



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Hanne Kronen Østlie og Thuvarathy Anmarida Konesaraja

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Tittel: Tanker som tvinger

Subject: Forcing thoughts

Antall ord: 12 897

Bachelor i sykepleie, BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Tanker som tvinger

Subject: Forcing thoughts

Hensikt: Hensikten med å fordype oss i dette temaet er å få økt kunnskap om den psykiske lidelsen anorexia nervosa. Vi som sykepleiere vil lære mer om det tverrfaglige samarbeidet og ulike måter å tilnærme oss denne pasientgruppen på, både innenfor somatisk sykehus og barne – og ungdomspsykiatri. Sykdommen har en påvirkningskraft som kan føre til at tankene tvinger til å måtte tøyne grenser for å utføre drastiske forandringer med kroppen. Denne oppgaven vil gi økt kunnskap om lidelsen, videre komplikasjoner som følge av de tvungne tankene samt tiltak som kan bidra til mestring. Vi som sykepleiere vil med kunnskap om dette stå forberedt i møter med denne pasientgruppen.

Problemstilling: «Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme mestring i behandlingsforløpet hos barn og ungdom som lider av anorexia nervosa»?

Metode: Denne oppgaven er bygget på pensumlitteratur, relevant litteratur, fag- og forskningsartikler samt egne erfaringer fra jobb og praksis.

Resultat og konklusjon: Det er en utfordrende oppgave for oss som sykepleiere å dekke barn og ungdom som lider av anorexia nervosa sine behov. Det er en utfordrende lidelse å forholde seg til, som rammer kroppen både psykisk og fysisk. Ved omsorg, respekt samt mellommenneskelig- og terapeutisk relasjon, vil vi som sykepleiere kunne hjelpe denne pasientgruppen på en verdig, god og profesjonell måte. Videre kan det være vesentlig for oss som sykepleiere å benytte gruppeterapi som tiltak av behandling for å fremme mestring hos barn og ungdom.

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG

1.0 INNLEDNING.....	S.4
1.1 VALG AV TEMA.....	S.4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	S.5
1.3 AVGRENSNING.....	S.5
1.4 DISPOSISJON.....	S.6
2.0 METODE.....	S.7
2.1 LITTERATURSTUDIUM.....	S.7
2.2. BØKER.....	S.7
2.3 ARTIKLER.....	S.8
2.4 KILDEKRITIKK.....	S.9
3.0 BARN OG UNGDOM SOM LIDER AV ANOREXIA NERVOSA.....	S.11
3.1 EN PSYKISK LIDELSE.....	S.11
3.1.1 Årsaker til anorexia nervosa.....	S.11
3.2 FOREKOMST AV ANOREXIA NERVOSA.....	S.13
3.3 DE FIRE FASER.....	S.13
3.4 KOSTHOLDSUTFORDRINGER.....	S.14
3.4.1 Komplikasjoner.....	S.14
3.5 TVERRFAGLIG SAMARBEID I BEHANDLINGSFORLØPET.....	S.16
3.5.1 Somatisk behandling.....	S.16

3.5.2 Barne- og ungdomspsykiatri.....	S.17
3.6 UTVIKLINGSPSYKOLOGI I BARNE- OG UNGDOMSALDEREN.....	S.17
3.7 SELVBILDE.....	S.18
4.0 SYKEPLEIERENS ROLLE OG FUNKSJON.....	S.20
4.1 SYKEPLEIE SOM EN BEARBEIDELSE.....	S.20
4.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie.....	S.21
4.1.2 Mennekse – til – menneskeforholdet.....	S.21
4.1.3 Håp.....	S.24
4.2 MESTRING.....	S.24
4.3 HELSEFREMMEDE SYKEPLEIE.....	S.25
4.4 KOMMUNIKASJON TIL BARN OG UNGDOM.....	S.25
5.0 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE BIDRA TIL Å FREMME MESTRING I BEHANDLINGSFORLØPET HOS BARN OG UNGDOM SOM LIDER AV ANOREXIA NERVOSA?.....	S.27
5.1 TILTAK FOR Å FREMME MESTRING I BEHANDLINGSFORLØPET....	S.30
5.2 DISIPLIN SÅ VEL SOM SELVINNSIKT, FORNUFT SÅ VEL SOM EMPATI, LOGIKK SÅ VEL SOM MEDFØLELSE.....	S.36
6.0 KONKLUSJON.....	S.38
LITTERATURLISTE.....	S.40

1.0 INNLEDNING

Etter tre lærerike år som sykepleiestudenter på Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum har vi nå kommet til siste semester i studieløpet. Av den grunn har vi gjennom all erfaring, valgt å skrive en fordypningsoppgave hvor det rettes fokus på sykepleierens rolle og funksjon for å fremme mestring i behandlingsforløpet til barn og ungdom som lider av anorexia nervosa. Anorexia nervosa er den vanligste formen for spiseforstyrrelser. Samtidig er det en relativt sjelden lidelse som hovedsakelig rammer kvinner i alderen 15-40 år. Typisk for denne lidelsen er at man har en endret og forstyrret oppfatning av sin egen kropp. Dette fører til at selvfølelsen knyttes opp mot mat, vekt og utseende (Folkehelseinstituttet, 2009).

Denne pasientgruppen befinner seg på flere forskjellige type arenaer. Ikke alle søker helsehjelp, og man kan som sykepleier møte på denne pasientgruppen både privat og på arbeidsplassen (Statens helsetilsyn, 2000). I denne fordypningsoppgaven skrives det generelt om ulike tilnæringsmåter mellom sykepleier og pasient, mestring, selvbilde og helsefremmende sykepleie. God sykepleie og psykisk og fysisk forståelse av anorexia nervosa er også vektlagt og beskrevet da dette er relevant for å oppnå en god besvarelse på problemstillingen. Som sykepleier er det derfor viktig å ha kunnskap om tilnærming til denne pasientgruppen. Møte med disse pasientene vil hovedsakelig være innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), som er en spesialavdeling tilrettelagt for barn og ungdom med fokus på livskvalitet og mestring av hverdagen. Samtidig er anorexia nervosa en lidelse som er avhengig av et sammensatt behandlingsforløp mellom somatisk og psykiatrisk institusjon (Statens helsetilsyn, 2000).

1.1 VALG AV TEMA

Temaet for oppgaven falt på barn og ungdom som rammes av anorexia nervosa fordi dette er et spennende og lærerikt tema vi har mulighet til å fordype oss i. Pasienter som rammes av anorexia nervosa er ikke like utbredt og er dermed også mindre i fokus på skolen. Dette økte vårt interessefelt siden det er veldig relevant for oss som sykepleiere å ha nok kunnskap ved møte med denne pasientgruppen. God sykepleie og godt samarbeid er viktig for å skape gode

relasjoner, og danner et solid grunnlag for gjensidig samarbeid fra begge parter (Eide & Eide, 2007).

Aldersspranget blant rammede er stort og omfattende, og vi har derfor valgt å rette oppgaven mot aldersgruppen 12 - 18 år. Denne aldersgruppen blir omtalt som ungdomsalder (Tetzchner, 2002). Både jenter og gutter kan rammes av anorexia nervosa, men denne sykdommen blir omtalt som en jentesykdom. Skårderud (2004) beskriver jenter som en mer utsatt gruppe i samfunnet for utvikling av anorexia nervosa gjennom media og deres krav til å være tynn. Videre beskrives det samtidig at spiseforstyrrelser hos gutter kan ses i forbindelse med mørke tall. Professor og ekspert på spiseforstyrrelser, Jorunn Sundgot – Borgen, beskriver at gutter også har kropp og fokus på trening og velvære. Kropp og utseende er et daglig og sentralt tema blant gutter helt ned til 12 års alderen (Halvorsen, 2007). Siden vi lever i et samfunn med mye kroppspress fra ytre faktorer, er dette noe som gjenkjennes hos oss selv grunnet egen erfaring fra denne alderen. Derfor vekket dette temaet ekstra engasjement og interesse hos oss.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Etter faglig diskusjon rundt endelig problemstilling, valgte vi å ta kontakt med privat arbeidsplass som jobber med denne pasientgruppen. Siden anorexia nervosa er en sammensatt lidelse, er helhetlig sykepleie svært viktig å vektlegge i møte med denne pasientgruppen. Temaet i denne oppgaven omhandler sykepleie til barn og ungdom som lider av anorexia nervosa. Problemstillingen som derfor er blitt valgt lyder som følgende:

« Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme mestring i behandlingsforløpet hos barn og ungdom som lider av anorexia nervosa »?

1.3 AVGRENSNING

Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan fremme mestring hos en pasientgruppe det kan være utfordrende å nå inn til. Med utfordrende mener vi at gruppen pasienter ofte benekter lidelsen og dermed også å opprettholde normal kroppsvekt, noe som kan føre til alvorlig vekttap og alvorlige fysiske plager. Behandling av anorexia

nervosa er derfor en sammensatt og utfordrende prosess, og derfor rettes fokus mot helhetlig sykepleie. Anorexia nervosa er en psykisk lidelse. Psykiatri er et stort tema å forholde seg til og ved å avgrense oppgaven belyses hovedpunktene som er viktig i forhold til besvarelsen. Det er valgt å avgrense oppgaven til å handle om barn og ungdom som lider av anorexia nervosa og behandlingsforløpet mot mestring av lidelsen ved hjelp av tillit og relasjon mellom sykepleier og pasient.

Gjennom oppgaven bruker vi begrepet «pasientene», til tross for at Joyce Travelbee (2011) mener dette bør avledes. Ettersom pasient- og brukerrettighetsloven presiserer begrepet «pasient» som en person som får hjelp av helsevesenet, velger vi å bruke dette begrepet i besvarelsen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre er vi innforstått med at valgt aldersgruppe, 12 – 18 år har lover som styrer behandling da de under 18 år ikke er myndige. Det er valgt å se bort ifra dette i besvarelsen. Oppgaven vektlegger heller ikke foreldre og foresatte, eller lærere og skoletjenester grunnet ordbegrensning. Kriterier vi har valgt å fokusere på i oppgaven er:

- ✓ Jenter og gutter
- ✓ Barn og ungdom mellom 12 – 18 år
- ✓ Kommunikasjon til barn og ungdom
- ✓ Forhold mellom sykepleier og pasient
- ✓ Behandlingsforløp
- ✓ Helsefremmende sykepleie
- ✓ Mestring av lidelsen – bedret selvbilde

1.4 DISPOSISJON

Oppgaven består av seks ulike hovedkapitler, medfølgende underkapitler for å tydeliggjøre strukturen i oppgaven. Kapitlene er en veiledende hjelp til å jobbe målbevisst med besvarelsen. Med å sette opp strukturen på oppgaven tidlig i skrivningsforløpet, har dette vært en god veiviser i startfasen. Underveis i oppgaven har vi endret struktur, og det har vist seg at disposisjonen er viktig å arbeide med underveis i besvarelsen. Det er også en god og oversiktlig hjelp for leseren å se hvordan de ulike delene av oppgaven henger sammen. Oppgaven skal for utenforstående være lettlest og forståelig (Dalland, 2012).

2.0 METODE

Tranøy definerer i Dalland (2012) metode som en prosess for å komme med ny kunnskap og være kritiske til om denne opplysningen er gjeldende eller motstandsdyktig. Dette kapitlet skal fortelle hvordan man kan gå frem til verks for nettopp å undersøke, vurdere eller etterprøve opplysningen. Man kan med andre ord si at metode er en brikke som hjelper oss til å samle stoff for å finne ut av det man ønsker å drøfte. Dalland (2012) skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Både kvalitative og kvantitative metoder har som mål å være med på å bidra til å bedre oppfatningsevnen av samfunnet vi lever i og hvordan gruppene, enkeltmenneskene og institusjonene samhandler i samfunnet.

