



**ANOREXIA NERVOSA – UNGA
KVINNORS UPPLEVELSER AV
MÖTET MED VÅRDPERSONALEN**

En självbiografistudie

**ANOREXIA NERVOSA – YOUNG
WOMEN'S EXPERIENCES OF THE
MEETING WITH HEALTH
PROFESSIONALS**

An autobiographic study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2018

Författare: Martina Andréén
Isabelle Stenman

SAMMANFATTNING

Titel:	Anorexia nervosa – Unga kvinnors upplevelser av mötet med vårdpersonalen: En självbiografistudie
Författare:	Andrén, Martina; Stenman, Isabelle
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Thapa, Dip Raj
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	22
Nyckelord:	Anorexia nervosa, möte, självbiografi, upplevelse, vårdpersonal

Bakgrund: Anorexia nervosa drabbar vanligen unga kvinnor. Sjukdomen grundar sig i en skev kroppsuppfattning vilket leder till bantning för att nå en idealvikt. Personer diagnostiserade med anorexia nervosa kan ha en dålig självbild och bristande självförtroende vilket kan leda till självdestruktivitet och lidande. Sjuksköterskan behöver visa tillit och skapa trygghet i mötet. Professionellt stöd i form av kommunikation och interaktion kan skapa en god vårdrelation. **Syfte:** Att beskriva hur unga kvinnor diagnostiserade med anorexia nervosa upplever mötet med vårdpersonal. **Metod:** Datamaterialet består av fem självbiografier som har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Ur analysen framkom fyra kategorier; känna sig orättvist behandlad, hamnat i underläge, utsatt för maktmissbruk och tvång samt hopp och förtroende med åtta underkategorier. **Konklusion:** Mötet med vården upplevs både negativt och positivt. Det är viktigt att vårdpersonal respekterar de unga kvinnornas autonomi och engagerar dem i vården. Att vården präglas av ett etiskt perspektiv och att det avsätts tid till mötet är viktigt. Ett gott bemötande, adekvat kunskap och en icke-dömande attityd från vårdpersonalen är betydelsefullt.

ABSTRACT

Title: Anorexia nervosa – Young women’s experiences of the meeting with health professionals: An autobiographic study

Author: Andrén, Martina; Stenman, Isabelle

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: **Degree of Bachelor of Science in Nursing**, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Thapa, Dip Raj

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 22

Keywords: Anorexia nervosa, autobiography, experience, health professionals, interaction

Background: Anorexia nervosa usually affects young women. The disease is based on a skewed perception of the body, which leads to dieting to reach an ideal weight. Individuals with anorexia nervosa can have bad self-image and low self-confidence which can result into self-destructive behavior and suffering. The nurse during the meeting needs to show trust and create safety for the patient. Professional support by communication and interaction can established a good care relationship. **Aim:** To describe how young women diagnosed with anorexia nervosa experience the meeting with health professionals. **Method:** The data material consists of five autobiographies that have been analyzed with qualitative content analysis. **Results:** The analysis revealed four categories; feel unfairly treated, ending up in disadvantage, exposed to abuse of power and compulsion, hope and confidence. A total of eight subcategories emerged. **Conclusion:** The meeting with healthcare is experienced both negatively and positively. It is important that healthcare professionals respect the young women’s autonomy and engage them in their healthcare. That the healthcare should be characterized by an ethical perspective and that time is given in the meeting is important. Good treatment, adequate knowledge and non-judgmental attitudes from health professionals are important.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Anorexia nervosa.....	1
Hälsa och ohälsa	2
Lidande	3
Vårdande relationer	3
Tidigare forskning inom området.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	7
Urval.....	7
Datainsamling	7
Analys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Känna sig orättvist behandlad	9
Tappat kontrollen	9
Ilska över restriktioner.....	10
Hamnat i underläge	10
Rädsla för att bli missförstådd.....	10
Känsla av otillräcklighet.....	11
Utsatt för maktmissbruk och tvång	11
Att inte bli tagen på allvar.....	12
Känna sig utlämnad och förödmjukad	12
Hopp och förtroende	13
Behovet av att involveras i sin behandling.....	13
Känna trygghet och tillit när personen är i fokus	14
Resultatsammanfattning.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion.....	18
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet omvårdnad	18
REFERENSER	19

BILAGOR

1. Sammanfattning av självbiografiska böcker

INLEDNING

I Sverige är en procent av alla unga kvinnor i åldrarna 13-30 år diagnostiserade med anorexia nervosa (AN). AN debuterar ofta med bantning till följd av en skev kroppsuppfattning och fortlöper sedan till självsvalt för att nå en idealkropp. I samhället kan individer diagnostiserade med AN komma att stöta på negativa attityder och värderingar (Dimitropoulos, Freeman, Muskat, Domingo & McCallum, 2016). Individer diagnostiserade med AN har ett stort kontrollbehov, något som vårdpersonal behöver vara medveten om (Ross & Green, 2011). Vårdpersonalen objektifierar ofta individerna som en sjukdom istället för att se personen som unik och forma mötet efter denna (Pemberton & Fox, 2013). Patienterna anser **det** viktigt att sjuksköterskan är fördomsfri och positiv för att en förståelse ska etableras mellan parterna (Cleary & Edwards, 1999). Eftersom sjuksköterskor kan komma att möta dessa unga kvinnor i hela vårdkedjan är det angeläget att undersöka unga kvinnors subjektiva upplevelse av mötet med vårdpersonal.

BAKGRUND

Anorexia nervosa

AN innebär viljestyrd viktnedgång och grundar sig i att individen känner sig tjock eller upplever en rädsla för att gå upp i vikt. Vanligtvis debuterar sjukdomen i tonåren och är vanligare hos flickor än hos pojkar (Socialstyrelsen, 2017). Allgulander (2014) menar att någon tydlig orsak till AN inte går att identifiera men att det kan härledas till kvinnoidealet som förespråkats i Europa och USA de senaste 30 åren. Dimitropoulos, Freeman, Muskat, Domingo och McCallum (2016) anger att individer diagnostiserade med AN upplever att omgivningen tror att de själva har valt sin sjukdom. Det förekommer en tro om att individerna undviker att äta för att få uppmärksamhet och att de kan sluta med självsvalten när de själva önskar (Dimitropoulos et al., 2016). Allgulander (2014) finner att sjukdomsförloppet startar med att individen utvecklar en skev kroppsuppfattning och till följd av det försöker nå en ideavikt. Individen börjar då att banta. Lögner om matintag förekommer och individen väger sig ofta i hemlighet. Det är vanligt med ett begränsat födointag, vilket leder till kaloriunderskott som i längden är skadligt för kroppen. Individen har behov av att ha kontroll över sin kropp och för att nå ideavikt nyttjas laxerande- och vätskedrivande medel. Att kräkas framkommer också som ett sätt att behålla kontrollen över sin kropp. Förutom kraftig undervikt är även symtom som nedstämdhet, förstoppning, tvångssymtom och ångest vanligt vid AN. Långsam puls, muskelsvaghet, yrsel och menstruationsrubbingar är exempel på komplikationer som kan uppstå. Till följd av kräkningar och vätskedrivande medel kan individen drabbas av elektrolytrubbingar (Allgulander, 2014). Socialstyrelsen (2017) beskriver allvarliga komplikationer som kan uppstå vid AN, bland annat påverkan på inre organ som hjärta och lever och även längdtillväxten kan rubbas.

Socialstyrelsen (2017) anger att behandling vid AN kan vara kognitiv beteendeterapi där fokus är att få individen att komma ur sitt självdestruktiva beteende, för att undvika risken att bli sämre i sin sjukdom. Nutritionsbehandling kan också vara aktuellt. Det kan vara i form av fler måltider fördelade under dagen, men även intag av näringsdrycker för att säkerställa att individens energiintag. Vid en allvarligare form av AN, det vill säga när kroppstemperaturen och puls är lägre än normalt och individen inte längre själv klarar av att äta, kan sondmatning vara aktuellt (Socialstyrelsen, 2017). Allgulander (2014) finner att det är av vikt att vara försiktig vid ökningen av mat, det för att undvika återuppfödningssymptom. Detta uppstår då tillförseln av energi är för snabb och kan leda till akuta elektrolytrubbningar (Allgulander, 2014).

