes erfaringer i forhold til helsepersonell. Da vi valgte ut alle ti artiklene leste vi de først hver for oss og diskuterte de sammen etterpå. Begge hadde da egne tanker om artiklene og vi hadde oversikt om hva hver artikkel handlet om. Ved å vurdere hver artikkel (Vedlegg 4), gjorde dette at vi fikk en god oversikt over nøkkelfunn i alle artiklene. Etter vi hadde funnet nøkkelfunn i hver artikkel kunne vi lage hovedfunn og underfunn til vårt studie. Vi har avgrenset oppgaven i forhold til kjønn, vi valgte artikler om jenter med AN. I to av artiklene var det med en gutt, vi inkluderte artiklene likevel. Da guttene hadde samme oppfatning som jentene, derfor gjorde det ikke noen endring i resultatet av studien. Vi avgrenset ikke studien i forhold til alder, fordi det var like viktig å få erfaringene fra alle aldersgrupper.

Hvis vi ser ut ifra inkluderte artikler, Hummelvoll (2012) og Striege-Moore et al. (2009) er at forekomsten av spiseforstyrrelser hos jenter er større enn hos gutter, derfor er det også enklere å finne artikler som omhandler jenter med AN enn gutter. Ut ifra artiklene vi valgte ser vi ikke at det gjorde noe endring at en gutt var inkludert i studien. Dette kan likevel være en svakhet i vår oppgave, da gutter kan ha andre behov enn jenter.

I resultatdiskusjonene har vi tatt med to nye artikler med sykepleieperspektiv, dette var for å få et annet perspektiv for å bygge opp funnene vi allerede hadde. Vi har også tatt med de to artiklene for å kunne diskutere pasientperspektivet mot sykepleieperspektivet (Snell, Crowe og Jordan 2009, Ramjan 2003). Vi har en artikkel som tar for seg både pasient- og sykepleieperspektivet, denne tar vi for oss i resultatdiskusjonen (Wright og Hacking 2012).

Vi har heller ingen geografisk avgrensning i vår studie. Dette ser vi ikke som nødvendig, relasjoner til helsepersonellet for jenter med AN er individuelt og vi føler ikke det vil gjøre noe forskjell med en geografisk avgrensning, da vi har et litteraturstudie på ti artikler. Artiklene vi har valgt er fra Australia, Canada, Frankrike, Sverige, to artikler fra USA og fire artikler fra Storbritannia.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven skulle vi diskutere noen av funnene fra artiklene som ble presentert i analysen, opp imot relevant teori og konsekvensene av dette for praksis.

5.2.1 Betydningen av støtte og motivasjon for endring

I våre funn la pasientene vekt på at det var behov for endring, enten pasienten så dette som positivt eller negativt. Motivasjon, støtte, gode rutiner og godt miljø rundt seg ble trukket frem som viktig for pasientene.

Litteraturstudien viste at helsepersonell som motivator var en viktig faktor for behandling og for at pasientene skulle endre seg. Jentene forklarte at helsepersonellet fikk de til å forstå hvor dumt det var å ødelegge alt for en spiseforstyrrelse, livet de gikk glipp av og de prøvde å få pasienten til å tenke på fremtiden. Min sykepleier, min motivator; ble brukt som uttrykk fra noen pasienter som ikke ønsket å skuffe helsepersonell, pasientene ønsket å gjøre helsepersonell tilfreds med dem (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Tierney 2008, Federici og Kaplan 2007).

Det vi kan se ut i fra teorien er at tilfriskningen er en lang prosess, og det er viktig å ha gode støttespillere med seg for å klare seg gjennom oppturer og nedturer. Støtte både når pasientene var innlagt, men også når pasientene får hjelp poliklinisk var viktig. At pasientene kunne komme inn for samtaler eller ringe å få råd i tunge perioder, dette kan være viktig for å få motivasjonen i den videre prosessen (Hummelvoll 2012). For pasientene kan det være positivt at samtaleene er strukturert og planlagt, dette kan gjøre det lettere å inngå god kommunikasjon (Eide og Eide 2012). Peplau beskriver i den andre fasen viktigheten av støtte og veiledning, dette er fordi pasientene skal kunne bruke de erfaringene de har opparbeidet seg for å komme seg videre (Buus 2009). Både teorien og litteraturstudien samsvarer med viktigheten av gode støttespillere, for at motivasjon skal holdes oppe under behandlingen og for at behandlingen skal lykkes. Vi vet ut ifra praksis at det ofte kan ta lang tid før pasienter søker behandling for sin spiseforstyrrelse, det er da vesentlig viktigere at motivasjon og støtte i behandlingen er tilrettelagt.

Litteraturstudien viste at noen pasienter var nervøs for endring. Det ble deretter beskrevet av pasientene at sykepleierne ga god hjelp, dette førte til at pasientene ble mer komfortabel og det skapte trygghet under behandlingssamtalene. Noen pasienter var mer åpen for endring de følte trygghet ovenfor helsepersonell, pasientene beskrev helsepersonell som sjarmerende og varme (Whitney, Easter og Tchanturia 2008). Noen pasienter trengte støtte og hjelp til å forstå hvordan de skulle takle endringer i hverdagen. Pasientene fikk råd og instruksjoner av helsepersonell for å håndtere hverdagen bedre hjemme (Paulson-Karlsson og Nevonon 2012). Flere av pasientene fremhevet at behandlingen måtte bli gitt når pasienten følte seg mottakelig og motivert (Whitney, Easter og Tchanturia 2008).

God relasjon er nøkkelen for endring. I en samtale kan det være lettere å åpne seg for helsepersonell, siden det var der de fikk hjelp og støtte. Pasientene med AN har både kroppslige og psykososiale reaksjoner, det er viktig å behandle begge reaksjonene. Det kan være lettere for pasientene å ha fokuset på de kroppslige reaksjonene da fremgangen er mer synlig. De psykososiale reaksjonene variere fra person til person og kan være vanskeligere å identifisere. Endring er viktig for å kunne se fremgang i tilfriskningsprosessen. Behandlingen kan gjennomføres ulike steder, det er da viktig at pasientene får tilstrekkelig med informasjon og veiledning (Hummelvoll 2012).

Vi ser ut i fra litteraturstudien og teorien at relasjon til helsepersonell var viktig for endring, med fokus på at det var viktig at pasientene følte seg trygge i behandlingssituasjonen. Det å endre hverdagen kan virke skremmende og vanskelig for en person med AN. At helsepersonell ga råd og veiledning om hvordan takle hverdagen, hadde betydning for om de klarte å endre seg eller ikke. Motivasjon fra helsepersonell er også en viktig del av behandlingen, for at pasienten skal mestre endringer. AN kan føre til tvangstanker, pasientene kan endre tankegang raskt og kan føle seg klar og motivert i det ene øyeblikket, men i det neste øyeblikk tar sykdommen over. Det er da viktig å ha god veiledning på hva pasientene kan gjøre for å mestre disse situasjonene på best mulig måte.

