

EXAMENSARBETE

Anorexia Nervosa

Patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen – en kvalitativ studie baserad på självbiografier

Anorexia Nervosa

Patients experiences about the meaning of human contact in encounters with nursing staffs - a qualitative study of autobiographies

Examensarbete inom ämnet omvårdnad
C-Nivå 15 högskolepoäng
Vårtermin 2008

Ana Corrochano

Handledare: Lars Westin
Examinator: Susanne Källerwald

SAMMANFATTNING

Titel:	Anorexia Nervosa patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen – en kvalitativ studie
Institution:	Institutionen för vård och natur
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 poäng
Författare:	Corrochano, Ana
Handledare:	Westin, Lars
Sidor:	26
Månad och år:	April, 2008
Nyckelord:	Anorexia Nervosa, erfarenheter, sjuksköterske-patient relation, vårdande relation, terapeutisk relation, möten

En av de viktigaste aspekterna i omvårdnad är betydelsen av mänsklig kontakt i interaktionen mellan patienter och vårdgivare. Anorexia Nervosa är en komplex sjukdom av psykisk och fysisk karaktär och vårdpersonal spelar en viktig roll för dessa patienters tillfrisknad. Målet med denna studie var att nå en djupare förståelse för den mänskliga kontaktens betydelse i omvårdnaden av patienter med Anorexia Nervosa samt att belysa essensen i en vårdande relation. Syftet med studien var att beskriva Anorexia Nervosa patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen. En kvalitativ ansats valdes och datainsamlingen grundade sig på sex självbiografier, skrivna av sex unga kvinnor som har varit sjuka i Anorexia Nervosa. En kvalitativ textanalys användes för att tolka data. Åtta teman framkom i resultatet: ”att känna förtroende” ”att få hjälp med att gå till botten med problemet”, ”att inte bli förstådd”, ”att inte våga öppna sig”, ”att inte bli sedd”, ”att få bekräftelse”, ”att känna maktlöshet” och slutligen, ”att någon talar till den friska delen”. Dessa teman speglade dessa personers erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med hälso- och sjukvårdspersonal. Denna studie kan bidra med att ge en ökad förståelse för den mänskliga kontaktens betydelse i omvårdnaden av patienter som lider av Anorexia Nervosa samt att hjälpa vårdpersonal att tillmötesgå dessa patienters behov.

ABSTRACT

Title: Anorexia Nervosa
patients experiences about the meaning of human contact
in encounters with nursing staff – a qualitative study

Department: School of Life Sciences. University of Skövde

Course: Thesis in nursing care 15 ECTS

Author: Corrochano, Ana

Supervisor: Westin, Lars

Pages: 26

Mounth and year: April 2008

Keywords: anorexia nervosa, experiences, nurse-patient relationship, caring
relationship, therapeutic relationship, encounters

One of the most important things in nursing care is the meaning of human contact in the interaction between patients and caregivers. Anorexia Nervosa is a complex disease of psychological and physical character, and nursing staff are playing an important role for the recovery of these patients. The goal with this study was to gain a deeper understanding for the meaning of human contact in nursing care for people who are suffering from Anorexia Nervosa and to highlight the essence in a caring relationship. The purpose of this study was to describe patients, with Anorexia Nervosa, experiences of the meaning of human contact in encounters with nursing staff. A qualitative approach was used and the collection of data was based upon six autobiographies, written by six young women who have been suffered from Anorexia Nervosa. A qualitative text analysis was used to interpret data. Eight themes were present in the result: “feelings of trust”, “getting help to seek the bottom of the problem” “not being able to be understood”, “not dare to open up on one self” , “not being seen”, “confirmation”, “feelings of powerlessness” and finally, “somebody is talking to the healthy part”. These themes reflected these people’s experiences about human encounters with healthcare professionals. This study might bring an increased understanding for the meaning of human contact in caring for patients who are suffering from Anorexia Nervosa and help nursing staff to meet these patients from their needs.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Etiologi.....	3
Den vårdande relationen	4
Att leva med Anorexia Nervosa.....	6
Att vara anhörig till patient med Anorexia Nervosa.....	7
Att vårda patienter med Anorexia Nervosa	8
Problemformulering.....	9
SYFTE	10
METOD	10
Datainsamling och urval	10
Sammanfattning av samtliga sex självbiografier	11
<i>Ormen och jag</i>	11
<i>Svältland: Landet bortom allt förnuft (en dagbok om anorexi)</i>	11
<i>Ludenben</i>	11
<i>När mörkret kom</i>	12
<i>Zebraflickan</i>	12
<i>Varje dag har vi en liten tävling</i>	12
Dataanalys.....	12
Etik.....	13
RESULTAT	14
Att känna förtroende	14
Att få hjälp med att gå till botten med problemet	15
Att inte bli förstådd	15
Att inte våga öppna sig	17
Att inte bli sedd.....	17
Att få bekräftelse.....	18
Att känna maktlöshet	19
Att någon talar till den friska delen	20
Sammanfattning av resultatet.....	21
DISKUSSION.....	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
Slutsats	26
Implikationer för sjuksköterskor.....	26
Referenser	