Hälsa och ohälsa

World health organisation (1948) fastställer att hälsa är mer än enbart frånvaro av sjukdom. För att hälsa ska uppnås krävs det att individen känner sig fullständigt välmående såväl psykiskt, fysiskt och socialt. Att ha den högsta möjliga känsla av hälsa ses som en mänsklig rättighet oavsett omkringliggande faktorer (World health organisation, 1948). Dahlberg och Segesten (2010) finner att det är omöjligt att uppnå hälsa relaterat till WHO:s kriterier. Att förstå hälsa beskrivs som svårt eftersom det sker på fler nivåer än enbart det fysiska och det psykiska (Dahlberg & Segesten 2010). Eriksson (1989) beskriver hälsa som något relativt och unikt samt att det är upp till individen själv att definiera sin hälsa. Eftersom hälsan är relativ och en helhet av flera aspekter, kan hälsa upplevas trots att det finns en dysfunktion i någon av aspekterna. Hälsan är förankrad till tid och rum, vilket innebär att upplevelsen kan variera under dygnets timmar (Eriksson, 1989). Watson (1993) finner att när en individ upplever ohälsa behöver det inte vara ett tecken på sjukdom. Det kan handla om upplevelsen av obalans vilket nödvändigtvis inte behöver vara medvetet. En individ som upplever en inre obalans, medvetet eller omedvetet, skapar ohälsa, vilket kan utveckla sjukdom (Watson, 1993).

Någon specifik gräns för hälsa och ohälsa existerar inte, det är en subjektiv känsla som är upp till varje individ att själv placera sig inom. Ohälsa kan vara relaterat till sjukdom men kan även upplevas i frånvaro av sjukdom (Klang Söderkvist, 2014). Begreppet sjukdom innebär en nedsättning av kroppsliga funktioner medan ohälsa innebär en förändring i individens liv. Hur en individ som mår dåligt betar sig i sin ohälsa är individuellt. Beteendeförändringar kan äga rum, likaså kan individens självuppfattning och kroppsbild förändras. Det är inte heller ovanligt att känslor som förnekande, oro och ilska uppkommer (Klang Söderkvist, 2014). Klang Söderkvist och Björkdahl (2014) finner att självuppfattningen påverkar hälsan. Självuppfattning handlar om hur individer ser på sig själva, men även hur de ser på världen och hur deras beteende påverkas av andras uppfattningar och värderingar. Om en individ har en negativ självuppfattning innebär det att denne inte tycker om sig själv och kan till och med känna sig värdelös (Klang Söderkvist & Björkdahl, 2014). En individ diagnostiserad med AN tänker ofta negativt om sig själv och har ett dåligt självförtroende (Cooper, Deepak, Grocutt & Bailey, 2007). Ofta uppkommer även känslan av att vara tjock, känna sig värdelös och att vilja ha kontroll. Förutom ätstörningssymtom kan individen även drabbas av depression och ångest. De känslor individer har i samband med diagnosen AN upplevs av dem som mer sanna än andra

individens känslor (Cooper et al., 2007). Självpuppfattning innefattar en individs kroppsuppfattning (Klang Söderkvist & Björkdahl, 2014). Kroppsuppfattning handlar om en individs uppfattning om sin egen kropp. En skev kroppsuppfattning kan exempelvis innebära att individen upplever sin kropp som större än vad den egentligen är. Kroppsuppfattningen är kopplad till identitet och önskan om att accepteras av andra människor. När individen utvecklar en skev kroppsuppfattning sker det till följd av flera faktorer, ett exempel är medias påverkan. Media marknadsför idealkroppen och i förhållandet mellan idealkroppen och den faktiska kroppen finns skillnader. Det kan leda till att individen utvecklar en negativ kroppsuppfattning som kan resultera i självdestruktivitet och således ett lidande (Klang Söderkvist & Björkdahl, 2014).

Lidande

Begreppet lidande definieras som att möta något som för individen upplevs ont och som inte går att värja sig för (Arman & Rehnsfeldt, 2011). Eriksson (1994) beskriver att lidandet kan delas upp i tre akter. Första akten är att individen bekräftar lidandet. Andra akten handlar om att genomgå lidandet i tid och rum. Tredje akten handlar om att läka och skapa sig en ny helhet efter lidandet. Att lida innebär att individen utsätts för prövning, som kan vara såväl positiv som negativ. Lidandet som positivt handlar om att de kan föra med sig något gott. Lidandet kan förekomma i olika former och vilken form de visar sig i beror på i vilken position lidandet befinner sig i samt hur individen ser på livet. Lidandet är unikt och är alltid en kombination av gott och ont. Det behöver inte förknippas med smärta utan kan existera oberoende av eller samman med smärta (Eriksson, 1994).

Arman och Rehnsfeldt (2011) beskriver vårdlidande som de lidande som kan uppstå i kontakt med hälso- och sjukvård. Målet för hälso- och sjukvård är att göra gott, dock uppstår ibland konflikter i förståelse mellan vård och patient vilket kan resultera i ett vårdlidande. Råstam, Gillberg och Gillberg (1995) beskriver hur vården måste anpassas efter varje individs behov för att undvika att ett vårdlidande kan uppstå och på så sätt rubba en individs sårbarhet (Råstam et al., 1995). Sårbarhet är ett begrepp som kan förstås som en känslighet eller en beröringspunkt i individen, genom sårbarheten kan lidandet förstås. När en individ är sårbar rubbas förmågan till självbestämmande. Om självbestämmandet är ur balans är det viktigt att personal inom hälso- och sjukvård möter individen på ett varsamt vis (Arman & Rehnsfeldt, 2011).

Vårdande relationer

En vårdande relation innebär att patienten och dennes hälsa är i fokus och att sjuksköterskan eller annan vårdpersonal använder sin kunskap i mötet. Relationen ska från vårdens håll präglas av öppenhet och reflektion. I den vårdande relationen handlar det om att skapa ett vårdande möte. Patienten är parten som ska vinna på att mötet äger rum (Dahlberg & Segesten, 2010). Jormfeldt och Svedberg (2006) anger att stöd kan användas för att hjälpa individen finna metoder att hantera svåra situationer i livet. Genom stöd får individen nytt hopp och återfår förmågan att delta i omvärlden. Stöd hjälper individen att finna balans i den emotionella hälsan och genom det genererar individen tilltro till en bättre framtid. Individen

ges möjlighet att successivt förändra sitt liv och bygga en ny styrka (Jormfeldt & Svedberg, 2006). George (1997) finner att patienter diagnostiserade med AN anser att bland annat empati, acceptans, hänsyn och en icke-dömande attityd är grundläggande för att en vårdande relation ska etableras (George, 1997). Vårdpersonal har ansvar för interaktionen och är därmed ansvarig för att vårdande främjas (Dahlberg & Segesten, 2010). Lyhördhet för patientens önskemål, känslor och behov bidrar till att patienten känner att sjuksköterskan är närvarande (Karlsson & Sanden, 2007). Caldwell, Doyle, Morris och McQuaide (2005) beskriver att när sjuksköterskan tar sig tid och lyssnar på patienten skapar det en god relation. Murray et al. (2011) anger att när en god relation etableras mellan sjuksköterska och patient, bidrar det till en bättre självkänsla hos patienten, vilket i sin tur leder till ett gott resultat av vård och behandling (Murray et al., 2011). Patienter diagnostiserade med AN upplever att mötet med sjuksköterskor är vårdande när de engagerar sig i vården, litar på patienter och är tydliga. Dessa aspekter bidrar till att skapa ett band mellan dem. Sjuksköterskors emotionella engagemang och vilja att avsätta tid till att hjälpa patienter anses vara viktigt (van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel, 2009).

