



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV  
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

---

# Sjukvårdsupplevelser av Anorexia Nervosa ur ett patientperspektiv

En beskrivande litteraturstudie

Olivia Carlsten-Gabrielsson & Johanna Wigfeldt

2019

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen), 15 hp  
Omvårdnad  
Sjuksköterskeprogrammet  
Examensarbete inom omvårdnad 15 hp

Handledare: Maria Wejåker  
Examinator: Kerstin Hedborg

---



## Sammanfattning

**Bakgrund:** Anorexia nervosa är en svår psykisk sjukdom som kan förklaras som ett självdestruktivt sätt att hantera livet på. Utveckling av anorexia sker genom tre steg vilka benämns; bakomliggande faktorer, utlösande faktorer och vidmakthållande faktorer. Sjukdomen kan orsakas av både psykologiska, biologiska eller sociala omständigheter. Även kroppsideal i samhället kan ha inverkan på utvecklingen av anorexia. **Syfte:** Syftet var att beskriva hur patienter med anorexia nervosa upplever sjukvården. **Metod:** En beskrivande litteraturstudie utifrån 12 kvalitativa vetenskapliga artiklar som utgick från patientens perspektiv. **Huvudresultat:** Tre huvudteman identifierades vilka var måltidssituationen, relationer på vårdavdelningen samt vårdmiljö. *Måltidssituationen* upplevdes ångestladdad och som ett tvång, vissa upplevde att det var jobbigt att förlora matkontrollen medan andra upplevde det som en lättnad. *Relationer på vårdavdelningen* upplevdes viktiga eftersom ju bättre relationerna var desto bättre vårdupplevelse fick patienterna. Vidare upplevdes individanpassad vård vara betydelsefullt samt att sjuksköterskan lät patienten vara delaktig. *Vårdmiljön* kunde upplevas negativ eftersom patienter med anorexia inspirerades och påverkades av andra patienter vilket kunde leda till jämförelser och mer självsvält. **Slutsats:** Kunskapen kring hur patienter med anorexia upplever vården och önskar att bli behandlade är bristfällig hos sjuksköterskor och övrig vårdpersonal. Det är viktigt att nyexaminerade sjuksköterskor får en ökad kunskap och blir medvetna om hur de kan bidra till så goda vårdupplevelser för patienten med anorexia som möjligt.

*Nyckelord: Anorexia nervosa, patient, sjuksköterska, sjukvård, upplevelse.*

## Abstract

**Background:** Anorexia nervosa is a severe mental illness that can be explained as a self-destructive way of coping with life. The development of anorexia nervosa is done by three steps; underlying factors, triggering factors and power-holding factors. The disease can be caused by both psychological, biological or social circumstances. Even body ideals in society can have an impact on the development of anorexia nervosa. **Aim:** The aim of this study was to describe how patients with anorexia nervosa experience health care. **Method:** A descriptive literature study based on 12 qualitative scientific articles, based on the patient's perspective. **Key findings:** Three main themes were identified; The dining situation, relationships in the ward and the nursing environment. *The dining situation* was experienced with much anxiety and as a constraint, some felt that it was hard to lose food control while others experienced it as a relief. *Relations at ward* were felt important because the better the relationships were, the better the care experience became for the patient. Furthermore, personalised care was perceived to be of great importance and also that the responsible nurse allowed the patient to be involved. *The care environment* could be perceived negative because it could be inspired and influenced by other patients which could lead to comparisons and more self-starvation. **Conclusion:** Nurses and other healthcare professionals knowledge about how patients with anorexia nervosa experience care and wish to be treated is deficient. It is important that newly graduated nurses get an increased knowledge and become aware of how they can contribute to such good care experiences for patients with anorexia nervosa as possible.

*Keywords: Anorexia nervosa, experience, healthcare, nurse, patient.*

## Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrund.....	2
1.2 Symtom och följder .....	3
1.3 Sjuksköterskans roll och behandling .....	3
1.4 Familj- & anhörigperspektiv.....	4
1.5 Begreppsdefinition .....	5
1.6 Teoretisk referensram .....	5
1.7 Problemformulering .....	6
1.8 Syfte .....	6
1.9 Frågeställning .....	7
<b>2. Metod.....</b>	<b>7</b>
2.1 Design .....	7
2.2 Sökstrategi .....	7
2.4 Urvalsprocessen och utfallet möjliga artiklar .....	9
2.5 Dataanalys .....	11
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	11
<b>3. Resultat.....</b>	<b>11</b>
3.1 Måltidssituationen .....	12
3.2 Relationer på vårdavdelningen .....	12
3.2.1 Relationen till vårdpersonal .....	12
3.2.2 Relationen till andra patienter .....	14
3.2.3 Relationen till sjuksköterskan.....	14
3.3 Vårdmiljö.....	15
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>16</b>
4.1 Huvudresultat.....	16
4.2 Resultatdiskussion.....	17
4.3 Metoddiskussion .....	19
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad .....	21
4.5 Förslag på fortsatt forskning.....	22
4.6 Slutsats.....	22
<b>5. Referenslista.....</b>	<b>23</b>
<b>6. Bilagor .....</b>	<b>.....</b>

## 1. Introduktion

Det finns många olika typer av psykiska sjukdomar. Några av dessa är schizofreni, bipolär sjukdom, depression, ätstörning och psykos. Vid depression anses samtalsterapi vara viktigt för återhämtning där det inte finns några direkta biverkningar, däremot är köerna till att få en tid mycket långa och därför ger många upp, vilket upplevs som en motgång med behandlingen. En annan typ av behandling är medicinering med antidepressiva läkemedel. Vissa patienter upplever att läkemedel hjälper mot depressionen medan andra upplever biverkningar som gör att patienter inte tycker att medicineringen är värd mödan (Moberg, 2005). Till skillnad från depression så kan anorexia nervosa inte behandlas med läkemedel (Arkhem, 2007).

Anorexia nervosa är en svår psykisk ätstörningssjukdom som innebär självsvalt. Den anses även vara fysisk eftersom den ger många fysiska symtom. Sjukdomen uppmärksammades och erkändes första gången i Frankrike på 1800-talet. Idag är det en av de allvarligaste psykiska sjukdomarna och är vanligast bland ungdomar och unga kvinnor. Varför anorexia nervosa är en så pass kritisk sjukdom beror bland annat på den höga dödligheten, den stora påverkan på hela familjen och att vägen tillbaka ofta är svår och lång. Det är vanligt med social isolering, bristande autonomi och för de flesta personer med anorexia nervosa blir sjukdomen kronisk (Beumont & Touyz, 2003).

Samhällsideal pekar på att en smal kropp är en vacker kropp och att en smal kropp är ett resultat av disciplin. Mat kan förknippas med njutning och lycka, men för den som insjuknar i anorexia nervosa förknippas maten med olycka, och på så vis fräntas personen den njutning som mat kan medföra. Dagens budskap om skönhet skapar en konflikt inombords för många, framför allt för flickor. För de flesta är kroppen inte ”bara en kropp”, ett redskap, utan den är starkt kopplad till värde och identitet. En studie som gjorts visade att barn och ungdomar har bra koll på olika samhällsideal och de bantingsbeteenden som förekommer. Barnen känner sig feta om de är större än sina kamrater och tror sig bli mer omtyckta med en smalare kropp (Meurling, 2003).

Sjukdomen kan påverka privatlivet genom att personen med anorexia inte är lika socialt involverad som innan insjuknandet. Samhällets miljö anses vara en faktor som kan påverka och bidra till ätstörningar (Kontic, Vasiljevic, Trisovic, Jorga & Lakic, 2012). Media målar upp samhällsideal som bidrar till kroppshets för människan, främst genom

att kvinnor får en skev kroppsbild på grund av svårt uppnådda ideal och även utvecklar fettfobi, som Simpson (2002) beskrev det. Kotler (2000) skrev att det finns en störning i kroppsbilden där opassande inflytande av miljön i samhället påverkar synen på form och vikt och att den största rädslan för personer med anorexia är viktökning, de känner sig feta trots sin undervikt. Meurling (2003) beskrev att kroppsideal påverkas av miljö och skiljer sig mycket från land till land, även historiskt sett i Sverige har kroppsidealen sett olika ut. Anorexia nervosa är betydligt vanligare hos flickor än hos pojkar, det finns inga enkla svar på varför det är så men historiskt sett så har kvinnan oftare bedömts utifrån sitt yttre. Kroppsideal anses ligga närmare till hands för flickor än för pojkar då den manliga kroppen ofta definieras som styrka och makt medan den kvinnliga ofta förknippas som svag och späd. Enligt Arkhem (2007) drabbas i Sverige ca 0,5-1% av flickor och 0,1% av pojkar av anorexia nervosa.

### **1.1 Bakgrund**

Englenius (2012) beskriver anorexia nervosa som ett självdestruktivt sätt att hantera livet på, det kan jämföras med missbruk och självskadebeteende och därför uppfattas anorexia som en svår psykisk sjukdom. Arkhem (2007) benämner tre faktorer i utvecklingen av anorexia. Den första är bakomliggande faktorer vilka är grunden för anorexian och kan till exempel vara värdelöstankar om sig själv. Den andra är utlösande faktorer som innebär en händelse som orsakar beteendeförändring gällande mat som leder till den inledande bantningen, det kan exempelvis vara en negativ kommentar från någon om ens kropp. Den tredje och sista är vidmakthållande faktorer som innebär något som gör att bantningen övergår till självsvält och därmed anorexia nervosa, till exempel genom beröm för sin nya smalare kropp.