INLEDNING

Anorexia Nervosa är en både omtalad och omskriven sjukdom. Inom litteraturen finns mycket fakta om sjukdomens etiologi. Orsakerna till Anorexia Nervosa utgör en komplex samverkan mellan olika faktorer, som har sitt ursprung i biologiska, psykologiska och sociokulturella sammanhang. Sjukdomen karaktäriseras som en form av ätstörning. Med ätstörning avses en ihållande störning i ätbeteende eller viktcontrollerande beteende, som påtagligt försämrar fysisk hälsa eller psykosocialt fungerande. Risken att drabbas av anorexi är cirka 1 procent hos tonårsflickor och 0.1 procent hos tonårspojkar (Norrning & Clinton, 2002). Bland 1000 svenska kvinnor drabbas 2-4 av Anorexia Nervosa. Det innebär en punktprevalens (andel som har denna diagnos vid en viss tidpunkt) i Sverige på cirka 0.2-0.4 procent i åldern 12-25 år. Insjuknandefrekvensen ligger mellan 8-40 nya fall av 100 000 kvinnor per år (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Anorexia Nervosa drabbar i de allra flesta fall tonårsflickor och unga kvinnor. Förekomsten bland män är bara tio procent av alla fall av Anorexia Nervosa. Det är ovanligt att sjukdomen yttrar sig innan puberteten, utan bryter vanligast ut i 14-18 års ålder, och bryter sällan ut bland kvinnor som har passerat 40 års ålder. Globalt sätt är ätstörningar mer prevalent i industrialiserade samhällen med överflöd av mat och där det slanka kvinnoidealet anses vara attraktivt t.ex. U.S.A., Canada, Europa, Australien, Japan, Nya Zeeland och SydAfrika, men få undersökningar har gjorts angående prevalensen i andra kulturer (American Psychiatric Association, 2000). Det finns olika former av ätstörningar som kännetecknas som ett osunt förhållande till mat och kroppsvikt. Dessa ätstörningar kan ha nära anknytelse till varandra och kommer att presenteras kort i bakgrunden, men att belysa samtliga skulle bli alldeles för komplext att få med i detta arbete. Därför har Anorexia Nervosa valts att bli en av de ätstörningar som studien kommer att avgränsas till. I denna studie kommer Anorexia Nervosa benämnas som AN i löpande text.

Ramjan (2004) framhåller att det fortfarande finns otillräckligt med forskning som bidrar till en djupare förståelse för de svårigheter som kan uppstå i en vårdrelation mellan AN patienter och sjuksköterskor och varför dessa uppstår och hur en vårdrelation kan förbättras. Micevski och McCann (2005) anser att det finns begränsat med studier som handlar om att skapa mellanmänniska relationer för patienter med AN. Forskning bör inriktas mot hur mellanmänniska relationer berör omvårdnaden i sin helhet inom vården för ätstörningar. Målet med denna studie är att erhålla mer kunskap om den vårdande relationen mellan vårdpersonal och patienter med AN. Studien har för avsikt att belysa vad den mänskliga kontakten betyder i omvårdnaden för patienter som vårdas för AN.

