



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors upplevelser & erfarenheter av att arbeta med omvårdnad kring patienter med ätstörningar.

En litteraturstudie

Sofia Carlsson & Evelina Johansson

2014

Examensarbete, Grundnivå (högskoleexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Gunilla Lindström
Examinator: Josefin Westerberg Jacobsson

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av omvårdnadsarbetet kring patienter med ätstörningar. Litteraturstudien kommer även bestå av en granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod.

Metod: En litteraturstudie med kvantitativa och kvalitativa artiklar publicerade mellan 2004 och 2014. Artiklarna söktes i databaserna PubMed, Cinahl och Discovery. Resultatet till föreliggande litteraturstudie baserades på 12 artiklar.

Resultat: Sjuksköterskor upplevde att de var tvungna ta över patienternas kontroll och på grund av det kände sjuksköterskorna att patienterna var manipulerande. Upplevelser av att patienterna hade sig själv att skylla och att det var deras eget fel att de hade ätstörningar uppfattades också av vissa sjuksköterskor. Vissa sjuksköterskor upplevde även att de fick vidta en mammaroll kring omvårdnaden bland dessa patienter. Sjuksköterskor upplevde att behandlingen kring patienter med ätstörningar var en utmaning och känslor som frustration uppkom. Sjuksköterskorna kände också att de inte kunde hjälpa patienterna tillräckligt på grund av utbildning- och kompetensbrist samt resursbrist. Den terapeutiska relationen var en grund för att förstå patientens psykiska ohälsa. Viktiga egenskaper för sjuksköterskan att ha var acceptans, hopp, empati och förståelse. Erfarenheter att föräldrarna skulle vara delaktiga i vården kom fram i föreliggande litteraturstudie.

Slutsats: Föreliggande litteraturstudie visade sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att arbeta med omvårdnad kring patienter med ätstörningar. Vikten av en terapeutisk relation mellan patient och sjuksköterska poängterades eftersom det underlättade individens tillfrisknande. Sjuksköterskor bör se till hela patienten, både psykiskt, fysiskt och socialt, eftersom ätstörningar påverkar individernas livskvalitet. Den största utmaningen sjuksköterskor upplevde var kunskaps- och resursbrist.

Nyckelord: Ätstörningar, sjuksköterskor, omvårdnad, upplevelser och erfarenheter.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to describe the experiences and perceptions of nurses' work on patients with eating disorders. The literature study will also consist of an examination of the data collection method of the articles.

Method: A literature study with articles published between 2004 and 2014. The articles were sought and found in the following databases: PubMed, Cinahl and Discovery. The results of the present study were based on 12 articles.

Result: Nurses felt that they were forced to take over the patient's control and because of that the nurses experience the patients as manipulative. Experiences about patients had their self to blame and it was the patient's own fault that they had eating disorder behaviors was also regarded by some nurses. Some nurses felt that they had to take a mother's role on the nursing care among these patients. Nurses also experience the treatment was a challenge at these patients and feelings of frustration occurred. Because of the lack of education, knowledge and resources the nurses also felt that they could not help the patients enough. The therapeutic relationship was a basis for understanding the mental illness among the patients. Among the nurses qualities like have the acceptance, hope, empathy and understanding was important.

Conclusion: The literature study showed nurses' experiences of working with nursing care among patients with eating disorders. The importance of a therapeutic relationship between patient and nurse is pointed because that improves the patients' recovery. Eating disorder affects patient's quality of life, and therefore should the nurses see the whole person, both mentally, physically and socially. The biggest challenge nurses experienced was lack of knowledge and resources.

Keywords: Eating disorders , nurses, nursing, perceptions and experiences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sidnummer

1. INTRODUKTION	1
1.1 Förekomst	1
1.2 Ätstörningar	1
1.2.1 Anorexia Nervosa (AN)	2
1.2.2 Bulimia Nervosa (BN)	2
1.2.3 Atypiska ätstörningar (UNS)	2
1.2.4 Body Mass Index (BMI)	3
1.3 Faktorer och orsaker	3
1.3.1 Fysiskt, psykiskt och socialt	3
1.3.2 Mammornas roll	3
1.3.3 Massmedians roll	4
1.4 Hälsorisker med ätstörningar	4
1.4.1 Allmänt	4
1.4.2 Undernäring	4
1.4.3 Vätske- och elektrolytrubbningar - uttorkning	4
1.4.4 Hjärt- och kärlproblem	5
1.4.5 Funktionsnedsättning i endokrina organ	5
1.4.6 Låg bentäthet, muskelstyrka och tillväxthämning	5
1.4.7 Andra sjukdomar	6
1.5 Omvårdnadsteori – Hildegard E. Peplau	6
1.6 Sjuksköterskans ansvar	7
1.7 Problemformulering	7
1.8 Syfte	8
1.9 Frågeställningar	8
2. METOD	8
2.1 Design	8
2.2 Databaser	8
2.3 Sökord	8
2.4 Sökstrategier	8
2.5 Utfall av sökning i databas	9
2.6 Urvalskriterier	9
2.7 Valda källor	10
2.8 Dataanalys	10
2.9 Forskningsetiska överväganden	11
3. RESULTAT	11
3.1 Sjuksköterskans upplevelser	12
3.1.1 Ta kontroll	12
3.1.2 Manipulation	13
3.1.3 Självförfallat	13

3.1.4 Mamaroll	14
3.1.5 Sjuksköterskans känslor av att bemöta patienter med ätstörningar	14
3.2 Sjuksköterskans erfarenheter	15
3.2.1 Kunskapsbrist och frustration	15
3.2.2 Tids- och resursbrist	16
3.2.3 Terapeutisk relation	16
3.2.4 Viktiga egenskaper för sjuksköterskan	17
3.3 Kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod	18
3.3.1 Datainsamlingsmetod	18
3.3.2 Intervjuer	18
3.3.3 Fokusgrupper	19
3.3.4 Enkäter	19
4. DISKUSSION	20
4.1 Huvudresultat	20
4.2 Resultatdiskussion	20
4.2.1 Ta kontroll	20
4.2.2 Manipulation	21
4.2.3 Självförfållat	21
4.2.4 Mamaroll	21
4.2.5 Sjuksköterskans känslor av att bemöta patienter med ätstörningar	22
4.2.6 Kunskapsbrist och frustration	22
4.2.7 Resursbrist	23
4.2.8 Terapeutisk relation	23
4.2.9 Viktiga egenskaper för sjuksköterskan	24
4.3 Kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod	24
4.3.1 Intervjuer	24
4.3.1.1 Allmänt	24
4.3.1.2 Felkällor	25
4.3.1.3 Intervjuform	25
4.3.2 Fokusgrupper	26
4.3.3 Enkäter	26
4.4 Metoddiskussion	27
4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning	28
4.6 Slutsats	29

REFERENSLISTA

BILAGA 1. Tabell 2.

BILAGA 2. Tabell 3.

1. Introduktion

1.1 Förekomst

Enligt Clinton och Norring (2009) finns det tre olika sorters ätstörningar: bulimia nervosa (BN), anorexia nervosa (AN) och atypiska störningar. Atypiska störningar kallas även för UNS, ätstörning utan närmare specifikation (Clinton & Norring 2009). Kön fördelningen var ojämn hos patienterna med ätstörning vilket innebar att det var vanligare bland tjejer i tonåren och hos unga kvinnor där felaktig kroppsuppfattning var vanligt (Goncalves Jde et al. 2013, Lin et al. 2013). Av patienterna med AN var 90 % kvinnor. Det var svårare att bevisa procentuella skillnader för könen kring BN och UNS (Eriksson & Carlsson 2001). I en portugisisk studie av Goncalves et al. (2012) antydde det dock att det inte fanns något samband mellan kön och individernas felaktiga kroppsuppfattning (Goncalves et al. 2012), vilket då motsades Goncalves Jdes et al. (2013) studier. Goncalves et al. (2012) studie sade även att en orsak till felaktig kroppsuppfattning var högt BMI, vilket också sågs hos båda könen. De yngre kvinnorna med ätstörningar var ofta idrottare, balettstudenter eller modeller. 0,5-1 % av unga kvinnor hade AN och 0,9-4,1 % av unga kvinnor hade BN. Ytterligare 5-13 % unga kvinnor hade UNS (WHO 2004a). Även Goncalves Jde et al. (2013) studie byggde på att UNS hade större prevalens idag än AN och BN. Debut för AN började kring åldrarna 15-19 år och vid övergången från tonåren till vuxen debuterade oftast BN (Hoek & van Hoeken 2003). Under de senaste 50 åren har ätstörningar ökat i utvecklingsländer runt om i världen. Ätstörningar kom på tredje plats för vanligaste kroniska tillståndet hos unga tjejer i USA, efter fetma och astma (WHO 2004a).

1.2 Ätstörningar

Enligt studier av Eriksson och Carlsson (2001) samt Weichselbaum och Buttriss (2011) kännetecknas en ätstörning av en fobi, en rädsla för att gå upp i vikt (Eriksson & Carlsson 2001, Weichselbaum & Buttriss 2011). Vidare beskrev Eriksson och Carlsson (2001) i en studie att ätstörningar leder till att patienterna får en allvarlig och felaktig kroppsuppfattning och kroppsidetitet (Eriksson & Carlsson 2001). Enligt NE (2014a) resulterar ätstörningar vanligtvis i "undervikt" men patienter med ätstörning kan även vara "normalviktig" eller "överviktig" (NE 2014a). För klassificering av "undervikt", "normalvikt" samt "övervikt", se tabell 1.

1.2.1 Anorexia Nervosa (AN)

AN är en sjukdom med extrem viktminskning genom matvägran, självsvalt. Självsvalten väcks ofta av en rädsla för fetma och oro över kroppsform- och storlek. Patienterna försöker kontrollera vikten genom att äta väldigt lite, träna extremt mycket, framkalla kräkning eller använda laxerande läkemedel (Weichselbaum & Buttriss 2011). Patienterna anser att de är för tjocka och påbörjar därför bantning för att nå viktminskning. När bantningen övergår till självsvalt har anorektiker en felaktig kroppsuppfattning och det har gått väldigt långt. Detta gör det svårare för patienten att börja äta igen. Symboliskt för anorektiker är ett ständigt förnekande och en dålig förståelse för situationen (NE 2014b).

1.2.2 Bulimia Nervosa (BN)

BN innebär att patienterna äter stora mängder på en väldigt kort tid, hetsätning (Weichselbaum & Buttriss 2011). BN utvecklas också efter missnöje över kroppsutseende och misslyckade bantningsförsök. Hetsätningen sker i avsaknad av sällskap och i hemlighet, samt att det lindrar de känslomässiga störningarna för stunden. Efter hetsätningen uppstår negativa känslor hos bulimikern, exempelvis illamående, skuld känslor, en känsla av äcklighet och en känsla av otillräcklighet (NE 2014c). Vanligtvis brukar bulimiker framkalla kräkningar efter hetsätning då ångesten över alla intagna kalorier har kommit. Även Laxerande medel, diuretika, överdriven motion eller fasta är alternativa åtgärder för bulimiker när ångesten efter hetsätning blir för stor (Weichselbaum & Buttriss 2011). NE (2014c) poängterar att även långa bastubad är alternativa åtgärder för bulimikerna. Ibland kan BN vara en kombination av omväxlande hetsätning och självsvalt (NE 2014c).

1.2.3 Atypiska ätstörningar (UNS)

UNS innebär att patienten har symtom för både AN och BN eller antingen AN eller BN. Symtomen är dock otillräckligt många eller inte tillräckligt tydliga för att patienten enbart ska få den ena eller den andra diagnosen (Clinton & Norring 2009). Vid diagnosen för UNS har sjukdomsförloppet inte gått så pass långt att exempelvis menstruationen har försvunnit, vilket den kan göra vid AN (Clinton & Norring 2009, Goyal et al. 2012). Ett annat exempel är att patienten inte hetsäter tillräckligt ofta, vilket individerna med BN kan göra (Clinton & Norring 2009).

1.2.4 Body Mass Index (BMI)

Body Mass Index (BMI) är ett mätinstrument för att med ett grovt mått klassificera undervikt, övervikt och fetma. BMI är användbart för mätning av kroppsvikt hos både vuxna och barn. Uträkningen av BMI görs genom att dividera kroppsvikten i kilogram med kroppslängden i meter². BMI uttrycks i kg/m² (WHO 2014b). WHO:s (2014b) gränser för vad som är undervikt, normalvikt samt övervikt beskrivs i tabell 1.

Tabell 1. Body Mass Index (BMI) klassifikation.

