

# Unga med Anorexia Nervosa

## - Hur kan sjuksköterskan stödja?

FÖRFATTARE	Ghazaleh Sarvi Therese Strandberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250  HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Britt Borg
EXAMINATOR	Nabi Fatahi
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Unga med Anorexia Nervosa – Hur kan sjuksköterskan stödja?
Titel (engelsk):	Young people with Anorexia Nervosa – How can the nurse be supportive?
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Ghazaleh Sarvi & Therese Strandberg
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Nabi Fatahi

#### **SAMMANFATTNING (svenska)**

**Bakgrund:** Anorexia Nervosa är en svårartad psykisk sjukdom som främst drabbar unga kvinnor. I ett samhälle där ett smalt kroppsideal ständigt uppmärksammas påverkas flickornas självbild i en redan känslig period, puberteten. Missnöje hos personerna kan i sin tur leda till självsvält, vilket därmed resulterar i att en ätstörning utvecklas. Det är inte ovanligt att denna patientgrupp förnekar sin sjukdom och vill därför inte ta emot hjälp och stöd. Motståndet och oviljan innebär utmaningar för sjuksköterskor som ska vårda patienterna. **Syfte:** Att belysa hur sjuksköterskan kan stödja patienter med Anorexia Nervosa och hur en relation kan skapas för att befrämja deras hälsa. **Metod:** En litteraturöversikt baserad på 13 vetenskapliga artiklar från databaserna PubMed och Cinahl, där 12 av dem är kvalitativa och en är kvantitativ. **Resultat:** *Patienten i vården, Sjuksköterskans roll och Föräldrars behov* är de tre teman som urskildes i sammanställandet av resultatet. Patienterna upplevde att de ville bli tagna på allvar, att sjuksköterskan skulle se personerna bakom sjukdomen samt försöka se orsaken till varför de mådde dåligt. Empati, lyhördhet och pålitlighet menade patienterna var egenskaper sjuksköterskor bör ha för att kunna stödja dem. I resultatet framkom även vilka svårigheter sjuksköterskorna upplevde i stödjandet av patienter med anorexi och skapandet av en terapeutisk relation var problematiskt. Delaktighet, inte bara hos patienterna utan även hos föräldrarna, beskrevs som centralt av föräldrarna för att de skulle känna sig betydelsefulla i omvårdnaden av sitt sjuka barn. **Konklusion:** Enligt patienterna bör sjuksköterskor motivera, göra dem delaktiga men även ta kontroll då det behövs. Sjuksköterskor upplever dock svårigheter att tillgodose dessa önskemål, därav finns behov av vidare utbildning.

**Nyckelord:** *Anorexia Nervosa, nursing, adolescents, therapeutic relationship, support.*

## **Innehållsförteckning**

<b>INLEDNING</b>	4
<b>BAKGRUND</b>	4
Anorexia Nervosa	4
Symtom och konsekvenser	5
Orsaker	6
Behandling och prognos	7
Patientens upplevelser	7
Sjuksköterskans professionella ansvar	8
Stöd till familjen	10
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	10
<b>SYFTE</b>	10
<b>METOD</b>	10
<b>DATAINSAMLING</b>	10
<b>URVAL</b>	11
<b>DATAANALYS</b>	11
<b>RESULTAT</b>	13
<b>PATIENTEN I VÅRDEN</b>	13
Patienternas förväntningar på vården	14
Att bibehålla kontrollen	14
Patienternas känslor kring behandling och omvårdnad	14
Olika nivåer av behandling	15
En terapeutisk miljö	16
Att vårdas tillsammans med andra	16
<b>SJUKSKÖTERSKANS ROLL</b>	16
Sjuksköterskans upplevelser av vården	16
Att skapa kontakt	17
Att skapa en terapeutisk relation	17
Att motivera patienterna	19
<b>FÖRÄLDRARS BEHOV</b>	19
Rådgivning för föräldrar	20
<b>DISKUSSION</b>	20
<b>METODDISKUSSION</b>	20
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	22
Fördomar & utbildning	22
Stöd & tillit	22
Kontroll	23
Genusperspektiv	24
Brukbarhet i praktiken	24
<b>KONKLUSION</b>	25
<b>REFERENSER</b>	26
<b>BILAGOR</b>	
Bilaga 1 Artikelöversikt	

## **INLEDNING**

Denna litteraturöversikt belyser sjuksköterskans betydelse i omvårdnaden av personer med Anorexia Nervosa samt hur sjuksköterskan kan stödja patienterna i vårdandet. Oavsett var sjuksköterskan arbetar kan denna patientgrupp stötas på. Att skapa ökad förståelse för hur Anorexia Nervosa (AN) ger sig till uttryck samt hur sjuksköterskan på bästa sätt kan bemöta och stötta de som drabbas är anledning till varför denna studie genomförts. Varje person med AN har individuella behov, vården och bemötandet måste därför anpassas. Detta examensarbete kan således ses som en vägledning i stöttandet av dessa patienter.

## **BAKGRUND**

Anorexia Nervosa är en av flera sjukdomar som går under begreppet ätstörningar. Personer som drabbas av Anorexia Nervosa svälter sig själva eftersom de anser att de behöver gå ner i vikt, många gånger trots undervikt (Vårdguiden, 2012). AN är en av de allvarligaste psykiatriska sjukdomar som kan drabba en ung kvinna. Mortaliteten hos patienter med AN är större än vid någon annan psykisk sjukdom. Det är ingen ny diagnos utan tecken finns att den funnits redan före medeltiden. Beskrivningar av helgon under denna tid har gjort att slutsatser dragits om att anorexi funnits sedan en mycket lång tid tillbaka (Skärsäter, 2009).

### **Anorexia Nervosa**

Anorexi debuterar ofta i unga år och fler flickor och kvinnor jämfört med pojkar och män drabbas. Ofta sammanfaller sjukdomsdebuten med puberteten. En skillnad mellan könen är att tjejer oftare blir sjuka i anorexi genom bantning då de är missnöjda med kroppens utseende. Hos pojkar är det vanligare att drabbas av Anorexia Nervosa genom viktnedgång på grund av träningsformer där de vill platsa i olika viktklasser, exempelvis löpning, cykling eller kampsporter. Hos båda könen ses dock även andra faktorer som påverkar vilka som drabbas och att vissa löper större risk än andra. Hos tjejer är det till exempel vanligt att ha höga krav på sig i andra sammanhang också, exempelvis i skolan. Personer med anorexi är noga med vad och hur mycket de får i sig. Det finns en rädsla för att gå upp i vikt, vilket resulterar i att de endast brukar få i sig cirka 300-700 kalorier per dygn istället för de 1800-2500 kalorier som är normalt för en tonårstjej. Dessutom är det vanligt att de sjuka tränar extremt mycket vilket betyder att de egentligen har ett kaloribehov på 3500 eller mer (Porsman Reimhult, 2005).

### ***Förekomst***

När det talas om en sjukdoms förekomst brukar både prevalens och incidens nämnas. Incidensen är ett mått på hur många som insjuknar under en viss tidsperiod, medan prevalensen innebär hur många individer i en population som lider av sjukdomen. Prevalensen av AN brukar vara relativt jämn genom åren på ca 0.3 %. Incidensen ses vara ökande i åldrarna 15-24 och kvinnor är starkt överrepresenterade. Incidensen är minst 8/100 000 individer/år. Vanligaste åldrarna att insjukna är mellan 14-19 år (Skärsäter, 2009).

### ***Sjukdomsförloppet***

Sjukdomen brukar vanligtvis inledas med viktnedgång följt av amenorré hos menstruerande kvinnor. Det kan vara omvänd ordning, men då brukar det gälla flickor som ännu inte växt färdigt men som redan fått mens. Hos dessa flickor brukar vikten stå stilla istället för att en normal viktuppgång ses. De sjuka drabbas därefter vanligtvis av

koncentrationssvårigheter, nedstämdhet, irritabilitet samt att de isolerar sig mer och mer från omgivningen. Därefter brukar somatisk påverkan ses hos individerna; endokrinologiskt, cirkulatoriskt och kognitivt. Elektrolytrubbningar och gastrointestinala problem är också vanligt förekommande hos dessa personer (Skärsäter, 2009). Torr hud, sprött hår, torra slemhinnor, lanugohår, gulaktig ton i ansikte, handflator och fotsulor till följd av leverpåverkan, är alla symtom som kan uppkomma. Även muskelvärk, muskelsvaghet & ledvärk förekommer. Anemi, leukopeni, trombocytopeni är också vanligt och kan ge symtom som trötthet, yrsel, nedsatt immunförsvar och att blåmärken uppkommer lättare än normalt (Porsman Reimhult, 2005). Hela 60 % av alla med AN uppfyller också kriterier för olika ångestsyndrom parallellt med sin AN-diagnos. Vanligast bland dessa är tvångssyndrom av olika slag, fobier och paniksyndrom. Oftast har dock ångestsyndromet debuterat redan innan AN, inte sällan i barndomen (Skärsäter, 2009).

## **Symtom och konsekvenser**

### ***Varningstecken***

- Plötslig och ofta drastisk viktnedgång. Hos barn som befinner sig i de viktiga tillväxtåren behöver ingen viktnedgång ses, den normala viktökningen uteblir istället.
- Fixering vid att nå en viss vikt. Personen väger sig ofta och självkänslan är direkt relaterad till vad vågen visar.
- Personen manipulerar, ljuger och kommer med ursäkter för att inte äta ihop med andra.
- Irritabilitet och aggressivitet, speciellt när personen blir ifrågasatt om mat och/eller träning.
- Rastlöshet, det är vanligt att personen är i ständig rörelse.
- Personen isolerar sig från både vänner och familj (Porsman Reimhult, 2005).

### ***Tvångstankar***

Det är regel snarare än undantag att personer med anorexi har tvångstankar relaterade till sin sjukdom. Vad de ska/inte ska äta och göra, exempelvis gällande träning. Det är också vanligt att dessa personer har andra tvångsmässiga beteenden, som att maten ska läggas upp på tallriken på ett speciellt sätt och i en viss ordning (Ster, 2005).

### ***Träning***

Överdriven och tvångsmässig träning är mycket vanligt hos dessa personer och de ger sig själva flera skäl till varför de känner att de måste träna. Oftast görs det för att förbränna kalorier, antingen för att kompensera för vad som ätits under dagen eller för att senare tillåta sig att äta något. De sjuka tillåter sig alltså endast mat om det finns "en marginal" (Ster, 2005).