Begge metodene har et felles mål, men utgjør fortsatt store forskjeller. De kvalitative metodene sammenfatter data hos et mindretall mennesker på områder der betydninger og det unike skal utforskes. Eksempler kan være å observere, eller intervju for å samle inn mest mulig data om en mindre gruppe. De kvantitative metodene derimot tar utgangspunkt i et flertall mennesker der man kan sammenligne data som til slutt kan presenteres i tall/statistikk (Dalland, 2012). Dette metodekapitlet omhandler hva litteraturstudie er, hvilke søkemetoder som er benyttet, hvilke fremgangsmetoder som er tatt i bruk og hvordan man er kildekritisk i en søkeprosess.

2.1 LITTERATURSTUDIUM

Høgskolen i Hedmark har retningslinjer for bacheloroppgave som har blitt brukt flittig underveis i søke- og skriveprosessen. Bacheloroppgaven som skrives er basert på en litteraturstudie. En litteraturstudie tar i bruk fag og forskningslitteratur for å belyse og svare på problemstillingen (Dalland, 2012). Samtidig som fag- og forskningslitteratur benyttes flittig, vil også eksempler fra praksis komme frem i drøftingskapitlet.

2.2 BØKER

I skriveprosessen har vi underveis søkt etter litteratur på Campus Elverum og benyttet oss av bibliotekets database Oria for å finne relevante bøker. Vi har brukt ulike søkeord som "anorexia nervosa", "spiseforstyrrelser", "kroppspress", "tenåringer", "mestring" og "sykepleieteorier" for å finne fagbøker som omhandler temaet det skrives om. I tillegg har

søkene vi har utført resulterte i et bredere spekter av innsyn i bøker hvor pasienter rammet av anorexia nervosa har skrevet sin egen fortelling. Dette har vært ekstremt god og nyttig litteratur å ta for seg da nettopp dette gir oss et bredere perspektiv av lidelsen og hvordan selvbilde rammes. Hovedsakelig er det blitt brukt bøker fra pensumlitteratur sammen med selvvalgt litteratur som omhandler spiseforstyrrelser, anorexia nervosa, symptomer og behandling av spiseforstyrrelser, utviklingspsykologi, mestring og selvbilde (Fennell, 2007; Hougen, 2012; Levåg, 2002; Røer, 2006; Skårderud, 2004; Sortland, 2011 og Tetzchner, 2002).

For å beskrive sykepleieperspektivet som er brukt gjennom besvarelsen, er det valgt å fokusere på Joyce Travelbees bok: *mellommenneskelige forhold i sykepleie*. I tillegg til bøker er et hefte fra folkehelseinstituttet (2009) kalt "*Livet med anoreksi – erfaring fra mennesker med diagnosen*" tatt i bruk. Statens helsetilsyn (2000) har utarbeidet et hefte kalt "*Alvorlige spiseforstyrrelser – Retningslinjer for behandling i spesialhelsetjenesten*". Dette har også vært flittig i bruk underveis i skriveprosessen.

2.3 ARTIKLER

I våre søk for å finne frem til relevante og troverdige forskningsartikler, har også bibliotekets databaser ved Campus Elverum vært brukt. Søkene vi har utført har vært gjennom databasene Cinahl, Bibsys, Idunn og Google Scholar. Disse databasene har gitt oss informasjon innenfor sykepleie og helse, og tilgang til artikler i fulltekst. De fleste treffene på forskningsartikler som er brukt i oppgaven er funnet på Cinahl. Dette er en database som er nyttig i søkeprosessen innenfor sykepleie og sykepleieforskning.

Ulike søkeord som har blitt brukt i søkeprosessen for å finne forskningsartikler er nøkkelord som "anorexia nervosa", "eating disorders", "youth", "hope" og "mastery". Flere av søkeordene vi har benyttet oss av har vi kombinert på ulike måter for å se om vi fikk andre søkeresultater – noe vi gjorde. Flere relevante forskningsartikler dukket opp, og vi har valgt å bruke seks engelskspråklige forskningsartikler. (1) "*Quality of life in Anorexia Nervosa: A Review of the Literature*" og (2) "*Use the Body and Forget the Body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity*". Disse artiklene er utarbeidet av forskning og tar for seg ulike synspunkter på hvordan man kan ivareta livskvaliteten til pasienter som lider av

anorexia nervosa, og hvilke behandlingsmåter man kan ta i bruk for best mulig å kunne behandle anorexia nervosa. Videre har det blitt tatt i bruk en forskningsartikkel kalt (3) "*Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment*". Denne forskningsartikkelen omhandler flere ulike motivasjonsmetoder som kan tas i bruk i en behandlingsprosess. Her møter begge partene hverandre på halvveien, og dette viser hvor viktig det er at motivasjon spiller inn i å endre tankemønster og mestre lidelsen til en pasient som er utsatt for anorexia nervosa.

De tre siste forskningsartiklene som er blitt inkludert i besvarelsen heter (4) "*Discursive Constructions of `Eating Disorders Nursing`: An analysis of Nurses` Accounts of Nursing Eating Disorder Patients*", (5) "*Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit*" og (6) "*Effective nursing care og adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients` perspective*". Artiklene tar for seg hvilken behandling som egner seg best for barn og ungdom innlagt med spiseforstyrrelser, relasjonsbygging og omsorg, samt pasientens egne erfaringer med anorexia nervosa som en psykisk lidelse.

2.4 KILDEKRITIKK

For å ta i bruk forskningsartikler i bacheloroppgaven, må man være kildekritiske slik at man vet at litteraturen man tar i bruk er pålitelig, korrekt og relevant. Kildekritikk vil si å være kritisk til litteratur man tar i bruk i oppgaven. All forskning skal ha en hensikt, problemstilling, metodedel, resultatdel og konklusjon. Samtidig er det viktig å undersøke hvem forfatterne av litteraturen er, og hvem som er primær og sekundærkilder. Primærkilder er de som først har skrevet bøker eller artikler. Sekundærkilder er de som bruker stoffet primærkilden først har funnet, for så å skrive om litteraturen til sin egen tolkning av denne. Den nye litteraturen bygger på primærlitteraturen, som derfor kalles sekundærkilde (Dalland, 2012). Oppgaven er hovedsakelig bygget opp på bruk av primærkilder grunnet ønske om mest mulig konkret og troverdig litteratur. Dette fordi sekundærkilder ofte kan tolke konkret litteratur på en annen måte, og vi har i oppgaven ønsket å selv være mest mulig kritisk til litteraturen vi har bygget fordypningsoppgaven på.

Kildekritikk blir definert som en karakterisering og vurdering av litteraturen som er anvendt. Metoder som brukes for å skille godkjente opplysninger fra det motstridende er en

samlebetegnelse for kildekritikk (Dalland, 2012). Vi har vært kritiske gjennom hele oppgaven med tanke på valg av litteratur, og ved å ha problemstillingen i bakhodet. Videre må de utvalgte kildene være pålitelige og relevante i forhold til oppgaven som skrives. Hvem, hva og hvor er spørsmålene som har blitt stilt som et kritisk syn på påliteligheten av kildebruken.

3.0 BARN OG UNGDOM SOM LIDER AV ANOREXIA NERVOSA

Dette teorikapitlet beskriver de teoretiske perspektivene ut i fra litteratur som er brukt som et godt grunnlag for en reflektert og kunnskapsrik besvarelse. I Dalland (2012) definerer Thomassen at teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten. Denne definisjonen tolkes som at teori er læren om ulike sykepleieprosesser som man kan gjenkjenne seg i. Praktiseringen av disse ulike sykepleieprosessene kan anvendes og gi økt kompetanse for sykepleier (Orem, 2008, s. 52).

For å besvare problemstillingen bygges teorikapitlet på følgende begreper: anorexia nervosa, årsaker, forekomst, de ulike fasene innenfor lidelsen, kostholdsutfordringer, behandling, helsefremmende sykepleie, utviklingspsykologi, mestring, selvbilde og kommunikasjon til barn og unge.

3.1 EN PSYKISK LIDELSE

En spiseforstyrrelse, eller spisevegring, er en psykisk lidelse som gjør det vanskelig å forholde seg til mat og kropp grunnet egne tanker og følelser. De som lider av spiseforstyrrelser bruker mat og kropp som et utgangspunkt for å takle egne følelser og problemer. Hvorfor spiseforstyrrelser oppstår og i hvilken grad det inntreffer varierer fra individ til individ (Skårderud, 2004).

Anorexia nervosa er en alvorlig form for spiseforstyrrelse. En ekstrem opptatthet av kropp, kroppsvekt og utseende karakteriserer anorexia nervosa. De som rammes av denne lidelsen benekter ofte at matinntaket er minimalt, og det oppstår motstand til å opprettholde normal kroppsvekt. En som lider av anorexia nervosa har kalorier og mat i tankene nesten konstant. En opplevelse av styrke oppstår hos mange fordi de er i stand til å kontrollere egne behov som å spise. Å tvinge seg selv ned i vekt kan også være et forsøk på og "bli sett" (Skårderud, 2004).

3.1.1 Årsaker til anorexia nervosa

Årsaker til spiseforstyrrelsen er mange, men i tenårene dreier det seg som oftest om separasjon eller skilsmisse blant foreldrene, press fra skolen, press fra media og å være

kroppsfikserte. Det er ingen enkeltfaktor som kan sies å frembringe disse tvungne tankene, men av fagkunnskap er det en del forårsakende episoder som går igjen hos barn og ungdom. Man kan tenke på flere mulige årsakssammenhenger over hvorfor noen utvikler anorexia nervosa. Alt fra familie, psykiske følelser og sosiale elementer spiller solidarisk inn i nettopp hvorfor noen utvikler denne lidelsen (Skårderud, 2004).

Hos unge kvinner vil kroppens form forandre seg en del, i tillegg til at kroppsfettet vil øke (Norsk Helse Informatikk [NHI], 2013). Dette kan tyde på et behov for å kunne kontrollere over vekten jevnlig, og anorexia nervosa starter ofte med en diett for slanking etter en periode med overvekt. Dagens krav til det å prestere ved å være vellykket og perfekt, spiller også en rolle for utviklingen av anorexia nervosa. Spesielt er dette knyttet opp til kvinners kroppsideal hvor man skal være tiltrekkende og slanke. Noen grupper er mer disponerte enn andre, et godt eksempel er modeller. Den som lider av anorexia nervosa vil som oftest gå rundt med tanker om mat og utseende hele tiden (NHI, 2013). Det skilles mellom forhold som foreliggende årsaker, utløsende årsaker og opprettholdende årsaker (Folkehelseinstituttet, 2009).

De *foreliggende årsakene* er faktorer som genetikk, personlighet hvor selvbilde er negativt, perfeksjonisme, familiære forhold, slankepress under kulturelle forhold og seksuelle overgrep. Traumer og annet fysiske overgrep kan også kategoriseres under slike forhold (Folkehelseinstituttet, 2009). Til kontrast for disse årsakene kan de *utløsende årsakene* være at pasientgruppen slanker seg og går ned mye i vekt. Andre utløsende faktorer kan være konflikter, mobbing, overvekt og tidlig pubertet (Folkehelseinstituttet, 2014). En annen trigger av utløsende årsake kan være dansere og idrettsutøvere, fordi de kan ha en karakter som er preget av konkurranseinstinkt og perfeksjonisme (Røer, 2009).

Til side for disse to årsakene, finnes det også noen *oppretholdende årsaker*. Gjennom vekttapet kan det oppstå psykiske symptomer som medfølger, det kan være håpløshet, oppsikt og konsentrasjonsvansker. Utenom dette kan det få følger som til og med kan oppleves svært positive. For eksempel kan det å være undervektig gi en følelse av manipulasjon og mestring, hvor man får følelsen av å ha mer kontroll. Dette fører til demping av indre uro og at en unngår negative følelser (Folkehelseinstituttet, 2014). Generelt kan denne lidelsen oppstå av forskjellige grunner, blant annet ved store forandringer i livet. Eksempler på dette kan være fødsel, død og skilsmisser (Skårderud, 2004).

