



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Unga kvinnors erfarenheter av omvårdnaden vid Anorexia nervosa

-En litteraturstudie

Jessica Haaranen & Jennifer Hansson

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp  
Omvårdnadsvetenskap  
Sjuksköterskeprogrammet  
Omvårdnadsvetenskap-självständigt examensarbete, 15 hp

Handledare: Gunilla Lindström  
Examinator: Britt-Marie Sjölund

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Anorexia nervosa är en ätstörning där personerna har en förvrängd kroppsuppfattning och en intensiv rädsla för att gå upp i vikt. Detta leder till att personen använder olika metoder för att få en så låg kroppsvikt som möjligt. Sjukdomen debuterar ofta i tonåren och påverkar främst kvinnor.

**Syfte:** Att beskriva unga kvinnors (12-25år) erfarenheter av omvårdnaden med Anorexia nervosa samt granska de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod.

**Metod:** Designen för litteraturstudien var deskriptiv och tio kvalitativa vetenskapliga artiklar inkluderades i resultatet. För att hitta dessa användes databaserna Cinahl, Medline och Scopus.

**Huvudresultat:** I föreliggande studie har det visat sig att en god vårdrelation bidrar till trygghet och motivation till att tillfriskna. Det finns både negativa och positiva aspekter med att vårdas i grupp. Patienterna kunde hitta stöd hos varandra men samtidigt uppstod det ofta konkurrens mellan dem. Att ha strikta restriktioner i behandlingen upplevdes som något positivt hos vissa medan det skapade frustration hos andra. Många patienter ansåg att för mycket fokus låg på den fysiska återhämtningen medan det psykologiska stödet saknades.

**Slutsats:** Tillit, respekt och förtroende behövs för att upprätthålla en god vårdrelation. En individualisering av vården behövs för att öka förutsättningarna för en optimal omvårdnad. Då Anorexia nervosa i grunden är ett psykiskt problem bör hela personen behandlas annars är risken för återfall stor. Det är även viktigt med information och adekvata motiveringar till de strikta metoderna i behandlingen.

Nyckelord: Anorexia nervosa, Erfarenhet, Omvårdnad, Unga kvinnor.

## Abstract

**Background:** Anorexia Nervosa is an eating disorder where people have a distorted body image and an intense fear of gaining weight. This leads to the person using different methods to get such a low body weight as possible. The age of onset is often in adolescence and affects mostly women.

**Aim:** To describe young women's (age of 12-25) experiences of care with anorexia nervosa and examine the articles included data collection method.

**Method:** The design of this literature review was descriptive and ten qualitative scientific articles were included in the results. To find these articles the authors used data bases Cinahl, Medline and Scopus.

**Headresult:** The present study has shown that a good care relationship contributes to the security and motivation to recover. There are both negative and positive aspects of being cared for in groups. Patients could find support with one another but at the same time there often arose competition between them. To have strict restrictions in treatment was perceived as positive by some, while it created frustration among others. Many patients felt that too much focus was on physical recovery, while psychological support was lacking.

**Conclusion:** Trust, respect and confidence is needed to maintain a good relationship between nurse and patient. An individualization of care is needed to improve the conditions for an optimal care. AN is fundamentally a psychological problem, the whole person need to be treated otherwise the risk of relapse is great. It is also important with information and adequate explanations to the strict methods of treatment

Keywords: Anorexia nervosa, Experience, Nursing, Young women.

## **Innehållsförteckning**

1.1 Anorexia Nervosa .....	1
1.2 Förekomst av AN .....	1
1.3 Riskfaktorer .....	2
1.4 Definition av omvårdnad .....	2
1.5 Omvårdnad och behandling av AN patienter .....	3
1.6 Hildegard E. Peplau .....	3
1.7 Problemformulering .....	4
1.8 Syfte.....	4
1.9 Frågeställningar .....	4
<b>2.0 Metod .....</b>	<b>4</b>
2.1 Design .....	4
2.2 Databaser .....	5
2.3 Sökord, sökstrategi, urvalskriterier och urval.....	5
2.4 Dataanalys .....	7
2.5 Forskningsetiska överväganden.....	7
<b>3.0 Resultat .....</b>	<b>7</b>
3.1 Relation till sjuksköterskan .....	8
3.2 Att vårdas i grupp .....	9
3.3 Struktur och regler i behandlingen .....	10
3.4 Fokus på det fysiska .....	11
3.5 Granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod.....	12
<b>4.0 Diskussion.....</b>	<b>12</b>
4.1 Huvudresultat .....	12
4.2 Resultatdiskussion .....	12
4.2.1 Diskussion om artiklarnas datainsamlingsmetod. ....	15
4.3 Metoddiskussion.....	16
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad samt förslag till fortsatt forskning.....	17
<b>5.0 Sluttsats .....</b>	<b>17</b>
<b>6.0 Referenslista .....</b>	<b>18</b>
Tabell 2 .....	1
Tabell 3 .....	1

## 1.0 Introduktion

### 1.1 Anorexia Nervosa

Anorexia Nervosa (AN) är en ätstörning där personen har ett begränsat energiintag i förhållande till sitt behov vilket leder till en mycket låg kroppsvikt i relation till ålder, kön, tillväxtkurvor och fysisk hälsa. Det finns en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller att bli tjock. Vissa har ett ihållande beteende som stör viktökningen även då personen är klart underviktig. Personen har en förvrängd kroppsuppfattning vad det gäller vikt och form, vikten har även en överdriven påverkan på självförtroendet. Förnekelse av allvaret i den nuvarande låga kroppsvikten är även vanligt. Dessa ovannämnda kriterier är utifrån DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som används över hela världen för diagnostisering av sjukdomen (American psychiatric association 2013).

AN innebär för de flesta patienter en strävan efter att vara smal vilket anses vara attraktivt och ses av många som ett estetiskt ideal. Att leva upp till ett sådant ideal ger tillfredsställelse. "Nervosa" i anorexia nervosa beskrivs som en oro över kroppsvikt och form. Patienter upplever ofta att de är känslomässigt involverad i mat och kropp på ett tvångsmässig sätt (Skårderud 2007). AN blir ofta en central del i personens liv och välbefinnande, de finner ofta sällskap, tröst, stolthet och en identitet i sjukdomen. För personen blir AN deras bästa vän och trygghet i livet. Uppnås förväntningarna på svält och motion mår personen bra och de ser sig själva som misslyckade om de äter för mycket eller tränar för lite (Weaver *et al.* 2005).

Det finns två olika typer av AN. Den ena är då personen endast ägnar sig åt självsvält och viktminskning åstadkoms då främst genom bantning, fasta och/eller överdriven motion. Den andra typen är då man istället hetsäter och sedan ägnar sig åt självrensande åtgärder det vill säga framkallar kräkningar eller missbrukar laxermedel, diuretika eller lavemang. Vissa individer med denna typ av AN hetsäter dock inte men använder sig av självrensande åtgärder regelbundet efter konsumtion av små mängder mat (American psychiatric association 2013).

### 1.2 Förekomst av AN

Förekomsten av AN i Sverige är enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) runt 0,2-0,4 procent bland kvinnor i åldrarna 12-25 år. Sjukdomen är cirka 10 gånger vanligare bland ungdomar av kvinnligt kön än det manliga könet. AN debuterar oftast tidigt i tonåren och ses som den allvarligaste ätstörningen. Siffrorna som visar antalet flickor som vårdas på sjukhus

för sjukdomen har sedan 1990-talet tredubblats, dock har dödligheten minskat. Detta på grund av att fler ungdomar erbjuds vård och behandling.

