



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Tilfriskning i behandling av unge jenter med anoreksi

Bacheloroppgave i sykepleie

Kurskode: SYK 180H

Kandidatnummer: 5 og 45

Dato 11.04.2014

Antall ord: 9580



Mat er ikke en selvfølge, men noe man må fortjene.

(Skårderud, 2013)

Innhold

| | |
|--|----|
| 1.0 Innledning..... | 5 |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema..... | 5 |
| 1.2 Presentasjon av problemstilling..... | 5 |
| 1.3 Begrepsavklaring..... | 6 |
| 1.4 Avgrensning..... | 6 |
| 1.5 Teoretisk referanseramme..... | 7 |
| 2.0 Vitenskapsteori og metode..... | 8 |
| 2.1 Vitenskapsteori..... | 8 |
| 2.2 Begrunnelse for valg av metode..... | 8 |
| 2.3 Litteraturstudie..... | 9 |
| 2.4 Kvalitativt intervju..... | 9 |
| 2.5 Kildesøk og kildekritikk..... | 10 |
| 2.5.1 Presentasjon av litteratur..... | 11 |
| 2.5.2 Presentasjon av artikler..... | 12 |
| 3.0 Teori..... | 15 |
| 3.1 Joyce Travelbee's sykepleieteori..... | 15 |
| 3.1.1 Menneske til menneske forhold og relasjon..... | 15 |
| 3.1.2 Lidelse, mening og håp..... | 16 |
| 3.2 Anoreksi..... | 17 |
| 3.3 Kommunikasjon, relasjon og tillit..... | 20 |
| 3.4 Motivasjon..... | 20 |
| 3.5 Mentalisering..... | 20 |
| 4.0 Drøfting..... | 22 |
| 4.1 Innledning..... | 22 |
| 4.2 Tilfriskningens grunnmur..... | 22 |
| 4.3 Motivasjon i tilfriskning av unge jenter med anoreksi..... | 24 |
| 4.4 Mentalisering som behandlingsmetode..... | 26 |
| 5.0 Oppsummering..... | 31 |
| 6.0 Litteraturliste..... | 32 |

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Kildesøk

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Det er i dag høyt fokus på kropp, mat og utsende. Vi ser at tallene for å utvikle en spiseforstyrrelse stadig øker. Anoreksi er etter ulykker og kreft den psykiatriske sykdommen med størst dødelighet (Skårderud, 2013). I dag anslås det at 0,2-0,4 % av befolkningen i Norge lider av anoreksi (Norsk helseinformatikk, 2013).

Vi har i vår avsluttende bacheloroppgave valgt å skrive om den psykiatriske lidelsen anoreksi. Vi synes temaet er spennende og det vekket interesse hos oss begge, dette var et emne vi ville å finne mer ut om. Vi diskuterte oss imellom og reflekterte over vår praksis innen psykisk helsevern som satte spor i oss begge. Gjennom vår tid som sykepleiestudenter og tidligere arbeidserfaringer har vi erfart viktigheten av å opparbeide en god relasjon til pasientene. Som sykepleier skal en møte alle mennesker på deres omsorgsnivå, og ofte er den viktigste oppgaven å formidle håp, motivere til behandling og skape tillit. Det finnes utallige behandlingsmåter for pasienter med anoreksi, men vi har i vår oppgave valgt å fokusere på mentalisering.

Gjennom denne oppgaven skal vi tilnærme oss kunnskap om anoreksi ved å søke etter relevant litteratur, både pensum og selvvalgt, samt se på hva forskning viser om dette tema. Vi har vært heldige å fått gjennomført et intervju med en fagperson som jobber mye innenfor dette feltet. Dette intervjuet vil vi bruke som et supplement i drøftingen vår for å kunne sette praksis opp mot teori. Hensikten med oppgaven er å lære mer om tema, samt å kunne opplyse andre med vår oppgave. Begrepet tilfriskning fant vi spennende, og ønsket å vise hvordan en som sykepleier kan hjelpe pasienten som lider av anoreksi til å oppnå dette.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Prosessen for å få ferdig en konkret problemstilling tok tid for oss, og vi vurderte mange forskjellige innfallsvinkler- det var mye vi ville ha med! Vi ønsket å belyse hva sykepleier kan gjøre, for at pasienter med anoreksi skal klare å benytte seg av behandlingen de er innlagt for å få. Dermed avdekke hvilken metode innenfor behandling som kan føre til en tilfriskning i sykdommen.

Vi har derfor kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier fremme tilfriskning i behandling av unge jenter med anoreksi?

Grunnen til at vi har valgt å bruke ordet tilfriskning i problemstillingen er at anoreksi har et langt sykdomsforløp, hvor tilstanden ofte går veldig opp og ned. Tilfriskning i behandlingen slik vi velger å tolke det i oppgaven, er veien fra det utgangspunktet pasienten har ved innleggelse, og veien mot å bli bedre, friskere (Malt, Andreassen, Melle, Årsland, 2012). Det er noen sentrale tema vi ser nødvendig å basere oppgaven på for å kunne svare på problemstillingen vår. Relasjon og tillit er to brikker som må ligge i grunn for at sykepleier skal kunne bidra med helt grunnleggende ting hos den syke. Videre vil motivasjon ta en stor del av oppgaven for å kunne svare på problemstillingen. Etter å ha dannet en relasjon hvor det er gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient, blir motivasjon et nøkkelord for at pasienten skal kunne benytte seg av behandling, og for at sykepleier skal kunne fremme tilfriskning. Når pasienten er motivert til å prøve å bli bedre, er mentalisering den behandlingsmetoden vi velger å sette fokus på.

1.3 Begrepsavklaring

For å forhindre eventuelle feiltolkninger av enkelte begrep vi har valgt å bruke i oppgaven, vil vi her forklare og presisere hvilken betydning vi har lagt i ordene. Den korrekte betegnelsen av det vi på norsk kaller spisevegring, er ordet Anorexia Nervosa ifølge ICD-10 systemet til Verdens helseorganisasjon (WHO) (Helsedirektoratet, 2014). Til tross for at dette er den riktige betegnelsen internasjonalt, kommer vi videre i oppgaven vår til å bruke det norske ordet anoreksi. Begrepet tilfriskning betyr at pasienten har et symptomnivå likt det vi ser hos friske personer (Malt, et al., 2012).

1.4 Avgrensning

Vi ser det nødvendig å utforme en avgrensning i oppgaven for å bedre kunne besvare vår problemstilling. Unge jenter innenfor en ramme på 18-25 år er avgrensninger vi ønsker å gjøre i forhold til alder. Gutter er utelukket fra oppgaven grunnet deres lave prosentandel i sykdomsgruppen (Skårderud, 2013), også på grunn av oppgavens omfang. Vi ser imidlertid at gjennomsnittsalderen for å utvikle anoreksi ligger på 16-17 år (Rosenvinge, et al. 2012), men for å unngå kompleksiteten som kan oppstå når pasienten er umyndig velger vi å holde oss til nevnt alder. Fokuset vil ligge på pasienter som frivillig er innlagt ved døgnbemannet enhet for

spiseforstyrrelser. Vi har valgt se bort i fra den medikamentelle behandlingen, men heller gå i dybden på det mentale hos pasienten med anoreksi.

1.5 Teoretisk referanseramme

I vår oppgave har vi valgt å ta utgangspunkt i et holistisk menneskesyn. Holisme betyr helhetsforståelse, og denne livsoppfatningen forutsetter at en hver del inngår som en bestanddel av en større helhet. Hver del er forbundet med hverandre, og en kan ikke forstå helheten uten å se delene. Det blir vanskelig å forklare det levende vesen ut fra hvordan hver enkelt del fungerer. Anoreksi er definert som en psykisk lidelse og som etter hvert utvikler seg til å gå ut over det fysiske hos mennesket, og det blir derfor viktig for oss å forstå mennesket som en helhet, ikke bare gjennom det fysiologiske men også gjennom sanselige og følelsesmessige deler. Ved hjelp av det holistiske menneskesynet forstår vi kompleksiteten av sykdommen ved å anerkjenne alle de fenomener som hører mennesket til (Brinchmann, 2008).

2.0 Vitenskapsteori og metode

2.1 Vitenskapsteori

Hermeneutikk betyr fortolkningsvitenskap eller fortolkningslære. Det vil si å fortolke, å gjøre klart og å gi mening til det vi studerer. Hermeneutikken bruker tanker, inntrykk og følelser som en resurs for å forstå, ikke et hinder. Mennesket er et fysisk vesen med håp, drømmer, ting vi bestreber, er redd for, oppsøker og unngår. Mennesket er målrettet og søker til det som har betydning. Hermeneutikken ser på menneskers handlinger, livsytringer og språk for å forstå menneskenes eksistens (Dalland, 2007).

Vi har i vår oppgave valgt å bruke den hermeneutiske tilnæringsmetoden når vi skriver om anoreksi fordi oppgaven handler mye om det å forstå mennesker, skjønne deres livssituasjon og gi mening til den behandlingen vi gir. Vi trenger i oppgaven å bruke en metode som lar oss utforske pasienten ved at vi kan tilnærme oss det særegne og spesielle hos hver og en av dem slik at deres opplevelse og tolkning av egen sykdom settes i fokus. Mennesket er satt sammen til en helhet ved hjelp av flere opplevelser og erfaringer, og denne måten å tenke på kalles hermeneutikk (Dalland, 2007). Hermeneutikken brukes som en del av den kvalitative metoden (Aadland, 2011).