### ***Hunger***

Hunger är den viktigaste kroppssignalen hos dessa personer. Det innebär att magen är tom, vilket alltid känns bra för den sjuka. Personer med anorexi är måna om sin aptit och livrädda att hungerkänslan ska försvinna. Deras uppfattning är att avsaknad av hunger innebär det samma som att vara mätt. Dock är det vanligt att hungerkänslan påverkas av sjukdomen, men faktum är att signalerna inte försvinner förrän personen är

så illa därän att hon har ett BMI på 11 eller lägre. Personerna är rädda för att inte vara hungriga de tider då det är dags för att äta, det skulle innebära att de inte får äta något alls. De tillåter sig inte att äta om de känner sig mätta eftersom de tror att det skulle innebära en viktuppgång. Ofta vågar de inte heller äta sig mätta då de är hungriga, om de gör det försvinner hungerkänslan och en oro/ångest över att den kanske inte kommer tillbaka infinner sig (Ster, 2005).

## **Orsaker**

### ***Inkörsportar***

Hos flickor som drabbas av AN är det relativt vanligt att de har mödrar som bantar eller ofta pratar om mat och vad som är hälsosamt och inte. Annars är det vanligt att ungdomar som insjuknar lever i familjer där måltider inte sker gemensamt. Barnen och ungdomarna har då lättare att hoppa över måltider, de kan säga att de redan ätit hos en kompis eller liknande. Hos många som drabbas är inte den första tanken att vilja gå ner i vikt utan snarare att förändra sin livssituation. Som tonåring eller ung vuxen kan livet tyckas vara kaotiskt och en känsla av saknad kontroll kan föreligga. Hos flickor är det inte ovanligt att det börjar med att en relation tar slut eller att de tidigare blivit retade för sin vikt (Ster, 2005).

### ***Biologiska orsaker***

Tvillingstudier (Holland, 1988) har försökt påvisa om sjukdomen är genetisk. Resultatet visar att om en enäggstvilling drabbas av AN är risken så stor som 50 % att enäggstvilling nummer två också insjuknar. Jämförs detta med tvåäggstvillingar som i studier bara visar sig ha fem procents risk att också insjukna om en av dem gör det, blir det klart att sjukdomen är högst genetiskt betingad. Det finns även andra faktorer som har visats öka risken för att få AN, bland annat prematuritet vid födseln, tidiga gastrointestinala problem och ätsvårigheter under tidiga barnåren. Sjukdomen utvecklas vanligtvis under puberteten och forskare tror därför att de kvinnliga könshormonerna kan vara en utlösande faktor. Puberteten i sig medför också en uttalad stress för individen, vilket också kan påverka då hon måste omvärdera kroppsuppfattning och självbild. Det är även påvisat att många tonårsflickor som insjuknar i AN haft ett något högre Body Mass Index (BMI) än snittet för flickor i samma ålder, före utveckling av sjukdomen (Skärsäter, 2009).

### ***Socio-kulturella orsaker***

Många flickor känner tidigt i åldrarna ett missnöje gällande vikt och kroppsform. Redan vid 10 års ålder har antalet flickor som vill bli smalare och banta ökat. Sjukdomen kryper lägre ner i åldrarna. Det är även intressant att studera sjukdomen ur ett etniskt perspektiv. Sjukdomen förekommer i mycket högre utsträckning i västvärlden där det råder ett skönhetsideal att vara smal och vältränad. Kaukasiska kvinnor har högst prevalens bland alla ätstörningar och de lider i större omfattning än någon annan folkgrupp av viktfobi och kroppsligt missnöje (Skärsäter, 2009).

### ***Psykologiska orsaker***

Negativa livshändelser inom tre månader före insjuknandet har visat sig vara en stor riskfaktor för utvecklingen av AN. Annars brukar det talas om att personlighetsdrag så som perfektionism är vanligt förekommande hos personer som drabbas. En negativ självbild tidigt i barndomen talar också för ökad risk för att insjukna och ses relativt ofta

hos personer med anorexi (Skärsäter, 2009).

## **Behandling och prognos**

### ***Behandling***

Familjeterapi är den behandling som det finns mest evidens för och som också är vanligast när det kommer till vård av unga personer med anorexi. Initialt fokuserar behandlingen på normalisering av vikten och ett halvt till ett kilo viktuppgång i veckan brukar vara standard. Viktuppgång bör inte ske för snabbt då risk finns att bulimiska symtom utvecklas. Familjeterapi innebär att parterna får samtal med terapeut både tillsammans och var för sig. Denna terapiform har visat sig vara mest effektiv på patienter som haft en relativt kort sjukdomsperiod. Än så länge finns ingen farmakologisk behandling som visat sig ha effekt på AN. Behandlingen sker i såväl öppenvård som slutenvård och sjukdomens svårighetsgrad avgör hur den sjuka kommer att vårdas. Ett BMI under 13.5 eller bradykardi med färre än 40 slag per minut brukar ses som indikationer på att slutenvård är nödvändig. Det är framför allt i slutenvården som sjuksköterskan har en tät kontakt med patienten. Här är det extra viktigt att försöka skapa en terapeutisk relation och ett bra samarbete. Det kan dock vara en utmaning för sjuksköterskan som ofta ses som en kontrollperson i patientens ögon. Det är sjuksköterskan som ansvarar för att patienten får i sig sitt dagliga kaloribehov och att hon inte tränar eller på annat sätt försöker göra sig av med kalorier (Skärsäter, 2009).

### ***Prognos***

Generellt är prognosen för AN dålig. Faktorer som ofta talar för en dålig prognos är insjuknande i låg ålder och om personen har autistiska drag, tvångsmässighet samt bulimiska symtom. Cirka hälften tillfrisknar från sjukdomen, en tredjedel förbättras och 20 % utvecklar en kronisk anorexi. Mortaliteten ligger på cirka fem procent. Det uppskattas även att en av fem drabbade aldrig kommer i kontakt med vården och därför finns förmodligen ett relativt stort mörkertal (Skärsäter, 2009).

Sjukdomstiden ligger i genomsnitt på tre år, men då är det intressant att påpeka att det är vanligt att sjukdomen övergår i en annan ätstörning innan patienten tillfrisknar, exempelvis bulimi. Den sammanlagda tiden av ätstörning hos dessa patienter blir då istället i snitt sju år och sex månader. Mycket långa uppföljningar av personer med AN visar också att de flesta inte blir helt fria från psykiska besvär utan många utvecklar andra sjukdomar. Affektiva störningar hos dessa personer är inte helt ovanligt. Var fjärde person med anorexi eller som blivit frisk från sjukdomen blir sjukpensionär på grund av kvarstående ätstörning eller annan psykisk sjukdom (Skärsäter, 2009).

### **Patientens upplevelser**

De sjuka är generellt nästan alltid rädda för att förlora kontrollen, d.v.s. äta/dricka på otillåtna tider, sova mer än tillåtet, äta mer än under gårdagen m.m. Kontroll är därför något grundläggande och viktigt för dessa personer. Det är ett sätt att skapa ordning i det kaos som upplevs inombords. Vanligt är att de känner stolthet över att ha klarat av att stå emot sina hungerkänslor och att de då känner sig duktiga. Allt som kretsar kring mat kontrolleras; vad, hur mycket och vid vilken tid. Svälten blir tvångsmässig, vilket försäkrar att de inte tappar kontrollen över ätandet och råkar äta för mycket eller ”fel”. De har ofta små ritualer om vad som ska ätas vid en viss tidpunkt. Generellt vill personerna aldrig äta mer än under föregående dag för det skulle betyda att kontrollen

förlorats. Ett vanligt sätt att tänka är att ”om jag går upp lite i vikt så kommer det fortsätta så, det kommer aldrig ta stopp och jag kommer bli tjock”. Efter ett tag med sjukdomen blir personerna ”blinda”, de tror sig veta hur stor en normalportion är, medan det i själva verket är en portion lagom för en fyraåring. Många får också för sig att det är farligt att äta fett. Personerna är rädda för vad som ska hända om de äter fett som faktiskt är livsnödvändigt. Vanligt är att personer med anorexi äter fiberrik och mycket fettsnål mat då det uppfattas som hälsosamt och riskfritt, alltså riskerar de inte att lägga på sig (Ster, 2005).

### **Sjuksköterskans professionella ansvar**

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan arbeta holistiskt, alltså se hela patienten i sitt sammanhang. Sjuksköterskan ska värna om patienters integritet, autonomi och värdighet. Sjuksköterskan bör även ta hänsyn till patientens och den närståendes tidigare erfarenheter och kunskaper (Socialstyrelsen, 2005).

Det är viktigt för behandlingen av Anorexia Nervosa att en allians mellan patienten och sjuksköterskan skapas. Patienterna måste ha förtroende för personalen och känna sig delaktiga i sin egen vård (Englenius, 2012). För att bilda en terapeutisk relation med patienten är det i stort sätt nödvändigt att skapa en så kallad jag-du-relation. Den kännetecknar ömsesidighet, jämlikhet, bekräftelse och acceptans. Det kan vara svårt att skapa en sådan relation då förhållandet mellan patient och sjuksköterska faktiskt är asymmetrisk, men om sjuksköterskan utövar sin makt på rätt sätt kan den relationen skapas. Omvårdnad bör alltid vara personcentrerad där patienten står i centrum och uppmuntras berätta om sig själv, sina erfarenheter och föreställningar samt vilken vikt hon lägger vid dessa. På detta sätt individualiseras vården, alltså anpassas efter individen, vilket är en förutsättning för omvårdnad av dessa patienter (Snellman, 2009).

Det är extremt viktigt att i bemötandet och behandlingen av patienter med AN se helheten och förstå att anorexin är en del av något mycket större. Det handlar nästan aldrig enbart om att patienten vill bli ”snygg och smal”, utan kanske har patienten tagit till självsvälten som ett försök till kommunikation när ord inte räckt till. Det kan också vara ett sätt att straffa sig själv, då hon anser att hon inte förtjänar bättre. Om problemen reduceras till patientens vikt och vad hon äter är risken att det får motsatt effekt och hon upplever att ingen förstår. Om fokus enbart ligger på maten och vikten kan det bli svårt att nå en djupare relation och förståelse för patienten. Det i sin tur påverkar samarbetet som i de flesta fall är en nödvändighet för förbättring och tillfrisknande (Englenius, 2012).

Målsättningen med omvårdnaden bör alltid vara att patienten ska nå välbefinnande och att omvårdnaden leder till hälsa. Ett sätt för patienten att nå välbefinnande är genom det äkta mötet med sjuksköterskan. Det äkta mötet skapar trygghet och tillit parterna emellan. Det finns olika saker sjuksköterskan kan tänka på för att skapa ett sådant möte, exempelvis genom att ge ärlig information och respektera patienten som en egen person med vilja och känslor. Att uppmuntra personen till att ge uttryck för känslor och upplevelser, inge hopp samt vägleda och hjälpa denne att försöka förstå sina egna känslor och beteenden (Snellman, 2009).