Varför en person insjuknar i anorexia nervosa kan till exempel bero på överkontrollerande föräldrar, vara ett rop på hjälp eller fixering av viktnedgång i förhoppning att prestera bättre i sin idrott (Arkhem, 2007). Även Gümmer et al. (2015) skrev om att hög fysisk aktivitet kan vara ett symptom, alternativt orsak, till utveckling av sjukdomen. Den typiska patienten med anorexia vill ta lite plats, både socialt och fysiskt, i och med dålig självkänsla samt är konflikträdd och har svårt att säga nej (Arkhem, 2007). Den vanligaste förklaringen till varför en människa blir psykiskt sjuk berättade Moberg (2005) om i sin bok. Där beskrevs en stress-och sårbarhetsmodell som visade en kombination mellan psykologiska, biologiska och sociala faktorer. Det som

kunde påverka dessa faktorer var genetik, om personen var för tidigt född, om det fanns psykisk sjukdom i släkten eller om barndomen varit svår. Dessa risker betyder inte att det måste leda till psykisk sjukdom utan det kan även behövas en utlösande faktor i miljön.

## **1.2 Symtom och följder**

Inledningsvis kan sjukdomen vara svår att upptäcka för omgivningen. Några varningstecken kan vara om personen klär sig i stora kläder, pillar mycket i maten, tränar hårt och håller sig undan sociala sammanhang. Hälsan försämras och utseendemässigt kan det synas genom hårväxt på kroppen (när kroppsfettet minskar fungerar håret som skydd mot kyla), tunnare huvudhår och trötthet. Ett av de första tydligaste symtomen på anorexia är att menstruationen uteblir, det beror på att livsnödvändigt protein och järn vill besparas i kroppen. Att äta kryddstark mat, undvika restaurangbesök och förtära light-produkter samt stora mängder vatten eller svart kaffe kan även det vara tecken på anorexia. Många får ett stort intresse av mat genom att till exempel gärna laga mat till andra, utan att äta själv, eller plugga in kaloritabeller. Andra tecken eller symtom på anorexia kan vara huvudvärk, som en effekt av ständig hunger, sömnproblem och många toalettbesök. Toalettbesöken beror på att personer med anorexia ofta blir förstoppade men kan även fungera som en plats för extra träning med situps eller att gömd mat i fickor eller servetter spolats ned i toaletten. Exempel på följder av anorexian är att blodtrycket sjunker, vilket kan leda till svimning eller yrsel, att skelettet åldras i förtid, på grund av kalciumbrist som kan leda till benskörhet, samt grova självmordstankar. Inom 10-15 år med sjukdomen dör ca 10% av personerna med anorexia. Ca 30% av de personer med anorexia som dör begår självmord. Andra dödsorsaker är att de till slut svälter ihjäl, de får näringsbrist eller blir uttorkade, men kan också orsakas av hjärtrelaterade problem på grund av påfrestningar (Arkhem, 2007).

## **1.3 Sjuksköterskans roll och behandling**

Jennings (2017) skriver om att sjuksköterskan under behandlingen ska fokusera på att övervaka patientens vikt och att se till så att den hela tiden ökar. Sjuksköterskan bör också ha kunskap i hur bemötandet till patienter med anorexia bör vara och kunskap om mönsterbeteenden för att kunna öka patientens självkänsla som i sin tur kan främja viktökning och återhämtning. Som sjuksköterska ska fokus inte enbart vara på



återställning av vikt utan även att anpassa vårdandet efter patienten och att fokusera på det som orsakat sjukdomen.

Sjuksköterskans arbete inriktas främst på vårdandet av patienten genom att stoppa svälten, det kan i vissa fall innebära dropp eller sondmatning. Målet är viktökning vilket innebär att patienten får träna på att äta. Även samtalsterapi är en viktig del i behandlingen för att försöka ändra patientens beteendemönster. Behandling kan också ske genom yoga och målning, vilket bidrar till en trivsammare miljö och stimulans för hjärnan. Antidepressiva läkemedel kan ibland skrivas ut med syfte att behandla tvångssyndrom eller depression som kan komma i och med sjukdomen, men själva anorexian går inte att bota med läkemedel varför den ses som en svår psykisk sjukdom (Arkhem, 2007). En viktig del kring omvårdnaden är att som sjuksköterska vårda så att patienten känner sig betydelsefull och heller inte döma om patienten skulle falla tillbaka (Englenius 2012). Många personer med anorexia lever i den så kallade förnekelsefasen då de undviker sjukvård vilket gör det svårt att upptäcka och behandla dessa (Vandereycken, 2006). Akut vård krävs om någon, eller flera, av dessa uppfylls: puls under 45, kroppstemperatur under 35,5 grader, BMI under 14, kalium under 3 eller självmordstankar (Arkhem, 2007).

Som sjuksköterska till patienter med psykisk sjukdom, och därmed anorexia, är det bra att utgå från att patienten har rätt eftersom det är patienten som kan mest om sig själv, och att inte heller avvisa någon. Det anses viktigt att hålla en professionell nivå men det kan leda till distansering och att de mest grundläggande behoven glöms bort, som att bara lyssna eller finnas där när någon behöver prata (Moberg 2005). Ingen person med anorexia är den andra lik och det finns inget enkelt svar på hur sjukdomen botas. Det finns ingen mirakulös behandling utan vägen till att bli frisk och få en god hälsa är ofta lång. Vid psykisk sjukdom gäller det att hitta sin egen väg ut ur den (Arkhem, 2007).

#### **1.4 Familj- & anhörigperspektiv**

Det är svårt att leva med någon som är psykiskt sjuk men det kan också ge nya perspektiv på livet. Som anhörig tas ingenting för givet. Ett sammanfattande ord som beskriver hur det är att vara anhörig till någon med psykisk sjukdom är förtvivlan, förtvivlan över att bara kunna göra så lite för att lindra smärtan hos den sjuka som man älskar (Moberg, 2005). För alla som någon gång kommer i kontakt med anorexia finns

det fyra hörnstenar som är viktiga att komma ihåg: acceptans, alla människors lika värde, kärlek och hopp. Det är viktigt att personen får känna sig bekräftad, sedd och duglig (Englenius, 2012).

När en familjemedlem eller anhörig har ett självskadebeteende, som anorexia nervosa påverkas hela familjen (Englenius, 2012),. Kordnejad Karlsson (2012) skriver om att föräldrar ofta tar på sig skulden över att de inte upptäckt eller förhindrat beteendet i tid. Många föräldrar till personer med anorexia önskar stöd, både gällande att få information om beteendet och sjukdomen och även om hur de som föräldrar kan hjälpa och kommunicera med den som är sjuk. Vidare berättar föräldrar att relationerna mellan resterande familjemedlemmar kan påverkas negativt eftersom största fokus läggs på personen med anorexia. Schröder (2012) skrev om hur närstående anser att en god vård för anhöriga skulle vara. Det framkom att värdighet var viktigt för en god vårdkvalitet och för att uppnå känsla av värdighet lyftes några exempel; att bli bekräftad, genom att känna sig välkommen och att vårdpersonal hade tid för frågor, att motverka stigmatisering, genom att anhöriga blir sedd på samma sätt som anhöriga till patienter med fysisk sjukdom samt att vårdpersonal är förtroendeingivande och inger hopp, är kompetenta och engagerade. Andra komponenter för god anhörigvård var trygghet, delaktighet och en hälsofrämjande och komfortabel miljö.

### **1.5 Begreppsdefinition**

För att sjukvårdsupplevelser av anorexia nervosa ska kunna beskrivas används i föreliggande studie begreppen patient och upplevelse. Patient definieras som en person som har kontakt med hälso- och sjukvården på grund av sjukdom eller liknande tillstånd i syfte att få behandling, omvårdnad eller rådgivning (Nationalencyklopedin, u.å).

Upplevelse definieras enligt Svenska akademiens ordbok (2011) som något man är med om eller får erfarenhet eller kunskap från. Det kan också definieras som något man uppfattar och därefter känslomässigt värderar.

### **1.6 Teoretisk referensram**

Joyce Travelbee var en teoretiker som utvecklade ”*människa-till-människa*” relationen, vilket för henne ansågs viktigt inom *omvårdnaden*. Hon ansåg att alla är *människor*, både patient och sjuksköterska, varför patienten ska ses som en *människa* snarare än sin sjukdom. Travelbee var sjuksköterska inom psykiatrin, hennes grundläggande koncept

var att hjälpa *människan* och deras anhöriga att hitta mening med livet. Sjuksköterskans jobb ansågs bland annat vara att hjälpa patienten att behålla hoppet samt att ha ett gott förhållningssätt till patienten och dennes sjukdomssituation. Hon förklarade att lidande är en upplevelse av känslor och oro och att det kan handla om både psykiskt eller fysiskt obehag och olika typer av smärta. Travelbee förklarade att *hälsa* är både subjektivt och objektivt. Med subjektivt menar hon att det är ett individuellt definierat tillstånd av välbefinnande, inkluderat hur ens *miljö* upplevs. Med objektivt menar hon att det är till för att urskilja sjukdom genom bland annat undersökningar, laboratorietest och psykologiska rådgivare. Travelbee's grundläggande koncept var att hjälpa människan hitta mening i upplevelsen av sjukdom och lidande. Empati och sympati lyfts som grundläggande begrepp och i sjuksköterskeprofessionen ansågs det viktigt att hjälpa patienten och dess anhöriga att hantera sjukdom och lidande samt hitta betydelse av sina upplevelser (Current nursing, 2012). Genom ”*människa-till-människa*” relationen är det för sjuksköterskan möjligt att se mer än enbart de fysiologiska och biologiska behoven i *vårdandet* (Moreira de Freitas, *et al.* 2018).

