



**UNGA SVENSKA KVINNORS  
ERFARENHETER AV ATT LEVA  
MED ANOREXIA NERVOSA**  
En självbiografistudie

**YOUNG SWEDISH WOMEN'S  
EXPERIENCES OF LIVING  
WITH ANOREXIA NERVOSA**  
A self-biography study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Högskolepoäng  
Vårtermin 2019

Författare: Elsa Birgersson  
Sofia Lundberg

## SAMMANFATTNING

Titel:	Unga svenska kvinnors erfarenheter av att leva Anorexia Nervosa – En självbiografistudie
Författare:	Birgersson, Elsa; Lundberg, Sofia
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Alander Persson, Malin
Examinator:	Sahlsten, Monica
Sidor:	22
Nyckelord:	Anorexia nervosa, biografi, dagligt liv, erfarenheter, unga kvinnor

---

**Bakgrund:** Anorexia nervosa (AN) innebär en viljestyrd viktnedgång där en låg sjukdomsinsikt ofta förekommer. Bland de psykiska sjukdomarna har AN den högsta mortaliteten och antalet som vårdas för sjukdomen har sedan 1990-talet tredubblats. För att kunna förstå och på ett djupare plan kunna hjälpa unga kvinnor som lever med sjukdomen behövs kunskap och erfarenhet av deras upplevelser. **Syfte:** Att beskriva unga svenska kvinnors erfarenheter av att leva med Anorexia nervosa. **Metod:** Induktiv ansats där datamaterialet bestående av självbiografier analyseras med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Ur analysen framkom tre kategorier; påverkan på självkänslan, svårigheter i relationen med familj och vänner och sjukdomen reglerar vardagen med sex underkategorier. **Konklusion:** Unga kvinnor med AN har ett kontrollbehov som orsakar en social hämning och ångest. Dessa kvinnor behöver bekräftelse från sin omgivning och hälso- och sjukvården på att de är sjuka och har rätt till att må bättre.

## ABSTRACT

Title: Young Swedish women's experiences of living with Anorexia Nervosa – A self-biography study

Author: Birgersson, Elsa; Lundberg, Sofia

Department: School of Health and Education, University of Skövde

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

Supervisor: Alander Persson, Malin

Examiner: Sahlsten, Monica

Pages: 22

Keywords: Anorexia nervosa, autobiography, daily life, experiences, young women

---

**Background:** Anorexia nervosa (AN) means a will-controlled weight loss and there is often a low disease insight. AN has the highest mortality rate among mental illnesses, and the number of people who are cared for because of the disease have tripled since the 1990s. Knowledge of young women's experience of AN are needed to be able to in a deeper level understand and help young women living with the disease. **Purpose:** To describe young Swedish women's experiences of living with Anorexia nervosa. **Method:** The data were analysed using qualitative content analysis. The data material consists of five autobiographies. **Results:** The analysis revealed three categories; the influence on self-esteem, difficulties in the relationship with family and friends and the disease regulates everyday life with six subcategories. **Conclusion:** Young women with AN have a need of control that causes a social inhibition and anxiety. These women need confirmation from both their environment and health care that they have a disease.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Anorexia Nervosa .....	1
Symtom och komplikationer .....	2
Behandling av AN .....	2
Lidande .....	3
Livsvärld .....	3
Hälsa .....	3
Sjuksköterskans roll och ansvar .....	4
Relation mellan patient och sjuksköterska .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Presentation av självbiografierna .....	7
Analys .....	8
Etiska överväganden .....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Påverkan på självkänslan .....	10
Självkritisk till den egna kroppen .....	10
Söker bekräftelse för sjukdomskänslan .....	11
Svårighet i relationen med familj och vänner .....	11
Vara en belastning .....	11
Känna sig utanför .....	11
Sjukdomen reglerar vardagen .....	12
Kontroll över matintaget .....	12
Styr genom fysisk aktivitet .....	13
Resultatsammanfattning .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
Metoddiskussion .....	14
Resultatdiskussion .....	15
Konklusion .....	18
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet .....	18
<b>REFERENSER</b> .....	<b>19</b>

## BILAGOR

1. Sökhistorik
2. Segestens (2017) granskningsmall

# INLEDNING

Anorexia Nervosa (AN) är en sjukdom som främst drabbar unga kvinnor på väg in i vuxenlivet (Wallin, af Sandeberg, Nilsson & Linne, 2015). Förekomsten av sjukdomen beräknas vara 0,2–0,4% hos unga kvinnor i åldrarna 12–25 år i Sverige. AN är tio gånger så vanligt hos kvinnor som hos män (Socialstyrelsen, 2009). För den enskilda individen innebär sjukdomen ångest i samband med måltid och en rädsla för att gå upp i vikt (Wallin et al., 2015). Det föreligger ofta en låg sjukdomsinsikt hos individen (Socialstyrelsen, 2017). AN är ett folkhälsoproblem som kan generera i ett kroniskt förlopp av sjukdomstillståndet och har den högsta mortaliteten bland psykiatriska störningar (Wallin et al., 2015). Sjukdomen påverkar inte enbart den drabbade utan kan störa hela familjens liv (Wallin, 2002). Unga kvinnor med AN är patienter som sjuksköterskor kan möta inom hela vårdkedjan. För att kunna förstå och på ett djupare plan kunna hjälpa unga kvinnor som lever med AN behövs kunskaper. Genom att ta del av unga kvinnors erfarenheter av att leva med AN kan förståelsen för sjukdomen öka hos de sjuksköterskor som vårdar dessa patienter.

# BAKGRUND

## Anorexia Nervosa

AN innebär en viljestyrd viktnedgång där det ofta finns en låg sjukdomsinsikt. Socialstyrelsen (2017). Det är den allvarligaste av ätstörningar och antalet som vårdas för sjukdomen har sedan 1990-talet tredubblats (Socialstyrelsen, 2009). Wallin et al. (2015) beskriver att AN är en sjukdom som ofta börjar med att personen i fråga äter mindre portioner och utesluter livsmedel som anses vara onyttiga (Wallin et al., 2015). Det finns en upplevelse av att vara överviktig trots undervikt och det förekommer ofta samsjuklighet med tillstånd som exempelvis tvångstankar, personlighetsstörning och missbruk. Att identifiera personer med AN samt i ett tidigt skede sätta in behandling är den viktigaste faktorn för tillfrisknade. Längden av sjukdomsförloppet varierar och i de fall då sjukdomen identifieras tidigt kan tillståndet vara i sex månader till ett år. Hos andra kan förloppet vara mer långdraget och pågå i fem till femton år i varierande grad (Socialstyrelsen, 2017). Perfektionism samt en förvrängd uppfattning av den egna kroppen är riskfaktorer för att utveckla ätstörning (Hurst & Zimmer-Gembeck, 2015). Individer i dagens samhälle använder sig ofta av sociala medier och blir då exponerade för både smal- och träningshets vare sig de vill eller inte. Detta i sin tur genererar att individer börjar jämföra sig med andra på bilder vilket kan leda till utveckling av ätstörningssymtom (Griffiths et al., 2018). Det allra vanligaste är att personer med AN insjuknar när de är mellan 13–15 år gamla. De uttrycker att de redan ätit för att slippa delta vid måltid, då det finns en rädsla för att gå upp i vikt. Alla tankar går åt till att tänka på mat, vikt och hur kroppen ser ut. Efter hand leder detta till bantning och viktnedgång. Fixeringen förvärras med tiden då personens vikt rasar och att avstå från måltid ökar självkänslan (Wallin et al., 2015). En orsak till varför personer insjuknar i AN kan vara en känsla av brist på kontroll i det dagliga livet. Genom att då kontrollera när och vad de äter leder det till en känsla av ökad kontroll, det utvecklas ett kontrollbehov (Patching & Lawler, 2009).