Jenter med AN beskrev at de følte seg overvåket, de følte helsepersonell konstant var tilstede og dette var både beskrevet som positivt og negativt. Positivt med dette var at pasientene verdsatte å ha noen rundt seg fordi de følte de trengte støtte. Andre pasienter følte det var negativt fordi sykepleierne var pågående ved sine observasjoner, og pasientene følte de aldri fikk tid for seg selv. Jenter med AN følte det var hjelpsomt at fokuset ikke var direkte knyttet til mat, spising og kroppsvekt, men på ritualer, holdninger og oppførsel knyttet til spiseforstyrrelsen (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Long et al. 2011, Whitney, Easter og Tchanturia 2008).

Anorektikere er de som spiser for lite og handlemåten blir kalt for nekteren. Nekteren vil si at hun lukker munnen og mener hun ikke spiser for lite. Fokuset går ut på selvbildet og selvfølelsen til pasientene, fordi de hele tiden må ha kontroll over matinntaket (Hummelvoll 2012). Hjelpende kommunikasjon har ti punkter, punkt nummer to tar for seg å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler. Verbale og nonverbale signaler var relevante for den overvåkingen de kjente på. Observasjonene til helsepersonell kan føles som overvåking for pasientene (Eide og Eide 2012). Av og til kan det være vanskelig å unngå dette fordi helsepersonellet har ansvaret for å observere og behandle pasientene, observasjonen må også ta for seg hvor mye de spiser og hvor mye de veier. Dette er noe som må utføres, selv om pasientene ikke alltid følte dette var like greit. Det at fokuset ikke alltid handlet om mat tenker vi er viktig for pasientene, siden pasientene også har andre behov som må ses. Vi må se individet og ikke bare sykdommen.

Det at helsepersonellet var bevisst engasjert i en samtale hadde betydning for pasientene. Miljødistraksjoner som for eksempel å ha på en radio kunne lette angsten under måltidene. Dette kunne bidra til normalisering av måltidsituasjonene og gjøre det mindre skremmende å spise (Long et al. 2011) Å stimulere den andres ressurser og muligheter er et punkt i hjelpende kommunikasjon fra Eide og Eide (2012). Vi må se om dette har en positiv eller negativ innvirkning på pasientene, for å vite hvordan effekten av miljødistraksjoner har på de enkelte pasientene. Noen trengte ytre stimuli for å klare seg gjennom et måltid, mens andre trengte ro (Eide og Eide 2012). Det var viktig å se an pasientene og bli kjent med dem. Helsepersonellet må ha forståelse for at pasientene er forskjellige og trenger individuell behandling.

Litteraturstudien viser at pasienter forsto at de ikke kunne klare å bli frisk på egenhånd og at de trengte spesialisert hjelp. Helsepersonell som viste at de var kunnskapsrike og forståelsesfulle hadde stor betydning for pasientene i behandlingen. Dette kan også gjøre det vanskeligere med behandling av polikliniske pasienter, da pasientene ikke var innlagt for behandling og ikke hadde den tilgangen på hjelp fra helsepersonell som de trengte (Federici og Kaplan 2007, Gorse et al. 2013, van Ommen et al. 2009).

I teorien ser vi at helsepersonellet må være helse-eksperter, vi må kunne alt og vi må hjelpe pasienten til å få en god forståelse av sin egen situasjon (Buus 2009). Det belyses at inneliggende pasienter har større sjanse for å bli frisk, enn de som bare får poliklinisk behandling (Snoek og Engedal 2011). Vi tenker at jenter med AN trenger hjelp fra spesialisert helsepersonell, de er sårbare og holder masse for seg selv. Det er viktig at helsepersonell har eller innhenter seg nok informasjon om AN, for at behandlingen skal bli kontinuerlig og tilfredsstillende for pasientene.

Det kom frem i våre funn at motivasjon for endring var viktig for pasientene og helsepersonellet sin relasjon, men hvordan sikre dette?

Pasient-sykepleie relasjon tar lang tid å skape og er krevende for begge parter. På sykehus og i andre institusjoner er det ofte mange som arbeider, og pasientene må knytte seg til flere pleiere. Det optimale hadde vært at en sårbar pasientgruppe hadde hatt få pleiere kontra mange. Da kan det bli lettere å knytte bånd og at kontinuiteten på behandling blir bedre. I praksis er dette vanskelig å oppfylle på grunn av turnusarbeid og bemanningen.

Eide og Eide (2012) viser til at god kommunikasjon er et viktige elementer for å kunne skape gode relasjoner. Når en god relasjon er opparbeidet, kan de bygge videre på den gode kommunikasjonen for å bruke den rett. Et eksempel på dette kan være at de kan samarbeide om å nå et felles mål. Et felles mål i en pasient- sykepleie relasjon kan være at pasientene blir friske med god hjelp, støtte og motivasjon fra sykepleierne. «Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger.» (Eide og Eide 2012, 21). I praksis observerte vi pasienter som fikk god støtte fra sykepleierne, pasientene ble i bedre humør og mer imøtekommende, i motsetning til de pasientene som ikke stolte på sykepleierne de samarbeidet med.

At helsepersonell er kunnskapsrike er viktig for pasientene, de har mange spørsmål og tanker som de ønsker å få svar på. Som helsepersonell er det ikke lett å ha all forkunnskap om alt ved en diagnose, men en bør prioritere å sette seg inn i pasienten og deres diagnose.

5.2.2 Viktigheten av omsorg, respekt og informasjon

Det ble beskrevet at helsepersonellet ikke var i stand til å virkelig forstå hvordan pasientene hadde det eller å forstå hvordan det var å leve med AN (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Paulson-Karlsson og Nevonen 2012, Tierney 2008, Long et al. 2011). Det ble kritisert av pasientene at de følte de ble behandlet som “cases” fremfor individer, da helsepersonell pratet på en måte som fikk pasientene til å føle at de repeterte seg. Pasientene beskrev helsepersonell som lite innlevelsrike, og at det føltes som det var spilt inn på bånd. Pasientene ga å uttrykk for at behandlingen ikke var nok individualisert eller god nok (Tierney 2008, Pemberton og Fox 2011). I Snell, Crowe og Jordan (2009) som viser sykepleieperspektivet forklarte sykepleierne at det kan være «pinlig» å forklare til pasientene at de har en spiseforstyrrelse, når de ikke mente de hadde dette selv.

Det kan være vanskelig for en utenforstående å forstå hvordan jenter med AN hadde det. Jentene hadde vanskeligheter med å kunne leve et normalt liv på grunn av sin sykdom. Det kan være lett for helsepersonell å se sykdommen å ikke personen bak sykdommen. Jenter med AN følte bare at sykdommen er en del av de, men ikke det som identifisere dem (Skårderud 2004).

Vi tenker at uansett hvilken psykisk lidelse pasienten har, så er det vanskelig å forstå pasienten helt til det fulle. På grunn av at vi ikke har hatt sykdommen selv og ikke vet hvordan kroppen takler dette. Dette er også vanskelig i forhold til at sykdommen er individuell og opplevelsen av sykdommen er forskjellig.