### **1.7 Problemformulering**

Anorexia nervosa är en svår psykisk ätstörningssjukdom som innebär självsvält. Det tar ofta lång tid att bli frisk och det är en sjukdom som ofta kopplas samman med samhällsideal och kroppskomplex. Det är främst unga flickor i tonåren som drabbas. Sjukdomen kan leda till döden och hela familjen påverkas av sjukdomen. Varför en person insjuknar kan bland annat bero på fixering av viktnedgång eller överkontrollerande föräldrar. Behandlingen är individuell och det krävs mycket vilja för att patienten ska ta sig ut ur sjukdomen. Om sjukdomen är långt gånget är det svårt att bli frisk på egen hand, varför *vårdandet* är en central del av tillfrisknandet. Det vi som blivande sjuksköterskor inte har tillräcklig kunskap om är hur patienter med anorexia nervosa upplever *vårdandet*. Därför vill vi lyfta patienternas upplevelser av sjukvården för att ge blivande sjuksköterskor kunskap som kan användas i omvårdnaden av patienter med anorexia nervosa för att förbättra vårdupplevelsen.

### **1.8 Syfte**

Syftet med denna studie är att beskriva hur patienter med anorexia nervosa upplever sjukvården.

## **1.9 Frågeställning**

Hur upplever patienter med anorexia nervosa sjukvården?

## **2. Metod**

### **2.1 Design**

Detta arbete är en beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck, 2017).

### **2.2 Sökstrategi**

För att få en större bredd på sökningarna användes databaserna CINAHL och PsycINFO samt olika slags sökord, dock var sökordet "Anorexia Nervosa" alltid utgångspunkten. Första sökningen gjordes i CINAHL med sökordet (MH "Anorexia Nervosa") med begränsningarna 2009-2019 och engelska. Sökorden patient och experiences användes som fritext för att specificera sökningen ytterligare. I andra sökningen användes sökorden (MH "Anorexia Nervosa"), patient och healthcare experiences. Vidare användes databasen PsycINFO med sökordet (DE "Anorexia nervosa") och begränsningarna 2009-2019 och engelska, sedan med sökordet patient perspective som fritext. I den slutliga sökningen användes (DE "Anorexia nervosa"), patient perspective och healthcare experiences. Cinahl Headings i CINAHL och Thesaurus i PsycINFO användes för att specificera sökningen. Alla ovan nämnda sökord kombinerades med den boolanska söktermen AND för att specificera träffresultaten (Polit & Beck, 2017). Se sökstrategi i Tabell 1.

**Tabell 1:** Sökstrategi

<b>Databas</b>	<b>Begränsningar (limits), sökdatum</b>	<b>Söktermer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Möjliga artiklar (exklusive dubletter)</b>	<b>Valda artiklar</b>
<b>CINAHL</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(MH "Anorexia Nervosa")	2293st		
<b>CINAHL</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(MH "Anorexia Nervosa") AND patient (fritext)	1117st		
<b>CINAHL</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(MH "Anorexia Nervosa") AND patient (fritext) AND experiences (fritext)	87st	17st	10st
<b>CINAHL</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(MH "Anorexia Nervosa") AND patient (fritext) AND healthcare experiences (fritext)	7st	1st	1st
<b>PsycINFO</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(DE* "Anorexia Nervosa")	3719st		
<b>PsycINFO</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(DE "Anorexia Nervosa") AND patient perspective (fritext)	105st	8st	1st
<b>PsycINFO</b>	2009-2019, engelska, 2019-01-22	(DE "Anorexia Nervosa") AND patient perspective (fritext) AND healthcare experiences (fritext)	6st	0st	0st
				<b>Totalt: 26st .</b>	<b>Totalt: 12st .</b>

\* DE är förkortningen av Thesaurus som är PsycINFO's motsvarighet till Cinahl headings.

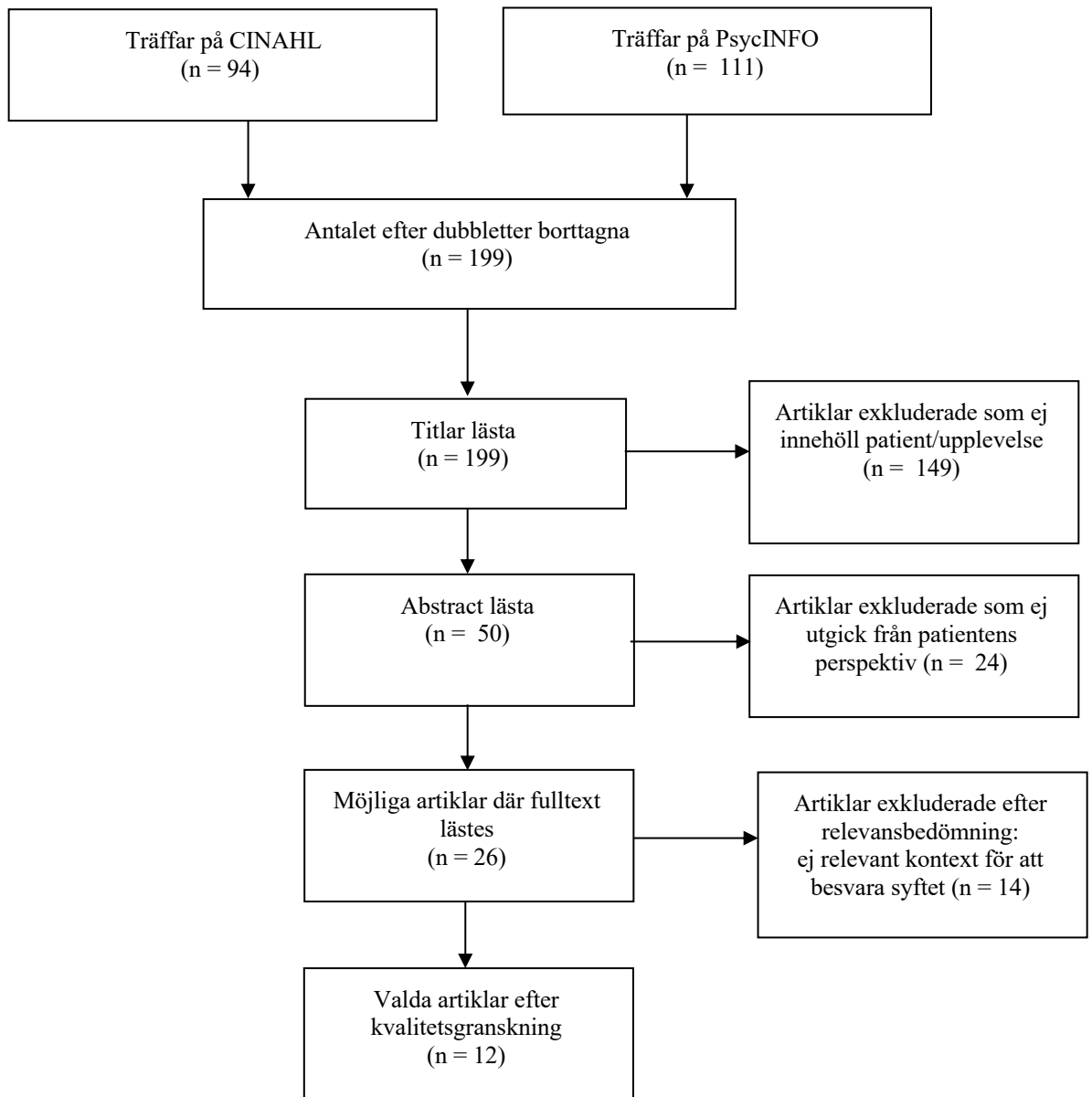
### 2.3 Urvalskriterier

Urvalskriterierna var att artiklarna skulle vara relevanta för studiens syfte och att de gick att öppna i full text. För att begränsa urvalet har inklusions- och exklusionskriterier använts enligt Polit & Beck (2017). De artiklar som ansågs för medicinskt inriktade

samt de artiklar som beskrevs utifrån ett annat perspektiv än patientens exkluderades, det gjordes eftersom fokus är på omvårdnad samt att arbetet syftar till att beskriva patientupplevelser. Även litteraturstudier exkluderades. Inklusionskriterierna var att ordet ”anorexia nervosa” eller ”eating disorder” skulle finnas med i titeln och att det framgick i abstract att vårdupplevelsen var beskriven utifrån patientens perspektiv.

#### **2.4 Urvalsprocessen och utfallet möjliga artiklar**

Urvalet som gjordes baserades med syftet som utgångspunkt och fokuserade på att artiklarna skulle besvara det. Det blev 94 träffar i CINAHL och 111 träffar i PsycINFO, 6 av träffarna i PsycINFO var dubletter varför de artiklarna valdes bort. Titlar lästes överskådligt när sökträffen blev under 200 artiklar för att få en första relevansbedömning (Polit & Beck, 2017). Titel lästes på 94 artiklar i CINAHL och 105 artiklar i PsycINFO efter borttagna dubletter, 199 titlar. Av dessa exkluderades 149 titlar som inte innehöll orden patient eller upplevelse. Sammanlagt lästes 50 abstracts varav 24 exkluderas eftersom det inte framgick att artikeln utgick från patientens perspektiv. Därefter valdes 18 i CINAHL respektive 8 i PsycINFO, sammanlagt 26, som möjliga artiklar som lästes i fulltext. Artiklarnas relevans bedömdes i rekommenderad relevansmall, se bifogad Bilaga 3: Relevansmall. 14 av dessa 26 möjliga artiklar ansågs inte relevanta till arbetet, främst eftersom kontexten inte var relevant och därmed inte besvarade syftet, varför dessa exkluderas. Återstående 12 artiklar kvalitetsgranskades i rekommenderad granskningsmall, se bifogad Bilaga 4: Mall för kvalitetsgranskning. Något utstickande vid kvalitetsgranskningen var att några artiklars resultat endast *delvis* var relevant och det berodde på att vissa delar av resultaten berörde annat än patientupplevelser. Vid sådana artiklar nyttjades endast de delar där patientupplevelser beskrevs. Samtliga 12 artiklar ansågs vara av tillräckligt god kvalitet för att användas i föreliggande studie. Se flödesschema i Figur 1.