### **1.3 Riskfaktorer**

Vanliga faktorer som kan bidra till utvecklandet av AN är behovet av att gå ner i vikt på grund av idrottsprestationer, utseende, att råka ut för någon typ av sårbarhet såsom negativa kommentarer angående vikten från familjemedlemmar, tränare eller kamrater samt om personen hela tiden jämför sig själv med "idealet" (Levander *et al.* 2008, Woods 2004). Negativa livshändelser exempelvis någon form av trauma (sexuellt övergrepp) kan öka risken att få sjukdomen, genetiska faktorer har även en påverkan gällande uppkomsten av AN (Levander *et al.* 2008). Personer som har utvecklat ångestsyndrom eller visat tvångsdrag i barndomen har större risk att utveckla AN. Förekomsten av AN är även vanligare i kulturer där en smal kropp värderas högt. Om en nära biologisk släkting har AN är risken större att själv utveckla sjukdomen (American psychiatric association 2013).

Ett annan bidragande faktor till utvecklingen av AN kan vara behovet av perfektion. Många patienter med AN beskriver sig själv som perfektionister vilket innebär att de har tron om att både liv och utseende hela tiden måste vara på topp. Vissa beskriver även sitt behov av perfektion som ett svar på föräldrarnas förväntningar. Enligt Machado *et al.* (2014) är det större risk att utveckla AN om personen har ett dåligt självförtroende vad gäller utseende, problematiska familjesituationer eller om någon familjemedlem tidigare drabbats av sjukdomen. Vissa av dessa faktorer styrks även av Patching & Lawler (2009) där de kom fram till att sjukdomen utvecklats till följd av någon av följande faktorer: bristande känsla av kontroll, känsla av att inte ha någon samhörighet till familjen eller kamrater samt konflikter med närstående.

### **1.4 Definition av omvårdnad**

International Council of Nurses (ICN) är världens första och bredaste internationella organisation för sjukvårdspersonal. Enligt dem definieras omvårdnad som att främja hälsa, förebygga sjukdom samt vård av sjuka, funktionshindrade och döende människor (International Council of Nurses 2014). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården ges på lika villkor för alla människor och med respekt för allas lika värde.

## 1.5 Omvårdnad och behandling av AN patienter

Det är viktigt att utreda alla patienter som misstänks ha AN samt ge information, vägledning och stöd till vårdtagaren och dennes närstående. Den negativa viktutvecklingen bör så fort som möjligt ändra riktning för att påskynda tillfrisknandet. För att kunna återhämta sig på ett bra sätt behöver många patienter vägledning med att uppnå en lugn och obekymrad relation till sitt ätande och till den egna kroppen (Levander *et al.* 2008).

En sjuksköterskas främsta uppgift är att stötta patienterna till att göra förändringar som kan bidra till en bättre hälsa samt hjälpa dem förbättra sin livskvalitet men även att minska riskerna för återinsjuknande. Huvudmålet är att patienten ska klara av att bemästra situationen och kunna återgå till vardagen (Skärsäter 2014). Patienter som lider av AN beskriver ofta att en stor svårighet med sjukdomen är att de ständigt dras mellan två motsatta krafter. De vill å ena sidan tillfriskna och gå upp i vikt men å andra sidan vill de begränsa matintaget och göra av med kalorier istället (Gorse *et al.* 2013). I studien av Bakker *et al.* (2011) anser sjuksköterskorna att en bra väg till effektiv omvårdnad är att först ta ifrån patienterna ansvaret över maten för att kunna bryta mönstret och på så sätt hjälpa dem till nya ätvanor. Viktigt i detta stadium är att övertala patienterna om att kampen är mot ätstörningen och inte personen i sig. När patienterna sedan börjar lägga på sig mer i vikt och visar en förändring i sina matvanor får de stegvis tillbaka kontrollen. Sjuksköterskorna ger därmed patienterna förtroende för att lära sig göra lämpliga mat- och motionsval på egen hand. Ramjan (2004) beskriver i sin studie att det finns brister i kunskap och utbildning gällande vården av ungdomar med AN. Detta har resulterat i att såväl sjuksköterskorna som patienterna ständigt söker efter ”en känsla av kontroll”.

## 1.6 Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau har beskrivits som modern inom psykiatrisk omvårdnad eftersom hennes teoretiska och kliniska arbete ledde till utvecklingen av en tydlig specialitet inom psykiatrisk omvårdnad. Hennes bok ”*Interpersonal relations in nursing*” beskriver vikten av en god relation mellan sjuksköterskan och patient (Pokorny 2014). Enligt Peplau är det viktigt att sjuksköterskan bemöter patienten som vilken främmande person som helst, det vill säga med ett positivt intresse och respekt (Peplau 1994). Vid första mötet bör patientens behov analyseras för att sedan kunna utveckla en omvårdnadsplan utifrån patientens situation och förväntningar (Eide & Eide 2009). När sjuksköterskan lyssnar på patienten utan att styra eller moralisera och en mellanmänsklig relation skapas så kan patienten få hjälp med att inse vilka

svårigheter denne ställs inför, snarare än att misstyda eller undertrycka dem. Sjuksköterskan bör bistå med sin kunskap och vägleda patienten då frågor med anknytning till hälsa uppkommer. Detta kan hjälpa personen att förstå problemet samt att se det ur ett bredare perspektiv. Om sjuksköterskan alltid har ett svar på allt kan detta dock leda till att patienten slutar att själv försöka lösa problemet. Patienten placerar ofta sjuksköterskan i en ledarroll och förväntar sig att de ska ta ansvar och lösa svårigheter som kan uppstå (Peplau 1994). Det är viktigt med psykologiskt stöd under behandlingen för att kunna uppnå ett gott resultat samt att patienten ska klara av att ta mer eget ansvar och behöva mindre stöd av personalen. Sjuksköterskan ska vara stödjande i sitt arbete och vägleda patienten till att välja egna hälsofrämjande val (Eide & Eide 2009).

### **1.7 Problemformulering**

Anorexia nervosa är en sjukdom som bör tas på stort allvar av samtliga inom sjukvården då antalet unga kvinnor som vårdas på sjukhus ökat markant de senaste decennierna. I tidigare forskning beskrivs erfarenheter av effektiv omvårdnad utifrån sjuksköterskans perspektiv. Både positiva och negativa aspekter lyfts fram för att kunna förbättra omvårdnaden utifrån vårdgivarens syn. Författarna till denna litteraturstudie anser även att patienternas erfarenheter är viktiga för att de ska uppleva omvårdnaden som fulländad. Genom att ta reda på dessa patienters erfarenheter kan sjuksköterskor få en ökad kunskap och bättre förutsättningar för att på bästa sätt kunna bemöta och vägleda dessa människor till en god hälsa.

### **1.8 Syfte**

Syftet med litteraturstudien är att beskriva unga kvinnors (12-25år) erfarenheter av omvårdnaden vid Anorexia nervosa. Litteraturstudien kommer även att bestå av en granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod.

### **1.9 Frågeställningar**

- Hur beskriver unga kvinnor (12-25 år) med Anorexia nervosa sina erfarenheter av omvårdnaden?
- Hur beskrivs datainsamlingsmetoden i de utvalda artiklarna?

## **2.0 Metod**

### **2.1 Design**

Designen för denna litteraturstudie är deskriptiv (Polit & Beck 2012)



## **2.2 Databaser**

Databaserna Scopus, Medline och Cinahl har använts för att ta fram relevant data till examensarbetet. Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) och Medline (Medical Literature On-Line) är två användbara databaser för omvårdnadsforskning där Medline täcker en stor del av den biomedicinska litteraturen och Cinahl täcker många av de engelskspråkiga tidskrifterna samt böcker och avhandlingar vad gäller hälsa och omvårdnad (Polit & Beck 2012). Dessa ansågs därför vara lämpliga vid sökning av data.