Interaktion innebär att två individer påverkar varandra ömsesidigt och kommunicerar, verbalt eller icke-verbalt (Travelbee, 1971). Interaktion kan delas in i sjuksköterska-patient interaktion såväl som människa-människa interaktion. I en *sjuksköterska-patient interaktion* ser båda parter på varandra som redan etablerade karaktärer. Den ena är sjuksköterska och karaktäriseras utefter det, medan den andra observeras i rollen av en patient. Interaktion som sker mellan sjuksköterska och patient kan förekomma i olika typer. Dessa särskiljs genom att se till sjuksköterskans intresse till att etablera och främja en relation. Interaktion som medför att sjuksköterskan har lite eller inget intresse i att integrera med patienten, utan enbart utför uppgifter, behöver inte per automatik vara dåligt för patienten. Dock kommer sjuksköterskan i det läget aldrig etablera en relation till patienten och kommer således inte heller att nå dennes behov fullt ut. *Människa-människa interaktion* kännetecknas av att en relation skapas mellan sjuksköterska och patient. Relationen är ömsesidig och etableras av sjuksköterska och patient. Denna typ av relation bearbetas konstant av vårdpersonal och är målmedvetet upprättad. Relationen härstammar från den upplevelse som finns i varje interaktion och de erfarenheter som respektive part i interaktionen bär med sig efteråt. Parterna i relationen ser det verkliga och sanna i varandra och betraktar därmed den andra deltagaren som en unik och total människa. Relationen etableras genom processer som leder fram till en människa-människa relation. Dessa faser innefattar det första mötet, skapandet av identiteter, den empatiska aspekten individer emellan samt den sympatiska aspekten (Travelbee, 1971). *Första mötet* äger rum och de involverade personerna ser varandra som främmande för varandra och observeras som stereotypiska roller, sjuksköterska och patient. Under det första mötet skapas en känsla kring den andra personen. I denna fas är det viktigt att sjuksköterskan har ett öppet sinne och upptäcker individen som en unik person istället för en patient. Denna fas kommer sedan gå över i *skapandet av identiteter*. De stereotypa rollerna försvinner och sjuksköterskan börjar förstå patienten och dennes upplevelse av situationen. Likväl som sjuksköterskan får en djupare uppfattning om patienten så skapar patienten en annan bild av sjuksköterskan, de båda parterna etablerar ett band emellan sig. En förutsättning för att denna fas ska vara möjlig är att sjuksköterskan ser det unika i patienten framför sig och inte relaterar denne till tidigare patienter. Den tredje fasen behandlar *empati* och handlar om förståelse för en annan individs psykologiska tillstånd i nuet. Detta innebär att relatera till en annan individ men samtidigt vara sig själv, att förstå

varandras handlingar och att ha en önskan om att förstå varandra. För att uppnå denna fas förutsätts att individerna har likande erfarenheter, att de kan relatera till varandra. När empati upplevs känner parterna en tydligare närhet till varandra. Den fjärde fasen handlar om *sympati* och förklaras som önskan att lindra lidande och känna medkänsla. Det krävs att parterna känner en närhet till varandra. Sympati är en känsla och betraktas som en omsorg för en annan individ. Att känna sympati är att vilja underlätta för en annan människa och lindra dennes lidande. Dessa faser leder fram till *Ömsesidig förståelse och kontakt* människa-människa interaktion vilken etableras då de deltagande parterna delar känslor, tankar och attityder. I denna fas blir interaktion och de upplevelser som framträder meningsfulla för båda parter. Det finns en ömsesidig kontakt och en förståelse mellan sjuksköterska och patient (Travelbee, 1971)

Tidigare forskning inom området

Ross och Green (2011) beskriver att patienter diagnostiserade med AN till följd av sjukdomen kan ha svårare att lita på andra människor. Det krävs att vårdpersonal tar sig tid till att utveckla tillit och förtroende till patienten för att sedan etablera en relation (Ross & Green, 2011). Pemberton och Fox (2013) beskriver att individer diagnostiserade med AN ofta blir identifierade som sjukdom AN. Vårdpersonal relaterar individens beteende direkt till symtom ~~av sjukdomen~~, istället för att se människan bakom sjukdomen. Individerna upplever att deras personlighet inte tas i beaktning utan istället ersätts med vårdpersonalens förutfattade meningar kring sjukdomen. Genom detta uppstår ett bristande förtroende mellan patient och vårdpersonal. Hur vårdpersonal hanterar individernas känslor beskrivs också ha inverkan på mötet. Om vårdpersonalen lägger fokus på att försöka förstå individens känslor genom att försöka förstå orsaken till att individens känsla resulterar det i en positiv upplevelse. När vårdpersonal istället inte alls förstår orsaken till en känsla kan parallell dras till att känslan har med sjukdomen att göra, som ett slags symtom. Individer upplever att de inte blir sedda, eller överhuvudtaget tagna på allvar (Pemberton & Fox, 2013).

Cleary och Edwards (1999) anger att sjuksköterskors attityder i möte med patienter är betydelsefullt, detta för att förståelse ska kunna skapas mellan dem. Det är viktigt att sjuksköterskan är fördomsfri och positiv gentemot patienten. Murray, Crawford, McKenzie och Murray (2011) menar att sjuksköterskan i möte med en patient bör vara icke dömande. Cleary och Edwards (1999) beskriver att sjuksköterskors sätt att kommunicera och om de tilltalar patienten vid namn bidrar till ett gott möte. Att inge trygghet och ge patienten information stärker mötet (Cleary & Edwards, 1999).

PROBLEMFÖRMULERING

Unga kvinnor diagnostiserade med AN upplever att de blir bemötta med dömande attityder i samhället. Sjukdomsförloppet debuterar ofta i tonåren och präglas av en skev kroppsuppfattning. Patientens självuppfattning och kroppsbild förändras och dessa beteendeförändringar kan innebära ohälsa. Hälso- och sjukvård har som mål att främja hälsa men missförstånd mellan vårdpersonal och patienter kan ske, vilket kan resultera i ett

vårdlidande. Unga kvinnor diagnostiserade med AN drabbas av såväl fysiska som psykiska besvär. Vårdpersonals attityder och förmåga att vara fördomsfria i mötet med patienter är betydelsefull. Interaktionen som sker i mötet kan främja en relation och bidra till hälsa. Det är angeläget att undersöka hur unga kvinnor diagnostiserade med AN upplever mötet med vårdpersonalen. Detta för att öka förståelsen hos vårdpersonalen och utveckla deras förmåga att möta individerna.

SYFTE

Syftet var att beskriva hur unga kvinnor diagnostiserade med anorexia nervosa upplever mötet med vårdpersonal.

METOD

För denna studie valdes induktiv ansats där datamaterialet bestående av självbiografier analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Induktiv ansats innebär att texter analyseras förutsättningslöst. En kvalitativ innehållsanalys är en analysform där fokus är att tolka texter. Kvalitativ innehållsanalys handlar om att upptäcka variationer och mönster i texter. Texten ska behandlas som en helhet och tolkas därefter. Enskilda delar får därmed inte tolkas fri från textens helhet. Texterna kan handla om människors upplevelse av olika händelser. Kvalitativ innehållsanalys beskrivs som användbar när stor mängd data ska hanteras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Innehållsanalys kan användas för att antingen lyfta det manifesta eller det latent innehåll. Det manifesta innehållet är de innehåll som är klart synlig medan det latent innehåll handlar om att innebörden i texten framkommer genom tolkning (Danielsson, 2017).

Urval

Inklussionskriterier var självbiografier författade av kvinnor diagnostiserade med AN. Kvinnorna var mellan 13-30 år vid sjukdomstillfället. Nestor (2015) anger att en procent av alla kvinnor i åldrarna 13-30 år får diagnosen AN, därmed anses urvalet relevant. Självbiografierna var författade mellan 2000-2017 och skrivna på svenska. Självbiografierna skulle endast beröra aktuell ätstörning. Exklussionskriterier var biografier skrivna av män. Publicerade självbiografier där kvinnan även var drabbad av andra ätstörningar exkluderades eftersom syftet var att beskriva hur unga kvinnor diagnostiserade med AN upplever mötet med vården.

Datainsamling

Vid sökandet av självbiografier användes LIBRIS som sökmotor för att få fram potentiella data. Sökord som nyttjades var anorexia nervosa* biografi* vilket resulterade i 43 träffar. Av dessa valdes 5 självbiografier som potentiell data genom att de kontrollerades mot urvalet, se bilaga 1. Datainsamlingen genomfördes genom att de 5 självbiografierna som matchade urvalet lästes och post-it lappar placerades ut i böckerna där möten med vårdpersonal förekom. Sedan diskuterades de funna delarna i självbiografierna och en jämförelse gjordes för att upptäcka eventuella skillnader i tolkning av text.

