



**Blekinge Tekniska Högskola**  
**Sektionen för hälsa**

# **SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER I VÅRDMÖTET AV PERSONER MED ÄTSTÖRNINGAR**

EN LITTERATURSTUDIE

VERONICA BJÖRKLUND  
MADELENE KARLSSON

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp  
VO1303  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Maj 2012

Handledare: Sigrid Johansson  
Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

# SJUKSKÖTERSANS ERFARENHETER I VÅRDMÖTET AV PERSONER MED ÄTSTÖRNINGAR

EN LITTERATURSTUDIE

VERONICA BJÖRKLUND  
MADELENE KARLSSON

Björklund, V., & Karlsson, M. Sjuksköterskans erfarenheter i vårdmötet av personer med ätstörningar – en litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2012.

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Antalet insjuknande personer med ätstörningar ökar, speciellt bland unga kvinnor. Typiskt för ätstörningar är att personen är besatt av tankar och känslor kring mat och kroppsform. Ätstörningar uppkommer ofta när den unga personen inte har kontroll över situationen och känner sig socialt avskärmad. Hur sjuksköterskan agerar i vårdmötet kan påverka tillfrisknandet hos personer med ätstörningar. Studier har visat att sjuksköterskor kan ha en mindre positiv erfarenhet av att vårda personer med ätstörningar. I vårdmötet är det viktigt att sjuksköterskan använder sin kunskap och erfarenhet för att erbjuda en absolut närvaro i det vårdande mötet med personen. **Syfte:** Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans erfarenheter i vårdmötet av personer med ätstörningar. **Metod:** Metoden som användes var litteraturstudie med kvalitativ ansats. De åtta artiklar som användes i studien analyserades med en manifest innehållsanalys. **Resultat:** Det framkom i studien att sjuksköterskor upplevde en känsla av frustration och misslyckande över att inte kunna hjälpa personer med ätstörningar. Sjuksköterskor upplevde hinder i vårdmötet i form av att personer med ätstörningar motsatte sig vård samt att när sjuksköterskor saknade tillräcklig kunskap om ätstörningar påverkade det vårdmötet på ett negativt sätt. Sjuksköterskor påtalade också att det i vårdmötet var viktigt att de agerade som en förebild och visade engagemang, samt att de fick stöd av kollegor. **Slutsats:** Det var viktigt för sjuksköterskor att ha tillräcklig kunskap och erfarenhet om ätstörningar i vårdmötet, för att på ett professionellt sätt kunna möta och vårda dessa personer.

**Nyckelord:** ätstörningar, vårdmöte, sjuksköterskans erfarenhet.

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Ätstörningar</b>	<b>1</b>
<b>Sjuksköterskans erfarenhet</b>	<b>2</b>
<b>Vårdmötet</b>	<b>3</b>
<b>SYFTE</b>	<b>4</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>4</b>
<b>Analys</b>	<b>5</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
<b>Frustration och känsla av misslyckande</b>	<b>6</b>
<i>Känslomässig utmaning</i>	<i>6</i>
<i>Att inte kunna hjälpa</i>	<i>7</i>
<b>Hinder i vårdmötet</b>	<b>8</b>
<i>Personens motstånd</i>	<i>8</i>
<i>Att inte känna tillit</i>	<i>9</i>
<i>Att inte ha tillräcklig kunskap</i>	<i>9</i>
<b>Möjligheter i vårdmötet</b>	<b>10</b>
<i>Att vara en förebild</i>	<i>10</i>
<i>Att vara engagerad</i>	<i>11</i>
<i>Att ha kollegors stöd</i>	<i>12</i>
<b>DISKUSSION</b>	<b>12</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>12</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>14</b>
<b>Slutsats</b>	<b>16</b>
<b>REFERENSLISTA</b>	<b>17</b>
<b>BILAGEFÖRTECKNING</b>	<b>20</b>

## **INTRODUKTION**

Det rådande skönhetsidealet med en smal och vältränad kropp i västvärldens kultur kan relateras till förekomsten av ätstörningar (Rosen, 1996). Det rådande skönhetsidealet kan även påverka både sjuksköterskans egen självbild och hennes agerande i vårdmötet med personer med ätstörningar (Kaplan & Garfinkel, 1999). Hur sjuksköterskan agerar i vårdmötet med personer med ätstörningar, kan vara avgörande för personens tillfrisknande (van Ommen, Meervijk, Kars, van Elburg & van Meijel, 2009). Enligt Higbed och Fox (2010) saknas ofta sjukdomsinsikt hos personer med anorexia nervosa och det kan därför vara problematiskt för sjuksköterskan att möta och vårda dessa personer. Vid bulimia nervosa kan personen ofta vara normalviktig vilket kan medföra att sjukdomen kan vara svårupptäckt i samband med ett kort vårdmöte (American Psychiatric Association, 2000). George (1997) påtalar att det kan vara personligt utmanande för sjuksköterskan att möta och vårda personer med ätstörningar. Enligt Fleming och Szmukler (1992) kan sjuksköterskan anse att ätstörningar kan vara självförvållade vilket kan påverka vårdmötet. Ovanstående studier påvisar att ytterligare studier behövs kring vårdmötet vid ätstörningar. Därför är det väsentligt att belysa sjuksköterskans erfarenheter i vårdmötet av personer med ätstörningar.

## **BAKGRUND**

Ätstörningar är relativt vanligt och antalet insjuknande personer ökar, speciellt bland unga kvinnor (Isomaa, Isomaa, Marttunen, Kaltiala-Heinos & Björkqvist, 2009). En av fem unga kvinnor kämpar eller har kämpat med ätstörningsrelaterade problem under tonåren (ibid.).

### **Ätstörningar**

Ätstörningar delas in i två huvudgrupper, anorexia nervosa och bulimia nervosa (American Psychiatric Association, 2000). Gemensamt för de båda störningarna är att personen har ett avvikande beteende angående matintag. Typiskt för ätstörningar är att personen är besatt av tankar och känslor kring mat och kroppsform. Ofta är personen perfektionist och extremt självkritisk, särskilt när det gäller kroppsformen (ibid.). Ätstörningar uppkommer ofta när den unga personen inte har kontroll över situationen och känner sig socialt avskärmad, samtidigt som det ofta finns en påtryckning och press från familjen till framgång (Budd, 2007). Personer som vanligen insjuknar i ätstörningar är unga vita kvinnor i västerländska samhällen, vilket förmodligen kan relateras till det rådande skönhetsideal som finns i kulturen (Helman, 2007). Ätstörningar är till exempel inte lika vanligt i Afrika vilket troligtvis beror på att där råder en annan syn på kroppsideal (ibid.). Enligt Helman (2007) har dock den globala förekomsten av ätstörningar ökat och även börjat uppmärksammas i fattigare länder, likaså har förekomsten ökat bland immigranter i västvärlden. Av de två ätstörningarna är bulimia nervosa mer vanligt förekommande (Rosen, 1996).

För att få diagnosen anorexia nervosa krävs att kroppsvikten ligger minst 15 procent under normalvikten i förhållande till längden (American Psychiatric Association, 2000). Personen har en djupgående rädsla för att öka i vikt trots att undervikt föreligger, och dessutom förekommer ofta en förvrängd uppfattning om kroppsstorlek eller kroppsform. Förutom matvägran eller självpåtaget tvång till att kräkas för att förhindra viktökning kan även överdriven träning förekomma (ibid.). Insjuknandet av anorexia nervosa sker oftast tidigt i tonåren medan bulimia nervosa vanligtvis debuterar i övre tonåren och hos unga kvinnor (Rosen, 1996). Bulimia nervosa innebär återkommande hetsätning, då personen kan äta betydande mängder mat under kort tid och på så sätt få i sig mängder av kalorier (American Psychiatric Association, 2000). Hetsätningen avbryts inte förrän personen blir avbruten, somnar eller får ont i magen på grund av matintaget. Efter hetsätningen får personen ofta magvärk och rädslan för viktuppgång resulterar ofta i att personen kräks eller använder laxermedel (ibid.).