3.2 FOREKOMST AV ANOREXIA NERVOSA

Jenter er mest utsatt for å utvikle diagnosen anorexia nervosa. I tenårene og begynnelsen av 20 årene er over 90 % av de som blir rammet jenter og 10 % gutter. I befolkningen antas det å være 0,2 – 0,4 % rammede. Per 100.000 innbygger er ca. 50 av disse kvinner i yngre alder som rammes hvert år. Det er ikke alle som rammes av anorexia nervosa som søker helsehjelp, men statistisk sett har det vært en økning av søk om hjelp siden 2000 tallet (Norsk helseinformatikk [NHI], 2013). Hovedsakelig rammer lidelsen flest kvinner i alderen 15 – 45 år (Folkehelseinstituttet, 2009). Anorexia nervosa oppstår hyppigere blant yngre kvinner i alderen 15 – 24 år. De siste årene har flere som rammes av spiseforstyrrelser søkt helsehjelp (Hummelvoll, 2014).

3.3 DE FIRE FASER

Spiseforstyrrelser er ofte noe som starter med mindre kroppslige endringer som raskt kan utvikle seg til alvorlige fysiske og psykiske lidelser. Utviklingen til denne sykdommen deles opp i fire ulike faser av psykolog Anne Røer: Hun beskriver at den første fasen «*lykkelig sult*» som oftest starter med små endringer enten som slankekur eller diett, sultestreik eller en reaksjon på sorg. Ofte er dette følge av negativt tankemønster fra en ulykkelig periode som endret sosialt status, mobbing eller andre hendelser i ungdomsmiljø (Røer, 2009). Den andre fasen «*smertefull sult*» beskriver hun som at kroppen vil vende seg til å tåle smerten om og faktisk spise minimalt og sulte. Kroppens krav om ernæring vil i denne fasen bli dominerende og her kan man utvikle andre former for spiseforstyrrelser som blant annet anorexia nervosa. I denne fasen starter den psykisk tunge utviklingen hvor man kan høre indre stemmer/tanker om befalinger hvor man blir bedt om å unngå måltider. Sykdommen kan virke som en forsvarsmekanisme mot å gi etter for sultfølelse (Røer, 2009).

Røer velger å kalle den tredje fasen «*desperasjon*» som er fasen hvor følelsen av angst og hjelpeløshet tiltar. Tankene om mat blir mer preget av tvangstanker. Kroppen er i denne fasen så nedbrutt at somatiske symptomer inntreffer. Mange føler seg slitne og har mangel på konsentrasjonsevne. En kropp som er preget av denne lidelsen, blir tydelig preget av avmagring og man ser at kroppen får økt hårvekst, spesielt på områder som armer og rygg. Hårtap er også et somatisk symptom som kan inntreffe ved slike begivenheter. Denne fasen

kan få pasientgruppen til å oppsøke behandling ettersom dette er fasen hvor mange oppnår innsikt i egen situasjon. Den siste fasen velger Røer å kalle «*spiseforstyrrelse som identitet*». Dette er den siste fasen i utviklingen av spiseforstyrrelser, og omhandler endring av identitet hvor spiseforstyrrelser blir hovedfokus og preger hverdagen på en drastisk måte. Det kan føles skremmende å gi slipp på følelsen av å sulte, samt andre "fordeler" som personen som rammes av anorexia nervosa ser på som tilfredsstillende (Røer, 2009).

3.4 KOSTHOLDSUTFORDRINGER

Ernæring er et grunnleggende behov som er avgjørende for helse og velvære, og et av sykepleierens ansvarsområder. KMI – kroppsmasse index, er en formel for å regne ut balansen mellom høyde og vekt. Folkehelseinstituttet regner undervektige til å ha en KMI på 18,4 eller lavere, og dermed i fare for å utvikle komplikasjoner (Folkehelseinstituttet, 2004). Det beregnes også at kroppsvekten til pasienter som lider av anorexia nervosa er minimum 15 % under forventet vekt (Statens helsetilsyn, 2000).

«Mager og ufullstendig kost er farlig ved både akutte og kritiske sykdommer» (Sortland, 2011, s. 7). Dette sitatet belyser viktigheten av kosthold, ernæringsforhold og dets betydning i forhold til sykdom og behandling.

En ernæringstilstand som vil yte godt, anses å være et godt grunnlag for færre komplikasjoner, samtidig som det kan være med på å minske sykdomsutviklingen. For det syke menneske er det viktig å få tilført de næringsstoffene som kroppen trenger for å fungere, og derfor er ernæring og ernæringsstatus nøkkelen for god helse og velvære (Sortland, 2011). Barn og ungdom som lider av anorexia nervosa har et anspent forhold til kost og ernæring, dette er en av de største utfordringene ut ifra sykdommen, og vesentlig i somatisk behandling (Skårderud, 2004).

3.4.1 *Komplikasjoner*

Ved langvarig underernæring oppstår en del kroppslige komplikasjoner. Mange av kroppens organer svekkes grunnet minimalt energiinntak. Puls, blodtrykk samt temperatur vil reduseres til lavere verdier. Videre er kognitiv svikt som tidlig demens og hukommelsestap, to

komplikasjoner som kan oppstå senere. Det er også andre organer som rammes, og det perifere nervesystemet får ikke nok av omkringliggende vev. Dette medfører at lammelser og redusert følelsesevne oppstår. Mange som lider av anorexia nervosa bruker avføringsmidler og andre lakserende/vann drivende stoffer for å oppnå vekttap. Dette går ut over kroppens elektrolytter som spiller en viktig rolle i kroppens væskebalanse. Hvis kroppens elektrolytter er i ubalanse, kan dette igjen gå ut over andre organer. Symptomer som tretthet oppstår hos mange (Skårderud, 2004). Videre er også muskelplager komplikasjoner som oppstår ved underernæring. Dette innebærer spenningsplager, stølheth og stivhet. Det er vanlig at hypokalemi oppstår, som kan føre til arytmier i hjertet. Et slitent hjerte yter mindre, og i alvorlige grader av underernæring kan hjertestans og død inntreffe. Det er viktig for sykepleier å ha kunnskap om det grunnleggende behovet ernæring, og spesielt hos barn og ungdom som lider av anorexia nervosa, dette fordi ernæring er en av hovedutfordringene til denne pasientgruppen (Skårderud, 2004).

Det kan også oppstå forandringer i fordøyelsesapparatet grunnet misbruk av avføringsmidler, samt unormalt kostinnskudd. Grunnet overbruk av avføringsmidler kan dette svekke den normale funksjonen til tarmen. Utvidede og slappe tarmer kan føre til obstipasjon, noe som ikke er ett heldig utfall blant de som lider av anorexia nervosa. Videre kan kjønnshormonene blir nedsatt hos begge kjønn ved underernæring. Jenter og kvinner mister menstruasjonen da kroppsvekten blir under 20 %. Samtidig rammes skjelettet og utviklingen av bentetthet og benskjørhet kan økes grunnet underernæring. Den reduserte omsetningen av næring fører til mangel på vitaminer og proteiner som kan føre til anemi. Jernmangelen mange som lider av anorexia nervosa får, kan blant annet oppstå grunnet blødninger i mage – tarm regionen, som følge av misbruk av avføringsmidler. Kroppens immunforsvar består av hvite blodlegemer. Disse reduseres ved underernæring og forårsaker en nedsatt almenntilstand og økt risiko for infeksjoner. Det oppstår også mangel på vitamin K og de koagulasjonsfaktorene som er avhengig av vitamin K. Dette forårsaker også økt fare for blødning hos denne gruppen pasienter (Skårderud, 2004).

Anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse som er forårsaket av en psykisk lidelse. Dette gjør at behandlingsforløpet også har et stort fokus på pasientens selvbilde, tanker, følelser, motivasjon og mestring. Komplikasjoner av et negativt syn på seg selv er at mange isolerer seg fra skolen, unngår sosiale sammenkomster og unngår matsituasjoner (Røer, 2009). Alt fokuset blir rettet mot hvordan pasientene ser på seg selv. I boken "Jeg er vakker og stygg

som juling" av Nils Henrik Hougen, gis det mange eksempler på hvor forstyrret bildet på seg selv blir i alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser. Uansett vekt, mål og utseende, er fokuset på vektpåleggelse, den lite perfekte kropp og følelsen av å ikke strekke til og være god nok. Dette er store komplikasjoner som er forårsaket av et endret bilde av seg selv (Hougen, 2012).

3.5 TVERRFAGLIG SAMARBEID I BEHANDLINGSFORLØPET

Et stødig tverrfaglig samarbeid er avgjørende for et vellykket behandlingsforløp hos barn og ungdom som lider av anorexia nervosa. Behandlingsforløpet av anorexia nervosa er sammensatt og forskjellig fra pasient til pasient. Dette fordi alle har forskjellige behov og barn og ungdom i alderen 12 – 18 år kan være i ulike faser av lidelsen. Uansett om man som sykepleier befinner seg på somatisk avdeling eller barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, er det mange varselsignaler som er viktig å observere. Det er mulig å unngå at pasienter som lider av en mildere form anorexia nervosa utvikler dette til en mer alvorlig fase. Da kan sykepleier observere ulike varselsignaler som kan oppdages tidlig og være med på å forbygge (Hummelvoll, 2014).

Å legge merke til overdreven interesse for kropp, fasong og vekt er vesentlige observasjoner. Drastisk vektnedgang, problemer med konsentrasjon, isolasjon fra sosiale sammenhenger og vennekrets er også viktige observasjoner. Overdreven interesse og engasjement rundt fysisk aktivitet er også andre relevante varselsignaler som er viktig å observere. De siste varselsignalene kan være at man velger å unnlate situasjoner hvor man spiser med andre (Hummelvoll, 2014). Det er mange som trener over gjennomsnittet, flere timer om dagen (Helsebiblioteket, 2014). Ut ifra praktisk erfaring handler det om hvilket stadier de ulike barna og ungdommene befinner seg i, som bestemmer behandlingsforløpet som blir iverksatt for den enkelte pasient.

3.5.1 Somatisk behandling

Tverrfaglig samarbeid er viktig i forhold til å ivareta barn og ungdom som lider av anorexia nervosa. I de mest ekstreme tilfellene av drastisk vekttap, er indremedisinsk behandling og oppfølging påkrevet. Drastiske vekttap kan føre til arytmier grunnet lave kaliumverdier. Det er derfor viktig å utføre ett tverrfaglig samarbeid mellom ernæringsfysiolog, ergoterapeut,

leger, sykepleier og laboratoriet for å kunne følge opp og hjelpe pasienten slik at de får den behandlingen som er nødvendig (Hummelvoll, 2014). Vektøkning er behandlingen som får kroppens fysiske tilstand til å normaliseres, og dermed også hovedfokus blant somatisk behandling av denne pasientgruppen (Skårderud, 2004).

3.5.2 Barne- og ungdomspsykiatri

Barn og ungdom som lider av anorexia nervosa blir henvist til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) for oppfølging og videre behandling. Som oftest er det denne avdelingen pasientgruppen blir henvist til før videre behandling for denne lidelsen blir iverksatt. Skårderud (2004) formulerer at behandlingstiden kan variere fra tre måneder og lenger. Det er en langvarig prosess for sykepleier å hjelpe en pasient som lider av anorexia nervosa. Langsiktige mål for et samarbeid som dette vil være å hjelpe til med utviklingen av selvfølelsen, tanker og følelser. Et annet langsiktig mål kan være å hjelpe til med å åpne seg for egne behov og egne inntrykk av følelser. Kortsiktige mål for å hjelpe pasienten mot å nå de langsiktige målene kan være å redusere pasientens angst, skape tillit og relasjon for å hjelpe pasientens mot å endre syn på egenvekt og normalisering av denne (Hummelvoll, 2014).