Som sjuksköterska i vårdandet av patienter med anorexi är det viktigt att sätta upp tydliga ramar kring hur kontakten och behandlingen ska vara. Ska telefon- eller mailkontakt mellan mötena finnas om patienten vårdas i öppenvården? Förslagsvis kan ett kontrakt mellan parterna göras som innehåller de överenskommelser som är lämpliga i den unika situationen. I vård av ungdomar och framför allt kanske ungdomar med psykiska sjukdomar, så som anorexi, är det ytterst viktigt att löften från vårdpersonal hålls. Om sjuksköterskan säger att patienten kan ringa eller maila är det viktigt att sjuksköterskan svarar när hon väl gör det. Det är lätt att löften som inte hålls gör att den sjuka känner sig bortglömd eller ignorerad och därmed tappar förtroendet för sjuksköterskan. Tillit är A och O när det kommer till omvårdnad av dessa patienter. Litar patienten inte på vårdaren är det i princip omöjligt att få till ett fungerande samarbete (Englenius, 2012).

### ***Viktiga begrepp i omvårdnaden av patienter med Anorexia Nervosa***

Empowerment – Att ge patienten autonomi, stärka, bejaka och att på något sätt ”lyfta upp” patienten och hjälpa denne att se ljuset, orka kämpa och tro (Eldh, 2009).

Delaktighet – ”Att vara involverad i en livssituation” är en definition av delaktighet. Alltså innebär att vara delaktig inte enbart att ta beslut, vilket betyder att barn och ungdomar absolut kan vara delaktiga i sin omvårdnad trots att de oftast inte får besluta om den (Eldh, 2009).

KASAM – Står för känsla av sammanhang. Detta är otroligt viktigt för upplevelsen av välbefinnande och hälsa. Hörnstenarna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Det är sjuksköterskans uppdrag att hjälpa patienten att uppnå dessa (Antonovsky, 1991).

Trygghet – Patienter behöver känna sig trygga i att ångesten inte kommer att skada dem. Sjuksköterskan bör respektera eventuella försvarsmekanismer, stanna kvar, lyssna, bekräfta och stödja patienter i en ångestfylld situation för att skapa trygghet, både för stunden och långsiktigt (Skärsäter, 2009).

Stöd – Vid sjukdom kan patienten uppleva försämrad livskvalité och behöva stöd. Det är då sjuksköterskans uppgift att både fysiskt och psykiskt stödja patienten samt främja för en trygg och utvecklande miljö (Orem, 2001). Stöd innebär att få hjälp med det som fattas patienten, det kan exempelvis vara att inge trygghet eller hopp när detta saknas (Skärsäter, 2009).

Tillit – För att reducera ångest hos patienten bör hon uppfatta sjuksköterskans åtgärder som skyddande och stödande. Sjuksköterskan bör aktivt lyssna på patienten och uppmuntra henne att sätta ord på sina känslor. Deprimerade patienter kan ofta vilja dra sig undan och avvisa sjuksköterskans försök till kontakt, då är det viktigt att sjuksköterskan inte ger upp utan istället fortsätter att varmt uppmuntra till samtal (Skärsäter, 2009).

Tröst – Att vilja trösta någon resulterar inte alltid i att patienten känner sig tröstad. Patienten måste vara mottaglig för trösten och för det krävs ofta att tillit för sjuksköterskan finns. Tröst behöver inte vara ord eller kramar, det kan vara något så enkelt som en blick eller ett ansiktsuttryck. Att förmedla tröst innebär att stärka, hjälpa, lugna och uppmuntra patienten. Florence Nightingale menade att tröst är att tillgodose patienten sina grundläggande behov i det vardagliga mötet utan att patienten ska behöva

efterfråga detta (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2009).

### **Stöd till familjen**

I vårdandet av barn och ungdomar är det fördelaktigt att ha ett familjeperspektiv där målet är att se till både patientens och familjens intressen och alla parter bästa (Kirkevold, 2003). Familjen bör ses som en resurs i omvårdnaden, både emotionellt och praktiskt. Ett samarbete med familj, patient och sjuksköterska har setts ge gynnsamma effekter på sjukdomsförloppet och tillfrisknandet (Smeby, 2003).

Föräldrar känner sig ofta förvirrade över deras roll i vårdandet av sitt sjuka barn och tycker det är oklart vad som förväntas av dem. Sjuksköterskan har till uppgift att skapa trygghet hos föräldrarna såväl som hos patienterna. Praktiska åtgärder som finns till hjälp för sjuksköterskan att inge trygghet hos föräldrarna kan vara att ge dem möjlighet att vara tillsammans med sitt ineliggande barn. Andra exempel är att ge tillräcklig information om sjukdom, behandling och omvårdnad samt att visa runt på mottagningen eller avdelningen så att föräldrarna känner sig hemma. Sjuksköterskan bör också uppmuntra till aktivt deltagande i vården, avlasta, stödja och bemöta på ett trevligt, tillmötesgående sätt samt ge tid och kontinuitet (Enskär & Golsäter, 2009). Föräldrar vill veta vad som förväntas av dem och hur de kan vara delaktiga. Ett annat behov hos föräldrar är att få möjlighet att ventilera sina känslor och få emotionellt och praktiskt stöd (Strømsnes Ekern, 2003).

### **PROMLEMFÖRMULERING**

Sjukdomstiden för en person med anorexi ligger idag på i genomsnitt sju och ett halvt år (Skärsäter, 2009) och långt ifrån alla blir helt fria från sin sjukdom trots vård. Ligger problematiken i att relationen patient och sjuksköterska emellan varit bristfällig eller är det helt enkelt så att relationen faktiskt inte är av betydelse för om patienten blir frisk eller inte? Målet är att få en ökad förståelse för denna sjukdom för att undersöka vad sjuksköterskan kan göra för att på bästa sätt bemöta, stödja och kommunicera med dessa patienter.

### **SYFTE**

Syftet med studien är att belysa hur sjuksköterskan kan stödja unga kvinnor med Anorexia Nervosa och hur en relation kan skapas för att befrämja deras hälsa.

### **METOD**

En litteraturöversikt genomfördes för att undersöka upplevelser hos patienter, sjuksköterskor och föräldrar vars barn är sjuka i anorexi. Genom att ta del av dessa upplevelser kan en bättre förståelse för hur behoven ser ut hos patienter och anhöriga skapas. Samtidigt kan en litteraturöversikt redovisa svårigheter och utmaningar som sjuksköterskan upplever i omvårdnaden av patienter med anorexi. Utifrån dessa perspektiv tros syftet kunna uppfyllas.

### **DATAINSAMLING**

Lämpliga ord som ansågs passa syftet valdes ut och överfördes i Svensk MeSH för att få de mest korrekta översättningarna för att fungera i databaserna. De slutliga engelska benämningarna fördes in i databaserna PubMed och Cinahl. Sökorden och resultaten av dessa presenteras i Tabell 1.

## **URVAL**

Inledningsvis var tanken att studien skulle behandla män som drabbats av anorexi. Utbudet av artiklar inom detta område ansågs dock inte vara tillräckligt för att genomföra en litteraturöversikt, så inriktning ändrades. Studien skulle därför istället ha fokus på ungdomar och unga vuxna kvinnor med anorexi. När valda artiklar lästs igenom uppenbarades att majoriteten av de intervjuade patienterna var tjejer och kvinnor, detta innebär att fokus i denna uppsats ligger på dessa. Ett fåtal män ingår i ett par av studierna. Artiklarna behandlar även äldre kvinnor, upp till cirka 40 års ålder, men fokus har lagts på tonåringar och kvinnor i tjugoårsåldern då dessa är överrepresenterade i artiklarna. Citat av kvinnor över 25 år har inte använts för att resultatet främst ska baseras på flickor och yngre kvinnor.

Artikelsökningen inleddes i PubMed. Genom att läsa rubrikerna på artiklarna för att se om de verkade relevanta för syftet kunde många sällas bort. Sammanfattningarna på de artiklar som passade syftet lästes igenom. Några av artiklarna uteslöts efter detta moment då de handlade om anorexi i förhållande till exempelvis andra sjukdomar. I Cinahl var antalet träffar något färre och ungefär samma artiklar som i PubMed hittades. Studier endast gjorda på ungdomar och unga vuxna var av störst intresse, men ändå valdes ett par artiklar med kvinnor upp till cirka 40 år ut, detta för att medelåldern i dessa artiklar var 20 år. Ett annat inklusionskriterium var att majoriteten av de valda artiklarna skulle beröra den terapeutiska relationen mellan sjuksköterska och patient och/eller hur sjuksköterskan kan stödja patienten. Målet var att använda fler kvalitativa än kvantitativa artiklar för att undersöka upplevelser hos deltagarna i studierna. Artiklarna berör Anorexia Nervosa utifrån tre perspektiv; patientens, sjuksköterskans och familjens, dessa grupper har intervjuats i de olika artiklarna.

Alla artiklar som ingår i studien är skrivna och publicerade under 2000-talet, tanken var att använda så nya artiklar som möjligt, för att få ett aktuellt resultat. I alla sökningar utom den första är 10 years eller 2003-2013 satt som begränsning. Den begränsningen togs där bort för att få fler träffar, female tillades istället för att ändå begränsa antalet något. Önskvärt hade varit att ha female som begränsning i samtliga sökningar, men när detta gjordes försvann många relevanta och intressanta artiklar eftersom de innehöll en eller ett par män. Därav är female inte med i övriga sökningar. Det gick alltså inte att begränsa allt för mycket då det blev för lite artiklar att arbeta med.

## **DATAANALYS**

Under sökningsprocessen lästes rubriker och abstract igenom för att få en bild över om de var relevanta för syftet. Sjutton artiklar valdes därefter ut att granskas, 16 kvalitativa och en kvantitativ. Fyra artiklar exkluderades efter att ha blivit granskade, två på grund av att de var för gamla, en annan handlade om relationen mellan behandlare och vårdtagare och ströks för att den inte var direkt kopplad till Anorexia Nervosa. Den fjärde valdes bort då den enbart behandlade män samt att den inte höll kvalitetsmässigt då syfte och problem inte var tydligt formulerade. Tretton artiklar kom att ingå i studiens resultat. Dessa granskades och kvalitetssäkrades bland annat genom att undersöka att tydligt syfte fanns formulerat, undersökningspersonerna var beskrivna och att etiska resonemang förts i studierna, enligt Friberg (2012). Sammanfattningar gjordes av varje artikel för att kunna se vad de hade gemensamt och vad som skilde dem åt. Detta gjorde också att teman till litteraturstudiens resultat kunde utformas.