Analys

Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån en modell beskriven av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Datamaterialet lästes upprepade gånger enskilt för att skapa en förståelse för helheten vilket Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver som en del i analysprocessen. Därefter identifierades meningsbärande enheter, det vill säga ord, meningar och stycken som svarade på syftet. Dessa markerades med post-it lappar i texten som lästes av båda författarna. Därefter kondenserades de meningsbärande

enheterna för att texten skulle bli mer lätthanterlig och endast de viktiga delarna av texten bevarades. Texten abstraherades genom att den förseddes med känslouttryck för att starkare peka på vad det handlade om för upplevelse i aktuell meningsenhet och genom det kodades texten. Koderna jämfördes för att finna likheter och skillnader. De koder som hade gemensam nämnare grupperades under preliminära kategorier. Utefter kodningen formades underkategorier som låg till grund för de kategorier som senare skapades. Underkategorier är således ett flertal koder som sätts samman och som beskriver liknande innehåll. Flera underkategorier med gemensamma beröringspunkter utgör en kategori. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) anger att kategori inte får beröra en annan utan ska vara fristående och således ha annorlunda innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim (2017)). Kategorierna utgör det manifesta innehållet, det vill säga de innehåll i datamaterialet som är klart synliga och textnära.

Etiska överväganden

I denna studie har forskningsetiska riktlinjer följts (Helsingforsdeklarationen 2014). I linje med medicinska forskningsrådet (2003) har informanter till studien valts så att resultatet blev användbart för samhället. Ingen medveten förvrängning i tolkning av datamaterialet har skett, vilket ur en etisk synvinkel medför att tilliten till forskarna och resultatet stärkts (Medicinska forskningsrådet, 2003).-Enligt Helsingforsdeklarationen (2014) ska deltagande i en studie alltid vara frivilligt och samtycke lämnas. En självbiografi är en publicerad offentlig handling, genom att allmänheten har tillgång till handlingen har även nyttjanderätt givits (SFS 1960:729). Helsingforsdeklarationen (2014) beskriver att försiktighetsåtgärder ska vidtas för att skydda deltagares privatliv. För att uppfylla det kravet har text i självbiografierna tolkats i sin helhet för att upplevelsen som finns beskriven i självbiografien inte skulle förvrängas (Helsingforsdeklarationen, 2014). Ingen data redovisades utan att författaren till informationen givits erkännande genom att referens angavs antingen i text, eller gällande resultatet i referenslista, således skedde ingen plagiering (SOU 1999:4).

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framkommer fyra kategorier med åtta underkategorier som presenteras i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Översikt av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Känna sig orättvist behandlad	Tappat kontrollen
	Ilska över restriktioner
Hamnat i underläge	Rädsla för att bli missförstådd
	Känsla av otillräcklighet
Utsatt för maktmissbruk och tvång	Att inte bli tagen på allvar
	Förödmjukelse och att vara utlämnad
Hopp och förtroende	Behovet av att involveras i sin behandling
	Känna trygghet och tillit när personen är i fokus

Känna sig orättvist behandlad

Känna sig orättvist behandlad handlar om att kvinnorna upplever att de inte behandlas som andra och inte själva får styra över exempelvis sin behandling. Detta innefattar att de tappat kontrollen samt ilska över restriktioner.

Tappat kontrollen

De unga kvinnorna diagnostiserade med AN upplever orättvisa i mötet med vårdpersonalen. Detta på grund av att det är personalbrist, vilket resulterar i tidsbrist. När det inte finns tillräckligt med personal som har tid att möta de unga kvinnorna och ge dem tid upplevs det orättvist. Samma känsla etableras hos kvinnorna när personalen lämnar vården och säger upp sig till följd av dåliga arbetsvillkor. Funderingar uppstår kring om inte personalen förstår att någon annan blir lidande av agerandet. Orättvisa upplevs i mötet när de unga kvinnorna känner att de inte längre har kontroll, när känslan infinner sig att någon annan fattar beslut över deras huvuden. Beslut som exempelvis rör deras behandling, hur mycket de ska äta under en dag eller hur mycket de får delta i fysisk aktivitet.

Men de kunde säga upp sig, gå hem till sina familjer, ta en promenad i skogen med hunden och fortsätta sina liv, fast utan jobb. De tänkte inte på vad som hände med oss, som inte kunde säga upp oss från det vi ogillade. Som vanligt var det känslan av orättvisa som gjorde mest ont (Åkerman, 2004, s. 115).

Ilska över restriktioner

De unga kvinnorna upplever att deras autonomi hindras och en känsla av ilska etableras. Tillfällen då mätvärden är alldeles för dåliga och vårdpersonal beslutar om restriktioner i det dagliga livet fyller de unga kvinnorna med hat gentemot personen som uttalar förbudet. De unga kvinnorna upplever att livet rycks ur deras händer, det som betyder något i deras liv plockas bort av vårdpersonalen. Upplevelsen är att vårdpersonalen inte förstår att de inte kan plocka bort det enda positiva som finns kvar i deras liv. De upplever att personalen inte bryr sig om individen utan enbart ser på dem efter mått. När de unga kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte tar sjukdomen på allvar eskalerar ilskan. Exempelvis när kommentarer uttalas kring att om de bara äter så kommer de bli friska. Tillfällen då vårdpersonalen möter dem med tystnad skapar ilska, om inte personalen tänker tala, så tänker inte de unga kvinnorna heller bidra till samtalet. I början av kontakten med vården upplevs respekt gentemot personalen, en känsla som sedan kan bli till ett hat. Hatet grundar sig i vad de avser att personalen i vården utsätter dem för.

När jag kom till barnpsykiatri första gången hade jag haft respekt för skötarna och vitrockarna. Jag hade lytt dem, och blivit rädd när de hotade med bältessängar och sond. Jag hade trott att de var överlägsna, att jag inte hade en chans mot dem. Nu var respekten försvunnen och ersatt av hat och hämndlystnad för allt de gjort mig (Åkerman, 2004, s. 194).

Hamnat i underläge

Hamna i underläge handlar om att de unga kvinnorna upplever sårbarhet genom att vårdpersonalen inte har samma syn som de själva har. Det uppstår en rädsla inför vad vårdpersonalen tänker om dem. De känner att framsteg förbises, fokus ligger på det negativa och att för höga krav ställs. Detta innefattar rädsla för att bli missförstådd samt en känsla av otillräcklighet.

Rädsla för att bli missförstådd

När personal i vården påpekar att de unga kvinnorna behöver gå upp i vikt, upplevs det som något helt främmande. En viktuppgång känns onödig och de unga kvinnorna upplever att vårdpersonalen missförstår deras hälsa. Missförstånd som senare resulterar i ledsamhet uppstår i de mest basala situationer, som exempelvis när personal i vården serverar mat. De

unga kvinnorna förstår inte hur vårdpersonalen kan förvänta sig att de ska äta det som finns på tallriken.

En sköterska kommer in med lunchen på en bricka, ställer den på bordet och lyfter på locket till tallriken. Sedan går hon och jag sitter här med brickan framför mig. Jag kastar en blick på maten. Köttgryta och potatis. Tror de verkligen att jag ska äta det? Förstår de inte någonting? (Liman, 2000, s. 44-45).

De unga kvinnorna är i mötet med personalen rädda för att inte få någon hjälp. De undrar vad personalen tänker och tycker vilket skapar rädsla för att bli missförstådd och inte få hjälp. Upplevelsen är att vårdpersonalen ser på dem på ett annat sätt än vad de själva gör. De unga kvinnorna förstår inte hur någon kan säga till dem att de är underviktiga när de i själva verket anser sig själva vara överviktiga. Det i sig skapar en rädsla inför att bli missförstådd.

Känsla av otillräcklighet

De unga kvinnorna upplever att för höga krav ställs på dem och känslan av otillräcklighet framkommer. De upplever att de har hälsa och är hälsosamma medan vårdpersonalen är av en annan uppfattning och ställer krav på viktuppgång. Något för de unga kvinnorna många gånger helt otänkbart. De unga kvinnorna upplever kraven på näringsintag som oacceptabla och ställer sig frågan hur vårdpersonalen kan förvänta sig en viktuppgång, när de själva hellre ville gå ner i vikt. Något som leder till att de upplever sig kritiserade och missförstådda. De unga kvinnorna upplever i mötet med vårdpersonal att fokus ligger på det negativa, att personalen under mötet inte ser de positiva under behandlingens gång. Framstegen uppmärksammas inte utan de upplever att i mötet får höra vad de behöver göra bättre, istället för att få höra hur långt de faktiskt har kommit på vägen mot tillfrisknade. När personalen tjarar på dem om att de behövde gå upp i vikt, istället för att se det positiva i att de faktiskt äter, sköter sin skolgång och håller vikten, upplever de unga kvinnorna det som kritik. De vill få möjlighet att ta ett steg i taget.