## **2.3 Sökord, sökstrategi, urvalskriterier och urval**

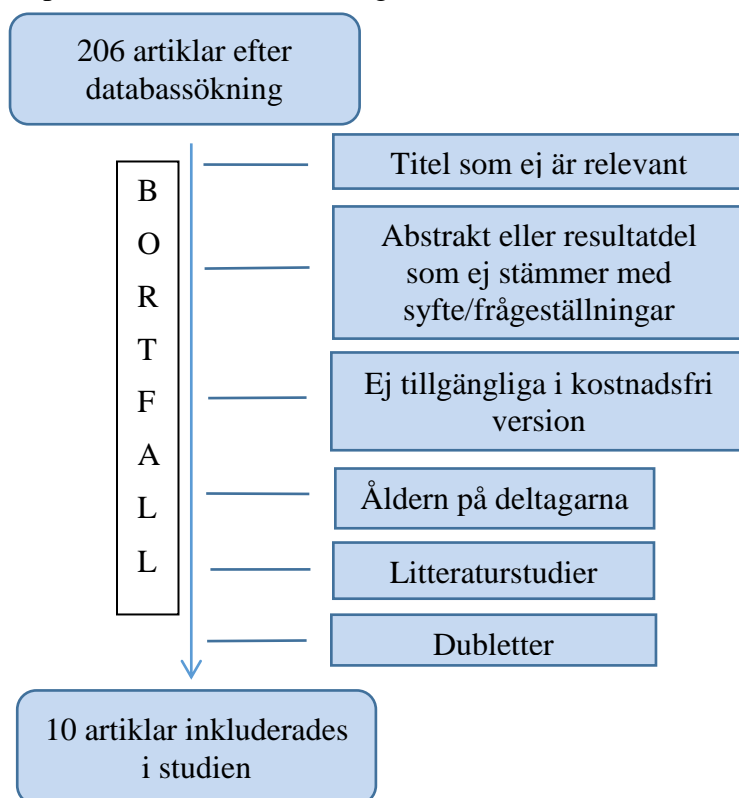
Sökorden som användes var ”Anorexia”, ”nursing”, ”care” och ”patient experience”. Författarna har även lagt till orden ”Treatment”, ”patient review” och ”recovery” vid fritextsökningen. Sökstrategin var att kombinera sökorden i de olika databaserna tillsammans med booleanska ordet ”AND” för att avgränsa sökningen och på så sätt enklare ta fram rätt material att använda i examensarbetet. För att vidga sökningen ytterligare lades ”\*” till i slutet av orden för att inkludera olika former av ordet (Polit & Beck 2012). För att få hjälp med sökord och sökstrategier tog författarna hjälp av en bibliotekarie.

När artiklar valdes ut utgick författarna från att artiklarna skulle vara vetenskapliga och skrivna på engelska, vara peer reviewed samt max elva år gamla för att informationen fortfarande ska vara relevant och ha möjlighet att visa en eventuell utveckling. För att kunna besvara syftet användes endast empiriska studier med kvinnliga deltagare i åldern 12-25 år. Artiklarna skulle även vara tillgängliga i full text samt gå att nå via Högskolan i Gävles sökservice. Artiklar som ej svarar på studiens syfte och frågeställningar samt de som inte går att nå i full text valdes inte ut eftersom all information ej kommer att nås. Även litteraturstudier kommer exkluderas då de endast är en sammanställning av tidigare forskning. Artiklar som kostar pengar uteslöts då författarna anser att tillräcklig information går att nå via högskolans prenumerationer. Urvalsprocessen från artikelsökningen kan ses i figur 1.

**Tabell 1.** Utfall av databassökningar.

Databas	Söktermer	Antal träffar	Antal valda artiklar (exkl. dubletter)
Scopus	Anorexia* AND Patient experience* AND Nursing*	45	2
Cinahl	Anorexia* AND Patient experience* AND Care*	29	1
Cinahl	Anorexia* AND Recovery* AND Experience*	24	1
Cinahl	Anorexia* AND Patient review AND Treatment*	23	2
Medline	Anorexia* AND Patient experience* AND Nursing*	18	1
Medline	Anorexia* AND Patient experience* AND Care*	67	3
		<b>Totalt: 206</b>	<b>Totalt: 10</b>

**Figur 1.** Urvalsprocess från artikelsökningen.



## 2.4 Dataanalys

En dataanalys är enligt Polit och Beck (2012) ett sätt för forskare att lättare analysera materialet i forskningen genom att tolka, strukturera och organisera det. I en litteraturstudie ligger fokus för dataanalysen på att identifiera viktiga teman i texten. En tematisk analys innebär i huvudsak att upptäcka mönster och regelbundenhet samt avvikelser.

Analysarbetet inleddes med att de tio utvalda artiklarna numrerades för att få en bättre överblick och för att lättare kunna gå tillbaka och hitta specifik information. Artiklarna lästes först på varsin håll av båda författarna sedan granskades de ytterligare en gång med fokus på metod- och resultatdel. Under tiden markerades de delar i texten som svarade på syfte och frågeställning samt att anteckningar fördes i marginalen för att underlätta översättningen. De utvalda textenheterna diskuterades och författarna kom fram till att fyra olika teman bildades, utifrån vilka följande rubriker utformades: *Relation till sjuksköterskan*, *Att vårdas i grupp*, *Struktur och regler i behandlingen* samt *Fokus på det fysiska*. Sammanställandet av resultatet kunde efter detta påbörjas. För att svara på den metodologiska frågeställningen granskade författarna samtliga artiklars datainsamlingsmetod. Relevant fakta markerades och antecknades i ett word-dokument för att lättare kunna sammanställa och redovisa detta.

## 2.5 Forskningsetiska överväganden

I denna studie kommer författarna att sträva efter att skriva resultatdelen så objektivt som möjligt. Ingen plagiering kommer att förekomma och referenser kommer att användas för att läsare ska kunna söka upp samtligt material som använts. Detta eftersom plagiering anses vara fusk då text tas från någon annan som sedan förs vidare som ens egen publikation (Olsson & Sörensen 2011). Åtta av tio inkluderade artiklar är godkända av etisk kommitté (van Ommen *et al.* 2009, Jenkins & Ogden 2011, Wright & Hacking 2012, Ramjan & Gill 2012, Zugai *et al.* 2013, Pemberton & Fox 2011, Sly *et al.* 2014, Offord *et al.* 2006). I artiklarna av Colton & Pistrang (2004) samt Tierney (2008) framkommer det inte att det finns något etiskt godkännande vad författarna kan se. Dock har etiska överväganden gjorts och patienterna har fått information och givit sitt godkännande för att delta i studierna.

## 3.0 Resultat

Resultatet presenteras i löpande text och är baserat på 10 stycken kvalitativa artiklar som härstammar från England (Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004, Pemberton & Fox 2011, Tierney 2008, Jenkins & Ogden 2012, Wright & Hacking 2012, Sly *et al.* 2014), Nederländerna (van Ommen *et al.* 2009) och Australien (Ramjan & Gill 2012, Zugai *et al.*

2013). Resultatet är uppdelat i fyra olika teman som beskriver patienters erfarenheter av omvårdnaden vid AN. De inkluderade artiklarnas författare/år, titel, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod presenteras i tabell 2 (Bilaga 1) samt författare, syfte och resultat i tabell 3 (Bilaga 2).