2.2 Begrunnelse for valg av metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet metoder” (Dalland 2007. s.83).

Metoder brukes for å kunne forstå det samfunnet vi lever i på en bedre måte og hvordan enkeltmennesker og grupper samhandler med hverandre. Valg av metode forteller oss på hvilken måte vi skal tre fram for å etterprøve og skaffe oss kunnskap. Når en velger metode er det fordi det skal være den beste måten å belyse en problemstilling på en faglig måte, samt at den gir gode data (Dalland, 2007). Vi har valgt å fokusere på den kvalitative metoden fordi den fokuserer på opplevelser og meninger, og lar seg ikke måle eller tallfeste (Dalland, 2007). Vi har funnet den metoden som ideell i forhold til vår problemstilling fordi vi fokuserer på det følelsesmessige hos pasienten, noe som må fortolkes.

Kvalitativ metode

Den kvalitative metoden bygger på følsomhet og dybde, og prøver på best mulig måte å få fram gjengivelse av den kvalitative variasjonen. Det særegne, spesielle og avvikende kommer tydelig fram i denne metoden, og den preges av ustrukturerte observasjoner og fleksibilitet. Ved å bruke den kvalitative metoden skjer datasamling i direkte kontakt med informasjonsfeltet hvor helhet og sammenheng setter standarden. Den kvalitative metoden skal formidle forståelse ut i fra et jeg-du forhold. Forskeren påvirkes av deltakeren og ser på fenomenene fra innsiden og ut (Dalland, 2007).

2.3 Litteraturstudie

Vi har i vår oppgave valgt litteraturstudie som metode hvor vi samtidig vil bruke et kvalitativt intervju som supplement. Vi bruker bøker og artikler både i form av primærlitteratur og sekundærlitteratur. Å systematisere kunnskap gjennom ulike skriftlige kilder kalles litteraturstudie. Denne oppgavetypen er en tredelt prosess som består av å søke og samle inn, gå kritisk igjennom og å sammenfatte data (Magnus & Bakketeig, 2000). Primærlitteratur er forfatterens eget arbeid, forskning og teorier, mens sekundærlitteratur gjengir det arbeidet andre forfattere har gjort (Dalland, 2007). Ved bruk av sekundærlitteratur er det viktig å være oppmerksom på at den opprinnelige teksten er fortolket og kan dermed være feilaktig.

2.4 Kvalitativt intervju

Når et intervju er kvalitativt er målet å innhente den kvalitative kunnskapen, formulert med vanlig språk, det skal ikke kvantifiseres (Dalland, 2007). Vi ville gjerne ha flere innfallsvinkler enn det vi fant i bøker og i forskning, og ønsket derfor å supplere med et intervju i vår oppgave. På denne måten håpte vi å få et mer helhetlig bilde av hvordan metoder og hvilke fenomener som innvirker for at tilfriskning kan ta plass. Vår hensikt med intervjuet var å tilegne oss kunnskap fra informantens egne meninger, tenkemåte, holdning og arbeidsmåte. Det første vi tenkte da vi skulle lage en intervjuguide var at vi ikke skulle ha så mange konkrete spørsmål, men heller det som kalles et halvstrukturert intervju hvor spørsmålene er veldig åpne og hvor neste spørsmål avgjøres av hvilken vei informanten vinkler spørsmålet (Dalland, 2007). Etter samtale med veileder om hva vi hadde tenkt, utformet vi noen innledende spørsmål til intervjuet og åpnet opp for en mer sammenhengende samtale etterhvert. Gjennom enhetsleder på avdeling for spiseforstyrrelser fikk vi navnet til

vår informant. Det vi ønsket var å få intervjuer en sykepleier som arbeidet med spiseforstyrrelser, at vedkommende hadde erfaring i jobben og mye kunnskap å dele av. Informanten vi fikk intervjuer jobbet som sykepleier innenfor emnet spiseforstyrrelser. Vi brukte en knapp time på intervjuet, hvor vi brukte skriveblokk for notater samt en diktafon med den hensikt å fange opp alt under samtalen, ikke glemme noe og for å kunne holde alt fokus rettet mot informanten. Etter intervjuet, tolket vi innholdet og skrev det ut i tekst. Både enhetsleder og informant underskrev frivillig samtykkeskjema vi fikk fra universitetet før intervjuets start.

For intervjuguide se vedlegg 1.

Etisk vurdering

«*Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er en forutsetning for gode studentoppgaver og for forskning*» (Dalland, 2007, s.234). Informanten ble forklart at all data blir anonymisert, samt gitt skriftlig og muntlig informasjon om hva intervjuet skulle brukes til. Opptaket på diktafonen som ble brukt under intervjuet ble slettet etter at vi var ferdig med analysen av intervjuet. Vi er klar over at dette intervjuet ikke gir en fullstendig oversikt eller et helhetlig bilde av hvordan praksis fungerer verken her eller andre steder i Norge. Meningen med dette intervjuet er å bruke det aktivt i oppgaven hvor det åpner rom for flere tolkninger, og for å kunne drøfte forskjellige sider av vårt tema. Vi ønsker å se forskjellene i drøfting av litteratur og forskning mot hvordan det er i praksis. Intervjuet anses for vår del som et nyttig verktøy i oppgaven.

2.5 Kildesøk og kildekritikk

Vi startet vårt kildesøk med å se om det var noe av pensumlitteratur vi kunne bruke for vår oppgave. Det viste seg å være mye brukbart materiale, men ikke nok alene. Det ble noen runder på universitetets bibliotek for å lete etter mer faglitteratur, hvor vi oppdaget mange gode bøker, blant annet Sterk/Svak av Finn Skårderud. Denne boken er imidlertid bare et av flere verk skrevet av han vi har benyttet i oppgaven. Letingen etter forskningsartikler og andre fagartikler, startet ved UIN sine hjemmesider, hvor vi søkte i de forskjellige databasene som var tilgjengelig. Via helsebiblioteket kom vi inn på databasen PubMed fulltekst, og det er der vi har brukt mest tid på å finne relevante artikler for vår problemstilling. Vi startet bredt med søkeord som «*anorexia nervosa*» og fikk veldig mange treff. Søket ble snevret inn ved at vi benyttet hjelpeord sammen og hver for seg som var blant annet: and «*treatment*», and

«nursing», and «motivation», and «mentalisation». Vi ønsket å finne artikler som var innenfor en tidsperiode på fem år, men så at vi måtte velge noen artikler med eldre utgivelsesdato grunnet deres relevans. Andre databaser som ble benyttet i søket etter artikler er Scopus og SveMed+, hvor en del av artiklene vi har presentert i oppgaven ble funnet. Via disse databasene ble vi ofte henvist til andre internettsider som Tidsskrift for Den Norske legeforening og folkehelseinstituttet (FHI). Funnene vi gjorde her var en artikkel om mentalisering vi fant verdifull for problemstillingen vår.

For tabell av kildesøk se vedlegg 2.

Kildekritikk

Problemstillingen vår for oppgaven er ganske vid, da vi har flere undertema vi ville ha med. Dette gjorde at vi ble nødt å søke på flere enn et tema innenfor anoreksi. På den positive siden ga det oss mange muligheter av artikler å lete etter, men samtidig kunne det bli uoversiktlig samt mange artikler å gå gjennom, da vi ikke hadde med så mange avgrensninger. Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er primærlitteratur. I litteraturlisten er artiklene vi har brukt i oppgaven merket med *. I slutten av arbeidet med denne oppgaven så vi at noen APA modeller la til hvilken utgave litteraturen har. Siden oppstart av bacheloren har vi tatt utgangspunkt i APA 6th malen som universitetets hjemmesider har lagt ut for sine studenter. Vi velger derfor å holde oss til denne modellen.

2.5.1 Presentasjon av litteratur

Litteraturen er grunnlaget for oppgaven vi skriver og kunnskapen vår tar utgangspunkt i litteraturen (Dalland, 2007). Vi velger her å beskrive kildegrunnlaget for å bedre vår oppgaves troverdighet og faglighet.

Den sykepleieteoretikeren vi har valgt i vår oppgave er Joyce Travelbee. Hennes første bok kom ut i 1966 og beskriver de mellommenneskelige forholdene i sykepleien (Travelbee, 1999). Vi har tidligere i studiet lært om Travelbee's teori og fant denne veldig sentral i forhold til vårt tema. Vi har valgt å bruke Travelbee's egen bok (1999) samt å supplere med Kirkevolds bok Sykepleieteorier – analyse og evaluering fra 2001. Vi har forsøkt å velge mest mulig primærlitteratur i vår oppgave, da førstegangslitteratur er mer presis og korrekt i forhold til hva forfatteren egentlig mener. Travelbee's eget verk er primærlitteratur mens Kirkevold er sekundærlitteratur som begge omhandler det samme. Kirkevold (2001)

gjenforteller Travelbee's teori. Kirkevolds bok fant vi veldig sentral i forhold til at den hadde oppsummert det viktigste fra Travelbee's teori slik at vi i vår tidsbegrensede oppgave hadde mulighet til å konsentrere oss om det mest sentrale i teorien.