Litteraturstudien viser at helsepersonellens evne til å føle med pasientene, med tanke på omsorg, empati og respekt var viktige faktorer for pasientene. At helsepersonellet var vennlige, varme og at pasientene fikk en følelse av at de brydde seg hadde stor betydning for pasientene. Det at helsepersonell hadde evnen til å forstå pasientene var sentralt for dem (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013). Sett ut ifra sykepleieperspektivet viser forskningen at mange helsearbeidere deler sine negative holdninger ved omsorg for pasienter med psykiske lidelser, de gir dem mindre omsorg fordi de tror disse pasientene har «forårsaket sykdommen selv» eller har en «selv induisert sykdom». Det var også belyst at negative holdninger endres ved en større forståelse (Ramjan 2003).

Helsepersonell kunne ha vansker med å skape gode relasjoner til pasienter med AN, fordi de hadde vansker med å innrømme at de trengte hjelp og de mente selv de ikke var syk. Det var viktig at helsepersonellet hjalp pasientene til å innse selv at de trengte hjelp, selv om dette kunne ta lang tid (Folkehelseinstituttet 2012, Skårderud 2004). Pasientene verdsatte omsorgen helsepersonellet ga. Helsepersonell følte det var vanskelig å gi den omsorgen på grunnlag av det psykiske i lidelsen, som for helsepersonell kan føles selvpåført. Helsepersonell karakteriserte det å jobbe med anorektikere som frustrerende. Fordi det ble krevende i lengre perioder å klare å forstå pasienten, diagnosen og tilfriskningsprosessen (Ramjan 2003).

I litteraturstudien var det belyst at informasjon til pasientene ble verdsatt, viktigheten av informasjon om AN og behandlingen som kunne tilbys (van Ommen et al. 2009, Paulson-Karlsson og Nevonen 2012). Jentene forventet å bli vurdert, informert om sin sykdom, hvor alvorlig deres status var og hvilke effekter sykdommen hadde på kroppen. Denne kunnskapen hevet pasientenes bevissthet om AN og fikk pasientene til å forstå de negative effekter AN kan ha på helsen og deres fremtid (van Ommen et al. 2009).

Å formidle informasjon og kunnskap på en forståelig måte til pasientene var viktig. Det kan være vanskelig å ta til seg ny kunnskap og sykepleierne må kunne ta seg tid til dette (Eide og Eide 2012). Teorien forteller at mange med AN ikke vet konsekvensene av sykdommen og ikke er orientert i forhold til sin sykdom. Dette kommer av at de fleste går med sykdommen opptil flere år før noen griper inn eller at de innser det selv. Det er da viktig at de får nok informasjon og kunnskap av helsepersonell, for med forståelse er det lettere å kunne finne løsninger på problemet (Buus 2009). Vi tenker at informasjon er viktig for pasientene i forhold til at AN skader kroppen, og at pasientene ikke alltid skjønner alvoret ved sykdommen. Behovet for informasjon er desto større for at pasientene skal forstå alvoret og faren for ettervirkninger i fremtiden. Teorien samstemmer med pasientenes erfaringer med at informasjon er viktig i behandling- og tilfriskning.

Helsepersonellet forklarte at de brukte strategier for å øke pasientens bevissthet om problemet og for å redusere mellommenneskelig motstand. De illustrerte en halv full flaske med vann som pasientenes kropp, og da flasken lå forklarte de at blodet enkelt sirkulerte rundt om i kroppen. Når flasken sto opp altså kroppen reiste seg opp, skal blodet sirkulere fra hodet og ned i føttene. Dette gjorde sykepleierne for at pasientene skulle få en større forståelse for hvordan sykepleierne jobbet (Snell, Crowe og Jordan 2009).

Mange jenter med AN beskrev at de følte de hadde to sider, dette forårsaket at de ikke klarte å tenke klart i enkelte situasjoner (van Ommen et al 2009, Federici og Kaplan 2007, Long et al. 2011). Den ene siden hørte og den andre siden hørte ikke. Den anorektiske siden følte dette var veldig vanskelig, mens den friske siden følte seg stolt (Long et al. 2011).

Det kan være vanskelig å nå inn til pasienter i en syk fase, like vanskelig å nå inn til pasienter som om de skulle vært i dyp sorg. Dette er eksempel på hvor vanskelig det kan være for pasienter med AN, på grunn av at fokuset kan bli så snevert at de kun tenker på mat og trening. Frykten for å endre seg kan bli for stor for pasientene til å klare forandringene (Skårderud 2004, Hummelvoll 2012). Det psykiske spiller en stor rolle, pasientene virket ikke til å være enige med seg selv. De var bevist på å gjøre en handling, men klarte ikke alltid å utføre dette på grunn av at sykdommen tok overhand.

I våre funn beskrev noen pasienter at de følte sykepleierne tok på seg en ekstra rolle under omsorgen av pasientene, de ble som en eldre søster eller mor. Det sterke forholdet med sykepleierne gjorde at de følte seg mer trygg under behandlingen. Det at flere pasienter kunne føle et morsforhold til helsepersonell, kunne ha noe med alderen til jentene å gjøre. Sykepleierne godtok denne rollen de hadde fått tildelt som enten søster eller mor, men pasientene måtte minnes på at dette var kun i et relasjonsforhold (Wright og Hacking 2012, Zugai, Stein- Parbury og Roche 2013).

I den første fasen av Peplau sine fire faser står det at sykepleieren kan ta på seg andre roller, eksempler på dette kan være en ressursperson, rådgiver eller surrogat. Dette kan skape trygghet for pasienter i en behandlingssituasjon (Buus 2009). Vi ser at Peplau sin teori stemmer med pasientenes erfaringer med omsorg som blir gitt. I praksis så vi dette som positivt for pasientene, fordi det ble skapt ekstra tillitt mellom pasientene og sykepleierne. Samarbeidet ble også bedre og pasientene følte seg sett.

Hva skal da til for at helsepersonell skal gi optimal omsorg, respekt og informasjon til sårbare pasienter hver dag?

I praksis opplevde vi forskjellen på pasienter som hadde en sykepleier de stolte på og følte seg trygg med, i motsetning til de som ikke hadde dette. Omsorgen og respekten pasientene fikk når de var på det mest sårbare kunne vinkles to veier, de som hadde en positiv opplevelse av dette ville bli frisk og motta hjelp. Den negative opplevelsen ble veldig tydelig da pasientene kunne bli utagerende og redd. De prøvde i noen tilfeller å henvise seg til andre sykepleiere som var på vakt, men fikk avslag da den sykepleieren hadde nok å gjøre allerede. Vi kunne da se hvor viktig relasjonen mellom pasientene og sykepleierne var, å gi gjensidig respekt betydde mye for begge parter. Sykepleierne belyste viktigheten av å kunne stole på sin kommunikasjon med pasientene, og de følte at mye av dette handlet om tillitt (Snell, Crowe og Jordan 2009).