### **Sjuksköterskans erfarenhet**

Enligt Burnard (1987, 1989) innebär erfarenhet att utvidga kunskap och förståelse genom att omstrukturera tidigare kunskaper inom ett visst område. Genom att reflektera och omforma den tidigare kunskapen baserat på en ny erfarenhet, kan nya tanke- och handlingsmönster skapas. Dessa nya mönster bidrar sedan till en utvidgad kunskapsgrund för framtida handlingar (ibid.). Dichter, Cohen och Connolly (2002) menar att antalet år en sjuksköterska arbetat inte nödvändigtvis bidrar till att kunskaperna, medvetenheten och den självupplevda kompetensen ökar. Enligt Benner (2001) kan erfarenhet fås genom att den teoretiska kunskapen ifrågasätts och modifieras av verkliga kliniska händelser som svarar mot eller strider mot den teoretiska insikten. Benner (2001) talar om fem steg för hur sjuksköterskan skaffar sig erfarenhet genom att gå från novis till expert. Novis innebär att sjuksköterskan är nybörjare utan erfarenhet och förlitar sig på riktlinjer och bestämda procedurer. När sjuksköterskan sedan har arbetat inom samma område i minst fem år blir hon expert vilket innebär att sjuksköterskan har en helhetsuppfattning och bred erfarenhet som gör att hon kan handla snabbt och intuitivt (ibid.). Genom att sjuksköterskan har en medveten och reflekterande hållning till den egna arbetsprocessen kan hon bygga en bro mellan tänkandet och kunskaperna, vilket kan bidra till en erfarenhetsbaserad intellektuell och känslomässig utveckling (Higgs & Jones, 2008).

Sjuksköterskor kan ha en mindre positiv erfarenhet av att vårda personer med ätstörningar (Sansone, Fine & Chew, 1988). Sellick (1991) belyser att sjuksköterskor har beskrivit att när de varit omtänksamma och visat en icke-dömande förståelse mot personen, har sjuksköterskorna upplevt att personen fått professionell hjälp. För att kunna göra tillförlitliga bedömningar i vårdmötet måste sjuksköterskan ha en ämnesspecifik kunskapsbas som baseras på teori och forskning, men även erfarenhetsbaserad och personlig kunskap som hela tiden måste uppdateras och förnyas (Higgs & Jones, 2008).

## Vårdmötet

Vårdmötet innebär mötet mellan en person och sjukvården, och målet för vårdmötet är att lindra lidande och främja välbefinnande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Sjuksköterskan har en betydande roll när det gäller att etablera en terapeutisk relation i vårdmötet mellan en person och sjukvården (Kong, 2005). Utmärkande för relationen mellan sjuksköterskan och personen är ett professionellt engagemang, där sjuksköterskan använder sin kunskap och erfarenhet för att erbjuda en absolut närvaro i det vårdande mötet med personen (Dahlberg et al., 2003). Att sjuksköterskan ger stöd och råd till personer med åtstörningar kan enligt van Ommen et al. (2009) vara viktigt för personens engagemang i tillfrisknandet. Viktiga begrepp i sjuksköterskans förhållningssätt mot personen är värme och empati (Watson, 1985). För att upprätta en mellanmänsklig relation som är präglad av förståelse är det viktigt för sjuksköterskan att visa intresse för personen på ett empatiskt vis (ibid.).

Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) talar om subjekt-subjektrelation i vårdmötet. I den humanistiska vårdsynen ses både sjuksköterskan och personen som handlande varelser med egen vilja, egna mål och avsikter samt egna resurser. När personen betraktas subjektivt innebär det att sjuksköterskan beaktar personens egna önskemål och ger personen valfrihet och rätt att ta ansvar för sig själv. Dock finns det gränser för personens frihet och önskemål. Så kallade yttre gränser avser hänsyn till medpatienter och andra berörda så att ingens säkerhet hotas. Det finns också inre gränser, med vilket menas att det finns personer som inte har resurser att helt och hållet ta ansvar för sig själva eller som inte förstår konsekvenserna av sina val. De inre begränsningarna innebär dock inte att dessa personers vilja, önskemål och rätt till frihet och ansvar inte alls ska beaktas. Det centrala är att en person aldrig ska behandlas som ett objekt i vården (ibid.). Van Ommen et al. (2009) påtalar att det kan vara viktigt för sjuksköterskan att i första vårdmötet av personer med åtstörningar ta ifrån personen kontrollen och sätta gränser för vad som är normalt beteende. Ett av målen vid omvårdnad är enligt Watson (1985) att personen ska bli bättre rustad till att hantera sin livssituation genom ökad självinsikt och självförståelse.

Relationen mellan sjuksköterskan och personen måste vara präglade av tillit och tillgänglighet, samt tillåta att både positiva och negativa känslor får komma till uttryck (Watson, 1985). En hjälpsam och förtroendefull relation innebär att sjuksköterskan är äkta och ärlig, att hon visar empati och att hon förmedlar mellanmänsklig värme genom att ha ett öppet och förtroligt kroppsspråk samt att sjuksköterskan har en öppen kommunikation. Om personen får möjlighet att uttrycka och medvetandegöra sina känslor kommer ofta personens beteende bli begripligt både för personen själv och för sjuksköterskan. Här måste sjuksköterskan också vara beredd på att ta emot negativa känslor och vara medveten om att intellektuell och emotionell förståelse är två skilda saker. Genom att vara uppmärksam på och erkänna sina egna känslor och reaktioner kan sjuksköterskan lära känna och acceptera sig själv, vilket är en viktig utgångspunkt för att kunna bemöta andra (ibid.).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans erfarenheter i vårdmötet av personer med ätstörningar.

## **METOD**

Metoden som användes var litteraturstudie med kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats användes för att den enligt Forsberg och Wengström (2008) fokuserar på att beskriva och tolka personens upplevelser, vilket var passande för att få en djupare förståelse för sjuksköterskans erfarenheter i vårdmötet av personer med ätstörningar. Litteraturstudie valdes eftersom syftet med en litteraturstudie enligt Forsberg och Wengström (2008) är att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa forskning från tidigare genomförda empiriska studier inom ett begränsat område.

## **Datainsamling**

Databaserna som användes var Medline och CINAHL. Dessa täcker enligt Forsberg och Wengström (2008) forskning inom omvårdnad. Det gjordes också en sökning i Academic Search Elite som enligt Academic Search Elite (2012) har forskning inom hälsa och medicin.

Sökorden som användes var *Eating Disorders, Anorexia, Anorexia Nervosa, Bulimia, Bulimia Nervosa, Nurse-Patient Relations, Nurse Attitudes, Nursing Role, Nurse's Role, Nursing Care, Caring, Experience, Encounter, Nurse* och *Nurse experience*. I Medline gjordes sökningen med ämnesord som ingår i databasens uppslagsverk. Ämnesord som ingår i Medlines uppslagsverk kallas MeSH-termer och dessa används för att få fram korrekta sökord (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Det gjordes även en fritextsökning på orden *Caring, Nurse Attitudes, Nurse Experience, Experience och Encounter* då dessa ord inte fanns i ämnesordlistan. I CINAHL gjordes sökningen med hjälp av CINAHL Headings. CINAHL Headings är uppslagsverket i CINAHL och används för att få fram korrekta sökord (Willman et al., 2011). Det gjordes i CINAHL också en fritextsökning på orden *Nursing, Experience, Encounter* och *Nurse experience*. Sökningarna gjordes med hjälp av Booleska operatörer, AND, OR och NOT. Booleska operatörer används för att kombinera sökord och begränsa sökningen (Forsberg & Wengström, 2008). Sökoperatören OR breddar sökningen genom att sökningens resultat innehåller artiklar till alla söktermerna var för sig samt tillsammans (Willman et al., 2011). För att avgränsa sökningen används AND, vilket gör att sökningen resulterar i artiklar som innehåller alla söktermerna som används. NOT används för att utesluta vissa söktermer från sökningen (ibid.). Det gjordes också en manuell sökning efter artiklar funna i sökta artiklars referenslistor, detta gav en användbar artikel som hittades med hjälp av Google Scholar. Sökningarna visas i bilaga 1.