### **3.1 Relation till sjuksköterskan**

Att skapa en relation mellan patient och sjuksköterska har visat sig både förbättra patientens viktuppgång såväl som upplevelsen av sjukvården (Sly *et al.* 2014, Zugai *et al.* 2013). Närvaron av en god relation får även patienterna att vilja göra sitt yttersta för att inte göra sjuksköterskan besviken. Tillit och respekt är viktigt - det leder till en bättre följsamhet i behandlingen och gör patienterna mer motiverade att tillfriskna (Zugai *et al.* 2013). Genom sitt engagemang kan sjuksköterskan bidra till trygghet och målet med behandlingen kan därför uppnås lättare då patienterna blir mer aktiva i sin egen behandling. Upplever patienterna situationen som otrygg är risken större att de isolerar sig. För att samarbetet och den terapeutiska relationen ska fungera krävs det en öppenhet där bägge parter visar ett genuint intresse, varken patienten eller sjuksköterskan ska vara dominant utan istället acceptera varandra och arbeta tillsammans. För att patienterna ska våga lämna ut sig är det viktigt att denne känner att sjuksköterskan gör detsamma. Relationen skall upplevas äkta och naturlig, ärlighet bidrar till att pålitligheten stärks och behandlingen kan fortlöpa utan misstänksamheter (Wright & Hacking 2012, Sly *et al.* 2014).

En viktig aspekt som patienterna beskriver utifrån sina erfarenheter av slutenvården är hurvida de kände att personalen ser dem som individer med olika behov eller endast som en annan anorektiker som genomgår behandlingen. Viljan och förmågan hos personalen att lyssna på patienterna som individer upplevs vara mycket viktigt (Colton & Pistrang 2004, Offord *et al.* 2006). I en studie utav Pemberton & Fox (2011) kännetecknas relationen mellan sjuksköterska och patient av svårigheter att erkänna, tolerera och hantera känslor från både personalens och patienternas håll. Deltagarna i studien ansåg att personalen inte bara var där för att göra sitt jobb, enligt dem så behövde de vara mer individualiserade för att kunna ge en hög standard på omvårdnaden. När inte personalen levde upp till dessa förväntningar upplevde deltagarna att personalen inte brydde sig om dem eller till och med var nonchalanta gentemot dem.

Inledningsvis har sjuksköterskan en huvudsakligen kontrollerande och sträng roll, men hon skiftar sedan fokus mot att skapa förtroende. Patienter uppger att de ofta bildar en närmare anknytning till en eller två sjuksköterskor, generellt de som de träffade mest frekvent och som visade engagemang genom att hålla ett öppet sinne och ta initiativ till att bygga en relation. Enligt patienterna växte även förtroendet för sjuksköterskorna när de visade att de hade stor kunskap om ätstörningar. Förtroendet gjorde det möjligt för patienterna att tala om de mest pinsamma ämnena, såsom hur de själva uppfattade sin kropp (van Ommen *et al.* 2009).

### **3.2 Att vårdas i grupp**

Att behandlas tillsammans med andra patienter med AN upplevs både positivt och negativt. En unik aspekt av slutenvården är att de lever tillsammans med andra som har samma sjukdom vilket har visat sig ha en stor inverkan både på gott och ont (Offord *et al.* 2006, Tierney 2008, Colton & Pistrang 2004, van Ommen *et al.* 2009) Att vara med andra i samma situation är till nytta i det faktum att de får stöd och förståelse från varandra. De kan dela erfarenheter och bilda vänskapsrelationer vilket får dem att känna att de inte är ensamma eller konstiga (Offord *et al.* 2006, Tierney 2008, Colton & Pistrang 2004). När personalen är missnöjd med patienternas vikt så anförtror sig hellre patienterna till varandra istället för personalen. Många anser att endast de med AN verkligen kan förstå vad de går igenom (Tierney 2008). Närvaron av en grupp kamrater med liknande sjukdom är i många fall en faktor som bidrar till processen att lära sig äta rätt igen. Nya patienter kan observera sina kamrater när de äter mat utan att känna någon ångest kring det. De nya patienterna kan även se att ju längre behandlingen fortskrider desto fler privilegier får patienterna, till exempel gå tillbaka till skolan eller börja med någon idrott. Ur ett terapeutiskt synsätt är det bra med samspel mellan patienterna i olika faser av behandlingen under dagliga händelser exempelvis under gruppmåltider. På detta sätt känner de nya patienterna att de kan övervinna svåra perioder genom att luta sig mot de mer erfarna som kommit mycket längre i sitt tillfrisknande (van Ommen *et al.* 2009).

Att vårdas tillsammans med andra kan även bidra till ett antal negativa effekter som resulterar i ökad stress. Många patienter med AN upplever sig mer känsliga för gruppsyck och strävan efter att passa in kan bland annat leda till att de lär sig nya dåliga vanor, inte bara vad det gäller ätbeteendet, vissa utvecklade även ett självskadebeteende. Patienterna jämför sig ofta med andra anorektiker, konkurrerar med varandra och känner skuld (Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004). Detta leder ibland till att det uppkommer tävlingsmoment angående vem

som kan äta minst eller behålla den lägsta vikten. Vid ankomst av en ny patient med AN på en behandlingsenhet kan de redan inskrivna patienterna uppleva det som speciellt traumatiskt då det för många väcker oönskade minnen. Patienterna beskriver att det kan röra upp en önskan av att återvända till sitt utmärklade tillstånd samt även resultera i en rädsla för att den nya patienten skulle tro att de var giriga för att de äter hela måltider (Tierney 2008). En bidragande faktor till stress och oro är att uppleva när andra patienter på avdelningen avsiktligt skadar sig själva eller tvingas bli sondmatande (Colton & Pistrang 2004).

### **3.3 Struktur och regler i behandlingen**

Att ha strikta restriktioner i omvårdnaden av patienterna har visat sig vara hjälpsamt och är av stor betydelse för tillfrisknandet (van Ommen *et al.* 2009, Colton & Pistrang 2004). Patienter med AN har ofta svårt att bryta sina tvångsmönster själva och därför uppskattas det av många att sjuksköterskorna som inledande fas tar ifrån dem allt ansvar för att äta och motionera. Patienterna blir serverad den mat de ska äta och förbjuds därefter att motionera efter måltiderna (van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013). Enligt Zugai *et al.* (2013) upplevde patienterna det både som positivt och negativt att inte ha någon kontroll. Till en början var allting svårt och det behövdes tillstånd för att få göra allt som önskades och samtal om mat, kalorier eller vikt fick inte förekomma. Sjuksköterskorna fanns närvarande och såg till att det inte slarvades med något. Det var inte förrän i programmets slut de förstod fördelarna i att förlora kontrollen. Att sjuksköterskorna bestämde allt gjorde att patienterna lärde sig äta sundare kost samt fick bättre kunskap vilket gav bättre ät- och motionsmönster som resulterade i viktuppgång. I studien av Colton & Pistrang (2004) ser patienterna det som positivt att dagen strukturerats upp, det har givit stabilitet samt fått dem att tänka på de mål som ingår i behandlingen och distraherat dem från fokuserandet av mat.

