

Sykepleieres møte med mannlige pasienter med anorexia nervosa

Kandidatnummer: 102 & 210

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14B

Antall ord: 8995

Dato: 19.04.22



Lovisenberg
diakonale høgskole

‘’Han trente daglig. Så røk akillessenen. Han ble sittende stille. Han kjedet seg. Han kjente hvordan idretten ikke bare hadde vært et ok miljø, men også en måte for å drive ut rastløshet og uro. Nå var uroen der. Og han la på seg noen kilo, fordi han fortsatte å spise omtrent samme mengder mat som før. De kiloene ville han få vekk så fort som mulig. Han gjorde en kraftanstrengelse’’ - (Skårderud, 2013, s.77)

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 19.04.22
Tittel: Sykepleieres møte med mannlige pasienter med Anorexia Nervosa	
<p data-bbox="167 392 367 425"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="167 448 1364 660">Oppgaven handler om menn diagnostisert med AN på døgnbemannet psykiatrisk avdeling, innlagt under frivillig psykisk helsevern. Med hensyn til dette har vi formulert problemstillingen “<i>Hvilken kompetanse savner mannlige pasienter med anorexia nervosa hos sykepleiere?</i>”</p> <p data-bbox="167 739 430 772"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="167 795 1364 1064">I teorikapitlet presenteres diagnosen anorexia nervosa. Med hensyn til dette tar vi for oss det tradisjonelle symptombildet ved lidelsen. I tillegg vil vi forklare sykepleierens rolle under behandling. Videre, presenteres Joyce Travelbee sin teori i sammenheng med den terapeutiske relasjon mellom sykepleier og pasient. Vi vil også belyse omsorgsfilosofien personsentrert sykepleie. Avslutningsvis, vil vi ta for oss relevante lovverk og retningslinjer.</p> <p data-bbox="167 1142 271 1176"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="167 1198 1364 1411">I metodekapitlet vil vår fremgangsmåte og søkestrategi gjøres rede for. Relevant faglitteratur og valgte studier vil bli presentert og kildekritisert. Vi vil med hensyn til dette også forklare relevansen av kvalitative studier og deres inklusjon- og eksklusjonskriterier. Avslutningsvis, vil vi ta for oss etiske hensyn.</p> <p data-bbox="167 1489 279 1523"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="167 1545 1332 1702">Med hensyn til problemstillingen drøftes disse punktene: skam, utenforskap, somatiske og psykiske konsekvenser, ambivalens som en utfordring for den terapeutiske relasjonen og personsentrert sykepleie. Vi vil også trekke inn Joyce Travelbee sin teori i dette kapitlet.</p> <p data-bbox="167 1758 319 1792"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="167 1803 1364 2004">Flere menn kan kjenne på skam relatert til sin spiseforstyrrelse da man ofte betrakter dette som en kvinnelidelse. Pasienter med AN vil ofte være preget av somatiske og psykiske plager. Sykepleier bør i den forstand etablere en balanse mellom å behandle somatiske og psykiske plager. Flere pasienter preges videre av ambivalente holdninger, Dette kan bidra til</p>	

at det er vanskelig å gi slipp på spiseforstyrrelsen. Mannlige pasienter med AN uttrykker også et stort ønske om personsentrert behandling tilpasset deres individuelle behov, i den forstand belyser de også viktigheten av gruppebehandling og betydningen av flere mannlige sykepleiere på avdelingen.

(Totalt antall ord: 297)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Temaets sykepleiefaglig relevans	2
1.3 Bacheloroppgavens hensikt & valgt problemstilling	2
1.4 Avgrensninger	3
1.5 Begrepsavklaringer	4
1.6 Bacheloroppgavens disposisjon	4
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	6
2.1 Anorexia nervosa	6
2.2 Det psykiske symptombildet ved anorexia nervosa	7
2.2.1 Toxic Masculinity	7
2.3 Det somatiske symptombildet ved anorexia nervosa	8
2.4 Sykepleierens rolle under behandlingen	9
2.5 Terapeutisk relasjon og allianse	10
2.6 Personsentrert sykepleie	11
2.7.1 Juridiske aspekter ved behandlingen	12
2.7.2 Yrkesetiske retningslinjer	13
3. Metode	14
3.1 Metodebeskrivelse	14
3.2 Søkestrategi & valg av databaser	14
3.2.1 Valgte emneord	15
3.3 Inklusjon-og eksklusjonskriterier	17
3.4 Kvalitativ forskning	18
3.5 Annen faglitteratur og støttende litteratur	19
3.6 Kildekritikk	19
3.6.1 Kritikk av øvrig litteratur:	20
3.6.2 Kritikk av søk:	20
3.6.3 Kritikk av valgte forskningsartikler:	20
3.7 Etske hensyn	21
4. Presentasjon av forskningsresultater	21
4.1 Matrise	22
5. Drøftning	24
5.1 Følelsen av skam og utenforskap hos mannlige pasienter med anorexia nervosa	24
5.2 Somatisk konsekvenser versus psykiske konsekvenser	26
5.3 Ambivalens som en utfordring for den terapeutiske relasjon	28
5.4 Betydningen av personsentrert sykepleie	30

5.4.1 Fra kjønnsesifikk behandling til personsentrert behandling	30
5.4.2 Gruppebehandling med kun mannlige deltakere?	32
5.4.3 Betydningen av mannlige sykepleiere på avdelingen	32
6. Avslutning	33

1. Innledning

I dette kapitlet vil vi først introdusere vårt valgte tema, og beskrive temaets sykepleiefaglige relevans. I tillegg vil vi presentere bacheloroppgavens hensikt og problemstilling. Videre vil vi beskrive avgrensninger vi har foretatt oss, og avklare sentrale begreper i problemstillingen. Avslutningsvis, vil vi legge frem bacheloroppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere spiller en sentral rolle i møte med pasienter som lever med spiseforstyrrelser, og fungerer som en aktiv støttespiller under behandlingsforløpet (Snell et al., 2010, s.356). I nyere tid har det vært et økende fokus på spiseforstyrrelser hos menn (Keery, 2004, sitert i Knepe, 2015). Menn kan påvirkes av det mannlige skjønnhetsidealet, som omfatter at en både skal være muskuløs og slank (Frederick et al., 2007, sitert i Knepe, 2015).

Ifølge Hummelvoll (2012) er spiseforstyrrelser hos menn lite forsket på (s.312). Det sies at omtrent hver tiende person som lider av spiseforstyrrelser er menn (Martinsen, 2011, sitert i Hummelvoll, 2012, s.312). Det foreligger likevel en grunn til å anta at den nåværende statistikken skjuler et stort mørketall av tilfeller (Woodside et al., 2001, sitert i Hummelvoll, 2012, s.312).

Vi har lenge engasjert oss i psykisk helse blant menn, særlig hvordan spiseforstyrrelser kan ramme enkeltindividet. Vi har derfor valgt å skrive om mannlige pasienter med anorexia nervosa.

1.2 Temaets sykepleiefaglig relevans

Anorexia nervosa har den høyeste dødelighetsraten av alle psykiske lidelser (Edakubo & Fushimi, 2020, s.7). Edakubo & Fushimi (2020) belyser også at menn med anorexia nervosa har dobbelt så høy morbiditet, sammenlignet med kvinnelige pasienter (s.1). Sykdomsbildet til en pasient med anorexia nervosa kan være komplekst, og pasienten vil ofte oppleve psykiske og somatiske plager. Dette kan føre til et komplisert behandlingsforløp, og ofte vil

det være behov for at sykepleieren er løsningsorientert (Skårderud, 2020, s.151).

Sykepleieutøvelsen stiller krav til at sykepleiere stadig oppdaterer sin faglige kompetanse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.24). I studiet til Sangha et al. (2019) belyses det at helsepersonell ofte mangler kompetanse om menn med spiseforstyrrelser, da majoriteten som mottar behandling er kvinnelige pasienter (s.1). I tillegg beskriver Richardson & Paslakis (2020) i sin studie at en stor utfordring særlig sees i forbindelse med mannlige pasienters vilje til å åpne seg opp om sine tanker og behov rundt sin spiseforstyrrelse (s.2). Sett i lys av disse forskningsfunnene, er temaet svært relevant for sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen.

1.3 Bacheloroppgavens hensikt & valgt problemstilling

Hensikten med vår bacheloroppgave er å utforske hvilken kompetanse mannlige pasienter med anorexia nervosa etterspør hos sykepleiere. Vi er spesielt interesserte i pasienterfaringene til menn, og hvordan disse erfaringene kan bidra til å styrke sykepleieres kompetanse.

Pasientens erfaringer og opplevelser kan bidra til å øke sykepleieres kunnskap, og dermed også sikre en sykepleieutøvelse av høy kvalitet (Graverholt et al., 2016, s. 185-186). Vi velger å fokusere på menn over 18 år frivillig innlagt på døgnbemannet psykiatrisk avdeling.

På bakgrunn av bacheloroppgavens hensikt, har vi formulert følgende problemstilling:

‘Hvilken kompetanse savner mannlige pasienter med anorexia nervosa hos sykepleiere?’

1.4 Avgrensninger

Det skilles hovedsakelig mellom tre typer spiseforstyrrelser - Anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse (Skårderud, 2020, s.146-148). Begrepet spiseforstyrrelser nevnes gjennomgående i oppgaven. Det er derimot viktig å nevne at oppgaven vår omhandler anorexia nervosa. Videre i bacheloroppgaven vil vi bruke forkortelsen AN fremfor begrepet anorexia nervosa. Vi vil også henvende oss til pasientgruppen ved å bruke termene *‘han’*, *‘mannen’* og *‘pasienten’*. Det er store aldersforskjeller blant deltakerne i våre inkluderte forskningsartikler. Vi har derfor tatt for oss et bredt aldersspenn, med fokus på voksne menn i alderen 18 år og eldre. Selv om det er store aldersforskjeller blant deltakerne i

forskningsartiklene vi har inkludert, har vi observert at deltakerne ofte har lignende erfaringer og opplevelser under behandling. Vi har derfor ikke ansett dette som et aktuelt område å avgrense.