**Figur 1:** Flödesschema

## 2.5 Dataanalys

Båda författarna läste flertalet gånger valda artiklar med huvudfokus på resultatdelen. Varje artikel lästes var för sig och de resultatdelar i artiklarna som ansågs besvara arbetets syfte och frågeställning markerades. Dessa delar i samtliga artiklar översattes från engelska till svenska och sammanfattades sedan så att likheter och skillnader kunde identifieras. Översättningen kontrollästes av båda författarna och de ord som var svåröversatta översattes med hjälp av svenskt-engelskt lexikon. Tillsammans sorterade författarna likheter genom färgkodning som enligt Polit och Beck (2017) innebär att innehåll markeras med olika färger för att lättare identifiera teman. Med hjälp av färgkodningen växte tre huvudteman fram, dessa huvudteman rubricerades; måltidssituationen, relationer på vårdavdelningen samt vårdmiljö.

## 2.6 Forskningsetiska överväganden

Författarna har strävat efter att inte utesluta artiklar för att de inte överensstämmer med personliga åsikter. Medveten plagiering eller undanhållna resultat har inte förekommit. Författarna har strävat efter att följa etiska regler, som innebär att inte fabricera, plagiera eller förfalska litteraturen. Artiklarna har granskats flera gånger av författarna i strävan efter objektivitet. I resultatet har strävan varit att så trovärdigt och sanningsenligt som möjligt tolka artiklarnas resultatdelar för att hålla en integritetsnivå (Polit och Beck, 2017).

## 3. Resultat

Resultatet baseras på 12 kvalitativa artiklar och presenteras i tre huvudsakliga teman. De tre huvudteman rubriceras; måltidssituationen, relationer på vårdavdelningen samt vårdmiljö. Huvudtemat som benämns relationer på vårdavdelningen fördelas med hjälp av tre subteman, se översikt av teman och subteman i Tabell 2. Använda artiklar redovisas i bifogade *Bilaga 1: Resultattabell* och *Bilaga 2: Artikelinformation*.

**Tabell 2:** Huvudteman och subteman

Huvudteman	Subteman
Måltidssituationen	
Relationer på vårdavdelningen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relationen till vårdpersonal</li><li>• Relationen till andra patienter</li><li>• Relationen till sjuksköterskan</li></ul>
Vårdmiljö	



### **3.1 Måltidssituationen**

Patienter upplevde ångest vid måltiderna och kände panik, skam och skuld av att äta. De kände sig fysiskt obekväma och feta i måltidssammanhang och tvingade sig själva att tänka på maten efteråt som ett slags självskadebeteende (Long et al. 2012). Två av studierna beskrev att matintaget upplevdes som en jobbig del (Fox & Diab, 2015; Long et al. 2012). Vissa patienter kände lättnad över att personal tog över kontrollen av matintaget, eftersom det då inte var patientens egna fel att hen åt (Fox & Diab, 2015; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013), medan andra upplevde förlust av kontroll som traumatiskt och något som gjorde en sårbar (Fox & Diab, 2015). Ångesten ökade och patienten med anorexia ville inte äta måltiden på grund av tillsägelse, att någon annan sa åt en bidrog till mer negativ inställning till måltidssituationen (Long et al. 2012). Det var svårt att se värdet i att sjuksköterskan tog över matkontrollen till en början, men i efterhand uppskattades det (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013).

Det underlättade om personal åt tillsammans med patienterna och det var extra viktigt att få stöttning vid måltider (Long et al. 2012; Fox & Diab, 2015). Känslan av att vara övervakad och bli bedömd ledde till negativa upplevelser och måltider beskrevs som en ritual eller något inövat som inte kändes individanpassat, det bidrog till att patienterna upplevde att sin egen identitet och autonomi gick förlorad (Long et al. 2012). I vissa fall, när patienten matvägrade och det inte fanns några andra alternativ, kunde tvångsmatning med fasthållning utföras. Som en konsekvens av tvångsmatning upplevdes det som att ätstörningen förvärrades (Fox & Diab, 2015). Patienter beskrev att de ville ha en mer aktiv roll vid måltiderna, inkluderat att fatta egna beslut och få möjlighet till mer eget ansvar. De trodde att måltidsupplevelsen kunde bli mer positiv med en större delaktighet, genom att till exempel få lägga upp sin egen mat eller vara med och förbereda i köket (Long et al. 2012).

### **3.2 Relationer på vårdavdelningen**

#### *3.2.1 Relationen till vårdpersonal*

Flertalet studier betonade att relation mellan patient och vårdpersonal var en viktig del av omvårdnaden (Smith et al. 2016; Fox & Diab, 2015; Pemberton & Fox, 2013;

Hannon, Eunson, & Munro, 2017). Dessa studier tog även upp vad patienter hade för förväntningar på vårdpersonalen och vad patienterna tyckte var bra och mindre bra. Något som framkom flera gånger var att patienter inte ville bli definierade som deras sjukdom utan som en egen individ. Nyckeln till goda relationer var att känna tillit till och stöttning av personalen samt att bli accepterad. Likväl som att patienter betonade vikten av stöttande personal framgick det också att personal som inte stöttade eller inte visste hur de skulle bemöta patienterna kunde bidra till känsla av hopplöshet och övergivenhet hos patienten. Det kunde i sin tur fördröja och försvåra tillfrisknandet. En annan betydande roll till förändring för patienterna var att känna förtroende. Pemberton & Fox (2013) beskrev att något som kunde försvåra relationsbyggandet var att patienter upplevde att det var svårt att sätta ord på sina känslor, de uppskattade att ha personal som kunde bekräfta vad de kände och hjälpa att förstå eller tolka känslorna.

Flertalet studier tar upp att patienter upplevde att vårdpersonal ibland inte fanns där för dem. De upplevde att personal var okänslig för deras sjukdom vilket bidrog till ökad ångest hos patienten och hade en negativ påverkan av tillfrisknandet. Andra patienter upplevde att personalen ibland viftade bort ämnen som var viktiga att prata om och att de pratade till patienten som om hen vore ett barn. Det resulterade i att patienter kände sig dumma, förlorade hoppet om tillfrisknande och inte såg något värde i att bli frisk. Patienter uppskattade om personalen hade tidigare erfarenhet eftersom de då lättare kunde sätta sig in i patientens situation och upplevdes då visa större förståelse. De uppskattade även när personalen behandlade dem med respekt utan att döma (Fox & Diab, 2015; Smith et al. 2016; Gulliksen et al. 2015). I en studie beskrev patienter att de hade höga förväntningar på vårdpersonalen, men att förväntningar inte uppnåddes. Patienterna upplevde att personalen inte fanns där och en patient beskrev det som att personalen brydde sig mer om sina naglar än om patienterna. Redan när patienter kom in på avdelningen hade de inställningen att personalen ändå inte skulle förstå dem, vilket direkt blev till en negativ vårdupplevelse. Patientens grundinställning kunde bidra till en negativ upplevelse, kanske till och med sämre än vad den egentligen var (Pemberton & Fox, 2013).

I en annan studie jämfördes relationen mellan vårdpersonalen och patienter som ett moder-dotterförhållande. En patient berättade: *"Hon är i liknande ålder som min mamma, typisk mammafigur. Hon är rolig, öppen och behandlar mig som en vanlig*

*person. Hon kommer till mitt rum för att kolla att jag mår bra och hon försöker inte lägga så stor vikt kring maten. Hon är bara alltid där”* (Wright, 2015, s.5). Denna patient uppskattade mammafiguren, dels som en trygghet och dels för att känna att någon fanns där och var viktig för henne. Medan en annan patient uppskattade det försiktigt vårdande förhållandet mer. Studien visade på att några föredrog mammafiguren medan andra föredrog en mer distanserad relation till personalen (Wright, 2015). Många patienter beskrev rädsla för att förlora personal som de hade knutit an till (Hannon, Eunson, & Munro, 2017).

### *3.2.2 Relationen till andra patienter*

Andra relationer som beskrevs på avdelningar var relation mellan patienterna, i en artikel skrev Smith et al. (2016) att de relationerna kunde upplevas både positiva och negativa. Det som beskrevs positivt var att ensamheten inte kändes lika stor, alla gick igenom samma sak, medan det som beskrevs negativt var att patienterna ibland kunde börja jämföra utseende och matintag med varandra. Det kunde också vara jobbigt att hela tiden höra om andras problem.