BAKGRUND

Anorexia Nervosa betyder ”nervös aptitlöshet” på latin. Norring och Clinton (2002) menar att översättningen är tvetydig eftersom anorektiker i högsta grad kämpar mot sin hunger och impulser att äta. AN är en sjukdom som går under psykiatri och klassificeras i Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders diagnostiska system (DSM IV), presenterat av American Psychiatric Association (APA) – en organisation som publicerar världslig standard för utveckling av diagnoser. Kliniska kriterier för AN är en viktreduktion med 15 % av kroppsvikten eller mer och en vägran att behålla vikten på den övre nedre normalgränsen det vill säga, 85 % av förväntad kroppsvikt, beräknat utifrån längd och ålder. Kriterierna innefattar även en intensiv rädsla för att gå upp i vikt och en förvrängd kroppsbild. Patienter med AN ser sig själva som tjocka trots att de är sjukligt underviktiga och tar till extrema medel för att förhindra att gå upp i vikt. Kriteriet för AN hos kvinnor är också att menstruationen uteblir, åtminstone tre uteblivna menstruationer (APA, 2000). Fysiska symtom hos anorektiker yttrar sig som kraftig avmagring, insjukna kinder och framträdande benknötar. Anorektiker har sparsamt eller inget underhudsfett. Hudtemperaturen är ofta nedsatt och huden är torr och ofta gulfärgad. Ibland ses blåtonad hud pga. nedsatt syresättning i vävnaden. Lågt blodtryck och nedsatta perifera pulsar kännetecknar nedsatt blodcirkulation. Karaktäristiskt för en anorektiker är en ökad kroppsbe håring som kännetecknar en fin behåring i nacke och på armar och ben. (Norrning & Clinton, 2000). De psykiska symtomen utgörs av förvrängd kroppskänsla: svårigheter att uppfatta hunger, mättnadskänsla och fysisk utmattning. Förvrängd kroppskänsla är förknippad med felaktig kroppsuppfattning dvs. vanföreställningar om den egna kroppsbilden, viktfobi och oförmåga att objektivt värdera den egna kroppsbilden. Anorektiker är projektivt fungerande. Det innebär att anorektiker har ett stort intresse för mat och av att se andra äta. Personer med AN samlar gärna matlagningsrecept och lagar mat åt andra, mår bra av att se andra äta men tillåter inte sig själv att äta. Anorektiker har också en slags behovslöshet som uttrycker sig i känslösbortfall och drar sig undan socialt umgänge. Anorektiker har ett stort behov av att få vara i fred. Retlighet, ångest och oro, skylls på omgivningen (Eriksson & Carlsson, 2001).

AN delas in i två undergrupper; den restriktiva, med enbart självsvält och AN med återkommande episoder av hetsätning/självrening. Med hetsätning/självrening under den aktuella episoden av AN, har personen regelbundet hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder som framkallat kräkningar, missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang. Andra psykiska sjukdomar är associerade till AN t.ex. egentlig depression, agorafobi, panikångest, tvångssyndrom. AN patienter kan känna obehag i samband med att äta offentligt och det beteendet kan kopplas till social fobi, om inte beteendet är specifikt anknutet till ätstörningen i sig. Specifika personlighetsstörningar associerade till AN har inte blivit identifierade men AN patienter är kända för att vara strikta perfektionister. Då sjukdomen initialt bryter ut brukar AN vara associerat till en påfrestande händelse i livet. Förloppet av sjukdomen kan variera kraftigt, vissa individer når ett fullt tillfrisknande efter en enskild episod av AN som drabbat dem i livet medan andra individer uppvisar växlande mönster av viktuppgång till följt av återfall. Några individer upplever ett kronisk försämrat förlopp av sjukdomen under många år (Morrison, 1995).