Behandling i forhold til AN er komplekst og omfattende. Sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen er som oftest en del av et tverrfaglig team - bestående av leger, psykologer, ernæringsfysiologer og andre relevante yrkesgrupper. Hvert medlem i det tverrfaglige teamet har ulike ansvarsområder (Joy et. al., 2003, s.1). Pasientens pårørende har også en sentral rolle under behandling, og vil ofte fungere som motiverende støttespillere (Helsedirektoratet, 2017). Vi har likevel valgt å ekskludere disse aktørene, da vi utelukkende er opptatt av hvilken kompetanse denne pasientgruppen savner hos sykepleiere. AN kan sees i sammenheng med flere årsaksforklaringer (Helsedirektoratet, 2017). I bacheloroppgaven vår fokuserer vi imidlertid ikke på de bakenforliggende årsakene til AN. Vi har også valgt å utelukke diagnostiske kriterier ettersom vi tar for oss pasienter som allerede har fått diagnosen, og er under et aktivt behandlingsforløp. Vi har også valgt å ekskludere medikamentelle forhold rundt AN behandling.

Videre avgrenser vi bacheloroppgaven til å kun gjelde pasienter som er frivillig innlagte. Årsaken bak dette skyldes at tvang kan utfordre relasjonen mellom sykepleier og pasient (Hem & Gonzalez, 2020, s.89). Sykepleiere stiller seg pliktige til å etterfølge en rekke juridiske og etiske bestemmelser (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ettersom dette er et bredt tema, har vi kun fokusert på spesifikke lover og yrkesetiske retningslinjer som er relevante å utdype i forhold til vår problemstilling. Vi vil utdype disse momentene i underkapittel 2.7. I matrisen har vi inkludert to forskningsartikler som tar for seg pasienterfaringene til menn som ikke er under aktiv behandling. Deltakerne i disse studiene reflekterer derimot rundt hvilke faktorer som var vesentlige for at de skulle oppnå bedring under behandling. Vi mener dette er av god relevans til sykepleieres yrkesutøvelse, da vi tar for oss hvilken kompetanse mannlige pasienter med AN savner hos sykepleiere.

1.5 Begrepsavklaringer

Det er flere begreper som nevnes i bacheloroppgaven. Disse begrepene er godt definert og omtalt i sine respektive kapitler. Begrepet anorexia nervosa står sentralt i oppgaven, og vil utdypes i kapittel 2.1.

Kompetanse: Kompetanse defineres som ens evne til å mestre oppgaver og håndtere utfordringer i konkrete situasjoner i samsvar med sine kvalifikasjoner. Kompetanse omfatter også kunnskap, ferdigheter og verdier, samt hvordan sykepleiere omsetter dette til å ta gode beslutninger og handlinger innenfor bestemte situasjoner. Begrepet kompetanse kan ansees som dynamisk, da sykepleieres kompetanse stadig utvikles (Bjørk, 2004, s.197).

1.6 Bacheloroppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil vi gjøre rede for AN som diagnose, herunder psykiske og somatiske aspekter ved lidelsen. Vi vil også gå nærmere inn på sykepleierens rolle under behandling, viktigheten av en terapeutisk relasjon og personsentrert sykepleie. Videre vil vi trekke inn relevante lovverk og yrkesetiske retningslinjer. I kapittel 3 vil vi gjøre rede for vår valgte metode, og beskrive relevant kildekritikk. I kapittel 4 vil vi presentere hovedfunnene i hovedartiklene vi har inkludert i matrisen. Disse funnene vil drøftes opp mot problemstillingen vår i kapittel 5. Vi vil gå nærmere inn på Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold både i kapittel 2 og kapittel 5. I siste del av bacheloroppgaven, kapittel 6, vil vi oppsummere hovedfunnene fra drøftingsdelen og besvare problemstillingen.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I teorikapitlet vil vi først gjøre rede for AN som diagnose, herunder også det psykiske og somatiske symptom bildet. I tillegg vil vi forklare sykepleierens rolle under behandling. Videre vil vi trekke fram den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient, og nytten av personsentrert sykepleie. Joyce Travelbee's sykepleieteori vil nevnes i deler av kapitlet. Avslutningsvis, vil vi nevne relevante juridiske og etiske bestemmelser som er relevante i forhold til AN behandling.

2.1 Anorexia nervosa

AN karakteriseres hovedsakelig av et vekttap som både fremkalles og vedlikeholdes av pasienten. AN er forbundet med en spesifikk psykopatologi, hvor frykten for fedme og en lubben kroppsfigur dominerer hverdagen i form av påtrengende tanker (Skårderud, 2020, s.147). Hos en pasient med AN vil spisevegringen ytre seg gjennom et sterkt fokus på kalorier, slanking og kroppsutseende (Hummelvoll, 2012,s.310). Selv om han er avmagret gjenkjenner pasienten ikke dette selv, da kroppsbildet hans har blitt forvridd over lengre tid (Hummelvoll, 2012, s.311). Ofte vil pasienter med AN anerkjenne at de er for tynne, og enkelte misliker at de er undervektige. Paradoksalt nok opplever flere pasienter med AN store vanskeligheter knyttet til ernæring, grunnet deres dominerende tankemønster om mat og kropp (Skårderud, 2020, s.147). Mange mannlige pasienter med AN kan ofte ha et muskuløst kroppsideal, og passer nødvendigvis ikke inn i den stereotypiske oppfatningen om at pasienter med AN både skal være avmagret og tynne (Skårderud, 2020, s.146).

2.2 Det psykiske symptombildet ved anorexia nervosa

Psykiske forstyrrelser begynner ofte tidligere hos menn sammenlignet med kvinner. Dette gjenspeiler seg ofte gjennom et forstyrret kroppsbilde og depressive perioder (Hummelvoll, 2012, s. 313). Pasienter med AN kan ofte oppleve fordeler med spiseforstyrrelsen sin, og dette vil ofte uttrykke seg i form av spiseambivalens (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 103). Den ambivalente holdningen kan oppfattes som konfliktfylt for pasienten, ettersom dette ikke er et uttrykk på vrangvilje, men heller at det oppleves som nærmest umulig å gi slipp på spiseforstyrrelsen (Torsteinsson & Hage, 2020, s. 103). Ofte vil pasienten også benekte at han lever med en spiseforstyrrelse. Pasienter med AN har ofte en del ritualer og rutiner i forbindelse med mat og trening (Hummelvoll, 2012, s.311).

Mennesker med AN kan ofte miste kontakt med virkeligheten, særlig sitt sosiale liv, da dette er en stor hindring i det kropps- og matsentrerte livet. Nærhet kan true autonomien hans, og han forsøker derfor å unngå situasjoner der dette kan bli et tilfelle (Hummelvoll, 2012,s.310). For å klare å opprettholde spiseforstyrrelsen vil han benytte seg av avstenging og innkapsling som håndteringsstrategier (Skårderud, 2013, s.42). Mye av dette kan knyttes opp mot å leve med en lidelse som i sterkt grad oppfattes å være en kvinnelig sykdom. I tillegg vil den tradisjonelle kjønnsrollen om at menn skal være sterke og modige, føre til at behovet for å skjule problemet vokser sterkt (Hummelvoll, 2012, s. 312). I slike tilfeller utvikler flere menn med AN angst, og mange av pasientene kan frykte at de fremstilles som feminine. Tanken om å ikke være mandig nok skremmer flere menn med diagnosen (Hummelvoll, 2011,s. 313).

2.2.1 Toxic Masculinity

Begrepet '*Toxic Masculinity*' anvendes for å forklare skadelige tanker om hva den mannlige kjønnsrollen innebærer (Landu, 2021). Stereotypiske mannlige egenskaper kan ofte føre til et stort press og forventninger blant menn (American Psychological Association, 2018, s.6). Flere menn med AN kan oppleve utfordringer i forbindelse med å åpne seg opp om sine tanker og behov under behandling i frykt for å bli sett på som følelsesladde og mindre maskuline. Dette kan føre til skam hos den rammede, noe som igjen kan fremkalle en økt følelse av mindreverdighet (Hummelvoll, 2012, s.312). Under behandling for AN kan dette føre til utfordringer når sykepleieren forsøker å etablere en relasjon til pasienten, og hjelpe han med stabilisere sitt følelsesliv (Snell et al.,2010, s.4).

2.3 Det somatiske symptombildet ved anorexia nervosa

Sykepleiere som arbeider med AN pasienter må besitte tilstrekkelig kunnskap om de somatiske komplikasjonene ved lidelsen. Kroppen vil belastes som følge av pasientens underernæring. Dette kan føre til kroppslige skader og symptomer som kan ha et dødelig utfall (Skårderud, 2013, s. 60). Det somatiske symptombildet hos menn og kvinner har klare likhetstrekk (Woodside et al. 2001, sitert i Hummelvoll, 2012, s.313). Når pasienten med AN utsettes for et stort vekttap kan han bli alvorlig avmagret. Dette fører til betydelige forstyrrelser i alle kroppens organer. Skårderud (2013) beskriver videre denne prosessen som følgende: ‘‘Alt slankes. Det spares på energi og kroppen går på sparebluss’’ (s.60). Dette innebærer blant annet at han begynner å fryse mer, får dårligere perifer blodsirkulasjon med kalde, blålige hender og føtter, samt får han også langsom puls og et lavt blodtrykk

(Halvorsen & Sandvik, 2020, s. 261). I følge Hummelvoll (2012) utsettes pasienter med AN også for dehydrering, tørr hud og håravfall. I tillegg vil pasienten ofte være utsatt for infeksjoner, som følge av at immunforsvaret svekkes over tid (Halvorsen & Sandvik, 2020, s. 267).

Over lenger tid, vil konsekvensene av AN føre til at den rammede blir sterkt underernært i forhold til kroppens behov for næringsstoffer (Skårderud, 2013, s.60). Ettersom pasienten unnlater seg å spise kan mangel på næring føre til lavt blodsukker. Dette fører videre til at kroppen brenner fettvev og muskulatur (Halvorsen & Sandvik, 2020, s. 261). Underernæring over lenger tid vil også føre til stor mangel på næringsstoffer og mineraler. Pasienter med AN vil ofte ha mangel på mineralet kalium. Kaliummangel er en stor risikofaktor for hjerterytmeforstyrrelser, og den hyppigste årsaken til dødsfall blant disse pasientene (Halvorsen & Sandvik, 2020, s. 266). Seksuelle endringer er annerledes hos menn. Redusert fettvev vil føre til nedsatt produksjon av kjønnshormonet testosteron (Halvorsen & Sandvik, 2020, s. 261). Dette fører til at den seksuelle lystfølelsen hos menn svekkes (Hummelvoll, 2012, s.313) og etterhvert vil flere menn med AN også miste evnen til å få ereksjon (Thapliyal et al., 2014, s. 4). Den eneste måten en kan redusere symptomene på er ved å opprettholde en tilstrekkelig ernæringsstatus. Et økt energiinntak bidrar til å normalisere kroppsfunksjoner. Det vil også øke forbrenningen og kroppstemperaturen, og dermed bidra til økt vekt (Skårderud, 2013, s. 60).