Tabell 1. Översikt av artikelsökning

<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Databas</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda artiklar</b>
130830	anorexia nervosa treatment AND nurse patient relationship	PubMed	Full Text Available, Female	14	2
130902	anorexia nervosa treatment AND therapeutic relationship	PubMed	Full Text Available, 10 years	66	4
130902	anorexia nervosa treatment AND interpersonal relations AND nurse	PubMed	Full Text Available, 10 years	7	1
130904	anorexia nervosa treatment AND professional-patient relations*	PubMed	Full Text Available, 10 years	36	1
130904	Anorexia Nervosa AND nursing	Cinahl	Peer Reviewed, Published 2003-2013	58	1
130913	Eating disorder AND nursing	Cinahl	Peer Reviewed, Published 2003-2013	36	2
130913	Anorexia Nervosa treatment AND expectations	PubMed	Full Text Available, 10 years	14	1
130916	Anorexia Nervosa treatment AND support	Cinahl	Peer Reviewed, Published 2003-2013	24	1

## RESULTAT

Det sammanställda resultatet redovisas i tre teman; patienten i vården, sjuksköterskans roll och föräldrars behov. Varje tema är uppdelat i subteman för att dela in texten och göra den ytterligare specificerad.

### PATIENTEN I VÅRDEN

Paulson-Karlsson och Nevonon (2012) menar att personer med Anorexia Nervosa sällan inser allvaret i sin sjukdom och vill därför inte söka vård. I vissa fall har dock personerna fått nog och kommit till insikt med att de faktiskt är sjuka och är trötta på att leva det kontrollerade och utmattande liv som livet med anorexi innebär. Reid, Burr, Williams och Hammersley (2008) skrev i sin studie att det som kan göra att en person med anorexi till slut söker vård är när de känner att de nått botten. En kvinna i studien berättade att hon sökte vård när kontrollen och ångesten som sjukdomen medförde blev allt för påfrestande och hon började göra upp självmordsplaner. Patienter kan efter svåra perioder med sjukdomen tänka ”är detta allt livet har att erbjuda mig, ska jag fortsätta så här resten av livet?”. Detta sätt att tänka kunde också vara en orsak till att personerna till slut sökte hjälp.

Reid et al. (2008) beskrev patienters första intryck av vården och personalen när de kommit till en slutenvårdsavdelning. Ett intryck var att de upplevde att personalen var emot dem och ville få dem att göra saker som de själva inte ville, exempelvis äta mat eller sondmatas. En annan känsla hos patienterna var rädsla och oro över hur mycket behandlingen skulle fokusera på viktuppgång och vad patienterna skulle känna inför att behöva följa regler, så som att äta en viss mängd och att inte träna.

Flera känslor väcktes i samband med inskrivningen, enligt Ramjan och Gill (2012). En patient i studien förklarade sin ankomst som traumatisk och hemsk. Andra beskrev känslor som ilska, depression, rädsla och frustration. En person hade blivit lurad av sina närstående och visste inte alls att hon skulle bli inskriven på ett program för behandling av anorexi. Tre andra personer tyckte att inskrivningen var nödvändig. En annan berättade att han kände sig instängd, ”som på ett fängelse”, eftersom han inte hade möjligheten att träffa sina vänner. Resten av patienterna beskrev vården på liknande sätt, att de dagliga rutinerna var schemalagda och strukturerade med begränsade möjligheter, precis som på ett fängelse. Ungdomarna var i stort sett helt beslagtagna av sina privatliv. Sjuksköterskorna gick dagligen igenom deras rum och tillhörigheter. Trots dessa rutiner fanns det patienter som lärde sig trivas på avdelningen och vande sig vid sjukhusmiljön. Några ungdomar insåg att de inte ville spendera resten av sina liv instängda på ett sjukhus och fick därmed kraft att vilja tillfriskna.

Patienterna i Wright och Hacking (2012) studie upplevde det till en början vara svårt att vara sig själva då de var vana att gömma sig bakom en fasad. De förstod att de inte kunde gömma sig längre när de var observerade dygnet runt. En betydelsefull faktor för att patienterna skulle uppleva trygghet var säkerhet. Begreppet definierades på olika sätt. Några patienter beskrev säkerhet som en livflotte som fanns vid ens sida och inte lät en drunkna. Säkerhet för dem var att sjuksköterskorna skulle kasta ut livflotten till dem och dra upp dem på land, eftersom de själva inte hade någon kraft. Med andra ord upplevde patienterna det svårt att uppnå säkerhet på egen hand, de behövde någon att känna sig säker med.

### **Patienternas förväntningar på vården**

Enligt Paulson-Karlsson och Nevenon (2012) har personer som till slut sökt vård visat sig ha vissa förväntningar på den, exempelvis hur personalen och behandlingen skulle komma att bli. Information, terapi, samtal med personalen samt råd och stöd visade sig vara viktiga för personerna. Andra gemensamma förväntningar de hade på vården var att få hjälp med att nå sina mål, dessa kunde vara att klara av skolan eller att kunna arbeta. Patienterna uttryckte också att det var viktigt för dem att personalen var erfarna och visste vad de pratade om och att de var intresserade av att veta varför personerna mår dåligt. Att bli lyssnade på, förstådda och tagna på allvar samt att personalen lärde känna personerna bakom sjukdomen lyftes också fram som viktigt. I studien förklarades att patienterna även var intresserade av att lära sig mer om mat och kost. De önskade ha en objektiv person som lärde dem om detta och gav tips och råd om hur de skulle äta, vad som är normalt och i vilken mängd. Patienterna önskade också få hjälp med att bli tillfreds med sin kropp och kunna lära sig att acceptera den även när de går upp i vikt. Patienterna ville få bättre självkänsla i allmänhet.

### **Att bibehålla kontrollen**

Enligt Reid et al. (2008) bör en essentiell del i behandlingen av AN vara att inte försöka ta ifrån patienterna all kontroll, utan att hjälpa dem använda den annorlunda. Att försöka få dem att ändra sitt tankemönster och se att inget farligt händer om de vågar släppa på kontrollen. Sjuksköterskor och övrig personal bör anta en konsultativ roll istället för en kontrollerande och dominant roll för att stärka patienters känsla av bevarad kontroll och autonomi. Det betyder dock inte att sjukvårdspersonal ska överlåta all kontroll till patienterna, det kan faktiskt kännas befriande för patienterna att personalen "tar bort" en del av bördan som kontrollerandet innebär. En balansgång mellan egen kontroll, med ett eget ansvar, samt direktiv från personalen är önskvärt. Det är viktigt att patienterna känner att de kan påverka sin vård och att de har kontroll, men att de blir förda i rätt riktning för att kunna utvecklas och bli bättre.

### **Patienternas känslor kring behandling och omvårdnad**

Patienterna i studien gjord av Colton och Pistrang (2004) förklarade att det fanns "bra" och "dålig" personal på avdelningen. Personalen de inte tyckte om var de som såg på dem som bara "ytterligare en anorektiker". En flicka i studien förklarade det såhär:

*'it's just like everything's anorexic and everything you do's anorexic . . . everyone always says you can't trust an anorexic.'* (s. 312)

Många gånger upplevde patienterna i studien att målet med vården enbart var att "göra dem tjocka", alltså att få dem att gå upp i vikt och sedan skrivas ut. Patienterna önskade att personalen fokuserade mer på hur de egentligen mårde och varför de tagit till svälten, istället för att endast fokusera på viktuppgång. En flicka beskrev det såhär:

*'I just wish they would have helped me with the fact that I needed help with calming myself down, rather than just increasing my diet which made me panic.'* (s. 312)

Personalen som däremot ansågs vara "bra" beskrevs kunna se personerna bakom sjukdomen och att alla var unika. Tillsammans med sådan personal kände patienterna sig hörda och att de fick vara med och bestämma eller i alla fall påverka sin vård (Colton & Pistrang, 2004).

Känslorna om det hjälpte att vara inneliggande på vårdavdelningen eller inte varierade. Några av patienterna upplevde att avdelningen var ett fängelse där personalen bara ville göra dem tjocka. Många tyckte dock ändå att det kändes skönt att komma till en plats där det fanns rutiner, speciellt kring mat, som de själva inte behövde tänka på. De visste exempelvis att frukosten alltid serverades klockan åtta och detta upplevdes lugnande för dem (Colton & Pistrang, 2004).

Kommunikation mellan patienten och sjuksköterskan, där sjuksköterskan aktivt lyssnade och bekräftade patientens behov och problem, var det som patienterna i studien av Reid et al. (2008) upplevde som en av de viktigaste komponenterna i behandlingen. En deltagare i studien uppgav att hon tyckte kommunikation var den bästa formen av stöd under vårdtiden. Flera av dem uttryckte att känslan av att personalen genuint brydde sig om dem och ville se dem bli bättre var ett stort stöd och uppmuntrande. Att sjuksköterskorna inte heller enbart fokuserade på maten de åt och hur mycket de gick upp i vikt var också viktigt.

Upplevelser av vården som patienterna delade var att sjuksköterskorna inte dömde dem för sin sjukdom (Wright & Hacking, 2012). Sjuksköterskorna upplevdes vara lyhörda, visa empati och hänsyn samt att de alltid försökte sitt bästa för att hjälpa dem. Patienterna berättade att det var svårt för dem att på egen hand känna hopp. Sjuksköterskorna stöttade dem genom att tro på att de kunde bli bättre och på så sätt ge hopp till patienterna, när de själva inte hade något. Patienterna såg sjuksköterskorna som modersfigurer som gav dem säkerhet och trygghet (Wright & Hacking, 2012; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013).

I studien av Colton och Pistrang (2004) blev flickor intervjuade och frågor som ”Vill du bli bättre?” ställdes. En svarade att hon inte kände sig redo att bli frisk och trodde därför inte att personalen skulle kunna hjälpa henne på avdelningen. Flickan menade att hon behövde vilja göra det för sig själv och inte för någon annans skull. En annan flicka berättade att hon ville bli frisk från sin anorexi, samtidigt som hon ville fortsätta vara smal, detta upplevdes göra det svårt för henne att bli frisk. Flickan menade att om hon åt skapades ångest och skuld känslor. Åt hon däremot inte påverkade även detta henne negativt då hon tyckte att hon svek sin familj.

### **Olika nivåer av behandling**

När patienterna i Ramjan och Gill (2012) studie blev inskrivna på slutenvårdsavdelningen för anorexi genomfördes en psykologisk och medicinsk bedömning av deras tillstånd. De började på nivå ett som omfattade bland annat kaloririk nasogastrisk nutrition, sängläge och begränsade besök av närmsta familj. Allteftersom de gick upp i vikt, gjorde medicinska framsteg och följde avdelningens regler belönades de genom att flyttas upp en nivå. Även nivå två hade många begränsningar som övervakade måltider, fysisk terapi och särskilda duschtider. De högre nivåerna, tre och fyra, innebar ett flertal förmåner som exempelvis att kunna lämna avdelningen kortare stunder under dagen eller ta emot besök av vänner, vilket inte alls var acceptabelt i de lägre nivåerna. Om patienterna inte följde regler och gjorde motstånd i behandlingen kunde de bestraffas genom att flyttas ner ett steg.