Inklusionskriterier var att metoden i valda artiklar skulle vara intervjuer eller fokusgrupper, de skulle vara publicerade från år 1997 och framåt, vara skrivna på engelska och vara peer-reviewed. Peer-reviewed innebär att artikeln har blivit granskad av experter inom området innan den publiceras (Willman et al., 2011). Exklusionskriterier var att artiklar som inriktade sig mot medicinsk behandling eller mot screening och förebyggande åtgärder uteslöts, samt artiklar som belyste familjens eller patientens upplevelser.

Sökningen resulterade i åtta artiklar som kvalitetsgranskades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för kvalitativa studier, se bilaga 2. Punkten ”patienter med lungcancerdiagnos” ändrades i bedömningsmallen till ”sjuusköterska som vårdar patient med ätstörningar”. Kvalitetsgranskningen gjordes först var för sig, och sedan jämfördes resultaten och genom diskussion uppnåddes ett slutligt resultat av granskningen. Vid granskningen kontrollerades artiklarnas abstrakt, introduktion, syfte, metod, resultat, diskussion och slutsats. Artiklarna poängsattes sedan efter hur välskrivna och tydliga artiklarna var, och indelades därefter i olika grader beroende på poängen. Maxpoäng var 48 och artiklar som fick 38 poäng och över hamnade i grad I och hade högst kvalitet. Artiklar med 34 till och med 37 poäng hamnade i grad II och artiklar med 29 till och med 33 poäng hamnade i grad III. Av de valda artiklarna låg fyra stycken i grad I och övriga fyra artiklar låg i grad II. I bedömningsmallen fanns en punkt som berörde etiska aspekter. Alla artiklar som ingick i studien utom en hade angivit etiska aspekter i sin metodbeskrivning. Artikeln som saknade etiska aspekter valdes ändå in i studien då den svarade mot syftet. En översikt på de åtta artiklar som använts i studien redovisas i bilaga 3.

### **Analys**

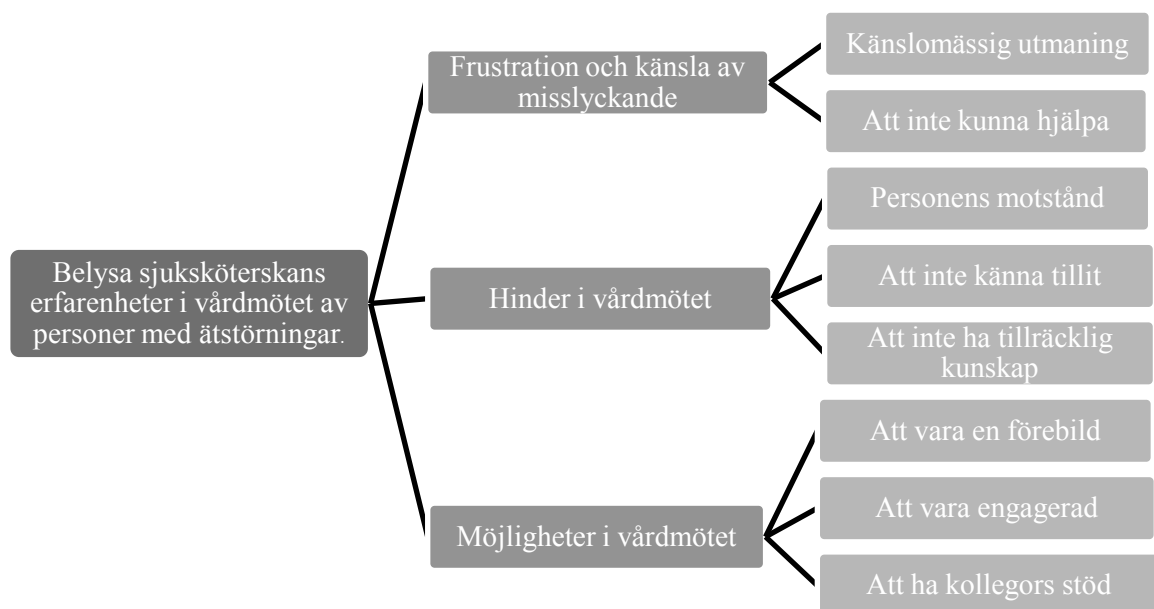
Metoden som användes var innehållsanalys med kvalitativ ansats såsom den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys innebär att systematiskt och stegvist klassificera data för att kunna identifiera mönster med målet att beskriva specifika fenomen (Forsberg & Wengström, 2008). Artiklarnas resultat lästes var för sig ett flertal gånger för att få en överblick över det totala textmaterialet. Meningsenheter som svarade mot studiens syfte ströks under, först var för sig sedan jämfördes och diskuterades meningsenheterna för att komma fram till ett gemensamt beslut. Meningsenheter är de delar av texten som har ett bärande innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsenheterna fördes sedan in i en tabell där de översattes till svenska och kondenserades. Med kondensering menas att göra texten kortare och mer lätthanterlig utan att viktigt innehåll förloras (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsenheterna kortades sedan ner ytterligare till koder. Koderna beskriver kortfattat meningsenhetens innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Koder med liknande innehåll sorterades sedan i kategorier och utifrån innehållet i de olika kategorierna växte underkategorier fram. Innehållet i en kategori ska vara nära besläktat och skilja sig från innehållet i andra kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Det sista steget i Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys är



att skapa teman. Med detta menas att sammanbinda det underliggande innehållet i ett antal kategorier (ibid). Detta steg uteslöts då studien endast resulterade i tre kategorier. Vid analysen användes en manifest innehållsanalys. Manifest innehållsanalys innebär en textnära tolkning (Forsberg & Wengström, 2008). Ett exempel över analysförfarande visas i bilaga 4.

## RESULTAT

Vid genomläsningen av materialet blev det tydligt att sjuksköterskor kände frustration i vårdmötet när de inte tilläts hjälpa personer med ätstörningar, och att sjuksköterskor betonade vikten av kunskap och engagemang i vårdmötet. Analysen av materialet resulterade i tre kategorier med tillhörande underkategorier som visas i en översikt i figur 1.



Figur 1. Översikt av bildade kategorier och underkategorier utifrån syftet.

### **Frustration och känsla av misslyckande**

Det framkom att sjuksköterskor kände frustration och en känsla av misslyckande över att inte kunna nå fram till eller kunna hjälpa personer med ätstörningar.

#### *Känslomässig utmaning*

Sjuksköterskors erfarenhet av vårdmötet med personer med ätstörningar var att det var krävande och ångestfyllt (Jarman, Smith & Walsh, 1997). Vissa sjuksköterskor upplevde vårdmötet som ett känslomässigt psykologiskt krig, som utlöste stress hos vissa av sjuksköterskorna (Ramjan, 2004). Sjuksköterskor påverkades av den ständiga maktkampen och det var frustrerande att inte se någon

omedelbar förbättring hos personerna vilket gjorde att de upplevde en känsla av att gå runt i cirklar (King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Walker & Lloyd, 2011). När sjuksköterskor inte fick någon respons för sitt arbete gjorde detta att de upplevde sig själva som värdelösa vårdare (Walker & Lloyd, 2011). Frustrationen gjorde sjuksköterskorna skeptiska om personernas tillfrisknande och de ansåg att vården av personer med ätstörningar var ett slöseri med tid (Ramjan, 2004). Sjuksköterskor upplevde frustrationen som en utmaning mot deras terapeutiska roll och att det behövdes självkontroll för att kunna fortsätta att möta personer med ätstörningar (Walker & Lloyd, 2011).