Klassifikation	BMI (kg/m ²)
Svår undervikt	<16
Undervikt	<18.50
Normalvikt	18.50-24.99
Övervikt	>25
Fetma	>30

(WHO 2014b).

1.3 Faktorer och orsaker

1.3.3 Fysiskt, psykiskt och socialt

Faktorer, vilka kunde påverka patienter med ätstörningar var ohälsosam bantning, övervikt, oro och kroppsmisnöje samt familj-och sociala faktorer. Även fysiska och sexuella övergrepp, mobbning och svårigheter att hantera stress och konflikter var också riskfaktorer, vilka kunde leda till ätstörningar (WHO 2004a). Tonåringar med ätstörningsbeteenden hade vissa gemensamma orsaker vilka ökade risken till beteendena, en tidig och avancerad pubertetsutveckling (Baker et al. 2012). Överdriven motionen kopplades ihop med en mer avancerad grad av ätstörningsbeteenden, detta var förknippat med ångest, envishet och perfektionism (Schroff et al. 2006).

1.3.2 Mammornas roll

En orsak till den felaktiga kroppsuppfattningen hos unga kvinnor var deras mammor (Goncalves et al. 2012). Goncalves et al. (2012) visade i en studie att om mammorna bantade ledde detta ofta till oro och att döttrarna började banta och kunde få annorlunda ätbeteenden. Barn imiterade mammornas begränsningar och beteenden kring kosten. Självkänslan hos ungdomar mellan 11-12 år påverkades också av mammans kommentarer kring egna vikten och utseendet. Mammor med oro över sin egen vikt hade också oftast döttrar, vilka var oroliga när det gäller kroppsvikt (Goncalves et al. 2012).

1.3.3 Massmedians roll

Enligt Mazzeo och Buliks (2009) studie var reklam, gjord av dagens massmedia, en riskfaktor för att utveckla ätstörningar. Västvärlden gjorde reklam för hur en kvinnlig kropp skulle se ut för att vara idealisk, vilket kunde påverka unga kvinnor att vilja banta och träna extra mycket (Mazzeo & Bulik 2009). Enligt Strasburger et al. (2010) var dagens samhälle med media i förgrunden mer fokuserat på utseendet, däribland vikt, mat och träning, vilket hade en stor inverkan på dagens unga kvinnor. Unga kvinnor, vilka ständigt följde utseendefixeringar i media löpte ökad risk för att få en felaktig kroppsuppfattning. Detta kunde leda till någon form av ätstörning (Strasburger et al. 2010).

1.4 Hälsorisker med ätstörningar

1.4.1 Allmänt

Patienter med BN har ofta normal kroppsvikt och bulimiker drabbas därför mest av trötthet, förstoppning, buksmärta, uppkördhet, tillfällig svullnad i händer och fötter samt oregelbunden menstruation. Kräkningarna kan leda till nedbrytning av tänderna och laxerande medel kan påverka hjärtat. De patienter med UNS kan uppleva samma fysiska och psykiska konsekvenser, vilka anorektiker och bulimiker upplever (Weichselbaum & Buttriss 2011). Med tiden kan komplikationer komma bli irreversibla, exempelvis tillväxthämning, strukturella förändringar i hjärnan och låg bentäthet. Vid ätstörningar kan även hudförändringar ses, exempelvis torr och fjällande hud, en gul missfärgning samt även hår- och nagelförändringar kan påvisas (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010).

1.4.2 Undernäring

Undernäring beror på ett underskott av energi och efter ett tag klarar inte kroppen av att kompensera för underskottet vilket då leder till minskad ämnesomsättning, minskad kroppstemperatur och nästan alla organsystem påverkas. Vid avmagring, viktminskning och användande av laxerande medel kan eventuellt vätske- och elektrolytrubbningar (uttorkning) ske (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010).

1.4.3 Vätske- och elektrolytrubbningar - uttorkning

Uttorkning kan ses bland denna patientgrupp. På grund av den kroniska uttorkningen och kroppens försök till att spara vatten kan detta leda till hypokalemi (låga halter av kaliumjoner

i blodet). Underskott av kaliumjoner i kroppen kan öka risken för rubbningar i hjärtrytm (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010).

1.4.4 Hjärt- och kärlproblem

Blodtrycksförändringar, pulsförändringar, långsam hjärtrytm samt blåroda missfärgningar på bland annat händer, fötter, tår, näsa eller öronsnibbar är vanliga tecken på hjärt- och kärlproblem, vilka kan uppkomma hos patienter med ätstörningar (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010).

1.4.5 Funktionsnedsättning i endokrina organ

Brist på sköldkörtelhormon, hypotyreos, är ett tillstånd, vilket också kan uppkomma då det sker sköldkörtelrubbningar i kroppen och patienterna får då bland annat en försämrad ämnesomsättning med minskad aptit (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010). Vid AN kan utsöndringen av follikelstimulerande hormon (FSH) och luteiniserande hormon (LH) minskas (Kim et al. 2013). FSH producerar östrogen och östrogenet påverkar LH till att starta ägglossningsprocessen. När FSH minskas drabbas östrogenet, vilket bidrar till låga nivåer av LH. Detta hindrar ägglossningsprocessen. Vid utebliven ägglossning sker ingen menstruation (Borgfeldt et al. 2010). Vid utebliven menstruation (amenorré) har individen också ökad risk för låg bentäthet och benskörhet (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010). Bland barn och ungdomar kan även pubertal fördröjning påvisas. Detta beror dels på den onormala sköldkörtelfunktionen, den onormala binjurefunktionen och låga nivåer av könshormoner. Hos barn och ungdomar kan detta leda till permanenta problem (Weichselbaum & Buttriss 2011).

1.4.6 Låg bentäthet, muskelstyrka och tillväxthämning

Tillväxthämning och kortväxthet kan ses bland patienter med ätstörningar. AN bidrar till att muskelstyrkan försvagas, men även benstyrkan påverkas negativt. Hos barn och ungdomar kan AN även leda till tillväxthämning (Weichselbaum & Buttriss 2011). Den låga bentätheten kan vara oroande eftersom den ökar risken för frakturer och kan vara irreversibel (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010). Låg bentäthet leder också till ökad risk för klyvning av skelettben och benskörhet (Kim et al. 2013). Den låga bentätheten beror bland annat på bristen av könshormonerna östrogen och/eller testosteron,

kalciump- och vitamin D brist samt minskad muskelmassa (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010).

1.4.7 Andra sjukdomar

Ätstörningar kan leda till en ökad chans för andra sjukdomar, exempelvis inflammatorisk tarmsjukdom, glutenallergi, infektionssjukdomar, kroniska infektioner, diabetes, tvångssyndrom, ångest och ökad risk för malignitet (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010).

1.5 Omvårdnadsteori – Hildegard E. Peplau

Peplau var enligt många modern för omvårdnaden inom psykiatrin eftersom hon blandade teori och kliniskt arbete (Gastmans 1998, Pokorny 2009). Teorin byggde på en mellanmänsklig relation mellan patient och dess vårdare för utövandet av omvårdnad (Pokorny 2009). Peplaus teori syftade att betona behovet av att relationen mellan sjuksköterska och patient skulle vara ett partnerskap och inte en relation där patienten bara fick behandling av sjuksköterskan (Gastmans 1998, Pokorny 2009). Med teorin, där den mänskliga relationen låg i fokus, vägledde Peplau omvårdnaden specifikt av patienter med beteende- och personlighetstörningar. Peplaus teori var särskilt tillämpbar för sjuksköterskors relationer till patienter och belyste hur viktigt det var för relationen mellan sjuksköterskor och patienter, att det bildades en ”terapeutisk interpersonell process” (Pokorny 2009). Vidare beskrev Pokorny (2009) att Peplau betonade vikten av en mänsklig relation mellan sjuksköterska och patient, att den låg till grund för hur en god omvårdnad skulle utföras. I teorin betonas det även hur viktigt det var att sjuksköterskor hade en förmåga att förstå sitt eget beteende så att de på så sätt kunde hjälpa patienter att urskilja svårigheter. Den mellanmänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient, skulle skapa en gemensam erfarenhet och på så vis skapa en god omvårdnad. Sjuksköterskors uppgifter var att observera, beskriva, formulera, tolka, validera samt ingripa. Exempelvis att en sjuksköterska lyssnade på dess patients berättelser och genom det, skapade en helhetsbild av patientens situation. Sjuksköterskan validerade sedan de slutsatser, vilka tagits genom att stämna av med patienten. Detta för att få en bekräftelse på att de tagna slutsatserna stämde med patientens berättelse. Peplaus teori har haft en betydande roll för all vårdpersonal för att utveckla en mer finare och terapeutisk omvårdnadsåtgärd (Pokorny 2009).

1.6 Sjuksköterskans ansvar

International council of nurses (ICN) etiska kod (2007) säger att sjuksköterskor ska behandla alla individer med respekt oavsett ålder, hudfärg, kön, sexuell läggning, kultur, sjukdom, politiskt åsikt och etnisk tillhörighet. Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande är fyra grundpelare i sjuksköterskors arbete. Det är också viktigt att sjuksköterskan på ett konfidentiellt sätt hanterar information från patienterna och använder en god omdömesförmåga när informationen delges till andra individer (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor 2007). I sjuksköterskans dagliga arbete påträffas individer, vilka var i jobbiga och utsatta situationer. I mötena med dessa individer är det viktigt med vilket förhållningssätt sjuksköterskan använder eftersom det påverkar individens potential till tillfrisknande och upplevelser av vården (Svensksjuksköterskeförening 2008). Socialstyrelsen (2012) beskriver vidare att kärnan inom hälso- och sjukvården är mötet mellan vårdpersonal och patient. Tillsammans med patienten beslutas vårdbehov, diagnostik, behandling och rehabilitering (Socialstyrelsen 2012). Vidare beskriver socialstyrelsen (2012) också att den enskilda individen känner sin kropp bäst och ingen annan kan eller ska ta ifrån individerna deras egen uppfattning av deras ohälsa. För att ge information om förståelse, insikt om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökningar och behandling krävs det att informationen är individanpassad. Sjuksköterskan ska göra individen delaktig i deras egen vård (Socialstyrelsen 2012).

1.7 Problemformulering

Ätstörningar innebär att patienterna får en allvarlig och felaktig kroppsuppfattning och kroppsidentitet. En del sjuksköterskor träffar dessa patienter mer ofta än andra sjuksköterskor och på grund av detta och den pågående ökningen samt mörkertalet av ätstörningar är det viktigt med ny forskning och god kunskap kring denna ohälsa. Tidigare forskning visade hur patienter med ätstörningar och dess föräldrar upplevde att de blev bemötta av sjuksköterskor i vården. Dagens media fokuserar allt mer på utseendet och stor vikt läggs på mat, träning och kroppsvikt. Detta kan hjälpa till att påverka de unga kvinnorna i samhället till att få en felaktig kroppsuppfattning (Strasburger et al. 2010). Antalet patienter med ätstörningar blir allt vanligare i världen och i USA är ätstörningar den tredje vanligaste kroniska tillståndet bland unga tjejer (WHO 2004a). Utifrån detta vill författarna med föreliggande litteraturstudie undersöka, och därmed öka kunskapen om, vilka erfarenheter och upplevelser sjuksköterskor har av att bemöta patienter med ätstörningar.

1.8 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av omvårdnadsarbetet kring patienter med ätstörningar. Litteraturstudien kommer även bestå av en granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod.

1.9 Frågeställningar

- Vilka upplevelser har sjuksköterskor av att arbeta med omvårdnaden kring patienter med ätstörningar?
- Vilka erfarenheter har sjuksköterskor av att arbeta med omvårdnaden kring patienter med ätstörningar?
- Vilken betydelse har den metodologiska aspekten datainsamlingsmetod i studierna i de valda artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Litteraturstudie med en deskriptiv design (Polit & Beck 2012).

2.2 Databas

I studien användes databaserna Discovery, PubMed och Cinahl. Forsberg och Wengström (2013) beskriver att Cinahl och PubMed är orienterade till omvårdnadsforskning, vilket är en bidragande faktor till användandet (Forsberg & Wengström 2013). Detta eftersom att omvårdnaden står i fokus i föreliggande litteraturstudie.

2.3 Sökord

Eating disorder, nursing care, nurse, experiences, nurses experiences nursing experiences, nurse-patient-relationship, nursing staff attitudes, treatment, nurse* och nurses perspective.