## **Symtom och komplikationer**

Individer med AN kan få somatiska symtom som sänkt puls, -kroppstemperatur och -blodtryck samt ökad behåring på kroppen. AN kan även hämma pubertetsutveckling och tillväxt (af Sandeberg & Bengtsson, 2015). Andra symtom till följd av låg vikt är; trötthet, torr hud och bristande syretillförsel till vävnaden. När personen svält sig själv leder det till att utsöndringen av hormoner som ska verka på äggstockarna hämmas. På så sätt förhindras äggstockarnas utsöndring av det kvinnliga könshormonet östrogen, vilket i sin tur leder till upphörd menstruation (Wallin et al., 2015). Relaterat till sjukdomen är svårigheter att sova, depression, ångest, självskadetankar och social isolering förekommande. Individer med AN ter sig tvångsmässigt kring mat och träning. I och med de tvångsmässiga rutiner som individen har kan det uppstå ilska och ångest ifall dessa hindras av omgivningen. Rutinerna leder till att det finns ett undvikande beteende hos individer med AN kring gemensamma måltider (af Sandeberg & Bengtsson, 2015). Vid AN hos unga kvinnor föreligger en förhöjd mortalitetsrisk, den beräknas vara cirka sex till nio gånger högre än hos jämnåriga friska kvinnor (Rosling, Sparén, Norring & von Knorring, 2011). De främsta somatiska orsakerna till dödsfall till följd av AN är hjärtrytmrubbningar, akut hjärtsvikt, lunginflammation och lågt blodsocker. Det är viktigt att vara observant på tecken som kan tyda på åttörning (af Sandeberg & Bengtsson, 2015).

## **Behandling av AN**

Att tidigt upptäcka, diagnostisera och behandla individer med AN anses vara de viktigaste faktorerna för en god prognos (af Sandeberg & Bengtsson, 2015). I ett inledande skede upplevs patienten ha blandade känslor inför behandlingen samt emellanåt ha låg motivation till förändring, vilket kan försvåra tillfrisknandet. Socialstyrelsen (2017) beskriver att det ofta finns en vilja hos patienten att tillämpa en högre aktivitetsgrad än vad läkaren finner lämpligt. Wallin (2002) beskriver att behandlingen inleds med en intensiv fas för att stoppa svälten då detta är den främsta faran. Vid behandling av unga är det viktigt med en snabb viktuppgång, detta är framförallt på grund av att tillväxten och den kroppsliga utvecklingen avstannar till följd av undervikten (Wallin, 2002). Under perioder då patienter med AN befinner sig i extrem svält kan det vara aktuellt med heldygnsvård och intensiva behandlingar (Wallin et al., 2015). När patienten börjar gå upp i vikt inleds nästa fas. Detta innebär terapi med fokus på patientens psykosociala funktion. Då vikt och psykisk hälsa stabiliserats inleds den avslutade fasen. Patienten ska då återta kontroll över sitt liv och finna nya sätt att fungera på. Efter detta följs patienten upp under en längre tid för att säkerställa att utveckling och tillväxt har normaliserats (Wallin, 2002).

Farmakologisk behandling har inte visat sig ha någon effekt på viktuppgång och sjukdomstillståndet. Däremot har denna typ av behandling visats sig ha positiva effekter vid behandling av exempelvis depression och tvångssyndrom. I de fall då patienten är undernörd och det finns en fara för livet kan det bli aktuellt med tvångsvård (Wallin et al., 2015). Lag om psykiatrisk tvångsvård innefattar tvångsvård inom slutent- eller öppen vård. Kriterierna för tvångsvård är att patienten; lider av en allvarlig psykisk störning, har ett behov av vård som endast kan ges på sjukvårdsinrättning, har vägrat vård eller på grund av psykiskt tillstånd inte kan ge samtycke. Ytterligare en förutsättning för psykiatrisk tvångsvård är om det föreligger en risk för personens egna fysiska eller psykiska hälsa och säkerhet (SOSFS 1991:1128).

Wallin (2002) beskriver att vid behandling av unga med AN har hela familjen en viktig roll och ska ses som en resurs i tillfrisknandet. Det har visats sig att vid diagnos tar föräldrar och anhöriga på sig en stor del av skulden, vilket leder till att de upplever skamkänslor. Dessa känslor måste medvetengöras från vårdpersonalen för att föräldrar och anhöriga ska återfå sin självkänsla. Det är därför värdefullt att ge stöd och information till föräldrar och anhöriga för att främja ett bättre behandlingsresultat hos individen (Wallin, 2002). Föräldrar och anhörigas medverkan i familjebaserad behandling kan påverkas av känslor som oro och ångest hos dem. Hur dessa känslor hanteras av dem kan påverka hur situationen upplevs och därmed behandlingens resultat (Dimitropoulos, Freeman, Lock & Le Grange, 2016).

## **Lidande**

Eriksson (1994) beskriver att det inom vården finns tre former av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är upplevelsen av lidande relaterat till sjukdom och behandling av sjukdom. Sjukdomslidande kan vara kopplat till smärta, vilket kan vara svårt att bemästra och kan uppta allt fokus hos den som upplever det. Om smärtan minskas kan även sjukdomslidandet lindras. Skam och skuld kopplat till sjukdomen kan orsaka själsligt lidande hos den enskilda individen. Dessa känslor kan orsakas av individen själv, omgivningen eller vårdpersonal. Då vårdpersonal använder sig av kränkning och maktutövning kan vårdlidande uppstå. Även utebliven vård kan orsaka ett vårdlidande, detta kan ske då vårdpersonalen har bristande förmåga att se patientens behov. Hela livssituationen påverkas då människa blir patient vilket kan orsaka ett livslidande. Livslidande kan beskrivas som det lidande individen upplever vid sjukdom och ohälsa, den livsstil som tidigare tagits för given är förändrad (Eriksson, 1994). På grund av det kontrollbehov som finns vid AN uppstår ett lidande hos individen (Patching & Lawler, 2009). De olika varianterna av lidande kan lindras genom att skapa en vårdkultur där patienten känner sig sedd och delaktig (Eriksson, 1994).

## **Livsvärld**

Livsvärlden utgör den existentiella värld som finns med individen överallt. Den grundar sig i erfarenheter och hur omvärlden och andra upplevs av den enskilde individen. Vissa erfarenheter och upplevelser kan delas med individer i omgivningen medan andra är unika. Inom hälsa och vårdande kan samtal kring individens livsvärld exempelvis skapa en förståelse för vad det innebär för denne att leva med sjukdom. Genom livsvärld ges möjlighet att förstå vad hälsa innebär för den enskilda individen och hur denne kan hjälpas för att återfå god hälsa (Dahlberg, 2014). Vid vårdandet av patienter med AN är det viktigt att kunna sätta sig in i dennes situation utan att döma, samt att visa respekt och värdighet (Scanlon, 2006). Ofta lever individer med AN med sin sjukdom under en längre tid, vilket leder till att hela livssituationen kommer formas av sjukdomen. Relationer, skolgång och arbete blir ofta begränsat till följd av sjukdomen och det leder till ett utanförskap (Wallin et al., 2015).

## **Hälsa**

Hälsa innebär total fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (World Health Organisation, u.å.). Enligt Eriksson (2014) är hälsa något individuellt och en helhet i rörelse. Denna helhet består av biologisk kropp, psykologisk själ och andlighet (Eriksson, 2014). Över tid

förändras även samhällets upplevelse av vad som anses som sjukt respektive friskt. Således är hälsa något relativt som är föränderligt över tid och utgör en del av människans liv. Den upplevda hälsan beskrivs som välbefinnande (Eriksson, 1989). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är hälsa mer än endast avsaknad av sjukdom och det innebär en övergripande känsla av välbefinnande. Detta är en upplevelse av att vara kapabel till att genomföra de mål som finns i personens liv. Af Sandeberg och Bengtsson (2015) beskriver att individer med AN har en låg sjukdomsinsikt och själva inte upplever sig vara sjuka. Hälsokorset är en modell över hälsans dimensioner beskriven av Eriksson (2014). Den består av två axlar med fyra positioner. Position A innebär att individen upplever en känsla av välbefinnande trots sjukdom. Detta kan vara till följd av förnekelse av sjukdom. Vid position B föreligger ingen sjukdom och individen upplever sig vara vid god hälsa. Vid position C upplever patienten ohälsa trots avsaknad av sjukdom. Sista positionen, D, förekommer sjukdom och individen upplever ohälsa. Således kan patientens hälsa positioneras ut på de olika axlarna enligt modellen (Eriksson, 2014).

World Health Organization (2014) beskriver att psykisk hälsa innebär en upplevelse av välbefinnande hos individen. Detta uppstår genom att individen klarar av de utmaningar som uppstår i livet samt har insikt om den egna förmågan. Det är även viktigt att individen får leva ett produktivt liv och bidra till samhället. Psykisk hälsa är således mer än endast avsaknad av psykisk sjukdom. Folkhälsomyndigheten (2017) beskriver att det kan ses som en balans mellan sociala kontexter och de relationer som individen har. Psykisk ohälsa kan innefatta psykisk sjukdom där patienten fått en diagnos, samt psykiska besvär. Psykiska besvär innebär att det finns en obalans vilket kan orsaka nedsatt psykisk funktion (Folkhälsomyndigheten, 2017). Grundläggande för ungas välbefinnande är god psykisk hälsa. I Sverige rapporteras en högre grad av psykisk ohälsa bland barn och unga. Det har skett en fördubbling av psykosomatiska symtom hos unga sedan mitten av 1980-talet. (Folkhälsomyndigheten, 2018). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att många olika faktorer kan ha en negativ inverkan på hälsa, exempelvis sjukdom men även minskad levnadslust.