Min viktfobi fanns fortfarande kvar, förhållandet till maten hade inte förändrats och ansågs alltså fortfarande som anorektiskt. Jag tyckte det var irriterande att alltid behöva höra det, tyckte att man borde se det positiva istället: jag åt ju faktiskt. Varför hålla på och tjafsa om min vikt och hälsa, de fick väl nöja sig med det faktum att jag klarade av att gå i skolan och äta så att jag inte gick ned i vikt (Liman, 2000, s. 75).

Utsatt för maktmissbruk och tvång

Utsatt för maktmissbruk och tvång handlar om att kvinnorna upplever sig kränkta och maktlösa i mötet med vårdpersonalen. Detta innefattar att inte bli tagen på allvar samt känna sig utlämnad och förödmjukad.

Att inte bli tagen på allvar

De unga kvinnorna är rädda för att inte bli tagna på allvar. Det grundar sig bland annat i att de hela tiden får upprepa sin sjukdomshistoria för vårdpersonal, detta på grund av personalen sällan läst deras journal före mötet. Rädslan över att inte bli tagen på allvar uppges också bero på att de själva anser att de inte väger tillräckligt lite. I situationer då de blir ombedda att uppskatta storleken på sina kroppar upplevs en rädsla för att inte bli tagen på allvar och vidare inte få någon hjälp.

Jag känner mig genast äcklig. Låren! Det är nu de förstår att jag är helt normal, att jag inte är tillräckligt smal för att vara här, för att få hjälp, för att få klassas som en tjej med ätstörningar. Mina lår är på tok för tjocka, rentav fläskiga. (Lagerstedt, 2015, s. 155).

De unga kvinnorna upplever att de blir utfrågade vid kontakt med vårdpersonal. Att frågor ställs för att se om de passar in i vårdens mall, mallen som visar om de är tillräckligt sjuka. De uttrycker att det känns som att personalen ställer alla dessa frågor för att se om de passar in i den behandling vården erbjuder, inte hur behandlingen kan utformas efter dem och deras behov av hjälp. Att en gång bli mött med en nedvärderande attityd skadar förtroendet för vården, vilket påverkar kommande möten i form av att de unga kvinnorna drar sig för att söka hjälp. Söker de hjälp trots det, finns rädslan att inte bli tagna på allvar. När hjälp nekas eller hjälpen inte är tillräcklig upplever de unga kvinnorna att allt hopp tas ifrån dem. En situation är exempelvis när en av de unga kvinnorna blir placerad i kö. Hon blir tillsagd att andra behöver hjälp före henne och att hennes tur kommer när de andra patienterna är friska. Situationer likt denna gör att de unga kvinnorna upplever känslor av sorg och hopplöshet. Vid kontakt med flera parter i vården får de höra att de är olika mycket sjuka beroende på vart i vården de vänder sig, vilket sårar. De upplever att personalen inte tar deras sjukdom på allvar. Känslor av att inte vara tillräckligt sjuk och inte förtjäna hjälp uppstår. Upplevelsen blir att ingen förstår och ingen vill hjälpa. Kommentarer som antyder att problemet är löst och inget allvarligt resulterar i att de unga kvinnorna känner sig missförstådda.

Ska det verkligen kännas såhär om det inte är något fel? Varför förstår hon inte att jag mår dåligt? Vill hon inte hjälpa mig? Kanske är det för att jag inte är tillräckligt smal, för att förtjäna sådan här hjälp måste man kanske vara pinnsmal (Lagerstedt, 2015, s. 30).

Känna sig utlämnad och förödmjukad

Vid möten med vårdpersonal beskriver de unga kvinnorna att de sällan får sin röst hörd. De upplever att det inte finns något utrymme för att ifrågasätta och känner sig överkörda. Vem som har rätt och fel upplevs vara förutbestämt. Att patienten alltid har fel och vårdpersonal alltid har rätt resulterar i att de även då känner sig överkörda. En av de unga kvinnorna beskriver hur personalen i flera fall feldokumenterade i journalen, hon ifrågasatte personalen men fick till svar att hon hade fel och bara hittade på. Att bli förödmjukad med elaka ord, utsatt för makt, tvång och hot beskrivs som återkommande i mötet med vårdpersonal. När

vårdpersonal ställer ultimatum kring matintag och hotar med sondmatning eller placering i bältessäng vid matvägran upplevs det kränkande. Känslan av maktlöshet upplevs när de unga kvinnorna inte har någon talan i mötet med vårdpersonalen. Att under tvång utsättas för kroppsvisitation medför att de upplever bristande respekt för deras integritet och att de känner sig kränkta.

Tårarna värkte i ögonvrån när sköterskan stoppade sin hand i mina trosor, men jag skulle inte skrika, inte gråta. För mig, en sextonårig flicka med stort kroppsförakt, går den känslan knappt att beskriva. Jag, som inte ens ville tvätta mig själv med tvål i duschen för att jag var så äcklig och ful. Ännu mindre ville jag det eftersom det alltid var någon med mig i duschrummet (Åkerman, 2004, s. 121).

Hopp och förtroende

Hopp och förtroende handlar om unga kvinnors upplevelse av att möta personal inom vården som har en god attityd, vilken grundar sig i respekt och ett gott bemötande. Detta innefattar behovet av att involveras i sin behandling samt känna trygghet och tillit när personen är i fokus.

Behovet av att involveras i sin behandling

De unga kvinnorna beskriver hur viktigt det är att få vara involverad i vård och behandling, upplevelsen är att vårdpersonalen lyssnar och tar dem på allvar. Att bli tolkad och förstådd på rätt sätt är något som uttrycks vara svårt. De unga kvinnorna beskriver hur skönt det är när vårdpersonalen upprepar det som uttryckts, för att på så sätt kontrollera att vårdpersonalen har uppfattat och tolkat känslor och tankar korrekt. Detta gör att de unga kvinnorna känner sig bekräftade och lyssnade på. Att själv få vara delaktig i planering av behandling för att bekämpa sjukdomen skapar en positiv upplevelse i mötet. När vårdpersonal lyssnar och involverar de unga kvinnorna leder detta till att de vill gott och hjälpa dem tillfriskna. Miljön uttrycks vara betydelsefullt i mötet. När de befinner sig i en miljö där det är accepterat att ge uttryck för känslor formas upplevelsen av lättnad. I en sådan miljö vågar de visa känslor utan att behöva ta hänsyn till någon annan. I vissa fall tyr sig de unga kvinnorna endast till en personal och känner då förtroende och tillit till honom eller henne. En sådan situation kan vara när tycke fattas för någon som skänker glädje. Känslan av sorg kan skölja över när de inte får möjlighet att möta dessa energigivande individer i vårdpersonalen.

Trots flera fall där behandling grundar sig i tvång kan det ändå uppfattas som positivt, då känslan av att personalen vill gott återigen uppstår. En situation som fångar denna känsla väl är när en av de unga kvinnorna blir fasthållen av en läkare vilken tvingar i henne näringslösning. Känslan som upplevs i situationen är att läkaren genomför tvångsmatningen av omsorg. Kampen om att inte äta är således mellan läkaren och sjukdomen, inte mellan läkaren och den unga kvinnan. I sådana situationer upplevs det som att vården med hjälp av alla tänkbara medel vill att de unga kvinnorna ska bli friska, vilket då kan resultera i en känsla av hopp.

Det som hände denna decembermorgon fick mig efteråt att tänka efter och för ett tag blev det lite lättare för mig att se att jag faktiskt var sjuk, vilket jag ännu inte fullt ut hade insett. Denna insikt kan ha varit ett av mina viktigaste steg mot att bli frisk (Liman, 2000. s. 63).