I teorien til Peplau så vi de fire fasene som viktig for at pasientene skulle føle seg trygg, og få kunnskap om egen diagnose. Det kunne føre til at pasientene engasjerte seg mer i tilfriskningen. Det at sykepleierne inntok en annen rolle kunne ha stor betydning for pasientene. Dette er viktig å tenke over fordi det ikke alltid er så mye som skal til for å bygge gode relasjoner. Omsorgen en mor gir til barnene sine betyr utrolig mye, og det er dette

pasientene kjente på når sykepleieren inntar morsrollen (Buus 2009, Folkehelseinstituttet 2012). Å engasjere seg krever mye av en person. En må gi av sine følelser i møte med pasientene, for å gi medfølelse og kunne gå dypere inn i pasientens situasjon.

5.2.3 Viktigheten av kommunikasjon i relasjon

Litteraturstudien viser at pasientene la vekt på at det å ha noen å prate med, enten de hadde positive eller negative erfaringer med dette. Tilstedeværelse, tid og lytte- og kommunikasjonsevne ble trukket frem som undertema.

Tilstedeværelse var verdsatt av pasientene, at helsepersonellet hadde tid og var tilstede var positivt både for behandlingen og trivselen (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013). Det var også pasienter som kritiserte helsepersonellet på grunn av at de ikke følte de brydde seg, eller hadde tid til dem (Tierney 2008). Det var viktig at sykepleierne tok seg tid til pasientene, satt av tid til en kort samtale eller veiledning. Å kunne møte pasientens behov for å prate, var et ønske de trengte å få oppfylt (Eide og Eide 2012). Tid og samspill innvirket på behandlingen til pasientene, godt samspill kunne være avgjørende for trivselen til pasientene (Hummelvoll 2012). Det første punktet i hjelpende kommunikasjon er å kunne lytte til den andre, dette er en egenskap det er viktig at sykepleierne har. Sykepleierne må ta seg tid til å høre på pasientene, men også lytte og forstå dem (Eide og Eide 2012). Teorien og litteraturstudien belyste det samme, pasientens erfaringer med tilstedeværelse fra helsepersonell var viktig.

Tilstedeværelse under måltid var beskrevet av pasientene som både positivt og negativt. Noen pasienter verdsatte tilstedeværelse under måltidene ved at helsepersonellet spiste med de og at dette hadde en stor betydning for opplevelsen av måltidene (Zugai, Stein-Parbury og Roche 2013, Long et al. 2011). Det var også kritisert av noen pasienter, der de ikke hadde en god opplevelse ved tilstedeværelse under måltidene, de følte at dette ble et press fra helsepersonellet (van Ommen et al. 2009). Vi ser at tilstedeværelse og tid er noe pasientene ofte verdsatte og at det var viktig i behandling- og tilfriskningsprosessen. Det at helsepersonellet tar seg tid til å spise sammen med pasientene mener vi er positivt både for pasienten og helsepersonell, dette har betydning for å bygge en bedre relasjon.

Litteraturstudien viser at kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er viktig for relasjonen. Det å ha noen å prate med ble verdsatt av pasientene. Pasientene forventet å bli innlagt for å prate med noen om deres problem og løse de (Paulson-Karlsson og Nevonon 2012). Enkelte jenter med AN uttrykte at de ønsket at helsepersonell kunne bry seg mer om pasientene. Samtalene ble ofte for overfladiske, de ønsket at helsepersonellet kunne gå litt dypere inn i problemet (Paulson-Karlsson og Nevonon 2012). Sett ut i fra sykepleierne var det vanskelig å kommunisere med pasientene. Pasientene kunne se ut av vinduet mens sykepleierne pratet til de, pasientene ønsket ikke å engasjere seg i samtalene. Sykepleierne mente grunnen til at dette kunne være vanskelig, var fordi pasientene kunne ha blitt sendt til behandling uten at de selv følte de trengte det (Snell, Crowe og Jordan 2009).

Teorien viser til at god relasjonsbygging har mye å si for å kunne gi god behandling, også for at pasienten skal motta behandlingen. Å gi god støtte til pasientene kan være avgjørende for en god relasjon, i en god relasjon kan det være mulighet for å ta en beslutning sammen. Det å klare å ta beslutninger sammen kan være avgjørende for om pasientene skal klare å bli frisk, men også for å åpne seg for å motta riktig hjelp (Hummelvoll 2012, Skårderud 2004, Eide og Eide 2012).

Vi ser at god kommunikasjon er sentralt for at relasjon mellom pasientene og helsepersonellet skal lykkes, dette mener også pasientene. Vi ser også problematikken ved kommunikasjon, da begge parter kan ha ulike meninger om hverandre.

Pasientene belyste at relasjonen til helsepersonellet og kommunikasjonen var viktige elementer i behandling og tilfriskning, men hvordan sikre dette i praksis?

Vi kan alltid utvikle oss som menneske, å god kommunikasjonsevne og evnen til å bygge gode relasjoner er ofte basert på personlige egenskaper. Vi kan lese og lære av andre, lese om ulike metoder for god kommunikasjon og vi kan bruke mye tid og energi på å nå ordentlig inn til pasientene. Ut i fra Eide og Eide (2012) sine ti punkter om hjelpende kommunikasjon ser vi dette som gode hjelpemidler til å forstå pasientene som personer og til å forstå relasjonen.

Sett ut i fra sykepleierne var det vanskelig å kommunisere med pasientene. Pasientene kunne bry seg om helt andre ting mens sykepleierne pratet med de. Sykepleierne følte ikke at pasientene ønsket å engasjere seg i samtalene (Snell, Crowe og Jordan 2009). Det kan være vanskelig å danne en god relasjon da jenter med AN ikke alltid er like mottakelig for behandling og det kan ha stor betydning om de er frivillig- eller tvangsinnlagt i en institusjon. Relasjon mellom pasient og helsepersonell kan være ekstra vanskelig å danne i den akutte fasen (Psykisk helsevernloven 2013).

Gjennom hele vårt studie og samt alle de praksisene vi har delta i, har vi lært at som sykepleiere blir vi aldri ferdig utlært. Det vil alltid finnes ny kunnskap som en kan tilegne seg. Det finnes alltid noen en kan lære mer av, lese mer på, det er mange ulike løsninger og tilnærminger på et problem. Som helsepersonell skal vi alltid ha god nok kunnskap til å jobbe på en institusjon med sårbare pasienter. Det er viktig at vi opparbeider oss ny kunnskap, for at pasientene kan se på helsepersonell som «eksperter» (Buus 2009).

6.0 Konklusjon

Vår hensikt med litteraturstudiet var å belyse jenters erfaring i møte med helsevesenet. Vi fant tre hovedtemaer etter analysen av vårt studie. Temaene var behov for endring, relasjonsbygging og kommunikasjon.

Vårt litteraturstudie viser at pasienter har både positive og negative erfaringer med helsepersonell som gir behandling. Pasientene uttrykte at det var individuelt hvordan de så på ulike måter helsepersonellet viste omsorg, ovenfor de i en behandling- og tilfriskningssituasjon.