## **Sjuksköterskans roll och ansvar**

Enligt 2§, kap. 3, i SFS 2017:30 åligger det hälso- och sjukvården att förebygga ohälsa (SFS 2017:30). I vården av patienter ska hälso- och sjukvården sträva efter att göra patienten delaktig samt respektera dennes integritet och rätt till självbestämmande. Vården ska vara utformad efter den enskilda patienten och dennes individuella förutsättningar. Hälso- och sjukvården ska tillgodose och respektera patientens behov av trygghet och kontinuitet (SFS 2014:821). Sjuksköterskan har det yttersta ansvaret i omvårdnaden och leder omvårdnadsarbetet av patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Sjuksköterskor ska arbeta utifrån beprövad erfarenhet och vetenskap. De ska utforma vården i samråd med patienten (SFS 2010:659). Via evidensbaserat arbetssätt inom omvårdnaden av patienter med AN möjliggör sjuksköterskan en högre grad av patientsäkerhet inom vården (Moreno-Poyato et al., 2017). Att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och återställa hälsa är fyra grundläggande ansvarsområden som sjuksköterskan har. Egenskaper som en legitimerad sjuksköterska bör ha mot sina patienter är respektfullhet, lyhördhet, trovärdighet, integritet och medkänsla. Sjuksköterskan bör dessutom anta ett etiskt förhållningssätt gentemot sina patienter och närstående (International Council of Nurses, 2014). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor beskrivs det att sjuksköterskan ska



skapa förtroende för patienten och dess närstående, samt beakta ett helhetsperspektiv. De ska även kunna identifiera den enskilda patientens behov av omvårdnad och utforma denna i samråd med patienten. För att stärka patienten och dess närståendes inflytande i vården ska sjuksköterskan främja god kommunikation och delaktighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Vid planering och genomförande av vård ska patientens närstående inkluderas om inte sekretess förhindrar detta (SFS 2014:821). Enligt 3§, kap. 3, i SFS 2014:821 har vårdnadshavare till minderåriga rätt att få information om barnets hälsotillstånd, möjliga behandlingsalternativ och vårdförlopp (SFS 2014:821). Insjuknande i AN sker främst när individerna fortfarande är minderåriga (Wallin et al., 2015). Omvårdnad av patienter ska ske personcentrerat och utifrån patientens egen upplevelse av hälsa. Utmärkande drag för den personcentrerade omvårdnaden är att; stärka patientens tilltro till hantering av sjukdom och hälsa, stödja patienten till att ta kontroll samt hänsynstagande till patientens motivation till förändring (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a).

## **Relation mellan patient och sjuksköterska**

Den vårdande relationen utmärks av ett professionellt engagemang där patientens behov av vård står i centrum. Det kräver ett naturligt förhållningssätt från sjuksköterskan, det vill säga att inte väga in sin egna förförståelse. Den vårdande relationen ser olika ut i olika vårdssammanhang, men har som gemensam nämnare att stödja och stärka patientens hälsoprocesser. Inom den psykiatriska vården är den vårdande relationen ofta långvarig, då behandlingstiden kan sträcka sig under flera års tid (Dahlberg & Segesten, 2010). Målet med den vårdande relationen är att patienten med AN ska återfå sin självständighet. Att som sjuksköterska kunna sätta sig in i patientens situation är därför en viktig förmåga i vårdandet, vilket kräver tid och engagemang (Scanlon, 2006). För att skapa en vårdande relation där sjuksköterskan stödjer patienten krävs det även tillförlitlighet samt förmåga att se människan bakom ätstörningen. Det är viktigt att förbättra psykisk hälsa och välmående hos patienten med AN och inte endast den fysiska hälsan (Smith et al., 2016). Dessa patienter upplever ofta en rädsla för förändring vilket kräver att sjuksköterskan har god kunskap inom området, visar respekt och skapar trygghet (Wallin et al., 2015). Zugai, Stein-Parbury och Roche (2017) menar att patienter med AN vill känna sig genuint omhändertagna av sjuksköterskan. Vården ska ges med balans mellan omtanke och gränser för att gynna den vårdande relationen. Omtanke representerar god kontakt mellan sjuksköterska och patient och gränser representerar de regler och den roll som sjuksköterskan har att följa. Tydliga regler från sjuksköterskan ger patienten något att förhålla sig till på vägen mot förbättring och ökat välbefinnande. En god relation mellan sjuksköterska och patient leder också till ökad motivation hos patienten att delta och engagera sig i sin behandling (Zugai, Stein-Parbury & Roche, 2017). På grund av bristande kunskap kring AN har det visat sig vara svårt för sjuksköterskor att utveckla en vårdande relation med dessa patienter (Ramjan, 2003).

## **PROBLEMFORMULERING**

Sedan 1990-talet har antalet som vårdas för AN tredubblats. Det är den allvarligaste av ätstörningsdiagnoserna och har den högsta mortaliteten bland psykiska sjukdomar. AN drabbar främst unga kvinnor i åldrarna 12–25 och leder till en begränsning i det sociala livet. Sjukdomen innebär en strävan efter att gå ner i vikt då det finns en förvrängd självbild.

Viktnedgången sker genom självsvält och hög aktivitetsgrad. Detta medför att tillväxt samt utveckling hämmas hos dessa individer. Det förekommer samsjuklighet med ångest, självskadebeteende samt depression. Individens livsvärld förändras då både fysisk och psykisk ohälsa uppstår. Det är viktigt att skapa en förståelse för hur sjukdomen påverkar individen för att kunna tillgodose de omvårdnadsbehov som finns samt stödja dem i att återfå god hälsa. I forskning har det framkommit att bristande kunskap om hur det är att vara sjuk i AN leder till att sjuksköterskor har svårt att utveckla en vårdande relation med dessa individer. Den bristande kunskapen kring dessa kvinnors erfarenheter av att leva med AN leder till att sjuksköterskor inte kan identifiera de omvårdnadsbehov som finns. Denna studie avser att bidra med kunskaper om unga svenska kvinnors erfarenheter av att leva med AN.

## **SYFTE**

Att beskriva unga svenska kvinnors erfarenheter av att leva med Anorexia Nervosa.

## **METOD**

I denna studie valdes en induktiv ansats där datamaterialet bestående av självbiografier analyserades med kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Induktiv ansats innebär i denna studie en förutsättningslös analys av texter baserade på självbiografier skrivna av unga kvinnor som insjuknat i AN. Vid kvalitativ innehållsanalys ska variationer i texterna beskrivas. Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter vilket sker på olika abstraktionsnivåer. Genom analys ska likheter och skillnader urskiljas som förklaras i olika kategorier och teman utifrån olika abstraktionsnivåer. Texterna som tolkas kan både vara manifest eller latent. Manifest innehåll är det synliga och uppenbara som framkommer i texten och är på en beskrivande nivå. Latent innehåll är den underliggande meningen i texten och är på tolkande nivå. Tolkning sker till en viss grad i såväl manifest som latent innehållsanalys (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017).

### **Urval**

Inklusionskriterier var biografier skrivna av unga svenska kvinnor som insjuknat i AN i åldrarna från 12–25 år. Avgränsningen som gjordes grundades i att Socialstyrelsen (2009) beskriver att 0,2–0,4 % av svenska kvinnor i åldrarna 12–25 år har diagnosen AN. Biografierna var skrivna ur kvinnors perspektiv och det är deras levda erfarenheter som beskrivs. Böckerna var skrivna på svenska och publicerade mellan åren 2007–2019. Förekomst av andra ätstörningsdiagnoser exkluderades i studien.