2.4 Sökstrategier

Innan sökningarna påbörjades träffade författarna till föreliggande litteraturstudie en bibliotekarie från biblioteket på Högskolan i Gävle för att få ut så mycket som möjligt av databassökningarna och bibliotekarier har bra kunskap om olika databaser och dess struktur (Forsberg & Wengström 2013). Svenska MeSH användes för att få hjälp med att hitta nyckelord till artiklarna i databasen PubMed (Polit & Beck 2012). I föreliggande

litteraturstudie hittades ett nyckelord från Svenska MeSH: Eating disorder. I de två andra databaserna användes egna nyckelord för att hitta artiklar. Sökningarna i databaserna började med att författarna använde grundläggande nyckelord vilka var relevanta för syfte och frågeställningar. Sedan smalnades sökningarna av för att få ett relevant antal artiklar för litteraturstudien. Avsmalningen gjordes genom begränsningar med vissa egenskaper. Endast tidskrifter med peer review och abstract användes och även artiklar från 2004 till idag smalnade av sökningen (Polit & Beck 2012). Den booleanska söktermen ”AND” användes också för att smalna av sökningarna. Även trunkering, genom ett asteriskt tecken (*), användes för att inte missa vissa ändelser av nyckelordet (Forsberg & Wengström 2013). Resultatet av artikelsökningen presenteras i tabell 2.

2.5 Utfall av sökning i databas

En översikt av sökord, utfall och antal valda artiklar per sökning visas i Tabell 2.

Tabell 2. *Träffar i databaser*

Databas	Söktermer	Antal träffar	Bortfall	Valda källor
Discovery	”Eating disorder” AND ”Nursing care” AND ”Nurse” AND ”experiences”	40	Se bilaga 1. Flödesschema.	2
Discovery	”Eating disorder” AND ”Nurse-patient-relationship”	9	Se bilaga 1. Flödesschema.	1
Discovery	”Eating disorder” AND ”Treatment” AND ”Nurse*”	202	Se bilaga 1. Flödesschema.	4
PubMed	”Eating disorder” AND ”Nursing staff attitudes”	12	Se bilaga 1. Flödesschema.	1
PubMed	”Eating disorder” AND ”nursing experiences”	35	Se bilaga 1. Flödesschema.	2
Cinahl	”Eating disorder” AND ”Nursing care”	15	Se bilaga 1. Flödesschema.	2
Total:		313		12

2.6 Urvalskriterier

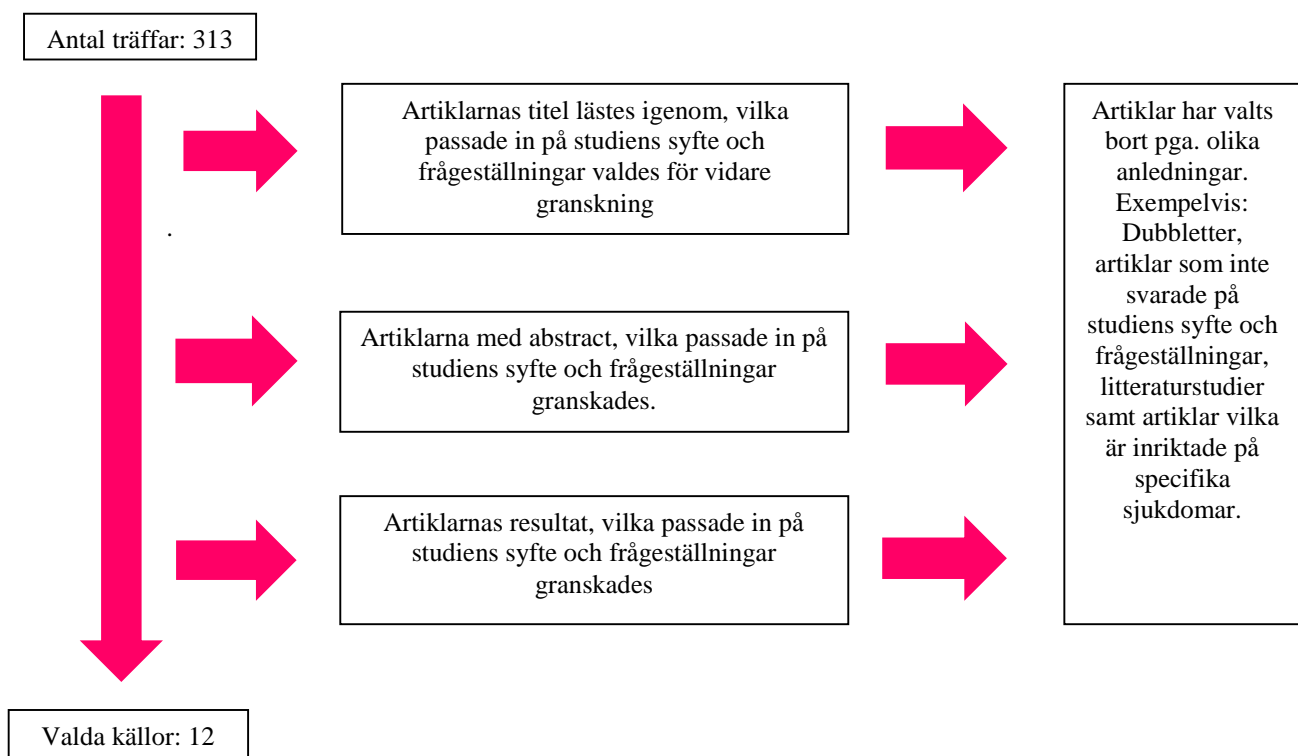
Inklusionskriterier: Både kvantitativa och kvalitativa artiklar användes i litteraturstudien.

Endast artiklar mellan 2004 och 2014 ingick i föreliggande litteraturstudie. Artiklarnas urvalsgrupp bestod av bland andra sjuksköterskor. Artiklarna var på engelska eller svenska, samt överensstämde med studiens syfte och frågeställningar. Endast artiklar, vilka fanns tillgängliga i Högskolan i Gävles proxyserver användes i föreliggande litteraturstudie.

Exklusionskriterier: Artiklar, vilka var skrivna på ett annat språk än engelska och svenska blev exkluderade. Översiktsartiklar, systematiska litteraturstudier och artiklar, vilka inte svarade på syftet och frågeställningarna valdes bort.

2.7 Valda källor

Figur 1 visar ett flödesschema, vilken beskriver processen för hur författarna till föreliggande litteraturstudie valde de inkluderade artiklarna. Tabell 3, se bilaga 1, visar de valda artiklar som överensstämde med studiens syfte och frågeställningar, vilka ingår i resultatet till föreliggande litteraturstudie.



Figur 1. Flödesschema

2.8 Dataanalys

Enligt Polit och Beck (2012) är en dataanalys till för att forskare ska kunna tolka, strukturera, organisera och analysera forskningsmaterialet i olika steg (Polit, Beck 2012). Enligt Forsberg och Wengström (2013) är dataanalysen även till för att minska omfattningen på den information forskare har samlat ihop (Forsberg & Wengström 2013). Först läses titlarna till de vetenskapliga artiklarna igenom och om de är relevanta för föreliggande litteraturstudies syfte och frågeställningar granskas abstracten. Författarna till föreliggande litteraturstudie läste noggrant igenom abstracten enskilt för att inte missa relevanta artiklar. De valda artiklarnas resultat lästes sedan igenom enskilt av författarna för att sedan granskas tillsammans där

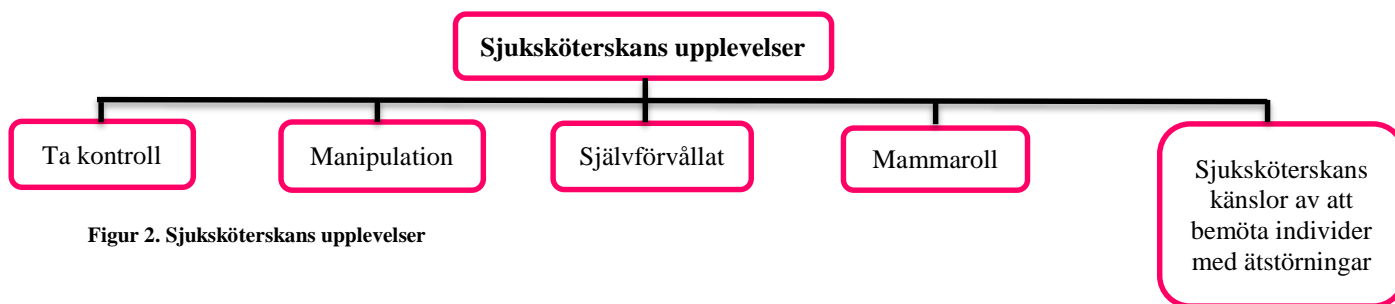
resultatet diskuterades. Detta för att stärka innehållsvaliditeten, trovärdigheten och pålitligheten som enligt Wallengren och Henricson (2012) görs genom att flera personer granskar en artikel (Wallengren & Henricson 2012). Därefter gjordes två olika tabeller (se bilaga 1 och 2) för att författarna till föreliggande litteraturstudie skulle få en översikt över de vetenskapliga artiklarnas innehåll. Sedan jämförde författarna till föreliggande litteraturstudie resultatet från artiklarna och dess datainsamlingsmetod för att visa på likheter och olikheter. Resultatet i de inkluderade artiklarna sammanställdes sedan tillsammans av författarna till föreliggande litteraturstudie och utifrån denna analys hittades det 3 rubriker, vilka redovisas i löpande text och i Figur 2,3 och 4. Metodbeskrivningen i de inkluderade artiklarna granskades även av bägge författarna till föreliggande litteraturstudie för att kunna redovisa betydelsen av vald datainsamlingsmetod, vilket också kommer redovisas i löpande text. De inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod redovisas också i bilaga 1. En granskning av de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod gjordes för att visa vilken betydelse det kunde ha haft relaterat till resultatet i de inkluderade artiklarna.

2.9 Forskningsetiska överväganden

Litteraturstudien är uppbyggd av tidigare etiskt granskade studier, därför behövdes inte den etiska nämnden kontaktas inför föreliggande litteraturstudie. Resultatet redovisas med ett objektivi t perspektiv och författarna till föreliggande litteraturstudie motarbetade egna åsikter. Detta betyder att författarna presenterar resultatet utan att förvränga eller plagiera. För att stärka trovärdigheten tas citat och referenser upp enligt vedertagen referensteknik (Forsberg & Wengström 2013). Vidare beskrev Forsberg och Wengström (2013) att både forskning, vilken stämde ihop och inte stämde ihop med författarnas syfte ifrån de inkluderade artiklarna skulle presenteras i studien. Detta för att litteraturstudien skulle vara grundad på etik (Forsberg & Wengström 2013).

3. Resultat

Resultatet i studien redovisas under tre huvudrubriker; sjuksköterskans upplevelser, sjuksköterskans erfarenheter och kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod. Huvudrubrikerna ledde till totalt 13 underrubriker, se figurerna 2,3 och 4. Resultatet redovisas i dem kategorier, vilka framtagits i löpande text.



Figur 2. Sjuksköterskans upplevelser



Figur 3. Sjuksköterskans erfarenheter



Figur 4. Kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod

3.1 Sjuksköterskans upplevelser

3.1.1 Ta kontroll

Bakker, Van Meijel, Beukers, Van Ommen, Meerwijk och Van Elburgs (2011) studie visade att under processen då sjuksköterskorna skulle få patienter med ätstörningar att börja äta igen var sjuksköterskorna tvungna att ta över patienternas kontroll och ansvar kring nutritionen. Sjuksköterskorna fick ständigt påminna patienterna om att det var en kamp mot ätstörningarna och inte emot individerna själva. När patienterna hade fått tillbaka kontrollen, framförallt över nutritionen, beskrev sjuksköterskorna att det var deras ansvar att se till så individerna gjorde de rätta valen kring måltiderna, vad de åt för måltider och mellanmål (Bakker et al. 2011). Studier visade att sjuksköterskor ofta kände att de var en ”fångvaktare” eftersom att de ständigt övervakade och kontrollerade dessa patienter (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006). Även i en studie av Johansson, Skärsäter och Danielson (2013) framhölls sjuksköterskans känsla av att de ville ha kontroll över patienterna (Johansson et al. 2013).

Tvärtemot beskrev Reid, Williams och Burr (2010) i en studie att den viktigaste aspekten i omvårdnaden av dessa patienter var att etablera en terapeutisk relation med patienterna, vilket inkluderade att sjuksköterskorna inte skulle försöka ta kontrollen av individen. Sjuksköterskan skulle snarare låta de själva ha kontrollen för att de på sikt skulle kunna utveckla nya copingstrategier för att få en bra balans mellan kost, vikt och motion (Reid et al. 2010).