2.4 Sykepleierens rolle under behandlingen

Hos pasienter som lever med AN har sykepleieren en problemløsende-, veiledende- og pedagogisk rolle. Alle disse rollene er integrert i sykepleierens kliniske kompetanse (Gonzalez, 2020, s.58). Sykepleie og behandling i forhold til AN er komplekst og sammensatt. Det er en langvarig prosess som krever at behandlingsforløpet aktiveres over et lenger tidsrom. Sykepleiefaglig arbeid i denne konteksten vil innebære å redusere pasientens angst, forsøke å gjenopprette en akseptabel vekt, samt også å normalisere pasientens spisemønster (Hummelvoll, 2012, s.322). I tillegg vil sykepleieren spille en rolle i å hjelpe pasienten bearbeide psykologiske og sosiale forhold som kan ha bidratt til utviklingen av spiseforstyrrelsen. Videre skal sykepleieren i samarbeid med pasienten utarbeide konstruktive problemløsnings- og mestringsmål (Hummelvoll, 2012, s. 323). Sykepleiere som arbeider med

pasienter som har AN, må ha kjennskap til at symptombildet til menn kan skille seg ut fra symptombildet til kvinner (Kneppe, 2015).

Det er også viktig at sykepleiere forsøker å se mannen bak lidelsen, og tilrettelegger for at hans individuelle behov ivaretas (Travelbee, 1999, s.65). I følge Travelbee, kan sykepleiere ofte oppfatte pasientene sine som "arbeidsoppgaver". Sykepleiere har som oftest flere arbeidsoppgaver å gjennomføre i løpet av en arbeidsdag, noe som kan føre til at man glemmer å se personen bak lidelsen. Som et resultat mister man evnen til å se det individuelle og unike i hver pasient (1999, s. 65). Travelbee beskriver videre dette gjennom en sykepleiers perspektiv som forteller: "Det er bare ansiktene deres som er forskjellige - men etter en stund ser de like ut for meg alle sammen". Hos mannlige pasienter kan det særlig være viktig at sykepleiere reflekterer rundt dette, da flere menn med spiseforstyrrelser ofte kan føle at behandlingen de mottar ikke er tilpasset deres behov (Collier, 2013, s.1). Derfor er det viktig at sykepleiere tilegner seg tilstrekkelig kunnskap om hvordan AN kan ramme menn. Menn kan ha særegne utfordringer som det er viktig at sykepleiere tar hensyn til under behandling, spesielt når de befinner seg i et miljø hvor flertallet er kvinner. Pasienten med AN sin behandling må tilpasses ut ifra hans individuelle behov (Richardson & Paslakis, 2020, s.10).

2.5 Terapeutisk relasjon og allianse

En terapeutisk relasjon eller et menneske til menneske- forhold er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet i psykisk helsearbeid (Gonzalez, 2020, s. 58). Gonzalez begrunner videre at en relasjon av høy kvalitet er helt sentral for å bygge tillit og allianse, da dette også kan anses som grunnsteinene i et relasjonsarbeid. For å kunne ivareta et godt forhold til pasienten, er det viktig at sykepleieren forsøker å skape en likeverdig relasjon (Travelbee, 1999, s.77). Det vil si et forhold der han opplever trygghet og ivaretagelse, samt gis rom til å være en aktiv deltaker i egen behandling. Relasjonsarbeid kan forstås som selve fundamentet i behandlingen for pasienter med AN (Gonzalez, 2020, s.58). Sykepleierens mål gjennom en terapeutisk relasjon og et menneske til menneske- forhold, er å hjelpe enkeltindividet, forebygge eller mestre sykdom eller lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 41).

Travelbee (1999) var også opptatt av “å bruke seg selv terapeutisk” hvor sykepleier ved bruk av egen personlighet og kunnskap kan frembringe forandring hos den syke (s.44). Travelbee (1999) mente videre at kommunikasjon er en viktig grunnstein i prosessen hvor sykepleier forsøker å etablere et menneske til menneske-forhold (s.135). Når sykepleier setter seg inn i pasientens livssituasjon, samt viser interesse og lytter til utfordringene hans, kan dette bidra til en følelsesmessig tilknytning og en allianse mellom sykepleier og den mannlige pasienten. Det kan derfor være hensiktsmessig å veksle mellom verbal og nonverbal kommunikasjon, møte pasienten, oppfatte, respondere og respektere det unike ved pasienten (Travelbee, 1999, s. 140). Dette kan også bidra til at han åpner seg opp og forteller om sine utfordringer, styrker og svakheter (Torsteinsson & Hage, 2020, s.102).

2.6 Personsentrert sykepleie

Personsentrert sykepleie er en tilnærming som handler om å ta hensyn til pasientens ønsker og behov under behandling. Pasientens opplevelse av egen sykdom står også sentralt i denne tilnærmingen (Holter & Grov, 2015, s. 32). Personsentrert sykepleie er avhengig av at sykepleieren kjenner pasienten. Dette innebærer at sykepleieren har forståelse ovenfor hvilke faktorer som er meningsfulle og betydningsfulle for han. Å kjenne pasienten i sykepleiesammenheng, innebærer også at sykepleieren har en forståelse for mannen bak pasientrollen (Kirkevold, 2015, s.201). Videre forutsetter dette at sykepleieren forsøker å danne et bilde av hvem pasienten er, og hvor han kommer fra. I tillegg er det også viktig at sykepleieren har innsikt i hvordan han ønsker at behandlingen skal utformes (Kirkevold, 2015, s.201). I følge Travelbee (1999), er det essensielt at sykepleiere ser på sykdom som en erfaring hvert enkelt menneske gjennomgår. Uten dette perspektivet, mener Travelbee videre at sykepleieren mister evnen til å forstå pasienten på et dypere nivå (s.126).

Hos pasienten med AN, vil spiseforstyrrelsen ofte ha en funksjon som han synes det er vanskelig å gi slipp på (Torsteinsson & Hage, 2020, s.103). Her kan personsentrert sykepleie

virke som et sentralt virkemiddel under behandling. Dersom sykepleiere legger vekt på å se mannen bak diagnosen, samt angir fordelene ved å gi slipp på spiseforstyrrelsen, kan man bidra til at pasienten opplever håp. Håp er viktig under behandlingen for spiseforstyrrelser, da det kan føre til endringsarbeid (Travelbee, 1999, s.65, 117). Imidlertid prioriterer ikke sykepleiere alltid personsentrert omsorg. Ifølge Travelbee (1999) mister sykepleiere over tid evnen til å se det unike i hver pasient. Hun beskriver dette som den menneskelige reduksjonsprosessen (s.64). Denne tankegangen handler om at sykepleiere ofte ser på pasientene sine som en sykdom eller en arbeidsoppgave, i stedet for et menneske (Travelbee, 1999, s.64). I følge Travelbee fører dette til at sykepleiere avhumaniserer pasientene sine (1999, s. 65). Dette kan føre til at pasienter ikke får individualisert sykepleie rettet mot deres enkelte behov, men heller tilbys standardisert og generalisert sykepleie.

2.7 Lovverk og etikk

I dette underkapitlet har vi trukket fram sentrale momenter i lovverk og relevante yrkesetiske retningslinjer. Det er flere punkter som er relevante innenfor et så bredt tema som lovverk og etikk. Med hensyn til vår problemstilling har vi derimot valgt å inkludere kapittel 2, §2.1 i psykisk helsevernlov og kapittel 3, §3.1 om medvirkningsrett i pasient-og brukerrettighetsloven. Forsvarlighetskravet som omtales i helsepersonelloven kapittel 2 §4, vil også nevnes. Avslutningsvis, vil vi nevne enkelte punkter i del 1 og 2 av de yrkesetiske retningslinjene.

2.7.1 Juridiske aspekter ved behandlingen

Sykepleieres yrkesutøvelse reguleres av flere juridiske bestemmelser. Her står pasient-og brukerrettighetsloven sentralt. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helsevesenet. I tillegg har loven også som formål å ivareta den enkelte pasient sin integritet, menneskeverd og liv (Helsedirektoratet, 2018). Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 fastslår at pasienten eller brukeren har medvirkningsrett under behandlingsforløpet. I praksis innebærer denne bestemmelsen at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom

tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, samt også undersøkelses-og behandlingsformer (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer samhandlingen mellom sykepleier og pasient når pasienter er innlagt på bakgrunn av frivillig psykisk helsevern (Syse, 2020, s.491). Pasienter med AN som er innlagt i henhold til kapittel 2, §2-1 i psykisk helsevernlov er frivillig innlagt, og oppfyller vilkårene for samtykkekompetanse. Det er derfor viktig at sykepleiere ivaretar pasientens samtykke (Psykisk helsevernlov, 1999, §2-1). Videre er forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, kapittel 2, §4, av stor relevans for sykepleiere under behandlingen av pasienter med AN. Sykepleiere har et individuelt ansvar for å utøve faglig forsvarlig sykepleie og målet er å yte helsehjelp ut fra pasientens behov (Flovik A.M, Rokseth T, 2015, s. 283). Faglig forsvarlig sykepleie omhandler også om å besitte tilstrekkelig fagkunnskap og ferdigheter til å fange opp helsefaglige problemstillinger (Helsepersonelloven, 1999, §4). Forsvarlighetskravet omfatter også å utføre helsehjelp som bidrar til redusere faren for helseskader (Lillemoen, 2015, s. 330).

2.7.2 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er med på å bevisstgjøre sykepleiere i rollen som fagperson (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere har en viktig nøkkelrolle i å fremme, forebygge, behandle og lindre lidelse. I den forstand har sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere har også et individuelt ansvar for å sette seg inn i aktuelle lovverk og retningslinjer som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Punkt 1 og 2 de yrkesetiske retningslinjene retter seg respektivt mot sykepleieprofesjonen og sykepleieutøvelsen overfor pasienten.