Det er også viktig å kjenne til at alvorlige depressive tanker som selvmordstanker kan oppstå blant denne gruppen. Derfor er det også viktig med et godt og trygt tverrfaglig samarbeid mellom psykolog, sykepleier og lege. Disse kan være med på å skape trygghet rundt pasienten og øke selvtillit og syn på seg selv.

3.6 UTVIKLINGSPSYKOLOGI I BARNE- OG UNGDOMSALDEREN

Det tar lang tid fra et barn blir født til det utvikler seg og blir et voksent individ. Dette tar om lag 20 år. I løpet av disse tjue årene vil det skje drastiske endringer i utviklingen, og synet på verden og omgivelsene vil endres. Samtidig vil oppførsel, evnen til å løse praktiske og intellektuelle utfordringer og uttrykk for følelser og opplevelser forandres. I denne utviklingsfasen vil fysiske, personlige og kognitive egenskaper danne personlige tilknytninger, og den gjeldende vil finne sin plass i samfunnet. Miljømessige og biologiske

forhold er med på å danne mennesket gjennom denne utviklingen (Tetzchner, 2002).

I besvarelsen rettes fokuset på barn og ungdom som er i aldersgruppen 12 – 18 år. Dette omtales som ungdomsalderen, og er en alder hvor det gjøres stadig nye tanker om egne egenskaper. I tillegg til dette sammenlikner barn og ungdom seg selv i stor grad med andre, noe som viderefører grunnlaget for egen selvoppfattelse. Til tross for dette er det viktig å understreke at denne aldersgruppen er i ulike stadier i utviklingsfasen og at årene fra å være 12 år til å bli 18 år er med på å illustrere idealselvet: *hvordan de ønsker å være*. Bigelow (1997) beskriver i boken utviklingspsykologi av Tetzchner (2002) at man som 12-åring er i en fase hvor ytre faktorer spiller inn og påvirker bilde av hvem man selv er. I denne alderen blir man lett påvirket av omverdenen - vennekretsen spesielt.

3.7 SELVBILDE

De som lider av anorexia nervosa har en konstant frykt for å legge på seg, selv hvis de er undervektige. Det oppstår en forstyrret oppfattelse av kroppens form og utseende, og man kan se på seg selv som overvektig, selv om dette ikke er tilfellet. Hvis følelsen av å miste kontroll over livet oppstår, blir kroppsbilde, vekt og mat sentralt for å oppnå kontroll og bedret selvfølelse (Skårderud, 2004). Selvbilde handler om hvordan et individ tenker om seg selv, samt hvordan de ser på seg selv som menneske. Dårlig selvbilde kan oppstå ved negative og nedlatende tanker om seg selv. Å se en pasient med dårlig selvbilde er ikke enkelt dersom den er flink til å skjule det. Likevel er det noen klare tegn som kan tolkes som dårlig selvbilde: følelsen av skyld, frustrasjon, skam, angst og nedstemthet er noen av de antydningene som kan oppdages hos den med dårlig selvbilde. Barn og ungdom som rammes av dårlig selvbilde ønsker heller ikke å ha noen form for øyekontakt under samtaler. De fester blikket i bakken og deres holdning ovenfor kroppen kan være forlatende (Fennell, 2007). Det er erfart at barn og ungdom fort kan føle seg usikre og unngår blikkontakt under samtaler som kan være berørende.

Utviklingen gjennom livet til hvert enkelt individ er svært forskjellig. Gjennom denne utviklingen kan en masse mennesker være med på påvirkningen an ens selvbilde. Opp gjennom oppveksten vil for eksempel foreldre i stor grad påvirke et barns selvbilde. I ungdomsårene kan for eksempel de ytre faktorene som press fra familie, venner, kjæreste og skole ha en stor betydning. Et slikt press kan omhandle og ha det nyeste og fineste innen

mote, mest riktige utseendet, samt det å gjøre det bra og prestere på skolebenken. Dette kan fremstilles til å være et godt eksempel for spiseforstyrrelser da presset fra ytre faktorer om at man ikke er slanke nok – er svært påvirkende. Andre årsaker til et dårlig selvbilde kan være familiens rolle innen samfunnet, savn og lengsel etter det manglende i livet. Utilpasshet i hjemmet kan også være med på å påvirke selvbilde (Fennell, 2007).

I studiet av Ryan m.fl ble pasienter i alderen 12-14 år og 14-18 år intervjuet. Studiet viste at pasientene hadde en forvrengning av eget kroppsbilde hvor de følte seg uvel med egen kropp (Ryan, Malson, Clarke, Anderson & Kohn, 2006). Et viktig spørsmål som vi ønsker å ta med oss videre i drøftingen om mestring av lidelse i behandlingsforløpet, vil derfor være om den rammede ønsker en forandring eller ikke. Levåg (2002) uttrykker at bearbeidelse av selvbilde ikke tiltrer om man selv ikke vil bevilge egen innsats. For å få et bedre selvbilde er det viktig å være positive og se på det en selv mestrer. Det vil være svært forsvarende å se på det en selv er god til og la være å sammenlikne seg med de som er bedre – noe som bidrar til dårligere selvbilde (Skårderud, 2004).

4.0 SYKEPLEIERENS ROLLE OG FUNKSJON

Det er i denne oppgaven valgt å bruke Joyce Travelbee sitt perspektiv på sykepleie. Travelbee (2011) legger blant annet vekt på at sykepleierens funksjon er å bidra til å mestre lidelse og sykdom. Denne sykepleieteorien er relevant for vår oppgave ettersom den fokuserer på nettopp hvordan sykepleier kan fremme mestring. I sin teori er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ, likt – men også ulikt alle andre.

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie praktikerer hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2011, s.29).

Vi tolker hennes definisjon på sykepleie som at det bygger på faktum at det er umulig å unngå opplevelsen av smerte og lidelse i livet. Funksjonsområdet til sykepleierens blir derfor å finne motiv og mal hvor det også kan bidra til å mestre lidelse og sykdom og finne mening i opplevelsen til vedkommende. En vesentlig tilfredsstillende i dagens sykepleie vil være å hjelpe det syke og lidende mennesket med å gjenvinne helsen eller frafalle sykdom.

4.1 SYKEPLEIE SOM EN BEARBEIDELSE

Travelbee forsterker at hvert menneske er et unikt. Teorien om sykepleien omhandler et menneskesyn som skal betraktes helhetlig. Hun vektlegger at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid indirekte dreier seg om mennesker. Rollen som sykepleier i seg selv er også en utfordrende bearbeiding med kjennskap til at det er en eller flere hendelser som treffer inn mellom pleier, og det enkelte individ som søker hjelp. Ved å se på sykepleie som en bearbeidelse vil det kanskje forsterke *dynamikken* i karakterstyrken ved enhver situasjon hvor man blir nødt til å huske at man er en sykepleier. I alle slike sykepleiesituasjoner vil det skje en forandring som er resultatet mellom sykepleier og pasient. Å gjenkjenne og å bære på evnen til å hente fram forandringer på en målrettet, omtenkfull og innsiktsfull måte - er en god sykepleieaktivitet (Travelbee, 2011).

En annen viktig faktor som Travelbee skriver om er respekt. Hun skriver at respekt er en grunnleggende verdi mellom sykepleier og pasient. Hun understreker at relasjonen mellom

sykepleier og det syke mennesket er av stor anseelse for å oppfylle sykepleiernes mål og hensikt. Videre i sin teori poengteres det at sykepleieren har en viktig oppgave i å yte god hjelp til syke mennesker ved å hjelpe dem med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Dette er grunnleggende for oss grunnet valgt problemstilling. Ved å stifte en tilknytning til den syke, hvor det blir formidlet til pasienten at dem blir sett, hørt, og forstått – og ikke er alene. Det er viktig at sykepleieren ved sine handlinger viser at hun ønsker å hjelpe, lindre smertene, samt mestre lidelsen fordi pasienten er den han er og ingen annen. Det skal med andre ord fokuseres på helhetlig sykepleie og mennesket bak diagnosen (Travelbee, 2011).

For å yte mest mulig god hjelp er det svært viktig at sykepleieren setter seg inn i hvordan vedkommende selv forstår sin sykdom. Ved å veksle tanker og følelser med vedkommende om sykdomsforståelsen, vil det være lettere å få en relasjon til pasienten som person hvor man kan få en dypere innsikt i det å være menneske. Dette kan være et godt fundament til å finne evnen i det å leve i nuet og kan tenkes at det kan gi en påvirkning i framtiden. Dette betyr at sykepleier er i stand til å hjelpe andre med å påvirke sin framtid gjennom måten de mestrer sitt "nå" på (Travelbee, 2011).

4.1.1 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Mellommenneskelige forhold i sykepleie er et fokus sykepleieteoretiker Joyce Travelbee vektlegger i sitt syn på sykepleie. Samtidig er fokuset rettet mot verdien av kommunikasjon, håp og medmenneskelighet. Det handler om å se mennesket bak symptomene og diagnosen. Sykepleier skal hjelpe mennesket å forebygge, mestre og motivere til å finne en mening i sykdom pasienten rammes av (Travelbee, 2011).

4.1.2 Menneske-til-menneskeforholdet

Joyce Travelbee mener begrepene som "sykepleier" og "pasient" dominerer forholdet mellom hjelper og den som søker hjelp. Hun retter fokus mot hvert individ og mener det kan være motvirkende å ha fokus på hvilken rolle man har, enten det er som sykepleier eller pasient. Møte mellom mennesker utgjør at man påvirkes av hverandre, hvor det er en gjensidig prosess med stadig forandring. Dette resulterer i bedre relasjon og samarbeid mellom sykepleier og pasient. Med fokus på en mer medmenneskelig tilnærming møter man pasienten i den situasjonen han/hun er i der og da (Travelbee, 2011).

I en prosess for å utarbeide et menneske – til menneskeforhold, må sykepleier og pasient igjennom fem ulike faser. Den første fasen består av det innledende møtet hvor pasient og sykepleier møtes. Sykepleieren utgjør i denne fasen en observasjon av pasienten og dens identitet. Dette er viktig i sykepleieprosessen fordi det danner et fundament for avgjørelser som videre tas. Verdidommer, antakelser og observasjon danner et utviklende interaksjonsideal, noe som Joyce Travelbee fremhever i stor grad i blant sine teorier (Travelbee, 2011).

Den andre fasen i menneske – til – menneskeforholdet omhandler identitetsfremvekst, hvor man danner bekjentskap og verdsetter hverandre som unike mennesker og individer. I denne fasen er det nødvendig å bruke seg selv som en brikke for å skape en oppfatning av den andre personen. Man opparbeider seg inntrykk av den andres personlighet ved å bli kjent med den andres følelser og tanker. Betrakningen av kategoriene sykepleier og pasient blir mindre, og det oppstår en tilknyttet relasjon. Relasjonen som oppstår i denne fasen er grunnleggende for videre utvikling av empati, som utdyper fremgangsmåten hvor forståelsen vil bli gjensidig (Travelbee, 2011).

Den tredje fasen kalles empatifasen. Den handler om evnen til å sette seg inn i og prøve å forstå hvordan den andre har det. Det er en prosess hvor man klarer å se bak ytre atferd og danne seg et bilde av hvordan den andre personen har det innerst inne. På denne måten tar man del i den andres sinnstilstand, men samtidig ikke på et slikt nivå at man tenker og føler som den andre. Opplevelsen av å forstå kalles empati, hvor både sykepleier og pasient anerkjenner at de merker kontakten og følelsen av å forstå hverandre, slik at noe meningsfylt formidles. For å kunne oppnå empati, bør det foreligge noenlunde like erfaringer og et ønske om å kunne skape forståelse (Travelbee, 2011).