3.1.2 Manipulation

I omvårdnadsarbetet av patienter med ätstörningar upplevde sjuksköterskor relationen till individen likt ett maktspel. Patienterna ville ha egen kontroll, framför allt kring kosten vilket innebar att sjuksköterskorna fick kämpa för att få kontroll över individen (Ramjan 2004). Vidare beskrev Ramjan (2004) att sjuksköterskorna ansåg att patienterna var manipulativa och genom manipulation lyckades individerna skapa en egenkontroll samtidigt då de orsakade en frustration och sorg hos sjuksköterskorna. Manipulation resulterade i att sjuksköterskorna kände sig utbrända och stressade vilket bidrog till att det blev en ojämn fördelning kring omvårdnad och uppmärksamhet till andra patienter på avdelningen (Ramjan 2004). I studier av Reid et al. (2010) och Linville et al. (2012) beskrev sjuksköterskor att patienternas manipulation innebar att dem var oärliga framför allt när det handlade om kost, träning och kroppsuppfattning samt att individerna var omotiverade för behandling (Reid et al. 2010, Linville et al. 2012). I en studie av Carter et al. (2012, s.551) sa en sjuksköterska: ”Det är manipulation. Du tycker att det är ett personligt angrepp mot dig och det är det inte, utan det är en del av deras sjukdomsprocess” (Carter et al. 2012, s.551). Många sjuksköterskor fanns i riskzonen för att ta dessa beteenden personligt (Carter et al. 2012). Wright och Hacking (2012) har i sin studie fått fram att sjuksköterskor uppfattade att patienter med ätstörningar var fientliga och provocerande i sitt beteende (Wright & Hacking 2012).

3.1.3 Självförvållat

I olika studier av Ramjan (2004) och Björkman, Angelman och Jönsson (2008) antydde författarna att sjuksköterskor ansåg att patienter med ätstörningar hade sig själva att skylla och att det var deras eget fel att de hade en ätstörning (Ramjan 2004, Björkman et al. 2008). Vidare beskrev Björkman et al. (2008) att det var vanligare att manliga sjuksköterskor än kvinnliga sjuksköterskor tyckte att ätstörningar var självförvållat (Björkman et al. 2008). Ramjan (2004) beskrev att upplevelsen av att ätstörningar var självförvållat grundade sig i bristen på kunskap om ätstörningar. Om sjuksköterskor inte hade någon kunskap angående ätstörningar minskade förståelsen för patienterna och därmed var det svårt att känna sympati

för dessa individer. En del sjuksköterskor kände att det var deras eget fel att dem hade denna känsla och attityd till patienter med ätstörningar eftersom de inte hade tillräcklig kunskap när det handlade om ätstörningar och dess återhämtningsprocess (Ramjan 2004). I studien av Björkman et al. (2008) ansåg 28 % av deltagarna att dessa patienter skulle ta sig själva samman för att kunna starta en återhämtningsprocess eftersom de ansåg att ätstörningar var självförvållat (Björkman et al. 2008).

3.1.4 Mammaroll

Flera studier visade att sjuksköterskor upplevde att de fick vidta en mammaroll i omvårdnaden av patienter med ätstörningar (Ryan et al. 2006, Malson & Ryan 2008, Snell et al. 2010, Wright & Hacking 2012). Studier av Malson och Ryan (2008) och Davey et al. (2014) beskrev att sjuksköterskorna upplevde att mammarollen var en utmaning för att kunna skapa en god terapeutisk relation med patienterna (Malson & Ryan 2008, Davey et al. 2014). Malson och Ryan (2008) beskrev för- och nackdelar med mammarollen. Patienterna med dåliga relationer till mammorna försvårade omvårdnadsarbetet för sjuksköterskorna. Däremot såg många sjuksköterskor att mammarollen var positiv då de kunde erbjuda patienterna kärlek och vänlighet, och på detta sätt få en god relation till individen (Malson & Ryan 2008).

3.1.5 Sjuksköterskans känslor av att bemöta patienter med ätstörningar

Att arbeta med omvårdnaden kring patienter med ätstörningar upplevde sjuksköterskor var svårt, chockerande, emotionellt och psykologiskt jobbigt. Sjuksköterskor i studien av Davey et al. (2014) belyste hur värdefullt de ansåg att det var med informellt stöd samt att de fick stöd från kollegor. De kände behov av att få uttrycka känslor efter en behandling med en patient eller vid en särskild situation (Davey et al. 2014). Även Johansson et al. (2013) belyste hur viktigt det var att sjuksköterskor gav stöd till varandra (Johansson et al. 2013). Sjuksköterskor kände i arbetet med dessa patienter att de blev mentalt utmattade på grund av den ständiga kampen med individen (Carter et al. 2012). Det var en utmaning för sjuksköterskan när patienterna ställde sig tveksamma till behandling (Carter et al. 2012, Davey et al. 2014). När patienterna till och med vägrade ta emot, eller avvisade vård upplevde sjuksköterskorna en frustration och avskräckning. Detta gjorde det svårt för sjuksköterskor att prioritera dessa patienter (Carter et al. 2012). Carter, Webb, Findlay, Grant och Van Blyderveen (2012) beskrev vidare att sjuksköterskorna förstod att detta beteende var normalt för patienter med ätstörningar men trots detta upplevdes en svårighet att arbeta omkring dem (Carter et al. 2012). I en studie av Björkman et al. (2008) redovisades det att sjuksköterskor

upplevde att patienter med ätstörningar var oförutsägbara samt att dem var svåra att prata med (Björkman et al. 2008). Särskilt viktökning var för sjuksköterskorna ett känsligt ämne att diskutera med dessa patienter (Wright & Hacking 2012). Patienter med ätstörningar upplevdes av sjuksköterskor vara mer negativa jämfört med andra individer med medicinska tillstånd (Carter et al. 2012). Davey et al. (2014) skriver i en studie att trots dessa negativa känslor upplevde sjuksköterskor att det var givande och roligt att arbeta med denna patientgrupp eftersom det oftast gick att skapa en god terapeutisk relation till patienten (Davey et al. 2014). Vidare beskriver Davey et al. (2014, s.64) i studien att en sjuksköterska uttryckte ”Känslan att du har kopplat med en individ, att du känner att patienten litar på dig, vill prata med dig och är beredd att arbeta med dig mot målet är den bästa känslan” (Davey et al. 2014, s.64).

3.2 Sjuksköterskans erfarenheter

3.2.1 Kunskapsbrist och frustration

Sjuksköterskor kände att de inte kunde tillgodose behoven hos patienter med ätstörningar, detta på grund av brist på utbildning och kompetens (Reid et al. 2010, Carter et al. 2012, Linville et al. 2012). Ramjan (2004) redovisade i sin studie att sjuksköterskor uppfattade att de verkligen fick kämpa för att förstå en så komplex sjukdom vilket AN är, på grund av bristen av utbildning i psykisk ohälsa (Ramjan 2004). Reid et al. (2010) beskrev i en studie att kunskapsbristen innebar en otillräcklig kunskap kring ökningen av ätstörningar, orsaker och lämplig behandling (Reid et al. 2010). Oförmågan till att hjälpa patienterna ledde till frustration hos sjuksköterskorna (Reid et al. 2010, Snell et al. 2010). Detta ledde i sin tur till svårigheter att skapa terapeutiska relationer med patienterna (Reid et al. 2010).

Kunskapsbristen ledde förutom frustration hos sjuksköterskorna även till att de upplevde en osäkerhet och tvivel kring förmågan att ge känslomässigt stöd till patienterna. I en studie av Carter et al. (2012, s.551) uttryckte en sjuksköterska ”Om de blir upprörda eller om de gråter, det finns väldigt lite en sjuksköterska kan erbjuda eftersom vi inte har fått tillräckligt med utbildning kring hur man kan råda dem” (Carter et al. 2012, s.551). Den stora kunskapsbristen ledde även till att sjuksköterskor ansåg att patienterna tog den plats och hjälp på en vårdavdelning, vilken andra barn ansågs vara i större behov av. Även detta ledde till frustration hos sjuksköterskorna vilket resulterade i att de fick ett skeptiskt- och pessimistiskt beteende till dessa patienter när det handlade om tillfrisknande. Totalt sett fick patienterna med ätstörningar en lägre status hos sjuksköterskorna jämfört med andra patienter med

medicinska tillstånd (Ramjan 2004). Många gånger kände sjuksköterskorna att de inte åstadkommit något positivt för patienten (Snell et al. 2010). När patienterna inte tillfrisknade kände sjuksköterskorna ett misslyckande (Ramjan 2004).

3.2.2 Tids- och resursbrist

Sjuksköterskor upplevde att det inte fanns tillräckligt med varken tid och resurser för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad till patienter med ätstörningar (Reid et al. 2010, Linville et al. 2012, Davey et al. 2014). Sjuksköterskor ansåg att det var tidskrävande att ge omvårdnad till dessa patienter. Att stödjande rådgivning och övervakningar vid måltider och mellanmål var tidskrävande arbetsuppgifter belyste sjuksköterskorna (Carter et al. 2012). Även vårdplanering och administrativa arbetsuppgifter ansågs vara tidskrävande av sjuksköterskor (Davey et al. 2014). Davey, Arcelus och Munir (2014) beskrev vidare att sjuksköterskor upplevde att dessa patienter hade höga och orealistiska förväntningar på att få egen tid med personal samt möjlighet till aktiviteter utanför avdelningen (Davey et al. 2014). Tidsbristen vilken uppkommer i samband med omvårdnaden av patienter med ätstörningar ledde även till att sjuksköterskor upplevde att det var svårt, nästintill omöjligt att hinna med andra arbetsuppgifter samt att ge en god omvårdnad till övriga patienter på avdelningen (Reid et al. 2010, Carter et al. 2012, Linville et al. 2012, Johansson et al. 2013). Ett exempel på resursbristen i de olika studierna var bristen på personal (Reid et al. 2010, Davey et al. 2014). På grund av denna resursbrist trodde sjuksköterskorna att dessa patienter borde få vård på en klinik som är specialiserad på ätstörningar och inte på en somatisk avdelning. Där skulle individerna få den vård och tid av sjuksköterskor som de krävde för en god omvårdnad och ökad möjlighet till tillfrisknande (Reid et al. 2010).

3.2.3 Terapeutisk relation

Hälften av de inkluderade studierna belyste vikten av en terapeutisk relation mellan sjuksköterskor och patienter med ätstörningar (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Reid et al. 2010, Snell et al. 2010, Wright & Hacking 2012, Davey et al. 2014). Snell, Crowe och Jordan (2010) beskrev att den terapeutiska relationen är en grund för att förstå patientens psykiska ohälsa (Snell et al. 2010). Medan Davey et al. (2014) betonade att en terapeutisk relation hjälpte till och engagerade patienterna till samarbete i behandlingen (Davey et al. 2014). Hur en terapeutisk relation skulle skapas på ett optimalt sätt skiljde sig däremot mellan olika studier. I studien av Ryan, Malson, Clarke, Anderson och Kohn (2006) var det vikten av att skapa en varm relation till patienterna med ätstörningar genom att sjuksköterskan var

kärleksfull, tillitsfull, stödjande och gav positiv feedback. Sjuksköterskorna kände att det var väldigt positivt att de var närvarande tjugofyra timmar om dygnet hos dessa patienter och inte bara träffade dem vid enstaka tillfällen vilket andra yrkeskategorier gjorde. Den ständiga närvaron möjliggjorde den terapeutiska relationen och förändring samt minskade risken för att sjuksköterskor skulle missa någonting kring omvårdnaden av patienten (Ryan et al. 2006). Wright och Hacking (2012) framhöll betydelsen av att sjuksköterskor var äkta och öppna i relationen till dessa patienter för att det skulle vara möjligt att skapa en god terapeutisk relation (Wright & Hacking 2012). Enligt Ramjan (2004) och Reid et al. (2010) byggde den terapeutiska relationen på att patienten kände en tillit till sjuksköterskorna annars blev relationen svår att skapa (Ramjan 2004, Reid et al. 2010). En möjlighet till att skapa en terapeutisk relation hämmades också om sjuksköterskorna inte hade ett förtroende för patienterna med AN (Ramjan 2004). Reid et al. (2010) förklarade att patienterna även behövde få det stöd de var i behov av samt vara i en hemtrevlig miljö för att kunna skapa en terapeutisk relation med sjuksköterskor. Vidare belyste Reid et al. (2010) att sjuksköterskor skulle se till hela individen i en terapeutisk relation och inte bara till diagnosen. Sjuksköterskor skulle ha en helhetssyn till patienten vilket innefattade både psykiskt, fysiskt och socialt (Reid et al. 2010). En terapeutisk relation kunde ibland vara svår att skapa. Sjuksköterskor upplevde ibland att patienter med ätstörning gjorde ett motstånd. Motståndet berodde vanligtvis på att patienten förnekade problemen samt att de hade en känsla av pinsamhet. Vid förnekande av sjukdomen upplevde sjuksköterskor att det var svårt att motbevisa det hela och att hela omvårdnaden av patienterna blev en sorts kamp. Vid motstånd av patienten för att skapa en terapeutisk relation krävdes det att sjuksköterskan hade den kunskap som krävdes för att klara av detta. Det är lika viktigt att sjuksköterskan inte tappade hoppet om att lyckas ge en god omvårdnad samt att skapa en god terapeutisk relation till patienten (Snell et al. 2010).