For å kunne utøve faglig, etisk og juridisk forsvarlig sykepleie som nevnes i punkt 1.3 i de yrkesetiske retningslinjene, har sykepleieren et individuelt ansvar i holde seg oppdatert på ny kunnskap som er relevant for deres yrkespraksis. Dette blir også nevnt i de yrkesetiske retningslinjene, punkt 1.1, "Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap" (Norsk sykepleierforbund, 2019). I følge punkt 1.4 i de yrkesetiske retningslinjene er det forventet at sykepleiere holder seg oppdaterte på forskning, utvikling og

dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). Videre, nevnes det i punkt 2.5 at pasienten skal få muligheten til å aktivt delta i sin behandling; ettersom sykepleier fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser i henhold til sin behandling (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette kan bidra til at sykepleier yter omsorgsfull hjelp, lindrer lidelse, fremmer helse, og forebygger sykdom som også er omtalt i punkt 2.1 og 2.10 i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019).

3. Metode

I metodekapitlet vil vi beskrive fremgangsmåten vi har benyttet ved innsamling av data, og legge fram vår søkestrategi. Videre vil vi nevne inklusjons-og eksklusjonskriteriene vi har utarbeidet i forbindelse med studiene i matrisen. Vi vil også nevne fordelene med kvalitative studier i henhold til vår problemstilling, og utdype valg av litteratur. I tillegg vil vi stille oss kritiske til kunnskapskildene vi har anvendt i bacheloroppgaven. Avslutningsvis, vil vi reflektere rundt etiske overveielser vi har foretatt oss i bacheloroppgaven.

3.1 Metodebeskrivelse

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Vi har samlet relevant data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å belyse vår aktuelle problemstilling (Dalland, 2020, s.199). Metode er en fremgangsmåte som hjelper oss å fremskaffe og etterprøve kunnskap på en fornuftig måte når vi belyser en problemstilling (Dalland, 2020, s.53). Dalland (2020) utdyper videre at metode kan sees på som et verktøy som hjelper oss å finne fram til ny kunnskap, samtidig som det også hjelper oss stille oss kritiske til i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare (s.53). Metoden vi har anvendt har gitt oss tilgang til et bredt utvalg av kunnskapskilder som har gjort det mulig for oss å besvare vår aktuelle problemstilling.

3.2 Søkestrategi & valg av databaser

I den tidlige fasen av arbeidet med bacheloroppgaven, var vårt hovedformål å undersøke sykepleieres holdninger ovenfor mannlige pasienter med AN. Vi ville belyse dette temaet ved hjelp av pasienterfaringer. Vi gjennomførte derfor flere søk i databasene CINAHL, PubMed og Medline for å finne relevant forskningslitteratur. Ettersom det har være utfordrende å finne studier om menn med AN, valgte vi å anvende en søkestrategi som baserer seg på å søke etter tekstord både i "title" og "abstract" for å gjøre det enklere å finne forskningsartikler. Vi fant flere relevante studier som omhandlet pasienterfaringer til menn med spiseforstyrrelser. Det var flere studier som påpekte at stigmatisering og fordommer rammer menn som er diagnostisert med spiseforstyrrelser. Under denne fasen benyttet vi emneord som "stigma", "males", "eating disorders", "anorexia nervosa" og "nurse attitudes" for å finne relevant forskningslitteratur. Pasienter kan imidlertid ikke snakke om sykepleieres holdninger. Pasientene kan kun ta for seg sine egne erfaringer. Vi forstod derfor i senere tid at vår daværende problemstilling ikke var hensiktsmessig å beholde.

Vi valgte derfor å rette fokus på pasienterfaringene til menn, og hvordan sykepleiere kan bedre sin kompetanse på bakgrunn av pasientenes erfaringer. I denne fasen endret vi vår søkestrategi. Vi valgte da å benytte oss av emneord som "eating disorders", "anorexia nervosa", "patient attitudes" og "treatment experiences" for å finne aktuelle forskningsartikler. I løpet av skriveperioden har vi funnet flere forskningsartikler i CINAHL, PubMed og Medline, som ble ekskludert fra matrisen og drøftingskapitlet, grunnet eksklusjonskriterier og endring av problemstilling. Disse forskningsartiklene ble likevel inkludert som tilleggslitteratur i vår bacheloroppgave, da de inneholdt viktige momenter som kunne trekkes inn i andre kapitler.

Ulempen med PubMed er at det ikke er mulig å finne søkeresultater for enkelte emneord. Siden Medline inngår i PubMed, ble denne søkemotoren også brukt til å finne søkeresultater til hvert enkelt emneord. Vi har også brukt nettsøkemotoren Google Scholar. Ettersom Google Scholar ikke er velegnet for å gjennomføre systematiske søk innenfor et fagområde (Lovisenberg diakonale høyskole, 2020), har vi kun brukt nettsøkemotoren for å finne fram til spesifikke artikler vi ikke fikk opp på PubMed og Medline. PubMed og Medline var de mest

brukte databasene i våre litteratursøk ettersom de er internasjonale databaser som er velegnet for å finne sykepleiefaglig forskning. Etter et spontant søk på Oria fant vi et relevant studie som vi valgte å inkludere i matrisen.

3.2.1 Valgte emneord

Vi har brukt PICO-skjema (vedlegg 1) og MeSH-termer for å finne aktuelle emneord. Vi har kombinert våre valgte emneord med “and” og/eller “or” etter hvilket element (enten P,I eller O) ordene var satt opp i PICO-skjema. Vi har anvendt PICO-skjema siden Desember, da vi begynte å foreta litteratursøk. Det vedlagte PICO-skjemaet inneholder derfor alle emneord som ble diskutert i fellesskap, selv om ikke alle emneordene ga oss suksessfulle eller tilstrekkelige resultater. Vi valgte å ikke benytte oss av ‘C’ elementet i PICO-skjemaet, da vi ikke anså dette som nødvendig.

(Tabell 1)

Tabell 1 inneholder kun de emneordene som ga oss forskningsresultatene vi var ute etter.

Nr.	Dato for søk	Database	Emneord	Antall treff på hver emneord	Avgrensninger	Antall treff, totalt med kombinasjon av emneord	Valgt forskning
1	21.03.22	Ovid MEDLINE	Eating disorders AND Treatment AND Men	Eating disorders 13132 Treatment 5422108 Men 3706	2012-2022 Male	161 totale treff	How do males recover from eating disorders? An interview study
2	21.03.22	Ovid MEDLINE	Eating disorders AND Treatment AND Men	Eating disorders 13132 Treatment 5422108 Men 3706	2012-2022 Male	161 totale treff	“There’s nothing there for guys”. Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study

3	21.03.22	Oria	Eating disorders OG Treatment OG Recovery	Eating disorders Treatment Recovery	2014-2022 Fagfellevurderte artikler Open access Engelsk	2 203 treff	Treatment experiences of males with an eating disorder: A systematic review of qualitative studies
4	21.03.22	Ovid MEDLINE	Anorexia nervosa AND Recovery AND Men	Anorexia nervosa 17896 Recovery 541563 Men 563491	2012-2022 Male English Language	12 totale treff	“It also taught me a lot about myself”: A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery

3.3 Inklusjon-og eksklusjonskriterier

For å forsikre at vi baserer bacheloroppgaven på nyere forskningsresultater valgte vi å avgrense søkene våre til studier som var maksimalt ti år gamle. Videre har vi kun søkt etter nordiske- og engelskspråklig forskningsartikler, ettersom vi er avhengig av å forstå både språk og kontekst i studiene. Det var i tillegg viktig for oss å velge studier gjennomført i vestlige land, for å forsikre at resultatene i studiene har overføringsverdi til norske pasienter. Vi har valgt å ekskludere kvantitative studier. Ettersom vi er ute etter å få innsikt i pasienterfaringene til menn med AN, foretrakk vi heller å bruke kvalitative studier.

Vi har også ekskludert studier med kvinnelige deltakere, ettersom vi utelukkende er opptatt av å etterforske menn med AN. Flesteparten av de tilgjengelige studiene som omhandler pasienter med AN, har vi oppdaget at ofte en dominerende andel med kvinnelige deltakere. I vår mening kan artikler som også tar for seg kvinner lett overskygge relevante forskningsfunn om menn. I de fleste studiene vi fant som handlet om menn med spiseforstyrrelser, hadde deltakerne forskjellige diagnoser, deriblant bulimia nervosa, overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser. Vi fant ikke forskning som utelukkende handlet om menn med AN. Vi valgte derfor studier der majoriteten av deltakerne eller litt over halvparten av

deltakerne hadde AN. Vi valgte studier med deltagere i aldersspennet 18 år og eldre, som var innlagt under frivillig psykisk helsevern. Videre har vi ekskludert studier som omtaler pårørende og sykepleieres perspektiver. Studiene vi inkluderte måtte i tillegg være overførbare for sykepleieres yrkespraksis.

(Tabell 2)

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Studier fra 2012-2022 - Norske eller engelskspråklige studier - Studier gjennomført i vestlige land - Kvalitative studier - Mannlige deltakere - Majoriteten av deltakerne har AN - Pasienter over 18 år - Frivillige innlagte pasienter - Pasientperspektiver - Relevante for sykepleieres yrkespraksis - ImRad struktur - Fagfellevurdert 	<ul style="list-style-type: none"> - Studier eldre enn 10 år - Studier publisert på andre språk enn norsk og engelsk - Studier gjennomført i ikke-vestlige land - Kvantitative studier - Kvinnelige deltakere - Studier hvor majoriteten av deltakerne hadde andre diagnoser enn AN - Pasienter under 18 år - Tvangsinnlagte pasienter - Pårørende- og sykepleieres perspektiv - Ikke ImRad struktur - Ikke fagfellevurdert

3.4 Kvalitativ forskning

Kvalitative forskningsmetoder anvendes når en ønsker å gå i dybden på et bestemt tema, med den hensikt i å forstå temaet i en bredere sosial kontekst. Derfor kan man si at dette er en fleksibel forskningsmetode, da det kan gi oss innsikt i pasientenes individuelle opplevelser av sykdom og helsetjenester (Brottveit, 2018 ,s.65). De valgte forskningsartikler inkluderer to semistrukturerte intervjustudier, en semistrukturert analyse, samt et dybdeintervju. Funnene i

de kvalitative studiene vi har valgt, har stor relevans til sykepleiere som arbeider med menn som har AN. Vi mener disse studiene kan bidra til at sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen, erverver mer fagkompetanse, og holder seg oppdaterte på nyere forskningsfunn - og dermed også blir flinkere til å reflektere mer rundt behovene til mannlige pasienter med AN.