Som en videreføring av empatifasen, kommer fasen om sympati og medfølelse. Dette er en fase som gjør det lettere å oppfatte den andres utfordringer som videre vil bidra til utvikling av et menneske – til – menneskeforhold. Kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt – er med på å formidle sympati og medfølelse. Sykepleier er involvert i pasientens tilstand følelsesmessig, men på en slik måte at egne tanker og følelser ikke tar overhånd. Sympati og medfølelse kommer frem til pasienten gjennom væremåte og atferd. Det er viktig at pasienten oppnår og skaper tillit til sykepleieren, og på den måten vil sykepleieren være en person pasienten kan stole på. Dette oppnås da sykepleier har en respektfull og trygg væremåte, slik at tillit gjenskapes (Travelbee, 2011).

To begreper som er veldig relevant for sykepleier er empati og sympati, og deres skille for ulik betydning. Empati er et begrep som handler om å sette seg inn i andres tanker og følelser, hvor sykepleieren gjør et forsøk på å fatte pasientens situasjon. Dette gir sykepleier en delaktig rolle, samtidig som sykepleier blir en tilskuer i tilfellet. Sympati derimot er et begrep hvor man utøver medfølelse ovenfor pasienten, og hvor man også blir bevisst på egne følelser samt tanker i tilfellet. Sykepleierens følelser vil i dette tilfellet bestyrkes (Heidenreich, 2011).

Den siste fasen heter gjensidig forståelse og kontakt, hvor kommunikasjon mellom sykepleier og pasient foregår både under taushet og samtaler. Holdning, atferd og ord er noe begge partene vil kommunisere igjennom. Så lenge det foregår en kommunikasjon, vil det gi sykepleieren en god anledning til å kjenne vedkommende og ivareta dens behov (Travelbee, 2011).

Den dynamiske kraften, *kommunikasjon* kan bidra til å gi god helsehjelp, trekke mennesker til seg eller ifra seg. Kommunikasjonen og den gjensidige forståelsen kan forsterke håpet hos pasienten ettersom sykepleierens to av mange viktige oppgaver er observasjon og kommunikasjon med den hjelpetrequende. I prosessen av kommunikasjonen bør sykepleieren være observant på å se pasientens ansiktsuttrykk, kroppens holdning og hvordan den tenker. Disse tre faktorene kan hjelpe sykepleieren samt pasienten med å fremme håpet og opprettholdelsen av det. Ved å være tilstede hos pasienten både fysisk og psykisk, ved å vise tilgjengelighet og ved å lytte til den syke ved samtaler om bekymring og engstelse, kan det styrke håpet hos den (Travelbee, 2011).

For sykepleier er det viktig å være bevisst og akseptere egne følelser. Dette kalles affektbevissthet. Affekttoleranse er et annet begrep som også er viktig i situasjoner hvor man må tørre å kjenne på følelser i situasjoner som oppstår. Dersom man selv er bevisst og aksepterer hvilke følelser som vekkes, vil man lettere forstå andre sine reaksjoner. Hvis man selv har utfordringer knyttet til egne følelser i spesielle situasjoner, vil man heller ikke kunne føle på og forstå hvordan pasienten har det. Affektbevissthet og affekttoleranse er to viktige oppfatningsevner som må være tilstede for å kunne forstå og sette seg inn i andres situasjon og vise empatisk forståelse (Eide & Eide, 2007).

Momentet til at Travelbees sykepleieteori ble valgt i denne fordypningsoppgaven er fordi den har en helhetlig tilnærming av det unike mennesket. Joyce Travelbee har et stort fokus på håpet - som et viktig element i alle menneskers liv - både hos det friske mennesket og det

syke. Det beskrives også at kommunikasjon er et betydelig redskap for å innhente sykepleierens mål og baktanke, som i denne oppgaven er å styrke barn og ungdoms håp. Dermed er det derfor gjennomtenkt at denne teorien kan bidra til å gi oppgaven vår et sykepleieteoretisk perspektiv som framhever noen av de elementene som er blitt valgt å skrive om generelt i oppgaven og som det senere vil drøftes om (Travelbee, 2011)

4.1.3 Håp

Travelbee (2011) skriver at håpet skal gjøre at det unike mennesket er i stand til å seire over vonde og vanskelige situasjoner, lidelse, ensomhet, tragedier og tap. Det er ment å være den mest grunnleggende faktoren i menneskelig atferd som vil gi den syke drivkraft og motivere til å beseire hindringer. Den som velger å håpe, kan på mange måter tro at hvis han får fram tilstanden for sine lengsler, vil livet endre seg, bli mer bekvem, mer meningsrikt eller gi større glede. Håpet og kontakten er en spillende faktor i fremtiden også, ved at den som håper ønsker livssituasjonen endret. Den håpefulle vil ta visse valg for å omarbeide og strukturere den ventende tiden framover slik at det etterlengtede av ønsker kan oppnås. Håpet har utenom dette, en berøring til tenkningen av ønsker som kan anses som en viktig ingrediens i håpet, et slags esoterisk håp. Det esoteriske håpet vil gi en tanke om at oppnåelsen av det ønskelige er lite, men tanken rundt håpet er god og tilfredsstillende (Travelbee, 2011).

4.2 MESTRING

Mestring er et begrep som omhandler hvordan mennesker håndterer situasjoner på. Dette begrepet har et helsefremmende perspektiv. For barn er det betydningsfullt å oppleve tilhørighet og oppleve kompetanse for å fremme mestring (Trollvik, 2011). Ulike påkjenninger som krise, konflikter og stress har ofte sammenheng med mistriivsel, ubehag og negative følelser. Mestring er måten individet forholder seg til ulike situasjoner på, hvor de klarer å være løsningsorienterte og møte situasjoner som fører til de overnevnte faktorene. Det presenteres også at det finnes to hovedformer innenfor mestringsfeltet: *Problemfokusert mestring* og *følelsesmessig fokusert mestring*. Førstnevnte tyder på at individet har fokus på den nåværende situasjonen og at det ønskes å forandre på situasjonen, løse den eller avslutte den. Den sistnevnte hovedformen for mestring tyder på at de følelsesmessige utfordringene er tilknyttet en situasjon og at det ønskes en forandring ved å minske de følelsesmessige

ubehaget samtidig som situasjonen er den samme (Håkonsen, 2009).

4.3 HELSEFREMMEDE SYKEPLEIE

«Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being» (WHO, 1986).

Denne definisjonen på helsefremmende arbeid vil av oss tydes som en prosess der det er ment å gi mennesker kontroll over fysisk, mental og sosial velvære. Balansen mellom disse tre faktorene vil være med på å oppnå en tilstand av optimal helse. For å tilfredsstill disse behovene, og til å endre eller takle miljøet, må en person være i stand til å realisere samt identifisere ambisjoner. Derfor blir helse sett på som en medvirkende ressurs og ikke som et konkret mål. Et positivt konsept som helse vektlegger sosiale ressurser, personlige ressurser og fysisk kapasitet. Helsefremmende arbeid går derfor utover sunn livsstil og trivsel, og er ikke eneste ansvar for helsesektoren (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012).

4.4 KOMMUNIKASJON TIL BARN OG UNGDOM

Det er ingen konkrete råd om hvordan man på best mulig måte kan kommunisere og skape relasjoner med barn og ungdom, da alle er unike. Under utviklingen vil barn og ungdom befinne seg på ulike stadier ut ifra alder og modenhet, samt individuell situasjon. Sundal uttrykker i Eide & Eide (2007) at sykepleier som hjelper må være innforstått med rollen den bærer, hvorav involvering av pårørende bør tas i betraktning ved innleggelser. Å skape trygghet i en sykdomssituasjon er svært viktig hos barn og ungdom. Denne gruppen pasienter føler trygghet i nærvær med kjente personer og i trygge omgivelser. Sykepleier har en viktig rolle med å ha en omsorgsfull, informerende, forklarende og varm væremåte (Eide & Eide, 2007).

Nøkkelen for sikkerhet og tillitt hos barn og ungdom vil være god og tilstrekkelig kommunikasjon. Tillitsskapende arbeid bygges over tid og kan ikke forventes å skapes over en kort periode. Ved å vinne barn og ungdoms oppmerksomhet, er dette en forutsetning for å skape tillit. Aldersgruppen som er foretatt i oppgaven er 12 – 18 år, og det er forskjell på deres oppfatning av situasjoner og handlinger grunnet aldersforskjell. Barn i 12 års alderen og ungdom over denne alderen, kan ha god forståelse hvor de godt klarer å kommunisere med voksne. Å sette seg inn i ulike situasjoner uten å selv personlig ha opplevd disse, er en evne denne aldersgruppen har. Ofte opplever ungdom forventningspress som skaper en utilstrekkelig følelse. Andres meninger og ulike synspunkter spiller en viktig rolle, og selvfølelsen utsettes kraftig. Barn og ungdom som ikke får bekreftelser opplever dette som usikkert, noe som medfører forvirring. I denne alderen er det viktig å finne sin identitet, og ved usikre forhold blir dette utfordrende for barn og ungdom (Eide & Eide, 2007).

5.0 HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE BIDRA TIL Å FREMME MESTRING I BEHANDLINGSFORLØPET HOS BARN OG UNGDOM SOM LIDER AV ANOREXIA NERVOSA?

I dette kapitlet drøftes problemstillingen ut ifra teori og forskning som er belyst. Samtidig er egne erfaringer og kunnskap fra praksis tatt i betraktning for å kaste lys over en mest mulig reflektert besvarelse. Grunnet etiske overveielser er egne erfaringer og eksempler valgt å anonymiseres. I drøftingskapitlet ønskes det å vise forståelse og kunnskap hvor teori sammenliknes med ulike synspunkter for å besvare problemstillingen som er valgt. Sentrale begreper i drøftingskapitlet vil være tillit og relasjon, helsefremmende sykepleie, sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, tverrfaglig samarbeid i behandlingsforløpet, mestring og selvbilde.

Gjennom dette studieløpet er det erfart fra praksis at aktiv lytting er en vesentlig metode for å vise interesse og forståelse slik at pasienten kan snakke uten at man avbryter eller kommer med innspill. Ved aktiv lytting rettes all fokus og oppmerksomhet mot pasienten, og det er viktig å gi små, verbale oppmuntrende beskjeder som viser pasienten at man følger med da man snakker. Dette vil være starten på å bygge en relasjon (Eide & Eide, 2007). Hos pasienter som lider av anorexia nervosa kan det være et utgangspunkt å skape tillit ved å være en aktiv lytter. For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe barn og ungdom til å fremme mestring i behandlingsforløpet, er det nødvendig med god og tilstrekkelig kunnskap både om sykdom og behandling. Samtidig er det viktig å fokusere på Joyce Travelbees (2011) teori om å se pasienten bak sykdommen: å være et medmenneske, vise respekt og omsorg.

Vi erfarte i praksis at kommunikasjon og forståelse er en nøkkel for videre samarbeid. En pasient fra praksis led av anorexia nervosa, og ønsket ikke å fortelle om egen tilstand. Hun forklarte at hun ikke ville være på sykehus for ingen forstod eller kunne vite hvordan hun hadde det. Etter hvert som pasienten hadde vært innlagt over en lengre tidsperiode, ble det lettere å bli kjent. Ved å vise stor respekt, være en aktiv lytter og fokusere på å samarbeide sammen med pasienten, åpnet hun seg sakte men sikkert opp for enkelte sykepleiere på avdelingen. Det dreide seg om tålmodighet, tett samarbeid, gjensidig respekt og å se mennesket bak symptomene for at hun skulle skape tillit til helsepersonellet.