Sjuksköterskorna reflekterade ihop med patienterna över saker de gjorde och varför, detta för att patienterna skulle få insikt i hur de skulle kunna ändra beteendet. Exempelvis om sjuksköterskan såg en patient leka med maten ifrågasatte sjuksköterskan detta och diskuterade problemet tillsammans med patienten. Detta stärkte deras relation och patienterna fick således en större förståelse för sin sjukdom. Patienterna ansåg att sjuksköterskornas övervakande gav dem trygghet och säkerhet (Bakker, van Meijel, Beukers, van Ommen, Meerwijk & van Eldburg, 2011).

### **En terapeutisk miljö**

Patienter i studien av Ramjan och Gill (2012) beskrev slutenvårdsavdelningen som ett fängelse. Begrepp som ”in i systemet”, ”göra tid” och ”villkorlig frigivning” eller ”frisättning” nämndes fortlöpande i intervjuerna. Patienterna berättade att likheterna på slutenvårdsavdelningen kunde jämföras med ett liv bakom galler, vilket inte främjar för en terapeutisk miljö.

I studien av Zugai et al. (2013) beskrev patienterna att de uppskattade när sjuksköterskorna på avdelningen kunde ”ändra” den tråkiga sjukhusmiljön till en mer positiv miljö att vistas i. En patient berättade att hon hade tre favoritsjuksköterskor, med dem kunde hon titta på film och prata om helt andra saker med. Hon menade att det inte alltid kändes som att hon befann sig på ett sjukhus, eftersom fokuset då låg på annat än sjukdomen. Andra patienter berättade att de tyckte om när sjuksköterskorna satte sig hos dem under måltiderna och pratade. Den känslan av ångest och oro som patienterna upplevde minskade i samband med att den tråkiga matmiljön ändrades till en istället trevlig och social aktivitet.

### **Att vårdas tillsammans med andra**

Patienterna i Colton och Pistrang (2004) studie berättade att de upplevde det positivt att behandlas på avdelning för att de fick bo tillsammans med andra tjejer. De berättade att det var lätt att prata om anorexi tillsammans med andra i samma situation, till skillnad från när de var hemma och pratade med sin familj och vänner. Upplevelserna att vistas bland de andra på avdelningen var dock inte enbart positiva. Många upplevde en konkurrens om vem som åt minst och var ”den bästa anorektikern”. Det upplevdes att det fanns en tävlan om vem som var sjukast, vilket kändes stressande för dem. Ytterligare en negativ faktor av att patienterna vårdades ihop var att de kunde påverkas av varandra, på fel sätt. Ett exempel på detta kunde vara att de delade med sig om hur de kunde tappa vikt på bästa sätt. På så vis kunde de istället bli sjukare av att vara inneliggande.

## **SJUKSKÖTERSKANS ROLL**

### **Sjuksköterskors upplevelser av vården**

I studien av Bakker et al. (2011) bestod behandlingen av personer med anorexi av tre faser. I den första fasen hade sjuksköterskorna en strategi som innebar att de frångick patienterna all kontroll och ansvar. Sjuksköterskorna fattade alla beslut för patienterna. Detta ansåg sjuksköterskorna var nyttigt eftersom patienterna var i så dåligt skick och i stort behov av hjälp. Måltiderna var i förväg bestämda och formade utifrån varje patients behov. I denna fas övervakades alla måltider och omedelbara instruktioner gavs till patienterna om de hanterade maten fel. Om patienterna inte åt den mängd mat de blev erbjudna eller inte lade på sig den vikt som var planerad för dem, fick de nutritionsersättning eller nutrition i form av dropp. Sjuksköterskorna var noggranna med



att regelbundet förklara varför de var strikta mot patienterna och vilka förväntningar de hade på dem. En annan grundläggande taktik som sjuksköterskorna ansåg var lämplig att ta hjälp av under måltiderna var att involvera patienter, som vårdats längre på kliniken, med nya patienter. Syftet var att de patienter som vårdats en längre tid skulle dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser av vården. Sjuksköterskorna menade att detta skulle hjälpa de nya patienterna att komma över sin rädsla kring mat. Allt eftersom patienterna lade på sig vikt och visade ändrade, positiva matvanor, släppte sjuksköterskorna sakta på kontrollen över patienterna och blev mindre strikta.

Att få patienterna att följa regler tyckte sjuksköterskorna var påfrestande eftersom patienterna ofta gjorde motstånd. Sjuksköterskorna skulle alltid hålla koll på vad patienterna gjorde, vilket upplevdes vara ansträngande. Precis som patienterna upplevde även sjuksköterskorna att miljön påminde om ett fängelse. En sjuksköterska berättade att han kände sig som en fängelsedirektör som ständigt skulle övervaka. Sjuksköterskan berättade också att han ”stängde av” sig själv och ställde om sig på ”polisläge.” Då patienterna både kunde belönas och bestraffas under behandlingens gång, menade sjuksköterskan att han tyckte det fanns likheter i hur man ”tränar hundar”. Andra sjuksköterskor tyckte vårdandet av patienter med anorexi var enformigt och rutinmässigt. Det var inte ovanligt att de flesta slog på ”autopilot”, eftersom de kunde avdelningens rutiner inifrån och ut (Ramjan & Gill, 2012).

### **Att skapa kontakt**

Att skapa en relation med patienter med anorexi ansåg sjuksköterskorna i studien av Snell, Crowe och Jordan (2010) var en utmaning eftersom de inte upplevde patienterna vara mottagliga för kontakt. Sjuksköterskorna berättade att i mötet med patienterna var det inte sällan de bara satt och tittade ut genom fönstren. Sjuksköterskorna menade att de kunde lika gärna ha pratat till en vägg. För att kunna nå patienterna och skapa en relation använde sig sjuksköterskorna därför av några strategier. Att göra patienterna delaktiga i sin situation blev ett första steg. Sjuksköterskorna försökte bevisa för patienterna att de faktiskt var sjuka, genom att informera om sjukdomen och hur den påverkade kroppen, både psykiskt och fysiskt. Detta tillvägagångssätt skulle öka patienternas medvetenhet om sitt tillstånd och förhoppningsvis göra dem mer mottagliga för vård. Det andra grundläggande steget var att få patienterna själva att erkänna sin sjukdom. Sjuksköterskorna berättade att det var viktigt att möta patienterna där de befann sig. En sjuksköterska beskrev situationer när hon brukade gå bredvid patienterna, använda deras ord och försöka sätta sig in i deras livsvärld. Något som var av stor betydelse för omvårdnaden var att befinna sig på samma nivå som patienterna och inte vilja bekämpa anorexin åt dem utan med dem.

### **Att skapa en terapeutisk relation**

Begrepp så som äkthet, säkerhet, acceptans och optimism nämndes många gånger av både patienter och sjuksköterskor under intervjuerna i studien av Wright och Hacking (2012). Patienterna och sjuksköterskorna menade att hemligheten bakom en terapeutisk relation var ömsesidig äkthet. Båda parterna skulle vara överens om att patienten skulle visa sitt sanna jag och inte framställa sig som någon annan, detta för att en genuin relation skulle kunna skapas.

Sjuksköterskorna betonade också vikten i att vara tillgängliga för patienterna och stötta dem i sin rädsla att släppa taget om sin sjukdom. Att inge hopp hos patienterna samt skapa en god och trygg närvaro i mötena var betydelsefullt för sjuksköterskorna. Som gensvar gjorde patienterna mindre motstånd och blev mer villiga att utveckla en relation (Snell et al., 2010).

Sjuksköterskorna ansåg att en god vård bör vara jämlik, icke-dömande, privat och ärlig. Att stötta patienterna mentalt, fysiskt och psykiskt var också av betydelse (King & de Sales, 2000). Genom hela vårdtiden tillförde sjuksköterskorna patienterna en känsla av empati och säkerhet, detta för att patienterna skulle våga och vilja öppna sig för dem. Sjuksköterskorna diskuterade och reflekterade även olika moment i omvårdnaden och behandlingen med patienterna och visade tydligt att de var intresserade av patienternas åsikter och för att visa att de fick vara delaktiga. De olika momenten utformades på så sätt efter patienternas behov (Bakker et al., 2011).

### ***Utmaningar och svårigheter för sjuksköterskor att skapa en relation***

Det har visat sig vara svårt för sjuksköterskor generellt att skapa en terapeutisk relation till patienter med Anorexia Nervosa, beskriver Ramjan (2004). Att förstå patienten, ha en balans av kontroll och att skapa en tillitsfull relation har varit tre utmärkande områden som varit extra svåra för sjuksköterskor. Sjuksköterskor som arbetar på enheter för patienter med anorexi har allt som oftast ingen direkt utbildning i sjukdomen och har därför svårt att förstå dess komplexitet och varför patienterna är på ett visst sätt. En vanlig fördom bland sjuksköterskor är att patienter med AN inte tillfrisknar, att de är pessimistiska och skeptiska till omvårdnad samt att den inte skulle ha någon större betydelse för dessa patienter. Många sjuksköterskor medgav att de kände sig misslyckade då de upplevde att de inte hade kontroll över omvårdnaden. De tyckte inte att de bidrog tillräckligt till patienternas tillfrisknande. Det är mycket viktigt att sjuksköterskor som arbetar med ungdomar som lider av anorexi får tillfredsställande träning och utbildning i mental hälsa och att de är förberedda att kunna möta och ta hand om denna patientgrupp (Ramjan, 2004).

Att patienter med AN upplevs som manipulativa och försöker att ”spela ut” personalen mot varandra, upplevdes också som svårt av sjuksköterskorna, enligt Ramjan (2004). Detta slutar med att både patienter och sjuksköterskor känner att de inte kan lita på varandra. Faktorer som dessa gör att ett terapeutiskt förhållande inte kan utvecklas. Sjuksköterskorna i studien berättade även att de kände sig hindrade från att hjälpa patienterna att bli bättre när patienterna vägrade samarbeta och låta personalen ta över kontrollen över exempelvis matintag. Sjuksköterskorna menade att det är svårt att skapa en tillitsfull relation när de alltid ses som poliser (Ramjan, 2004). Att som sjuksköterska ständigt titta till patienterna och ta kontroller så som exempelvis blodtryck, ofta mot patientens vilja, gjorde det svårt att skapa en god relation. Sjuksköterskorna upplevde uppgifterna påfrestande när de allt som oftast möttes av motstånd (Ramjan & Gill, 2012).