3.5 Annen faglitteratur og støttende litteratur

I bacheloroppgaven har vi anvendt relevant pensumlitteratur og selvvalgt faglitteratur. Vi har hovedsakelig benyttet oss av *“Helt - Ikke stykkevis og delt”* og *“Psykiske lidelser”* for å forklare AN som diagnose, samt sykepleierens ansvarsområder under behandling for AN. Vi har benyttet oss av *“Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1”* i enkelte deler av bacheloroppgaven for å forsterke temaets sykepleiefaglige perspektiv. Vi har også brukt *“Klinisk sykepleie 1”*. Vi har hovedsakelig benyttet oss av Lovdata og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utformet av Norsk sykepleierforbund for å belyse temaets juridiske og etiske relevans. Selvvalgt litteratur har vi funnet ved å foreta spontane litteratursøk i Oria, samt brukt biblioteket på Lovisenberg diakonale høgskole. Vi har på flere anledninger også lånt litteratur på Deichman bibliotek. I deler av bacheloroppgaven, har vi henvist oss til offentlige dokumenter utformet av Helsedirektoratet. Videre har vi valgt å anvende Joyce Travelbee's teori om mellommenneskelige relasjoner. I tillegg har vi anvendt omsorgsfilosofien personsentrert sykepleie.

3.6 Kildekritikk

I følge Dalland defineres troverdigheten til en oppgave av hvorvidt kildegrunnet er godt beskrevet og begrunnet (2020, s.143). Siden vårt valgte tema er lite omtalt i forhold til mange andre temaer, har vi derfor foretatt oss en del kritiske hensyn for å sikre at resultatene vi drøfter i kapittel 5 er av betydning og relevante for vår problemstilling.

3.6.1 Kritikk av øvrig litteratur:

Vi har benyttet oss av noe faglitteratur skrevet av på 90-tallet og tidlig i 2000-årene. Vi har oppdaget at en del av kunnskapen som beskrives i eldre bøker, også gjengir seg i bøker publisert i nyere tid. Vi har derfor ikke ansett det som et behov å ekskludere eldre bøker. Litteraturen vi har anvendt for å belyse de somatiske aspektene ved lidelsen kan beskrive et

generelt sykdomsbilde. Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelige forhold har blitt beskrevet i flere fagbøker. For å unngå fortolkninger av Travelbee's teori har vi derfor brukt primærkilden. Primærkilden har derimot blitt oversatt til norsk, av den grunn kan det ha ført til at noen av Travelbee's originale synspunkter ikke kommer konkret fram.

3.6.2 Kritikk av søk:

I løpet av søkeprosessen har vi utført søk basert på vår egen forforståelse av temaet. I tillegg har vi kun benyttet oss av databaser vi er godt kjent med. Disse faktorene kan ha bidratt til at vi har oversett forskningsartikler som kan være relevante for vår problemstilling. Databasene vi har valgt å anvende under søkeprosessen er likevel velegnede, av den grunn at de omfatter sykepleiefaglige studier. Inklusjons-og eksklusjonskriteriene vi har foretatt oss (henviser til kapittel 3.3), har også hjulpet oss være kritiske til forskningsartiklene vi har valgt.

3.6.3 Kritikk av valgte forskningsartikler:

Vi har en nordisk studie og tre engelskspråklige studier. Det nordiske studiet er gjennomført både i Norge og Sverige, og kan ansees som relevant for norske pasienter. De engelskspråklige studiene er gjennomført i Storbritannia, USA, Australia og New Zealand. Ettersom studiene har blitt gjennomført i land utenfor Norden, kan overføringsverdien til norske pasienter være noe redusert, grunnet kulturelle motsetninger og forskjeller i oppbygging og struktur av helsevesenet. Imidlertid har vi også observert at flere av pasienterfaringene som omtales i de engelskspråklige studiene, også har fellestrekk med pasienterfaringene som belyses i det nordiske studiet. Vi mener derfor at forskningsfunnene er relevante å belyse for vår problemstilling.

Det er også viktig å bemerke at vi kan ha feiltolket pasienterfaringene som har blitt beskrevet i de fire studiene. Dette kan omhandle at vi har tolket pasienterfaringene i studiene annerledes, enn det deltakerne har forsøkt å formidle i studiet. Sett i sammenheng med dette, kan det heller ikke utelukkes at vi kan ha feiltolket enkelte deler av språket i de engelske studiene, på grunn av vår individuelle språkforståelse. Videre vil vi også nevne at betegnelsene '*clinicians*' og '*health care professionals*' gjennomgående nevnes i noen av forskningsartiklene vi har valgt. Dette kan også betraktes som andre yrkesgrupper enn sykepleiere. Vi mener likevel at forskningsartiklene er relevante for vår problemstilling, da sykepleiere også inngår i disse betegnelsene. I tillegg har vi kritisert hvorvidt

pasienterfaringene som beskrives, har en relevant overføringsverdi til sykepleieres yrkesutøvelse. Avslutningsvis, vil vi nevne at vi har anvendt CASP - skjema, en sjekklister for kildekritikk av kvalitative forskningsartikler som er utformet av Helsebiblioteket (Vedlegg 2).

3.7 Etske hensyn

Vi har fulgt Lovisenberg diakonale høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving, hvor referansestilen APA 7 er gjeldende. Vi har kreditert all forskning og litteratur vi har funnet for å sikre at de originale forfatterne arbeid anerkjennes.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Vi har valgt to forskningsartikler som omhandler pasienterfaringer under behandling. Vi valgte å inkludere to forskningsartikler med deltakere som ikke lenger er under aktiv behandling, av den grunn at deltakerne nevnte hvilke erfaringer som var betydningsfulle under deres behandlingsforløp for å kunne oppnå bedring under behandling.

4.1 Matrise

Våre utvalgte forskningsartikler presenteres i matrisen nedenfor:

(Tabell 4)

Nr	Forfatter/ Årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
1	Kinnaird, E., Norton, C., Pimblett, C., Stewart, C., Tchanturia, K. 2019	“There’s nothing there for guys”. Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study	Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2019) 24:845–852	Menn med spiseforstyrrelser kan oppleve unike problemstillinger sammenlignet med kvinnelige pasienter. Denne forskningen tar for seg hvordan disse forskjellene skal praktiseres i klinisk praksis. Synspunktene om behandlingmulighetene til mannlige pasienter er lite forsket på. Hensikten med denne studien er å utforske erfaringene til menn i forhold til behandlingen sin for spiseforstyrrelse.	UK National Health Services har inkludert menn som har hatt spiseforstyrrelser gjennom nettannonse. 14 deltakere deltok i semistrukturerte intervjuer, der de diskuterte deres erfaringer/opplevelser av behandlingen, og deres syn på behovet for tilpasninger. Intervjuer ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.	Personsentret behandling i stedet for kjønnsrettet behandling Følelsen av å være utenfor i et kvinnedominert behandlingsmiljø. Behandlingsmaterialer som ble brukt var tilpasset kvinner. Individuelle meninger i hvordan gruppeterapi bør gjennomføres. varierte meninger rundt behovet for mannlige/kvinnelige sykepleiere under behandling.

2	Thapliyal, P., Hay, J, P. 2014	Treatment experiences of males with an eating disorder: A systematic review of qualitative studies	Translational Developmental Psychiatry 2014, 2: 25552	Ettersom mye forskning er gjort med kvinnelige deltagere har denne forskning undersøkt spiseforstyrrelser hos den mannlige pasienten da dette er en minoritetsgruppen i samfunnet. I lys av dette har denne artikkelen som mål å undersøke og erfaring med behandling og bedring for menn med spiseforstyrrelser.	Gjennomført et systematisk søk med kvalitative artikler som fokuserer på opplevelser/erfaringer av behandling, ble brukt fire artikler som oppfylte inklusjonskriterier	<p>En følelse av skam og svakhet overfor sin spiseforstyrrelse da dette betraktes som en kvinnelidelse</p> <p>En oppfatning om at spiseforstyrrelser kun rammer kvinner og homofile menn</p> <p>Ambivalente holdninger, en opplevelse av fordeler knyttet til sin spiseforstyrrelse. Delatkerne hadde motstridende tankegang selv om de ønsket å bli friske.</p> <p>En følelse av utenforskap under behandling.</p>
3	Pettersen G, Wallin K, Björk T 2015	How do males recover from eating disorders? An interview study	BMJ Open 2016;6:e010760.	Målet med denne studien var å undersøke hva menn opplever som nyttig i bedringsprosessen med spiseforstyrrelse.	Kvalitativ dybdeintervju, 15 menn med aldersspenn fra 19-52 år	<p>Lite forståelse og innsikt i sin spiseforstyrrelse.</p> <p>Innså nødvendigheten av å gjennomføre behandling.</p> <p>Viktigheten av å stabilisere matinntak og vekt i en tidlig fase av behandlingen. Var takknemlig for at helsepersonell tok full kontroll over deres ernæringsbehov.</p> <p>Ambivalente holdninger, var utfordrende å finne balanse mellom matinntak, aktivitet og hvile.</p> <p>Verdien av tillitsfull og omsorgsfull helsepersonell</p> <p>Isolert seg fra omverdenen, spiseforstyrrelsen ble sett som en del av deres identitet.</p>

4	Lewke-Bandara, S, R., Thapliyal, P., Conti, J., Hay, P. 2020	"It also taught me a lot about myself": A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery	Journal of Eating Disorders (2020) 8:3	Spiseforstyrrelser er en vanlig lidelse som rammer flere i befolkningen, likevel blir den oppfattet som en kvinne-lidelse. Av den grunn blir ofte spiseforstyrrelser hos menn oversett. det er svært lite forskning som undersøker hvordan man definerer/forstår hva bedring "recovery" er, og det er enda mindre forskning som involverer menn med spiseforstyrrelser. Målet med denne studien var å utforske bedring "recovery" fra et mannlig perspektiv	En kvalitativ studie med åtte deltagere fra Australia, New Zealand og USA i en semi strukturert intervju.	<p>Psykologisk bedring i form av redusert opptatthet av mat og spiseatferd, kunne spise mer fritt.</p> <p>Opplevelse av økt selvtillit, innsikt og mellommenneskelige forhold.</p> <p>Viktigheten av støtte og avlede mot tilbakefall.</p> <p>Forskjellige stadier i recovery prosessen. Det er ikke en tydelig endepunkt i deres recovery.</p> <p>Viktigheten av en god støttesystem som også bidro til minske sjansen for tilbakefall.</p>
---	---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Drøftning

Det er flere momenter som er relevante å drøfte i forbindelse med vår problemstilling. Vi har lagt merke til flere interessante funn i studiene som omhandler: skamfølelse, prioritering av somatiske- og psykiske konsekvenser, ambivalens som en utfordring for den terapeutiske relasjonen og personsentrert sykepleie. Vi vil drøfte disse momentene nærmere i denne delen av bacheloroppgaven.