Gjennom samtaler sammen med pasienten som led av anorexia nervosa, var det viktig å ta i betraktning at vedkommende har et syn på seg selv som frisk. I hennes "verden" er spisevanene slik de skal være, og synet på seg selv er personlig og hun har en innsikt som er reell i hennes verden. Denne erfaringen viste videre at tilstrekkelig informasjon samt bruk av tid var en vesentlig del i relasjonsbyggingen, slik at en fremtidsplan kunne skapes. Det ble erfart at første skritt i et behandlingsforløp var at pasienten selv innså hjelpebehovet kroppen hadde. Her fikk sykepleieren en gjennomgripende rolle. For å skape en slik fremtidsplan tror vi som sykepleiere at det er viktig å bruke seg selv terapeutisk. Den terapeutiske bruken av seg selv vil belyses senere i besvarelsen.

Travelbee (2011) mener at det å kommunisere er en del av den terapeutiske bruken av seg selv. Vi tolker dette som at vi som sykepleiere skal være bevisst på at kunnskap og personlighet er med på å skape en relasjon til pasienten gjennom kommunikasjon. Som sykepleiere til barn og ungdom som lider av anorexia nervosa er det viktig å kunne forstå deres handlinger, ha selvinnsett og vise engasjement. Dette vil være med på å skape et menneske – til – menneske forhold mellom oss som sykepleiere og pasient. Som sykepleiere møter vi barn og ungdom som lider av anorexia nervosa i ulike stadier av lidelsen. Rør (2009) beskriver ulike fire ulike faser av lidelsen, og i oppgaven fokuseres det ikke på noen konkret fase, men helhetlig sykepleie til denne pasientgruppen. Derfor finner vi det aktuelt å vektlegge Travelbees (2011) menneske – til menneskeforhold i møte mellom sykepleiere og denne pasientgruppen. Vi ser på det som viktig å møte disse pasientene på lik måte uansett hvilken fase de befinner seg i sykdomsforløpet.

Som sykepleiere er det *innledende møte* med barn og ungdom den første fasen som bygger et grunnlag for relasjon og tillitt mellom oss og pasientgruppen. En del av behandlingsforløpet er å skape relasjon og tillit for å kunne hjelpe pasienten til å fremme mestring (Travelbee, 2011).

Her vil vi som sykepleiere observere og identifisere barn og ungdom for å få et innblikk i deres situasjon. Videre vil *identitetsfremveksten* fremkomme ved at vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk for å bli bedre kjent med pasientgruppen. Dette vil gjøre at sykepleier og pasient vil skape en mer konkret oppfatning av hverandre, og vi vil bli kjent med hverandres følelser og tanker. Vi tenker at denne fasen vil gi oss bedre kjennskap ved å møte pasienten i situasjonen som befinner seg der og da. Dette vil være nyttig for videre behandlingsforløp.

Empatifasen er neste fase i menneske – til – menneskeforholdet og omhandler fokus på pasientens tanker og følelser (Travelbee, 2011). Her får vi som sykepleiere et bredere innblikk i situasjonen til pasienten. Vi tolker denne fasen som viktig fordi vi som sykepleiere må tre inn i en forståelsesfull rolle hvor barn og ungdom trenger å bli sett, hørt og forstått. Videre vil vi som sykepleiere få et bredere innblikk i pasientenes situasjon ved hjelp av *sympati og medfølelse*. Som sykepleiere må vi håndtere våre egne tanker og følelser slik at vi kun er involvert i pasientens følelsesmessige tilstand. Vi vil vise pasienten sympati og medfølelse gjennom vår profesjonelle væremåte. Med profesjonell mener vi å utelukke våre egne tanker og følelser rundt egen erfaring om faktorer som kan spille inn på pasienten uten å bidra til helsefremmende sykepleie. Alle mennesker er unike, og ønsker å bli møtt og hørt på forskjellige måter (Travelbee, 2011). Fra praksis har vi selv erfart at å utelukke egne tanker og følelser kan være både positivt og negativt, alt ut ifra hvordan pasienten ønsker å tilnærme seg. Dette kan være positivt da noen pasienter føler det øker oss som sykepleieres forståelse av deres situasjon, som igjen skaper yttligere trygghet. På den andre siden kan det tenkes at det kan være negativt i den forstand at pasienten kan føle seg mindre sett og forstått.

Av de fem fasene i menneske – til – menneskeforholdet, er den femte og siste fasen "*gjensidig forståelse og kontakt*" en prinsipiell fase for møte med pasienter som lider av anorexia nervosa. Dette fordi denne fasen handler om å kunne kommunisere og forstå hverandre, slik at gjensidig respekt og omsorg forsterkes (Travelbee, 2011). Dette er en utfordrende pasientgruppe å forholde seg til, da det er erfart at pasienter som lider av anorexia nervosa ofte stenger inne egne tanker og følelser. Dermed kan det være utfordrende å skape gjensidig forståelse og kontakt for oss som sykepleiere. Gjennom egne erfaringer, samt hverdag og fremtidig fokus, anser vi det allikevel som svært relevant og viktig å kunne skape relasjoner mellom pasient og sykepleier som bygger på gjensidig forståelse og kontakt. Dette fordi man som menneske er unikt, og har behov for omsorg og respekt – uansett . Det er erfart at man aldri vil bli utlært til å kommunisere, da ingen mennesker er like og alle har forskjellige tanker, følelser og måter å forholde seg til andre på (Eide & Eide, 2007).

I behandlingsforløpet med denne pasientgruppen, er det viktig å fokusere på selvbilde, mestring og håp. For å danne et grunnlag for behandling, er det vesentlig å se situasjonen ut ifra pasientens ståsted. Anorexia nervosa er som tidligere nevnt i oppgaven en psykisk lidelse der selvfølelse blir utsatt. Barn og ungdom opplever at selvfølelsen blir truet når tanker og følelser rammer selvtillit, og det er viktig at sykepleiere bruker riktige ord som er forståelige i

samtaler med pasienten. Hos barn og ungdom er det viktig at vi gir god, utdypende og tilstrekkelig informasjon. Dette vil øke følelsen av mestring og skape håp i sykdomssituasjonen (Eide & Eide, 2007). Dersom pasienter som lider av anorexia nervosa mangler håp, vil synet på bedring og forandringer i livet være fravikende. Veldig mange syke er også avhengige av en hjelpende hånd fra andre selv om de ikke ønsker å innse at de trenger hjelp (Travelbee, 2011). Dette kan siktes mot tenåringer fordi anorexia nervosa er en spiseforstyrrelse hos barn og ungdom spesielt som ikke ønsker å forholde seg til sykdommen åpent og reflektert, men som heller velger å skjule de tvungne tankene og følelsene. Barn og ungdom er i en fase hvor foreldre og foresatte spiller en støttende rolle i hverdagen og dets utfordringer, og det kan være vanskelig å tilpasse avhengigheten, oppfølgingen og kontrolleringen av voksne (Tetzchner, 2002). Pasientgruppen taper selv kontroll de en gang hadde, og selvfølelsen er fravikende (Skårderud, 2004).

Ut ifra utviklingspsykologien utvikler barn og ungdom selvstendighet, og dette kan for mange være vanskelig da de er i en sårbar fase hvor de forsøker å finne sin egen identitet ved hjelp av å søke bekræftelser (Tetzchner, 2002). Barn og ungdom i alderen 12 – 18 år er i en fase hvor de utvikler seg og danner et mer voksent bilde av seg selv. Her stilles det høye forventninger til at de selv vil ordne opp i ulike situasjoner. Dette fordi de kan ha et voksent utseende og har evnen til å utdype egne meninger. Ungdom fra 12 år og oppover er i stand til å forstå og utføre en "voksen" dialog. Denne aldersgruppen kan tenke abstrakt og konstruert. Barn og ungdom i denne aldersgruppen kan også danne seg et inntrykk om hvordan situasjoner kan være uten å selv ha opplevd disse. Typisk for denne aldersgruppen er at det stilles høye krav og forventninger til seg selv. Følelsen av å ikke være flink nok, samt å strekke til er tilstede (Eide & Eide, 2007). Vi ser på dette som svært relevant, og det er viktig at sykepleiere tar dette i betraktning under kommunikasjon og relasjonsbygging med barn og ungdom.

5.1 TILTAK FOR Å FREMME MESTRING I BEHANDLINGSFORLØPET

Gjennom ungdomstiden har vi selv erfart overføring og mottakelse av lærdom til jevnaldrende. Dette var med på å bidra til mestringsfølelse i utfordrende og ulike situasjoner, og av den grunn har vi selv erfart at grupper med ungdom kan jobbe sammen og benytte hverandre som en hjelpende ressurs for å oppnå håp og mestring. Et godt tiltak for barn og ungdom for å fremme mestring kan være å utlyse gruppeterapi i større grad av behandlingen.

Dette fordi gruppeterapi handler om å møte andre jevnaldrende i samme situasjon. Ved å skape bekjentskaper, danne forhold og skape relasjoner og tilknytninger, kan det bidra til en lettelse ved å forholde seg til utfordrende situasjoner. Det er klinisk bevist at gruppeterapi er en nyttig ressurs som bidrar til å redusere skyldfølelse og skam hos denne pasientgruppen. For et vellykket resultat er det vesentlig å sette sammen grupper med tilsvarende bakgrunn, sykdomshistorikk og varighet av sykdom (Statens helsetilsyn, 2000).

Håpet kan knyttes til mot ettersom det er en egenskap som kan framhentes i den enkelte modenhet ved å konfrontere med problemet, og gjøre det beste for å beherske situasjonen. Den modige er fryktsom, men overskrider nervøsiteten for å nå målet. Det er viktig at vi som sykepleiere gjør oss tilgjengelige og er villige til å hjelpe pasienten med å finne håp. Det er vår oppgave som sykepleiere å gi den nødvendige hjelpen uten å bli bedt om det fra den syke (Travelbee, 2011). På den andre siden tolker vi dette til å kunne være negativt da det er viktig at pasienten føler seg ivaretatt og ikke overkjørt, og samarbeider om behandling.

For at vi som sykepleiere skal kunne fremme mestring hos barn og ungdom som rammes av anorexia nervosa, er det valgt å veie oppgaven opp mot den overnevnte amerikanske sykepleieteoretikeren, Joyce Travelbee. Travelbee (2011) var opptatt av forholdet mellom to individer. Joyce Travelbee omtaler sykepleie som en menneskelig prosess der sykepleier skal hjelpe individet i å forebygge og mestre erfaringer basert på sykdom og lidelse. Samtidig er Travelbee opptatt av å finne en mening i erfaringene personen står ovenfor. Hvordan personen opplever sykdom og lidelse er viktigere enn hvilken diagnose som er stilt eller hvilke vurderinger som blir tatt. Det gjelder å se hele mennesket bak symptomer og diagnoser (Travelbee, 2011). På en annen side ser vi på det som vesentlig for sykepleier å samtidig fokusere på behandling av sykdom for å forebygge ytterligere komplikasjoner pasienten kan få. Det er samtidig viktig å ha en balanse mellom behandling og tilnærming, og vi sier oss enig i Travelbees utsagn om å se hele menneske bak symptomer og diagnoser.

Forskning basert på motivasjon og syn på mestring av anorexia nervosa, gir tilfredsstillende resultater. Forskningen har hatt fokus på å endre kostvaner og øke motivasjon til behandling ved å lære bort patologi for å se om dette vil ha en påvirkende effekt på videre behandling av pasienter som lider av anorexia nervosa. Det konkluderes med at fokuset på motivasjon er avgjørende for god behandling av pasienter som lider av anorexia nervosa, samtidig som behovet for motivasjon bør undersøkes av hver enkelt pasient (Wade, Frayne, Edwards,

Robertson & Gilchrist, 2009). Vi sier oss enig i at behovet for motivasjon bør undersøkes hos hver enkelt pasient, og ser på det som et viktig fokus i behandlingsforløpet da dette kan bidra til å fremme mestring.