### *3.2.3 Relationen till sjuksköterskan*

Första intrycket av sjuksköterskan beskrevs som viktigt för den framtida relationen. En bra start för relationen till sjuksköterskan var om hen fokuserade på att ställa frågor och lät patienten prata. Då kände sig patienten viktig och uppskattade att sjuksköterskan tog sig tid att förstå. En dålig start ansågs vara om sjuksköterskan tog över och pratade till patienten om vad hen fick och inte fick göra. Det upplevdes generaliserande och som att sjuksköterskan var där för att sätta regler snarare än att hjälpa (Sly et al. 2014). Vissa upplevde en bättre relation och vissa en sämre till sin sjuksköterska. Oavsett om relationen ansågs bra eller dålig så beskrevs relationen till sjuksköterskan som en spegling av sjukvårdsupplevelsen. Med andra ord hade de patienter som hade en god relation till sin sjuksköterska en bättre sjukvårdsupplevelse i stort än de som hade en sämre eller dålig relation till sjuksköterskan. Vidare beskrev patienter att en god relation till sjuksköterskan bidrog till att kapaciteten att tackla problem ökade. Medan problemen kändes allt mer oöverkomliga om relationen var sämre eller dålig. Hade patienten dålig relation till sjuksköterskan kände hen sig allt mer isolerad och ensam (Sly et al. 2014).

Delaktighet var en grund för att utveckla god relation. Vissa beskrev sjuksköterskan som allt för dominerande och andra beskrev sjuksköterskan som allt för passiv där patienten kände att hen istället kunde dominera sjuksköterskan. De patienter som beskrev sin sjuksköterska som allt för dominerande eller passiv hade en sämre sjukvårdsupplevelse än de patienter som beskrev sin sjuksköterska som involverande, noggrann och omtänksam (Sly et al. 2014; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). I två av studierna framgick det att god kontakt mellan patient och sjuksköterska uppstod om ingen av dem dominerade den andra parten, utan istället accepterade och respekterade varandra och arbetade som ett team (Sly et al. 2014; Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013). Patienter uppskattade om sjuksköterskan bidrog till positiv miljö, gjorde vistelsen rolig, uppmuntrade och gav stöd. Även att sjuksköterskan var motiverande beskrevs som viktigt (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). Att sjuksköterskan var öppen och rak och vågade prata om tabubelagda ämnen ansågs viktigt. Patienter beskrev att det i början kunde uppfattas skrämmande och jobbigt att höra sådant men att det i slutändan hjälpte och var en trygghet (Sly et al. 2014).

### **3.3 Vårdmiljö**

Vissa ansåg att den optimala miljön för tillfrisknande var hemma, nära sin familj och andra anhöriga. Det kändes tryggare och ansågs underlättande att kunna genomföra förändringar i den ”riktiga världen” istället för i en sjukhusmiljö (Hannon, Eunson & Munro, 2017). Flera patienter beskrev att de inte ville vara på sjukhuset, eller att de inte ville bli friska från sin ätstörning, medan andra inte ens var medvetna om sitt sjukdomstillstånd. Flera patienter upplevde att deras familjer bestämde att de skulle vara på sjukhuset, och att det inte var deras egna beslut (Darcy et al. 2010). På sjukhuset var det svårt att anpassa sig till den nya miljön och det upplevdes jobbigt att separeras från sitt stöd hemifrån, de första veckorna beskrevs som jobbigast (Smith et al. 2016). Flera patienter kände oro över tiden efter sjukvårdsvistelsen. De upplevde att det skulle vara svårt att ta med sina nya rutiner till hemmiljön eftersom ingen längre skulle sitta bredvid och se till att rutinerna följdes. Den stora rädslan var återfall och de kände oro för att sjukdomen skulle komma tillbaka när de inte längre vistades i sjukhusmiljö, eftersom de då inte längre var lika skyddade (Smith et al. 2016; Gulliksen et al. 2015).

I två artiklar beskrev patienter att de kände sig instängda/som fångar när de blev tvingade till en vårdavdelning. Det kändes som att all kontroll förlorades och det var

obehagligt att lämna över kontrollen (Strand et al. 2017; Smith et al. 2016). En patient beskrev: *”Det var läskigt att i behandlingen lämna över kontrollen till någon annan, sjukdomen ätstörning handlar mycket om kontroll. Det fick mig att känna mig väldigt osäker”* (Smith et al. 2016, s.20). Medan andra patienter beskrev det som något bra, de såg avdelningen som en trygghet och paus från verkligheten. När patienterna lämnade över kontrollen sågs det som ett steg i rätt riktning mot återhämtning (Strand et al. 2017; Smith et al. 2016). En patient beskrev: *”Du behöver inte kontrollera det längre, du kan släppa kontrollen, det känns som att du har kommit till det stadiet där du inte kan fatta några beslut, så det är trevligt att låta andra ta över”* (Smith et al. 2016, s.20). Vissa patienter menade att det var möjligt att behandlas med professionell hjälp i sjukhusmiljö om vårdteamet var bra, det vill säga sjukvårdsvistelsen upplevdes positiv, medan andra patienter menade att det låg för mycket fokus på dietplaner hos personalen. En patient beskrev att hen på egen hand kom på att det var rädslor som var starkt kopplade till sjukdomen och därmed en viktig del för tillfrisknandet, vilket hen kom fram till på egen hand utan professionell hjälp (Smethurst & Kuss, 2018).

## **4. Diskussion**

### **4.1 Huvudresultat**

Syftet med studien var att ta reda på hur patienter med anorexia nervosa upplever sjukvården. Studiens resultat sammanfattades i tre huvudteman som rubriceras; måltidssituationen, relationer på vårdavdelningen samt vårdmiljö. De viktigaste resultaten kring måltidssituationen var att patienter upplevde den som ångestladdad och som ett tvång. Vissa upplevde att det var skönt när vårdpersonalen stöttade och tog över matkontrollen medan andra upplevde denna förlust av kontroll som jobbig. Ju bättre relation med vårdpersonalen patienten hade, desto bättre var upplevelsen av sjukvården. Individanpassad vård var av stor vikt eftersom vissa patienter föredrog en djupare relation medan andra föredrog en mer ytlig relation till vårdpersonalen. Att vistas bland andra personer med anorexia upplevdes inte alltid positivt, det kunde leda till att matintaget jämfördes och patienterna med anorexia inspirerades till mer självsvalt. Patienter uppskattade när sjuksköterskan lyssnade och lät patienten vara delaktig i beslut kring vårdandet. Det var viktigt att som sjuksköterska ha en balans så sjuksköterskerollen varken var för dominerande eller för passiv. Patienter hade bäst upplevelser av sjukvården med en sjuksköterska som var noggrann, pålitlig, motiverande och omtänksam. Det ansågs svårt att anpassa sig till vårdmiljön och

upplevdes jobbigt att separeras från sitt stöd hemifrån. Vissa kände sig som fångar i vårdmiljön medan andra upplevde det som en trygghet och ett steg i rätt riktning för återhämtning.

#### **4.2 Resultatdiskussion**

Resultatet visade att måltidssituationen upplevdes ångestladdad (Long et al. 2012) och jobbig (Fox & Diab, 2015; Long et al. 2012). Vissa patienter upplevde lättnad av att slippa kontrollera matintaget och att vårdpersonalen tog över det ansvaret (Fox & Diab, 2015; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013), medan andra såg det som en förlust och traumatisk upplevelse (Fox & Diab, 2015). Att vårdpersonalen bör ta över ansvaret styrks av tidigare forskning där Arkhem (2007) beskrev att sjuksköterskors främsta arbete vid anorexia nervosa är att stoppa svälten. Vidare framkommer det också i studiens resultat att de patienter, som till en början såg det som en förlust och traumatisk upplevelse, i efterhand uppskattade att sjuksköterskan hade tagit över kontrollen (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013). Författarna till föreliggande studie anser att detta bekräftar vikten av att sjuksköterskor hittar en balans i att involvera patienten och respektera självbestämmandet men samtidigt ansvara för att hälsan inte äventyras, genom att till exempel se till att hen får i sig tillräcklig mängd mat även fast hen själv inte vill äta.

I studiens resultat redogjorde patienter för att de upplevde att vårdpersonal var okänsliga och undvek konversationer som var viktiga att prata om för patienten. Det kunde resultera i att patienter förlorade hoppet och inte såg något värde i att bli frisk (Fox & Diab, 2015; Smith et al. 2016; Gulliksen et al. 2015). Detta arbetssätt överensstämmer inte med Joyce Travelbee's teori eftersom hon anser att sjuksköterskors arbete ska syfta till att hjälpa patienter behålla hoppet och hitta mening med livet (Current nursing, 2012). Här poängteras, enligt författarna till föreliggande studie, vikten av att som sjuksköterska sträva efter att inge hopp hos patienter så att de inte ger upp, särskilt eftersom Arkhem (2007) i tidigare forskning redogjorde för att 30% av de personer med anorexia som dör begår självmord.

Det framkommer i studiens resultat att patienter upplevde att vårdpersonal ibland inte ville vara där, att de brydde sig mer om sina naglar än om patienterna (Pemberton & Fox, 2013). Det gällde såklart inte alla sjukhus, men det går att koppla till hur viktigt det

är med en trivsamt miljö (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). Som tidigare nämnt framkom det i tidigare forskning att 30% av de personer med anorexia som dör begår självmord och att många patienter konstant kämpar mot att inte också hamna i depression (Arkhem, 2007). Författarna till föreliggande studie anser att det är betydelsefullt att som sjuksköterska bidra till god stämning, särskilt vid arbete med patienter med psykisk sjukdom eftersom deras psykiska mående hänger ihop med sjukdomen. Studiens resultat styrker även det där det framkom att patienter uppskattade motiverande sjuksköterskor som gjorde vistelsen rolig, gav stöd och bidrog till en positiv miljö (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013).