5.1 Følelsen av skam og utenforskap hos mannlige pasienter med anorexia nervosa

AN har lenge blitt ansett som en kvinnelidelse og flere menn opplever derfor sin spiseforstyrrelse som tabubelagt (Landu, 2021). Thapliyal et al. (2014, s.3) og Kinnaird et al. (2019) belyser dette dilemmaet i sine forskningsfunn. Studiene påpeker at flere menn opplever å ha en spiseforstyrrelse avvikende fra det "maskuline kjønnsidealet". På bakgrunn av dette, er vi under den oppfatning at flere menn unnlater å åpne seg opp om sine bekymringer under behandling i frykt for å bli ansett som følelsesladde. I slike situasjoner tenker vi at sykepleiere kan fungere som en sentral støttespiller under mannens behandlingsforløp. I en døgnbemannet avdeling, vil han stadig ha stor tilgjengelighet til sykepleiere. I den sammenheng, kan sykepleiere ha en stor innflytelse på pasientens tankegang, og kan stimulere pasienten til å bli mer selvsikker på seg selv. Funnene vi har presentert kan også peke på at sykepleiere bør erverve mer kunnskap om toxic masculinity, og hvordan det kan påvirke mannen med AN. Vi mener at det stereotypiske synet om hvordan en mann skal være og fremstille seg, kan ha ført til at mange menn med AN innestenger følelsene sine.

Pettersen et al. (2016) påpeker i sitt studie at flere menn kan føle seg ignorert og misforstått av helsepersonell (s.1). Dette kan sees i sammenheng med en annen pasienterfaring som nevnes i Thapliyal et al. (2014) sitt studie. En av pasientene i dette studiet forteller at det foreligger stor mangel på anerkjennelse av spiseforstyrrelser blant menn. Han belyste videre at symptombildet til menn ikke er godt kjent blant klinikere. Deltakeren opplevde at han fikk mindre støtte av helsepersonell, da han ikke hadde et like alvorlig symptombilde som de kvinnelige pasientene ettersom han ikke hadde en drastisk vektnedgang. Tvangsfenomenene til denne pasienten dreide seg mer om å ha en muskuløs kropp fremfor en tynn kropp (s.2-3). Vi har fått et inntrykk av at mannlige pasienter med AN ikke opplever at de får tilstrekkelig støtte i behandlingsmiljøet. Vi mener dette kan føre til at menn isolerer seg mer, og ikke åpner seg opp om sine behov og bekymringer under behandling.

Når menn ikke opplever at de har fått tilstrekkelig støtte, mener vi at det kan føre til at flere får tanker som baserer seg på toxic masculinity. Dette perspektivet kan sees i sammenheng med en annen pasienterfaring i Thapliyal et al. (2014) sitt studie. Deltakeren fortalte at han kjente

på følelser av skam, flauhet og svakhet (s.2). Thapliyal et al. (2014) belyser også i sine funn at flere menn anser spiseforstyrrelser som en feminin sykdom som også kan ramme homofile menn (s.4). I Kinnaird et al. (2019) sitt studie følte flere av deltakerne økt selvbevissthet ovenfor sitt eget kjønn i et kvinnedominerende behandlingsmiljø. Dette førte til at de mannlige deltakerne utviklet et negativt selvbilde, og nedlatende tanker om å være en mann med en spiseforstyrrelse (s.848).

I motsetning til Thapliyal et al. (2014) og Kinnaird et al. (2019) beskriver Øverås narrativet til en ung mann på 19 år som ikke anså AN som en kvinnelidelse. Han mente heller at det var andre fremtredende faktorer ved diagnosen som var merkbare. Dette handlet om at han var alvorlig syk. Det var heller dette andre rettet sitt fokus på. Den unge mannen forteller videre at man ikke nødvendigvis trenger å være en *“rakettforsker”* for å skjønne hvor alvorlig denne type spiseforstyrrelse er. Han forteller videre at han mente at det er tydelig og klart at en person som lever med AN blir *“spist opp innenfra”* (2018, s.108). Dette eksemplet peker på at ikke alle menn med AN ser på sin diagnose som feminin og tabubelagt.

Bandara et al. (2020) beskriver i sitt studie at skammen flere av deltakerne kjente på i forbindelse med sin spiseforstyrrelse, fungerte som en motiverende faktor for endringsarbeid (s.2). Dette er også en tydelig motsetning til Thapliyal et al. (2014, s.2), og Kinnaird et al. (2019, s.850) sine studier som antyder at skam kan føre til en forsinket bedringsprosess. Vi mener derimot at det er viktig å påpeke at når mannlige pasienter har en tankegang påvirket av skam, kan dette føre til at det blir utfordrende for sykepleiere å etablere en tillitsfull relasjon. Vi mener imidlertid at ved å etablere en god terapeutisk relasjon til pasienten i en tidlig fase av behandlingen, kan man engasjere og motivere pasienten til endringsarbeid. En forutsetning for dette er en tillitsskapende relasjon, der sykepleieren ser individet bak lidelsen. Pettersen et al. beskriver i sitt studie at stor skamfølelse blant menn med spiseforstyrrelser, kan føre til en lenger behandlingsprosess, og dermed også en lengre sykdomsvarighet. En konsekvens av dette kan være en dårligere prognose enn ønsket (2016, s. 1).

5.2 Somatisk konsekvenser versus psykiske konsekvenser

En av sykepleieres viktigste oppgaver i møte med mannlige pasienter med AN, innebærer både å forebygge og lindre somatiske plager som kan oppstå som følge av sykdommen (Norsk sykepleierforbund, 2019). I tillegg stiller sykepleiere seg også pliktige til å utøve sykepleie i

samsvar med hans ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2018) - her kan det likevel oppstå et paradoks. Sykepleiere på døgnbemannet avdeling har ofte et sterkt fokus rettet mot pasientens somatiske følgetilstander. Dette innebærer blant annet sykepleietiltak rettet mot pasientens matinntak og kroppsvekt (Hummelvoll, 2012, s.322). Pasienten med AN kan derimot på sin side ha et ønske om at behandlingen rettes mer mot hans psykiske behov. Når sykepleiere retter behandlingen mot pasientens somatiske symptomer, mener vi at pasientens psykiske belastninger nedprioriteres. Som et resultat, mener vi at pasientens psykososiale behov ikke ivaretas i tilstrekkelig grad. Videre mener vi at dette kan føre til et stort dilemma, da det kan påvirke pasientens beslutning om å fortsette eller avslutte behandlingsforløpet.

Når sykepleiere utelukkende er opptatte av de somatiske aspektene ved sykdommen, kan det tyde på at diagnosen gjør oss blind. Dette kan stride med Travelbee's teori om mellommenneskelige forhold. Travelbee beskriver dette som *den menneskelige reduksjonsprosessen*. Denne tankegangen innebærer at sykepleiere oppfatter selve pasienten som sykdom, og ikke et individ med en sykdom (1999, s.64). Dette argumentet mener vi forsterkes i de yrkesetiske retningslinjene, spesifikt i punkt 2.5 Her står det som følgende: *“Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet”* (Norsk sykepleierforbund, 2019). Imidlertid beskriver Pettersen et al. (2016) også at faktorer som ofte sees å være til gunst i recoveryprosessen til menn med spiseforstyrrelser, inkluderer regelmessige måltider og økt fokus på næringsinnholdet i mat. En av deltakerne i dette studiet fortalte at han var takknemlig for at helsepersonell tok kontroll over matinntaket hans. Han kjente på en lettelse når helsepersonell tok kontroll over hva han skulle spise i løpet av innleggelsesperioden (s.2) . Dette står i motsetning til Thaliyapal et al. (2014, s.3) og Kinnaird et al. (2019, s.850) sine forskningsfunn, som forteller at det foreligger et behov for økt fokus på menn sine følelser fremfor de somatiske forholdene rundt lidelsen.

Dette perspektivet forsterkes i synet til den 19 år gamle mannen Øverås (2018) beskriver i sin bok. Den unge mannen forteller at dersom en med AN skal oppnå tilstrekkelig rehabilitering, bør man ikke tvinge i han mat, men heller gi pasienten fri vilje (s.109). Den unge mannen forteller videre at dersom en spiser fordi noen andre vil at du skal spise, er det ingen tegn til bedring. Det vil kun være fordi helsepersonell har en livreddende funksjon, men det er ikke til

hjelp for pasienten. Mannen forteller videre om en vektøkingsplan, som førte til at han gikk dobbelt så mye opp i vekt enn planlagt. Dette førte til at gutten stolte mindre på helsepersonell på avdelingen (2018, s.109). Sett i lys av disse funnene, mener vi at sykepleiere bør forsøke å inkludere pasienten i de avgjørelsene som tas angående matinntak og vektøkning. Til sammenligning, beskriver Skårderud (2013) som følgende: ‘Forebyggelse kan i likhet med andre medisinske tiltak ha bivirkninger (...) Man skal være observant på at stor opptatthet av å spise riktig og sunt, mosjonere osv. kan fungere som en stressfaktor og øke en kroppsoptatthet som kan utvikles til kroppsmisnøye’ (s.202)

Vi har gjort oss noen tanker rundt hvorvidt et utelukkende fokus på pasientens somatiske symptomer, kan oppleves som autoritært overfor pasienter med AN. Dersom sykepleier har en autoritær rolle under behandling kan dette videre utfordre pasientens medvirkningsrett. Vi mener imidlertid at prinsippet om medvirkningsrett kan stå i konflikt med sykepleierens lovpålagte krav om å utøve forsvarlig sykepleie. Forsvarlig sykepleie i denne sammenheng, vil innebære å redusere og forebygge somatiske symptomer (Hummelvoll, 2012, s.322). Dette reiser et stort dilemma - når sykepleiere retter sitt fokus mot de psykiske aspektene ved AN, mener vi at de kan redusere sitt fokus på somatiske symptomer som må behandles. Selv om pasienten i større grad kan få det bedre psykisk, kan det argumenteres at det ikke nødvendigvis hindrer sykdommen i å utvikle seg mot en negativ retning grunnet somatiske forhold.