### **Datainsamling**

Datainsamlingen bestod av fem biografier. I Libris nationella bibliotekssystem gjordes en sökning med sökordet anorexia med avgränsning bok, biografi, svenska, samt från år 2007. Sökningen resulterade i elva biografier (se bilaga 1). Samtliga titlar och dess beskrivning lästes. Av sökningens resultat valdes fem biografier ut som besvarade studiens syfte. Därefter lånades samtliga böcker från Skövde stadsbibliotek genom sökning av titeln i bibliotekskatalogen. Genom användning sig av biografier som grund i arbetet krävdes medvetenhet och en kritisk bedömning av varje källa. Granskningen av biografierna gjordes med Segestens (2017) granskningsmall (se bilaga 2). Granskningen bestod av frågor som besvarades utifrån varje biografi. Detta innebar att identifiera vilka författarna till biografierna var samt vilken bakgrund och kunskap de besatt. Det skulle även framgå vilket mål författarna haft med sin biografi samt vilket perspektiv biografierna var skrivna ur. Det har även skett en bedömning av hur biografierna kunde användas för att utveckla akademisk och professionell kunskap inom ämnesområdet. Totalt kom fem självbiografier att ingå i studien.

### **Presentation av självbiografierna**

*En anorexiasaga* – Av Mea Suhonen Frohm (2008).

Mea insjuknade i AN hösten 2007 och boken handlar om hur sjukdomen tog över hennes liv. Biografin handlar om hur en frisk, vanlig tjej tappade kontrollen över sitt eget liv. Mea

har skrivit denna bok för att öka förståelsen om hur det är att leva med en ätstörning samt visa på att det går att tillfriskna från sjukdomen.

*Varje dag har vi en liten tävling* – Av Hanna Österberg (2007).

Biografin är baserad på Hannas egna dagboksanteckningar hon skrev ner under sjukdomsåren i AN. En bok som hon själv saknade när hon var sjuk i AN. Hon beskriver sin kamp mot den förrädiska sjukdomen; om träning, yrsel, tjockkänslor och ångest. Det är en berättelse som handlar om hur Hanna långsamt tog sig tillbaka till livet.

*Kenneth marionett* – Av Malin Lagerstedt (2015).

I boken beskriver Malin hur hon går från att älska mat till att drabbas av AN och börja självsvalta. Sjukdomstiden som bestod av självförakt, ångest och den inre kampen mot Kenneth, sjukdomen. Allt Malins fokus ligger på träning och att inte äta. I boken beskriver hon även det stöd hon får av familj och vänner.

*Om jag bara vore lite smalare* – Mikaela Urbom i samarbete med Sara Olsson (2017).

Boken baseras på utdrag från Mikaelas dagbok ifrån den tid då hon var sjuk i AN. Det beskrivs hur hennes envishet var nära att ta död på henne, då målet tillslut endast bestod av att bli smalare. I boken beskriver hon sin ångest och sitt självhat.

*Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi* – Tina Nordlund och Simon Bank (2007).

Tina beskriver i boken sin resa från att vara en av Sveriges bästa kvinnliga fotbollsspelare till att som 25-åring acceptera att hon drabbats av AN och väljer att sluta med fotbollen. I boken beskriver Tina om sin resa genom självsvält, träningsförbud och ångest.

## **Analys**

Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, en modell beskriven av Lundman och Hällgren-Graneheim (2017). Biografierna lästes igenom enskilt flertalet gånger av båda författarna för att få en förståelse för helheten. Därefter diskuterades samtliga biografier för ytterligare bearbetning. Delar i biografierna markerades, det vill säga meningsbärande enheter, ord, meningar och stycken som var relevanta till syftet. Meningsbärande enheter kondenserades där texten kortades ner utan att det centrala innehållet försvann. Dessa namngavs med en kod. Därefter jämfördes koderna med varandra för att finna likheter och skillnader. Liknade koder grupperades under preliminära kategorier. Innehållet mellan och i kategorierna jämfördes. Detta resulterade i tre kategorier med sex underkategorier. Varje kategori är uttömmande, detta innebär att de är särskilda från varandra. Kategorierna utgjorde det manifesta innehållet i texten det vill säga det synliga och textnära.

## **Etiska överväganden**

Denna studie har följt forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2002). Samtyckeskravet innebär att delta i studier är frivilligt och det ska finnas ett samtycke från deltagare. Litterära verk görs tillgängliga för allmänheten och framförs offentligt när de finns till försäljning eller uthyrning. Vid användande av litterära verk ska upphovsmannen till verken anges, verket får inte förskingras eller ändras eftersom det kan orsaka att upphovsmannen kränks (SFS 1960:729). I studien har detta etiska krav följts då allmänheten har tillgång till

biografierna som är offentligt publicerade. Författarna till biografierna anses genom publicering givit godkännande till deltagande i studien. Nyttjandekravet står för att den information som deltagare lämnar endast får användas i studiens ändamål (Vetenskapsrådet 2002). Insamlad data har endast använts till studiens ändamål vilket innebär att kravet på nyttjande har uppfyllts. Dessa etiska överväganden har föranlett att upplevelserna beskrivna i biografierna har hanterats varsamt och sanningsenligt vid återberättande. I referenslistan redovisas de biografier som utgjort studiens resultat. Detta för att tydliggöra författarna till självbiografierna som använts, således har inget plagiat skett. Innan analysprocessen påbörjades skedde en reflektion över den personliga förförståelsen kring ämnet. Denna var att dessa kvinnor har dålig självinsikt och ser på sig själva på ett helt annat sätt än vad deras omvärld gör. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att förförståelse innebär att ha en föreställning om saker och ting, samt att tro sig ha svar redan innan. En medvetenhet hos författarna till studien om att förförståelse fanns minskade risken för att materialet vinklades. Därmed gavs en mer rättvis bild av biografiernas innehåll.

## RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framkom tre kategorier och sex underkategorier, se tabell 1 nedan.

Tabell 1. Presentation av kategori och underkategori.

Kategori	Underkategori
Påverkan på självkänslan	Självkritisk till den egna kroppen Söker bekräftelse för sjukdomskänslan
Svårigheter i relationen med familj och vänner	Vara en belastning Känna sig utanför
Sjukdomen reglerar vardagen	Kontroll över matintaget Styr genom fysisk aktivitet

### Påverkan på självkänslan

Kategorin påverkan på självkänslan handlar om att dessa kvinnor vid jämförelse med andra i omgivningen upplever lägre självtillit. Detta innefattar att vara självkritisk till den egna kroppen och söker en bekräftelse för sjukdomskänslan.

### Självkritisk till den egna kroppen

Att inte trivas i sin kropp är något som unga kvinnor med AN beskriver. De upplever kroppen som äcklig och tjock. En ung kvinna beskriver att hon väljer att klä sig i stora mörka kläder för att dölja sin kropp. Att kläderna börjar sitta löst blir ett sätt att dölja kroppen samtidigt blir det en bekräftelse på viktnedgång. Detta ger en kick och positiv feedback. Det finns en skev självbild och självkritik mot den egna kroppen. När de ser sin egen spegelbild ser de inte den underviktiga, slitna och trötta kvinna som omgivningen ser. De ser istället en kvinna som har mycket fett på kroppen, stora lår och en mage som väller över byxlinningen. Det sker en ständig jämförelse med andra i dess omgivning. Dessa jämförelser resulterar alltid i att unga kvinnor med AN ser sig själva som den tjocka och stora i sammanhanget. Därför finns det en vilja att bli smalare och därmed klara av något, klara av att gå ner i vikt. Sjukdomen skapar en vilja att bli smalare, äta mindre och förbränna mer samtidigt som det sunda förnuftet säger att de måste äta, att de är hungriga och sjuka. Unga kvinnor med AN beskriver en inre kamp mellan sig själva, sjukdomen och omgivningen, vilket skapar ångest.

## **Söker bekräftelse för sjukdomskänslan**

I takt med att vikten rasar blir känslorna synliga även på utsidan. Hos unga kvinnor med AN finns en vilja att bli sedda och få bekräftade på att de faktiskt är sjuka. Samtidigt blir de nöjda när de får höra att de ser smala ut, det blir en bekräftelse på att de har gått ner i vikt även om de själva inte ser och förstår det. Kvinnorna beskriver att de själva tvekar på om de verkligen är sjuka, att de inte är tillräckligt smala för att ha AN. Att få bekräftelse från omgivning och hälso- och sjukvården leder då till en insikt om att de faktiskt är sjuka och värda att må bättre. Unga kvinnor med AN beskriver en rädsla för att gå upp i vikt och därmed ses som friska, att då förväntas då må bra på insidan vilket de inte alltid gör. Att ha anorexia blir något kvinnorna kan identifieras med och genom det få bekräftelse. "Se mig! tänkte jag nog, någonstans. Se att jag mår dåligt." (Urbom & Olsson, 2017, s. 100). Stark ångest är vanligt förekommande hos unga kvinnor med AN. Ångest beskriver kvinnorna kan leda till en känsla av att de är på väg att dö, svårigheter att andas och en inre smärta. Ångesten skapar även obehag- och obekvämlighetskänslor samt tankar på döden. De beskriver även känslor av att inte längre orka med, inte vilja leva och en vilja att försvinna. Genom att skada sig själva kan den psykiska smärtan lindras hos kvinnorna och istället övergå till fysisk smärta. Exempelvis beskriver en ung kvinna med AN att hon skar sig som straff på grund av att hon ätit för mycket. En annan beskriver att hon skadar sig själv på grund av det stora hat hon känner mot sin kropp. "Min ångest är enorm. Idag har den sagt till mig hela kvällen att jag ska hoppa framför en lastbil" (Österberg, 2007, s. 72).