*“You can get quite angry with them ... frustrated with them when it goes on and on. I looked after a girl who used to rip out the naso tube ... after some time, you would get feelings of immense anger and frustration.”* (Walker & Lloyd, 2011, s.386).

En del sjuksköterskor upplevde att det var psykiskt utmanande att arbeta med personer med ätstörningar på grund av att vårdmötet gjorde sjuksköterskorna mer medvetna om sina egna kroppar och sin egen självbild (Walker & Lloyd, 2011). En sjuksköterska uttryckte att hon kände sig stor och klumpig i jämförelse med personerna som var små och smala (ibid.).

*“Working with eating disorders does make you look at your own body image and your of own self image ... you need to be fairly intact and confident to work with them ... you can see them evaluating you ... it can be quite distressing on a bad day...”* (Walker & Lloyd, 2011, s.386).

Personer med ätstörningar upplevdes av sjuksköterskorna som svekfulla och lögnaktiga och sjuksköterskornas erfarenhet av vårdmötet väckte en misstro som påverkade vårdmötet med kommande personer (King & Turner, 2000). Sabotage av behandlingen från personer med ätstörningar resulterade i känslor av ilska och frustration hos vissa sjuksköterskor (Walker & Lloyd, 2011). Kärnvärderingar som ärlighet, förtroende och att vara icke-dömande förlorades hos vissa sjuksköterskor och ersattes av känslor av ledsamhet, ilska och nedslagenhet över att inte kunna hjälpa personerna (King & Turner, 2000).

#### *Att inte kunna hjälpa*

Sjuksköterskor upplevde en känsla av misslyckande när de inte kunde hjälpa personerna att tillfriskna (King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Ryan, Malson, Clarke, Anderson & Kohn, 2006; Snell, Crowe & Jordan, 2010).

*“It makes me feel... I'm a bit of a failure because I like to think that you can build up that trusting relationship. But when you first of all go in there with*

*doubts that you have [trust] — I feel like I'm a failure.*” (King & Turner, 2000, s.142).

Sjuksköterskorna upplevde ofta att de gjorde ett bra arbete med att få upp personerna med ätstörningar till en hälsosam vikt, men när personerna sedan kom tillbaka med återfall uppstod en känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskorna (King & Turner, 2000; Ryan et al., 2006; Snell et al., 2010). Känslan av att inte kunna hjälpa gjorde att vissa sjuksköterskor stängde av känslomässigt (King & Turner, 2000). Sjuksköterskor upplevde att de inte kunde hjälpa personerna eftersom de signalerade att de inte ville ha någon hjälp (Ramjan, 2004; Walker & Lloyd, 2011).

### **Hinder i vårdmötet**

Det framkom att hinder i vårdmötet enligt sjuksköterskor var att personer med ätstörningar motsatte sig behandling och att sjuksköterskor upplevde svårigheter med att lita på personerna. Det framkom också att sjuksköterskors brist på kunskap om ätstörningar var ett hinder i vårdmötet.

### *Personens motstånd*

En bidragande orsak till att personerna med ätstörningar gjorde motstånd till behandling kunde ibland relateras till sjuksköterskornas kroppsspråk som visade frustration (Snell et al., 2010; Walker & Lloyd, 2011). Sjuksköterskors erfarenheter av vårdmötet var att karaktären av sjukdomen var ett hinder för att personerna skulle kunna kommunicera fritt med sjuksköterskorna om sina problem (Snell et al., 2010). Vissa sjuksköterskor upplevde att personerna försökte att manipulera dem. Detta uppfattade sjuksköterskan som en del av sjukdomsbilden (Ramjan, 2004).

Sjuksköterskor använde orden sabotage och krigande för att beskriva sina erfarenheter av vårdmötet med personer med ätstörningar (King & Turner, 2000; Snell et al., 2010). Personerna såg sondmatning som ett straff och försökte för det mesta att sabotera sjuksköterskans behandling (Ramjan, 2004). Enligt sjuksköterskors erfarenhet var det en utmaning att försöka bevisa för personen att ätstörning föreligger och att personerna hindrade samarbetet då de var ovilliga att släppa kontrollen (Jarman et al., 1997; Ramjan, 2004; Snell et al., 2010). Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att förbli motiverade till att fortsätta att arbeta med personer med ätstörningar på grund av personernas ovilja till samarbete (Bakker, van Meijel, Beukers, van Ommen, Meerwijk & van Elburg, 2011; Ramjan, 2004; Walker & Lloyd, 2011). Sjuksköterskornas erfarenhet var att personerna saboterade för att kunna hålla distans och inte tvingas att ta itu med ätstörningen (Snell et al., 2010).

Sjuksköterskan uppfattade fientlighet från personerna med ätstörningar som ett gensvar av behandlingens utmaningar (Micevski & McCann, 2005; Snell et al., 2010). Det konstanta krigandet och bristen på framgång gjorde att vissa sjuksköterskor upplevde att de inte kunde hantera situationen längre, det medförde att de distanserade sig från personerna och tillbringade mindre tid med dem (King & Turner, 2000).

#### *Att inte känna tillit*

Det fanns en vilja från sjuksköterskor till att kunna lita på personer med ätstörningar, men i vårdmötet hade vissa sjuksköterskor insett att de blivit mindre tillitsfulla därför att de hela tiden blev svikna av personerna (King & Turner, 2000; Micevski & McCann, 2005; Ramjan, 2004). Detta ställningstagande hade växt fram genom erfarenheter av tidigare vårdmöten av personer med ätstörningar (King & Turner, 2000).

*“I like to think that I can trust them and I find that you can't... you tend to be a bit cynical... And I guess, because I've seen so many of them sabotage their meals... I find I don't trust them as easy.”* (King & Turner, 2000, s.142).

Det framkom att sjuksköterskor emellanåt omedvetet agerade som fångvaktare till personer med ätstörningar då det var ett konstant krig om kontroll (Ramjan, 2004). En sjuksköterska avslöjade att hon tyckte det var sorgligt att hon inte längre blev berörd av personer med ätstörningar i vårdmötet (King & Turner, 2000).

#### *Att inte ha tillräcklig kunskap*

Erfarenheten hos många sjuksköterskor var att de inte kunde ge adekvat vård och tyckte det var känslomässigt jobbigt då de saknade kunskap om hur de skulle agera mot personer med ätstörningar i vårdmötet (Micevski & McCann, 2005; Walker & Lloyd, 2011). Vissa sjuksköterskor ville inte vara ansvarig sjuksköterska på grund av att de kände rädsla för att säga fel saker då de upplevde att personerna hade mer kunskap om sin sjukdom än vad de hade (Walker & Lloyd, 2011). Vid brist på kunskap framkom det att sjuksköterskor förväntade sig att bli manipulerade av personer med ätstörningar (Ramjan, 2004). Sjuksköterskor hade också åsikter som att sjukdomen var självförvållad och att personen behövde fixa sin egen återhämtning av sitt lidande (ibid.).

Vissa sjuksköterskor placerade personer med ätstörningar utanför ramen för normalt sjukdomsbeteende (Micevski & McCann, 2005; Ramjan, 2004). Sjuksköterskorna försökte att förstå hur någon person kan utveckla rädsla för att äta, de trodde helt enkelt att det bara handlade om fåfänga och att personen själv valt den vägen att gå som ett svar på social press (Ramjan, 2004; Walker & Lloyd, 2011). Brist på kunskap om sjukdomen gjorde att vissa sjuksköterskor ibland

kände sig tvungna att rättfärdiga den strikta behandlingen genom att tänka på faran för personernas fysiska hälsa och bortse från deras vilja till kontroll (Jarman et al., 1997).