I vår oppgave er Finn Skårderud et navn som stadig dukker opp. Skårderud er en kjent psykiater og professor ved Universitetet i Oslo samt anerkjent forfatter. Skårderud er svært engasjert i tilnærminger til psykisk helse, da spesielt i forhold til spiseforstyrrelser og mentaliseringsbasert terapi. Vi velger å bruke Skårderud sentralt i vår oppgave fordi han har skrevet flere ulike bøker i forhold til vår problemstilling. I oppgaven vår brukes to bøker som omhandler temaet mentalisering, hvor Skårderud er forfatter av den ene. Skårderud har også skrevet to av artiklene vi bruker i oppgaven, hvor begge omhandler temaet mentalisering. Bøkene av Finn Skårderud er primærlitteratur.

2.5.2 Presentasjon av forskningsartikler o.a.

Vi ønsker her å trekke frem artiklene vi har benyttet oss mest av i oppgaven, da med vekt på drøftingsdelen. Disse artiklene representerer den forskningen og annet vi fant mest relevant for vår problemstilling.

Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview.

Forfattere: Giovanni Abbate-Daga, Federico Amianto, Nadia Delsedime, Carlotta De-Bacco, Secondo Fassino, (2013).

Denne forskningsartikkelen omhandler personer med anoreksi som motsetter seg behandling. Grunnen til dette er blant annet manglende motivasjon. Pasientene med en BMI nærmere normalen viste større progresjon i motivasjon til forandring, enn de med lav BMI.

Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patients' Wish to Recover from Anorexia Nervosa

Forfattere: Ragnfrid H.S Nordbø, Kjersti S. Gulliksen, Ester M.S Espeset, Finn Skårderud, Josie Geller, Arne Holte, (2008).

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel der studiet er gjort i Oslo i Norge. 18 kvinner var med i studiet på en alder mellom 20- 39 år. Den omhandler pasientens egne motiver for motivasjon til å endre sitt sykdomsforløp mot tilfriskning. Anoreksipasienter kan ha et ønske om tilfriskning, men samtidig sterkt motsette seg endring i atferden. Det fremstår av studiet at det er fire komponenter som stikker seg ut til å være motiverende i behandlingen av anoreksi.

Følelsen av vitalitet, autonomi, innsikt og å kunne se de negative sidene og konsekvensene av sykdommen. Studiet beskriver hvilke motiverende tilnærminger som gjøres for å skape motivasjon hos pasientene, kvalitativt og kvantitativt.

Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumers perspective

Forfattere: Joel Zugai, Jane Stein- Parbury, Michael Roche(2013).

Kvalitativ forskningsartikkel med 8 brukere, mellom 15 og 18 år. Forskingen foretar en granskning av hvordan sykepleiere spiller en rolle i møte med unge jenter som lider av anoreksi og deres motivasjon til tilfriskning. Studiet viser at pasientene som fikk et godt forhold til sykepleierne ønsket å gjøre det bra i behandlingen, enten for å ikke skuffe sykepleierne eller bryte tilliten sykepleierne hadde gitt dem i forskjellige sammenhenger. Den handler om hvordan sykepleiere bidrar til vektøkning og en bedre opplevelse for pasientene under oppholdet. Studiet er gjort av 8 pasienter som er blitt friske av behandlingen. Kvaliteten av forholdet mellom pasienten og sykepleieren spilte en rolle for tilfriskningen. Pasientene satte også mer pris på de sykepleierne som laget et komfortabelt og kreativt miljø. Ved å ha en god relasjon til sykepleierne økte motivasjonen til å ville bli frisk.

Nurses and the therapeutic relationship, caring for adolescents with anorexia nervosa

Forfatter: Lucie Michelle Ramjan, (2004).

Studiet viser til sykepleiernes vanskeligheter med å få et terapeutisk forhold til pasientene med anoreksi. Artikkelen gir et bilde av hvilke utfordringer det kan være å danne en relasjon til pasientene. Studiet belyser 10 registrerte sykepleiere i Australia, hvor semistrukturerte intervju ble brukt som metode. Forslag er utarbeidet for å forbedre sykepleierkompetansen i behandlingen av disse ungdommene.

Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep

Forfattere: Finn Skårderud, Bente Sommerfeldt, (2008).

Denne artikkelen presenterer mentaliseringsbegrepet som et nytt intellektuelt rammeverk for å forstå psykisk helse. Hemmet mentalisering belyses og kan sees hos personer med psykiske problemer. Videre beskrives mentaliseringsbasert terapi og hvordan en som behandler kan mentalisere bedre om andre og en selv.

Den reflekterende kroppen- mentalisering og spiseforstyrrelser

Forfattere: Finn Skårderud, Bente Sommerfeldt, Peter Fonagy, (2012).

Her blir spiseforstyrrelsens psykopatologi beskrevet gjennom mentaliseringens syn. Det blir i artikkelen beskrevet hvordan refleksiv funksjon og sosial kognisjon er nedsatt ved alvorlig anoreksi, særlig hos unge mennesker hvis hjerne er i full utvikling og gjør en ekstra sårbar. Kroppen blir tilskrevet mentale funksjoner. Artikkelen viser hvordan mentalisering som rammeverk kan berike forståelsen av spiseforstyrrelser.

3.0 Teori

En sykepleieteori er en mening om hva sykepleie er, og om hvordan den bør utføres. Sykepleieteorien legger føringene for hvilke grunnprinsipper pleien og omsorgen skal bygges på, og hva som skal settes i fokus (Kirkevold, 2001). Vi har valgt å ta for oss Joyce Travelbee's sykepleieteori fordi vi ser den som relevant i forhold til vårt tema. Travelbee's teori fremhever sykepleierens ansvar og karakter. Menneske-til-menneske-forholdet, relasjon, lidelse og håp, og motivasjon er blant de viktigste begrepene. Begreper vi ser går igjen i behandlingen av unge jenter med anoreksi. Mennesket er et uerstattelig, enestående individ og ingen som noen gang har levd, eller noen gang vi leve er identisk (Kirkevold, 2001).

3.1 Joyce Travelbee's sykepleieteori

Travelbee definerer sykepleie som: *"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene"* (Kirkevold, 2001, s. 113).

Joyce Travelbee ble født i 1926 og levde fram til 1973. Travelbee's sykepleieteori bygger på mellommenneskelige aspekter, særlig i form av opplevelser og erfaringer. Hvis en skal forstå hva sykepleie er og hva sykepleie bør være, er forutsetningen at en har forståelse av hva som foregår mellom pasient og pleier og hvordan dette kan være en interaksjon med konsekvenser (Kirkevold, 2001). Travelbee's bok om menneskelige forhold kom ut i 1966 for første gang og har helt siden den gang vært sentral og hatt stor innflytelse for sykepleieutdanningen i Norge, spesielt i forhold til å utvikle en faglig identitet. Kjennetegnene ved den profesjonelle sykepleien er å kunne bruke seg selv terapeutisk i behandlingen av pasienter (Travelbee, 1999).

3.1.1 Menneske-til-menneske-forhold og relasjon

Mennesket tar del i fellesmenneskelige erfaringer, men deres opplevelse av disse erfaringene er individuelle. Begrepet «pasient» og «sykepleier» mener Travelbee (Kirkevold, 2001) er en generaliserende oppfatning av mennesket, det er stereotypisk og gir begge parter en forventet rolle hvor særtrekk utslettes og fellestrekk framheves. Vi ser det imidlertid utfordrende å utelukke disse begrepene fra vår oppgave, da pasient og sykepleier er betegnelser vi anser som mest utfyllende for gruppen vi skriver om. Det er begreper som er sentrale i dagens

helsetjenester. Tittelen pasient anser vi som et begrep der en person kanskje ikke er i stand til å komme seg ut av sin lidelse og trenger hjelp av mennesker som har kompetanse til å hjelpe individene ut av en slik situasjon. Det må tas med i betraktningen at Travelbee's teori kom ut på 60-tallet som en reaksjon på det positivistiske menneskesynet og at forholdet til begrepene var annerledes på den tiden (Kirkevold, 2001).

Et menneske-til-menneske forhold kan kun oppstå og eksistere mellom mennesker som er konkrete, og ikke gjennom gitte abstrakte roller. Forholdet bygges opp gjennom ulike faser hvor det innledende møtet er første steg. Det første møtet med en ny person er som regel bygd på forventinger og førsteinntrykket gis ut fra observasjoner og vurderinger. De neste stegene i oppbyggingen av et menneske-til-menneske-forhold er fremvekst av identiteter, empati og sympati, noe som absolutt må være til stede for å bygge opp en relasjon til pasienten (Kirkevold, 2001). Menneske-til-menneskeforholdets siste fase er kontakt mellom to personer, med gjensidig og nær forståelse av hverandre. Tanker og følelser deles mellom personene, og de har opprettet en god relasjon til hverandre. Erfaringene som deles mellom sykepleieren og pasienten er betydelig og gir mening til begge parter (Kirkevold, 2001).