## **Svårighet i relationen med familj och vänner**

Kategorin svårigheter i relationen med familj och vänner handlar om att de regler och rutiner som medföljer sjukdomen och begränsar dessa kvinnors relationer. Detta innefattar att vara en belastning för sin omgivning och att känna sig utanför.

### **Vara en belastning**

Unga kvinnor med AN beskriver att sjukdomen drabbar mer än endast dem själva, den drabbar även deras familj och anhöriga. Då det kan bli en belastning för omgivningen att behöva se sin familjemedlem eller vän svälta. Det finns därför en vilja att inte besvära och skuldsätta sin omgivning med sina problem. Kvinnorna beskriver en upplevelse av att människor i dess närhet blir besvärade av de problem som medföljer sjukdomen, som självskadebeteende, depression, ångest och svält. Detta leder till att de istället väljer att hålla känslorna inom sig, för att inte vara en belastning. Det finns en rädsla för att sjukdomen skrämmer iväg vänner, på grund av det förändrade beteende som medföljer sjukdomen. Kvinnorna med AN umgås därför med vänner på sjukdomens villkor, detta består av tydliga regler och rutiner. I och med detta sätts vänskapen på prov, då all energi går åt till att tänka på mat. Trots rädslan för att vara en belastning beskrivs det att familjen är ett viktigt stöd i den sociala isolering som föreligger.

### **Känna sig utanför**

Att distansera sig och uppleva ett utanförskap beskrevs som en naturlig del av att leva med AN. Känslan av att inte passa in i sammanhang, att se på utan att kunna delta upplevs som centralt. Sjukdomens regler förhindrar unga kvinnor med AN från att delta i något så vardagligt som att umgås och äta med vänner. De beskriver att det finns en skam i samband

med måltid. Dels beror detta på den ångest som maten framkallar hos dem men även känslan av att vara iakttagen. ”Jag kan se allt det vackra, all lycka, allt det fina men jag får inte vara med.” (Lagerstedt, 2015, s. 100). Kvinnorna upplever en stigmatisering och det känns som att de sätts på prov i samband med måltid, en rädsla för att bli nedvärderade ifall de tackar nej. Samtidigt finns en rädsla för att ses som frisk om de tackar ja. Då uppstår det en osäkerhet kring vad som är normalt och inte normalt. AN upplevs bidra till ett lågt självförtroende vilket leder till en rädsla för vad människor i omgivningen ska tycka om dem. De vill inte bli sedda som sjuka och svaga. Hos unga kvinnor med AN föreligger en tjockhetskänsla som leder till att de inte vill visa sig bland folk. Kvinnorna är rädda för att omgivningen ska tycka de är för tjocka för att ha AN. De upplever det svårt att veta vad som omgivningen anser är tillåtet och inte tillåtet att göra vid AN, vilket leder till ett undvikande av sociala sammanhang. De upplever att sjukdomen tagit ifrån dem det sociala livet de hade innan insjuknandet. Unga kvinnor med AN upplever en känsla av att vara äcklig och fet i samband med närkontakt, vilket även det skapar ett utanförskap. Vid exempelvis intima kontakter finns en rädsla för att partnern ska uppleva dem som tjocka och äckliga, på samma vis som de själva ser sig. Rädslan består av att deras partner ska uppleva att de inte är sjuka just på grund av att de inte är smala nog. I och med dessa känslor finns svårigheter med närkontakt samt att ha en relation med en partner, då det kan bli ett hinder för de rutiner och regler som sjukdomen har byggt upp. Hos kvinnorna kan detta leda till en känsla av minskad kontroll över situationen.

## **Sjukdomen reglerar vardagen**

Kategorin sjukdomen reglerar vardagen handlar om att dessa kvinnor kan stå emot frestelser och bestämma över maten och säkerställa en hög förbränning. Detta innefattar att ha kontroll över matintaget och att styra genom fysisk aktivitet.

### **Kontroll över matintaget**

Kvinnorna beskriver en rädsla för att börja äta. Att det då inte ska kunna sluta och därmed gå upp i vikt. Det uppstår ångestkänslor hos unga kvinnor med AN när de äter. I kombination med ångestkänslorna känner kvinnorna sig samtidigt duktiga då de avstår från måltid, att de klarar av att stå emot frestelsen. Därför väljer de istället att ta kontroll över maten och successivt minska på portionerna. Ett sätt att utöva kontroll beskrivs ske genom att följa med och handla, vilket ger dem möjlighet att bestämma vilken mat som handlas hem. Att följa med och handla blir även ett sätt att stilla begäret, visuellt, genom att kolla på mat. Ytterligare ett sätt att behålla kontrollen för att veta exakt hur högt energiintaget blir är att vara med och laga mat. Kvinnorna beskriver att de uppskattar med blicken vad de tycker är en rimlig mängd att äta istället för att äta tills de upplever mättnadskänslor. Unga kvinnor med AN beskriver en ständig hungerkänsla, stor del av tiden går åt till att tänka på mat, planera nästa måltid och hur denna kan förbrännas. Unga kvinnor med AN kontrollerar även hur mycket omgivningen rör på sig samt äter. Detta för att säkerställa att kvinnorna själva alltid äter mindre och rör på sig mer. Rutiner kring mat är viktigt och att ständigt äta samma typ av mat ger en ökad möjlighet till kontroll. Kvinnorna beskriver att de genom lögn och manipulation undviker måltider. Till exempelvis genom att slänga mat och säga att de redan ätit. Att klara av att motstå frestelser, i form av mat ger en känsla av välbehag, minskad ångest och ökad självkontroll.



## **Styr genom fysisk aktivitet**

Träning kan användas för att kontrollera och säkerställa att det finns en högre förbränning än energiintag. En ung kvinna med AN beskriver det som energi in och energi ut, enkel matematik. Allt matintag måste kompenseras med ännu mer träning. Kvinnorna beskriver att den ökade träningen övergår till att bli manisk, med syfte att bli smal och gå ner i vikt. Förbränningen sker inte enbart genom fysisk aktivitet utan genom ökad vardagsmotion. Unga kvinnor med AN beskriver exempelvis att de går runt och spänner magen, går omvägar på promenader och alltid tar trapporna. Det upplevs en rädsla för att vara still, bli lat och därmed gå upp i vikt. Utan träning och ökad förbränning upplever kvinnor sig inte vara värda att äta. En ung kvinna med AN beskriver att efter ett dåligt träningspass är hon enligt sjukdomen inte värd att äta, även om hon är hungrig. Den maniska träningen i kombination med svältbeteendet blir ett sätt att kontrollera viktnedgång. Det beskrivs att både kropp och psyke blir hårt pressat av den maniska livsstilen. ”Till slut börjar jag blöda näsblod och det droppar ner på golvet och på mina armar och blandar sig med svetten” (Österberg, 2007, s. 69). När unga kvinnor med AN fått träningsförbud samt krav på vad de måste äta upplevs en känsla av ångest, men även lättnad över att slippa ta beslut och ha kontroll. Någon annan har bestämt att de måste vila.