I studierna av Offord *et al.* (2006) och Ramjan & Gill (2012) beskriver deltagarna att strukturen och reglerna gått till överdrift. De upplever att de blir konstant övervakade samt att sjuksköterskorna kontrollerar saker som inte handlar om maten, vilket upplevs som onödigt och överkontrollerande. Det finns en frustration över att de inte får träffa sina närstående och i vissa fall inte heller sina familjemedlemmar. Ramjan & Gill (2012) beskriver att alla ungdomar uttryckte de dagliga rutinerna som mycket strukturerade med liten eller ingen variation - mycket likt ett fängelse. Deras dag var planerad in i minsta detalj, de hade specifika tider för att vakna, duscha, äta, sova, gå i skolan, delta i gruppaktiviteter, gå på motiverande- eller familjeterapi samt träffa besökare. De hade fri tillgång till toaletten men

fick inte använda den direkt efter en måltid och var de förlänge därinne kom sjuksköterskan för att kontrollera att de inte kräktes. Överdriven toalettanvändning kunde ge dem toalettrestriktioner. Normalt betydde detta att de fick två toalettbesök per åtta timmars skift och de behövde även be sjuksköterskan om tillstånd för att gå. Två gånger i veckan, före frukost ska patienterna vägas in iklädd endast deras underkläder och sjukhusklädd. De vägdes efter tarmtömning i en behållare eftersom de inte fick göra detta på toaletten då sjuksköterskorna ville se till att de inte drack en massa vatten för att samla på sig vätska och på så sätt öka i vikt. Ungdomarna beskrev att de var en stor stress när de väntade på läkarnas besked om de skulle belönas eller straffas för sina insatser, det vill säga om de skulle få fler privilegier eller behöva ta ett steg tillbaka i behandlingen. Enligt Offord et al. (2006) kan denna typ av struktur och regler i behandlingen ge en känsla av maktlöshet och otillräcklighet. Det är därför viktigt med en adekvat motivering till de olika metoderna. Patienterna upplever att saknaden av individualiserad vård är den största bristen i behandlingen och att programmet inte tar hänsyn till deras olikheter, vilket kan få dem att känna sig straffade för något de inte gjort.

### **3.4 Fokus på det fysiska**

Många behandlingar har ett stort fokus på det fysiska och patienterna upplever det som att behandlingens främsta mål är att ”göda upp dem” och återställa vikten, medan det psykologiska välbefinnandet blir bortglömt (Jenkins & Ogden 2011, Colton & Pistrang 2004, Wright & Hacking 2012, Tierny 2008, Offord *et al.* 2006). Patienterna ser detta som ineffektivt när det gäller långsiktig återhämtning. De anser att terapi behövs för att de ska få en bättre förståelse för sin sjukdom samt de behöver tid till att bearbeta sina känslor (Colton & Pistrang 2004, Offord *et al.* 2006, Tierny 2008). En överbetoning av fysisk återhämtning upplevs av patienterna som kontraproduktivt. Utan att få hjälp med att hantera och förändra sina tankar så är återfall i många mening oundvikligt (Jenkins & Ogden 2011, Tierny 2008).

En påtvingad viktökning utan motsvarande psykologiskt stöd kan enligt patienterna ge en ökad känsla av bristande kontroll, vilket kan ses som psykologiskt och bestraffande. Tills patientens målvikt uppnåddes undanhålls psykologiskt stöd. Patienterna anser att någon form av känslomässigt stöd dock är nödvändigt för en hållbar viktökning (Offord *et al.* 2006). Patienterna anser att en förändring av tankemönstret är av stor betydelse för återhämtning, dock följer inte automatiskt en psykisk rehabilitering en fysisk återhämtning. De menar att målvikten bara är en utgångspunkt för full återhämtning (Jenkins & Ogden 2011).

### **3.5 Granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod**

Efter att ha granskat alla artiklars metoddel framkom det att samtliga tio har använt sig av semi-strukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod (Wright & Hacking 2012, Ramjan & Gill 2012, Pemberton & Fox 2011, Sly *et al.* 2014, Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2008, van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013, Jenkins & Ogden 2012).

I åtta av de tio artiklarna framkommer det tydligt att de även använt sig av ämnesguider vid intervjutillfället (Jenkins & Ogden 2011, Wright & Hacking 2012, Ramjan & Gill 2012, Pemberton & Fox 2011, Sly *et al.* 2014, Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2008). I de övriga två artiklarna (van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013) anges det inte om de använt sig av ämnesguider.

Nio av tio studier (Wright & Hacking 2012, Ramjan & Gill 2012, Pemberton & Fox 2011, Sly *et al.* 2014, Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2008, van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013) använde sig av personliga intervjuer för att samla in data. Jenkins & Ogden (2012) valde dock att göra telefonintervjuer.

## **4.0 Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

I föreliggande studie har det visat sig att en god vårdrelation bidrar till trygghet och motivation till att tillfriskna. Det finns både negativa och positiva aspekter med att vårdas i grupp. Patienterna kunde hitta trygghet hos varandra men samtidigt uppstod det ofta konkurrens mellan dem. Att ha strikta restriktioner i behandlingen upplevdes som något positivt hos vissa medan det skapade frustration hos andra. Många patienter ansåg att för mycket fokus låg på den fysiska återhämtningen medan det psykologiska stödet saknades.

### **4.2 Resultatdiskussion**

Ett gott samarbete mellan patient och sjuksköterska bygger genomgående på jämlikhet utan dominans samt att bägge parter visar ett intresse och accepterar varandra (Wright & Hacking 2012, Sly *et al.* 2014). Enligt omvårdnadsteoretikern Hildegard E. Peplau är det viktigt att sjuksköterskan alltid har en positiv attityd och bemöter patienten med respekt (Peplau 1994). Dock beskriver King & Turner (2000) i sin studie att sjuksköterskorna upplevde det väldigt utmanande och svårt att vårda patienter med AN. Från början ansåg de att vårdrelationen bör vara uppbyggd på förtroende, ärlighet, att vara icke-dömande och respektera patienternas



privatliv. Ju längre de vårdade dem förändrades dock detta, patienterna började ljuga och manipulera vilket ledde till att sjuksköterskornas kärnvärderingar byttes ut mot misstänksamhet, sorg och ilska.

En stor del av omvårdnaden av AN-patienter handlar om att sjuksköterskan ska överta kontrollen och hjälpa patienten att strukturera upp vardagen (Ramjan & Gill 2012, Offord *et al.* 2006, Bakker *et al.* 2011, Zugai *et al.* 2013, Colton & Pistrang 2004, van Ommen *et al.* 2009). Det har i föreliggande studie framkommit att det både är positivt och negativt med att låta sjuksköterskan ta över ansvaret för patienternas ät- och motionsvanor. Sjuksköterskor förklarar att detta är ett effektivt sätt för att kunna bryta de destruktiva mönster patienterna har och därefter kunna vägleda dem mot nya och bättre ätvanor (Bakker *et al.* 2011). Patienter beskriver att de ofta har svårt att bryta sitt beteende själva och därför uppskattas det av många att ha strikta restriktioner i omvårdnaden (van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013, Colton & Pistrang 2004). Enligt Peplau så förväntar sig patienterna ofta att sjuksköterskan ska ta ansvar då problem uppstår. Det är dock viktigt att sjuksköterskan inte tar över helt, patienten bör även själv försöka hitta lösningar på problemet (Peplau 1994).