Resultatet visade att relationen mellan sjuksköterska och patient var viktig för att patienten skulle trivas samt att ju bättre relationen var desto bättre vårdupplevelse hade patienterna (Sly et al. 2014). Patienter uppskattade när sjuksköterskan var dominant men inte *för* dominant. Sjuksköterskor kunde på olika sätt bestämma hur stort matintaget skulle vara men om de blev för dominanta i sin sjuksköterskeroll så blev det en negativ upplevelse (Sly et al. 2014; Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2013). Författarna till föreliggande studie anser att det indikerar på att det kan vara svårt att hitta den rätta balansen och att det troligtvis krävs erfarenhet för att hitta den. Om en patient till exempel är så undernärd att det finns risk att hen dör går det inte att se till självbestämmande, med största sannolikhet kommer hen i den fasen inte vilja äta, vilket kan leda till döden. Här får självbestämmandet läggas åt sidan och en mer dominant sjuksköterskeroll behövs för att patienten ska få i sig mat och överleva. Medan sjuksköterskan, mot andra patienter som inte är lika sjuka, inte behöver dominera lika mycket. Där kan större hänsyn till självbestämmande tas och patienter kan vara mer delaktiga i sin återhämtning. Travelbee menar att den subjektiva delen av hälsa handlar om det individuella välbefinnandet (Current nursing, 2012), vilket stämmer överens med ovanstående reflektion av föreliggande författare samt studiens resultat där det framkommer att patienter vill ses som en egen individ och få individanpassad vård (Smith et al. 2016; Fox & Diab, 2015; Pemberton & Fox, 2013; Hannon, Eunson, & Munro, 2017).

I tidigare forskning beskrev Simpson (2002) hur samhällets miljö målar upp ett kroppsideal och bidrar till att kroppshets skapas, framför allt hos flickor. När dessa ideal inte går att uppnås kan en fettfobi utvecklas. Det överensstämmer med studiens resultat

där Smith et al. (2016) skrev om att relationen mellan patienter på avdelningar inte alltid var bra eftersom de kunde jämföra utseende och matintag med varandra. Kring det tänker föreliggande författare att jämförelsen aldrig har ett slut, även fast personen med anorexia hamnar i en vårdmiljö för att få hjälp så är påminnelsen om kroppsideal konstant.

Studiens resultat visade att patienter upplevde vårdmiljön på olika sätt. Vissa kände sig som fångar på sjukhuset medan andra upplevde det som en trygghet och ett steg i rätt riktning för återhämtning (Strand et al. 2017; Smith et al. 2016). Vissa patienter upplevde även svårigheter kring att separeras från stödet hemifrån (Smith et al. 2016). Föreliggande författare anser att det är viktigt att involvera närstående i vårdandet även när patienterna befinner sig i vårdmiljö, stödet anses kunna vara viktigt för återhämtning och trivsel för patienterna. Författarna anser däremot att det inte alltid är positivt att involvera närstående, det styrks av tidigare forskning där Arkhem (2007) beskrev att överkontrollerande föräldrar kan vara en orsak till att en person blir sjuk i anorexia. Föreliggande författare anser att det visar på vikten av att individanpassa vårdandet och miljön efter den enskilda patienten eftersom varje sjukdomshistoria är individuell. I tidigare forskning använde Moberg (2005) ordet förtvivlan som en sammanfattning för hur anhöriga kände när de inte kunde hjälpa den sjuka att bli frisk. Studiens resultat visade på att många patienter upplevde att de blev tvingade till vård av anhöriga Darcy et al. (2010), vilket enligt föreliggande författare ses som en anledning till att patienter har svårare att trivas i vårdmiljön, medan patienter som trivs i vårdmiljön troligtvis har en större sjukdomsinsikt och förståelse för de anhörigas agerande.

### **4.3 Metoddiskussion**

Något som kan ses som en svaghet med urvalskriteriet ”engelska” är att det medför risk för misstolkningar när texten översätts från ett annat språk än författarnas modersmål, som är svenska. Syftet med tidsbegränsningen 2009-2019 var att få stor bredd på sökningen, vilket ses som en styrka. Svagheten med det kan vara att relevant ännu äldre forskning har missats och det kan även diskuteras om denna tidsbegränsning verkligen var nödvändig. Ett lämpligare sätt att välja ut artiklar på hade eventuellt varit om begränsningen varit färre år eftersom övervägande använda artiklar ändå publicerats under de senaste fem åren. En styrka i arbetet är att två olika sökdatabaser använts, CINAHL och PsycINFO, för att bredda sökträffarna. Den boelanska söktermen AND



har använts för att få så specifika och relevanta sökträffar för arbetet som möjligt, vilket författarna ser som en styrka. Det styrks av Polit & Beck (2017) som skriver om att boelanska söktermer används för att få mer specifika träffar. För att undvika att sväva iväg eller få träffar på sådant som ligger nära ämnet men inte besvarar syftet skulle ordet "Anorexia nervosa" eller "eating disorder" finnas med i titeln vilket ses som en styrka. Enligt Polit & Beck (2017) är det fördelaktigt med inklusions- och exklusionskriterier för att urvalet ska begränsas, det har underlättat arbetet eftersom det har sparat oss tid genom att undvika sådant som inte är relevant. De artiklar som ansågs för medicinskt inriktade exkluderades vilket kan ses som en styrka på det sättet att arbetet håller sig till omvårdnad. Samtidigt kan det även ses som en svaghet eftersom det kan vara svårt att avgöra var gränsen för vad som är "för medicinskt" går. Hade för medicinskt inriktade artiklar varit med hade resultatet troligtvis fått en annan riktning och fokus från omvårdnad hade tappats. Något som kan ses som en svaghet är att artiklar där det inte framgick att det utgick från patientens perspektiv i abstract valdes bort, det medför risk att missa artiklar som egentligen har patientperspektivet med i arbetet men inte skrivit det i abstract. Att både relevansbedömning och kvalitetsgranskning har använts ses som en styrka eftersom artiklarna då verkligen är specifikt utvalda till att passa arbetets syfte och därmed bidrar till ett relevant och trovärdigt resultat. Att 14 artiklar föll bort i relevansbedömningen ses som en styrka eftersom det genom bedömningen uppmärksammades att kontexten i dessa artiklar inte var relevant för arbetets syfte. Ingen artikel föll bort i kvalitetsgranskningen vilket betraktas positivt eftersom artiklarna då ansågs vara av tillräckligt god kvalitet för föreliggande studie. Trots att vissa artiklars resultat var *delvis* relevant, eftersom det inte enbart utgick från patientens perspektiv, så ansågs de vara av tillräcklig kvalitet eftersom de delar som utgick från patientperspektivet var relevanta. Något som kan ses som ofördelaktigt är att det kan bli en något subjektiv artikelbedömning eftersom det endast är författarna själva som har granskat och bedömt artiklarna. Det anses fördelaktigt att använda mallar eftersom det betraktas som ett strukturerat bedömningssätt där varje del av artikeln bearbetas och granskas.

Att författarna läste samtliga artiklar individuellt flera gånger och sedan diskuterade, sammanfattade och översatte resultatdelarna tillsammans ses som fördelaktigt. Det styrks av Polit & Beck (2017) som anser att detta är ett bra tillvägagångssätt för att inte arbetet ska bli partiskt. Svåröversatta ord översattes med hjälp av svenskt-engelskt

lexikon vilket ses som en styrka för att undvika att översättningen blir fel. Färgkodningen underlättade för att få bättre struktur och tydligare röd tråd med huvudteman i resultatdelen (Polit & Beck, 2017). Artiklarna som använts i föreliggande studies resultat är publicerade främst i England/Storbritannien samt någon enstaka i USA, Australien, Norge och Sverige. Alla dessa länder har relativt lika socioekonomiska förhållanden. Eftersom de flesta artiklar är från Storbritannien blir resultatet främst utifrån det landets samhälle och sjukvård, det här ser föreliggande författare både som en styrka och svaghet. Styrkan med detta är att Storbritannien är relativt likt Sverige ur ett socioekonomiskt perspektiv men det kan ses som en svaghet att man utgår från svensk sjukvård när man läser studien fast resultatet till störst del egentligen baseras på Storbritannien. Om artiklar publicerade i länder med andra socioekonomiska förhållanden också varit med hade studiens resultat möjligen blivit annorlunda eftersom sjukvård, samhälle och utveckling kan skilja sig mycket länder emellan, framför allt mellan fattigare och rikare länder, vilket hade kunnat bidra till en mer omfattande och nyanserad studie. I artiklarna representeras främst unga vuxna kvinnor (ca 25-årsåldern) vilket inte har varit ett medvetet urval, föreliggande författare har inte avsiktligt valt bort barn/ungdomar som undersökningsgrupp. Resultatet hade möjligtvis kunnat blivit annorlunda om en annan åldersgrupp hade varit representerad i artiklarna. Även om författarna genomgående har strävat efter att inte ta in personliga åsikter så finns det alltid risk att vissa underliggande subjektiva synsätt eller åsikter kommer med. Polit & Beck (2017) redogör för vikten av trovärdig och sanningsenlig tolkning av resultat. Det är en styrka att författarna genomgående har påmint varandra om att inte fabricera, plagiera eller förfalska litteratur samt att författarna strävat efter att inte påverka resultatet på något sätt.

#### **4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad**

Förhoppningen med examensarbetet är att sjuksköterskor ska få en bättre kunskap om hur patienter med anorexia nervosa upplever sjukvården. Sjuksköterskor i det kliniska vårdarbetet får förhoppningsvis en djupare förståelse för hur patienter med anorexia bör behandlas för att få en bättre, eller så bra, vårdupplevelse som möjligt. För att sjuksköterskor ska få en ännu djupare förståelse krävs mer utbildning om patientgruppen inom sjukvården. Vetskapen om hur en patientgrupp upplever vården eller önskar att bli vårdade kan leda till större förståelse och bättre möjlighet till att hjälpa.