Reflektion av erfarenheter och känslor av att vårda personer med ätstörningar medförde att sjuksköterskor fick förståelse och därmed lättare att tolka signaler, vilket resulterade i en mer professionell vård (King & Turner, 2000; Micevski & McCann, 2005). Sjuksköterskor uppgav att specialistkunskap var viktigt i vårdmötet av personer med ätstörningar (Bakker et al., 2011). Enligt sjuksköterskors kunskap och erfarenhet var huvuduppgifterna att avlägsna och omfördela den kontroll som personen fått genom sitt ätbeteende och även att känna igen onormala motionsvanor (Bakker et al., 2011; Jarman et al., 1997).

### **Möjligheter i vårdmötet**

Det framkom enligt sjuksköterskor att sjuksköterskans engagemang var viktigt vid skapandet av en relation, där sjuksköterskan ofta hade en medlande funktion mellan arbetslaget och personer med ätstörningar.

#### *Att vara en förebild*

Sjuksköterskor använde sig av sina tidigare erfarenheter i vårdmötet för att lättare skapa nya relationer (Micevski & McCann, 2005). Genom att berätta hur sjuksköterskor själva hanterade mat och träning och genom att visa socialt accepterat beteende under måltiderna blev sjuksköterskorna en förebild för personer med ätstörningar (Bakker et al., 2011). Sjuksköterskor betonade vikten av att ge stöd och ta avstånd från tvångsmässigt beteende (ibid.). Enligt sjuksköterskors erfarenhet var det viktigt att ha en fast ståndpunkt och visa personen att behandlingens regler gäller även om detta ibland gjorde det svårt för dem att bilda en relation i vårdmötet (Micevski & McCann, 2005; Jarman et al., 1997).

*“I think that if you stand firm enough I think that's from my experience the way it seems to work, you just close off everything else and just take that fixed stance that yes, you're going to eat and we're going to make you eat.”*  
(Jarman et al., 1997, s. 148).

I relationen var det viktigt för sjuksköterskor att kommunicera på ett sådant sätt att personen förstod att kampen var mot ätstörningen och inte mot personen (Bakker et al., 2011). I vårdmötet var det viktigt med en empatisk inställning och att vara mottaglig och uppmärksam mot personen (Bakker et al., 2011; Micevski & McCann, 2005). Sjuksköterskor påtalade att det var viktigt att kommunicera tydligt och klart vid skapandet av relationer för att möjliggöra tillit i relationen (Micevski & McCann, 2005). Genom att ta sig tid och vara ärliga kunde

sjuksköterskor skapa en förtroendefull relation vilket gjorde personen mer medveten om vad omvårdnaden gick ut på (ibid.).

*“[By] treating people [with] anorexia with respect ... I ... develop a better relationship with them ... as they know I value them as a person.”* (Micevski & McCann, 2005, s.108).

Vid vårdmötet var det viktigt för sjuksköterskor att inte bara fokusera på personernas sjukdom utan att få personerna att fokusera på andra aspekter i livet vilket kunde förbättra interaktionen (Micevski & McCann, 2005). En del av relationen utgjordes av att sjuksköterskor avslöjade saker som sig själva, detta kunde leda till att personen kunde prata öppet med sjuksköterskan (ibid.).

#### *Att vara engagerad*

För sjuksköterskor var det viktigt att i vårdmötet visa förståelse och att kunna identifiera de specifika problem som är relaterade till ätstörningar (Bakker et al., 2011). Sjuksköterskor försökte i vårdmötet hitta något som personen med ätstörning hade intresse för och utveckla det vidare för att få en vinkel till att kunna förstå vad som händer med dem (Micevski & McCann, 2005). För att få en relation arbetade sjuksköterskor ihop med personen för att skapa en förståelse för effekten av en ätstörning. Detta gjordes med avsikten att få personen att delta aktivt i relationen (Snell et al., 2010).

*“I believe you need to be consistently um...wanting the best for that person, like... and wanting to be involved in their recovery and hopeful for their recovery.”* (Snell et al., 2010, s.354).

Sjuksköterskor upplevde att genom att vara uppmuntrande mot personer med ätstörningar, visade sjuksköterskorna att de var engagerade i personernas tillfrisknande (Micevski & McCann, 2005; Snell et al., 2010). Sjuksköterskornas erfarenhet visade att samtidigt som det var viktigt att vara engagerad var det viktigt att ta det i personernas takt och inte vilja mer än dem (Snell et al., 2010). Sjuksköterskor påtalade att det var viktigt att kunna ge positivt gensvar när personernas uppförande var passande (Ryan et al., 2006).

Enligt sjuksköterskors erfarenhet var det viktigt att personer med ätstörningar hade kontinuitet vad det gäller vårdare (Ryan et al., 2006). Där var sjuksköterskors roll värdefull eftersom de finns där 24 timmar om dygnet och ser allting som pågår (ibid.).

*“[It’s] important to have constant um, I think in looking after some of these eating disorder patients is that they have a constant care of, a constant carer. . . . I find that my role is very valued in that way. . . . As a constant, as a somebody who’s just not coming and going [in] their lives.” (Ryan et al., 2006, s.130).*

#### *Att ha kollegors stöd*

Vissa sjuksköterskor förlitade sig på erfaren personal om hur de skulle gå tillväga för att utveckla relationer med personer med ätstörningar (Micevski & McCann, 2005). Enligt sjuksköterskors erfarenhet förbättrades relationen till personerna när de gav stöd och delade information med varandra (ibid.).

*”[It is] good to talk to ... staff ... [with] ... a lot of [experience] ... because [they are] willing to share information ... this is important ... to be consistent to help develop better relationships. [When we work as] one team ... through ... good communications ... and have the same ... goals ... it helps develop a good relationship.” (Micevski & McCann, 2005, s.106).*

Vissa sjuksköterskor upplevde att uppmuntran från kollegor var viktigt eftersom att vårda personer med ätstörningar oftast var ett krävande arbete (Micevski & McCann, 2005; Snell et al., 2010). Sjuksköterskor upplevde att de hade en medlande funktion mellan resten av arbetslaget och personer med ätstörningar, och om sjuksköterskans relation till personen går förlorad blir också relationen till arbetslaget förlorad (Snell et al., 2010).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En kvalitativ ansats valdes eftersom syftet med studien var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av vårdmötet hos personer med ätstörningar. Kvalitativ ansats fokuserar på att tolka och skapa mening och förståelse av personers upplevelser vilket skiljer sig från kvantitativ forskning som används för att analysera frekvenser och proportioner (Forsberg & Wengström, 2008). Vid en kvantitativ forskningsansats hade inte den djupa förståelsen av sjuksköterskans erfarenheter uppnåtts. En litteraturstudie ansågs passande då denna metod enligt Forsberg och Wengström (2008) avser att sammanställa forskning från tidigare genomförda empiriska studier inom ett begränsat område. En empirisk studie hade möjligen varit mer fördelaktig eftersom den skapar en inblick i fenomenet som studeras. Empirisk studie valdes ändå bort då tidsramen ansågs vara för kort. Fördelar med att göra en litteraturstudie är att forskning från flera studier sammanställs och på så sätt kan ett stort antal personer studeras inom en kort tidsram. Genom att flera studier sammanställs ökar tillförlitligheten av resultatet (Forsberg & Wengström,

2008). En nackdel med litteraturstudie är att materialet redan är analyserat av andra forskare.