Känna trygghet och tillit när personen är i fokus

När det finns en struktur i form av ordning och gott samarbete i arbetsgruppen beskriver de unga kvinnorna att vården upplevs professionell. Mötet blir lättare och en känsla av tillit och trygghet till vården skapas. Under mötet med vårdpersonal upplevs det viktigt att mötet är avslappnat och att fokus inte bara ligger på sjukdomen. Att samtalet och mötet styrs utifrån dem själva upplevs som en form av lättnad. Tillfällen när vårdpersonal lyckas få de unga kvinnorna att slappna av under mötet upplevs positivt och en känsla av trygghet skapas. Tryggheten bidrar till upplevelsen att inget ont kan skada, de vågar släppa behovet av kontroll, om än bara för en liten stund. Denna upplevelse är något som kan åstadkommas genom att vårdpersonalen exempelvis sjunger för de unga kvinnorna samtidigt som behandlingen pågår.

Långsamt börjar jag slappna av och känner mig trygg, precis så trygg som när mamma satt och strök mig över håret när jag var liten och inte kunde sova. Att Elvy glömmet vissa ord i visan och att hon nynnar gör det bara charmigt, som att hon verkligen ger av sig själv till mig (Lagerstedt, 2015, s. 286).

Resultatsammanfattning

Upplevelsen av orättvisa kan uppträda ur ett flertal händelser såsom när de unga kvinnorna känner att det inte finns tid för dem i vården. Även när beslut fattas över deras huvuden och deras autonomi går förlorad. Förlorad autonomi kan även leda till att ilska och hat uppstår gentemot vårdpersonalen. De unga kvinnorna och personalen i vården har olika syn på hälsa respektive ohälsa, vilket kan leda till missförstånd. Det finns en rädsla kring vad vårdpersonalen tycker och tänker om de unga kvinnorna. Känslan att fokus ligger på hur långt de unga kvinnorna har kvar till ett tillfrisknande istället för att se det positiva som åstadkommit på vägen förekommer. De unga kvinnorna känner sig utlämnade och det finns en rädsla inför att inte bli tagen på allvar. Upplevelsen av att möta nedvärderande attityder förekommer, vilket skadar förtroendet till vården. De unga kvinnorna blir utsatta för makt och tvång vilket resulterar i känslan av maktlöshet och att bli kränkt. Det framkommer dock inte enbart negativa aspekter i mötet. När väl de unga kvinnorna involveras i vård och behandling upplevs det positivt. Känslan av att någon förstår dem och att de blir bemötta med värdighet. De unga kvinnorna upplever vid ett gott möte att motparten lyssnar och ger dem rum att känna. När en struktur finns i vårdorganisationen inger det känslan av förtroende och trygghet. Tryggheten gör att de unga kvinnorna vågar släppa kontrollen och slappna av.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur unga kvinnor diagnostiserade med AN upplever mötet med vårdpersonal. För denna studie valdes induktiv ansats där datamaterialet bestående av självbiografier analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Självbiografier valdes som datainsamlingsmetod på grund av att de fångar upplevelser och ger en inblick i individernas värld under sjukdomsperioden. En alternativ datainsamlingsmetod hade kunnat vara att genomföra intervjuer, vilket enligt Danielsson (2017) anses vara en lämplig metod. Dock var det inte möjligt att genomföra en intervjustudie på grund av en begränsad tidsram. Intervjuer tar mycket tid då det krävs planering för att finna och möta deltagare. Ytterligare en aspekt att ha i beaktning vid intervjustudie är trovärdigheten kring datamaterialet som inhämtas under intervjun. Dahlberg (1997) beskriver att i en intervjustudie är lätt att göra misstag, såväl vid bearbetning av insamlat material som under intervjun. Risken föreligger att studieförfattarna gör feltolkningar. Därmed ansågs självbiografier vara det mest lämpade att nyttja.

Urvalet innefattar begränsningar gällande kön, ålder, språk, publicerings år samt begränsningar beträffande individer som även var diagnostiserade med andra ätstörningar. Hade urvalet breddats hade en större bild kring upplevelsen av mötet kunnat tillgodogöras. Begränsningen till kvinnor grundar sig i författarnas eget intresse och att majoriteten som drabbas av AN är kvinnor. Utbudet av självbiografier författade av kvinnor var större än utbudet av självbiografier författade av män. Beträffande åldersbegränsningen ansågs den vara relevant då sjukdomsförloppet ofta debuterar i tonåren samt det faktum att Nestor (2015) finner att en procent av alla kvinnor i åldern 13-30 i Sverige har diagnosen AN. Begränsningar i självbiografiernas publiceringsår gjordes i ett försök att förhålla sig till dagens sjukvård i största möjliga mån. Analysmetoden som nyttjades var en kvalitativ innehållsanalys eftersom upplevelser skulle granskas och en stor mängd data bearbetas. En induktiv ansats användes på grund av att innehållet skulle analyseras förutsättningslöst. Kategorierna utgör det manifesta innehållet, det vill säga de innehåll i datamaterialet som är klart synligt och textnära. Under analysen fokuserades det manifesta innehållet det synliga i de unga kvinnornas upplevelse. Hade det latent innehåll stället fokuserats skulle den underliggande meningen eftersökts.

Giltighet, tillförlitlighet, delaktighet och överförbarhet är ytterligare begrepp som används när trovärdighet av en studie ska bedömas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I resultatet lyfts det väsentliga genom att de unga kvinnornas upplevelse av möten med vårdpersonalen beskrivs. Tillvägagångssättet för analys av datamaterial finns noggrant beskrivet vilket gör att studien anses vara tillförlitligt. Olsson och Sörensen (2007) anger att det är viktigt vid kvalitativ forskning att förförståelsen redovisas och att den inte påverkar. I analysen föreligger ändå viss risk för egen tolkning, något Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar krävs för att ett resultat ska skapas, exempelvis vid formandet av underkategorier och kategorier. Med hjälp av noggrann beskriven av datainsamling, urval och analys framkommer en tydlig bild av tillvägagångssättet som förmedlas till läsaren. Läsaren är den som avgör om överförbarhet är möjligt och bedömningen underlättas av en

noggrann beskriven metod (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Det anses vara etiskt korrekt att genomföra studien då självbiografierna är publicerade och således offentlig handling. Där anses deltagandet vara frivilligt, något som Helsingforsdeklarationen (2014) reglerar. Självbiografierna har tolkats i sin helhet vilket är skyddande gentemot författarna till självbiografierna.

Resultatdiskussion

Av resultaten framkommer att de unga kvinnorna känner sig orättvist behandlade och blir försedd med restriktioner. Att bli fråntagen sin autonomi framkommer som en tydlig orsak till känslan. Enligt Patientlagen (2014:821) ska patientens autonomi främjas. En orättvisa i att bli försedd med restriktioner. Känslan gentemot vårdpersonalen kan gå från att präglas av respekt till att upplevas som ett hat till följd av vad de upplever sig bli utsatta för. Arman och Rehnsfeldt (2011) finner att ett lidande kan uppstå när förståelse mellan patient och sjuksköterska är bristande. Resultaten tydliggör att kvinnorna upplever att vårdpersonal fattar beslut över deras huvuden. Det som upplevs som positivt i livet fråntas dem. De unga kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte bryr sig om dem, att de blir betraktade efter mått och inte som enskilda individer. Pemberton och Fox (2013) anger att patienter diagnostiserade med AN blir betraktade som sin sjukdom och att deras beteende antas vara ett symptom till AN, personligheten faller bort i betraktarens ögon (Pemberton & Fox, 2013). Ytterligare en aspekt bidrar till känslan av orättvisa är när de unga kvinnorna upplever att de inte får den tid de behöver i mötet med vården. Ross och Green (2011) menar att patienter med AN behöver tid i mötet för att tillit mellan patient och sjuksköterska ska etableras och en relation ska skapas (Ross & Green, 2011). För att kunna tillfriskna och bygga en ny styrka anger Jormfeldt och Sevdberg (2006) att patienten kan behöva få stöd. Enligt van Ommen et al. (2009) är det betydelsefullt att avsätta tid och engagemang i mötet med patienter. George (1997) menar att patienter med AN finner att ett gott stöd från vården grundar sig i exempelvis empati och acceptans, något som således inte kan identifieras i de unga kvinnornas upplevelse eftersom de känner att tiden inte finns för stöd. En stödjande relation kan vara svår att nå främst av den anledning att vårdpersonal saknar kompetens kring vård av patienter med AN (George, 1997).