3.1.2 Lidelse, mening og håp

En felles erfaring for mennesker er at alle før eller siden vil oppleve lidelse. Lidelse er et personlig fenomen, og alle mennesker opplever det forskjellig og i ulike grader (Kirkevold, 2001). Lidelse og sykdom henger tett sammen. Travelbee mener at personens holdning er avgjørende for å finne ut hvor effektivt og i hvilken grad en person mestrer sin egen sykdom. Den mellom-menneskelige relasjonen kan være med på å forme personens holdninger til sin egen lidelse ved å for eksempel finne mening, gi svar og være støttende, noe som kan virke motiverende (Eide & Eide, 2007). Opplevelsen av sykdommen er viktigere enn selve diagnosen, og Travelbee beskriver enhver sykdom som en trussel mot en selv (Kirkevold, 2001).

Den vanligste reaksjonen på sykdom og lidelse er i følge Travelbee en "hvorfor meg?" reaksjon. Personen forstår ikke hvorfor akkurat de er rammet og dette minker sannsynligheten for å kunne akseptere den. *"Erfaringene med sykdom og lidelse har ikke noen mening i og av seg selv. Bare den syke personen som erfarer konsekvensene av disse tilstandene, kan knytte mening til eller oppdage verdi i disse erfaringene. Mening har sin opprinnelse i mennesket, ikke i situasjonen som mennesket befinner seg i. Mening er ikke en del av selve livserfaringen;*

bare et menneske som er oppslukt av og gjennomlever en bestemt livserfaring, kommer fram til mening” (Kirkevold, 2001, s. 116). Opplevelsen av mening kan knyttes til å føle seg nyttig for noen eller noe, og den følelsen vil gi personens liv betydning. Sykepleierens viktigste oppgave og hensikt er ifølge Travelbee å gi hjelp til å finne mening, og finner en mening kan en utvikle håp (Kirkevold, 2001).

Sårbarheten for lidelse er ofte forbundet med evnen til å yte omsorg skriver Travelbee (Travelbee,1999). Omsorgen handler om å bry seg om andre, og engasjere seg i deres liv og situasjon. Lidelsen anoreksi kan medføre delvis mangel på evne til å yte en slik omsorg, og konsekvensen av det er ofte at anorektikeren opplever smerte, sorg og innvendig tomrom. Travelbee (1999) mener håp kan relateres til mot og frykt. Å kjempe for sine mål, uansett hvor liten sannsynligheten er for å nå dem, samtidig som en innser utilstrekkeligheten sin er ifølge Travelbee definert som mot. Håp gir mot. Motsatt av håp er håpløshet. Opplevelsen av håpløshet gjør at en mister troen på muligheten for forandringer.

3.2 Anoreksi

«Anorexia nervosa beskrives som en lidelse allerede tidlig på 1600 tallet, men blir en medisinsk diagnose mot slutten av 1800-tallet. Hovedkriteriet for anoreksi er vekttap. Fellestrekk hos spiseforstyrrelser er forvrent kroppsbilde hvor en opplever seg selv som for tykk» (Rosevinge, et al. 2012, s. 568-569).

Spiseforstyrrelser oppstår hyppigst i tenårene. Det er en psykisk lidelse hvor vekttap eller manglende vektøkning ligger på en vekt som er under BMI på 17,5 hos voksne eller 15% under forventet vekt hos barn og ungdom. For å diagnostisere sykdommen må vekttapet også være selvfremkalt gjennom svært begrenset matinntak i forhold til energibruk. For å oppnå dette er ofte oppkast, overdreven trening eksempler på måter å gå ned i vekt på (Dahl, et al., 2012). Tankemønsteret hos mennesker med spiseforstyrrelser blir endret ved å tro at deres syn på mat, vekt, figur og trening er sann. På denne måten kan dette forstyrrede tankemønsteret føre til dramatiske konsekvenser for både hodet og kropp hos disse menneskene.

De fire fasene

I boka spiseforstyrrelser av Anne Røer (2009), presenterer hun fire faser som ligger til grunn for utviklingen av anoreksi.

Fase 1- lykkelig sult, omhandler den første fasen i utviklingen av anoreksi, hvor en slankekur, sorg for noe, eller en spisevegring har startet det hele (Røer, 2009). Predisponerende,

utløsende og opprettholdende faktorer virker sammen og fører til at noen individer utvikler en spiseforstyrrelse. Predisponerende faktorer trenger ikke handle om mat. En sårbarhet i møte med utløsende faktorer kan føre til dette (Bjørnelv, 2012). Tap av nære, konflikter, mobbing og slanking er sentrale utløsende faktorer som ofte kan være dråpen som får begeret til å flyte over (Skårderud, 2013). Puberteten blir ansett som en av de viktigste årsakene til at noen utvikler anoreksi. En utvikler seg forskjellig, og noen mer enn andre- hvor de ofte da føler seg annerledes (Røer, 2009). Matinntaket snevres inn og kan ses på som et signal til omverden om et truet selvbilde. Å oppdage symptomene på anoreksi ses som regel ved at personen utvikler mange nye regler og rutiner rundt matsituasjonen. Dette for å kunne kontrollere kroppens vekt og form. Personen vil gå mye ned i vekt over en kort tidsperiode. Reglene utvider seg ofte til strenge krav for hva som kan spises, og særlig frykten for fett og kalorier. Alt som er tellbart rundt mat telles. Kalorier, fett, karbohydrater. Det blir ofte et helt rituale rundt spisemønsteret for mange, hvor en må spise på nøyaktig klokkeslett, sitte på rett plass, og hvor lenge en skal spise maten (Bjørnelv, 2012).

I denne fasen vil menneskene rundt personen det angår merke forandringer fysisk, og reagere på dette. Pasienten vil ofte ta dette som positive bekreftelser og fortsetter med å tape vekt som en respons på oppmerksomheten. Å kunne føle seg fysisk lettere, med en euforisk følelse i kroppen er grunnen til at pasienter med kronisk anoreksi beskrev denne fasen som den mest lykkelige i deres liv (Røer, 2009). Etterhvert vil omgivelsene uttrykke bekymring for det store vekttapet, samtidig som ubehaget ved å ha kronisk sultfølelse hos pasienten blir stadig verre, og en beveger seg over i *fase 2- smertefull sult*.

I denne fasen setter deres biologi en stopper for den lykkelige sulten. En kan tåle sult over en viss tidsperiode, men ikke over lengre tid. Kroppen setter ned stoffskiftet for å spare energi, og den psykiske funksjonen i kroppen øker hjerneaktivitetens fokus på mat og fantasier rundt måltider. I denne fasen vil noen stoppe med sin spisevegring mens noen vil utvikle anoreksi. Tanker, følelser og handlinger blir noe en selv ikke har den fulle kontroll over, og følelser av ulykkelighet melder seg. Anorektikeren klarer å holde fast ved sin avstand til mat, men har ikke kontroll over tankene om mat- drømmen om å spise igjen. Problemet er til bekymring for venner og familie som ønsker å skaffe hjelp, mens den syke vil ofte ty til flere tiltak for å gå ytterligere ned i vekt. Følelsen av at personene rundt pasienten ikke forstår, bidrar til isolasjon fra omverdenen og avviser hjelp fra andre (Røer, 2009).

Fase 3- desperasjon, er en veldig krevende tid for pasienten, hvor fortvilelsen tar over. Følelser av hjelpeløshet og angst er sterkt etablert og den isolerte tilværelsen fører til at kontakten med virkeligheten blir redusert. I denne fasen kommer mange somatiske trekk til syne som konsekvens av spiseforstyrrelsen. Behåring på armene, tap av hodehår, og en konstant sliten kropp, hvor blant annet læreevne og konsentrasjon svekkes. Håpløsheten i sitt eget liv er nå så stor at mange kan ane at de faktisk er syke og trenger hjelp. Her vil motivasjonen spille en stor rolle for å påbegynne behandling, men motivasjonen kan være preget av stor variasjon (Røer, 2009). «*Spiseforstyrrelsen har utviklet seg fra budskap til psykisk lidelse*» (Røer, 2009, s. 27).

Fase 4- spiseforstyrrelsen som identitet. Anoreksi kan til slutt ende opp som pasientens eneste faste holdepunkt og fulle identitet. Omsorg og oppmerksomhet fra andre kan ha både negative og positive sider for den syke. «Fordelene pasienten har oppnådd som syk, slår tilbake og føles skremmende å gi slipp på» (Røer, 2009, s. 28).

Behandling

Mange av pasientene som lider av anoreksi har over lengre tid hatt symptomer på sykdommen før de tilbys eller oppsøker behandling. Det tydelige vekttapet hos anorektikeren skaper ofte bekymring hos pårørende og venner, og ofte er det denne bekymringen som får pasienten til å oppsøke hjelp hos helsevesenet. Den første behandlingen er god kartlegging av symptomene, slik at disse kan reduseres så godt som mulig. Fokuset settes på å øke kroppsvekten og her kan spiselister være et godt alternativ. Familiearbeid, da spesielt med struktur og støtte rundt pasienten er veldig viktig. Det vanligste er å først prøve ut behandling i primærhelsetjenesten, og dersom bedring ikke oppnås, eller rask forverring må spesialisthelsetjenesten kontaktes (Bjørnelv, 2012).