Vi tenker at et primært fokus på pasientens psykososiale behov, kan føre til at hans somatiske symptomer nedprioriteres. Som en konsekvens, kan behandlingsprosessen forlenges og blir mer komplisert enn forventet. Noen helsetilstander kan føre til akutte komplikasjoner og følgetilstander (Halvorsen & Sandvik, 2020, s. 263). Vi mener at pasienter med AN har et stort behov for at sykepleiere klarer å etablere en balanse mellom å behandle pasientens psykososiale behov og psykiske bekymringer, samtidig som man har et gjennomgående fokus på å øke pasientens næringsinntak og redusere de somatiske følgene av diagnosen. Det er særlig viktig at pasienten aksepterer behandlingen han mottar. På denne måten mener vi at sykepleiere tilrettelegger for at pasienter med AN får muligheten til å ta kontroll over eget behandlingsforløp. Avslutningsvis, vil vi nevne at dette temaet er felles for begge kjønn. Vi

har likevel oppdaget at dette er en vanlig problemstilling hos mannlige pasienter med spiseforstyrrelser, og derfor er det viktig å belyse temaet.

5.3 Ambivalens som en utfordring for den terapeutiske relasjon

Pasienter med AN preges ofte av ambivalente holdninger. Dette vanskeliggjør behandlingsforløpet - både for pasienten og for sykepleieren. Sykepleieren har på sin side et ønske om å bistå pasienten i en bedringsprosess. Pasienten kan på den andre siden oppleve dette som konfliktfylt, og motstridende for deres reguleringsmekanismer (Øverås, 2018, s.37). Reguleringsmekanismene kan ofte vise seg i form av en motstridende holdninger. Dette er ikke nødvendigvis et uttrykk for motvilje, men heller en utfordring hos pasienten (Torsteinsson & Hage, 2020, s.103). Han kan ofte oppleve fordeler med spiseforstyrrelsen, noe som gjør det vanskelig å gi slipp på følelsen av ha kontroll (Torsteinsson & Hage, 2020, s.103). Dette perspektivet forsterkes særlig i Pettersen et al. (2016) sitt studie. Selv om flere av deltakerne hadde negative erfaringer med sin spiseforstyrrelse, rapporterte de samtidig at spiseforstyrrelsen fungerte som en mestringsstrategi. En deltaker fortalte til og med at han anså spiseforstyrrelsen som sin "bestevenn" (s.5).

Ofte vil tanken på å gi slipp på spiseforstyrrelsen oppleves som nærmest umulig og skummelt. Flere med AN får påtrengende tanker om hvordan man skal kunne klare seg uten reguleringsmekanismer som bidrar til å opprettholde sykdommen (Øverås, 2018, s.37). Dette perspektivet belyses også i Thapliyal et al. (2014) sitt studie. Her forteller en deltaker at flere hadde lyst til å bli kjent med han nå som han var "normalvektig". En annen deltaker forsterker dette synet ved å fortelle at han pleide å være overvektig. Andre mennesker stirret ofte på han, og han ville ikke oppleve dette igjen. (s.3). Vi mener at disse funnene tydeliggjør den sterke følelsen av ambivalens som flere pasienter med AN kjenner på.

Vi mener også at disse funnene understreker hvor sentral sykepleierens terapeutiske kompetanse er under behandling. Sykepleiere som møter mannlige pasienter med AN, må besitte gode terapeutiske egenskaper og klare å ivareta en god relasjon til pasienten. Gode terapeutiske egenskaper er til gunst for pasientens bedringsprosess. Dette kan sees i sammenheng med forskningsfunnene i Bandara et al. (2020) sine forskningsfunn. Flere av deltakerne opplevde at dersom spiseforstyrrelsen dominerte livet, risikerte de å måtte gi avkall

på drømmene sine. Her kan sykepleieren fungere som en aktiv støttespiller som minner pasienten på de positive aspektene ved å gjennomgå behandling, når ambivalensen forsøker å ta overhånd.

Imidlertid forteller Kinnaird et al. (2019) i sitt studie at flere menn opplever utenforskap i terapeutiske settinger. Ofte på grunn av at majoriteten av pasientene på avdelingen var kvinner, og flere terapeutiske tilnærminger var rettet mot kvinner (s.849). Dette kan tyde på at følelsen av utenforskap sett i sammenheng med ambivalens, kan føre til at pasienten blir mindre åpen for behandling og heller trekker seg mer unna. Det kan derfor videre argumenteres at mannlige pasienter med AN har behov for økt trygghet i behandlingsmiljøer som kan oppleves som belastende og triggende for deres mestringsstrategier.

Kinnaird et al. (2019) forteller videre i sitt studie at flere av temaene og anbefalingene under behandling er rettet mot kvinner. Det er behov for terapeutiske tilnærminger som tar hensyn til den enkeltes behov (s.849). Historien bak en AN-diagnose kan ha mange sider som det er viktig å få fram. Sykepleiere som arbeider med menn som har AN, må derfor sette seg inn i pasientens livssituasjon, og brukte tid på å utforske argumentene som gjør at han holder fast i spiseforstyrrelsen. Videre vil det være nødvendig at sykepleierne ser etter de opprettholdende faktorene ved spiseforstyrrelsen, hva pasienten tenker om sin situasjon, og hvilke mulige faktorer han vektlegger under behandlingen (Torsteinsson & Hage, 2020, s.103). Like viktig mener vi at sykepleiere som møter mannlige pasienter med AN, opptrer både empatisk og anerkjennende, spesielt når pasienten uttrykker motstand. På bakgrunn av disse funnene, kan det videre argumenteres at sykepleiere må stille seg nysgjerrige over hvilke av pasientens behov som spiseforstyrrelsen utfyller. Imidlertid betyr ikke dette at sykepleieren er enige i pasientens håndteringsmekanismer, men bistår han ved å empatisk anerkjenne at *‘sånn er det for deg. Det er en grunn til at du holder fast i din spiseforstyrrelse’*.

5.4 Betydningen av personsentrert sykepleie

Studiene vi drøfter påpeker flere relevante momenter det er relevante å drøfte i forbindelse med personsentrert sykepleie. Disse temaene omhandler kjønns spesifikk og personsentrert behandling, gruppebehandling & betydningen av mannlige sykepleiere.

5.4.1 Fra kjønns spesifikk behandling til personsentrert behandling

Vi mener at dagens behandlingsalternativer kan ansees som kjønnsrettet fremfor personsentrert. Dette argumentet belyses i Kinnaird et al. (2019) sitt studie, der flere deltakere følte at behandlingsmaterialet var mer rettet mot kvinner. Videre belyste flere av deltakere at de opplevde at behandlingen var god, når de følte at de ble lyttet til som enkeltindivider. Det var like viktig at behandlingsmulighetene var mer fleksible rundt mennenes spesifikke behov (s.848). Deltakerne uttrykte blant annet bekymringer rundt kjønns spesifikk behandling, da dette kan bidra til å nedprioritere en individualisert tilnærming. I den forstand uttrykte flere at “kjønn” virket mer eller mindre relevant for sin diagnose, og at dette fremmedgjør pasienter som ikke opplever kjønnsrelaterte vansker i forbindelse med sin diagnose (Kinnaird et.al, 2019, s.848).

Alle pasienter med AN har ulike behov - enkelte behandlingsalternativer vil ikke være fornuftig hos andre pasienter. Øverås (2018) gjengir igjen narrativet til den unge mannen med AN: Han mente at man ofte står i mellom å være kontrollert av spiseforstyrrelsen, men iblant vil fornuften spille en rolle hvor man selv innser at man har en alvorlig spiseforstyrrelse. Mannen uttrykker videre nødvendigheten av å vise forståelse, ikke presse og gi valgmuligheter (Øverås, 2018, s.113). Han mener blant annet at den som er syk bør få lov til å bestemme mest mulig og ha frihet. Han beskrev videre at det kjennes betryggende å ha en relasjon til helsepersonell som har god kunnskap om spiseforstyrrelser. Dette kan være en motsetning til Pettersen et al. (2016) sitt studie hvor en deltaker var takknemlig for at helsepersonell tok kontroll over matinntaket. Han kjente derimot en lettelse når helsepersonell tok kontroll over hva han skulle spise i løpet av innleggelsesperioden (s.2). Derfor mener vi at det kan være hensiktsmessig at sykepleiere tilpasser behandlingen etter pasientens individuelle behov.

5.4.2 Gruppebehandling med kun mannlige deltakere?

Kinnaird et al. (2019) reflekterte rundt kjønns spesifikk gruppebehandling for menn. Deltakerne som deltok i behandlingsgrupper, opplevde ofte at de varen kjønnsminoritet i et ellers kvinnedominert miljø. Opplevelsen av å være en minoritet var varierende (s.849). I tillegg til å være omgitt av kvinnelige pasienter og ansatte, beskrev deltakerne også hvordan

det fysiske behandlingsrommet i seg selv reflekterte den kvinnelige dominansen. Flere av mennene i Kinnaird et al. (2019) sin studie følte også at pasienterfaringene som ble delt under behandling kun gjaldt kvinner. De klarte ikke å gjenkjenne seg i kvinnes erfaringer - dette resulterte i fremmedgjøring og utenforskap (s.849). Flere av deltakerne påpekte at behandlingsgrupper bestående av kun menn var et viktig behandlingsalternativ å ha. Dette var blant annet fordi man selv kunne relatere seg til de erfaringene som ble delt av andre mannlige medpasienter. Videre bidro dette til at flere følte seg inkludert i behandlingen sammenlignet med gruppebehandling med kvinner tilstede (s.849). I motsetning til disse deltagerne var det en mannlig deltaker som mente at det ikke var et godt alternativ å ha kun mannlige deltakere i en gruppebehandling, noe som var en kontrast til hva de andre deltakerne i studiet mente. Denne deltakeren mente derimot at det var vanskeligere å åpne seg opp om sine opplevelser til andre menn (s.849). En annen motsetning det er av relevans å belyse, er at det var noen deltakere som foretrakk blandede kjønnsgrupper. Flere av disse deltakerne opplevde at kjønnen deres ikke var avgjørende for deres opplevelse av å ha en spiseforstyrrelse (s.849). Vi mener at delte erfaringer kan bidra til motivasjon til bedring, ettersom disse samtalene også kan bestå av opplevelser rundt hvordan en lykkes og motiveres til endring. Disse opplevelsene kan også dreie seg om hva man selv erfarer man har mistet til spiseforstyrrelsen, og kan være en godt grunnlag til å reflektere over sin egen lidelse. Sykepleiere kan i den forstand bidra til å fremheve viktigheten av endring ved hjelp av håp og mestring.