Förutom AN finns tre andra specifika typer av ätstörningar; Bulimia Nervosa (BN), Hetsättningsstörning (binge eating disorder), och Ätstörningar utan närmare specifikation (UNS). BN förekommer hos personer med såväl undervikt som normalvikt eller övervikt. Enligt DSM IV, förlorar dessa personer kontrollen över sitt ätande och äter då under en kort tid stora mängder mat som de sedan försöker bli av med genom kompensatoriska åtgärder av självrensning som självframkallade kräkningar, användning av laxermedel eller överdriven motion. Hetsättningsattackerna förekommer minst två gånger i veckan och självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Hetsättningsstörning innebär regelbundna episoder av intag av större mängder mat under en kort tid men utan att vidta kompensatoriska åtgärder av självrensning. UNS innebär att bara vissa kriterier uppfylls för AN, BN eller Hetsättningsstörning. Flickan eller kvinnan kan t.ex. ha alla kriterier för AN men ändå ha normala menstruationer. Det finns personer som behåller sin vikt inom normala gränsvärden men som ändå fruktar för viktuppgång och har en felaktig självbild (APA 2000). Dessutom finns en dubbeldiagnos av AN och BN som inte är någon formell diagnoskategori, utan används för att identifiera personer som uppfyller kriterierna för AN och BN (Halltoft, 1998). Punktprevalensen för bulimia nervosa är cirka 1 procent och för hetsättningsstörning, cirka 2-3 procent. Specifika ätstörningar förekommer hos minst tre procent hos unga svenska kvinnor. Ospecifika störningar är troligtvis 3-4 gånger vanligare än de specifika syndromen. Några säkra slutsatser kan inte dras, men cirka hälften av dem som har bulimi har tidigare haft anorexi (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Etiologi

Det första medicinskt kända fallet av AN påträffades 1694 då en engelsk läkare, Richard Morton, behandlade en mycket avmagrad arton årig flicka. Hon var kraftigt undernärd, blek och saknade menstruation. Trots att Morton indikerade på att tillståndet var av psykisk art så dröjde det 150 år innan nästa kliniska fall av begreppet AN togs upp på nytt. Inte förrän på 1800-talet blev självsvalt hos välbärgade kvinnor ett etablerat begrepp och man definierade tillståndet som "psykotiskt tillstånd", "hysteriskt tillstånd" och "ett tillstånd av delirium" (Norrington & Clinton, 2002).

Det råder många spekulationer om uppkomsten av AN och varför just vissa drabbas. Teorierna är många men de är än så länge bara spekulationer. Crisp (1980) har studerat familjemönster och upplevelser från barndomen hos de klienter som han har varit i kontakt med. Något som har uppmärksammas, har varit hur viktiga barndomsupplevelser har varit, både för patienten med AN och för föräldrarna. I flera familjer har föräldrarna inte varit rustade för att hantera de krävande uppror som hör till puberteten. Många föräldrar uttryckte sig klart: "Hon var den sista personen som vi trodde skulle utveckla AN"; "Hon verkade så duktig och självsäker som barn"; "Hon var alltid så bestämd att hon inte ville bli vuxen, hon var som Peter Pan". Anorektiker kan vara antingen den minst eller den mest favoriserade familjemedlemmen, både i föräldrarnas ögon och i hennes anseende. Hon kan som barn ha varit blyg och isolerad eller också, sällskapssjuk och eftergiven. Sådana egenskaper gäller generellt för barn, men det relevanta för AN, är i hur dessa faktorer förhåller sig till varandra och utvecklas i samband med familjekriser och brist på personliga resurser och copingförmåga som patienter med AN bär med sig (a.a.).

Katherine (1994) ser AN som ett psykologiskt beroende, en tvångsföreställning och en känslolöslighet från problem och från livets villkor. Anorektiker är perfektionister och har ett oerhört kontrollbehov och kraften i hennes behov av att vara smal gör AN till en mycket besvärlig sjukdom. Det är inte ovanligt att sjukdomen bryter ut i något stadium i ett utvecklingskedje i livet t.ex. vid övergången till högstadiet, gymnasiet eller högskolan. Inte sällan debuterar sjukdomen i övergången till puberteten. AN är en vägran att växa upp och ett sätt att undvika sin sexualitet. Ghanderi och Scott (2001) har i sin studie funnit samband mellan ätstörningar, stort missnöje med sin kropp, tendens att undvika eller ta till flykt istället för att stå pall för problem och tillsynes dåligt med socialt stöd inkluderat dåligt med socialt från familjen. Dessa faktorer var enligt studien potentiella riskfaktorer för att i högre grad utveckla ätstörningar.