Behandlingsforløpet til pasienter som lider av anorexia nervosa er i de fleste tilfeller en langvarig og utfordrende prosess. Dette fordi anorexia nervosa er en psykisk lidelse som fører til at kroppen rammes av fysiske komplikasjoner (Statens helsetilsyn, 2000). Et tett samarbeid mellom somatisk sykehus og barne- og ungdomspsykiatri er svært avgjørende da disse institusjonene er avhengig av hverandre for behandling av pasienten. Det kan tenkes at pasienter som rammes av anorexia nervosa kan føle seg litt som en ”kasteball” mellom de ulike institusjonene, fordi de begge er avhengig av hverandre og pasienten får behandling på begge steder.

Den *somatiske* behandlingen av anorexia nervosa dreier seg om kostholdsbehandling. Hos de som er underernært blir fokus rettet mot valg av mat som inneholder de nødvendige næringsstoffene (Sortland, 2011). Dette for å forebygge komplikasjoner av sykdom som skapes av tiltak i behandlingsforløpet. I teorikapitlet ble det utlyst ulike komplikasjoner som kan forekomme ved langvarig kritisk underernæring. I et somatisk behandlingsforløp av anorexia nervosa er det mange faktorer som spiller inn. Mye av fokuset i behandlingsfasen blant disse pasientene er å oppnå vektøkning. I noen tilfeller skjer dette gjennom mat som gis som sondeernæring, i andre tilfeller settes det opp nøye planlagte programmer sammen med lege, ernæringsfysiolog, oss som sykepleiere og pasienten selv. Det er et stort tverrfaglig samarbeid som må settes i gang for å oppnå unngåelse av komplikasjoner av sykdommen (Skårderud, 2010).

For å hjelpe kroppen til å normalisere vekt er næringsrikt kosthold høyt prioritert for å oppnå vektøkning. Da vekten normaliseres vil kroppens fysiske helse bedres og ulike organer i kroppen vil ivareta deres normalverdier. Samtidig er denne gruppen pasienter utfordrende å arbeide med siden det er en psykisk lidelse som har ført til de kroppslige forandringene. Pasientens syn på seg selv endres ikke selv om helsepersonell ser at vektøkning er bra for pasienten (Skårderud, 2004). Det er derfor viktig å ha en plan sammen med pasienten slik at vi som sykepleiere og pasientgruppen føler at målene som settes i gang er overkommelige, samtidig som pasienten oppnår mestring underveis mot veien til å gjenopprette normal kroppsvekt (Hummelvoll, 2014).

Den *psykiske* behandlingen av anorexia nervosa dreier seg om å skape relasjoner med pasienten med fokus på tanker og følelser som fører til lidelse. Gjennom et tett samarbeid er det mulig å kunne forebygge komplikasjoner som oppstår over lengre tid. Dette omhandler å bearbeide og gjenkjenne egne følelser og tanker rundt det som har ført til en spiseforstyrrelse, som videre har utviklet seg til anorexia nervosa. Behov og følelser er ofte noe uklare fenomener for en pasient som rammes av spiseforstyrrelser. Som sykepleiere er det viktig å hjelpe barn og ungdom til å utbygge og nyansere følelsesuttrykkene sine, slik at dette blir fokus og en rød tråd i behandlingsforløpet. Da puberteten inntreffer og man kommer i tenårene kan det ofte være vanskelig å uttrykke og snakke om følelser med familie, venner og eventuelt kjæreste. Derfor kan det være at manglende erfaring om å uttrykke følelser skaper utfordringer i å lære seg selv å kjenne på følelser og tanker. Denne bearbeidelsesprosessen handler om å lære pasienten at det er forskjell på følelser og handlinger. Man har lov til å være misfornøyd med seg selv, familie, venner, skole, idrett, med sin egen kropp eller hvilken utløsende faktor som har ført til utvikling av anorexia nervosa, uten at man må straffe seg selv for å gå ned i vekt (Keaschuk & Newton, s. 278 – 284).

I artikkelen skrevet av Duesund og Skårderud (2003) undres det på å bruke kroppen som et redskap for å glemme egne tanker om kropp og utseende ved å benytte fysisk aktivitet i behandlingen. Som sykepleiere bør vi ha et åpent syn på ulike behandlingsmåter for hvert enkelt individ som rammes av anorexia nervosa. Ingen er lik. Fysisk aktivitet har i mange tilfeller ført til bedret mental helse. Pasientgruppen som rammes av anorexia nervosa er en utsatt gruppe da fysisk aktivitet kan forverre den medisinske tilstanden hos de rammede. Et problemområde innenfor fysisk aktivitet hos denne pasientgruppen er at idrettsutøvere anses å være i et miljø som har høy forekomst av anorexia nervosa grunnet kroppspress og sterkt fokus på kropp og ernæring. Ernæring er hos dem noe som fungerer som provoserende faktorer hos pasienter som lider av spiseforstyrrelser. Forskning viser at selv om fysisk aktivitet bedrer mental helse, bør det forskes videre på om dette er relevant og forsvarlig for pasienter rammet av anorexia nervosa (Duesund & Skårderud, 2003).

Forskning av SY m.fl. (2013) fokuserer på livskvalitet hos pasienter som lider av anorexia nervosa. Funnet i forskningen viser at livskvaliteten er redusert både mentalt og fysisk hos pasienter som rammes av denne lidelsen. Både humør, mental helse, sosiale atferder samt tanker og følelser er med på å redusere livskvaliteten både mentalt og fysisk. Som tiltak for å øke livskvaliteten hos denne pasientgruppen understrekes det at det bør forskes videre på

fysisk aktivitet i en prosess av behandling for pasienter med anorexia nervosa. Vi sier oss enige i konklusjonen til Duesund og Skårderud om at et tiltak som fysisk aktivitet i behandlingsforløpet av anorexia nervosa bør avvikes grunnet somatisk helsetilstand. Fysisk aktivitet er ikke noe vi assosierer med en lidelse som anorexia nervosa, selv om det i forskningen til Duesund og Skårderud (2003) er bevist at fysisk aktivitet bedrer mental helse. Vi velger allikevel også å se åpent på andre muligheter i behandlingsforløpet, og at det vil være relevant for oppdatert kunnskap om behandling.

Hele behandlingsperioden med denne pasientgruppen er en langvarig og sammensatt prosess. For å oppnå en vellykket behandling må det settes i gang en behandlingsskjede. Her settes det opp kortsiktige mål og langsiktige mål. Kortsiktige mål retter fokus mot å redusere angst hos pasienten og normalisere spisemønstret. Langsiktige mål kan være å hjelpe pasienten med de psykologiske forholdene som gjorde at spiseforstyrrelsen utviklet seg (Hummelvoll, 2014). Etter lang og konkret behandling hvor pasienten har vært igjennom ulike faser, vil pasienten etter hvert komme til avslutningsfasen. Her er temaene om selvstendighet, mestring og selvaktelse hovedfokus. Underveis i prosessen har vi som sykepleiere og pasient satt opp langsiktige og kortsiktige mål, og i denne avslutningsfasen vil vi sammen evaluere arbeidet ut ifra målene som har blitt satt opp. Det viktige i denne fasen for den somatiske behandlingen er ikke at alle målene er tilstrekkelig nådd, men at vekten har blitt stabilisert, at en tilfredsstillende ernærings situasjon er oppnådd og at kroppsfunksjonene er normalisert. Videre skal pasienten ha fått opparbeidet seg kunnskaper og ferdigheter om kroppens funksjoner og ulike behov, samt oppnådd en mer realistisk oppfatning av egen kropp og syn på den. Det er også viktig at pasienten viser ansvar og står for egne valg (Hummelvoll, 2014).

Et tema som vil være gjennomgående igjennom hele behandlingsfasen er å hjelpe pasienten til å gjenopprette tillit til kroppen ved å kjenne på kroppens egne behov som sult og tørste. Kroppsbilde blir preget av mangel på stabilitet (Hummelvoll, 2014). Etersom valgt problemstilling foretar seg barn og ungdom i alderen 12 – 18 år kan det tenkes at engstelse for modningsprosessen er en utfordrende utviklingsfase. Under denne fasen i tenårene er det fra oss som unge kvinner selv, erfart store fysiske bearbeidelser hvor også de psykiske og sosiale utfordringene kommer til. Blant annet er det erfart at ytre faktorer som modeller, filmer, tv programmer og ulike ungdomsmagasiner prøver å danne et bilde av den perfekte kropp. Dette er for både gutter og jenter, hvor gutter får et bilde av å fremstå som slanke og veltrente, samtidig som jenter får et bilde av å være tynne, fint kledd, fint sminket og generelt fine med

et passende utseende ut ifra disse faktorene.

Når vi selv var yngre var det blant annet en virkelighet for oss å tro på disse retusjerte og overdrevne mediene, noe som førte til forventinger og prestisje. Ønskene om å se like perfekte ut som disse fremstilte "forbildene" befant seg spesielt på skole, idrett og fritid generelt. Etter hvert som vi er blitt eldre har vi større innsikt i hendelser som skjer i livet og dets omgivelser. Vi har opparbeidet et mer modent syn på de overnevnte ulike mediene, og hva de illustrerer et bilde av. Etter å ha selv vært igjennom denne modningsfasen, gir det oss et godt utgangspunkt i å prøve å forstå denne pasientgruppen. Dette vil bidra til å styrke oss som sykepleiere i behandlingsforløpet. Sykepleier må ha mye empatisk forståelse på veggen til å hjelpe pasienten med å kunne utvikle et forhold til følelser han/hun ikke har lett for å sette ord på. Det er samtidig viktig for oss som sykepleiere å skille mellom egne følelser og pasientens følelser, slik at man kan holde fokus mot å prøve å forstå pasientens følelser og hvordan pasienten har det (Hummelvoll, 2014).

I Ommen m. fl (2009) sin studie beskrives det hvor viktig det er at sykepleier har tillit og tiltro til pasientene. Dette førte til at pasientene ble bevisst på seg selv og eget potensiale. Dette førte videre til økt selvtillit og bedret selvfølelse. En vesentlig og sentral del av behandlingen var sykepleierens syn på menneske bak spiseforstyrrelsen. En annen forskning av Snell, Crowe og Jordan (2010) beskriver enigheten med Ommen m. fl (2009) og Travelbees sykepleierperspektiv om å se pasienten bak lidelsen, og at dette kunne styrke relasjonen mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2011). Gjennom egne erfaringer fra praksis har vi selv sett betydningen av å fokusere på hele mennesket og helhetlig sykepleie for å oppnå best mulig relasjon til pasienter som lider av anorexia nervosa.

Pasienter som lider av anorexia nervosa ser ikke på seg selv som syke. De ser på viljestyrken som fører til vektnedgang som en løsning og ikke et problem, og dermed blir det også vanskelig for oss som sykepleiere å bygge relasjoner og grunnlag for en hjelpende behandling. Det skilles mellom de som lider av anorexia nervosa som føler seg for store, og de som ser seg selv som store. Ofte har pasienten et realistisk syn på sin egen kropp, uten å akseptere det for seg selv (Røer, 2009). Pasienten kan se at kroppens behov ikke dekkes og alvorlighetsgraden av det. Det gjelder å møte pasienten med respekt og medmenneskelighet. Det er viktig for oss som sykepleiere å være ydmyk og samarbeide med pasienten, og ikke ta avgjørelser og motarbeide pasientens vilje. Til syvende og sist er det pasienten selv som må

innse behov for hjelp og behandling (Skårderud, 2004).