5.4.3 Betydningen av mannlige sykepleiere på avdelingen

Kinnaird et al. (2019) sitt studie påpeker at det er blandede synspunkter om betydningen av å ha mannlige helsepersonell tilstede under behandling (s.849). Majoriteten av deltakerne i dette studiet hadde kvinnelig helsepersonell å forholde seg til under behandling. De fleste mente at dette ikke var en faktor som påvirket den terapeutiske relasjonen (s.849). Imidlertid mente minoriteten i samme studie at det kunne vært en fordel å ha flere mannlige sykepleiere tilgjengelig på avdelingen for å motvirke følelsen av et kvinnedominert behandlingsmiljø, samt bidra til å nøytralisere følelsen av å være en mannlig pasient med spiseforstyrrelser

(850). Dette ble forsterket i samme studie av en annen deltaker som mente at det var mye enklere å ta opp sensitive og personlige temaer med mannlig helsepersonell (s.849).

På bakgrunn av dette kan det være nødvendig å ha flere mannlige sykepleiere til stede på avdelingen for å gjøre det enklere for pasienten å føle seg trygg på det tilgjengelige personalet. Pettersen et al. (2016) forteller at mannlig helsepersonell kan relatere seg til utfordringene til pasienten (s.5). Dette argumentet støttes opp i Thapliyal et. al (2014) sitt studie. Her kommer det fram i lyset at flere menn opplever det som utfordrende å være en minoritet i behandlingsmiljøet (s.4). Sett i lys av dette, mener vi at det kan hende at menn føler seg mer tryggere dersom de kan henvende seg til en mannlig sykepleier under behandling. Dette synet forsterkes også i beskrivelsene til den unge mannen på 19 år. Han hadde tilgang til mannlig helsepersonell under behandlingsforløpet sitt, og uttrykte at dette var til stor nytte. I studiet til Thapliyal et.al (2014) var det en deltaker som uttrykte utfordringer i forbindelse med sin seksuelle funksjon. Med hensyn til dette kan det være at flere menn ofte kan ha vanskeligheter med å åpne seg opp om slike bekymringer til en kvinnelig sykepleier, da den seksuelle funksjonen eller spiseforstyrrelsen kan være et sårbart tema.

6. Avslutning

Det er flere relevante momenter sykepleiere som arbeider med menn som har AN bør erverve kompetanse om. Skam relatert til å ha en "kvinnelidelse" kan føre til at menn unnlater seg behandling. Derfor er det viktig at sykepleiere anerkjenner mannlige pasienter i situasjoner der de opplever stigma og utenforskap. Videre har vi gjort oss oppmerksomme på at flere menn opplever at det ikke rettes nok fokus mot deres psykiske behov. Sykepleieren vil med hensyn til dette spille en nøkkelrolle i å utforme behandlingen i samsvar med pasientens ønsker, samtidig som man også ivaretar hans somatiske symptomer. Flere menn opplever store utfordringer tilknyttet ambivalens. Av den grunn er det nødvendig at sykepleier forsøker å etablere en tillitsfull relasjon til pasienten og forsøker å se pasienten bak AN lidelsen. Et av de viktigste elementene i behandlingen for menn med AN, er å tilrettelegge for at behandlingen er personsentrert, med fokus på pasientens individuelle behov. Selv om symptom bildet til pasienter med AN har likhetstrekk, er opplevelsen av å ha AN en individuell opplevelse.

Nøkkelen til bedring er pasientens eget ønske og motivasjon til endring. Endringsberedskap er viktig fordi uten et ønske om å endre, kan det være en risiko for tilbakefall ved utskrivning.

Referanseliste

American Psychological Association. (2018). APA guidelines for psychological practice with boys and men. (s.1-21) <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>

Bjørnnes, A.K. Gjevjon, E.R. (2019). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/kvalitet-i-kvantitativ-metode-et-innblikk>

Bjørk, I. T (2004). Kompetanse i sykepleie. Bjørk, I.T., Helseth, S., Nortvedt, f. (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s.193-207). Gyldendal Norsk Forlag AS

Brottveit, G.(2018). Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Gyldendal Akademisk

Collier, R. (2013). Treatment challenges for men with eating disorders. *Canadian Medical Association Journal*. 185 (3) E137-E138; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4363>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal

Edakubo, S., & Fushimi, K. (2020). Mortality and risk assessment for anorexia nervosa in acute-care hospitals: a nationwide administrative database analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), s. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2433-8>

Flovik, A.M., Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. Holter I.M & Grov E.K (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleiebok 1* (5.utg, s. 271-295). Cappelen Damm AS

Graverholt, B. Jamtvedt, G. Nordtvedt, M.W. (2016) Kunnskapsbasert praksis I E.K Grov & I.M Holter (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5.utg.,s. 185-186). Cappelen Damm Akademisk.

Gonzalez, M.T (2020). Relasjonsarbeid - Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. Gonzalez, M.T (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-66). Gyldendal Norsk Forlag

Skårderud, F (2020) Spiseforstyrrelser. I Gonzalez., M.T (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.145-157) Gyldendal Norsk Forlag AS

Halvorsen, I. M & Sandvik, W. E (2020) Somatiske aspekter ved behandling i psykisk helsevern. Rø, Ø., Hage, T. W., Torsteinsson, V. W (Red.), *Spiseforstyrrelser - Forståelse og behandling* (s. 261-269). Fagbokforlaget

Hem, M.H. Gonzalez., M.T. (2020) Etiske utfordringer i arbeid med mennesker med psykiske lidelser. I Gonzalez., M.T (Red.) *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.84-94) Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsedirektoratet. (2018). Om pasient- og brukerrettighetsloven. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/om-pasient-og-brukerrettighetsloven>

Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet. (2017, 11. februar). Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop>

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holter I.M & Grov E.K (2015) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg. Holter I.M & Grov E.K (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleiebok 1* (5.utg, s. 27-34). Cappelen Damm AS

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt - psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg s.310-313). Gyldendal Akademisk

Joy, E. A., Wilson, C., & Varechok, S. (2003). The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. *Current sports medicine reports*, 2(6), 331-336. DOI: [10.1249/00149619-200312000-00009](https://doi.org/10.1249/00149619-200312000-00009)

Kneppe, L.H (2015). *Det menn ikke snakker om - menn med spiseforstyrrelser*. Psykologisk tidsskrift. Hentet fra

<https://psykologisktidsskrift.no/det-menn-ikke-snakker-om-menn-med-spiseforstyrrelser/>

Kinnaird, E., Norton, C., Pimblett, C. *et al.* (år) “There’s nothing there for guys”. Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eat Weight Disord* 24, 845–852 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00770-0>

Kirkevold, M. (2015) Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. Holter I.M & Grov E.K (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleiebok 1* (5.utg, s. 193-205). Cappelen Damm AS

Landu, S. (2021,10. mars). How toxic masculinity can impact men with eating disorders. Buzz.<https://buzz.bournemouth.ac.uk/2021/03/how-toxic-masculinity-can-impact-men-with-eating-disorders/>

Lewke-Bandara, R.S., Thapliyal, P., Conti, J. *et al.*(år). “It also taught me a lot about myself”: A qualitative exploration of how men understand eating disorder recovery. *J Eat Disord* 8, 3 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0279-6>

Lovisenberg diakonale høgskole. (2020.17. januar). *Databaser og nettressurser*. <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser> Sist oppdatert 6.april, 2022.

Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien. Holter I.M & Grov E.K (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - Sykepleiebok 1* (5.utg, s. 297-335). Cappelen Damm AS

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Lover og forskrifter*. Hentet 20.03.2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/lover-og-forskrifter>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse I Stubberud, D-G. Grønseth, R & Almås, H (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (5.utg, s.17-37). Cappelen Damm Akademisk.

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pettersen G, Wallin K, Björk T (2016) How do males recover from eating disorders? An interview study. *BMJ Open* 2016;**6**:e010760. Doi:10.1136/bmjopen-2015-010760

Priyanka Thapliyal & Phillipa J. Hay (2014) Treatment experiences of males with an eating disorder: a systematic review of qualitative studies, *Translational Developmental Psychiatry*, 2:1, DOI: [10.3402/tdp.v2.25552](https://doi.org/10.3402/tdp.v2.25552)

Psykisk helsevernloven (1999) Lov om om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Richardson, C., & Paslakis, G. (2021). Men's experiences of eating disorder treatment: A qualitative systematic review of men-only studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), s. 237-250. <https://doi.org/10.1111/jpm.12670>

Sangha, S., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., & McCuaig, F. (2019). Eating disorders in males: how primary care providers can improve recognition, diagnosis, and treatment. *American Journal of Men's Health*, 13(3), s.1-12
<https://doi.org/10.1177/15579883198574>

Skårderud, F. (2013) *Sterk, svak - håndbok om spiseforstyrrelser*. H.Aschehoug & Co. (W.Nygaard), Oslo

Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of clinical nursing*, 19(3-4), 351-358.

Syse, A. (2020). Kort om psykisk helsevernlov. Gonzalez, M.T (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 486-496). Gyldendal Norsk Forlag

Torsteinsson, V.W & Hage, T.W (2020). Å etablere et samarbeid. Rø, Ø., Hage, T. W., Torsteinsson, V. W (Red.), *Spiseforstyrrelser - Forståelse og behandling* (s. 99-108). Fagbokforlaget

Travelbee (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Øverås, M. A (2018). *Å bli frisk - veier ut av spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget AS