## **Resultatsammanfattning**

I resultatet framkommer det att unga kvinnor med AN har en påverkan på självkänslan. Detta yttrar sig i självkritik till den egna kroppen och det finns en känsla av att vara tjock och äcklig. Det finns även en låg sjukdomsinsikt och de ser ej på sin egen kropp på samma sätt som omgivningen gör. Att ha gått ner i vikt ger en känsla av att ha lyckats men även ett ökat självförtroende för individen. Kvinnorna söker bekräftelse för sjukdomskänslan. Att bli sedd från omgivningen och hälso- och sjukvården leder till ökad förståelse hos unga kvinnor med AN att de faktiskt är sjuka och värda att må bättre. I samband med viktnedgång blir känslorna även synliga på utsidan. Det framkommer även svårigheter i relation med familj och vänner. Kvinnorna har en känsla av att vara en belastning genom de strikta regler som medföljer sjukdomen. Samt att omgivningen kan skapa hinder för de rutiner som finns kring mat och träning vid AN. Sjukdomen innefattar en rädsla för att bli bedömd av omgivningen samt svårigheter att delta i sociala sammanhang. Detta leder till att unga kvinnor med AN kan känna sig utanför. Kvinnorna har svårt med närhet då det finns känslor av att vara äcklig och fet vilket leder till svårigheter ingå i en relation. Till sjukdomsbilden hör även ett kontrollbehov som reglerar vardagen. Detta yttrar sig i kontroll över matintag, som innefattar att kvinnorna inte äter sig mätta och utövar självsvält. Kvinnorna styr genom fysisk aktivitet och strikt kosthållning sin viktnedgång, där all energi ska förbrännas. Det föreligger en manisk livsstil vid AN som är präglad av ångest och rädslor för viktuppgång.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Den valda metoden för studien var en induktiv ansats där datamaterialet bestående av biografier analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Det valdes att studera biografier då dessa beskriver erfarenheter och upplevelser hos författaren. Denna metod ansågs vara lämplig då kvinnors erfarenheter av AN skulle studeras. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver att en kvalitativ innehållsanalys kan vara användbar då texter ska studeras för att finna likheter och skillnader. En alternativ metod för datainsamling för kvalitativa studier är intervjuer (Danielsson, 2017). Graneheim och Lundman (2004) beskriver att fördelar med intervju är att det ger möjlighet att ställa följdfrågor samt observera deltagarnas uttryck. Dock är det viktigt att samma frågor ställs till alla deltagare. Med den begränsade tidsram som fanns att det inte skulle vara möjligt att genomföra. Författarna till biografierna kan ha valt att inte ta med delar av sin berättelse. Det är inte säkert att dessa delar hade framgått tydligare vid en intervju, då det är möjligt att undanhålla delar av helheten för den som intervjuar. Det ansågs även att AN är ett känsligt ämne och att de som har skrivit biografierna redan valt att publicera och delge sin upplevelse av AN. Författarna till biografier anses genom att publicera sina böcker ha givit sitt godkännande till deltagande i studien (SFS 1960:729). För att inte förskingra eller kränka författarna till biografierna har dessa tolkats i sin helhet. Då biografier läses ges ingen möjlighet att ställa följdfrågor eller se deltagarnas uttryck vilket kan leda till att delar av helheten gått förlorad. För att tydliggöra textens innehåll och hålla texten så sann och nära originalet som möjligt har citering använts, vilket ger möjlighet till en rättvis bild av kvinnors erfarenheter av AN. Att använda citering kan påvisa skillnader i nyanser mellan olika kategorier och därmed ökas trovärdigheten för resultatet (Graneheim och Lundman, 2004).

Socialstyrelsen (2009) anger att AN är tio gånger så vanligt hos kvinnor som hos män. Bland svenska kvinnor i åldrarna 12–25 är cirka 0,2–0,4 % sjuka i AN. Därför valdes inklusionskriterier att biografierna skulle vara skrivna av svenska kvinnor som insjuknat i AN i åldrarna 12–25. Inklusionskriterier var också att biografierna skulle vara publicerade mellan 2007–2019. Dessa årtal valdes för att materialet i biografierna skulle vara aktuellt samt applicerbart i dagens hälso- och sjukvård. Det fanns ett tidsspänn på 10 år mellan den äldsta och nyaste biografien, trots det fanns tydliga likheter mellan unga kvinnors erfarenheter, vilket stärker resultatet. Att biografierna skulle vara skrivna på svenska var ytterligare ett inklusionskriterie. Då författarna till studien har goda kunskaper i svenska språket eliminerades risken för feltolkning av text, genom att alla biografierna var skrivna på svenska. Det leder dock till att resultatet inte med säkerhet är applicerbart i ett globalt perspektiv. Genomförd studie är författarnas tolkning av unga svenska kvinnors upplevelser av att leva med AN och resultatet anses vara applicerbart i Sverige. Resultatet som framkommit är jämförbart med ungdomar i Storbritanniens upplevelser av AN. De uttrycker känslor som ensamhet, skam, rädsla samt en låg sjukdomsinsikt (Koruth, Nevison & Schwannauer, 2011). Graneheim och Lundman (2004) menar att det alltid är läsaren som avgör om resultatet är överförbart till den egna verksamheten. Fortsatt beskriver de att om resultatet är överförbart till andra sammanhang ökar det trovärdigheten för resultatet (Graneheim och Lundman, 2004).

Genom att tydligt beskriva datainsamlingen, vilka sökord som valts samt i vilka sökmotorer de använts, kan det tyda på tillförlitlighet. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att tillförlitlighet innebär att data kan förändras över tid. Detta kan påverka datainsamlingen. Biografierna var redan publicerade vid datainsamlingen, därmed ansågs de inte kunna förändras över tid och påverka resultatet. Biografierna granskades med Segestens (2017) granskningsmall. I denna granskningsmall ska ett antal frågor besvaras för varje biografi för att avgöra trovärdigheten (se bilaga 4). I granskningen bedömdes biografierna vara användbara för att utveckla akademisk och professionell kunskap inom ämnesområdet. Dahlborg-Lyckhage (2017) beskriver att det krävs förståelse för hur sjukdomen påverkar patienten och dennes livsvärld. Biografier har ett vetenskapligt värde då de kan användas för att ta del av människors erfarenheter och upplevelser (Dahlborg-Lyckhage, 2017). Denna kunskap kan användas för att skapa en förståelse hos både professionella samt övriga individer som kommer i kontakt med sjukdomen. Biografiernas författare anses besitta viktig kunskap då de har varit sjuka i AN och därmed kan beskriva vad de upplevt under denna tid. I granskningen av biografierna framkom det att författarna hade som mål att sprida kunskap och öka förståelsen för ämnet. Utifrån granskningen ansågs detta kunna bidra till en ökad kunskapskvalitet inom omvårdanden av patienter med AN. Detta bedömdes vara av värde utifrån studiens syfte.

Resultatet kan ses som begränsat då fem biografier inkluderats och därmed enbart baseras på dessa fem kvinnors upplevelser. Dock har klara likheter setts mellan de valda biografierna vilket tyder på ett representativt resultat. De valda biografierna var lättlästa vilket har underlättat tolkningen av det manifesta. Till två av biografierna fanns medförfattare, som stöd i skrivprocessen. Dessa biografier är fortfarande skrivna ur kvinnors perspektiv och utifrån deras upplevelse. Biografierna ansågs uppfylla inklusionskriterierna, samt att tydliga likheter fanns mellan dessa och de övriga tre biografierna.

Innan analysen påbörjades skedde en reflektion kring den egna förförståelsen. Det ledde till en medvetenhet och strävan efter att inte förvanska materialet i biografierna. Två utomstående parter med liknande akademisk utbildning har fått förförståelse angiven och därefter läst studien med en medvetenhet för att upptäcka en eventuell vinkling. I och med att det varit två författare till studien har biografiernas innehåll diskuterats under arbetets gång, samt att båda författarna har läst samtliga biografier flera gånger. Detta för att minska risken för felaktiga tolkningar av biografierna. I analysen av biografierna har ett systematiskt arbetssätt tillämpats för att ta fram meningsbärande enheter utifrån kvalitativ innehållsanalys beskriven av Lundman och Hällgren-Graneheim (2017). Efter analysprocessen har biografierna lästs igen för att säkerställa att innehållet inte har förvanskats eller förvrängts. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar trovärdigheten av resultatet genom välutformade och tydliga meningsbärande enheter. Detta för att inte riskera att texternas mening går förlorade i kondenseringen. En utförlig beskrivning av studiens urval, datainsamling och analys leder till att studien följas på ett tydligt och systematiskt sätt. Vilket höjer trovärdigheten då det ger möjlighet att upprepa studien och få fram liknande resultat. Resultatet som framkommit svarade på studiens syfte.