Det første temaet og det største var behov for endring. Erfaringer pasientene verdsatte var motivasjon, støtte og at de engasjerte seg i pasientene. At helsepersonellet var kunnskapsrike, forståelsesfulle og skapte et positivt og godt miljø rundt pasientene var viktig. Det er viktig at helsepersonell er motiverende og har kunnskap eller innheter kunnskap, for at pasientene skal kunne føle seg trygge på endring.

Det andre temaet tok for seg viktigheten av relasjonsbygging. Helsepersonellens evner til å gi informasjon, kunnskap, respekt og omsorg var viktig for pasientene i forbindelse med deres behandling og tilfriskning. Helsepersonell er også bare mennesker, og det er ikke alltid lett for en utenforstående å forstå pasienten fullt ut. Gode relasjoner, samarbeid og tillit begge veier var opplevelser pasientene mente sto sentralt.

Det tredje teamet omhandlet god kommunikasjon som var viktig for pasientene. At helsepersonell hadde gode lytte- og kommunikasjonsevner, samt at de var tilstede og tok seg tid til pasientene var belyst som sentralt. Det er viktig for helsepersonellet å øve på metoder for kommunikasjon, å tenke over sine kommunikasjonsevner og vite at en alltid kan bli bedre.

7.0 Forslag til videre forskning

I vårt studie var alle deltakerne i artiklene jenter, foruten om en gutt i to forskjellige artikler. Det kom også frem i våre funn at AN er mer utbredt oss jenter enn gutter (Striegel-Moore et al. 2009). Vi ser at det ikke er forsket like mye på gutter som jenter, derfor mener vi at det bør forskes mer på gutter, så forskningsfeltet blir mer dekkende for alle mennesker som har en spiseforstyrrelse. Det ligger skam rundt det å få en spiseforstyrrelsen som gutt, men dette er ingen «jentelidelse», en må vite at det er langt høyere mørketall blant gutter enn jenter (Pettersen 2015).

Videre tenker vi at det hadde vært interessant å se forskning som har fokuserte på relasjonsforholdet i akutfasen ved frivilling- eller tvangsinnleggelse, da vi har fokusert på relasjonsforhold ved behandling og tilfriskning.

Litteraturliste

Brøyn, Timo Peder. 2012. «Alle databaser»

(Lest 10.09.14) <http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Emneomraader/Alle-databaser.aspx>

Buus, Niels. 2009. «Sygeplejersker i psykiatrien» I *Psykiatrisk sygepleje*, 23- 42. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Database for statistikk og høyere utdanning. 2014. «Publiseringskanaler.»

(Lest 20.10.2014). <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2014. «Helsinkideklarasjonen».

(Lest 11.03.2015). <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Loverogretningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Dietrichson, Susanne. 2015. «Urealistisk kroppsbilde». *Sykepleien* 3: 16.

<http://sykepleien.no/2015/03/urealistisk-bilde-av-egen-kropp>

Digital kompetanse. 2010. «Programvare for å lage tankekart».

(Lest 12.03.2015). <http://ndla.no/nb/node/63547>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22- 26

Federici, Anita og Allan S. Kaplan. 2007. «The patient's account of relapse and recovery in Anorexia Nervosa: a qualitative study. » *Ltd and Eating Disorders Association* 16: 1- 10. Ovid MEDLINE(R).

Folkehelseinstituttet. 2012. «Spiseforstyrrelser- fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse»
(Lest 06.01.2015). http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6639&MainContent_6263=6464:0:25,6640&List_6212=6218:0:25,6645:1:0:0::0:0

Forsberg, Christina og Yvonne Weengstöm. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Garbo, Gro Lien. 2011. «Frisk og syk på samme tid.» *Psykisk Helse* 1: 10-11.
<http://www.bladet.psykiskhelse.no/index.asp?id=30639>

Gorse, Pauline, Clementine Nordon, Frederic Rouillon, Alexandra Pham- Scottez og Anne Revah- Levy. 2013. «Subjective motives for requesting in- patient treatment in female with Anorexia Nervosa: a qualitative study. » *Plos One* 8(10): 1- 7. Ovid MEDLINE(R).

Helsedirektoratet. 2012. «Nasjonalt faglig retningslinje for utredning og behandling av spiseforstyrrelser».
(Lest 29.10.2014). <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/under-arbeid/Sider/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser.aspx>

Helsetilsynet. 2000. *Alvorlige spiseforstyrrelser retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*.
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Høgskolen i Molde: avdeling for helse og sosialfag. 2014. *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.

Kunnskapsbasert praksis. 2012. Kritisk vurdering

(Lest 10.10.2015). <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>

Long, Stacey, Deborah Wallis, Newman Leung og Caroline Meyer. 2011. «All eyes are on you»: Anorexia Nervosa patient perspectives of in-patient mealtime. » *Journal of Health Psychology*. 17(3): 419- 428. Ovid MEDLINE(R).

Murray, Aja Louise, Kate Crawford, Karen McKenzie og George Murray. 2011. «How to develop patient trust in Anorexia treatment. » *Nursing Times* 107(3): 24-26. ProQuest.

Norsk Helseinformatikk. 2013. «Forekomst av anoreksi»

(Lest 08.04.2015). <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-forekomst-9284.html>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*, 2 utg. Oslo: Akribe.

Paulson- Karlsson, Gunilla og Lauri Nevenon. 2012. «Anorexia Nervosa: treatment expectations- a qualitative study. » *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 5: 169- 177. PubMed.

Pemberton, Kathryn og John R. E. Fox. 2011. «The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with Anorexia Nervosa: a qualitative study. » *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20: 226- 238. Ovid MEDLINE(R).

Pettersen, Kari. 2015. «Skam for gutter å ha en «jentelidelse».

(10.03.2015). http://www.nrk.no/livsstil/skam-for-gutter-a-ha-en-jentelidelse_-1.12244676

Psykisk helsevernloven. 2013. Lov av 07. Februar 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

(Lest 08.04.2015). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Ramjan, Lucie Michelle. 2003. «Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with Anorexia Nervosa. » *Journal of Advanced Nursing* 45: 495-503. Ovid MEDLINE(R).

Skårderud, Finn. 2004. «Hva er spiseforstyrrelser?» I *Sterk/svak: håndbok om spiseforstyrrelser*, 8- 91. Oslo: Aschehoug.

Snell, Lynlee, Marie Crowe og Jenny Jordan. 2009. «Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. » *Journal of Clinical Nursing* 19: 351- 358. Ovid MEDLINE(R).

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2011. *Psykiatri: Kunnskap- forståelse- utfordringer*. 3.utgave. Oslo: Akribes

Straumsheim, Jens Petter. 2013. «Kilder og referanselister»
(Lest 22. 08. 2014). <http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Veiledning/Kilder-og-referanser.aspx>

Striegel-Moore, Ruth H., Francine Rosselli, Nancy Perrin, Lynn DeBar, G. Terence Wilson, Alexis May og Helena C. Kraemer. 2009. «Gender difference in the prevalence and eating disorder symptoms. » *International Journal of Eating Disorders* 42(5): 471-474. Ovid MEDLINE(R).