3.2.4 Viktiga egenskaper för sjuksköterskan

För sjuksköterskor vilka arbetar med patienter med ätstörningar är det viktigt att ha acceptans och hopp (Davey et al. 2014). Vidare beskrev Davey et al. (2014) att dessa nyckelord gjorde det möjligt för sjuksköterskor att hantera de negativa aspekterna kring dessa patienter (Davey et al. 2014). Sjuksköterskor behövde visa empati, förståelse samt vara öppen gentemot dessa patienter. Genom sjuksköterskors öppenhet blev det mindre hemligt att patienten led av en ätstörning, vilket resulterade i att det var lättare att bryta igenom individernas känslomässiga isolering. På detta sätt fick sjuksköterskan en ökad förståelse för patientens tankar och

känslor. Öppenheten kunde även lett till att patienternas attityd till kosten förändrades (Bakker et al. 2011). Vidare beskrev Bakker et al. (2011) att sjuksköterskorna skulle ge patienterna självförtroende kring nutritionen och träning. Sjuksköterskan skulle även uppmuntra patienterna till att komma tillbaka till deras sociala liv (Bakker et al. 2011). Wright och Hacking (2012) betonade i en studie att det fanns en godhet och ett tålamod hos sjuksköterskor, vilka arbetade kring patienter med ätstörningar. Sjuksköterskorna skulle sprida en positiv tro på att det var möjligt med återhämtning för patienten (Wright & Hacking 2012). Andra goda egenskaper hos sjuksköterskor skulle vara ett starkt engagemang och lyhördhet till patienternas behov (Johansson et al. 2013). Om sjuksköterskorna hade en självmedvetenhet där de inte var stressade utan säkra och trygga i det dem gjorde kunde det ha hjälpt patienterna i dess återhämtningsprocess. Några av sjuksköterskorna talade också om vikten av att kunna tro på sin egen kommunikationsförmåga till patienten för bästa möjliga vård (Snell et al. 2010).

3.3 Kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod

3.3.1 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingsmetoden för de inkluderade artiklarna i litteraturstudien skiljde sig från varandra. Totalt hade 10 artiklar använt intervjuer vid datainsamlingen. Nio av dessa var individuella semistrukturerade intervjuer (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Malson & Ryan 2008, Reid et al. 2010, Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012, Wright & Hacking 2012, Johansson et al. 2013, Davey et al. 2014). En intervjuform beskrivs inte (Snell et al. 2010). Två av artiklarna med individuella semistrukturerade intervjuer kompletterades med fokusgrupper (Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012). De återstående två artiklarna byggde på svar genom enkäter (Björkman et al. 2008, Linville et al 2012).

3.3.2 Intervjuer

Samtliga intervjuer blev ljudinspelade för att sedan transkriberas ordagrant (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Malson & Ryan 2008, Reid et al. 2010, Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012). Carter et al. (2012) sammanfattade i slutet av intervjuerna stora teman för att validera och förtydliga den information de hade fått fram. De använde en intervjuguide för att styra diskussionen vid intervjuerna (Carter et al. 2012). Även Ramjan (2004) använde en intervjuguide för att hålla deltagarna på rätt spår, men var även öppen för att undersöka oplanerade frågor (Ramjan 2004). Ryan et al. (2006) hade också en intervjuguide men deltagarna uppmuntrades även att ta upp andra frågor, vilka de ansåg var relevanta (Ryan

et al. 2006). Intervjuerna i Johansson et al. (2013) studie grundades istället på en öppen fråga då det gav deltagarna möjlighet till att prata fritt om deras erfarenheter, detta möjliggjorde svar kring oförutsedda aspekter av deltagarnas upplevelser och därefter behandlades vissa ämnesområden i intervjun. Intervjuerna genomfördes i ett kontor på avdelningen under arbetstid och för det mesta i samband med skiftbyte (Johansson et al. 2013). Ramjan (2004), Ryan et al. (2006) och Reid et al. (2010) hade också intervjuerna på sjukhuset men dessa skedde i enskilda rum samt att tidpunkten bestämdes av deltagarna (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Reid et al. 2010). Ramjan (2004) arbetade själv på den arbetsplats där deltagarna till studien arbetade. En fördel med detta var att författaren sedan tidigare hade ett förtroende med några sjuksköterskor vilket kunde ha gjort intervjuerna mindre hotande för dem. Nackdelen var att deltagarna kanske inte gav all information, vilket normalt hade getts till en okänd intervjuare, detta för att de ansåg att mycket redan var uppenbart för författaren (Ramjan 2004).

3.3.3 Fokusgrupper

Syftet med fokusgruppen i Bakker et al. (2011) studie var att fokusgruppen skulle diskutera ämnen, vilka var oklara eller motstridiga efter intervjuerna. Fokusgruppen möjliggjorde ett förbättrat samspel och diskussion mellan deltagarna och därmed tydliggjordes de ämnen, vilka fokusgrupperna var ämnade att diskutera (Bakker et al. 2011). Carter et al. (2012) sammanfattade i slutet av fokusgrupperna stora teman för att validera och förtydliga den information de hade fått fram. Forskargruppen använde en intervjuguide för att styra diskussionen vid fokusgrupperna (Carter et al. 2012).

3.3.4 Enkäter

Björkman et al. (2008) använde enkäter i studien, vilka innehöll påståenden om bland annat ätstörningar, där varje deltagare fick svara ja eller nej. En annan enkät de använde framkallade olika attityder till psykiska sjukdomar, däribland ätstörningar (Björkman et al. 2008). Linville et al. (2012) använde sig av enkäter med 23 öppna frågor där de samlade in uppgifterna. Genom öppna frågor kunde de få öppna svar och inte bara ja och nej (Linville et al. 2012).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet utmynnades i tre olika kategorier: 1) *Sjuksköterskans upplevelser*; med kontrolltagandet i omvårdnaden över patienter med ätstörningar upplevde sjuksköterskor att de fick agera fångvaktare, de upplevde även att de fick vidta en mammaroll. Patienterna uppfattades vara manipulativa och provocerande i sitt beteende och sjuksköterskor upplevde också att patienternas ätstörningar var självförvållad. I omvårdnaden hade sjuksköterskor blandade känslor med främst rädsla och frustration men även att det var glädjande och givande. 2) *Sjuksköterskans erfarenheter*; i omvårdnaden av dessa patienter var det en stor kunskapsbrist vilket ledde till frustration. Det fanns även en resursbrist i form av exempelvis personal- och tidsbrist. Sjuksköterskans erfarenheter beskrev även vikten av en terapeutisk relation med dessa patienter. 3) *Kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod*; 10 intervjuer, två enkäter och två fokusgrupper användes i artiklarnas datainsamling.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Ta kontroll

Bakker et al. (2011) och Johansson et al. (2013) visade i studier att sjuksköterskorna var tvungna att ta över patientens kontroll under processen då de skulle börja äta igen (Bakker et al. 2011, Johansson et al. 2013). Tidigare forskning av King och Turner (2000) beskrev att sjuksköterskor brukade dubbelkolla patienterna vid måltiderna då de kände att de inte kunde lita på individerna eftersom dessa tidigare ljugit kring nutritionen (King & Turner 2000). Ramjan (2004) och Ryan et al. (2006) beskrev också upplevelsen av att kontrollera dessa patienter, de skildrade kontrollen genom att de agerade "fångvaktare" (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006). Detta höll Reid et al. (2010) inte med om, de betonade vikten av en terapeutisk relation med patienterna istället för att ta över kontrollen (Reid et al. 2010). Genom att sjuksköterskan tar kontroll över patienten minskas individens autonomi, detta belyser Peplau (Gastmans 1998). Enligt Peplau skulle sjuksköterskor inte ta kontroll över patienten. Istället föredrog Peplau ett samspel mellan patient och sjuksköterskor. Om sjuksköterskan tog kontroll över patienten minskade det individens chans till självständighet och självutveckling (Gastmans 1998).

4.2.2 Manipulation

Sjuksköterskor upplevde att patienter med ätstörningar var manipulativa (Ramjan 2004, Reid et al. 2010, Carter et al. 2012, Linville et al. 2012). Wright och Hacking (2012) visade i en studie att sjuksköterskor upplevde att patienterna hade ett fientligt och provocerande beteende (Wright & Hacking 2012). Manipulation ledde till att patienterna lyckades skapa en egenkontroll kring träning och kost (Ramjan 2004, Reid et al. 2010, Linville et al. 2012). Sjuksköterskorna blev stressade och i värsta fall även utbrända utav manipulationen. Stressen och utbrändheten ledde i sin tur till att andra patienter på avdelningen inte fick den behövda omvårdnaden (Ramjan 2004). Många sjuksköterskor fanns i riskzonen för att ta dessa beteenden personligt (Carter et al. 2012). Svensksjuksköterskeförening (2008) säger att i mötet till patienterna är det viktigt vilket förhållningssätt sjuksköterskor använder, eftersom det kan påverka patienternas väg tillbaka till ett tillfrisknande (Svensksjuksköterskeförening 2008).

4.2.3 Självförvållat

Sjuksköterskor upplevde att ätstörningar var självförvållat (Ramjan 2004, Björkman et al. 2008). Denna upplevelse grundade sig i bristen på kunskap av ätstörningar (Ramjan 2004). Sjuksköterskor ansåg att dessa patienter skulle ta sig själva samman för att möjliggöra en återhämtningsprocess (Björkman et al. 2008). I en studie av King och Turner (2000) beskrev de att sjuksköterskan skall vara icke dömande (King & Turner 2000). Svensksjuksköterskeförening (2008) menar att i det vardagliga arbetet träffar sjuksköterskor patienter, vilka kan vara utsatta för jobbiga situationer och ICN:S etiska kod för sjuksköterskor (2012) bedömer att sjuksköterskor också ska behandla alla individer med respekt och fyra grundpelare i sjuksköterskors arbete är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande (ICN:S etiska kod för sjuksköterskor 2007).

4.2.4 Mammaroll

Snell et al. (2010) beskrev att sjuksköterskor upplevde att de fick vidta en mammaroll vid omvårdnaden av patienter med ätstörningar. Detta styrkte även Ryan et al. (2006), Malson & Ryan (2008), Wright & Hacking (2012) och Davey et al. (2014). Hos patienter med dåliga relationer till mammorna försvårades omvårdnadsarbetet för sjuksköterskorna. Däremot var mammarollen positiv på det sättet att sjuksköterskorna kunde erbjuda patienterna kärlek och vänlighet, vilket möjliggjorde en god terapeutisk relation (Malson & Ryan 2008). Pokorny (2009) skriver om Peplaus omvårdnadsteori, vilket fokuserar på den mänskliga relationen.

Relationen mellan sjuksköterskan och patienten ska vara ett partnerskap och inte en relation till patienten där behandlingen står i fokus. En mänsklig relation mellan sjuksköterskan och patienten är en grund för en god omvårdnad (Pokorny 2009).

4.2.5 Sjuksköterskans känslor av att bemöta patienter med ätstörningar

I en studie av Davey et al. (2014) upplevde sjuksköterskor att det var svårt, chockerande, emotionellt och psykologiskt jobbigt att bemöta patienter med ätstörningar (Davey et al. 2014). Carter et al. (2012) beskriver att sjuksköterskor kände att de blev mentalt utmattade av den ständiga kampen med patienten (Carter et al. 2012). Tidigare forskning av King och Turner (2000) visar att det var en utmaning att behandla dessa patienter (King & Turner 2000), vilket stämmer överens med studierna av Carter et al. (2012) och Davey et al. (2014). Davey et al. (2014) betonade i studien att det förutom de negativa känslorna även fanns positiva känslor hos sjuksköterskorna av att arbeta kring dessa patienter. De ansåg att det var ett givande och roligt jobb (Davey et al. 2014). Pokorny (2009) skriver om Peplaus omvårdnadsteori, där en betoning finns på hur viktigt det är att sjuksköterskor har en förmåga att förstå sitt eget beteende. Med denna förmåga kan sjuksköterskorna sedan hjälpa patienterna att urskilja svårigheter (Pokorny 2009).