Resultaten visar att kvinnorna upplever att de hamnat i underläge i mötet med vårdpersonalen. De blir missförstådda eftersom deras uppfattning är att de är vid god hälsa, något som kvinnorna framhåller inte delas av vårdpersonalen. Cooper et al. (2007) anger att en individ som diagnostiseras med AN har en självuppfattning som upplevs mer sann än andras syn på dem. Individernas känslor upplevs vara det verkliga (Cooper et al., 2007). Kvinnorna upplever sig vara hälsosamma och inte alls underviktiga. Allgulander (2014) finner att sjukdomsförloppet startar med en skev kroppsuppfattning vilket leder till ett försök i att nå en idealvikt. Klang Söderkvist och Björkdahl (2014) menar att i kroppsuppfattning innefattas självuppfattning vilken kan påverka hälsan. Självuppfattningen innefattar hur individen betraktar sig själv men påverkas av andras syn på dem (Klang Söderkvist & Björkdahl, 2014). De unga kvinnorna kan uppleva sig missförstådda just för att deras självuppfattning inte stämmer överens med verkligheten. Eriksson (1989) beskriver att eftersom hälsa är relativt och upp till individen själv att definiera, kan det antas att kvinnorna uppfattar sig själva vara vid god hälsa. Watson (1993) menar trots att det finns en obalans

hos människan, behöver denna inte vara medveten, något som kan förekomma hos de unga kvinnorna. Detta är något som således kan relateras till kvinnornas känslor. När kvinnorna och vårdpersonalen inte är i samförstånd och deras syn på sin hälsa inte stämmer överens med personalens syn, blir inte de behov kvinnorna har bemötta och ingen relation främjas. Travelbee (1971) menar att om vårdpersonalen inte lyckas etablera en relation kommer inte patientens behov att tillfredsställas (Travelbee, 1971). För att förståelse ska kunna skapas mellan sjuksköterska och patient, och därmed missförstånd undvikas, är det viktigt att sjuksköterskan är fördomsfri gentemot patienten (Cleary & Edwards, 1999).

Av resultaten framgår att kvinnorna i mötet upplever att de är utsatta för maktmissbruk och tvång. De unga kvinnorna upplever att det inte finns utrymme att själva uttrycka en önskan eller åsikt. Nordbø, Gulliksen, Espeset, Skårderud, Geller och Holte (2008) framhåller att patienter diagnostiserade med AN vill ha rätt att själva styra behandlingen de ges under sjukdomstiden. Wiklund (2003) konstaterar att vårdpersonal tenderar att hamna i en maktposition gentemot patienten och att det då är vårdens ansvar att reflektera kring detta och undvika att makten blir dominerande. ICN (2017) fastställer att sjuksköterskan ska arbeta för att vården bedrivs på ett etiskt korrekt vis med respekt för individens rättigheter. Det ska finnas ett utarbetat arbetssätt som säkerställer att etiska värderingar och förhållningssätt eftersträvas (ICN, 2017). Resultaten visar även att de unga kvinnorna känner sig kränkta i mötet med vårdpersonal, således kan vården inte bedrivas utefter ICN:s etiska kod. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anger att vården ska ges med respekt samt att människans värdighet ska tas i beaktning. De unga kvinnorna upplever förödmjukelsen i att utsättas för kroppsvisitering och hur det kränker deras värdighet. King och Turner (2000) belyser sjuksköterskors svårigheter att ge patienter med AN respektfull vård till följd av att de själva slås ner av motgångarna som patienterna upplever. För att undvika en maktobalans och bedriva god vård är det effektivt att ändra fokus från de enskilda negativa delarna i behandlingen till att observera en helhet för att försöka förstå patienter med diagnosen AN (King & Turner, 2000). Även Råstam et al. (1995) konstaterar att vårdlidande kan undvikas genom att vården anpassas till varje enskild individ. Frågor ska ställas för att se om de unga kvinnorna passar för den behandling vården har att erbjuda, istället för att forma vården efter varje enskild individ.

Resultaten visar att när de unga kvinnorna upplever hopp och förtroende och att någon bekräftar och tar dem på allvar leder detta till en känsla av delaktighet. Sjuksköterskor ska ta hänsyn till patientens önskemål vilket bidrar till de kan vara närvarande i mötet (Karlsson & Sanden, 2007). När sjuksköterskor förmedlar trygghet och låter patienten vara delaktig i vården stärks mötet (Cleary & Edwards, 1999). Av resultaten framgår att när mötet styrs av de unga kvinnorna upplevs en lättnad och en trygghet. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska hälso- och sjukvård i största möjliga mån utformas och genomföras tillsammans med patienten. Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) framhåller att delaktighet främjas av att patienten blir sedd och hörd i mötet. När patienten blir uppmärksam och får önskemål respekterade skapas en tillit till sjuksköterskan (Larsson et al., 2007). Travelbee (1971) menar att en relation som inom vården är god, hjälpsam och möter de behov som människor har kallas för en människa-människa relation. Det är sjuksköterskans ansvar att vårda denna typ av relation men den etableras av båda parter. I en sådan relation ses deltagarna som unika individer (Travelbee, 1971). En god relation leder till en förbättrad självkänsla hos patienten vilket främjar behandlingen (Murray et al., 2011).

Vårdpersonalen lyckas förmedla trygghet och skapa en avslappnad miljö för de unga kvinnorna. Fokus är inte alltid på sjukdomen och de unga kvinnorna får själva styra mötet

Konklusion

Studien bidrar med kunskap om hur unga kvinnor diagnostiserade med AN upplever mötet med vårdpersonal. Kvinnorna upplever att mötet kan vara såväl negativt som positivt samt att det behöver avsättas tid och vårdpersonalen behöver ta hänsyn till autonomi. Kvinnorna anser att vårdpersonalen behöver ha kunskap om vården av patienter diagnostiserade med AN. Eftersom synen på hälsa respektive ohälsa skiljer sig mellan parterna upplever kvinnorna att de blir bemötta med en negativ attityd. Kvinnorna önskar att vården ges utifrån ett etiskt perspektiv för att förhindra att maktobalans uppstår. Att vården anpassas efter den enskilda individen upplevs viktigt. De framsteg som förekommer under behandlingen bör uppmärksammas för att vården ska präglas av positivitet. När patienter diagnostiserade med AN upplever sig delaktiga stärks mötet. När de unga kvinnorna upplever att de blir respekterade och lyssnade på främjas en relation vilken har betydelse för tillfrisknandet. Kvinnorna upplever att ett gott bemötande, en positiv attityd samt adekvat kunskap hos vårdpersonal är hälsofrämjande för patienter diagnostiserade med AN.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet omvårdnad

Studien kan användas av vårdpersonal för att få en inblick i hur unga kvinnor diagnostiserade med AN upplever mötet med vården. Genom att få en inblick i hur kvinnorna känner under mötet kan vårdpersonal använda kunskap för att skapa ett gott möte och genom det etablera en god relation. En god relation kan vidare bidra till att främja ett tillfrisknande.

Vad beträffar studiens betydelse för ämnets utveckling behöver så ger den en inblick i mötet mellan patienter och vårdpersonal, dock behöver ämnet undersökas ytterligare. Detta för att minimera de negativa upplevelser som de unga kvinnorna gett uttryck för och genom det främja ett tillfrisknande och förebygga ohälsa som kan uppstå i mötet. Förslag till fortsatt forskning kan vara att belysa ett större åldersspann och involvera manliga individer diagnostiserade med AN för att få ett bredare spektrum. Att genomföra en intervjustudie skulle kunna bidra till att kunskapen ökas ytterligare och att upplevelser i realtid fångas. Det vore givande att undersöka mötet ur vårdpersonalens synvinkel för att ta reda på hur de upplever mötet med dessa patienter. Att inrikta forskningen på mötet med specifika yrkeskategorier för att urskilja skillnader och likheter är ytterligare ett förslag till ytterligare forskning.

REFERENSER

- Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Caldwell, B., Doyle, M., Morris, M., & McQuaide, T. (2005). Presencing: channeling therapeutic effectiveness with the mentally ill in a state psychiatric hospital. *Issues In Mental Health Nursing*, 26(8), 853-871.
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). 'Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(6), 469-477. doi:10.1046/j.1365-2850.1999.00248.x
- Cooper, M., Deepak, K., Grocutt, E., & Bailey, E. (2007). The experience of 'feeling fat' in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: an exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 366-372.
- Dahlborg-Lyckhage. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg. (Red.) *Dags för uppsats*. (s. 161-172). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Danielsson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 285-299). Lund: Studentlitteratur.
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Muskat, S., Domingo, A., & McCallum, L. (2016). "You don't have anorexia, you just want to look like a celebrity": perceived stigma in individuals with anorexia nervosa. *Journal Of Mental Health*, 25(1), 47-54. doi:10.3109/09638237.2015.1101422
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal Of Advanced Nursing*, 26(5), 899-908. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.00421.x

Helsingforsdeklarationen. (2014). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad den 12 december, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Henricsson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

Hupcey, J. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal Of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x

Hupcey, J., & Morse, J. (1997). Can a professional relationship be considered social support?. *Nursing Outlook*, 45(6), 270-276.