Ytterligare en orsak som gör det svårt att utveckla en terapeutisk relation har visat sig vara när sjuksköterskor skyller sjukdomen på patienterna själva, alltså att patienterna valt att svälta och egentligen inte är sjuka. Denna föreställning och uppfattning är inte helt ovanlig hos sjuksköterskor. Att utbilda sjuksköterskor med dessa uppfattningar och föreställningar är nyckeln för att minska fördomarna. Att sjukvårdspersonal refererar till

patienterna som ”anorektiker” och skaffar sig favoriter i patientgruppen på en avdelning är andra exempel på vad som ska undvikas för att patienter ska känna tillit och därigenom kunna bilda en terapeutisk relation till sjuksköterskan (Ramjan, 2004).

### ***Faktorer som underlättar skapandet av en god relation***

En sjuksköterska i Ryan, Malson, Clarke, Anderson och Kohn (2006) studie menade att det underlättar att skapa en terapeutisk relation med ineliggande patienter då sjuksköterskan är tillsammans med dem dygnet runt. Sjuksköterskan är ingen terapeut som kommer två gånger i veckan utan finns där varje dag, dygnets alla timmar. Det kan upplevas irriterande för patienterna att ha sjuksköterskorna runt om kring sig hela dagarna och att bli kontrollerade av dem. Samtidigt som detta kan kännas tryggt. Sjuksköterskan är den som hjälper till att bädda sängen, ordna med maten och aktiviteter och kan bli som en modersfigur för dessa patienter. Sjuksköterskan som förklarade detta menar att genom att vara med i det vardagliga med patienterna kan en god relation enklare bildas. Samtidigt kan sjuksköterskan fånga upp viktig information i spontana konversationer som uppstår exempelvis medan de spelar spel. Saker som terapeuten eller läkaren således aldrig skulle få höra.

### **Att motivera patienterna**

Patienterna berättade att de inte ville göra sjuksköterskorna besvikna, utan stolta. En patient beskrev att hon tyckte om när människor i hennes omgivning, inklusive sjuksköterskorna, blev glada när hon gjorde framsteg i tillfrisknandet. En annan patient beskrev en sjuksköterska som alltid var glad och livlig. Hon såg sjuksköterskan som aktiv och hälsosam. Patienten önskade att hon hade samma kraft och energi som sjuksköterskan. Det gav henne motivation till att kämpa mot anorexin (Zugai et al., 2013).

Om patienter med Anorexia Nervosa känner sig motiverade att förändras, alltså börja äta normalt och gå upp i vikt, är sannolikheten större att de också lyckas, beskriver Wade, Frayne, Edwards, Robertson och Gilchrist (2009) i studien. Med motiverande samtal kan sjuksköterskan påverka patientens vilja att förändras. Det har setts framgångsrikt att ha motiverade samtal för att öka patienternas motivation. I studien har patienter som fått motiverande samtal jämförts med patienter som fått standardbehandling. De båda grupperna började med samma genomsnittliga nivå av motivation. Efter ett antal veckor med interventionerna sågs att patientgruppen med motiverande samtal hade ökat motivationen, till skillnad från kontrollgruppen. Detta visade att det alltså är viktigt att ha fokus på att motivera patienter med AN att själva vilja göra en förändring. Detta för att förbättra chanserna att bli frisk. Att använda någon form av instrument/skala för att veta var patienten befinner sig gällande motivationen kan även vara bra då behandling och bemötande bör anpassas efter varje patient.

### **FÖRÄLDRARS BEHOV**

Föräldrar till barn som har eller har haft anorexi, har uttryckt sig ha problem med att få hjälp till sitt sjuka barn. De har berättat att det varit svårt att finna hjälpen och när de väl funnit den, ofta efter lång tid och mycket letande, har de känt sig uteslutna från behandlingen. Denna känsla ledde till att föräldrarna kände sig isolerade och arga på personalen. Att känna sig exkluderad som förälder bidrog också till skuld, skuld över att ha lämnat sitt barn på avdelningen, men också skuldkänslor över att de upplevde att personalen skyllde barnets sjukdom på dem. Många föräldrar förklarade att de verkliga

ville vara en del av behandlingen, men upplevde att personalen gjorde det svårt för dem. Negativa interaktioner med sjuksköterskor och annan personal rapporterades i studien, men föräldrarna berättade även om bra upplevelser. De bra upplevelserna byggde på möten med personal som inte fick dem att känna skuld. Andra positiva erfarenheter hos föräldrarna var då de uppmuntrades att närvara/medverka i omvårdnaden och att de bemöttes på ett respektfullt sätt. Föräldrar och sjukvårdspersonal måste arbeta tillsammans som ett team, föräldrarna är trots allt oftast ett barns/ungdoms främsta kontakt och en stor anledning till att barnet fått hjälp. Studien visar att föräldrars engagemang varit nödvändigt för familjens och framför allt den sjukes hälsa och därför ska föräldrar och andra närstående ses som en resurs i omvårdnaden. Sjukvårdspersonal måste förstå att föräldrarnas medverkan och närvaro påverkar återhämtningen och tillfrisknandet. Att skapa ett terapeutiskt förhållande även mellan sjuksköterska och anhörig bör uppmuntras så att de tillsammans kan hjälpa den sjuka (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004).

### **Rådgivning för föräldrar**

Det var enligt sjuksköterskorna i studien av Bakker et al. (2011), viktigt att kontinuerligt dela med sig av utförlig information kring patientens utveckling. Att förbereda föräldrarna om olika behandlingar som utfördes på kliniken, var också viktigt, så att de kunde bli delaktiga i ungdomarnas vård. När föräldrar är delaktiga och har större förståelse kan de bättre stötta sina barn. Sjuksköterskorna informerade också föräldrarna i hur de skulle stötta sina barn kring måltiderna och ta över kontrollen om ungdomen skulle riskera att falla tillbaka i gamla matvanor. Sjuksköterskorna berättade att deras tillgänglighet var viktig för föräldrarna, så att de skulle kunna få svar på eventuella frågor. En ömsesidig relation mellan sjuksköterskor och föräldrar är därför att föredra.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Tolv av tretton artiklar som valdes ut berör patienter och sjuksköterskor i slutenvården, därför är resultatet främst baserat på upplevelser hos inneliggande patienter och sjuksköterskor på dessa avdelningar. Detta kan ses positivt då det främst är i slutenvården som kontakten och relationen mellan sjuksköterska och patient är särskilt betydelsefulla.

Studien är baserad på 12 kvalitativa och en kvantitativ artikel. Det var av större betydelse att finna kvalitativa artiklar för att få fram upplevelser och åsikter hos patienter och sjuksköterskor. Enbart kvantitativa artiklar hade inneburit ett begränsat och tunnare resultat med färre nyanseringar.

Artiklar valdes ut från olika delar av världen, med undantag från världsdelar som Afrika där sjukdomen inte är lika betydande och uppmärksam, kanske eftersom där inte råder samma kroppsliga ideal som i västvärlden. Artiklar från Asien har inte heller påträffats. Studierna som till största del utgör resultatet är gjorda i Oceanien och Europa då de flesta artiklar rörande anorexi kommer från länder i dessa världsdelar. Att inte enbart välja studier från ett och samma land gav ett större och bredare perspektiv kring problemområdet.

De 13 artiklarna som slutligen valdes ut att ingå i studien är publicerade under 2000-talet. Äldre artiklar exkluderades då ny forskning efterfrågades för att få ett aktuellt resultat. Kvalitativa studier från tidigt 2000-tal accepterades trots ålder, då människors upplevelser inte tenderar att förändras drastiskt över tid, detta till skillnad från statistiska redovisningar som inte bör vara mer än ett par år gamla för att vara aktuella.

Det hade varit intressant att ha med statistik över tillfrisknandet från anorexi i relation till den terapeutiska relationen i litteraturstudien. Sådan statistik kunde dock inte hittas. Statistik i studien hade kunnat göra resultatet mer varierat och något lättare att läsa, då texten inte blivit lika kompakt. Det hade även blivit enklare att snabbt hitta det väsentliga i innehållet för den som enbart är ute efter detta.

Tolv av de tretton granskade artiklarna uppfyllde kriterier för etiskt godkännande enligt de forskningsetiska principerna som finns för humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, uå). Artikeln som inte var etiskt godkänd var dock en uppföljning av en tidigare studie där de etiska principerna följts. Några av författarna var de samma i både uppföljaren och den tidigare studien. Värt att nämna är också att studien som inte är etiskt godkänd är baserad på intervjuer av sjuksköterskor och inte patienter. Sjukvårdspersonal befinner sig inte i samma utsatta situation som patienter och är dessutom vuxna, självständiga individer som vet vad de har för rättigheter och skyldigheter. Med hänsyn till detta valdes artikeln ändå att ingå i litteraturstudiens resultat.

Det insamlade materialet studerades och sammanställdes var för sig för att senare diskuteras. Detta arbetssätt tros ha bidragit till en högre trovärdighet eftersom materialet bearbetats utifrån två synvinklar. Trots olika perspektiv har samma slutsatser dragits och studiernas resultat har tolkats lika. Tillförlitligheten hade kunnat stärkas ytterligare om fler personer deltagit i litteraturstudien och bidragit med sina tolkningar, detta för att undersöka om även de uppfattat materialet på samma sätt.

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor kan stödja patienter med anorexi och hur de kan skapa en terapeutisk relation till patienten. En litteraturoversikt gjordes för att sammanställa tidigare forskning i området. Detta ansågs lämpligt för att ge en samlad bild över vad som finns forskat kring området idag och vad som eventuellt behöver utvecklas. Empiriska studier med intervjuer med dessa patienter hade varit intressant att göra för att få en bättre inblick i hur patienterna faktiskt påverkas av relationen till sjuksköterskorna. Genom att göra en empirisk studie hade det även möjlighet funnits att konstruera intervjufrågor mer exakt efter syftet och därmed få ett ännu bättre resultat. Dock fanns inte tillräckligt med tid för att genomföra en sådan studie.

Intressant hade även varit att göra uppföljningar över hur patienternas sjukdom påverkades av relationen till sjuksköterskan. Detta för att se om en god relation i större grad gjorde att patienterna blev friska eller fick kortare sjukdomsförlopp i jämförelse med patienter som inte upplevde att de hade någon god relation till sjuksköterskorna.

## **RESULTATDISKUSSION**

Av resultatet kan utläsas hur en terapeutisk relation skapas, alltså genom att lyssna, bekräfta och stödja patienten samt bygga upp tillit. Det går också att tolka hur relationen försvåras eller förstörs, exempelvis genom att personalen inte har tillräcklig kunskap i sjukdomen och därför tror att patienterna får skylla sig själva att de har anorexi.