4.2.6 Kunskapsbrister och frustration

Bristen på utbildning i psykisk ohälsa och kompetens gjorde att inte alla patienter med ätstörningar fick den hjälp de behövde för ett tillfrisknande (Ramjan 2004, Reid et al. 2010, Carter et al. 2012, Linville et al. 2012). Den bristande kompetensen och utbildningen ledde till frustration bland sjuksköterskor (Reid et al. 2010, Snell et al. 2010), vilket då skapade problem för den terapeutiska relationen med patienterna (Reid et al. 2010). Även osäkerhet och tvivel på sjuksköterskors förmåga att ge stöd till patienterna uppkom på grund av kunskapsbristen (Carter et al. 2012). Detta stämmer överens med King och Turners (2000) studie då sjuksköterskor kände sig otillräcklig i omvårdnaden kring dessa patienter (King & Turner 2000). Ramjan (2004) visade i en studie att sjuksköterskorna tyckte att patienter med andra sjukdomstillstånd kom i skymundan bakom patienterna med ätstörningar (Ramjan 2004). Tidigare forskning av King och Turner (2000) visade att sjuksköterskor ansåg att de gjorde ett bra jobb. När behandlingen inte hjälpte patienten kände sjuksköterskor dock en frustration och det uppkom känslor av sorg, ilska och misslyckande (King & Turner 2000). Detta stämmer överens med Ramjans (2004) studie då sjuksköterskorna kände ett misslyckande när patienterna inte tillfrisknade (Ramjan 2004). Enligt Peplaus

omvårdnadsteori borde detta inte vara möjligt eftersom att sjuksköterskor skall känna sig trygga i sin yrkesroll (Gastmans 1998).

4.2.7 Resursbrist

Brist på tid och resurser ledde till att patienterna med ätstörningar påverkades på ett negativt sätt (Reid et al. 2010, Carter et al. 2012, Linville et al. 2012, Davey et al. 2014).

Omvårdnaden kring dessa patienter var tidskrävande, speciellt stödjande rådgivning samt övervakningar vid måltider och mellanmål (Carter et al. 2012). Davey et al. (2014) beskrev även att vårdplanering och administrativa arbetsuppgifter var tidskrävande (Davey et al. 2014). Tidsbristen gjorde att sjuksköterskor tyckte att de inte hann med andra arbetsuppgifter och andra patienter på avdelningen (Reid et al. 2010, Carter et al. 2012, Linville et al. 2012, Johansson et al. 2013). Personalbristen togs upp i två artiklar (Reid et al. 2010, Davey et al. 2014). Tidigare forskning av McQueen (2000) antydde att sjuksköterskor i pressade situationer med tung arbetsbörda inte tänkte på sitt sätt vara och dess beteende.

Sjuksköterskornas känslor och uppmärksamhet för enskilda patienter blev då åsidosatta (McQueen 2000). Peplaus omvårdnadsteori belyste sjuksköterskans närvaro och aktiva arbete för en god vård (Gastmans 1998).

4.2.8 Terapeutisk relation

En terapeutisk relation till patienter med ätstörningar var viktigt (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Reid et al. 2010, Snell et al. 2010, Wright & Hacking 2012, Davey et al. 2014). Det var viktigt att sjuksköterskor var kärleksfulla, tillitsfulla och stödjande samt gav positiv feedback för att skapa denna relation. En ständig närvaro bland dessa patienter hjälpte också till för skapandet av relationen (Ryan et al. 2006). En studie av Wright och Hacking (2012) sade att det var viktigt att sjuksköterskorna var äkta och öppna till dessa patienter för att skapa denna relation (Wright & Hacking 2012). Detta stärkte även Ramjan (2004) och Reid et al. (2010) i studier då de beskrev att det var viktigt att patienterna litade på sjuksköterskorna (Ramjan 2004, Reid et al. 2010). Om sjuksköterskorna inte litade på patienterna hämmades möjligheten till skapandet av relationen (Ramjan 2004). Att se till hela människan, både fysiskt, psykiskt och socialt, och inte bara till diagnosen var också betydelsefullt (Reid et al. 2010). I en studie av Snell et al. (2010) kunde patienterna med ätstörningar göra ett motstånd till att skapa denna relation, vilket ofta berodde på att patienten nekade till problemen och kände en känsla av pinsamhet (Snell et al. 2010). Tidigare forskning av McQueen (2000) menade att det var sjuksköterskans uppgift och ansvar att främja utvecklingen av terapeutiska

relationer. Sjuksköterskors personliga egenskaper hade en viktig påverkan av dessa relationer. En förtroendefull relation mellan patient och sjuksköterskor utvecklades enklare om sjuksköterskorna var vänliga, förtroendefulla och lyhörda. Känslor av medkänsla och empati var även drivkraft för utvecklingen av terapeutiska relationer (McQueen 2000). Även Peplaus omvårdnadsteori har en positiv inställning till dessa relationer mellan sjuksköterskor och patienter (Pokorny 2009).

4.2.9 Viktiga egenskaper för sjuksköterskan

Hopp och acceptans var viktiga egenskaper, vilka också hjälpte sjuksköterskor att hantera de negativa sidorna kring dessa patienter (Davey et al. 2014). Empati, förståelse och öppenhet var andra egenskaper sjuksköterskor behövde för att få en bättre insikt i patientens tankar och känslor (Bakker et al. 2011). Wright och Hacking (2012) betonade i en studie att godhet och ett tålamod fanns bland sjuksköterskor, vilka arbetade med dessa patienter. En annan viktig egenskap var en positiv tro på att patienten blev frisk (Wright & Hacking 2012). Johansson et al. (2013) belyste att starkt engagemang och lyhördhet till patienternas behov var andra goda egenskaper hos sjuksköterskor (Johansson et al. 2013). Säkra och trygga sjuksköterskor med självinsikt hjälpte patienten till att bli frisk och sjuksköterskor med en positiv tro på sig själva förbättrade vården också (Snell et al. 2010). I Peplaus omvårdnadsteori är även sjuksköterskans kommunikationsförmåga en viktig egenskap. Peplau belyser att sjuksköterskorna skall använda ett rakt och tydligt språk för att därmed minimera risken för socialt prat (Gastmans 1998). Denna egenskap benämns inte i förliggande litteraturstudies resultatavsnitt.

4.3. Kvalitetsgranskning av datainsamlingsmetod

Författarna till föreliggande litteraturstudie valde att dela in underrubriken intervjuer i ytterligare tre underrubriker; Allmänt, Felkällor samt Intervjuform.

4.3.1 Intervjuer

4.3.1.1 Allmänt

Datainsamlingsmetoderna kan omfatta intervjuer, observationer samt skrivna texter eller berättelser (Forsberg & Wengström 2013). Bland de inkluderade artiklarna till föreliggande litteraturstudie var intervjuer den mest förekomna datainsamlingsmetoden. För totalt 10 artiklar användes intervjuer (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Malson & Ryan 2008, Reid et al. 2010, Snell et al. 2010, Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012, Wright & Hacking 2012,

Johansson et al. 2013, Davey et al. 2014). Enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär en intervju att forskaren och undersökningspersonen möts i verkligheten för ett lett samtal. Målet med samtalet är att forskaren ska få en förståelse för vilken betydelse en individ lägger i en händelse (Forsberg & Wengström 2013). Vidare beskriver Forsberg och Wengström (2013) att intervjuer med en kvalitativ datainsamlingsmetod tillåter undersökningspersonen att berätta sin historia med egna ord (Forsberg & Wengström 2013).

4.3.1.2 Felkällor

Intervjuer kan liksom andra datainsamlingsmetoder ha felkällor. I en studie av Ramjan (2004) var forskaren till studien kollega med undersökningspersonerna (Ramjan 2004). Risken för att forskaren kunde ha en påverkan på undersökningspersonen belyser både Polit och Beck (2012) och Forsberg och Wengström (2013). Forsberg och Wengström (2013) belyste att forskaren måste vara neutral under intervjun, både verbalt och med kroppsspråk (Forsberg & Wengström 2013). Författarna till föreliggande litteraturstudie har väldigt lite vetskap om under vilka omständigheter intervjuerna till de inkluderade artiklarna har genomförts eftersom detta var dåligt beskrivet i artiklarna. Detta gjorde det svårt för författarna till föreliggande litteraturstudie att diskutera hur datainsamlingsmetoderna skulle kunna ha påverkat resultatet i dem inkludera artiklarna på ett mer ingående sätt. I endast tre av de inkluderade artiklarna beskrivs det på vilken plats intervjuerna genomfördes. Enligt både Polit och Beck (2012) och Forsberg och Wengström (2013) borde intervjuer genomföras i en ostörd miljö för att minimera störande moment, vilka kan påverka undersökningspersonen och dess svar (Polit & Beck 2012, Forsberg & Wengström 2013). Ramjan (2004) och Reid et al. (2010) genomförde intervjuerna i ett privat rum på sjukhuset. Johansson et al (2013) genomförde intervjuerna på ett kontor på avdelningen, under arbetstid och oftast i samband med skiftbyte (Johansson et al. 2013).

4.3.1.3 Intervjuform

En intervjuform beskrivs inte (Snell et al. 2010). Nio av intervjuerna var individuella semistrukturerade intervjuer (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Malson & Ryan 2008, Reid et al. 2010, Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012, Wright & Hacking 2012, Johansson et al. 2013, Davey et al. 2014). Semistrukturerade intervjuer genomförs på ett något strukturerat sätt utifrån en ämnesguide där forskaren vet i vilken ordning och på vilket sätt frågorna skall ställas (Polit & Beck 2012, Forsberg & Wengström 2013). Polit och Beck (2012) beskrev vidare att forskaren skall uppmuntra deltagarna att tala fritt och med egna ord utifrån dem

frågor vilka ställs (Polit & Beck 2012). Ramjan (2004) menade att semistrukturerade intervjuer styrde studien och höll undersökningsspersonen på rätt spår men öppnade även för andra frågor (Ramjan 2004).

Johansson et al. (2013) ansåg att det positiva med semistrukturerade intervjuer var att det fanns plats för att få svar på frågor vilka inte ställs genom att undersökningsspersonen pratar fritt (Johansson et al. 2013).

4.3.2 Fokusgrupper

Två av artiklarna med individuella semistrukturerade intervjuer kompletterades med fokusgrupper (Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012). Syftet med att komplettera intervjuerna med fokusgrupper var att gruppen skulle diskutera ämnen, vilka var oklara eller motstridiga efter intervjuerna (Bakker et al. 2011). Fokusgruppernas diskussion styrdes av en intervjuguide (Carter et al. 2012, Polit & Beck 2012). Pålitligheten av en fokusgrupp ifrågasätts av Polit och Beck (2012). Polit och Beck (2012) beskriver vidare att en fokusgrupp bör vara en homogen grupp, där undersökningsspersonerna har liknande bakgrund eller egenskaper. Detta möjliggör att undersökningsspersonerna uttrycker sina åsikter lika mycket (Polit & Beck 2012). Polit och Beck (2012) beskriver vidare att forskaren till studien har en huvudroll för att alla undersökningsspersoner i en fokusgrupp blir delaktiga i diskussionen (Polit & Beck 2012).

4.3.3 Enkäter

De återstående två artiklarna byggde på svar genom enkäter (Björkman et al. 2008, Linville et al. 2012). Enligt Forsberg och Wengström (2013) användes enkätundersökning vanligtvis i studier med en kvantitativ ansats. En enkätundersökning kännetecknas av att många undersökningsspersoner får svara på likadana frågor för att sedan sammaställas på gruppnivå. Även statistiska jämförelser är aktuellt för enkätundersökningar (Forsberg & Wengström 2013). Utifrån detta ansåg författarna till föreliggande litteraturstudie att det var relevant för Björkman et al. (2008) att använda enkätundersökning eftersom deras syfte var att visa på statistiska skillnader och likheter. Däremot ställer sig författarna till föreliggande studie tveksamma mot att Linville et al. (2012) använde enkätundersökning eftersom deras syfte var att undersöka upplevelser. Utifrån beskrivning av enkätundersökning enligt Forsberg och Wengström (2013) kunde det ha varit mer relevant för Linville et al. (2012) att använda en annan datainsamlingsmetod.