Tierney, Stephanie. 2008. «The individual within a condition: A qualitative study of young people’s reflections on being treated for Anorexia Nervosa.» *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 13(6): 368- 375. Ovid Nursing.

Trones, Eva. 2012. «Akuttinnleggelse under tvungent psykisk helsevern»
(Lest 09.04.2015). <http://www.nordlandssykehuset.no/akuttinnleggelse-under-tvunget-psykisk-helsevern/category27864.html>

van Ommen, Joyce, Esther L. Meerwijk, Marijke Kars, Annemarie van Elburg og Berno van Meijel. 2009. «Effective nursing care of adolescents diagnosed with Anorexia Nervosa: the patients' perspective. » *Journal of Clinical Nursing* 18: 2801- 2808. Ovid MEDLINE(R).

Vandvik, Inger Helene. 2014. «Anoreksi»
(Lest 08.04.2015). <https://sml.snl.no/anoreksi>

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. Ovid MEDLINE(R).

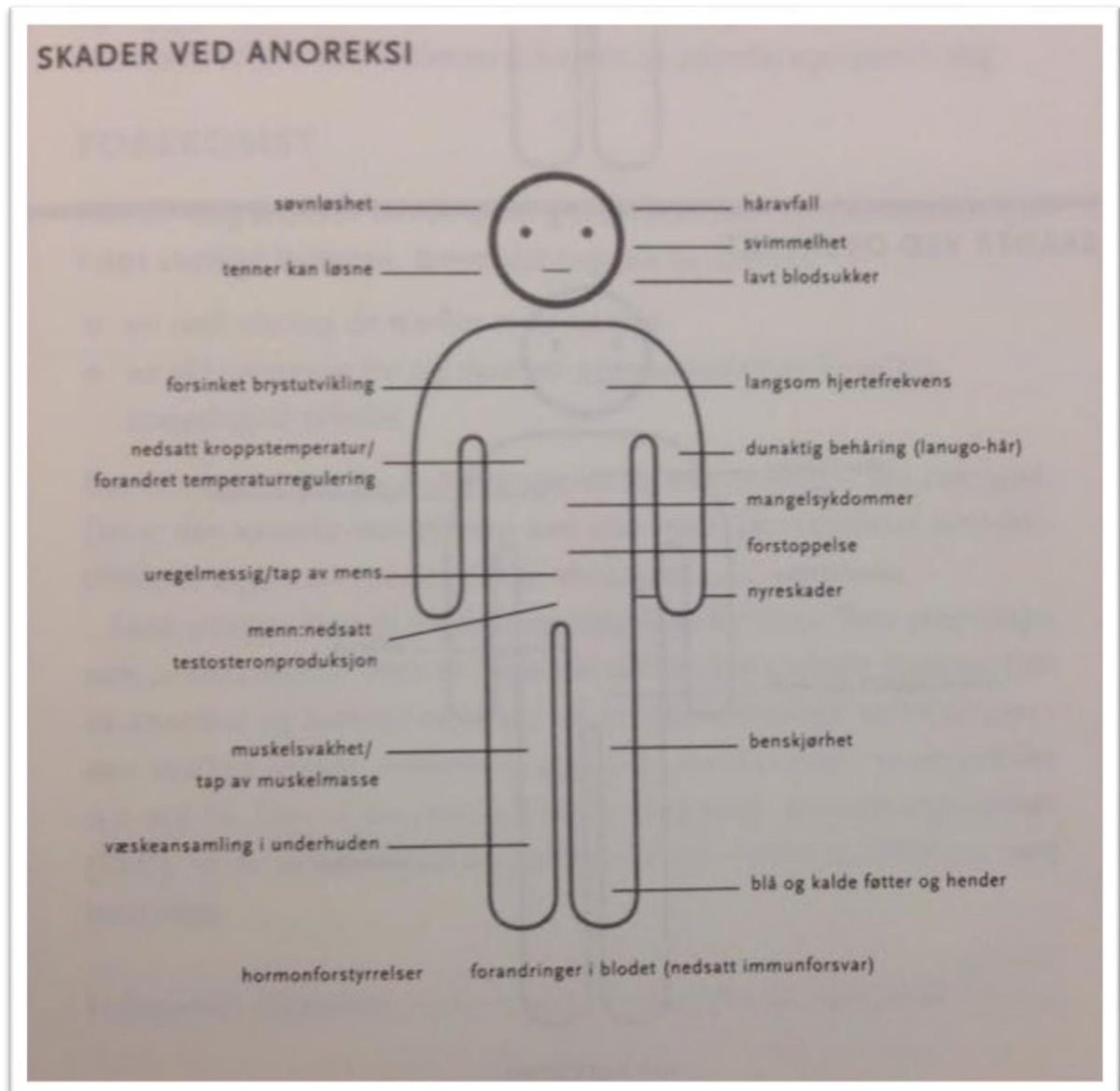
Wright, K. M. og S. Hacking. 2012. «An angel on my shoulder: a study of relationships between women with Anorexia and healthcare professionals. » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19: 107- 115. Ovid MEDLINE(R).

Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury og Michael Roche. 2013. «Effective nursing care of adolescents with Anorexia Nervosa: a consumer perspective. » *Journal of Clinical Nursing* 22: 2020- 2029. Ovid MEDLINE(R).

Vedlegg 1. PICO-skjema

P Patient/Problem	I Intervention	C Compearison	O Outcome
Anoreksi Pasient Spiseforstyrrelse Sykepleier	Behandling Perspektiv		Opplevelse Erfaring Tilfriskning Tilbakefall Kvalitativ
Anorexia Nervosa* Patient* Eating disord* Nurs*	Treat* Perspectiv*		Experienc* Recover* Relaps* Qualitative*

Vedlegg 2. Skader ved anoreksi



(Skårderud 2004, 67)

Vedlegg 3. Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Patient*	05.10.14	Ovid MEDLINE(R)	4 717 092	0	0	0
Anorexia Nervosa*	05.10.14	Ovid MEDLINE(R)	12 416	0	0	0
Nurs*	05.10.14	Ovid MEDLINE(R)	551 450	0	0	0
1 and 2	05.10.14	Ovid MEDLINE(R)	6050	0	0	0
3 and 4	05.10.14	Ovid MEDLINE(R)	138	16	7	2

Patient*	11.10.14	Ovid MEDLINE(R)	4 717 092	0	0	0
Anorexia Nervosa*	11.10.14	Ovid MEDLINE(R)	12 416	0	0	0
Recovery*	11.10.14	Ovid MEDLINE(R)	313 434	0	0	0
Qualitative*	11.10.14	Ovid MEDLINE(R)	150 189	0	0	0
1 and 2 and 3 and 4	11.10.14	Ovid MEDLINE(R)	20	6	4	3