Jormfeldt, H & Svedberg, P. (2006). Hopp – en förutsättning för återhämtning. Skärsäter, I. & Arvidsson, B. (red.) *Psykiatrisk omvårdnad*. (s.169-182). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, M., & Sandén, I. (2007). A group of nurses' accounts of good palliative care situations. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 27(1), 50-53.

King, S., & Turner, D. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x

Klang Söderkvist, B. (2014). Hälsa, välbefinnande och sjukdom. I B. Klang., I Thorell-Ekstrand. (Red.) *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok*. (s. 46-69). Harlow: Pearson.

Klang Söderkvist, B & Björkdahl, A. (2014). Psykosocial hälsa och psykisk ohälsa. I B. Klang., I Thorell-Ekstrand. (Red.) *Sjuksköterskans omvårdnadskunnande: en praktisk och teoretisk grundbok*. (s. 72-89). Harlow: Pearson.

Lagerstedt, M. (2015). *Kenneths marionett: min kamp mot anorexin*. Helsingborg: Hoi.

Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C., & Plos, K. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 21(3), 313-320.

LIBRIS – nationella bibliotekssystem. *Om libris*. Hämtad 14 februari, 2018. Från http://librishelp.libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp?redirected=true&pref_is_set=&textsize=&contrast=&language=se

Liman, L. (2000). *När mörkret kom: en bok om anorexia*. Västerås: Författarhuset.

Lundman, B & Hällgren Granheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Granskär & B, Höglund-Nielsen. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219-233). Lund: Studentlitteratur.

Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad den 28 mars, 2018, från <http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/>

Murray, A. L., Crawford, K., McKenzie, K., & Murray, G. (2011). How to develop patient trust in anorexia treatment. *Nursing Times*, 107(3), 24-26.

Nestor, L. (2015). *Statistik över ätstörningar i Sverige*. Hämtad 26 februari, 2018, från <https://atstorningar.se/statistik-over-atstorningar-i-sverige/>

Nordbø, R., Gulliksen, K., Espeset, E., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2008). Expanding the concept of motivation to change: the content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(7), 635-642. doi: 10.1002/eat.20547

Nordlund, T. & Bank, S. (2006). *Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi*. Älvsjö: Big bok.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.

Pemberton, K., & Fox, J. (2013). The Experience and Management of emotions on an inpatient setting for people with anorexia nervosa: A qualitative study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 226-238. doi: 10.1002/ccp.794

Ross, J. A., & Green, C. (2011). Inside the experience of anorexia nervosa: A narrative thematic analysis. *Counselling & Psychotherapy Research*, 11(2), 112-119. doi:10.1080/14733145.2010.486864

Råstam Bergström, M., Gillberg, C. & Gillberg, I.C. (1995). *Anorexia nervosa: bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning/Almqvist & Wiksell medicin.

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 26 februari, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 28 mars, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 1960:729. *Lag om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk*. Stockholm: Justitiedepartementet L3. Hämtad 12 december, 2017, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och_sfs-1960-729

Skott, C. (2017). Berättelser – narrativ analys och tolkning. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 205-215). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2017). *Anorexia Nervosa*. Hämtad 4 december, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/anorexianervosa-f500-f501>

SOU 1999:4. *God sed i forskningen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad den 28 mars, 2018, från <http://www.regeringen.se/49b721/contentassets/5c8f018508cb46f89d17a90c0a3b15d7/sou-19994>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 29 mars, 2018, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. ed.) Philadelphia: Davis.

van Ommen, J., Meerwijk, E., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(20), 2801-2808. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization. (1948). *Constitution of the world health organization*. Hämtad 30 november 2017 från <http://www.who.int/about/mission/en/>

Åkerman, S. (2004). *Zebraflickan*. Västerås: Författarhuset.

Österberg, H. (2014). *Varje dag har vi en liten tävling [Elektronisk resurs]*. Hjalmarson och Högberg Bokförlag.

Bilaga 1

Sammanfattning av självbiografiska böcker

Hanna Österberg – Varje dag har vi en liten tävling, 2014

Hanna beskriver i sina dagboksanteckningar från sjukdomstiden hur hon såg sig själv som otillräcklig. Hon ville bli smal, hon ville prestera på topp och hon ville lyckas. Kombinationen av att alltid vilja prestera på högsta nivå och att vara missnöjd med sin kropp leder Hanna rakt in i sjukdomen. Hon kan inte längre uppfatta sig själv så som andra uppfattar henne utan ser sig själv som dålig och överviktig. Hon jämför sig med andra och hatar sig själv. Under sjukdomsförloppet möter hon ett flertal individer i sjukvården, på både gott och ont. Hon slås ned av attityder från vårdpersonal och lyfts och hjälps på vägen av andra.

Lina Liman – När mörkret kom: en bok om anorexia, 2000

När Lina var fjorton år debuterade hennes ätstörning. Det var på högstadiet efter att hon genomgått en större operation som det hela övergick från att ha varit tankar till att bli handling. Hon hade aldrig tidigare reflekterat över hur mycket hon vägde eller hur hon såg ut. Men i samband med att anorexian tog plats i hennes liv granskade hon sig själv från topp till tå. Lina hade höga krav på sig själv och ville alltid vara perfekt. Hon trodde även att människor i hennes omgivning hade samma höga förväntningar på henne. En ångest tog plats i Lina och den väcktes när hon upplevde att hon misslyckades. Ångesten kom när hon inte presterade eller var perfekt. Hennes kroppsuppfattning blev skev och anorexian och ångesten gick hand i hand. Trassel, som hon döpte det hela till, rev och slet i henne.

Malin Lagerstedt – Kenneths marionett, 2015

Malin har aldrig tidigare haft problem med mat, hon har alltid ätit med god aptit och alltid tyckt att det varit lite märkligt hur människor kunde ha problem med just det. Malin har alltid haft mycket höga krav på sig själv och alltid varit mycket högpresterande. När Malin börjar gymnasiet är hon inte längre den enda som är högpresterande och hennes självkänsla fallerar. I samband med att hennes mamma genomgår en depression börjar Malins psykiska hälsa att svikta. Hon börjar svälta sig själv med motiveringen att hon inte duger som hon är och inte förtjänar att äta när hon inte presterar på topp. Malin fastnar i anorexins grepp och hennes vardag kantas av kampen mot sjukdomen, samvaron med familj och vänner samt möten med vården.

Sofia Åkerman – Zebraflickan, 2004

Sofia beskriver sin upplevelse av att vara sjuk i anorexia nervosa. Sofias skriver om sina tankar kring hur det är att vara inlagd och behandlas på en psykiatrisk vårdavdelning, men även hur det känns att hamna mellan stolarna inom vården. Relationer till öppenvårdsteam, psykologier och kontaktpersoner beskrivs, även hur Sofia upplever mötet med de olika personalgrupperna inom vården. Sofia beskriver både de bra och de dåliga situationer som hon har erfarit under sin vårdtid i kampen mot anorexian.

Tina Nordlund - Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi, 2006

Tina är en ung kvinna i 20-årsåldern som på ytan verkar ha allt. En karriär som elit- och landslagsfotbollsspelare, mycket vänner, en stöttande familj och en pojkvän som hon älskar och spelar fotboll på elitnivå. När livet är på topp för Tina drabbas hon av en skada under en fotbollsmatch, detta leder till vila från fotbollen under en längre tid. På grund av frustration över att inte kunna spela fotboll börjar Tina hetsträna samtidigt som hon drar när på kosten och börjar räkna kalorier. Tina insjuknar i anorexia. Tina beskriver tiden innan sjukdomen till att efter hon har tillfrisknat. Möten med psykologer och läkare beskrivs i boken, även Tinans personliga dagboksanteckningar under den jobbigaste tiden i sjukdomen.