4.4 Metoddiskussion

Litteraturstudien med en deskriptiv design genomfördes av författarna till föreliggande litteraturstudie för att kunna svara på den föreliggande studiens syfte och frågeställningar. Databaserna Discovery, PubMed och Cinahl användes. PubMed och Cinahl användes därför att de är specialiserade databaser för omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström 2013). Det kan betyda att författarna till föreliggande litteraturstudie eventuellt har förlorat relevanta vetenskapliga artiklar, vilka finns i andra databaser. Därför har författarna till föreliggande litteraturstudie också använt databasen Discovery. Enligt Polit och Beck (2012) borde författarna till föreliggande litteraturstudie använda aktuella artiklar (Polit & Beck 2012). På grund av dåligt antal utfall vid sökningar inom en fem års period användes artiklar vilka publicerats inom de senaste 10 åren. Detta anser författarna till föreliggande litteraturstudie vara en svaghet för studien, dock anser författarna att artiklarna är relevanta och därmed användbara. Polit och Beck (2012) skriver också att MeSH är ett sökverktyg för att på ett konsekvent sätt få fram vetenskapliga artiklar i databasen Medline (Polit & Beck 2012). Den använda databasen PubMed är en version av Medline (Forsberg & Wengström 2013). Författarna till föreliggande litteraturstudie hade endast en MeSH-term; Eating disorder. Även detta är en svaghet enligt författarna till föreliggande litteraturstudie då relevanta termer för samma begrepp inte kunde användas och därmed kan relevanta artiklar tappats bort. De inkluderade artiklarna i studien lästes och granskades av författarna till föreliggande litteraturstudie oberoende av varandra. Detta för att båda författarna fick bilda sig en egen uppfattning av artiklarnas resultat och därmed minskades risken för att författarna har påverkats av varandra. På detta sätt stärktes resultatets objektivitet (Forsberg & Wengström 2013). Författarna har i föreliggande litteraturstudie endast använt artiklar vilka fanns tillgängliga gratis genom Högskolan i Gävles proxysserver. Artiklar, vilka inte varit gratis att få fram och därmed inte använts kan vara en ytterligare svaghet för litteraturstudien. Författarna till föreliggande litteraturstudie kan med detta ha förlorat viktig forskning till studien. I 11 av de inkluderade artiklarna beskrivdes studiens ansats. I 10 av dessa hade studien en kvalitativ ansats (Ramjan 2004, Ryan et al. 2006, Malson & Ryan 2008, Reid et al. 2010, Snell et al. 2010, Bakker et al. 2011, Carter et al. 2012, Wright & Hacking 2012, Johansson et al. 2013, Davey et al. 2014). En av de inkluderade artiklarna hade en kvantitativ ansats (Björkman et al. 2008) och i en studie av Linville et al. (2012) beskrivdes inte ansatsen alls (Björkman et al. 2008, Linville et al. 2012). Författarna till föreliggande studie ansåg att det var positivt och relevant att totalt 10 av inkluderade artiklarna hade en kvalitativ ansats. Detta eftersom att studiens syfte var att beskriva och detta styrktes av Forsberg och

Wengström (2013), vilka beskrev att kvalitativa datainsamlingsmetoder användes för att skapa en djupare förståelse för forskningsfrågan (Forsberg & Wengström 2013). Vidare beskrev Forsberg och Wengström (2013) att den djupare förståelsen inte ges av studier med kvantitativ ansats (Forsberg & Wengström 2013). Urvalsgruppen i studiens inkluderade artiklar skiljer sig åt. Några artiklar är baserade på enbart sjuksköterskor och en del artiklar baseras på både sjuksköterskor och andra yrkesprofessioner. Detta är en svaghet enligt författarna till föreliggande litteraturstudie. Trots detta har många av artiklarna kommit fram till liknande resultat. Eftersom författarnas modersmål till föreliggande litteraturstudie är svenska kan det ha medfört en risk för feltolkningar vid översättning av den engelska texten till svenska från de inkluderade artiklarna.

4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning

I dagens samhälle har massmedierna, tv, radio och tidningar, en stor inverkan på människornas självbild, däribland kroppsuppfattning, vilket kan leda till ätstörningar. Ätstörningar har under de senaste 50 åren ökat runt om i världen (WHO 2004a). Patienter med ätstörningar riskerar att få en undervikt och övervikt, men de kan även vara normalviktiga. Dessa patienter riskerar inte bara att få en "onormal" vikt, de riskerar även att drabbas av en mängd olika sjukdomstillstånd. Däribland räknas bland annat uttorkning, hjärt- och kärlsjukdomar, nedsatt hormonproduktion, benskörhet, infektionssjukdomar och diabetes (Rosen & American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2010). Författarna till föreliggande litteraturstudie tror att det är viktigt att sjuksköterskan fokuserar på hela patienten och försöker skapa en mer tillitsfull relation, och inte bara fokusera på att skapa någon slags "roll" relaterat till patienten för att ge en god vård. Vidare menar författarna till föreliggande litteraturstudie även att det är viktigt att sjuksköterskorna inte har en kamp gentemot patienten. Istället borde sjuksköterskor sätta sig själva i situationen och försöka förstå hur patienten har det. Sjuksköterskorna själva anser att de har för lite kännedom kring ämnet. Enligt författarna till föreliggande litteraturstudie borde sjuksköterskor, vilka jobbar med patienter med ätstörningar ha mer kunskap för att kunna hjälpa patienterna till ett tillfrisknande, detta för att möjliggöra en god vård enligt Peplaus omvårdnadsteori. Därmed är bredare kunskap och information kring ätstörningar bland sjuksköterskor något som borde förbättras och ställas i fokus. Sjuksköterskor ska minska lidande hos patienten och de har ansvar kring patientens omvårdnad, därför är det av stor vikt att sjuksköterskan lyssnar på patientens information och egna upplevelse. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att det är viktigt att patienten känner att de kan lita på sjuksköterskorna för att det ska bli en så

bra relation som möjligt mellan patienterna och sjuksköterskorna. Vidare beskriver författarna till föreliggande litteraturstudie att det är alla sjuksköterskors ansvar att påbörja och göra ett försök till skapandet av en terapeutisk relation till patienten, samt att det är viktigt för sjuksköterskorna att komma ihåg att patienternas beteenden är kopplat till sjukdomen. Börjar sjuksköterskor ta patienternas beteenden personligt tror författarna till föreliggande litteraturstudie att sjuksköterskorna kan tappa respekten eller förtroendet för patienterna. Vidare forskning bör ligga kring hur sjuksköterskor skall bemästra de upplevelser och erfarenheter som kan uppkomma av att arbeta med omvårdnaden kring patienter med ätstörningar för en så optimal vård som möjligt. Denna litteraturstudie kan även vara betydelsefull för övriga delar av samhället, exempelvis bland lärare inom grundskolor samt bland ledare inom olika idrottsföreningar. Detta för att kunna bemöta individer med ätstörningar på ett bra sätt för att minska risken för både psykisk och fysisk problematik.

4.6 Slutsats

Föreliggande litteraturstudie visade sjuksköterskans erfarenheter och upplevelser av att arbeta med omvårdnad kring patienter med ätstörningar. De främsta erfarenheterna som framkom var att sjuksköterskan hade en kunskapsbrist och en resursbrist på personal och tid. Andra betonade erfarenheter var betydelsen av en terapeutisk relation samt viktiga egenskaper för sjuksköterskan. Den vanligaste upplevelsen bland sjuksköterskor som framkom var känslan av att vara en ”fångvaktare” i kontrolltagandet av dessa patienter. Manipulation hos patienterna och att ätstörningar var självförvällat var också vanliga upplevelser bland sjuksköterskor som framkom i föreliggande litteraturstudie. Patienterna med ätstörningar påverkas såväl psykiskt, fysiskt och socialt. Det är därför viktigt att sjuksköterskor ser till hela patienten då ätstörningar kan påverka individernas livskvalité. Med detta som bakgrund ser författarna till föreliggande litteraturstudie att vidare forskning är önskvärd. Hur sjuksköterskan skall bemästra de upplevelser och erfarenheter vilka uppkommer av att arbeta med dessa patienter för en optimal vård. En mänsklig relation mellan patient och sjuksköterska ligger till grund för ett tillfrisknande hos patienterna med ätstörningar. Även Peplaus omvårdnadsteori belyser den mellanmänskliga relationen mellan patient och sjuksköterska. Peplau påstår även att om sjuksköterskor har en förmåga till att förstå sitt eget beteende så underlättar det för patienten och dess tillfrisknande.

Referenser

Artiklar markerade med * ingår i föreliggande studies resultatavsnitt.

BAKER, J., H., THORNTON, L., M., LICHTENSTEIN, P. and BULIK, C., M., 2012. Pubertal development predicts eating behaviors in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, **45**(7), pp. 819-826.

*BAKKER, R., VAN MEIJEL, B., BEUKERS, L., VAN OMMEN, J., MEERWIJK, E. and VAN ELBURG, A., 2011. Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, **24**(1), pp. 16-22.

*BJÖRKMAN, ., ANGELMAN, T. and JONSSON, M., 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **22**(2), pp. 170-177.

BORGFELT, C., ÅBERG, A., ANDERBERG, E. and Andersson, U., 2010. Obstetrik och gynekologi. Lund: Studentlitteratur AB.

*CARTER, N., WEBB, C., FINDLAY, S., GRANT, C. and BLYDERVEEN, S.V., 2012. The integration of a specialized eating disorders nurse on a general inpatient pediatric unit. *Journal of pediatric nursing*, **27**(5), pp. 549-556.

CLINTON, D. and NORRING, C., 2009. Diagnostik och bedömning. In: D.N. CLINTON and C. NORRING, eds, *Ätstörningar: bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. 2. Utg. edn. Stockholm: Natur & Kultur, pp. 27-41.

*DAVEY, A., ARCELUS, J. and MUNIR, F., 2014. Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study. *International Journal of mental health nursing*, **23**(1), pp. 60-68.

ERIKSSON, B. and CARLSSON, G., 2001. *Ätstörningar: en strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur.

FORSBERG, C. and WENGSTRÖM, Y., 2013. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur & Kultur.

GASTMANS, C., 1998. Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of advanced nursing*. **28**(6), pp. 1312-1319.

GONCALVES JDE, A., MOREIRA, E.A., TRINDADE, E.B. and FIATES, G.M., 2013. Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista paulista de pediatria: orgao official da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, **31**(1), pp. 96-103.

GONCALVES, S., SILVIA, M., GOMES, A.R. and MACHADO, P.P., 2012. Disordered eating among preadolescent boys and girls: the relationship with child and maternal variables. *Nutrients*, **4**(4), pp. 273-285.

GOYAL, S., BALHARA, Y.P. and KHANDELWAL, S.K., 2012. Revisiting Classification of Eating Disorders-toward Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 and International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-11. *Indian journal of psychological medicine*, **34**(3), pp. 290-296.

HOEK, H.W. and VAN HOEKEN, D., 2003. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International journal of eating disorders*, **34**(4), pp. 383-396.

*JOHANSSON, I.M., SKÄRSÄTER, I. and DANIELSON, E., 2013. The experiences of working on a locked acute psychiatric ward. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, **20**(4), pp. 321-329.

KIM, Y.R., SON, M.H., NAH, J.C. and PARK, H.A., 2013. Medical findings in women with anorexia nervosa in a korean population. *Psychiatry investigation*, **10**(2), pp. 101-107.

KING, S.J. and TURNER, D.S., 2000. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of advanced nursing*, **32**(1), pp. 139-147.

LIN, H.Y., HUANG, C.K., TAI, C.M., LIN, H.Y., KAO, Y.H., TSAI, C.C., HSUAN, C.F., LEE, S.L., CHI, S.C. and YEN, Y.C., 2013. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC psychiatry*, **13**, pp. 1-244X-113-1.

*LINVILLE, D., BROWN, T. and O'NEIL, M., 2012. Medical Providers' Self Perceived Knowledge and Skills for Working With Eating Disorders: A National Survey. *Eating disorders*, **20**(1), pp. 1-13.

*MALSON, H. and RYAN, V., 2008. Tracing a matrix of gender: an analysis of the feminine in hospital-based treatment for eating disorders. *Feminism & Psychology*, **18**(1), pp. 112-132.

MAZZEO, S.E. and BULIK, C.M., 2009. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, **18**(1), pp. 67-82.

MCQUEEN, A., 2000. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, **9**(5), pp. 723-731.

NATIONALENCYKLOPEDIN (2014a) Ätstörningar. Hämtad från <http://www.ne.se.webproxy.student.hig.se:2048/lang/ätstörningar> den 14 mars 2014.

NATIONALENCYKLOPEDIN (2014b) Anorexia nervosa. Hämtad från <http://www.ne.se.webproxy.student.hig.se:2048/lang/anorexia-nervosa> den 14 mars 2014.

NATIONALENCYKLOPEDIN (2014c) Bulimi. Hämtad från http://www.ne.se.webproxy.student.hig.se:2048/lang/bulimi?i_h_word=Bulimia%20nervosa den 14 mars 2014.