Den vårdande relationen

Då målet med denna studie är att erhålla mer kunskap om den vårdande relationen mellan vårdpersonal och AN patienter, känns det motiverat att förklara vad begreppet vårdrelation har för betydelse i litteraturen. Ordet relation, innebär ett känslomässigt förhållande mellan två eller flera personer (Nationalencyklopedin, 2008). Mänskliga relationer kan ha många innebörder. Nedan beskrivs olika aspekter av den vårdande relationen, i mötet mellan vårdare och patient. Katie Eriksson (1988) menar att vårdrelationen dvs. patient-vårdare relationen utgör kärnan i vårdprocessen. I relationen människa till människa skapas ett utrymme för växt. Relationen bygger på ömsesidighet, ett givande och ett tagande som inte får ses som självklart. Patienten får lära sig att ta emot och att ge. Det är en verklig konst att kunna ta emot. Mottagandet innebär alltid att ge av sig själv. Det finns en viss skillnad mellan vårdrelation och interaktion. Med det menas att interaktion är av mera teknisk natur som även hör hemma i vårdprocessen men som kan handla om utbyte av information eller utförandet av olika aktiviteter. Medan vårdrelation, som även kan benämnas vårdförhållande, syftar till att stödja patientens hälsoprocesser. Vårdförhållandet är professionellt och grundar sig på kunskap som uppfyller de etiska kraven och kan variera i intensitet och djup beroende av den aktuella vårdssituationen. Genom åtminstone skapa en djup och trygg relation strävar man till att optimal kunskap om patienten erhålles och vårdprocessen kan bli vårdande (a.a.).

Eriksson (1993) beskriver människan som är i en ständig kamp mellan det onda och det goda, mellan lidande och lust. Människan försöker fly bort från det outhärdliga lidandet genom att gå in i en sjukdom eller att förneka det. Hon kanske avskärmar sig eller gör sig orörlig för att göra lidandet uthärdligt. Den människa, patient, som sjuksköterskan möter i en vårdrelation, bär på olika slags potentiella lidande som kan aktualiseras i en vårdrelation. Hur och i vilken grad lidandet aktualiseras beror på djupet och äktheten i vårdrelationen. I vårdrelationen spelar patienten om och om igen sitt lidandes drama, sitt livs tragedier och längtar efter ett sant medlidande det vill säga en förståelse för lidandets innersta natur, vilket kan möjliggöra en försoning och vidare växt. Att lindra lidande förutsätter att vi känner igen lidande i dess former och uttryckssätt och att vi i djup mening försöker förstå det. Det är många frågor som vaknar när vi står framför den lidande människan. Vårt intresse riktas framförallt till den lidande människan i vården; patienten. En människa,

som är av ohälsa, behöver möta andra människor i en vårdkultur, där vården andas en tro på människan och en tro på hennes längtan och förmåga att förändras (a.a.).

Fredriksson (1999) undersökte betydelsen av begreppen inom vården; närvara, beröra och lyssna. Dessa fenomen har betydelse för att bygga upp en vårdrelation. Innebörden av att närvara behöver inte bara betyda att vara på plats utan också att psykologiskt närvara, inte bara som sina invanda roller som patient och sjuksköterska, utan som främst människor. Beröring kan ha betydelse för relationen mellan sjuksköterska och patient. Det kan vara genom direkt, fysisk kontakt eller indirekt, genom ögonkontakt. Alla patienter är inte mottagliga för fysisk beröring och det är viktigt att sjuksköterskan är känslig för vad patienten signalerar, både verbalt och icke verbalt. Att lyssna har en annan innebörd än att endast höra. Att lyssna innebär att vara uppmärksam för vad som sägs, att tolka och förstå vad den andra människan har att berätta. En syntes av dessa fenomen; närvara, beröra och lyssna, ger grund för skapandet av en vårdande relation mellan människor (a.a.).

Möte, är ett begrepp som är nära anknutet till relation. Eriksson och Nåden (2002) ser mötet i omvårdnaden som den mest grundläggande kategorin i konsten att vårda. Sjuksköterskan skall möta patienten och kunna relatera till dennes situation. Genom sjuksköterskans öppenhet och vakenhet skall patienten kunna öppna sig för henne och dela med sig av sina svårigheter. Mötet i vården karaktäriserar som nakenhet, att vara helt öppen för vad som kommer att hända, att befinna sig på samma våglängd, att ge av sig själv och att uppleva samhörighet och närhet. Mötet med en annan människa ger grogrunden för någonting nytt, det kan ge upphov till mer lidande men det kan också upplevas som stärkande. Ingen kan förutsäga hur mötet kommer att gestaltas. Sjuksköterskan skall förbereda sig för att gå ombord på en resa till ingenmansland. I mötet i omvårdnaden suddas gränser ut och deltagarna är först och främst människor (a.a.).