Bristande kunskap kan vara orsaken till varför fördomar hos sjuksköterskor förekommer. Detta kan i sin tur påverka patienterna då de kan känna att de inte tas på allvar. Att bli tagna på allvar är något patienter i flera av studierna (Colton & Pistrang, 2004; Reid et al., 2008; Paulson-Karlsson & Nevonen, 2012) tar upp som viktigt. Om det finns en fördom hos personal att patienterna bara vill ha uppmärksamhet kan det bero på att dessa sjuksköterskor bortser från att förstå bakgrunden till varför patienterna mår dåligt.

Att sjuksköterskor blir införstådda i att det inte bara är en rädsla för att gå upp i vikt som plågar patienterna, är något patienterna återkommer till i studierna. Gemensamt för patienterna var att de ville att sjuksköterskan skulle se personen bakom sjukdomen och vilja förstå anledningen till den. Sjuksköterskorna borde alltså enligt patienterna inte enbart fokusera på mat och viktuppgång (Ramjan, 2004; Colton & Pistrang, 2004; Paulson-Karlsson & Nevonen, 2012). Precis som resultatet visar förklarar också Englenius (2012) att sjukvårdspersonal bör förstå att anorexin nästan aldrig handlar om att personen vill se ut på ett visst sätt. Vanligare är att sjukdomen beror på att det råder kaos i personens liv och det enda denne upplever går att kontrollera är maten. En annan orsak kan vara att personen känner att denne inte duger och därför vill straffa sig själv.

### **Fördomar & utbildning**

Alla människor, likaså sjuksköterskor, har fördomar. Det är av betydelse att sjuksköterskan i sitt arbete agerar professionellt och ser förbi eventuella förutfattade meningar. Genom att i högre grad utbilda personal kommer fördomarna troligtvis att minska då sjuksköterskorna får större förståelse för patienterna, deras sjukdom och varför de beter sig som de gör i vissa situationer. Patienterna som blivit intervjuade i Paulson-Karlsson och Nevonen (2012) beskriver att de vill att sjuksköterskorna är erfarna och att de ska veta hur de bör bemöta och kommunicera med dem. Samtidigt påvisas i Ramjan (2004) att sjuksköterskorna upplever att de inte har tillräcklig kunskap och utbildning för att kunna möta patienternas behov. Som framkommer i artiklarna har sjuksköterskor som arbetar på avdelningar för personer med anorexi ingen direkt utbildning i sjukdomen (Ramjan, 2004) Då bemötande och kommunikation är A och O i omvårdnad av dessa patienter bör sjuksköterskor utbildas mer i mental hälsa och få specifika kunskaper om sjukdomen. Som det ser ut i Sverige idag kan en nytexaminerad sjuksköterska börja arbeta på denna typ av avdelning utan tidigare erfarenheter. Det krävs mer än grundutbildning för att på bästa sätt vårda dessa patienter.

### **Stöd & tillit**

Att stödja patienterna upplevdes svårt av många sjuksköterskor i studierna. En stor bidragande faktor till detta var att det var svårt att skapa tillit (King & de Sales, 2000; Ramjan, 2004; Snell et al., 2010; Bakker et al., 2011). Denna svårighet var ömsesidig. Patienterna ansåg att de inte kunde lita på sjuksköterskorna eftersom de i många fall trodde att de bara ville göra dem tjocka. Sjuksköterskorna i sin tur litade inte på patienterna eftersom de ofta ljög och försökte spela ut dem mot varandra (Ramjan,

2004). Hur kan sjuksköterskan då skapa tillit och en god relation när de hela tiden ses som kontrollerande, hur kan en balans skapas? Gränsen mellan att som sjuksköterska vara personlig utan att bli för privat, likaså gränsen mellan att vara professionell och att bli kompis med patienten är hårfin. Sjuksköterskan måste hålla på regler för att behandlingen ska ge nytta, detta kan dock upplevas svårt då sjuksköterskan samtidigt ska försöka bygga en förtroendefull relation till patienten.

Genom tolkning av resultatet kan tydas att tillit och en god relation kan skapas när sjuksköterskan är lyhörd, intresserad av patientens verkliga problem och har en genuin vilja att se patienten bli bättre. Genom att sjuksköterskan visar förståelse, empati, kommunicerar och bemöter patienterna respektfullt kan tillit byggas upp trots att sjuksköterskan ibland måste vara kontrollerande och hård. Alla dessa saker tas upp, av både sjuksköterskor och patienter i studierna, som viktiga i behandlingen (Snell et al., 2010; Bakker et al., 2011; Wright & Hacking, 2012) Vårdpersonal kan lära mycket av studier som beskriver hur dessa patienter vill bli bemötta och behandlade. Om sjuksköterskor och övrig vårdpersonal vet vad som förväntas och önskas av dem kan de lättare möta patienterna på ett sätt som tillfredsställer deras behov.

Att motivera patienterna togs upp av Wade et al. (2009) som en viktig komponent i omvårdnaden. Paralleller kan dras mellan motivation och Antonovskys modell KASAM. Sjuksköterskan kan genom att hjälpa patienten begripa, hantera och finna mening i sin situation också frambringa motivation. Om patienten begriper att denne faktiskt är sjuk, ges möjlighet för denne att vilja genomgå en förändring för att må bättre. Patienten kan därefter med sjuksköterskans stöd lära sig hantera sin situation, exempelvis genom att börja äta regelbundet och handskas med ångesten som detta medför och bearbeta den. Tidigare har ångesten hanterats genom att hoppa över måltider och via överdriven träning. Först när patienten får förståelse för sjukdomen och hur denne ska hantera den, kan meningsfullhet upplevas. När en person känner mening med att göra en förändring i sitt beteende innebär det att motivation finns. Är patienten motiverad finns större chans att förändring faktiskt genomförs. Antonovsky menar att dessa tre begrepp; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, är hörnstenar för känslan av sammanhang, vilket är en förutsättning för hälsa och egen uppfattning av välbefinnande (Antonovsky, 1991).

### **Kontroll**

Att fråntas kontroll var något som upplevdes svårt av patienterna i flera av studierna (Colton & Pistrang, 2004; Ryan et al., 2006; Reid et al., 2008; Bakker et al., 2011; Ramjan & Gill, 2012). I Reid et al. (2008) studie beskrivs att det är viktigt att inte ta ifrån personerna all kontroll då det resulterar i panik hos den sjuke. Sjuksköterskorna skulle ses som konsultativa snarare än kontrollerande. Även i studien av Ryan et al. (2006) beskriver sjuksköterskorna att de bör vara bestämda med patienterna utan att vara allt för stränga mot dem. En sjuksköterska förklarar att vissa kollegor skriker på patienterna då de inte ”lyder”. Samtidigt nämns i Bakker et al. (2011) att det är av största betydelse att sjuksköterskorna initialt tar över all kontroll då patienterna själva inte är kapabla att ta några egna beslut. En patient i studien av Colton och Pistrang (2004) beskriver att hon fick panik när hon inte fick kontrollera matintaget medan flera andra patienter i samma studie förklarar att de på något sätt känner en lättnad över att själva inte längre behöva ta sådana beslut. Enligt Bakker et al. (2011) upplevde patienterna till slut att sjuksköterskornas kontrollerande var betryggande. Till en början

var sjuksköterskornas kontrollerade påfrestande. Att frånta patienterna kontroll var dock också något som av sjuksköterskorna i studien av Ramjan och Gill (2012) upplevdes försvåra skapandet av en terapeutisk och stödjande relation då patienterna såg dem som poliser.

Det är viktigt i behandlingen av anorexi, där kontrollövertag faktiskt är en förutsättning, att precis som kompetensbeskrivningen lyder inte frånta patienternas autonomi och integritet (Socialstyrelsen, 2005), utan istället göra dem delaktiga i vården. Delaktighet kan dock enbart uppnås om patienterna är motiverade och vill göra en förändring (Wade et al., 2009), därför ses delaktighet inte nödvändigtvis initialt i behandlingen. Delaktighet är något som får möjlighet att växa fram när patienten får bättre insikt i sin sjukdom. Enligt Snell et al. (2010) måste patienten själv vilja bli frisk, för sin egen skull. Många som får hjälp inser dock inte att de är sjuka och vill därför inte heller ta emot vård. Men om patienterna förstår att de faktiskt är sjuka, genom att sjuksköterskan utbildar dem och ökar deras medvetenhet, kan de få perspektiv på sitt förhållande till exempelvis mat och/eller träning. På så vis kan de förstå att beteendet faktiskt är sjukligt (Snell et al., 2010). Först när patienten får förståelse för detta kan denne bli motiverad till förändring. Det vore betydelsefullt i omvårdnad av denna typ av patientgrupp att fokusera på att motivera patienterna. Precis som tidigare nämnts är det svårt, om inte omöjligt, för patienten att bli frisk om denne inte vill det själv. Därför anses det vara centralt att lägga vikt vid att försöka motivera dem till att själva vilja förändras. Om patienten inte kan finna viljan själv är det sjuksköterskors ansvar att hjälpa denne att finna den.

### **Genusperspektiv**

I bakgrunden beskrivs att främst personer av det kvinnliga könet drabbas av sjukdomen Anorexia Nervosa (Porsman Reimhult, 2005), detta avspeglas i artiklarna då deltagarna främst är flickor och kvinnor. I ett fåtal av artiklarna som ingår i resultatet medverkade enbart några enstaka pojkar och män. Det gjordes inga jämförelser mellan könen i artiklarna och könet beskrevs inte ha någon betydelse för hur patienterna ville bli bemötta och få stöd. Sjuksköterskor ska enligt kompetensbeskrivningen ha en helhetssyn i omvårdnaden och bör därför inte göra skillnader kön emellan, utan se till individen och dennes behov (Socialstyrelsen, 2005). Vården ska vara jämlik även om vissa patienter är i större behov av stöd än andra.

### **Brukbarhet i praktiken**

Eftersom arbetet är gjort på kvalitativa studier är det svårt att göra generaliseringar, vilket inte heller var syftet med studien. Däremot anses resultatet vara relevant och rimligt att arbeta efter i vårdandet av dessa patienter. Sjuksköterskor, samt övrig vårdpersonal, kan nytta av att veta hur motivation, delaktighet, trygghet samt kontrollering kan genomföras utan att kränka, i omvårdnaden av patienter med anorexi. Alla dessa åtgärder kan ses vara stödjande. Litteraturstudiens resultat kan användas som vägledning i praktiken, samtidigt som vården behöver anpassas efter varje enskild individ.