Alvorlighetsgraden av sykdommen avgjør på hvilket nivå pasienten skal behandles. Anoreksi er en omfattende lidelse og behandlingstiden er ofte lang. Det er ikke bare spisesymptomene som behandles men også de underliggende problemene pasienten har og konsekvensene den langvarige sykdommen har gitt dem. Poliklinisk psykoterapi er en viktig del av behandlingen, og her motiveres det til vektøkning hos pasienten på ca. 0,5-1kg pr uke, og gode spisevaner utarbeides for at pasienten skal komme inn i faste rutiner og forhold til mat. Verbale terapiformer, samtaleterapi blir ofte brukt fordi pasientene kan ha problemer med å sette ord på følelsene sine (Bjørnelv, 2012). I intervjuet vi har gjennomført kunne informantene bekrefte nytten av denne typen behandling.

3.3 Kommunikasjon, relasjon og tillit

”Det kreves en stor lytter for å høre hva som faktisk sies, men en enda større for å høre hva som ikke sies, men som kommer til uttrykk i talen” (Eide & Eide, 2007 s. 10).

Begrepet kommunikasjon betyr å ha forbindelse med, å gjøre noe felles og å delaktiggjøre en annen person. Kommunikasjon består av minst to parter. Profesjonell kommunikasjon utføres av helsepersonell og bør framstå som hjelpende, være basert på yrkets verdigrunnlag og være faglig begrunnet (Eide & Eide, 2007). God kommunikasjon er pasientrettet og hjelpende, den skaper trygghet og former informasjon. Kommunikasjon brukes som et instrument for sykepleiesituasjoner. Gjennom kommunikasjon bygges relasjonen. En relasjon vil si forholdet mellom to personer, forbindelsen mellom dem, det kan være forholdet til pasienter og pårørende, kontakt mellom kolleger og lignende. Relasjon dannes ikke på grunnlag av alder, kjønn, hudfarge, nasjonalitet, tro, funksjonshemming, sykdom og sosial status. En god relasjon bygges på tillit. Å ha tillit til et annet menneske er nødvendig for at en skal kunne ta i mot den helsehjelpen som gis. Tillit er å ha tro på at sykepleieren kun vil pasienten det beste (Eide & Eide, 2007).

3.4 Motivasjon

«Motivasjon kan defineres som den drivkraften som ligger til grunn for handlinger, eller som tilstander som gir retning for atferd» (Tveiten, 2008, s. 121). Det går et skille mellom indre og ytre motivasjon. Den indre motivasjonen som vi kaller egenmotivasjon, er et resultat av at ting vi gjør skaper følelser hos oss, for eksempel glede. På denne måten blir det vi gjør et mål og en premie i seg selv. Ytre motivasjon er når vi utfører handlinger for andres del men også når det er noe som fører til en form for belønning, som kan være alt fra ros til materielle premier, og ved hjelp av dette blir en motivert til å fortsette. Ytre og indre motivasjon kan gå inn i hverandre siden ytre motivasjon ofte er påvirkning til indre motivasjon (Wormnes & Manger, 2005). I behandlingen av anoreksi er motivasjon en viktig faktor, og motivasjon til endring må ligge til grunn for å kunne nyttiggjøre seg av behandling (Bjørnelv, 2012).

3.5 Mentalisering

Mentalisering er behandlingsmetoden vi vil fokusere på vi når vi ser på hva som kan fremme tilfriskning i behandlingen av unge jenter med anoreksi som er innlagt ved en enhet for spiseforstyrrelser. Per Wallorth (2011), forklarer at mentalisering er et begrep som innen psykologien har utviklet seg til å bli et sentralt tema de siste 20 årene. Vitenskapelig

forskning viser i dag at menneskets evne til mentalisering har en avgjørende betydning for vår fungerende tilstand i livet, både psykisk og fysisk. Det er flere måter å definere mentalisering på, og blant annet evnen til å ha empati med seg selv og andre blir trukket frem som en definisjon. Psykoanalytiker Peter Fonagy blir i «*mentaliseringsboken*» (Wallorth, 2011) beskrevet som mentaliseringens mest sentrale grunnlegger hvor han definerer begrepet slik: «å være bevisst det bevisste som innebærer å ha kontakt med egne tanker og/eller følelser» (Wallorth, 2011, s. 11). (Selv)refleksjon, empati og innsikt er begreper en kan relatere til mentalisering, og deler mye av de samme delene, men mentalisering har blant annet også med seg en mellommenneskelig komponent fordi en prøver å forstå andre innenfra og seg selv utenfra. Mentalisering fungerer som et mentalt kompass, og er det som gjør at vi kan skille indre realiteter fra de ytre, samt å rettlede oss i kompleksiteten av forskjellige realiteter (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010).

4.0 Drøfting

Hvordan kan sykepleier fremme tilfriskning i behandling av unge jenter med anoreksi?

4.1 Innledning

Vi vil i drøftingen å se på hvilke faktorer sykepleier kan utøve for å fremme tilfriskning i behandling av unge jenter med anoreksi. Gjennom litteraturstudie og kvalitativt intervju vil vi diskutere funn og forskjeller mot hverandre, men også sammenligne det som gir samme synspunkter om temaet. Vi skriver om de fire fasene i utviklingen av anoreksi og tenker her å vise til fenomener som må ligge til grunn for tilfriskning, og se om det finnes motiv for å tro at det stemmer. Når pasienten har relasjon og tillit til sine behandlere og lar seg motivere av helsepersonellet og ønsker en bedring, vil vi fokusere på behandlingsmetoden mentalisering. Vi vil å si noe om hvordan sykepleier ved hjelp av mentaliserende holdning kan fremme tilfriskning.

4.2 Tilfriskningens grunnmur - Kommunikasjon, relasjon og tillit

Når munnen ikke sier noe, taler kroppen tydelig om utydeligheten. Kroppen blir et språk for symptomene av sykdommen. Pasienter som lider av anoreksi har ofte problemer med å sette ord på følelsene sine. ”Vet ikke”, ”Husker ikke”. En følelse som blir beskrevet som indre kaos tar anorektikeren kontroll på ved ytre orden, ofte ved å sulte dette vekk (Skårderud, 2013). Tidligere i oppgaven ble de fire faser i utviklingen av anoreksi beskrevet, hvor den syke føler at personene rundt ikke forstår ens følelser rundt sykdommen. Konsekvensen av dette fører til at individet som lider av anoreksi vil avvise hjelp fra andre (Røer, 2009). Dette er en av utfordringene en som sykepleier møter i kommunikasjon med den anorektiske pasienten, ofte kan de oppleves som lukket og vanskelig å komme inn på. Den indre monologen som bør være tilstede ved bearbeidelse av psykologiske konflikter mangler (Skårderud, 2013). Det er viktig å ha tro på at behandling fungerer og å se nyttigheten av god kommunikasjon. Skårderud (2013) mener at den behandlingsmetoden som fungerer best er samtaler.

Pasienter med anoreksi kan som allerede nevnt være vanskelig å komme inn på (Skårderud, 2013). Vår informant kunne fortelle at i praksis er forholdene annerledes. Det viser seg at pasientene er åpne for å danne relasjoner tidlig med sykepleiere, kommuniserer bra og gjensidig tillit blir fort etablert, fordi ønsket om å bli frisk er så enormt stort. Det er

naturligvis episoder hvor pasientene er mer innesluttet og relasjonsbyggingen vanskelig, men majoriteten er åpen og ønsker godt samarbeid med behandlere. Samarbeid er viktig sier vår informant, og legger til at sykepleieren fokuserer på å samarbeide med den friske delen av pasienten, for å overvinne den syke. Som det tidligere er nevnt i oppgaven representerer informanten fra intervjuet en svært liten del av landsomfattende praksis med sitt synspunkt. Vi stiller oss undrende til forskning og litteraturs varierte funn i forhold til hva praksis skisserer. Det kan tenkes at forskjellene kan komme av nasjonalitet, alder, kultur og arv, samt at de forskjellige institusjonene har ulike behandlingsopplegg. Vi har også stor grunn til å tro at mye av forskjellene vil være personavhengig. Hvert individ er enestående og vil alltid ha ulike syn på livet, noe Travlebee's teori bekrefter (Kirkevold, 2001).

Det todelte selvet

Typisk for pasienter med anoreksi er det todelte selvet. På den ene siden er pasientens største ønske å oppleve tilfriskning, mens den andre siden av pasienten vil fortsette å være tynn, bli tynnere. Tilfriskning vil gjøre dem bedre, de kvitter seg med noe, men konsekvensen blir å miste noe mange tror de trenger. Anoreksiens symptomer gir gevinster og ødeleggelser på samme tid. Anoreksi skaper et sterkt ambivalent forhold til egen kropp, og de blandende, motstridende følelsene er ofte vanskelige å kontrollere. Vil, vil ikke. Kan, kan ikke. Tør, tør ikke (Skårderud, 2013). Hvordan skal en som sykepleier forholde seg til en splittet pasient?