Berg (2006) beskriver den vårdande relationen som en målinriktad samverkan under korta möten mellan patient och sjuksköterska. Båda parter bidrar med sin specifika kompetens; patienten - för att upprätthålla sin värdighet och minska sin sårbarhet i sin utsatta position, och sjuksköterskan - för en målmedveten strävan efter att forma en vårdande relation i en hektisk vårdmiljö. Att bli vårdad och ge vård under påfrestande situationer, skapar frustration både hos patienter och hos sjuksköterskor. Frustrationen ligger till grund för den drivkraft som utgör ett ömsesidigt strävande efter trygghet. Denna ömsesidiga strävan efter trygghet möjliggör förtroende som skapade förutsättningar för att upprätthålla värdighet. Ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande skapar förutsättningar att förverkliga en helhetssyn i omvårdnaden som bidrar till samhörighet och uppskattning. Som helhetsförståelse för fenomenet vårdande relation, tolkas denna som en dynamik mellan frustration, drivkraft och ett ömsesidigt omsorgsfullt närmande vilket innebär en balansgång mellan sårbarhet och värdighet. Förhållanden i vården och patienters och sjuksköterskors bidrag, skapar förutsättningar för en vårdande relation i daglig omvårdnad (a.a.). Vårdande relation, är ett centralt begrepp i denna studie, men inom litteraturen används olika begrepp för att beskriva en relation som är vårdande. Essensen i den vårdande relationen kan beskrivas utifrån vad den mänskliga kontakten har för betydelse i omvårdnaden av patienter som vårdas för AN.

Att leva med Anorexia Nervosa

Skårderud (2007) utförde en studie baserad på hur kvinnor med AN uppfattade sin kropp i relation till sina egna liv. Kvinnorna i studien beskrev det psykologiska behovet av att fylla tomrummet inom sig med mat. I samband med mättnadskänslan upplevde de överväldigande ångestkänslor som drev dem till att vilja tömma magen genom att kräkas eller att använda laxermedel. Det psykologiska behovet av att få magen tom var förknippat med att hålla huvudet kallt. Att känna sig fräsch och att erhålla en känsla av renhet, stod i nära förbindelse med en längtan efter ett förenklat liv. Detta lyckades åstadkommas genom att föredra fettsnål mat med få ingredienser, separat uppdelad på tallriken utan att blandas. Detta reducerade oro och överväldigande känslor. Kvinnorna med AN upplevde lättja genom att minska i vikt. Viktnedgången medgav en positiv lättnadskänsla och reducerade negativa, betungande tankar. Kontroll var ett centralt tema som karaktäriserade AN. Kunde inte det kriteriet inte uppfyllas, lät personen kontrollen gå ut över maten. Kvinnorna med AN upplevde att de kände sig trygga i vetskapen om att kroppen befann sig i samma kondition. Då de inte kunde lita på omvärlden, var de tvungna att lita på kroppen. En reduktion av kroppsvikten och en slankare linje gjorde att den gamla identiteten byttes ut till en ny identitet med nya möjligheter. AN beskrevs som en ett sätt att visa sin sårbarhet öppet. Då man är sjuk i AN ser folk att man är en svag och sårbar person och inte frisk och stark (a.a.).

Colton och Pistrang (2004) har i sin studie, beskrivit det stora dilemmat när det gäller att vårda barn och tonåringar med AN och att få dem att gå med på att behandlas i slutenvård. Detta är ofta nödvändigt av medicinska skäl och är ibland till och med livsnödvändigt. I studien skildrades hur tonåringar, diagnostiserade med AN, såg på sin sjukdom och hur de uppfattade den behandling de fick. Sjukdomen beskrevs som en konstant strid och AN beskrevs som både en "vän" och en "fiende". Dessa två stod i konflikt med varandra. En viktig aspekt var patienternas uttryck och önskan om att bli sedda som individer och inte som "en till anorektiker". Deltagarna beskrev "bra personal" som sådana som såg personen bakom sjukdomen AN. Patienterna upplevde att deras psykiska hälsa inte togs på lika stort allvar som deras fysiska tillstånd, utan att behandlingsregimen snarare gick ut på att få dem att gå upp i vikt. Upplevelse av förnekelse från omgivningen och de hårda restriktionerna på avdelningen, gjorde att patienterna kände sig bestraffade snarare än hjälpta. "Frihet under ansvar", upplevdes samtidigt som skrämmande och var lätt att missbruka. En flexibel balans mellan frihet och restriktioner föreslås, i behandlingen av AN på en slutenvårdsavdelning (a.a.).