Sökningen i CINAHL gav artiklar som även återkom i sökningen i Academic Search Elite. Genom att samma artiklar återkommer i sökningar i flera databaser ökar enligt Willman et al. (2011) tillförlitligheten på sökningen. Databasen Psychinfo var inte tillgänglig vilket kan ha medfört att relevanta artiklar har missats vilket kan ha påverkat resultatet. Genom att använda OR breddades sökningen, detta gjorde att sökresultatet blev omfattande vilket var viktigt för att få fram relevanta artiklar som svarade på studiens syfte. AND användes för att avgränsa sökningen då det finns många artiklar inom området ätstörningar utifrån personens perspektiv. Sökoperatören NOT användes för att utesluta artiklar som undersökte ovilja eller svårigheter att äta vid stroke, cancer och demens och påverkade därför troligtvis inte resultatet. Om NOT inte hade använts hade sökningarna innefattat fler icke relevanta artiklar vilket hade varit tidskrävande vid genomgången av sökresultaten.

Användandet av inklusionskriterier för valda artiklars metodval bidrog till att belysa sjuksköterskans erfarenheter, vilket anses positivt för resultatet. Artiklarna som användes skulle vara publicerade från år 1997 och framåt, detta med hänsyn till tillgången på artiklar. Detta kan ha påverkat resultatet eftersom både kunskapen om ätstörningar och synen på kroppsideal kan ha förändrats under de senaste 15 åren. Inklusionskriteriet att artiklarna skulle vara skrivna på engelska valdes då detta språk behärskades. Detta kan ha medfört att artiklar skrivna på andra språk än engelska, som kan ha varit av betydelse för resultatet kan ha missats. Exklusionskriterierna för föreliggande studie ansågs vara viktiga då de sorterade bort artiklar som inte var relevanta för studiens syfte. Då studiens syfte var att belysa sjuksköterskans erfarenheter gjordes ingen åldersbegränsning hos personer med ätstörningar i sökningarna. Det valdes att inte göra någon avgränsning vad gäller länder som skulle inkluderas i studien med hänsyn till tillgången på artiklar. De använda artiklarnas ursprungsländer var Australien, Nya Zeeland, Nederländerna och Storbritannien. De olika ländernas kultur och rådande samhällsuppfattningar kan ha påverkat använda studiers resultat, men det har inte tagits hänsyn till detta i föreliggande studie.

De artiklar som sökningarna gav kvalitetsgranskades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för kvalitativa studier, detta för att garantera att artiklarna var av tillräckligt god kvalitet. Vid kvalitetsgranskning kan artiklar övervärderas eller undervärderas och olika personer kan få olika resultat vid granskning av samma artikel (Willman et al., 2011). Då kvalitetsgranskningen av artiklarna i föreliggande studie granskades var för sig, jämfördes och diskuterades för att tillsammans få fram ett resultat, kan risken för subjektiva bedömningar ha minskat.



Föreliggande studie analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys. För att minska risken för att viktiga meningsenheter skulle missas togs meningsenheterna först ut var för sig för att sedan jämföras, vilket anses minimera risken för att ytterligare tillhörande meningsenheter missades. Genom att det totala textinnehållet lästes var för sig och att analysen genomfördes gemensamt ökar enligt Graneheim och Lundman (2004) tillförlitligheten i resultatet. Vid uttagandet av meningsenheterna var det viktigt att inte få för långa eller för korta meningsenheter. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan för långa meningsenheter vara svåra att hantera då de kan innehålla flera betydelser och då finns en risk att innehåll går förlorat. För korta meningsenheter kan istället innebära att resultatet blir splittrat. Erfarenhet av analysarbete kan påverka hur sammanhängande och fullödigt resultatet blir (ibid.). I föreliggande studie kan detta ha påverkat resultatet, eftersom tidigare erfarenhet av analysarbete saknades. Vid analysen användes en textnära tolkning, men vid kategoriseringen kan detta ha frångåtts genom att innebörden i textmaterialet har tolkats för att få fram passande kategorier. Detta ansågs fördelaktigt då betydelsen av innehållet annars kan ha gått förlorat. Graneheim och Lundman (2004) menar att genom att använda tolkning vid kategorisering minskas risken för att helheten går förlorat. En viss grad av tolkning behövs för att resultatet ska bli meningsfullt och det underlättar även kategoriseringen (ibid.). På grund av resultatets komplexitet fanns svårigheter vid kategoriseringen och kategorierna kan därför gå in i varandra. Vid översättningen kan viktigt innehåll i meningsenheterna gått förlorat på grund av svårigheter med översättningen. Citaten i resultatet valdes att inte översättas då meningarna kunde förlora sitt syfte vid översättningen.

### **Resultatdiskussion**

Det framkom i resultatet att sjuksköterskor upplevde frustration i vårdmötet och att det för sjuksköterskan blev en känslomässig utmaning att vårda dessa personer. Sjuksköterskor upplevde ofta frustration över känslan att inte kunna hjälpa personer med ätstörningar i tillfrisknandet. Känslan av att inte kunna hjälpa påtalar också Morse (1991), att det förekommer att sjuksköterskor som möter svårigheter kan bli utmattade och utbrända av att vårda personer med ätstörningar.

Det framkom även att sjuksköterskor upplevde att det fanns hinder i vårdmötet. De hinder som framkom i vårdmötet mellan sjuksköterskor och personer med ätstörningar var att sjuksköterskor upplevde ett motstånd från personerna, vilket medförde vissa svårigheter för sjuksköterskor att hantera. Detta medförde ofta att sjuksköterskor distanserade sig och att de inte kände tillit till personerna. Morse (1991) påtalar att när sjuksköterskor känner brist på tillit och tar avstånd från personer med ätstörningar så förvärras personens beteende. Det kan då vara viktigt för sjuksköterskor att ha kunskap gentemot hur hon ska agera i vårdmötet. Detta kan styrkas av en studie av van Ommen et al. (2009) som visar att personer med ätstörningar i efterhand har påtalat att attityden som sjuksköterskan uppvisat har varit avgörande för personens tillfriskande.

Det framkom också att ett hinder i vårdmötet var att sjuksköterskor tvingades följa stränga regler i behandlingen av personer med ätstörningar, vilket kunde påverka vårdrelationen negativt. Enligt van Ommen et al. (2009) studie är det viktigt att sjuksköterskan vidhåller en fast utgångspunkt i vårdmötet gällande personers beteende vid måltider. Vidare menar van Ommen et al. (2009) att om sjuksköterskan är sträng och har en fast ståndpunkt hjälper det tillfrisknandet hos personer med ätstörningar. Watson (1985) talar om att sjuksköterskan måste tillåta att både positiva och negativa känslor får komma till uttryck från personen utan att detta påverkar relationen. Detta talar mot resultatet som framkom i föreliggande studie där sjuksköterskor upplevde att de blev manipulerade av personer med ätstörningar och därför ibland tog avstånd från personerna, vilket även framkommer i en studie av Morse (1991). Watson (1985) menar att relationen måste präglas av tillit och tillgänglighet. Föreliggande studie visade att när sjuksköterskor försökte undvika att bli manipulerade var det svårt för dem att visa engagemang och visa förtroende vilket behövdes för att skapa en terapeutisk relation. Det framkom också att sjuksköterskor upplevde det som viktigt att visa personerna att kampen var mot sjukdomen och inte mot personerna, och att det var viktigt att utgå från personen i vårdmötet. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) menar att det är viktigt att sjuksköterskan i vårdmötet ser personen som en handlande varelse med egen vilja, egna mål och avsikter samt egna resurser. Vidare talar Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) att det finns gränser för personens frihet i vårdmötet, vilket avser hänsyn till att ingens säkerhet hotas eller att en person inte har resurser att helt och hållet ta ansvar för sig själv.