Anorexia Nervosa*	11.11.14	Ovid MEDLINE(R)	120416	0	0	0
Patient*	11.11.14	Ovid MEDLINE(R)	4 717 092	0	0	0
Recovery*	11.11.14	Ovid MEDLINE(R)	313 434	0	0	0
Experience*	11.11.14	Ovid MEDLINE(R)	667 841	0	0	0
1 and 2 and 3 and 4	11.11.14	Ovid MEDLINE(R)	29	22	3	1

Anorexia Nervosa*	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	25 110	0	0	0
Treatment*	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	4 235 309	0	0	0
Relaps*	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	154 012	0	0	0
Qualitative*	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	303 979	0	0	0
Adolescent*	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	1 954 412	0	0	0
2 or 3	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	4 295 027	0	0	0
1 and 4 and 5 and 6	03.12.14	Ovid MEDLINE(R)	198	23	9	2

Anorexia Nervosa* Treat* Perpectiv* Experienc*	08.12.14	PubMed	11	2	2	1
---	----------	--------	----	---	---	---

Anorexia Nervosa*	04.02.15	Ovid Nursing	687	0	0	0
Treat*	04.02.15	Ovid Nursing	112 420	0	0	0
Qualitativ*	04.02.15	Ovid Nursing	24 528	0	0	0
1 and 2 and 3	04.02.15	Ovid Nursing	8	1	1	1

Vedlegg 4. Artikkelfunn

Artikkel 1

Forfatter	Zugai, Joel, Jane Stein-Parbury og Michael Roche
År	2013
Land	Australia
Tidsskrift	Journal Of Clinical Nursing
Tittel	Effective nursing care of adolescents with Anorexia Nervosa: a consumer perspective.
Hensikt	Å etablere hvordan sykepleiere sikrer vektøkning og en positiv innleggelse, det oppleves som positivt for behandling av ungdom med AN, dette var ved å vurdere forbrukerens perspektiv.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Dette ble gjennomført ved bruk av semi-strukturerte intervjuer.
Deltakere	Alle åtte deltakerne var jenter og ungdommer.
Hovedfunn	Sykepleiere ble vurdert som svært innflytelsesrik over pasientens opplevelse. Pasientene verdsatte at sykepleierne pratet om normale tema med pasientene. Funnene er preget av tre overordnede temaer angående sykepleiepraksis, det å sikre vektøkning, å kunne opprettholde et terapeutisk miljø og kunne pleie forholdet.
Kvalitet	Nivå 2. Vi har vurdert artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. Human Researctch Ethics Committee (HREC) both University and Hospital.

Artikkel 2

Forfatter	van Ommen, Joyce, Esther L Meerwijk, Marijke Kars, Annemarie van Elburg og Berno van Meijel.
År	2009
Land	California
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing.
Tittel	Effective nursing care of adolescents diagnosed with Anorexia Nervosa: the patient's perspective.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utvikle fra pasientenes perspektiv en tentativ teoretisk modell som forklarer effekten av sykepleie til innlagte pasienter med diagnosen AN.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	«Grounded theory» tilnærming.
Deltakere	13 ungdommer med AN. Pasientene ble intervjuet for å generere data for modellen.
Hovedfunn	Deltakerne uttalte at sykepleierne bidro betydelig til deres tilfriskning fra AN. Tre tilbakevendende tema dukket opp i studie: normalisering, struktur og ansvar. Fokuset for pasientene i forhold til disse temaene flyttet seg i løpet av de fasene av bedringen/tilfriskningen. Pasientene beskrev at det var viktig med nok informasjon om AN.
Kvalitet	Nivå 2. Vi vurderte artikkel som god.
Etisk vurdering	Ja. The scientific and ethical review board.

Artikkel 3

Forfatter	Paulson-Karlsson, Gunilla og Lauri Nevonen.
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Multidisciplinary Healthcare
Tittel	Anorexia Nervosa: treatment expectations – a qualitative study.
Hensikt	Målet med dette studiet var å undersøke forventningene til anorektiske pasienter som søker behandling på en spesialisert spiseforstyrrelses- enheter.
Metode	Kvalitativ studie.
Instrument	I dette studiet ble en kvalitativt spørreskjema med åpne spørsmål brukt til å utforske jenters forventninger til behandlingen.
Deltakere	15 jenter mellom 18 og 25 år som ventet på å bli vurdert før behandlingen.
Hovedfunn	Fra resultatene dukket det opp tre hovedkategorier for hva deltakerne forventet: «Behandlings innhold», «behandlings fagfolk» og «behandlings fokus». Det overordnede temaet var, «mottar tilstrekkelig behandling i en terapeutisk samarbeidsrelasjon og tilfriskning» og «beskrev hvordan deltakerne oppfattet at deres forventninger kunne oppfylles». De som deltok i undersøkelsen mente at behandlerne hadde en stor innflytelse på tilfriskningsprosessen de måtte gjennom, samt at det var et godt miljø rundt de. Pasientene belyste å viktigheten med informasjon, bli lyttet til, tatt seriøst og bli forstått.
Kvalitet	Nivå 1. Vi vurderte artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. The Regional ethics committee in Göteborg, Sverige.

Artikkel 4

Forfatter	Tierney, Stephanie.
År	2008
Land	USA
Tidsskrift	American Psychiatric Nurses Association
Tittel	The individual within a condition: a qualitative study of young people's reflections on being treated for Anorexia Nervosa.
Hensikt	Å utforske synspunktene til unge mennesker som ble behandlet for AN.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Det ble utført semistrukturerte intervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp med deltakere skriftlig samtykke. En tematisk analyse ble anvendt i dataene.
Deltakere	10 deltakere, ni jenter og en gutt. Svaret til gutten var lik som de ni andre jentene.
Hovedfunn	Det var fem hovedtema som var aktuell for å kunne identifisere hva deltakerne gikk gjennom under en behandlingsperiode. De fem temaene var; tilgang til riktig behandling, å balansere det fysiske og psykiske, det kreves fagfolk, hjelp fra amatører, og å oppfatte fremskritt. Pasientene beskrev også viktigheten av å ha noen å prate med, men at samtaler ikke skulle være overfladiske. Deltakerne går nøye inn på alle temaene hvor de forklarer at det er viktig med god hjelp fra profesjonelle fagfolk. Fagfolkene må se pasientene som enkelt individ, ikke som sykdommen de har.
Kvalitet	Nivå 1. Vi har vurdert artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. The Committee on Publication Ethics (COPE).

Artikkel 5

Forfatter	Federici, Anita og Allan S. Kaplan.
År	2007
Land	Canada
Tidsskrift	Inter Science
Tittel	The patient's account of relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A qualitative study.
Hensikt	En kvalitativ studie der de følger pasientene gjennom lidelsen og ser på ulike faktorer som kan spille inn for å få en god behandling av pasienter med AN.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltakere	Det var 15 deltakere. Alle var jenter og de var 18 år eller eldre.
Frafall	Seks deltakere kom ikke igjennom BMI kriteriene, to av de fikk allikevel delta. 23 deltakere oppfylte inklusjonskriterier. Fire deltakere svarte ikke tilbake på telefonen. Et sluttresultat på 15 deltakere.
Hovedfunn	Gjennom samtaler og terapi startet pasienten å føle trygghet for behandlere, som er et viktig steg i forbedring fra AN. Pasientene vektla det å føle seg forstått, akseptert og bli tatt seriøst var viktige faktorer for bedring. I studien kommer det å frem at mange valgte å slippe folk inn på seg, istedenfor å skyve de unna.
Kvalitet	Nivå 1. Vi vurderte artikkel som god.
Etisk vurdering	Ja. TGH's Research Ethics Committee.