Zugai *et al.* (2013) menar att det fanns både för- och nackdelar med övertag av kontrollen. Patienterna upplevde det jobbigt att sjuksköterskorna skulle styra allt och att de behövde få tillåtelse att göra saker. Det tog tid innan patienterna förstod innerbördan och fördelen med att bli av med kontrollen. De lärde sig äta sundare och fick en bättre kunskap vilket resulterade i bättre livsvanor och viktuppgång. I studien av Bakker *et al.* (2011) återfår patienterna mer och mer kontroll när de visat att de kan hantera sina matvanor på ett förbättrat sätt och går upp i vikt. I Offord *et al.* (2006) kan man dock se en irritation hos patienterna när sjuksköterskornas kontrollerande metoder påverkade saker utöver kost och motion vilket kunde ge en känsla av maktlöshet. Detta kan även ses i studien av Ramjan & Gill (2012) där deltagarna upplever sin vardag som allt för strukturerad där allt i minsta detalj är förutbestämt vilket patienterna liknar med ett fängelse. I en studie av Ramjan (2004) ansåg sjuksköterskorna att det var svårt för dem att bilda en förtroendefull relation till patienterna. Då sjuksköterskorna följde och verkställde behandlingen såg patienterna dem endast som de som tog ifrån dem kontrollen, gav dem straff och inkräktade på deras privatliv. Patienterna såg dem i roller som "fiende", "polis" och "spion" vilket gjorde det oerhört svårt att vinna deras förtroende. För att undvika uppkommandet av negativa känslor menar Bakker *et al.* (2011) och Offord *et al.* (2006) att

det är viktigt med en motivering till de olika metoderna samt att patienterna förstått att det är på grund av sjukdomen kontrollen tas ifrån dem och att inget är riktat mot dem personligen.

Patienter med AN finner ofta mycket positivt med sjukdomen. De ser den som en vän de kan vända sig till i alla lägen och de känner stolthet över vad de åstadkommit (Weaver *et al.* 2005). Saknaden av psykiskt stöd var något som många patienter upplevde som dåligt under behandlingen, fokus låg främst på viktuppgång (Jenkins & Ogden 2011, Colton & Pistrang 2004, Wright & Hacking 2012, Tierny 2008, Offord *et al.* 2006). I en studie av Bezance & Holliday (2013) uppmärksammades det att en betoning på fysisk återhämtning ofta ledde till tvångsvård samt att försummelse av psykologiska frågor såsom kontroll och självkänsla resulterade i behandlingssvikt och återfall. I studien av Offord *et al.* (2006) undanhölls patienterna psykologiskt stöd fram tills det att patienten uppnått sin målvikt. Colton & Pistrang (2004), Offord *et al.* (2006) och Tierny (2008) ser detta dock som negativt i strävan efter en hållbar återhämtning. Patienterna behöver hjälp att bearbeta sina känslor samt få en förståelse för sjukdomen. Därför menar Wright & Hacking (2012) och Sly *et al.* (2014) att sjuksköterskan spelar en viktig roll med sin närvaro och engagemang eftersom hon ska vara den trygghet de behöver. Enligt Peplau är det viktigt med psykologiskt stöd för att kunna uppnå ett gott resultat. Patienten behöver hjälp med att inse de svårigheter denne ställs inför, för att kunna bearbeta dem (Peplau 1994, Eide & Eide 2009). Vid avsaknad av professionellt stöd tar Offord *et al.* (2006) Tierney (2008) Colton & Pistrang (2004) upp att det kan vara till stor hjälp att behandlas tillsammans med andra i samma situation då patienterna upplever att det är skönt att kunna dela erfarenheter samt få stöd av varandra. I studien av Tierney (2008) anser många av patienterna med AN att sjuksköterskan inte kan förstå dem och de tar hellre stöd av andra patienter. Enligt van Ommen *et al.* (2009) bidrar närvaron av kamrater ofta till att patienterna lär sig äta riktigt igen.

Inom slutenvården har patienter beskrivit att de upplevt att personalen inte sett deras individuella behov utan de har bara varit en i mängden där alla har behandlats likadant (Colton & Pistrang 2004, Offord *et al.* 2006). Enligt Peplau så bör varje patients situation analyseras och en omvårdnadsplan görs utifrån individens behov (Eide & Eide 2009). I studien av Pemberton & Fox (2011) förklarar patienterna att sjuksköterskorna borde se dem mer som individer för att höja kvalitén på omvårdnaden. De ville att sjuksköterskorna skulle bry sig mer om dem och inte bara vara där för att göra sitt jobb. Även enligt Offord *et al.* (2006) är individualisering av patienterna något som saknas i behandlingen. För att

patienterna inte ska uppleva att de blir straffade för något de inte gjort är det viktigt att sjuksköterskorna ser deras olikheter.

#### **4.2.1 Diskussion om artiklarnas datainsamlingsmetod.**

För att svara på den metodologiska frågeställningen i denna litteraturstudie granskade författarna datainsamlingsmetoden i samtliga artiklar. Alla tio artiklar hade använt sig av semi-strukturerade intervjuer för att samla in data (Wright & Hacking 2012, Ramjan & Gill 2012, Pemberton & Fox 2011, Sly *et al.* 2014, Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2008, van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013, Jenkins & Ogden 2012). Enligt Polit & Beck (2012) är detta en bra metod då forskarna vill försäkra sig om att specifika ämnen täcks men samtidigt ge deltagarna en möjlighet att svara fritt med egna ord. De vet vad de vill fråga men kan inte förutsäga vad svaret blir, intervjuarens roll i processen är något strukturerad medan deltagarens roll inte är det. I semi-strukturerade intervjuer utarbetar forskarna ofta en ämnesguide, som är en lista över områden eller frågor som ska täckas för varje deltagare. Intervjuarens jobb är att uppmuntra deltagarna att prata fritt om alla ämnen som inkluderas i guiden samt berätta historier med sina egna ord. Denna teknik gör att forskaren kommer att få all den information som krävs samt att det ger deltagarna frihet att tillhandahålla så många exempel och förklaringar som de vill. Ämnesguiden kan även innehålla förslag på följdfrågor som syftar till att få fram mer detaljerad information. Ja- eller nejfrågor bör undvikas då det är viktigt att frågorna ger deltagarna en möjlighet att ge rik och detaljerad information om det fenomen som studeras (Polit & Beck 2012).

Nio av tio studier (Wright & Hacking 2012, Ramjan & Gill 2012, Pemberton & Fox 2011, Sly *et al.* 2014, Offord *et al.* 2006, Colton & Pistrang 2004, Tierney 2008, van Ommen *et al.* 2009, Zugai *et al.* 2013) använde sig av personliga intervjuer vilket enligt Polit & Beck (2012) anses vara den bästa metoden för intervjuer då det ger en god kvalitet på informationen. Denna metod innebär att intervjuaren möter deltagaren personligen och ställer frågorna. Metoden innebär dock ofta mer kostnader och mer tid då det krävs omfattande förberedelser.

Endast en studie valde att använda sig av telefonintervjuer, forskarna valde denna metod av praktiska skäl. Intervjuaren behöver inte resa någonstans vilket gör det lättare att täcka ett större geografiskt område och deltagarna behöver inte heller tänka på hur de ser ut eller fixa hemma för att intervjuaren ska komma (Jenkins & Ogden 2012). Telefonintervjuer kan vara

en metod som accepteras för att samla in data om intervjun är kort, specifik och inte alltför personlig. Ibland kan telefonintervjuer vara svårt för vissa grupper. Vissa människor har inte alltid tillgång till en telefon och äldre människor kan ha problem med hörseln (Polit & Beck 2012).