#### **4.5 Förslag på fortsatt forskning**

Eftersom den största delen av forskningen om patienter med anorexia och hur de upplever vården är genomförd utanför Sverige så anser författarna att det behövs mer nationell forskning. Om mer forskning genomförs i Sverige kan forskningsresultaten bli mer relevanta för den svenska sjukvården och det svenska samhället. Författarna tror också att det är viktigt att forska mer kring vad anorexia nervosa beror på, utlösande faktorer som till exempel samhällets kroppsideal, för att kunna fokusera mer på förebyggande åtgärder.

#### **4.6 Slutsats**

Även om sjukvårdsupplevelserna av anorexia nervosa var väldigt individuella så har det genom föreliggande arbete framkommit att kunskapen ofta brister i förståelsen kring hur patienterna upplever vården och önskar att bli behandlade. Å andra sidan fanns det de patienter som hade väldigt goda vårdupplevelser, främst på grund av en god relation till sin sjuksköterska. Ökad kunskap och medvetenhet hos oss som nyexaminerade sjuksköterskor behövs för att kunna bidra till att patienterna får bästa möjliga behandling och så goda vårdupplevelser som möjligt.

## 5. Referenslista

\* = artiklar som ingår i resultatet.

Arkhem, H. (2007) *Jätten i spegeln – en bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar*. Damm Förlag, Malmö.

Beumont, PJV & Touyz, SW. (2003) ‘What kind of illness is anorexia nervosa?’, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, p. 1/20-4. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=shib&db=cin20&AN=106701978&site=ehost-live&custid=s3912055>. doi: 10.1007/s00787-003-1103-y

Current nursing (2012). Human-To-Human relationship Model. Joyce Travelbee. [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Joyce\\_Travelbee.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Joyce_Travelbee.html) [2019-01-30].

\*Darcy, AM. Katz, S. Fitzpatrick, KK. Forsberg, S. Utzinger, L. & Lock, J. (2010) All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment’, *European Eating Disorders Review*, 18(4), pp. 260-270. doi: 10.1002/erv.1020

Englenius, S. (2012) *Anorexi – en destruktiv livsstrategi, ett försök att förklara*. Vulkan.

\*Fox, J. R. and Diab, P. (2015) ‘An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study’, *Journal of Health Psychology*, 20(1), pp. 27–36. doi: 10.1177/1359105313497526

\*Gulliksen, K-S., Nordbø, R-HS., Espeset E-MS., Skårderud, F. & Holte, A. (2015) ‘The process of help-seeking in anorexia nervosa: Patients’ perspective of first contact with health services’, *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 23(3), pp. 206–222. doi: 10.1080/10640266.2014.981429

Gümmer, R., Giel, KE., Schag, K., Resmark, G., Junne, FP., Becker, S., Zipfel, S & Teufel, M. (2015) ‘High Levels of Physical Activity in Anorexia Nervosa: A Systematic

Review', *European Eating Disorders Review*, 23(5), pp. 333–344. doi: 10.1002/erv.2377

Hahn School of Nursing and Health Science (2015). <https://tcns.org/>

\*Hannon, J., Eunson, L. and Munro, C. (2017) 'The patient experience of illness, treatment, and change, during intensive community treatment for severe anorexia nervosa', *Eating Disorders*, 25(4), pp. 279–296. doi: 10.1080/10640266.2017.1318626

Jennings, K. M. (2017) 'The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals With Anorexia Nervosa', *Advances in Nursing Science*, 40(4), pp. 370–383. doi: 10.1097/ANS.000000000000175

Kontic, O., Vasiljevic, N., Trisovic, M., Jorga, J. & Lakic, A. (2012) 'Eating Disorders', *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 140(9-10), pp. 673-8. doi: 10.2298/SARH1210673K

Kordnejad Karlsson, C. (2012). Syrén, S & Lützén, K. (red) *Att leva med psykisk ohälsa – ett närståendeperspektiv*. Studentlitteratur AB. Lund, kap.5 ss.75-85.

Kotler, L. A. and Walsh, B. T. (2000) 'Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies', *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, p. 1108.

Available at:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=shib&db=afh&AN=4692132&site=ehost-live&custid=s3912055> (Accessed: 18 December 2018)

\*Long, S., Wallis, D., Leung, N. & Meyer, C. (2012) "'All eyes are on you": Anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes', *Journal of Health Psychology*, 17(3), pp. 419–428. doi: 10.1177/1359105311419270

Meurling, B. (2003). *Varför flickor? Ideal, självbilder och ätstörningar*. Lund: Studentlitteratur.

Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig. Bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Bokförlag DN. Stockholm.

Moreira de Freitas, de Moura, Feitosa, Cavalcante Guedes, de Freitas, de Fátima da Silva & Macêdo Monteiro (2018) 'Nursing Process Based on the Joyce Travelbee Model', *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(12), pp. 3287–3294. doi: 10.5205/1981-8963-v12i12a235051p3287-3294-2018

Nationalencyklopedin, patient.

(u.å) <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/patient> (hämtad 2019-03-07)

\*Pemberton, K and Fox, J.R.E. (2013) 'The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with enorexia nervosa: a qualitative study', *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), pp. 226-238. doi: 10.1002/cpp.794

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Schröder, A. (2012). Syrén, S & Lütznén, K. (red) *Att leva med psykisk ohälsa – ett närstående perspektiv*. Studentlitteratur AB. Lund, kap.11 ss.149-157.

Simpson KJ (2002) 'Anorexia nervosa and culture', *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(1), pp. 65–71. doi: 10.1046/j.1351-0126.2001.00443.x

\*Sly, R. *et al.* (2014) 'Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa', *Eating Disorders*, 22(3), pp. 233–243. doi: 10.1080/10640266.2013.867742

\*Smethurst, L. and Kuss, D. (2018) "'Learning to live your life again": An interpretative phenomenological analysis of weblogs documenting the inside experience of recovering from anorexia nervosa', *Journal of Health Psychology*, 23(10), pp. 1287–1298. doi: 10.1177/1359105316651710

\*Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P-G., Collin, P., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., Papageorgiou, E. & Cook, M. (2016) 'The experience of specialist inpatient

treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives', *Journal of Health of Psychology*, 21(1), pp. 16-17. doi;10.1177/1359105313520336

\*Strand, M. Bulik, C-M. Hausswolff-Juhlin, Y. & Gustafsson, S. (2017) ' Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective', *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), pp. 308-405. doi: 10.1002/eat.22659

Svenska akademiens ordbok (2011). Upplivelse.

[https://www.saob.se/artikel/?seek=upplivelse&pz=1#U\\_U517\\_37750](https://www.saob.se/artikel/?seek=upplivelse&pz=1#U_U517_37750) [2019-01-03].

Vandereycken W (2006) 'Denial of illness in anorexia nervosa -- a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment', *European Eating Disorders Review*, 14(5), pp. 341–351. Available at:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=shib&db=cin20&AN=106140185&site=ehost-live&custid=s3912055> (Accessed: 21 December 2018)

\*Wright, K. M. (2015) 'Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services', *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(6), pp. 431-939. doi: 10.1111/jpm.12198

\*Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. 2013. 'Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective'. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), pp. 2020-2090. doi: 10.1111/jocn.1

## 6. Bilagor

### Bilaga 1: Resultattabell

Författare +publikationsår/studieland	Titel	Design och eventuellt ansats	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Darcy, AM. Katz, S. Fitzpatrick, KK. Forsberg, S. Utzinger, L. & Lock, J. 2010. USA.	All better? How former anorexia nerovsa patients define recovery and engaged in treatment	Deskriptiv design. Kvalitativ.	20 kvinnor som haft anorexia nervosa. medelålder på 29,35 år.	Semi-strukturerade intervjuer.	Tematisk undersökningsanalys.
Fox, J-R. & Diab, P. 2015. England.	An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An Interpretative Pnemomenological Analysis (IPA) study	Anges ej men tolkas som deskriptiv och korrelativ design. Kvalitativ ansats.	Sex kvinnliga deltagare diagnostiserade med Anorexia Nervosa i minst 6 år. Medelålder: 27.	Individuella intervjuer med sex bestämda frågor, varade mellan 60-90 minuter.	Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).
Gulliksen, K-S., Nordbø, R-HS., Espeset E-MS.,	The process of help-seeking in anorexia nervosa:	Deskriptiv design.	34 kvinnor, medelålder (n = 28) som behandlats under senaste två åren.	Individuella semistrukturerde	Tematisk analys.



Skårderud, F. & Holte, A. 2015. Norge.	Patients' perspective of first contact with health services	Kvalitativ ansats.		intervjuer, varade mellan 90-120 min.	
Hannon, J., Eunson, L. & Munro, C. 2017. England.	The patient experience of illness, treatment, and change, during intensive community treatment for severe anorexia nervosa	Korrelativ design. Kvalitativ ansats.	Fem deltagare diagnostiserade med Anorexia Nervosa. Kvinnor mellan 23-30 år.	Semistrukturerade intervjuer, varade mellan 45-70 minuter.	Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).
Long, S., Wallis, D., Leung, N. & Meyer, C. 2012. England.	"All eyes are on you": Anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes	Kvalitativ ansats.	12 kvinnliga deltagare. Medelålder (n = 22).	Individuella semistrukturerade intervjuer, varade upp till 60 min.	Tematisk analys.
Pemberton, K and Fox, J.R.E. 2013. England.	'The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with enorexia nervosa: a qualitative study'	Korrelativ design. Kvalitativ analys.	8 patienter med Anorexia Nervosa. 7 kvinnor och 1 man. 7 av deltagarna var under 25 år.	Semi strukturerade intervjuer.	Kvalitativ tolkningsfenomenologisk analys.
Sly, R., Morgan, J-F., Mountford, V-A., Sawyer, F., Evans, C. & Lacey, J-H. 2014. England.	Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa	Korrelativ design. Kvalitativ ansats.	8 kvinnliga deltagare som behandlades på sjukhus för Anorexia Nervosa.	Semistrukturerade intervjuer, varade i 50 min.	Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).