Australsk forskning fra artikkelen *Nurses and the therapeutic relationship, caring for adolescents with anorexia nervosa*, viser at sykepleiere ofte sliter med å bygge opp det terapeutiske forholdet til pasientene. Sykepleierne beskrev deres kamp for å danne relasjoner til de anorektiske pasienten, hvor særlig tre problemområder gjentas. Det første problemet forskningen legger fram er vanskeligheten med å forstå den komplekse diagnosen disse pasientene lider av, det var så mange ting ved diagnosen som de ikke var enige i. Det andre problemet sykepleierne hadde, var vanskeligheten for å opprette kontroll under det som de beskrev som en maktkamp mellom pasient og sykepleier. Kampen ga konsekvenser, og oftest var gjensidig mistillit resultatet. Det tredje og siste problemet sykepleierne i studien la fram var vanskeligheten for å bygge opp en relasjon, det å kunne "spille på lag" med disse pasientene, det var ingen terapeutiske allianser, noe som gjorde det vanskelig for sykepleierne å kommunisere bra (Ramjan, 2004).

Vi ser at det er flere sider av samme sak i forhold til det å skulle kunne kommunisere, danne en relasjon og tillit til denne pasientgruppen. Det å sette informantens forklaringer opp mot hva denne studien sier er vanskelig, siden de er svært motstridende. Vi velger imidlertid å se på hva vår sykepleier teoretiker mener om relasjonsbygging. Travelbee's menneske-til-menneske-forhold er noe vi kjenner igjen i denne delen av sykepleien. Den mellommenneskelige relasjonen spiller en enormt stor rolle i forhold til det å skulle kunne kommunisere med pasientene. Den gode relasjonen bygges opp etter første møtet og vil være avgjørende for oppbygningen av tillit (Travelbee, 1999). Vår informant bekreftet viktigheten av å skape et godt førsteinntrykk. Å være "en trygg havn" for pasienten. Grunnleggende tillit vil si at pasientene får hjelp når de trenger det, at omstendighetene rundt er preget av trygge rammer, samt følelsen av gjensidig forståelse (Eide & Eide, 2007). Uten tillit skjønner ikke pasienten at sykepleieren bare vil deres beste.

Vi erkjenner at god kommunikasjon, god relasjon og gjensidig tillit er forhold som må ligge som en grunnmur for å kunne fremme tilfriskning i behandling av unge jenter med anoreksi.

4.3 Motivasjon i tilfriskning av unge jenter med anoreksi

Livets krav til mennesket kan bli for mye. Spiseforstyrrelsen kan bli en redning for mange. En metode å objektgjøre seg selv for å overleve som subjekt: er jeg tynn, er jeg noen. Kroppen og kroppsritualene blir arenaer for mestring og retretter (Skårderud, 2013).

Hvis tilfriskning skal være mulig ser vi det som nødvendig at motivasjon må være til stede. Pasientens motivasjon styrkes hvis hjelperen er alliert med og bekrefter personenes egen motivasjon. Har en motivasjon er en åpen for forandring (Eide & Eide, 2007). Skal en kunne styre i riktig retning i forhold til anoreksi ved å endre holdninger må en kunne forstå motivasjon. Som det er nevnt i Rørs fire faser (2009), er det en prosess fra å ikke være klar over at en trenger behandling til at en innser enten av seg selv eller ved ytre press blant annet fra familie at en trenger hjelp. Etterhvert blir det en stadig økende indre motivasjon for endring. Prosessen er lang og ofte går en mer tilbake i behandlingen enn fremover (Rosenvinge, et al., 2012). Et sentralt trekk i tankemønsteret hos mennesker med anoreksi er at sykdommen blir på den ene siden sett på som deres trofaste venn, men på den andre siden som sin verste fiende. Anoreksi vil gi blandete og motstridende følelser, samt sterk ambivalens. På den ene siden handler det om mat, og på den andre siden gjør det ikke det. Maten reflekterer sykdommen. Det blir kroppen som gir tydelige signaler om personens

utydelighet. Sykdommen blir et språk som taler om egen forvirring og å skulle stå alene mot livets motstridende og umulige krav. Derfor ser en ofte vaklende motivasjon for tilfriskning hos pasientene som er i behandling (Skårderud, 2013).

Sykepleierens rolle i motivasjonsarbeidet

Å skulle motivere personer med anoreksi til å starte behandling, fortsette behandling, bli bedre og kanskje til og med frisk er en prosess. Røer (2009) beskriver personen som i fase tre i utviklingen av anoreksi vil være veldig vaklende i forhold til motivasjon, også rundt sitt ønske om å bli frisk. Grunnleggende for å kunne skape motivasjon er et trygt mellommenneskelig forhold. Sykepleieren må være nysgjerrig, lyttende, tilbakeholden og etter hvert forstå følelser og reaksjoner for å vinne tillit til pasienten. Ved å ha tillit og relasjon forankret i forholdet mellom sykepleieren og den syke, er det rom for motivasjon. Nettopp dette belyser forskningsartikkelen *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumers perspective* (Zugai, Stein-Parbury et al. 2013), som viste at sykepleiere har stor innflytelse hos pasienter i institusjon. Et godt forhold mellom pasient og sykepleier økte motivasjonen for tilfriskning i behandlingen. Sykepleierens oppgave i motivasjonsarbeidet var mange, men gjennom relasjon, tillit og kommunikasjon tilnærmet de seg personen med forståelse og ydmykhet, og hvor det på en annen side viste seg at det noen ganger var nødvendig å vise autoritet. Pasientene som fikk en god relasjon med pleierne ønsket ikke å skuffe dem, men heller gjøre sykepleierne stolte og disse faktorene gjorde at motivasjonen til behandlingen steg. Egne erfaringer fra praksis er også med å bekrefte deler av det artikkelen legger fram, nettopp det at pasientene ofte ønsker å ha en god relasjon til pleiepersonalet og at tillit fort blir etablert.

I tillegg til støtte, er det viktig at sykepleier er dyktig på sitt faglige område, og er til stede for å kunne gi råd når pasienten har spørsmål (Skårderud, 2013). Når disse faktorene er stadfestet og en skal motivere pasienten til tilfriskning, må emosjonell og praktisk støtte ligge til rette for at personen med sykdommen skal kunne føle seg trygg nok til å prøve å si farvel til spiseforstyrrelsen (Skårderud, 2013). Som sykepleier må en ha de kvalitetene som fremmer håp om at forandring er mulig, samt å kunne bidra til ny forståelse gjennom oppmuntring til å utforske det vanskelige og krevende (Rosenvinge, et al., 2012). Travlebee's sykepleierteori beskriver hvordan håp skaper mot (Travlebee, 1999). Hvis pasienten skal klare å mestre sin sykdom er det avgjørende at holdningen hos pasienten inneholder faktorer som håp. I denne sammenhengen mener vi å ha et håp om å bli bedre for å kunne ha mulighet til å bli motivert. Videre trekker hun frem at den mellom- menneskelige relasjonen basert på gjensidig tillit,

bidrar til å finne mening i den vanskelige situasjonen. Viktigheten av å gi støtte, noe som kan føles motiverende, og fremme ønsket om tilfriskning (Eide & Eide, 2007). Mellommenneskelige faktorer som å skape relasjon mellom sykepleier og pasient trukket frem som det mest virksomme i motivasjonsarbeid (Eide & Eide, 2007).

I tilfriskningens prosess må sykepleieren motivere pasienten. Den unge jenta som er innlagt i døgnbemannet institusjon for sin anoreksi opplever kanskje ikke å ha motivasjon for å bli friskere gjennom behandling, dette må da skapes gjennom dialog. Når sykepleier lykkes i å skape en god relasjon hvor gjensidig tillit finner sted er det rom for motiverende dialog (Skårderud, 2013). Forskning viser forskjellige sider av pasientens motivasjon. Forskningsartikkelen *Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview* (Abbate-Daga, Amianto et al. 2013), gir et bilde av hvordan pasienter motsetter seg behandling, dette mye på grunn av deres manglende motivasjon. Vi blir her opplyst om motivasjonens helt nødvendige funksjon for å kunne fremme tilfriskning i behandling. Gjennom intervjuet kunne informanten fortelle at det nesten uten unntak er motiverte mennesker som kommer for et behandlingsopphold, og at det er nødvendig for å få utbytte av behandlingen. Vi reflekterer over store forskjeller i grad av motivasjon hos pasienter med anoreksi og stiller spørsmålsteget ved ulikhetene vi ser fra forskning og praksis. Hvilke motiver skal til for at pasienten selv finner motivasjon for bedring av i sin sykdom?

I en Norsk studie viser forskningen at gode resultater i behandling hviler på terapeutens evne til å finne hvilke motiver som gjør behandling av anoreksi motiverende for pasientene. Følelsen av vitalitet ble nevnt som en av motivene. Å kunne føle livsglede, kjenne andre følelser og tanker som omhandlet andre ting enn mat og ønsket om å være tynn. Autonomi kom også inn som et punkt, hvor ønsket om å kunne ta kontroll over sitt eget sinn uten å bli styrt av tankene anoreksien etterhvert råder over. Sammen med dette motivet ville innsikt i sitt eget sykdomsbilde føre til en virkelighetsforståelse av situasjonen, og dermed føre til motivasjon til endring. Når disse sammen med det siste punktet; å kunne se de negative sidene og konsekvensene anoreksien kan gi lå til grunn ble tilfriskning i behandlingen til en realitet (Nordbø, Gulliksen et al. 2008). For motivasjonen er det viktig at pasienten selv har egne argumenter for å bli frisk, og det er disse som legges til grunn for behandling (Skårderud, 2013). Erfaringer fra praksis viser oss at det er likhetstrekk mellom hva som vekker interesse hos pasienten for tilfriskning.