#### **4.3 Metoddiskussion**

För att kunna svara på studiens syfte och frågeställningar valde författarna att göra en litteraturstudie med deskriptiv design. En litteraturstudie beskrivs av Polit & Beck (2012) som en kritisk sammanställning av befintlig forskning som är relevant för valt ämne. Genom att sammanställa tidigare gjorda empiriska studier inom ämnet fick resultatet en större trovärdighet och bredd. För att få fram relevanta artiklar till resultatet användes databaserna Chinal, Medline och Scopus då de är de största inom områdena omvårdnad och biomedicin. För att underlätta sökningen tog författarna hjälp av en bibliotekarie då det till en början var svårt att hitta artiklar som svarade på syftet. Att ta hjälp av bibliotekarien såg författarna som en styrka då hon tipsade om att använda det booleanska ordet ”AND” samt att sätta ”\*” i slutet av orden. Detta är enligt Polit & Beck (2012) ett bra sätt att både avgränsa och utvidga sökningen. De inkluderade artiklarna var alla skrivna på engelska vilket nu i efterhand kan ses som en svaghet då ingen av författarna har engelska som modersmål. Detta kan leda till att misstolkningar uppstår vid översättningen av texten vilket kan medföra att innehållet i litteraturstudien kan ha påverkats. I studien inkluderades endast kvinnor i åldern 12-25 år, dock var vissa deltagare över 25 år då datainsamlingen i artiklarna gjordes. Dessa valdes ändå att inkluderas då samtliga var i åldern 12-25 år då de fick behandling för AN. I två av de inkluderade artiklarna fanns det även manliga deltagare, dock var det endast en man i respektive studie. På grund av detta valde författarna ändå att ta med dessa i föreliggande studie. Tabellen som visas i litteraturstudiens metoddel redovisar antalet träffar från databassökningen samt antalet inkluderade artiklar och figur 1 ger en tydligare bild av bortfallet. En tematisk analys är bra att använda i litteraturstudier för att få fram lämpliga teman vid sammanställningen av texterna. Vid granskningen av artiklarna blev bortfallet större än tänkt då 196 stycken artiklar uteslöts, detta kan ses som en svaghet eftersom studiens syfte är brett och endast tio artiklar inkluderades i resultatet. I åtta av tio artiklar framkom det tydligt att de blivit granskade och godkända av en etisk kommitté och i de resterande två artiklarna framkom det att endast etiska överväganden gjorts samt att deltagarna fått information och godkänt att vara med i studien. I forskningstudier där människor eller djur deltar är det viktigt enligt Polit & Beck (2012) att etiska överväganden finns med.

#### **4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad samt förslag till fortsatt forskning**

Föreliggande studie har beskrivit patienters erfarenheter av att vårdas för AN. Denna kunskap ger förhoppningsvis en bättre förståelse för dessa patienters situation, vilket kan hjälpa sjuksköterskan att bemöta och utforma vården efter individen. Författarna anser att svensk forskning kring ämnet behövs eftersom antalet patienter har ökat. Vid sökning av artiklar kunde författarna inte se att svensk forskning fanns som svarade på studiens syfte. Fem av tio inkluderade artiklar i resultatet visar att patienterna saknar ett psykologiskt stöd under behandlingen vilket är negativt för en hållbar återhämtning. Författarna anser därmed att mer forskning bör göras inom detta område.

#### **5.0 Slutssats**

Föreliggande studie visar att tillit, respekt och förtroende behövs för att upprätthålla en god vårdrelation. En individualisering av vården behövs för att öka förutsättningarna för en optimal omvårdnad. Då AN i grunden är ett psykiskt problem bör hela personen behandlas annars är risken för återfall stor. Det är även viktigt med information och adekvata motiveringar till de strikta metoderna i behandlingen.

## 6.0 Referenslista

- American psychiatric association (2013) Feeding and eating disorders. I *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed)*. Washington DC, 329-354.
- Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J., Meerwijk E. & van Elburg A. (2011) Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing* **24**(1), 16-22.
- Bezance J. & Holliday J. (2013) Adolescents with Anorexia nervosa have their say: A review of qualitative studies on treatment and recovery from Anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* **21**(5), 352-360.
- Colton A. & Pistrang N. (2004) Adolescents' experiences of inpatient treatment for Anorexia nervosa. *European eating disorders review* **12**, 307-316.
- Eide H. & Eide T. (2009) Relationsteorier. I *Omvårdnadsorienterad kommunikation - Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*, Studentlitteratur AB, Lund, pp. 153-197.
- Gorse P., Nordon C., Rouillon F., Pham-Scottet A. & Revah-Levy A. (2013) Subjective motives for requesting in-patient treatment in female with Anorexia nervosa: A qualitative study. *PLOS ONE* **8**(10), 1-7.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](https://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/) den 5 mars 2014.
- International Council of Nurses (2014) Definition of nursing (online) Hämtad från <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> den 21 november 2014
- Jenkins J. & Ogden J. (2011) Becoming 'whole' again: A qualitative study of women's views of recovering from Anorexia nervosa. *Research article* **20**, e23-e31.

- King S. J. & Turner de S. (2000) Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing* **32**(1), 139-147.
- Levander S., Adler H., Gefvert O. & Tuninger E. (2008) Ätstörningar. I *Psykiatri - En orienterande översikt* (Anonymous ), Studentlitteratur AB, Lund, 111-118.
- Machado B.C., Gonçalves S.F., Martins C., Hoek H.W., Machado P.P. (2014) Risk Factors and Antecedent Life Events in the Development of Anorexia Nervosa: A Portuguese Case-Control Study. *European Eating Disorders Review* **22**(4), 243-251.
- Offord A., Turner A. & Cooper M. (2006) Adolescent inpatient treatment for Anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review* **14**, 377-387.
- Olsson H. & Sörensen S. (2011) Forsknings etiska aspekter. I *Forskningsprocessen* (Widegren M., ed. ), Liber AB, Stockholm, 77-94.
- Patching J., Lawler J. (2009) Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing inquiry* **16**(1), 10-21.
- Pemberton K. & Fox. R. E J. (2011) The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with Anorexia nervosa: A qualitative study. *Clinical psychology & psychotherapy* **20**, 226-238.
- Peplau E., Hildergard (1994) Roles in nursing. I *Interpersonal relations in nursing*, The macmillan press ltd, Houndmills, Basingstoke, Hampshire, Storbritannien, 43-70.
- Pokorny E. M (2014) Nursing theorists of historical significance. I *Nursing theorists and their work (8<sup>th</sup> ed)* (Alligood R. A., eds), Mosby, St. Louis, Missouri, 42-60.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012) *Nursing Research*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Ramjan L.M. (2004) Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of advanced nursing* **45**(5), 495-503.
- Ramjan L.M. & Gill I. B. (2012) An inpatient program for adolescents with Anorexia experienced as a metaphoric prison. *Original research* **112**(8), 24-33.
- Skårderud F. (2007) Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review* **15**(2), 81-97.
- Skärsäter I. (2014) Psykisk ohälsa. I *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (Edberg A. & Wijk H., eds. ), Studentlitteratur AB, Lund, 611-644.
- Sly R., Morgan. F J., Mountford. A V., Sawyer F., Evans C. & Lacey H.J. (2014) Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for Anorexia nervosa. *Eating disorders: the journal of treatment & prevention* **22**(3), 233- 243.
- Socialstyrelsen (2014) Folkhälsorapport 2009 (online) hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> den 4 november 2014.
- Tierney S. (2008) The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for Anorexia nervosa. *American psychiatric nurses association* **13**(6), 368-375.
- van Ommen J., Meerwijk. L E., van Elburg A. & van Meijel B. (2009) Effective nursing care of adolescents diagnosed with Anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of clinical nursing* **18**, 2801-2808.
- Weaver K., Wuest J. & Ciliska D. (2005) Understanding women's journey of recovering from Anorexia nervosa. *Qualitative health research* **15**(2), 188-206.
- Woods S. (2004) Untreated recovery from eating disorders. *ADOLESCENCE* **39**(154), 361-371.