POKORNY, M., 2009. Nursing Theorists of Historical Significance. In: M.R. ALLIGOOD and A. MARRINER-TOMEY, eds, *Nursing theorists and their work*. 7. ed. edn. Maryland Heights, Mo.: Mosby, pp. 54-68.

POLIT, D.F. and BECK, C.T., 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*RAMJAN, L.M., 2004. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of advanced nursing*, **45**(5), pp. 495-503.

*REID, M., WILLIAMS, S. and BURR, J., 2010. Perspectives on eating disorders and service provision: a qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, **18**(5), pp. 390-398.

ROSEN, D.S. and AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2010. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, **126**(6), pp. 1240-1253.

*RYAN, V., MALSON, H., CLARKE, S., ANDERSON, G. and 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), pp. 125-135.

SCHROFF, H., REBA, L., THORNTON, L.M., TOZZI, F., KLUMP, K.L., BERRETTINI, W.H., BRANDT, H., CRAWFORD, S., CROW, S., FICHTER, M.M., GOLDMAN, D., HALMI, K.A., JOHNSON, C., KAPLAN, A.S., KEEL, P., LAVIA, M., MITCHELL, J., ROTONDO, A., STROBER, M., TREASURE, J., WOODSIDE, D.B., KAYE, W.H. and BULIK, C.M., 2006. Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **39**(6), pp. 454-461.

*SNELL, L., CROWE, M. and JORDAN, J., 2010. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, **19**(3-4), pp. 351-358.

SNELLMAN, I., 2009. Vårdrelationer – en filosofisk belysning. In: F. FRIBERG, J. ÖHLÉN and A. EDBERG, eds, *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. 1. Uppl. edn. Lund: Studentlitteratur, pp. 377-495.

SOCIALSTYRELSEN (2012) *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18552/2012-1-5.pdf> den 6 mars 2014.

STRASBURGER, V.C., JORDAN, A.B. and DONNERSTEIN, E., 2010. Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*, **125**(4), pp. 756-767.

SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING (2007) *ICN:S etiska kod för sjuksköterskor*.

SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING (2008) *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Hämtad från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/H%C3%A4lsofr%C3%A4mjande%20arbete-publikationer/Strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf> den 6 mars 2014.

WALLENGREN, C. and HENRICSON, M., 2012. Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. Lund: Studentlitteratur AB.

WEICHSELBAUM, E. and BUTTRISS, J., 2011. Nutrition, health and schoolchildren. *Nutrition Bulletin*, **36**(3), pp. 295-355.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004a). *Prevention of Mental Disorders – Effective interventions and policy options*. Hämtad från http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf?ua=1 den 6 mars 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2004b). *Global Database on Body Mass Index*. Hämtad från <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> den 6 mars 2014.

*WRIGHT, K.M. and HACKINGS, D., 2012. An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, **19**(2), pp. 107-115.

BILAGA 1.

Tabell 3. De inkluderade studiernas författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

Författare, årtal och land	Titel	Ansats och design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E. & Van Elburg, A. 2011 Nederländerna.	Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions.	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 16. Sju SSK & nio av annan vårdpersonal.	Individuella semistrukturerade intervjuer samt fokusgrupper.	Tematisk analysmetod.
Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. 2008 Sverige.	Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care.	Kvantitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 120 (både SSK och USK). Från en somatisk avd är N = 69 (XX = 54, XY = 15, Må = 37). Från en psykiatrisk avd är N = 51 (XX = 34, XY = 17, Må 44).	Enkäter.	Pearson productmoment correlation Student's t-test Mann-Whitney U-test SPSS 11.0.
Carter, N., Webb, C., Findlay, S., Grant, C. & Van Blyderveen, S. 2012 Canada.	The Integration of a Specialized Eating Disorders Nurse on a General Inpatient Pediatric Unit	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 21. 13 SSK samt åtta annan vårdpersonal, bla: socialarbetare, dietist och psykolog.	Sju individuella semistrukturerade intervjuer samt fokusgrupper.	Tematisk analysmetod.
Davey, A., Arcelus, J. & Munir, F. 2014 Australien.	Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study.	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 12. Sju SSK, tre vårdbiträden samt två arbetsterapeuter. Må = 38. XX = 10, XY = 2	Individuella semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analysmetod.
Johansson, I.M., Skärsäter, I. & Danielson, E. 2013 Sverige.	The experience of working on a locked acute cpsychiatric ward.	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 10. Tre SSK (XX = 1, XY = 2). Fyra psykiatrisjuksköterskor (XX = 4). Tre av annan vårdpersonal (XX = 2, XY = 1).	Semistrukturerade intervjuer.	Kvalitativ innehållsanalys.
Linville, D., Brown, T.	Medical Providers'	Beskrivs ej.	N = 188.	Enkäter.	Beskrivs ej.

& O'Neil, M. 2012 USA.	Self Perceived Knowledge and Skills for Working With Eating Disorders: A National Survey.	Beskrivs ej.	XX = 145, XY = 43 SSK, barnsjuksköterskor, familjeläkare, barnläkare samt gynekologer.		
Malson, H. & Ryan, V. 2008 Australien	Tracing a matrix of gender: An analysis of the feminine in hospital-based treatment for eating disorders	Kvalitativ ansats. Beskrivs ej.	N = 19 SSK. XX = 16, XY = 3	Individuella semistrukturerade intervjuer.	Diskurs analytisk metod.
Ramjan, L.M. 2004 Australien	Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa.	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 10 SSK. XX = 7, XY = 3 Åi = 26-48år.	Individuella semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analysmetod.
Reid, M., Williams, S. & Burr, J. 2010 Storbritannien.	Perspectives on Eating Disorders and Service Provision: A Qualitative Study of Healthcare Professionals	Kvalitativ studie. Beskrivs ej.	N = 18. Vårdpersonal med olika utbildningar, däribland SSK.	Individuella semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analysmetod.
Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M. 2006 Australien.	Discursive constructions of 'eating disorders nursing': An analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients.	Kvalitativ ansats. Beskrivs ej.	N = 15 SSK. XX = 13, XY = 2.	Individuella semistrukturerade intervjuer.	Diskurs analytisk metod.
Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. 2010 Nya Zeeland.	Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit.	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 7 SSK. Åi = 30-50år.	Intervjuer.	"rad för rad analys"
Wright, K.M. & Hacking, S. 2012 Storbritannien.	An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals	Kvalitativ ansats. Deskriptiv design.	N = 7 XX 5 SSK, en dietist och en kognitiv beteendeterapeut. Åi = 33-51år.	Individuella semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analysmetod.

N = antal deltagare i studien

XX= kvinnor

XY = män

SSK = sjuksköterska

USK = undersköterska

Må = Medelålder

Åi = Åldersintervall

BILAGA 3.

Tabell 4. De inkluderade artiklarnas författare, årtal, land, titel, syfte och huvudresultat.

Författare, årtal, land och titel	Syfte	Resultat
Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E. & Van Elburg, A. 2011. Nederländerna. <i>Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions.</i>	Att upptäcka de aspekter av omvårdnad vilka är mest effektiva, enligt sjuksköterskor i återhämtning av normal kroppsvikt hos ungdomar med anorexia nervosa.	Sjuksköterskor har en nyckelposition till individernas tillfrisknande. En god terapeutisk relation är avgörande för genomförandet av omvårdnadsåtgärder kring kost, träning, socialt stöd och föräldrarådgivning.
Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. 2008. Sverige. <i>Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care.</i>	Att undersöka attityder till psykisk sjukdom och personer med psykisk ohälsa bland vårdpersonal som arbetar inom psykiatrisk eller somatisk vård.	70,4 % upplevde individerna med ätstörningar som ovanliga. 44,1% tycker att dem är oförutsägbara. 28,6% uppfattar att dessa är svåra att prata med. 28,0% tycker att dessa individer borde "rycka upp sig". 6,7% tycker att individerna har sig själva att skylla. Resultatet visar att det är fler män än kvinnor som anser att individerna har sig själva att skylla. Männerna hade också en mer pessimistisk syn än kvinnorna när det gäller förbättring under behandlingen.
Carter, N., Webb, C., Findlay, S., Grant, C. & Van Blyderveen, S. 2012. Canada. <i>The Integration of a Specialized Eating Disorders Nurse on a General Inpatient Pediatric Unit.</i>	Att förstå sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med ätstörningar.	Sjuksköterskor upplever en rädsla och svårighet i omvårdnaden av dessa patienter. Samt att utbildning kring denna patientgrupp är nödvändigt.
Davey, A., Arcelus, J. & Munir, F. 2014. Australien. <i>Work demands, social support, and job satisfaction in eating disorder inpatient settings: A qualitative study.</i>	Att undersöka de arbetskrav vilka hälso- och sjukvårdspersonal upplevs ha i en ätstörningsklinik för vuxna inom slutenvården.	Personalen upplever att det är en utmaning att vårda dessa individer. De anser att det är komplext och krävande att jobba på denna klinik, vilket kräver effektivt lagarbete, kommunikation samt stödsystem bland personalen.
Johansson, I.M., Skärsäter, I. & Danielson, E. 2013. Sverige. <i>The experience of working on a locked acute psychiatric ward.</i>	Att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att jobba på en låst psykiatrisk avdelning.	Personalen tyckte att det var en krävande arbetsmiljö med tung och intensiv arbetsbelastning, framför allt med individer som lider av AN. Dem upplever även att det var krävande när patienter bodde på avdelningen under en längre tid.
Linville, D., Brown, T. & O'Neil, M. 2012. USA	Att undersöka hur personal upplever sina egna kunskaper, färdigheter och behov kring	Personalen känner att dem inte har den kunskap som krävs för att kunna vidta

<p><i>Medical Providers' Self Perceived Knowledge and Skills for Working With Eating Disorders: A National Survey.</i></p>	<p>ätstörningar. Samt vilka undersökningsmetoder och förebyggande strategier vilka de har kunskap om att använda.</p>	<p>åtgärder hos individer med ätstörningar.</p>
<p>Malson, H. & Ryan, V. 2008. Australien. <i>Tracing a matrix of gender: An analysis of the feminine in hospital-based treatment for eating disorders.</i></p>	<p>Att undersöka vad som ”är det kvinnliga” och om det har en ledande betydelse hos sjuksköterskor i omvårdnaden av patienter med ätstörningar.</p>	<p>Sjuksköterskorna kände att de hade en mammaroll till individerna, vilket försvårade relationen dem emellan. Detta uppfattades som både positivt och negativt av olika deltagare.</p>
<p>Ramjan, L.M. 2004. Australien <i>Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa.</i></p>	<p>Att undersöka de svårigheter och hinder som försvårar användandet av terapeutiska relationer för sjuksköterskor i arbetet med individer med anorexia nervosa.</p>	<p>Tre huvudteman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”kämpar för att förstå” • ”kämpar för kontroll” • ”kämpar för att utveckla terapeutiska relationer”
<p>Reid, M., Williams, S. & Burr, J. 2010. Storbritannien. <i>Perspectives on Eating Disorders and Service Provision: A Qualitative Study of Healthcare Professionals.</i></p>	<p>Att identifiera personalens perspektiv och erfarenheter för att tillhandahålla tjänster till personer med ätstörningar.</p>	<p>Två teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En svårighet att möta de behov vilka patienter med ätstörningar har. • För lite resurser för att ge individuell omvårdnad till dessa patienter.
<p>Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G. & Kohn, M. 2006. Australien. <i>Discursive constructions of 'eating disorders nursing': An analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients.</i></p>	<p>Att belysa några av de utmaningar som sjuksköterskor upplever i omvårdnaden av individer med ätstörningar.</p>	<p>Tre olika delar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att man skall ”älska” eller ge empatiskt stöd. • Övervakning och disciplinering av individerna med ätstörningar. • Sjuksköterskan måste ge en konstant omvård samt vara väldigt närvarande.
<p>Snell, L., Crowe, M. & Jordan, J. 2010. Nya Zeeland. <i>Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit.</i></p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att utveckla en terapeutisk relation med patienter vilka lider av ätstörningar inom slutenvården.</p>	<p>Det är viktigt att utveckla terapeutiska relationer för att förstå patientens psykiska ohälsa.</p>
<p>Wright, K.M. & Hacking, S. 2012. Storbritannien. <i>An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals.</i></p>	<p>Att beskriva erfarenheter av terapeutiska relationer mellan kvinnor med anorexia nervosa och dess vårdpersonal.</p>	<p>Sex viktiga teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Äkthet av relationen med individ och personal. • Säkerhet • Utläggning av ätstörningar • Återhämtning (mätt i kg) • Kraften i hopp och optimism • Materialism