4.4 Mentalisering som behandlingsmetode

Hva skjer når mentaliseringen svikter?

Mentalisering spiller en sentral rolle i organiseringen av det psykologiske selvet samt utviklingen av vår kapasitet til regulering av våre egne affekter. Lykkes en godt i å regulere sine emosjoner, blir det lettere å takle motgang i livet. En utvikles mentalt ved å observere seg selv via andre. Barna observerer sine foreldre og gjør som dem, og som regel skapes det en sikker tilknytning. Dette fremmer mentaliseringsevnen (Wallorth, 2011). I de fire fasene av anoreksi beskrevet av Anne Røer, vil det fra fase to og utover være vanskelig for personen som lider av anoreksi å ha et realistisk bilde og full kontroll over tanker, følelser og handlinger. Dette grunnet anoreksiens overtakende kontroll rundt det psykiske selvet. Uten evnen til mentalisering er vi sårbare fordi det handler om å forstå seg selv og andre ut fra mentale tilstander som tanker, følelser, impulser og ønsker. Om en ikke er i stand til å tre ut av seg selv, blir en fanget i sitt eget følelsesliv. På denne måten vil ens egne tanker fremstå som de eneste rette og det blir da den eneste mulige måten å oppfatte virkeligheten på, og ikke som et perspektiv blant flere andre (Wallorth, 2011).

Når mentaliseringen svikter befinner en seg i noe som kalles psykisk ekvivalens. Det vil si at en har mistet evnen realitetstesting. Individet vil komme til å blande sin indre psykiske virkelighet med den fysiske ytre virkeligheten. Tilsynelatende tenker å føler alle det på samme måte som individet i psykisk ekvivalensmodus. Dette kan fort føre til konflikt, følelsesmessige utbrudd og feiltolkninger fordi alt blir farget av ens egne tanker og følelser (Wallorth, 2011).

Finn Skårderud har i sin artikkel *mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*, beskrevet mentalisering som en måte der vi alltid fortolker hverandre. Det handler om å forstå seg selv og andre, og hemmet mentalisering vil derfor være forbundet med redusert følelsesregulering (Skårderud, Sommerfeldt, 2008). Mangel på mentaliserende evne kan ses i sammenheng med mange former for psykopatologi. Eksempelvis kan kroppen brukes som affektiv regulator. Følelsen av å ikke klare å takle vanskelige følelser kan føre til forsøk på å sulte dem vekk (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010). I hvor høy grad vår mentaliseringsevne er utviklet, vil også ha sammenheng med hvordan en mestrer problemer i livet. Klarer en å mestre vanskelige følelser, klarer en å uttrykke følelser av forskjellig kaliber, og har flerforståelse for andres atferd er også evnen til mentalisering forankret. Er mentaliseringsevnen derimot av lavere kvalitet vil det være vanskeligere å finne støtte hos seg

selv i vanskelige situasjoner (Skårderud, et al. 2010). Skårderud, Sommerfeldt og Foagny legger i sin artikkel *den reflekterende kroppen* frem forskning som viser hvordan dårlig mentaliseringsevne er en risikofaktor, mens høyere grad av mentalisering er en beskyttende faktor i forhold til utviklingen av spiseforstyrrelser. Det ble observert hvordan den unge anoreksipasienten opplevde sine følelser på en forvirrende måte, og hvordan hun hadde problemer med å beskrive sine egne følelser. Dette kunne tyde på manglende koblinger mellom affekt, kropp og språk.

Omsorgspersonens evne til å mentalisere om sitt barn har med stor sannsynlighet sammenheng med om personen har svekket mentaliseringsevne eller ikke. Denne forbindelsen kan lettere gi en forståelse av i hvilken grad den psykiske lidelsen har tatt plass hos personen sammen med kliniske fenomener som kroppslige reaksjoner ved anoreksi. Dette er altså tilstander hvor det kan se ut som pasienten mangler et språk for sine følelser, verken har et eierforhold eller rom for å reflektere over sine vanskelige erfaringer og følelser. I mentaliseringbasert terapi prøver en som behandler å utvikle et «indre rom» til å kunne tenke å reflektere over andre og egne atferd ved hjelp av sin indre mentale tilstand (Skårderud, et al., 2010). Pasienter med anoreksi har ofte manglende mentaliseringsevne ikke bare grunnet sykdommens overtakende, ensporede tankegang, men kan også stamme fra tidligere forhold i hjemmet hvor den psykiske oppfølgingen ikke er god nok. Den manglende erfaringen av å få støtte i vanskelige situasjoner og faser i livet kan ha skapt en manglende tillit til at andre kan hjelpe i slike situasjoner (Skårderud, et al., 2010).

Den mentaliseringsfremmende terapien går ut på å øke evne og kapasitet til å tenke om egne og andres mentale tilstander. Det handler om å utforske psyken både hos en selv og andre for på den måten å danne meningsfulle forbindelser mellom den indre og ytre verden (Skårderud, et al., 2010). Oslo universitetssykehus, Ullevål, har utviklet mentaliseringsbasert terapi for mennesker som lider av spiseforstyrrelser. Her benyttes en kombinasjon av individuell og gruppebasert terapi, hvor fokuset ligger på hvordan kroppen brukes som redskap for å regulere vanskelige følelser.

Et eksempel på denne type terapi er at pasienten skal beskrive hvordan vanskelige tema eller spørsmål fra behandlerens side utløser kroppslig uro mens en sitter i gruppeterapi og hvor det da kan bli et utgangspunkt for felles utforskning. I denne type gruppeterapi vil pasienten utfordres til å gi eksempler på problemer fra sin hverdag, hvor problemene med regulering av

følelser, vansker med å ikke forstå å føle seg forstått kan skape diskusjon med forskjellige perspektiver på like situasjoner mellom deltakerne. En slik gruppetime vil vare i underkant av en time (Skårderud, et al., 2010). Mentaliseringsbasert behandling burde også forebygge senere tilbakefall og gjøre pasienten mer motstandsdyktig mot nye påkjenninger. Det mentaliserende perspektivet må være i fokus, hvor en jobber med sinnstilstander som er vanskelige å bære å forstå. Evnen til å forstå og kunne sette ord på følelser blir utviklet ved at det kognitive og emosjonelle settes i en ny kontekst. Behandler må samtidig fokusere på relasjonen gjennom behandlingen (Skårderud, et al. 2010). Sammenlignet med intervjuet vi har gjennomført, viser det seg at den mentaliserende tankegangen er den viktigste behandlingsmetoden de bruker. Informanten beskrev hvordan de brukte en mentaliserende holdning gjennom alt de gjør, samt opptre nysgjerrig og spørrende. Gjennom intervjuet fikk vi beskrevet de forskjellige målsettingsgruppene hvor blant annet mentaliseringsbasert terapi var en av dem.

Mentalisering er et relativt nytt begrep som til tross for at sykepleieteorien vi har valgt å ta utgangspunkt i stammer fra 60-tallet, ser vi imidlertid flere likhetstrekk som gjør det mulig å knytte Travelbee og mentalisering sammen. Kirkevold (2001), legger fram Travelbee's skisser for generelle metoder i sykepleien. Den ene metoden går ut på at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og disiplinert med en intellektuell tilnærming for å kunne se sykepleiebehovene, tiltakene som må planlegges for å komme fram til en løsning. God selvinnsikt, kunnskap, og verdier er begreper som blir satt i fokus. Travelbee fokuserer på å forstå og å gi mening til ting (Kirkevold, 2001), slik som mentaliseringen gjør ved å se ting fra andres perspektiver for å forestille seg følelsene til personen eller hva de tenker (Wallroth, 2011).

Å mentalisere om andre

Å mentalisere om andre enn en selv kan være en utfordring da alle mennesker har sin egen oppfattelse av verden og hvordan de opplever den ut fra sine egne erfaringer, følelser, kunnskaper og interesser. En blir nødt til å se ting fra dens andres perspektiv for å kunne forestille seg hva personen tenker og føler, og hvorfor vedkommende gjør som han/hun gjør. Andre har en annen forståelse av ting, og for å kunne mentalisere om andre er nødvendigheten av å klare å tre ut av seg selv for å forså sentralt både for behandlere og pasienter (Wallroth, 2011). Å mentalisere godt er å være opptatt av sinn, fordi psyken er et representasjonssystem som lager mentale bilder av virkeligheten men vet at det ikke er

virkeligheten. De tanker og følelser en har hele tiden, vil alltid være *om* et eller annet, hvor derimot fenomener som ikke er *om* noe, men bare *er* (Skårderud et al. 2010). Skal en mentalisere om et annet menneske er det bare ens egne erfaringer som kan benyttes som referanse. Det er umulig å dele akkurat de samme erfaringene siden alle opplever ting på sin egen måte, men en kan ofte kjenne seg igjen i den andres situasjon (Wallorth, 2011). Alle kan mentalisere om hverandre, og i en situasjon hvor sykepleier skal mentalisere om pasienten må en se pasienten innenfra og seg selv utenfra (Skårderud, et. al. 2010).