Smethurst, L. & Kuss, D. 2018. England.	Learning to live your life again”: An interpretative phenomenological analysis of weblogs documenting the inside experience of recovering from anorexia nervosa	Korrelativ design. Kvalitativ ansats.	Kvinnor (n = 7), män (n = 1). Publicerat sin återhämningsprocess på offentliga webblogger mellan 2013-2015. Medelålder (n = 23.9).	Datinsamlning från webblogger mellan april-juni 2015.	Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).
Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P-G., Collin, P., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., Papageorgiou, E. & Cook, M. 2016. Storbritannien.	The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives	Korrelativ design. Kvalitativ ansats.	21 vuxna kvinnor med diagnosen Anorexia Nervosa. Pilotintervju.	Semi-strukturerade intervjuer.	Induktiv och realistisk version av tematisk analys (TA).
Strand, M. Cynthia, M. Hausswolff-Juhlin, Y. Gustafsson, S. 2017. Sverige.	Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective	Deskriptiv design. Kvalitativ ansats.	16 vuxna deltagare med Anorexia Nervosa. 15 kvinnor och 1 man. Medelålder 31 år.	Intervjuades under 6 mån. Ansikte mot ansikte.	Kvalitativ innehållsanalys.
Wright, K. M. 2015. Storbritannien.	'Maternalism: a healthy alliance for recovery and transition in eating disorder services'	Korrelativ design. Kvalitativ ansats.	12 kvinnor med Anorexia Nervosa och 13 vårdpersonal.	Semi strukturerade intervjuer.	Tematisk analys.
Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. 2013. Australien.	Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective	Korrelativ design. Kvalitativ analys.	8 tonåringar (12-18 år) som var inlagda på en ungdomsätstörningsenhet.	Semi-strukturerade intervjuer.	Tematisk innehållsanalys.

**Bilaga 2: Artikelinformation**

<b>Författare</b>	<b>Syfte</b>	<b>Resultat</b>
Darcy, AM. Katz, S. Fitzpatrick, KK. Forsberg, S. Uttinger, L. & Lock, J. 2010. USA.	Syftet med studien var att undersöka hur individer med anorexia nervosa engagerar sig i behandlingen och återhämtningen.	Samband med självbestämmande teori om motivation, patienter ska vara delaktiga kring målen om återhämtning kring deras behandling.
Fox, J-R. & Diab, P. 2015. England.	Syftet var att ta reda på vilka erfarenheter/upplevelser patienter på två olika ätstörningsenheter hade av att leva med kronisk Anorexia Nervosa.	Det framkom fem övergripande teman vilka var: 1. Sjukdomsinsikt/att förstå sjukdomen, 2. Upplevelser av behandling/matning, 3. Personliga relationer (undertema – relationer till vårdpersonal), 4. Att kämpa med anorexia nervosa och 5. Personal som inte är stöttar.
Gulliksen, K-S., Nordbø, R-HS., Espeset E-MS., Skårderud, F. & Holte, A. 2015. Norge.	Syftet var att, utifrån patientens perspektiv, undersöka omständigheter, reflektioner och reaktioner av upplevelsen av första behandlingskontakten för kvinnor diagnostiserade med anorexia nervosa.	I resultatet framkom tre huvudsakliga teman kopplade till det bestämda syftet. 1. Omständigheter, 2. Reflektioner och 3. Reaktioner. Samtliga teman hade även flertalet underteman.
Hannon, J., Eunson, L. & Munro, C. 2017. England.	Syftet var att undersöka erfarenheter/upplevelser av behandling, sjukdom och förändring hos patienter med anorexia nervosa. Särskilt fokus låg på att förstå involverade processer i förändring och oförmåga till förändring.	Sex övergripande teman identifierades: 1. Erfarenhet av behandling, 2. Anorexiafunktioner, 3. Självkritik kontra självacceptans, 4. Isolering kontra kontakt, 5. Hopplöshet kontra hopp och 6. Oföränderlig kontra förändring.
Long, S., Wallis, D., Leung, N. & Meyer, C. 2012. England.	Syftet var att undersöka patienters upplevelser av måltider på ätstörningsenheter.	Tre huvudteman identifierades: 1. Måltidsleverans, 2. Individuella utfall och 3. Karaktäristiska måltider. Samtliga huvudteman innehöll mer specifika underteman.

Pemberton, K and Fox, J.R.E. 2013. England.	Syftet med studien va att förstå faktorer som var viktiga i emotionell hantering och vård av personer med ätstörning på en vårdavdelning.	I resultatet kom det fram två teman: ”svårighet med känslor” och ”förutsägbarhet och omsorg”.
Sly, R., Morgan, J-F., Mountford, V-A., Sawyer, F., Evans, C. & Lacey, J-H. 2014. England.	Syftet var att undersöka erfarenheter av att utveckla terapeutisk allians vid behandling av anorexia nervosa.	Fyra huvudteman identifierades: 1. Allians som en nyckelerfarenhet, 2. Aktiv, inte passiv, 3. Tabu och 4. Första intryck räknas.
Smethurst, L. & Kuss, D. 2018. England.	Syftet var att utforska återhämtningsprocessen av anorexia nervosa med fokus på underlättande eller försvårade faktorer i processen.	Tre övergripande teman identifierades: 1. Hinder för tillfrisknande, 2. Underlättande faktorer för tillfrisknande och 3. Stöd. Underlättande faktorer var stöttande relationer, återfå kontrollen och att se konsekvenserna av anorexian. Försvårade faktorer var ”anorexiarösten” och tid.
Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P-G., Collin, P., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., Papageorgiou, E. & Cook, M. 2016. Storbritannien.	Syftet med studie var att undersöka kvinnor med anorexia nervosa och deras erfarenhet efter genomgått specialist behandling inom slutenvård.	Resultatet blev att patienterna upplever en förändring i personlig kontroll och känsla av självidentitet efter behandling.
Strand, M. Bulik, C-M. Hausswolff-Juhlin, Y. & Gustafsson, S. 2017. Svergie.	Syftet med studie var att undersöka patienterna när dom deltog i en självintagsprogram på en specialistklinik för ätstörning.	Patienterna använde programmet för att få en hälsosammare beteende, minska försämring, minska behovet för mindre vistelse på sjukhus och för att få en paus från samhällets krav.
Wright, K. M. 2015. Storbritannien.	Syftet är att ta reda på hur den terapeutiska relationen upplevs mellan sjukvårdpersonal och kvinnor med anorexia nervosa.	Att man kan jämföra relationen mellan vårdpersonal och kvinnor med anorexia nervosa med en moder-dotterförhållande och att det var i linje med en professionell omvårdnad.

Zugai, J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. 2013. Australien.	Syftet är att fastställa hur sjuksköterskor säkerställer viktökning och en positiv upplevelse av behandlingen på slutenvården av tonåringar med anorexia nervosa.	Sjuksköterskor sågs mycket inflytelserika för patienterna. Studien resulterade i tre teman: säkerställning av viktökning, upprätthållande av en terapeutisk miljö och omvårdnadsförhållandet.
--	---	---

**Bilaga 3: Relevansmall**

Artikelförfattare och publiceringsår				
		Ja	Delvis	Nej
1.	Är det fenomen (d.v.s. det som studeras) som studeras i granskad studie relevant i förhållande till det aktuella syftet*?			
2	Är de deltagare som ingår i granskad studie relevanta i förhållande till det aktuella syftet*?			
3.	Är det sammanhang (kontext) som studeras i granskad studie relevant i förhållande till det aktuella syftet*?			
4.	Är granskad studies ansats och design studie relevant i förhållande till det aktuella syftet*?			
5.	Sammanvägd bedömning: bör granskad studie inkluderas för kvalitetsgranskning i den aktuella studien**?			

\* Med detta menas syftet med er litteraturstudie.

\*\* Med detta menas er litteraturstudie.

**Bilaga 4:** Mall för kvalitetsgranskning

		<b>Ja</b> , med motiveringen att...	<b>Delvis</b> , med motiveringen att...	<b>Nej</b> , med motiveringen att...	<b>Går ej att bedöma</b> , med motiveringen att...
<b>Syfte</b>					
1.	Är den granskade studiens syfte tydligt formulerat?				
<b>Metod</b>					
2.	Är designen lämplig utifrån studiens syfte?				
3.	Är metodavsnittet tydligt beskrivet?				
4.	Är deltagarna relevanta i förhållande till studiens syfte?				
5.	Är inklusionskriterier och eventuella exklusionskriterier beskrivna?				
6.	Är det sammanhang (kontext) i vilket forskningen genomförs beskrivet?				

7.	Är metoden för datainsamling relevant?				
8.	Är analysmetoden redovisad och tydligt beskriven?				
9.	Görs relevanta etiska reflektioner?				
<b>Resultat</b>					
10.	Är det resultat som redovisas tydligt och relevant i förhållande till studiens syfte?				
<b>Diskussion</b>					
11.	Diskuteras den kliniska betydelse som studiens resultat kan ha?				
12.	Finns en kritisk diskussion om den använda metoden och genomförandet av studien?				
13.	Är trovärdighetsaspekter för studien diskuterade?				



--	--	--	--	--	--