5.2 DISIPLIN SÅ VEL SOM SELVINNSIKT, FORNUFT SÅ VEL SOM EMPATI, LOGIKK SÅ VEL SOM MEDFØLELSE

Skårderud (2004) mener at selvforståelse for sykdommen er grunnleggende for en behandling hvis alle partene i prosessen vil bli hørt. Som tidligere nevnt kan terapeutisk behandlingsmetode tas i bruk. For oss som sykepleiere er det viktig å ha dyktighet innenfor en terapeutisk måte å utøve sykepleie. Dette handler om å ta med seg innblikk i situasjoner for å hjelpe andre. Travelbee (2011), forklarer at det er vesentlig og effektivt å bruke seg selv som et verktøy for å handle i ulike sykepleiesituasjoner. Vår personlighet og kunnskap som sykepleiere blir tatt i bruk med hensikt om å skape en forandret situasjon for barn og ungdom som lider av anorexia nervosa. For å oppnå dette kreves forståelse for oss selv som sykepleiere og andre samt kunnskap om ulike atferdshandlinger. Ved å bruke oss selv i et terapeutisk sykepleieperspektiv må vi ha en menneskelig holdning som baserer seg på nettopp det å være et medmenneske. Som sykepleiere kreves det disiplin, selvinnsikt og fornuft, samt logikk og medfølelse for å kunne bruke oss selv terapeutisk (Travelbee, 2011).

Denne terapeutiske behandlingsmåten er erfart fra egen praksis hvor det ofte er forvekslet med vennlighet i stedet for helsefremmende sykepleie. Det er for oss som sykepleiere viktig å ha en vennlig fremgangsmåte i møte med pasienter, men samtidig huske på at vennlighet ikke kan erstattes med kunnskap og sykdomsinnsikt (Travelbee, 2011). Erfaringsmessig fra praksis i møte med pasient som led av anorexia nervosa, brukte pasienten ulike unnskyldninger for å slippe unna undersøkelser som hun selv anså som unødvendige og nedverdige. Hun var manipulerende og gjorde alt for å unngå situasjoner hun selv anså som forgjeves. Som sykepleier var det utfordrende å holde en disiplinert, ideell tilnæringsmåte. Allikevel var det viktig å vise vennlighet for å møte den syke i situasjonen hun var i der og da. Vi tolker derfor den terapeutiske behandlingsmåten som fullkommen kombinasjon av å være et medmenneske, ha en profesjonell rolle som sykepleier og samtidig vise empati og ha en intellektuell tilnæringsmåte (Travelbee, 2011).

Studien av Snell, Crowe & Jordan (2010), beskriver den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient som et godt utgangspunkt i behandlingsprosessen hos pasienter som lider av anorexia nervosa. Fokuset i studiet var å finne ut om sykepleier kunne bidra og

motivere til en sunnere livsstil og normalisert kroppsvekt gjennom denne behandlingsprosessen. Snell, Crowe & Jordan (2010) brukte tre ulike kategorier for å ivareta det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient. Disse tre kategoriene omhandlet utvikling, tilnærming og koordinering av det terapeutiske forholdet. Barn og ungdom som lider av anorexia nervosa møter vi som sykepleiere på somatisk og psykiatrisk sykehus. Her er det viktig vi som sykepleiere setter mål sammen med pasienten for å ivareta et normalisert matinntak som et grunnlag på videre behandling. Studiet konkluderer med at sykepleierne erfarer utfordringer og ferdigheter som spiller inn i situasjoner hvor pasienten yter motstand i behandlingsprosessen. For sykepleiere øker dette forståelsen for at den terapeutiske relasjonen kan være nyttig men samtidig by på utfordringer på tvers av ulike sammenhenger i behandlingen.

Selv om sykepleiere erfarer utfordringer og ferdigheter, er det viktig at vi har et bredt kunnskapsnivå og dekkende dyktighet i møte med denne sårbare pasientgruppen som lider av anorexia nervosa. I studien av Ryan m.fl (2006) understrekes det at sykepleiere skal ha et bredere kunnskapsfelt enn andre helsearbeidere. Dette for å utøve oppfølgende observasjoner og endringer hos pasientgruppen over en lenger periode. Det kvalitative studie som ble gjennomført tok for seg barn og ungdom på tre ulike avdelinger på sykehus. Disse avdelingene har pasienter fra 8 – 11 år, 12 – 14 år og 14 – 18 år. Det beskrives videre at denne pasientgruppen har behov for jevn pleie og omsorg underveis i behandlingen. Det formuleres også at pasientene så på den profesjonelle sykepleieren som en morsfigur som observerte, rettledet og som stadig var tilstede. Denne forskningen vekket ekstra interesse siden vi har erfart et godt tverrfaglig samarbeid med andre helsearbeidere mellom somatisk sykehus og barne- og ungdomspsykiatrien. Helhetlig observasjon av pasientgruppen er viktig på begge institusjonene for å unngå at pasienter som lider av anorexia nervosa skal unngå å føle seg som en ”kasteball” mellom somatisk og psykisk behandling.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan vi som sykepleiere kunne bidra til å fremme mestring i behandlingsforløpet som er viktig for å kunne hjelpe barn og ungdom som lider av anorexia nervosa. Etter å ha lest litteratur og forskningsartikler om temaet er det funnet ut at det er flere faktorer som spiller inn for å kunne nå dette målet. At vi som sykepleiere etablerer en god terapeutisk relasjon til pasienter med spiseforstyrrelser vil være et avgjørende utgangspunkt for videre kommunikasjon- og relasjonsbygging, forholdet mellom oss og pasient, behandlingsforløpet og mestring av det. Vi som sykepleiere må bruke egen personlighet og kunnskaper for å oppnå et forhold til pasienten som lider av anorexia nervosa. Ved mangel på relasjon er det fare for at behandlingen blir mangelfull og større rom for at barn og ungdom som lider av anorexia nervosa ikke fortsetter behandling. Samtidig er oppfølging av pasientgruppen viktig da de etter behandling kommer tilbake til miljøet som førte dem til de *tvungne tankene* om den "perfekte kropp". Tiltak som gruppeterapi kan for barn og ungdom være til god nytte da det her blir fokusert på tanker, følelser og atferd. Samtidig er det en mulighet å møte andre med samme lidelse, slik at skam og skyld ikke blir hinder i videre behandling.

I og med at denne pasientgruppen fra før av har grunnleggende relasjonsutfordringer, er det å etablere en relasjon til barn og ungdom en utfordring for oss som sykepleiere. Vi som sykepleiere må ha nødvendige kommunikasjonsevner fordi gjennom kommunikasjon kan man hjelpe barn og ungdom til å mestre sin lidelse. Det er viktig å ha kunnskap om dette siden barn og ungdom i alderen 12 – 18 år har ulik virkelighetsoppfatning og syn på lidelsen. Pasienter som lider av anorexia nervosa lukker seg inn i seg selv og slipper svært få mennesker innpå seg. For at denne pasientgruppen skal fullføre behandling er informasjon fra oss som sykepleiere en viktig faktor. Vi må gi god og tilstrekkelig informasjon om spiseforstyrrelsen, konsekvensene av lidelsen og hvordan den påvirker pasientens fremtid og helse. For å kunne gi informasjon til pasientgruppen kreves det at vi har kunnskaper om lidelsen. Vi som sykepleiere må ha kunnskap om anorexia nervosa og behandlingen som kan gis for å kunne gi pasienten trygghet og hjelp til å mestre sin lidelse. Vi må også ha nødvendige kunnskaper for å kunne utføre sykepleie på en omsorgsfull og kyndig måte. Uten disse nødvendige kunnskapene kan ikke vi som sykepleiere fremme mestring fordi vi ikke vet hva som er viktig for pasienten. Som sykepleiere må vi møte denne pasientgruppen med en

motiverende og inspirerende rolle, slik at pasienten får hjelp til å se på lidelse og situasjon fra en lysere side.

Uansett hvilken institusjon vi som sykepleiere vil møte barn og ungdom med anorexia nervosa, må vi utøve helhetlig sykepleie med fokus på problemfokuseret - og følelsesmessig mestring, god omsorg, respekt og medmenneskelighet. Det er viktig å se viktigheten med et godt tverrfaglig samarbeid mellom somatisk sykehus og barne- og ungdomspsykiatri i behandling av denne pasientgruppen. I behandlingsforløpet må vi som sykepleiere finne en balanse mellom å ha disiplin så vel som selvinnsikt, fornuft så vel som empati og logikk så vel som medfølelse. Vi må som sykepleiere kunne forstå og sette oss inn i situasjonen til barn og ungdom for å kunne bidra til mestring i behandlingsforløpet da tankene tvinger.

LITTERATURLISTE

* Cavanagh, S. J. (2008). *Orems – sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity. [http://dx.doi.org/ 10.1177/1359104503008001007](http://dx.doi.org/10.1177/1359104503008001007)

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

* Fennell, M. (2007) *Å bekjempe lav selvfølelse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag AS.

* Folkehelseinstituttet. (2004). *Kroppsmasseindeks. (KMI) og helse*. Lokalisert på:

<http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/kroppsmasseindeks-kmi>

* Folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med anoreksi – erfaringer fra mennesker med diagnosen*.

Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/04d4b275f5.pdf>

* Folkehelseinstituttet. (2014). *Spiseforstyrrelser - fakta om anoreksi, bulimi og*

overspisingsslidelse. Lokalisert på <http://www.fhi.no/artikler/?id=46874>

* Halvorsen, C. (2007). *Mer spiseforstyrrelser blant menn*. Lokalisert på:

<http://www.dinside.no/393023/mer-spiseforstyrrelser-blant-menn>

* Heidenreich, K. S. (2001). Empati i Lege-pasient-forholdet – teknikk eller etikk?

Tidsskriftet. Lokalisert 10.02.2015 på <http://tidsskriftet.no/article/324642>

* Helsebiblioteket. (2014). *Anoreksi*. Lokalisert på:

<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/brosjyrer/anoreksi>

* Helsedirektoratet. (2007). *Ernæring i helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

* Hougen, N. H. (2012). *Jeg er vakker og stygg som juling. Terapi og selvhjelp ved spiseforstyrrelser*. Oslo: Nova Forlag AS

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Keaschuk, R. A. & Newton, A. S. (2008). The person with an eating disorder. I P. Barker, *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring, Second Edition*. (s. 278 – 284). Scotland: Hodder Arnold Hachette Lidre UK.

* Levåg, S. (2002) *Bare litt til – Veien ut av spiseforstyrrelsen*. Oslo: Lunde Forlag AS.

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012).

Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.),

helsefremmende sykepleie – i teori og praksis. (s. 23 – 43). Bergen: Fagbokforlaget
Vigmostad & Bjørke AS.

* Norsk Helseinformatikk. (2013). *Forekomst av anoreksi*. Lokalisert på
<http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-forekomst-9284.html> (11.02.2015).

* Norsk Helseinformatikk. (2013). *Spisevegring, oversikt*. Lokalisert på
<http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-oversikt-1029.html> (06.02.2015).

* Ommen, J. V., Meerwijk, E. L., Kars, M., Elburg, A. V & Meijel, B. V (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients´perspective. *Journal of Clinical Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x>

* Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-3. (2015).

* Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M. (2006). Discursive Constructions of `Eating Disorders Nursing`: An Analysis of Nurses` Accounts of Nursing Eating Disorder Patients. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.666>

* Røer, A. (2009). *Spiseforstyrrelser – Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanick, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x>

* Sortland, K. (2011). *Ernæring – mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

* Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: retningslinjer for behandling i spesialhelsetjenesten*. (Utredningsserie IK – 2714/7 – 2000). Oslo: Statens helsetilsyn.

* Sy, R., Ponton, K., De Marco, P., Pi, S. & Ishak, W. W. (2013). Quality of life Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2013.779176>

* Tetzchner, S. V. (2002). *Utviklingspsykologi – barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Trollvik, A. (2011). Barn som har astma – helsefremmende læring. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1.utg., s. 105 – 130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Wade, T. D., Frayne, A., Edwards, S-A., Robertson, T. & Gilchrist, P. (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment.

<http://dx.doi.org/10.1080/00048670802653356>

* WHO (1986). *Ottawa Charteret for Health Promotion*. Lokalisert på:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

* Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 s. 154-61 (lest 03.02.15)