## **KONKLUSION**

Resultatet sammanfattar hur patienter vill bli bemötta och behandlade av sjuksköterskor samt sjuksköterskors upplevelser av att vårda dessa patienter. De studier som ingår i litteraturstudiens resultat styrker varandra då de tar upp samma viktiga aspekter. Alltså att sjuksköterskan bör motivera, göra patienter delaktiga men även ta kontroll då det behövs. En annan återkommande aspekt är sjuksköterskors svårigheter att tillgodose dessa önskemål, därav finns ett behov hos sjuksköterskorna av vidare utbildning. Även föräldrars behov av stöd av sjuksköterskan tas upp som en viktig del i arbetet med patienter som lider av anorexi. Det är av stor vikt att föräldrarna med hjälp av sjuksköterskan ges verktyg att kunna bemöta och ge fortsatt stöd till sitt sjuka barn. Föräldrar ska ses som en resurs i omvårdnaden.

## REFERENSER

- Aarhus Smeby, N. (2003). Samarbete med familjen inom psykiatrin. I Kirkevold, M. & Strømsnes Ekern, K. (red.) *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. (sid, 127-153). Stockholm: Liber AB
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium* (2:a uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, j., Meerwijk, E., & van Eldburg, A (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 24(1), 16-22.
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(5), 307-316.
- Eldh, A-C. (2009). Delaktighet och gemenskap. I Edberg, A.-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (sid, 45-61). Lund: Studentlitteratur AB
- Englenius, S. (2012). *Anorexi - en destruktiv livsstrategi: Ett försök att förklara*. Stockholm: Vulkan
- Enskär, K. & Golsäter, M. (2009). Från barn till ungdom – den växande människans omvårdnadsbehov. I Friberg, F. & Öhlén, J. (red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (sid, 109-142). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I Friberg, F. (red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl.). (sid, 133-144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Holland, A.J., Sicotte, N. & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *J Psychosom Res.*, 32(6), 561-571.
- King, S.J., & de Sales, Turner. (2000). Caring for adolescents females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *J Adv Nurs*, 32(1), 139-147.
- Kirkevold, M. (2003). Familjens ställning i omvårdnaden. I Kirkevold, M. & Strømsnes Ekern, K. (red.) *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. (sid, 49-69). Stockholm: Liber AB
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *Int J Ment Health Nurs*, 13(1), 67-73.
- Orem, D. (2001). Self-care Deficit Nursing Theory. *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). (s. 136-158). St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Paulson-Karlsson, G., & Nevonen, L. (2012). Anorexia nervosa: treatment expectations – a qualitative study. *J Multidiscip Healthc*, 5, 169-177.
- Porsman Reimhult, C. (2005). *Bli vän med kroppen och maten: En bok om ätstörningar*.

Sundbyberg: Fitnessförlaget

Ramjan, L.M., Gill, B.I. (2012). Original research: an inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison. *Am J Nurs*, 112(8), 24-33; quiz 44, 34.

Ramjan, L. M. (2004) Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *J Adv Nurs*, 45(5), 495-503

Reid, M., Burr, J., Williams, S., & Hammersley, R. (2008). Eating disorders patients' views on their disorders and on an outpatient service: a qualitative study. *J Health Psychol*, 13(7), 956-960.

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(2), 125-135.

Santamäki Fischer, R. & Dahlqvist, V. (2009). Tröst och trygghet. I Edberg, A.-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (sid, 115-135). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. (sid, 377-405). Lund: Studentlitteratur AB.

Skärsäter, I.(2009). Psykisk ohälsa. I Edberg, A.-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (sid, 711-744). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Hämtad 2013-09-19 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Ster, G. v. d. (2005). *Mattillåtet: Praktisk vägledning för dig som har en ätstörning*. Stockholm: Forum

Strømsnes Ekern, K. (2003). Lärandeperspektivet. I Kirkevold, M. & Strømsnes Ekern, K. (red.) *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. (sid, 235-240). Stockholm: Liber AB.

Vetenskapsrådet. (uå). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2013-10-03 från <http://codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdguiden. (2012). *Anorexi*. Hämtad 2013-10-03, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Anorexi/#section-0>

Wade, T.D., Frayne, A., Edwards, S.A., Robertson, T., & Gilchrist, P. (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(3), 235-243.

Wentz, E. (2011). Ätstörningar. I Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. (sid, 235-255) Lund: Studentlitteratur AB.

Wright, K.M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(2), 107-115.

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

## Bilaga 1. Artikelpresentation

<b>Titel:</b>	<b>Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective</b>
<b>Författare:</b>	King, S.J & Turner de, S.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>År:</b>	2000
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda tonårstjejer med anorexia nervosa.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie på fem grundutbildade sjuksköterskor där djupgående intervjuer ljudinspelades. Metoden var baserad på en filosofi av Edmund Husserl.

<b>Titel:</b>	<b>Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions</b>
<b>Författare:</b>	Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. & van Elburg, A.M.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing
<b>År:</b>	2011
<b>Land:</b>	Nederländerna
<b>Syfte:</b>	Att upptäcka vilka aspekter sjuksköterskor anser mest effektiva i vårdandet av ungdomar med anorexia nervosa, för att de ska återfå normal kroppsvikt.
<b>Metod:</b>	En kvalitativ studie med individuella, djupgående intervjuer samt fokusgrupper, allt material ljudinspelades. Sju sjuksköterskor och en socialarbetare deltog.

<b>Titel:</b>	<b>Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients</b>
<b>Författare:</b>	Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M.
<b>Tidskrift:</b>	European Eating Disorders Review
<b>År:</b>	2006
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda barn och ungdomar med ätstörningar och vilka svårigheter och utmaningar som uppstår.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer där 15 sjuksköterskor deltog. Intervjuerna spelades in.

<b>Titel:</b>	<b>An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals</b>
<b>Författare:</b>	Wright, K.M & Hacking, S.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
<b>År:</b>	2012
<b>Land:</b>	Storbritannien
<b>Syfte:</b>	Att beskriva hur den terapeutiska relationen mellan kvinnor med anorexi och sjukvårdspersonal skapas och hur den upplevs från ett patientperspektiv.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie med intervjuer utifrån ett semistrukturerat schema. Metoden utgick från en fenomenologisk och hermeneutisk filosofi av Van Manen. Sex patienter medverkade i studien.

<b>Titel:</b>	<b>An inpatient program for adolescents with anorexia experiences as a metaphoric prison</b>
<b>Författare:</b>	Ramjan, L.M & Gill, B.I.
<b>Tidskrift:</b>	American Journal of Nursing
<b>År:</b>	2012
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka ungdomarnas upplevelser av slutenvård samt sjuksköterskors erfarenheter av att vårda dessa patienter. Fokus låg på vilka effekter vårdandet hade på relationen parterna emellan.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie med en naturalistisk design där 10 barnsjuksköterskor och 10 patienter genomgått djupgående semistrukturerade intervjuer.

<b>Titel:</b>	<b>Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspektiv</b>
<b>Författare:</b>	Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>År:</b>	2013
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att utforska hur sjuksköterskor garanterar viktuppgång och en positiv slutenvårdsupplevelse i behandlingen av ungdomar med anorexi, genom att ta hänsyn till före detta anorektikers upplevelser.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Åtta personer som tillfrisknat från anorexi deltog i studien.

<b>Titel:</b>	<b>Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit</b>
<b>Författare:</b>	Snell L, Crowe M & Jordan J.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>År:</b>	2010
<b>Land:</b>	Nya Zeeland
<b>Syfte:</b>	Att utforska hur en terapeutisk relation skapas mellan sjuksköterskor och ineliggande patienter på en ätstörningsenhet samt att beskriva hur relationen upplevs av sjuksköterskorna.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie där sju sjuksköterskor blivit intervjuade. Författarna använde sig av metoden grounded theory.

<b>Titel:</b>	<b>Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment.</b>
<b>Författare:</b>	Wade, T.D, Frayne, A, Edwards, S.A, Robertson, T & Gilchrist, P.
<b>Tidskrift:</b>	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry
<b>År:</b>	2009
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka om motivation till att återhämtas från anorexi påverkar tillfrisknandet hos dessa patienter.
<b>Metod:</b>	Kvantitativ studie. 47 ineliggande patienter, varav två var män, deltog. Frågeformulär besvarades initialt av patienterna som sedan slumpades in i två grupper varav den ena fick standard behandling och den andra motiverade samtal utöver vanlig behandling. Uppföljning gjordes två och sex veckor efter start för att se om motivationen hos patienterna förändrats beroende på vilken grupp de tillhört.

<b>Titel:</b>	<b>Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa</b>
<b>Författare:</b>	Ramjan L.M.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Advanced Nursing
<b>År:</b>	2004
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka svårigheter och hinder som sjuksköterskan kan uppleva i skapandet av en terapeutisk relation till patienten.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie med ett naturalistiskt fokus där 10 sjuksköterskor deltog i intervjuer. Intervjuerna var semistrukturerade och spelades in.

<b>Titel:</b>	<b>Anorexia nervosa: treatment expectations – a qualitative study</b>
<b>Författare:</b>	Paulson-Karlsson, G & Nevonon, L.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Multidisciplinary Healthcare
<b>År:</b>	2012
<b>Land:</b>	Sverige
<b>Syfte:</b>	Att undersöka vilka förväntningar patienter som väntar på att läggas in på ätstörningsenhet har på vården.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie. Intervjuer med 15 unga kvinnor genomfördes.

<b>Titel:</b>	<b>Eating disorder patients' views on their disorders and on an outpatient service: a qualitative study</b>
<b>Författare:</b>	Reid, M, Burr, J, Williams, S & Hammersley, R.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Health Psychology
<b>År:</b>	2008
<b>Land:</b>	Storbritannien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka hur patienter i öppenvården ser på sin vård och att utifrån detta kunna ge råd till personal om hur de kan anpassa behandlingen.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie där semistrukturerade intervjuer med 20 unga vuxna, varav en var man, utfördes.

<b>Titel:</b>	<b>The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals</b>
<b>Författare:</b>	Mc Master, R, Beale, B, Hillege, S & Nagy, S.
<b>Tidskrift:</b>	International journal of mental health nursing
<b>År:</b>	2004
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att granska interaktionen mellan sjuksköterskor och föräldrar till patienter med ätstörningar.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie där 22 föräldrar, 19 mammor & 3 pappor, intervjuats. Intervjuerna bandades.

<b>Titel:</b>	<b>Adolescents' experiences of inpatient treatment of anorexia nervosa</b>
<b>Författare:</b>	Colton, A & Pistrang, N.
<b>Tidskrift:</b>	European Eating Disorders Review
<b>År:</b>	2004
<b>Land:</b>	Storbritannien
<b>Syfte:</b>	Att detaljerat beskriva ungdomars upplevelse av att vårdas på slutenvårdsavdelning för anorexi.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer där 19 tonårstjejer medverkade.