## **Resultatdiskussion**

Av resultaten framkommer att unga kvinnor med AN upplever att det finns en påverkan på deras självkänsla. Kvinnorna beskriver sig vara identifierade med AN, där självkritik mot

den egna kroppen föreligger samt låg sjukdomsinsikt. De ser inte på sig själva som omgivningen gör, de känner sig alltid som den tjockaste i sammanhanget. Socialstyrelsen (2013) anger att den psykiska ohälsan bland unga kvinnor har ökat. Detta kan bero på förändringar i skolans och samhällets förväntningar på dessa individer. Griffiths et al. (2018) beskriver att strävan efter det som anses perfekt kan generera i en förvrängd uppfattning av sin egen kropp. Höga krav tillsammans med perfektionism kan anses leda till ohälsa. I kombination med ökad exponering av smala människor på sociala medier är riskfaktorer för att insjukna i ätstörningar (Griffiths et al., 2018). I och med den ökade användningen av sociala medier och strävan efter att uppnå det som anses perfekt kan det vara bidragande faktorer till ökandet av AN. Därför är det viktigt att som sjuksköterska i mötet med dessa patienter ha förmåga att sätta sig in i patienters situation (Scanlon, 2006). Kvinnorna är självkritiska mot den egna kroppen. Då är det betydelsefullt att sjuksköterskan inte enbart ser sjukdomen, utan även människan bakom. Detta för att kunna stödja patienten och upprätthålla en god vårdande relation.

Av resultaten framkommer att kvinnorna söker bekräftelse för sjukdomskänslan. Detta ger dem ett ökat välbefinnande när omgivningen ser att de faktiskt är sjuka. Den upplevda orsaken till ohälsa hos unga kvinnor med AN skiljer sig mellan dem själva och dess omgivning. Omgivningen ser att sjukdom föreligger på grund av att de är magra och undernärda. De själva däremot upplever ohälsa på grund av sitt psykiska illabefinnande. Unga kvinnor med AN mår psykiskt dåligt till följd av tjockhetskänslor och det maniska kontrollbehov som medföljer sjukdomen. De olika uppfattningarna som finns kring orsaken till upplevd ohälsa kan leda till missförstånd mellan dem själva och dess omgivning. Det finns en rädsla att omgivningen ska se dem som friska vid viktökning trots att de fortfarande mår psykiskt dåligt. Utifrån Erikssons (2014) hälsokors visas den komplexitet som finns vid AN. Hälsan hos unga kvinnor med AN varierar över tid och således förändras även deras position på hälsokorset. Som sjuksköterska ska omvårdnaden ges personcentrerat utifrån patientens upplevelse av hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Genom att sjuksköterskan bekräftar skapas en insikt hos kvinnorna att de är sjuka. Sjuksköterskan bör vara lyhörd, respektfull och främja god kommunikation gentemot dessa kvinnor för att lindra lidande och återställa hälsa.

Av resultaten framkommer att unga kvinnor med AN kan uppleva svårigheter i relationen med familj och vänner. De har en rädsla för att dela med sig av sina problem och känslor, då de inte vill belasta sin omgivning. På grund av problematiken kring att nå fram kan det vara svårt för sjuksköterskan att se de individuella behov som finns och därmed individanpassa vården och minska risken för vårdlidande. Utifrån Svensk sjuksköterskeförenings (2017b) kompetensbeskrivning ska sjuksköterskor arbeta utifrån evidens och visa respekt och en öppenhet gentemot sina patienter (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Det är betydelsefullt för sjuksköterskan att inte förstärka känslan av att vara en belastning. Det kan vara svårt att nå och förstå livsvärlden då den skiljer sig från den verklighet som omgivningen upplever. Ramjan (2003) beskriver att det kan finnas okunskap hos sjuksköterskor vilket leder till att de skuldbelägger patienten för att själv ha orsakat sin AN. Sjuksköterskor upplever att det är svårt att förstå sjukdomen, dess behandling och därmed att visa sympati för patienten. Eriksson (1994) menar att det kan uppstå ett vårdlidande då sjuksköterskan inte ser till patientens enskilda omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska ta hänsyn till patientens behov av trygghet för att främja hälsa och god vård (SFS 2014:821).

Av resultaten framkommer att sjukdomen reglerar vardagen hos unga kvinnor med AN. Detta yttrar sig i kontroll över matintaget samt genom fysisk aktivitet. Patching och Lawler (2009) beskriver att en känsla av bristande kontroll i det dagliga livet kan vara en riskfaktor för insjuknande i AN. Vid insjuknandet tar unga kvinnor kontrollen över maten, sedan övergår det till att sjukdomen styr de val som görs. Eriksson (2014) menar att hälsa är ständigt i rörelse. På grund av den komplexitet som föreligger vid AN kan kvinnorna placeras på flera positioner ut med axlarna i hälsokorset. Det finns en förnekelse av sjukdom vilket kan leda till välmående. Eriksson (2014) beskriver att vid förnekelse av sjukdom kan hälsa upplevas. Denna upplevda hälsa och känsla av välbefinnande kan även bero på att unga kvinnor med AN inte själva förstår gränsen mellan vad som är hälsosamt och ohälsosamt. De anser sig ha ett hälsosamt beteende genom strikt kost och träning, medan de i själva verket har ett destruktivt beteende. Genom att avstå från måltid och tillämpa hög aktivitetsgrad skapas en upplevelse av välbefinnande och en känsla av att vara duktig. Unga kvinnor med AN kan även uppleva hälsa trots insikt om sin sjukdom. Av resultatet framkommer att den upplevda hälsan främst grundar sig i upplevd kontroll. Ytterligare en dimension av hälsans komplexitet vid AN är ångesten som uppstår på grund av det självhat och det maniska beteende som föreligger. Eriksson (2014) beskriver att ohälsa kan föreligga vid sjukdom.

Resultaten visar att unga kvinnor med AN dessutom känner sig utanför till följd av sin sjukdom, vilket leder till att sjukdomen reglerar vardagen. Det framkommer att AN leder till att hela individens livssituation förändras, då all tid går åt till att tänka på mat och träning. Det finns ett starkt självhat och skam över den egna kroppen vilket leder till att de inte vill umgås med sin omgivning och istället väljer att isolera sig. Sjukdomen hindrar dem från att genomföra vardagliga aktiviteter som att gå skolan, träffa kompisar, ta en fika och få möjlighet att utveckla en självständighet. Kvinnor med AN kan inte leva det liv som tidigare tagits för givet till följd av sin sjukdom, vilket utifrån Erikssons (1994) beskrivning skapar ett livslidande. Livet sätts på paus vad gäller både den kroppsliga utvecklingen som i det sociala livet. Enligt World Health Organisation (2014) skapas psykiskt välbefinnande när individen klarar av utmaningar i livet, har insikt i den egna förmågan och kan bidra till samhället. Folkhälsomyndigheten (2017) anger att det innebär en balans mellan socialt liv och relationer. Unga kvinnor med AN får ett minskat psykiskt välbefinnande på grund av sin sjukdom. Då det skapar en inskränkning i individens liv genom att minska möjlighörandet av att fungera i sociala sammanhang, relationer samt i den sysselsättning som individen har.

De regler som reglerar vardagen vid AN samt det långa sjukdomsförloppet anses kunna göra det svårt för kvinnorna att släppa kontrollen. Kunskapen kring hur mycket energi maten innehåller samt vad som krävs för att förbränna den är något som kan finnas med även efter friskförklaring. Socialstyrelsen (2013) beskriver att i ung ålder insjukna i psykisk ohälsa har visats ha en negativ inverkan även senare i livet på individens livslängd, hälsa samt utbildningsnivå. En lägre utbildningsnivå bidrar till sämre förutsättningar på arbetsmarknaden vilket är förknippat med försämrad hälsa (Socialstyrelsen, 2013). Unga kvinnor med AN kan drabbas av negativa konsekvenser och ett livslidande till följd av sin sjukdom även senare i livet. Scanlon (2006) beskriver att sjuksköterskan har som mål med den vårdade relationen att stärka patienten till att återfå sin självständighet vid AN.

## **Konklusion**

Denna studie har bidragit med kunskap om unga svenska kvinnors erfarenheter av att leva med AN. Kvinnorna är självkritiska, detta yttrar sig genom ett hat mot den egna kroppen och väljer därför att dölja den. Samtidigt finns ett behov av bekräftelse. De vill att omgivningen genom viktnedgången ska se hur dåligt de mår på insidan. De är inte själva säkra på om de är sjuka och därmed tillräckligt smala för att ha AN. Därför är bekräftelse från hälso- och sjukvården och omgivningen viktigt, då det leder till en insikt hos dem att de faktiskt är sjuka. De är värda att må bättre och vara den unga kvinna de faktiskt är. Den sociala utvecklingen hämmas av sjukdomen som reglerar vardagen, detta yttrar sig i ett kontrollbehov. Det strikta matintaget och den hårda fysiska aktiviteten säkerställer viktnedgång och blir något att kontrollera. Det kontrollbehov som föreligger samt att kvinnorna upplever skam över sin situation. Detta leder till svårigheter att ha relationer med familj och vänner, då unga kvinnor med AN istället väljer att isolera sig.