I resultatet framkom det att enligt sjuksköterskors erfarenhet fanns det olika sätt att hantera vårdmötet av personer med ätstörningar. Det var viktigt att sjuksköterskan visade engagemang i vårdmötet då detta kan ha betydelse för skapandet av en relation mellan sjuksköterskan och personer. Dahlberg et al. (2003) talar om att sjuksköterskan visar ett professionellt engagemang i vårdmötet, där sjuksköterskan använder sin kunskap och erfarenhet för att erbjuda en absolut närvaro i det vårdande mötet med personen. Det framkom att sjuksköterskor som hade en positiv inställning till att vårda personer med ätstörningar hade en mer fungerande vårdrelation i vårdmötet än sjuksköterskor som inte hade det. En studie av Kaplan och Garfinkel (1999) visar att sjuksköterskor reagerar mindre negativt av vårdmötet med personer med ätstörningar om de har erfarenhet och kunskap om sjukdomen.

Resultatet påvisade även vikten av att sjuksköterskan kommunicerade tydligt i vårdmötet för att kunna skapa tillit i relationen. Liknande resultat har framkommit i en studie av van Ommen et al. (2009) där personer med ätstörningar påtalade vikten av information från sjuksköterskorna för att minska stress kring omvårdnad. Watson (1985) påtalar kommunikation och ärlighet som viktiga delar i skapandet av relationer. Vidare talar Watson (1985) om att målet för sjuksköterskans omvårdnad är att hjälpa personer att hantera sin livssituation genom att öka personers självinsikt. I föreliggande studie framkom att sjuksköterskor såg det som sin uppgift att först ta ifrån personen med ätstörningar kontrollen över sitt ätbeteende, för att sedan hjälpa dem att återta kontrollen

genom att vara förebilder och visa ett normalt beteende angående matintag och motionsvanor. Van Ommen et al. (2009) påtalar vikten av att sjuksköterskor visar engagemang, pålitlighet, tillgänglighet, ärlighet och att de är konsekventa för att kunna normalisera ätbeteende och motionsvanor hos personer med ätstörningar. Också Sellick (1991) påtalar att sjuksköterskor upplever att när de varit omtänksamma och visat en känslig, icke-dömande förståelse har personen fått professionell hjälp.

### **Slutsats**

Det framkommer i föreliggande studie att sjuksköterskors kunskaper om ätstörningar har inverkan på vårdmötet av personer med ätstörningar. När sjuksköterskor saknar kunskap om ätstörningar tenderar sjuksköterskor att vara mer negativa i vårdmötet, vilket leder till att de förlorar den empati och tillit som behövs för att skapa en förtroendefull relation. Sjuksköterskans erfarenheter av vårdmötet visar att det är viktigt att vara uppmuntrande och att ta sig tid för personen, samt att kunna kommunicera på ett sätt som gör att personen är förberedd på behandlingen och förstår att kampen är mot ätstörningen och inte mot personen.

Det finns mycket forskning om ätstörningar, men relativt lite forskning om sjuksköterskors erfarenhet i vårdmötet av personer med ätstörningar. Trots att bulimia nervosa är den vanligare av de två ätstörningarna finns det mer forskning om sjuksköterskors erfarenhet i vårdmötet av personer med anorexia nervosa än vad som finns om bulimia nervosa. Därför kan det vara av vikt att ytterligare studier inom området genomförs.

## REFERENSLISTA

Academic Search Elite. I *Blekinge Tekniska Högskola*. Hämtad maj, 14, 2012 från [http://samsok.libris.kb.se/V/Y9H8MK3XEQNVBXGGSGJHUBXC49HYQNX5R86JVXI21YTPBHCUS-03548?func=find-db-info&doc\\_num=000006522](http://samsok.libris.kb.se/V/Y9H8MK3XEQNVBXGGSGJHUBXC49HYQNX5R86JVXI21YTPBHCUS-03548?func=find-db-info&doc_num=000006522)

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meervijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16-22.

Benner, P. (2001). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.

Budd, G. (2007). Disordered eating: young women's search for control and connection. *Journal of Child and Adolescents Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 96-106.

Burnard, P. (1987). Towards an epistemological basis for experimental learning in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 189-193.

Burnard, P. (1989). Experimental learning and andragogy – negotiated learning in nurse education: a critical appraisal. *Nurse Education Today*, 9, 300-306.

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle. Rapport nr 2.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dichter, J.R., Cohen, J., & Connolly, P.M. (2002). Bulimia Nervosa: Knowledge, Awareness and Skill Levels Among Advanced Practice Nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(6), 269-275.

Fleming, J., & Szmukler, G.I. (1992). Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 436-443.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier (2:a uppl.)*. Stockholm: Natur och Kultur.

George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 899-908.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

- Helman, C.G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5:e uppl.). London: Hodder Arnold.
- Higbed, L., & Fox, J.R.E. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 307-325.
- Higgs, J., & Jones, M.A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. I: Higgs, J., Jones, M.A., Loftus, S. & Christensen, N. (Red.), *Clinical reasoning in the health professions*. Amsterdam: Elsevier.
- Isomaa, R., Isomaa, A-L., Marttunen, M., Kaltiala-Heinos, R., & Björkqvist, K. (2009). The Prevalence, Incidence and Development of Eating Disorders in Finnish Adolescents – A Two-step 3-year Follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 17, 199-207.
- Jarman, M., Smith, J.A., & Walsh, S. (1997). The Psychological Battle for Control: A Qualitative Study of Health-care Professionals' Understandings of the Treatment of Anorexia Nervosa. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7, 137-152.
- Kaplan, A., & Garfinkel, P. (1999). Difficulties in Treating Patients with Eating Disorders: A Review of Patient and Clinician Variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 665-670.
- King, S.J., & Turner, S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nurisng*, 32(1), 139-147.
- Kong, S. (2005). Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 5-14.
- Micevski, V., & McCann, T.V. (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse*, 20, 102-116.
- Morse, J.M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468.
- Ramjan, L.M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
- Rosen, D.S. (1996). Eating Disorders. *Physician Assistant*, 20, 102-106.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts Of Nursing Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 14, 125-135.
- Sansone, R.A., Fine, M.A., & Chew, R. (1988). A longitudinal analysis of the experiences of nursing staff on an inpatient eating disorders unit. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 125-131.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.

- Sellick, K.J. (1991). Nurses interpersonal behaviors and the development of helping skills. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 3-11.
- Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2009). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351-358.
- Walker, S., & Lloyd, C. (2011). Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(7), 383-390.
- van Ommen, J., Meerwijk, E.L., Kars, M., 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.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy And Science Of Caring*. Colorado: University Press.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

## **BILAGEFÖRTECKNING**

- Bilaga 1 Artikelsökning
- Bilaga 2 Bedömningsmall
- Bilaga 3 Artikelöversikt
- Bilaga 4 Exempel på analysförfarande

Bilaga 1. Artikelsökning. 1(3).

Sökning Cinahl 120419. Avgränsningar: 1997-2012, Peer Reviewed och English Language. Siffror inom parentes innebär artiklar som hittats i tidigare sökningar.

Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Nurse-Patient Relations	22	12	8	4
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Nurse Attitudes OR Nursing Role OR Nurse Experience NOT Dementia NOT Cancer	39 (4)	11	6	2
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Caring	3	1	1	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Nursing NOT Dementia NOT Cancer	235, Efter Avgränsning Research Article: 51 (6)	7	3	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Nursing Care	2	0	0	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Experience NOT Cancer NOT Dementia NOT Family NOT Stroke NOT Abuse	Avgränsning Research Article: 127 (1)	8	1	1
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Encounter	8	5	0	0



Bilaga 1. Artikelsökning. 2(3).

Sökning Medline 120419. Avgränsning: 1997-2012, Review Articles och English language. Siffror inom parentes innebär artiklar som hittats i tidigare sökningar.

Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Nurse Attitudes OR Nurse's Role OR Nurse Experience	18	0	0	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Nurse-Patient Relations	7	1	0	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Caring	14	2	0	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Experience NOT Cancer NOT Dementia NOT Abuse NOT Family NOT Stroke	49	3	1	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Anorexia OR Bulimia Nervosa OR Bulimia AND Encounter	7	0	0	0

### Bilaga 1. Artikelsökning. 3(3).

Sökning Academic Search Elite 120419. Avgränsning: 1997-2012, Peer Reviewed och English language. Siffror inom parentes innebär artiklar som hittats i tidigare sökningar.

Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa AND Nurse Attitudes OR Nursing Role OR Nurse Experience	6 (2)	1	1	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa AND Caring	45 (1)	7	4	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa AND Nurse-Patient Relations	6 (2)	2	2	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa AND Experience AND Nurse	22 (2)	0	0	0
Eating Disorders OR Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa AND Encounter AND Nurse	1	1	0	0

En artikel hittades i sökta artiklars referenslistor, denna togs fram med hjälp av Google Scholar.

Bilaga 2. Bedömningsmall.

Bilaga 2

**Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod**

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 48 p)</b>	p	p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel	_____			
Författare	_____			

Bilaga 3. Artikelöversikt. 1(2).

Författare/År/Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. 2011, Nederländerna.	Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions	Syftet med studien var att upptäcka vilka aspekter av vårdandet som är mest effektivt enligt sjuksköterskan gällande återhämtning av normal kroppsvikt för unga med anorexia nervosa.	Kvalitativ studie. Halvstrukturerade inspelade intervjuer. Fokus grupp.	Sju sjuksköterskor och en socialarbetare, med minst ett års erfarenhet av arbete med patienter med anorexia.	Grad II
Jarman, M., Smith, J.A., & Walsh, S. 1997, Storbritannien.	The Psychological Battle for Control: A Qualitative Study of Health-care Professionals' Understandings of the Treatment of Anorexia Nervosa	Att undersöka förståelsen och erfarenheterna i ett multidisciplinärt arbetslag på en avdelning som involverar vård av patienter med anorexia nervosa.	Kvalitativ ansats. Halvstrukturerade inspelade intervjuer.	Två sjuksköterskor, två socialarbetare och en psykolog.	Grad II
King, S.J., & Turner, S. 2000, Australien.	Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective	Beskriva den registrerade sjuksköterskans upplevelse av att vårda den unga kvinnan med anorexia nervosa.	Kvalitativ studie, fenomenologisk. Inspelade intervjuer.	Fem registrerade sjuksköterskor, som inte hade kvalifikationer inom psykiatrisk vård, med minst sex månaders erfarenhet av att arbeta med patienter med anorexia.	Grad I
Micevski, V., & McCann, T. 2005, Australien.	Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa	Att beskriva strategierna pediatrika sjuksköterskor använder för att utveckla professionella interpersonella relationer med unga patienter med anorexia.	Kvalitativ studie, Grounded Thoery. Ostrukturerade intervjuer.	Tio registrerade sjuksköterskor som arbetade på en pediatrik avdelning.	Grad I

Bilaga 3. Artikelöversikt. 2(2).

Författare/År/Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Ramjan, M. 2004, Australien.	Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa	Att utforska svårigheter och hinder för bildandet av terapeutiska relationer mellan den pediatriiska sjuksköterskan och den unga patienten med diagnosen anorexia.	Kvalitativ studie. Halvstrukturerade, inspelade intervjuer.	Tio registrerade sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att vårda patienter med anorexia nervosa.	Grad I
Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. 2006, Storbritannien.	Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients	Att analysera sjuksköterskans erfarenheter gällande vårdandet av patienter med ätstörningar.	Kvalitativ studie. Halvstrukturerade inspelade intervjuer.	15 sjuksköterskor rekryterade från tre olika avdelningar specialiserade på att behandla patienter med ätstörningar.	Grad II
Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. 2010, Nya Zeeland.	Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit	Att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att utveckla en terapeutisk relation med patienter inlagda på en avdelning specialiserad på ätstörningar.	Kvalitativ studie, Grounded Theory. Intervjuer.	Sju registrerade sjuksköterskor med minst två och ett halvt års erfarenhet av psykiatrisk vård.	Grad I
Walker, S., & Lloyd, C. 2011, Australien.	Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience	Att undersöka sjukvårdspersonalens attityder till att vårda patienter med ätstörningar och att få en djupare förståelse till varför dessa attityder uppstår.	Kvalitativ ansats. Fokus grupp.	15 personer som arbetar inom sjukvården, varav fyra var sjuksköterskor, tre var socialarbetare, tre psykologer, två terapeuter, en psykiatriker och två läkare.	Grad II

Bilaga 4. Exempel på analysförfarande. 1(2).

Meningsenhet	Svensk översättning	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Underkategori
Participants often felt frustrated when working with people with eating disorders. They reported feelings of anger and frustration when treating clients that they felt contributed to the clients' resistance to treatment and slow progress when treating eating disorders.	Deltagarna kände sig ofta frustrerade när dom arbetade med personer med ätstörningar. Dom uppgav känslor av ilska och frustration när de behandlade patienter, som de kände bidrog till patientens motstånd till behandling och långsamma framsteg vid behandling av ätstörningar.	Att arbeta med ätstörningar gjorde att deltagarna kände ilska och frustration, vilket de kände bidrog till motståndet från patienterna.	Att känna ilska och frustration.	Frustration och känsla av misslyckande.	Känslomässig utmaning.
<i>Often they don't feel that they have an eating disorder and it's very awkward... it's very difficult at times ... I guess to try to prove that they actually do have an eating disorder.</i>	Ofta känner de att de inte har någon ätstörning och det är väldigt besvärligt... det är väldigt svårt ibland... antar jag, att försöka bevisa att dem faktiskt har en ätstörning.	Det är besvärligt då de inte tror att de har en ätstörning och det är svårt att försöka bevisa att de har en ätstörning.	Bevisa ätstörning för förnekande patient.	Hinder i vårdmötet.	Personens motstånd.

Bilaga 4. Exempel på analysförfarande. 2(2).

Meningsenhet	Svensk översättning	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Underkategori
<i>I thought ... I could trust her ... I only turned my back for a little moment ... to fiddle with [a] machine and ... it happened ... [She hid the sandwich]. So ... I [am] not as trusting as ... I used to be.</i>	Jag trodde... Jag kunde lita på henne... Jag vände bara ryggen till för ett ögonblick... för att fixa med en maskin och... det hände... [Hon gömde smörgåsen]. Så... Jag är inte lika tillitsfull som... jag brukade vara.	Jag trodde jag kunde lite på henne men så fort jag vände ryggen till saboterade hon, jag är inte lika tillitsfull som jag brukade vara.	Förlust av tillit.	Hinder i vårdmötet	Att inte känna tillit.
<i>I know it's about control but I don't get it ... why it's so difficult to eat: I don't know why they hold onto it ... I think they're just vain to start with.</i>	Jag vet att det handlar om kontroll men jag förstår det inte... varför det är så svårt att äta: Jag vet inte varför dem håller fast vid det... Jag tror att dem bara är fåfänga till att börja med.	Jag vet det handlar om kontroll men jag förstår det inte, varför det är så svårt att äta, jag tror dem bara är fåfänga.	Åsikter om ätstörningar.	Hinder i vårdmötet.	Att ha tillräcklig kunskap.
<i>[We give patients] positive feedback through giving them time and giving them love when their behaviours are appropriate. . . . In helping them to feel good about themselves, finding things for them to do that give them a sense of achievement.</i>	[Vi ger patienterna} positivt gensvar genom att ge dem tid och kärlek när deras uppförande är passande... I hjälper dem att få dem att känna sig bra om sig själva, hitta saker för dem att göra som ger dem en känsla av att uppnå något.	Vi ger patienterna positivt gensvar när deras uppförande är passande och hjälper dem att känna sig bra om sig själva.	Att ge positivt gensvar.	Möjligheter i vårdmötet.	Att vara engagerad.

[www.bth.se](http://www.bth.se)

**BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA**

*Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00*