Artikkel 6

Forfatter	Pemberton, Kathryn og John R. Fox.
År	2011
Land	UK
Tidsskrift	Clinical Psychology and Psychotherapy
Tittel	The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with Anorexia Nervosa; A qualitative study.
Hensikt	Målet med denne studien var å forstå faktorer som var viktige i omsorgen og følelsesmessig forvaltning av mennesker med spiseforstyrrelser på en institusjon.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Semi- strukturerte intervju.
Deltakere	Åtte deltagere med diagnosen AN deltok i studien. Syv jenter og en gutt.
Hovedfunn	<p>Disse ble understøttet av en rekke teoretiske viktige konstruksjoner, slik som «personalfaktorer», «forståelse av følelser», «gyldighet av følelser» og «jakt etter ideell omsorg».</p> <p>Pasienten hadde både positive og negative tanker om de ansatte. Det ble ofte rapportert at personalet hadde problemer med å skille mellom oppførsel som var direkte relatert til spiseforstyrrelse.</p> <p>Personlighet, erfaring og intelligens var grunner gitt av deltakerne hvorfor noen ansatte ga mer omsorg enn andre. Alle disse ble nevnt som årsaker til at deltakerne bevisst besluttet å samhandle med de ansatte. Pasientene ville forstå, forvalte og endre hvordan de styrte følelsene sine.</p>
Kvalitet	Nivå 1. Vi vurderte artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. Local NHS ethics committee.

Artikkel 7

Forfatter	Wright K, M. og Ma & S. Hacking.
År	2012
Land	UK
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Tittel	An angel on my shoulder: a study of relationships between women with Anorexia and healthcare professionals.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse forholdet mellom pasientene med AN og helsepersonell. Og betydningen av dette i forhold til videre forbedring av helse.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Seks pasienter med AN og sju helsepersonell ble intervjuet om deres relasjonen.
Deltakere	Seks jenter med diagnosen AN.
Hovedfunn	Det var seks viktige tema som ble oppdaget fra intervjuene: hvor ekte forholde var, sikkerhet, vektøkning, viktigheten av håp, optimisme og aspekter av helsetjenesten. Funnene i studien tyder på at pasienten satte pris på trygghet. Det kommer også frem at relasjonene mellom pasient og helsepersonell var viktig ved behandling av AN.
Kvalitet	Nivå 1. Vi vurderte artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. University Academic Ethics Committee.

Artikkel 8

Forfatter	Whitney, Jenna. Abigail Easter og Kate Tchanturia.
År	2008
Land	United Kingdom
Tidsskrift	International Journal of Eating Disorders.
Tittel	Service users' feedback on cognitive training in the treatment of Anorexia Nervosa: A qualitative study.
Hensikt	Målet med denne studien var å undersøke pasientenes opplevelser av å delta i terapi.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	«Grounded theory» tilnærming.
Deltakere	19 pasienter med AN
Frafall	21 pasienter deltok i studien, men to ville ikke være med; den ene pasienten dro etter innleggelsen, den andre dro etter innleggelse uten noen forklaring.
Hovedfunn	Funnene i denne studien var positiv i henhold til behandlingen og pasientene var glade for at fokuset ikke bare gjaldt mat. De la også vekt på at det var viktig med gode relasjoner mellom pleierne og pasientene i behandlingssituasjonen.
Kvalitet	Nivå 1. Vi vurderte artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. South London and Maudsley NHS trust research ethics committee.

Artikkel 9

Forfatter	Gorse, Pauline, Clementine Nordon, Frederic Rouillon, Alexandra Pham-Scottez og Anne Revah- Levy
År	2013
Land	Frankrike
Tidsskrift	Plos One
Tittel	Subjective motives for requesting in-patients treatment in female with Anorexia Nervosa: A qualitative study.
Hensikt	Målet med studien var å identifisere årsakene til forespørselen til inneliggende pasientbehandling av jenter med AN fra deres synsvinkel.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	63 brev har blitt analysert for forutsetninger til opptaket, de ble studert med en fortolkende fenomenologisk metode for å analysere innholdet.
Deltakere	Det var 63 jenter som var deltagende, de var 18 år eller eldre.
Hovedfunn	Studien foreslår inneliggende pasienter for behandling. De viser til at pasienten får best behandling inneliggende, og at effekten av hjelp varer lengre. På grunn av at de hadde mistet kontrollen på sin egen oppførsel og sine tanker om mat så mente de også selv at dette ville hjelpe de mer enn om de hadde fått poliklinisk behandling. Det å få hjelp av et spesialisert personale var en forventning de hadde som inneliggende pasienter, for å bli forstått og sett.
Kvalitet	Nivå 1. Vi har vurdert artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. The French ethics committee for medical research.

Artikkel 10

Forfatter	Long, Stacey, Deborah Wallis, Newman Leung og Caroline Meyer.
År	2011
Land	UK
Tidsskrift	Journal of Health Psychology
Tittel	«All eyes are on you»: Anorexia Nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke inneliggende pasienters oppfatning av måltidene i en spesialisert enhet for spisefortyrrelse.
Metode	Kvalitativ.
Instrument	Semi-strukturerte intervju.
Deltakere	Totalt 12 pasienter meldte seg frivillig til å bli intervjuet. Fem deltakere ble rekruttert fra de selvstendige enheter, syv deltakere ble rekruttert fra de tre NHS enhetene. Alle deltakerne var jenter gjennomsnittsalder 22 år og alle var diagnostisert med AN.
Hovedfunn	<p>Pasientene kommenterte at oppførselen til de ansatte under måltidene hadde en betydelig innvirkning på opplevelsen av måltidene. Pasientene følte de ansatte var ute i stand til å virkelig forstå deres fysiske ubehag.</p> <p>Pasientene uttrykte også bekymring for at de ansatte ikke dirkete hjalp de gjennom vanskeligheter og det var en generell følelse av at selv om ansatte ønsket å hjelpe, forsto de ikke hvordan det var å ha AN.</p> <p>Pasientene følte også av og til sinne mot seg selv, andre pasienter og ansatte. Pasientene følte de skulle ha blitt hørt om forslag til endring, men at de ansatte ikke brydde seg. Pasientene hadde et ønske om å bli involvert i måltidene, for at de skulle klare å virkelig endre seg. Miljødistrasjoner ble brukt under måltidene, dette ble belyst som både positivt og negativt.</p>
Kvalitet	Nivå 2 Vi vurderte artikkelen som god.
Etisk vurdering	Ja. NHS and one independent eating disorders service.