Wright K., M. & Hacking S. (2012) An angel on my shoulder: a study of relationships between women with Anorexia and healthcare professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing* **19**, 107-115.

Zugai J., Stein-Parbury J. & Roche M. (2013) Effective nursing care of adolescents with Anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of clinical nursing* **22**, 2020-2029.

**Tabell 2**

<b>Författare/Publika-Tionsår</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Undersökningsgrupp</b>	<b>Datainsamlingsmetod</b>	<b>Dataanalysmetod</b>
Colton A., Pistrang N.  2004	<i>Adolescents' experiences of inpatient treatment for Anorexia Nervosa</i>	Kvalitativ Beskrivande design.	19 deltagare  Kvinnor  12-17 år	Semi-strukturerade intervjuer.	Fenomenologisk analys.
Jenkins J. Ogden J.  2011	Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's view of recovering from Anorexia nervosa	Kvalitativ Utforskande design.	15 deltagare  Kvinnor  19-49 år	Semi-strukturerade telefon intervjuer.	Fenomenologisk analys.
Offord A., Turner H. & Cooper M.  2006	<i>Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge</i>	Kvalitativ Utforskande design.	7 deltagare  Kvinnor  16-23 år	Semi-strukturerade Intervjuer.	Fenomenologisk analys.

Pemberton K., Fox J. R. E.  2011	The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with Anorexia nervosa: a qualitative study	Kvalitativ Beskrivande design.	8 deltagare  1 man 7 kvinnor  1 över 25 år 7 under 25 år	Semi-strukturerade Intervjuer.	Fenomenologisk analys.
Ramjan M, L., Gill I, B.  2012	An inpatient program for adolescents with Anorexia experienced as a metaphoric prison	Kvalitativ Naturalistisk design.	20 deltagare  10 st patienter (11-18 år) 10st sjuksköterskor (23-42 år)	Semi- strukturerade Intervjuer.	Tematisk analys.
Sly R., Morgan J. F., Mountford V.A., Sawer F., Evans C. & Lacy H.  2014	<i>Rules of engagement: Qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for Anorexia nervosa.</i>	Kvalitativ Utforskande design.	8 deltagare  Kvinnor  18-34 år	Semi- strukturerade Intervjuer.	Fenomenologisk analys.

Tierney S. 2008	<i>The individual within a condition: A qualitative study of young people's reflections on being treated for Anorexia nervosa</i>	Kvalitativ Utforskande design.	10 deltagare  1 man 9 kvinnor  11-18 år	Semi-strukturerade Intervjuer.	Tematisk analys.
van Ommen J., Meerwijk L, E., Kars M., van Elburg A., van Meijel B.  2009	<i>Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective</i>	Kvalitativ Design anges ej.	13 st deltagare  Kvinnor  12-18 år	Individuella Semi- strukturerade Intervjuer.	Intermediär analys.
Wright K, M. Hacking S.  2012	An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals	Kvalitativ Beskrivande design.	13 deltagare .  6 st patienter (21-44 år) 7 st vårdare (33-55 år)  Kvinnor	Semi-stukturerade intervjuer.	Tematisk analys.
Zugai J., Stein-Parbury J., & Roche M.  2013	Effective nursing care of adolescents with Anorexia nervosa: a consumer perspective	Kvalitativ Utforskande design.	8 deltagare  Kvinnor  (12-18 år)	Semi- strukturerade intervjuer.	Tematisk analys.

**Tabell 3**

<b>Författare</b>	<b>Syfte</b>	<b>Resultat</b>
Colton A., Pistrang N.	Att detaljerat beskriva hur ungdommar upplever behandlingen av Anorexia nervosa i slutenvården.	Deltagarna uttryckte både positiva och negativa erfarenheter av behandlingen. Dock var det viktigt att de själva var engagerade samt tog beslutet att tillfriskna.
Jenkins J. Ogden J.	Att utforska hur kvinnor beskriver återhämtningen från Anorexia nervosa.	Kvinnorna beskrev deras erfarenheter utifrån tre olika områden: Att vara anorektisk, förändringsprocessen, att återhämta sig. Det visade sig vara svårt för deltagarna att få ett bra samspel mellan kropp och själ. Detta underlättades i många fall med hjälp av terapi med syfte att de ska känna sig ”hel” igen samt nära relationer.
Offord A., Turner H. & Cooper M.	Att utforska unga vuxnas syn på behandlingen de fick för Anorexia nervosa i slutenvården.	Patienterna känner sig bortkopplad från det normala livet. De upplevde att behandlingen fokuserade för mycket på det fysiska och det fanns inget fokus på det sociala med anhöriga/nästående. De auktoritära metoder som användes kunde få patienterna att känna sig ineffektiva, värdelösa och isolerade.
Pemberton K., Fox J. R. E.	Att identifiera vilka faktorer som är viktiga i omvårdnaden och i hanteringen av känslor för patienter med Anorexia nervosa i slutenvården.	Patienterna i studien har problem att hantera sina känslor och känner sig svikna av personalen då de upplever att de inte förstår dem, de får inte det stöd de behöver och de känner att personalen inte egentligen bryr sig om dem ”de gör bara sitt jobb” .

Ramjan M, L., Gill I, B.	Att utforska ungdomars och sjuksköterskors erfarenheter av ett beteende program för behandling av Anorexia nervosa i slutenvården.	Studien belyser de utmaningar sjuksköterskorna och patienterna ställs inför vid skapandet av relationer. Patienterna känner sig som fångar och sjuksköterskorna som fångvakter.
Sly R., Morgan J. F., Mountford V.A., Sawer F., Evans C. & Lacy H.	Att undersöka patienternas erfarenheter av den terapeutiska relationen för att förstå vikten av denna samt utforska vilka faktorer som bidrar till ett gott samarbete med sjukvårdspersonalen.	Patienterna upplever att det är viktigt med en bra relation med sjuksköterskan eftersom de kan bidra till att lättare kunna hantera problem under behandlingen. Att arbeta tillsammans och hålla ett öppet klimat är viktigt för att undvika dominans och isolering, båda måste kunna ge och ta.
Tierney S.	Att utforska hur ungdomar ser på att bli behandlad för Anorexia nervosa.	Deltagarna var tydliga med att det behövdes motivation för att kunna förändra sitt beteende. Personalen kan hjälpa till genom att utmana patienterna på ett icke konfronterande sätt, de måste behandla patienterna som individer och inte bara som en annan anorektiker .
van Ommen J., Meerwijk L, E., Kars M., van Elburg A., van Meijel B.	Utveckla en model utifrån patienternas erfarenheter som förklarar effektiviteten av slutenvården.	Deltagarna ansåg sjuksköterskan som en viktig del i återhämtningen från AN. Normalisation, struktur och ansvarstagande visade sig vara tre viktiga faktorer.
Wright K, M. Hacking S.	Att beskriva den terapeutiska relationen mellan patient och vårdare.	Deltagarna kände sig tryggare och mer optimistiska med vårdpersonal omkring sig. Relationen mellan patient och vårdare blev en viktig faktor för tillfrisknandet.

Zugai J., Stein-Parbury J., & Roche M.	Att ur ett patientperspektiv ta reda på hur sjuksköterskor ska kunna hjälpa patienterna till viktuppgång samt hur de kan ge positiva upplevelser av slutenvården.	Patienterna upplevde att en god relation med sjuksköterskorna var av stor vikt för att upprätthålla en god terapeutisk miljö samt bidra till viktuppgång.
--	---	---