## **Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet**

För att vårda unga kvinnor med AN krävs det att sjuksköterskor skapar en fördjupad vårdande relation med trygghet som grund, samt har en förmåga att kunna sätta sig in i patientens situation. För att det ska vara möjligt krävs det respekt och empati från sjuksköterskan och en lyhörddhet gentemot patienten. Studien vill bidra till förbättrad vård genom att beskriva upplevelser av att leva med sjukdomen, vilket leder till en ökad förståelse för unga kvinnor med AN:s livsvärld. Studien bidrar med kunskap för att kunna bemöta patienterna på rätt sätt och därmed kunna ge god och säker vård.

Studien baseras på unga kvinnors egna upplevelser av att vara sjuk i AN. Det framkommer av resultatet att familjen är ett viktigt stöd för patienten. För vidare studier kan det vara av intresse att studera familjens perspektiv på sjukdomen. Sjuksköterskor ska arbeta utifrån ett helhetsperspektiv på patienten och dess livsvärld där även familjen ingår. För att utveckla vården av patienter med AN är det även viktigt att studera behandlingsalternativ. AN är en sjukdom med ett långt sjukdomsförlopp som kan orsaka ett livslidande. För att utveckla fungerande behandlingsmetoder kan individer som tidigare varit sjuka i AN bidra med kunskap om vilka faktorer som varit viktiga i tillfrisknandet. Studien har utgått ifrån unga kvinnors upplevelse av sjukdomen. Det kan därför vara aktuellt att även studera upplevelsen av AN hos män, för att skapa en förståelse och därmed bidra till individanpassad vård även för dem.

## REFERENSER

Böcker som används i resultatet markeras med \*.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. 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., Lock J. & Le Grange, D. (2016). Clinician perspective on parental empowerment in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 39, 537–562. doi: 0.1111/1467-6427.12086

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen* (5:e uppl.). Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (1:a uppl.). Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2:a uppl.). Stockholm: Nordstedts Förlag AB.

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Begrepp psykisk hälsa*. Hämtad 15 november, 2018, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Därför ökar psykisk ohälsa bland unga*. Hämtad 8 mars, 2019, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>

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

Griffiths, S., Castle, D., Cunningham, M., Murray, S. B., Bastian, B. & Barlow, F. K. (2018). How does exposure to thinspiration and fitspiration relate to symptom severity among individuals with eating disorders? Evaluation of a proposed model. *Body Image*, 27, 187-195. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.10.002

Hurst, K. & Zimmer-Gembeck, M. (2015). Focus on perfectionism in female adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 936-941. doi:10.1002/eat.22417

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, Övers. Rev. utg.). Hämtad den 20, februari, 2019 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf). (Originalarbete publicerat 1953/2012)

Koruth, N., Nevison, C., & Schwannauer, M. (2011). A Grounded Theory Exploration of the Onset of Anorexia in Adolescence. *European Eating Disorders Review*, 20, 257-264. Doi: 10.1002/erv.1135

\*Lagerstedt, M. (2015). *Kenneths marionett - min kamp mot anorexin*. Stockholm: Hoi förlag.

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.

Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P., Pérez-Suárez, R., Canut-Llunch, T., Roldan-Merino, J.F. & Montedó-Curto, P. (2017). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54, 300-308. Doi:10.1111/ppc.12238

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

Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, 16,10-21. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x.

Ramjan, L. M. (2003). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 495 – 503. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x

Rosling, A. M., Sparén, P., Norring, C. & von Knorring, A. L. (2011). Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 304-310. doi: 10.1002/eat.20827

af Sandeberg, A. M. & Bengtsson, O. (2015). *Åtstörningar*. Hämtad 30 januari, 2019, från [https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/atstorningar.html?search=ano&id=s4\\_10#67355](https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/atstorningar.html?search=ano&id=s4_10#67355)

Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 319–329. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (red), *Dags för uppsats, Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 49-58). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1960:729. *Lag om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk*. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad den 10 februari, 2019, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och\\_sfs-1960-729](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och_sfs-1960-729)



SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad den 10 april, 2019, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad den 10 februari, 2019, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad den 10 februari, 2019, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P., Collin, P., Power, K., Yellowlees, A., ... Cook, M. (2016). The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives. *Journal of Health Psychology, 21*(1), 16–27. doi: 10.1177/1359105313520336

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad den 1 mars, 2019, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga*. Hämtad 20 februari, 2019, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Anorexia nervosa*. Hämtad 27 november, 2018, från <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/anorexia-nervosa/549>

SOSFS 1991:1128. *Lag om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 27 november, 2018, från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128)

\*Suhonen Frohm, M. (2008). *En Anorexisaga*. Visby: iVisby.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *Hälsofrämjande omvårdnad*. Hämtad 7 december, 2018, från <https://www.swenurse.se/levnadsvanor/halsoframjande-omvardnad/>

Svensk sjuksköterskeförening (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad den Hämtad 29 mars, 2019, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

\*Urbom, M. & Olsson, S. (2017). *Om jag bara vore lite smalare*. Stockholm: Ekerlids förlag.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 5 februari, 2019, från [https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)

Wallin, U. (2002). Behandling av barn med ätstörningar. I D. Clinton & C. Norring (Red.), *Ätstörningar Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (s. 111-118). Stockholm: Natur och Kultur.

Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K. & Linne, Y. (2015). *Ätstörningar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Gothia fortbildning: Stockholm.

World Health Organization. (u.å.). *Constitution of WHO: principles*. Hämtad 15 november, 2018, från <https://www.who.int/about/mission/en/>

World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hämtad 15 november, 2018, från [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

Zugai, S. J., Stein-Parbury, J. & Roche, M. (2017). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 416-426. doi: 10.1111/jocn.13944

\*Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling*. Stockholm: Hjalmarson & Högberg bokförlag.

### Bilaga 1 – Sökhistorik

Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Biografier (n=11)	Utvalda biografier (n=5)
Anorexia	Bok Biografi Svenska Från år 2007	11	<p>Om jag bara vore lite smalare (Urbom, 2017)</p> <p>Paulina, Vi måste prata! : En bok om kampen mot anorexi och hur det är att vara anhörig (Fabricius &amp; Fabricius, 2015)</p> <p>Kenneths marionett: min kamp mot anorexin (Lagerstedt, 2015)</p> <p>En annan Moa (Eriksson, 2012)</p> <p>Det blev inte som jag tänkt mig: en bok om en kvinna vars liv förändrades drastiskt (Persson, 2011)</p> <p>Ta livet av mig mamma! : en mors berättelse om flickan som vägrade äta (Käcko, 2008)</p> <p>En anorexisaga (Suhonen Frohm, 2008)</p> <p>Jätten i spegeln: en bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar (Arkhem, 2007)</p> <p>Genom helvetet (Nordlund &amp; Bank, 2007)</p> <p>Zebra flickan (Åkerman, 2007)</p> <p>Varje dag har vi en liten tävling (Österberg, 2007)</p>	<p>Om jag bara vore lite smalare (Urbom, 2017)</p> <p>Kenneths marionett: min kamp mot anorexin (Lagerstedt, 2015)</p> <p>En anorexisaga (Suhonen Frohm, 2008)</p> <p>Genom helvetet (Nordlund &amp; Bank, 2007)</p> <p>Varje dag har vi en liten tävling (Österberg, 2007)</p>

## **Bilaga 2 – Segestens (2017) granskningsmall**

- Vilken form av litteratur är detta?
- Vem är ansvarig utgivare och därmed juridiskt ansvarig för boken eller tidskriften ifråga?
- Vem/vilka är författaren/författarna – Vilken kompetens har de, vilka värderingar har de, vilket perspektiv ha anlagts, vilket mål har de haft?
- När trycktes källan? - Har tidpunkten någon betydelse för kunskapskvaliteten, för att förstå innehållet, av annan orsak?
- Har texten blivit kvalitetsgranskad? Av vem, i vilket syfte?
- På vilket sätt kan jag använda denna text för att utveckla akademisk och professionell kunskap inom mitt ämnesområde?