5.0 Oppsummering

Vi har i vår avsluttende bacheloroppgave forsøkt å vise hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienter med anoreksi til å oppleve tilfriskning. Hovedfunnene vi har gjort viser at relasjon, kommunikasjon og tillit er sentrale faktorer som bør ligge til grunn for et godt pasient-sykepleier forhold. Ved hjelp av Joyce Travlebee's teori fikk vi bekreftet og styrket våre synspunkter rundt tema. Vi har brukt teorien aktivt i oppgaven, og ser at den mellom-menneskelige relasjonen er med på å forme personens holdninger til sin egen lidelse, som også vil virke motiverende. Gjennom en god relasjon bygget på tillit, skapes forholdet mellom sykepleier- pasient hvor en sammen går inn for et felles mål i pasientens tilfriskningsprosess.

Med tanke på pasientens "todelte selv" kan sykepleier oppleve manipulerende atferd fra pasienten, og vi ser derfor på gjensidig tillit og en trygg relasjon som svært viktig videre motivasjonsarbeid. Vi ser det helt nødvendig at motivasjon er til stede for å kunne fremme tilfriskning i behandling av disse unge jentene med anoreksi, som også forskning har kunnet stadfeste. Vi kan gjennom forskning fastslå at hovedfaktorene som motiverer pasienter i tilfriskning er følelsen av vitalitet, selvstendighet, sykdomsinnsikt og evnen til å se de negative aspektene ved lidelsen. I tillegg har vi gjennom våre funn via litteratur, intervju og forskning sett at mentaliseringsbasert behandling har positiv effekt hos pasienter med anoreksi, da det dannes åpenhet og bedre evne til å tenke om sitt eget følelsesliv, samt å kunne skille sin indre psykiske virkelighet fra den ytre fysiske verden. Som oppgaven har presentert, spiller sykepleier en stor rolle i samspillet med pasienten på mange måter for å fremme tilfriskning.

Gjennom å ha belyst ulike sider av tema, mener vi å ha besvart problemstillingen så godt vi har kunnet. Vi ser at dagens krav til kropp, vekt og utseende tar stadig mer plass i samfunnet, hvor terskelen for å utvikle anoreksi blir lavere, men med mer erfaring og kunnskap vi har tilegnet oss om emnet kan vi være bedre rustet for å møte dette problemområdet når vi selv er ferdig utdannede sykepleiere.

6.0 Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...» Vitenskapsteori i helse-og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget AS

Brinchmann, S B. (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

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

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke , E. (2010). *Psykiatri, sin- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Selvvalgt litteratur:

* Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13, 294. doi: 10.1186/1471-244x-13-294

(Antall sider: 18)

Bjørnelv, S. (2012). Spiseforstyrrelser. I Dahl, A. A., & Aarre, T. F. (Red.), *Praktisk Psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (s.260-290)

Helsedirektoratet. (2014). *ICD-10 koderegister*. NOU 1999:13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Hentet 20/03-2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/helsefaglige-kodeverk/icd-10/Documents/ICD-10-2014-koderegister-60-tegn-2013-11-18.txt>

(Antall sider: 1)

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.113-127)

Magnus, P., & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.37-58)

* Nordbø, Ragnfrid H. S., Gulliksen, Kjersti S., Espeset, Ester M. S., Skårderud, Finn, Geller, Josie, & Holte, Arne. (2008). Expanding the concept of motivation to change: The content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(7), 635-642. doi: 10.1002/eat.20547

(Antall sider: 8)

Norsk helseinformatikk (NHI). (2013, 22.november). *Forekomst av anoreksi*. Hentet 07.04.2014 fra: <http://www.nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-forekomst-9284.html>

(Antall sider: 1)

* Ramjan, Lucie Michelle. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x

(Antall sider: 9)

* Rosenvinge, J. H., Frostad, S., Andreassen, O. A. (2012) Spiseforstyrrelser. I Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., Årslund, D. (Red.), *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.561-581)

Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser, symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.22-33)

Skårderud, F. (2013). *Sterk Svak*. Oslo: H. Aschehoug & Co. (s. 6-185)

* Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2008 (9), 1-6. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1685473>

(Antall sider: 6)

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2013) *Miljøterapi*boken. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s. 17-25, 57-66).

* Skårderud, F., Sommerfeldt, B., Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen – mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet – Nordisk tidsskrift för barn- och ungdomspsykiatri*, 2012(26), 6-21. Hentet fra: <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Artikel-Den-reflekterande-kroppen.pdf>

(Antall sider: 16)

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. (s.27-48, 61-68, 71-78, 98-113, 117-123, 126-127, 171-217)

Wallroth, P. (2011) *Mentaliseringsboken*. Stockholm: Arneberg forlag. (s. 7-101)

Wormnes, B., & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring*. Bergen: Fagbokforlaget. (s.18-33)

* Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *J Clin Nurs*, 22(13-14), 2020-2029. doi: 10.1111/jocn.12182

(Antall sider: 10)

Antall sider selvvalgt litteratur: 580

VEDLEGG 1

Intervjuguide

- Presentere oss, hvem vi er, hva vi gjør, hvorfor vi gjør intervjuet og hva vil vi ha ut av det.
- Hvordan vi har valgt ut informanten, anonymitet.
- Klargjøre: Vi er ikke ute etter å bedømme, men forstå. Informanten er ekspert. Forventet tid. Tillatelse til båndopptak/notater.

Hvordan kan sykepleier fremme tilfriskning i behandlingen av unge jenter med anoreksi?

Tema

- Ordet tilfriskning
- Motivasjon
- Tillit og relasjon
- Typer behandling (mentaliserings, motiverende intervju, o.l.)

Bakgrunn:

Hvor lenge har du jobbet som sykepleier på denne avdelingen?

Hvorfor ønsker du å jobbe med spiseforstyrrelser?

Hva skal til for å jobbe på denne avdelingen, trenger en videreutdanning?

Hvor mange ansatte er det på denne avdelingen?

Hvor mange pasienter det det i gjennomsnitt?

Er pasientene nødt til å forholde seg til nytt personale hver dag, eller er det fast oppsatt?

Opplever du som sykepleier at du strekker til i forhold til tid/behandling?

Hva er den vanligste aldersgruppen på pasientene?

Kan du nevne noen utløsende årsaker.

Hva er kravene for å bli lagt inn?

Er det vanskelig med tillit og relasjon i forhold til denne pasientgruppen?

Er mange av pasientene lagt inn frivillig, i forhold til tvangsinnleggelse?

Opplever du at pasientene blir bedre av behandlingen dere tilbyr?

Hva er prognosene for å bli frisk?

Har du som sykepleier opplevd dødsfall i avdelingen?

Hvor stor er andelen av de pasientene som har vært innlagt som kommer tilbake?

Hvilke typer behandlingsplaner brukes på avdelingen?

Hvilke behandlingstiltak benyttes?

Er mentalisering en type behandling som blir brukt her på avdelingen?

Blir motiverende intervju brukt i behandlingen?

Hvordan kan du som sykepleier motivere pasientene til behandling?

Er det mange pasienter som motsetter seg behandling?

Hvordan opplever du at pasientene forholder seg til behandlingen?

VEDLEGG 2

I denne tabellen har vi gjengitt de søkerstedene, søkeordene, avgrensningene og treffene fra våre kildesøk

| Søkested | Søkeord | Avgrensninger | Antall treff |
|------------------|---|-----------------|--------------|
| SveMed+ | ”Anorexia” | | 149 |
| | | Peer reviewed | 90 |
| | | Norske artikler | 14 |
| SveMed+ | ”Skårderud” | | 18 |
| | ”Skårderud” AND ”mentalisering” | | 1 |
| PubMed Fulltekst | ”Anorexia” | | 26135 |
| | ”Anorexia” AND ”treatment” | | 8612 |
| | ”Anorexia” AND ”motivation” | | 464 |
| | ”Anorexia” AND ”treatment” AND ”motivation” | | 126 |
| | | 5 år | 45 |
| PubMed Fulltekst | ”Skårderud” | | 39 |
| | ”Skårderud” AND ”mentalisation” | | 2 |
| PubMed Fulltekst | ”Anorexia Nervosa” AND ”adolescents” | | 1085 |
| | | 5 år | 45 |
| | ”Anorexia Nervosa” | | 0 |

| | | | |
|--------|---|------|-------|
| | AND "adolescents" AND "mentalisation" | | |
| Scopus | "Anorexia Nervosa" | | 18231 |
| | | 5 år | 3188 |
| | "Anorexia Nervosa" AND "nursing" | | 291 |
| | | 5 år | 33 |
| Scopus | "Anorexia Nervosa" AND "motivation" | | 406 |
| | | 5 år | 130 |
| | "Anorexia Nervosa" AND "motivation" AND "nursing" | | 7 |
| | | 5 år | 6 |
| Scopus | "Anorexia Nervosa" AND "treatment" | | 5552 |
| | | 5 år | 1361 |
| | "Anorexia Nervosa" AND "treatment" AND "mentalisation" | | 2 |
| | | 5 år | 1 |
| | | | |