Federici och Kaplan (2008) har undersökt kvinnor med AN och deras uppfattning om sin sjukdom, sitt tillfrisknande och deras perceptioner om att åter insjukna. Tillfrisknandet av AN beskrevs som en komplicerad och svårtförstålig process. Kvinnorna i studien uttryckte en önskan om att vilja bli friska och var väl medvetna om att sjukdomen stod i konflikt med deras egna personliga värderingar och mål i livet. Deltagarna upplevde stöd från familj och vänner men insåg också att dessa hade förväntningar på att de skulle bli "friska" i samband med utskrivningen. Utskrivningen kunde upplevas som skrämmande, då det gällde att klara sig själv. Det fanns en rädsla för att falla tillbaka till sitt gamla, sjukliga beteende. Federici och Kaplan (2008) betonar vikten av att patienter med AN förstår

tillfrisknads- processen och riskerna för återfall samt att AN patienter har olika behov av behandling.

Att vara anhörig till patient med Anorexia Nervosa

Cottee-Lane, Pistrang och Bryant-Waugh (2004) har studerat föräldrars erfarenheter av att ha ett barn eller tonåring med AN och de krävande utmaningar som de kan ställas inför. Föräldrarnas spontana beskrivning av erfarenheten av att ha ett barn med AN beskrevs som "en levande mardröm" som splittrade livet för alla familjemedlemmar. En känsla av skuld infann sig då de insåg att de inte hade tillräckliga kunskaper om sjukdomen. När de bestämde sig för att söka hjälp på vårdcentralen, upplevde föräldrarna att hälso-sjukvårdspersonalen inte tog problemet på allvar. Det var psykiskt och mentalt utmattade att hantera ett barn med ätstörning. För lite insikt och för få resurser, gjorde att föräldrarna fick kämpa för att förstå och hantera sjukdomens karaktär. Sjukvårdspersonal spelar en central roll när det gäller att hjälpa föräldrar att se de tidiga tecknen som signalerar att barnet lider av ätstörningar. För att hjälpa föräldrarna att förstå sina barn bör sjukvårdspersonal informera föräldrarna om etiologin för AN och förklara samband med potentiella orsaksfaktorer (a.a.).

Mac Master, Beale, Hillege och Nagy (2004) beskrev de svårigheter föräldrar upplevde med att söka hjälp hos sjukvården. Föräldrarna upplevde att de blev uteslutna från behandlingsregimen och inte involverade i vården av sitt eget barn. Personalen tog "övertaget" och föräldrarna upplevde att personalen inte lyssnade till dem. Detta medförde skuld känslor hos föräldrarna. I studien beskrev föräldrarna flera negativa interaktioner med vårdpersonalen under tiden som deras barn hospitaliserades t.ex. då kompetensen eller resurser saknades på sjukhuset, slussades ansvaret över till föräldrarna igen. Vårdpersonal måste se föräldrarna som en resurs i behandlingen och tillfrisknadsprocessen. Detta kan hjälpa sjukvårdspersonal att hantera vården av patienter med ätstörningar på ett bättre sätt genom att samverka mellan sjukvårdspersonal och anhöriga främjas (a.a.).

Honey, Clarke, Halse, Kohn och Madden (2006) har studerat syskonens roll i förhållande till en familjemedlem med AN. Syskonens närvaro i familjen kan spela en betydande roll för det AN sjuka syskonet. Syskon beskrevs att på ett aktivt sätt ifrågasätta systemens beteende, konfrontera henne, säga sina åsikter och dela med sig av sina råd och främja för att system skulle avstå från sitt anorektiska beteende. Föräldrarna upplevde att de ibland fick kompromissa för att ägna tid åt de friska syskonen och samtidigt lägga tid och energi för att göra det bästa för sitt AN sjuka barn. Men framförallt upplevde föräldrarna ett stort stöd från syskonen i familjen. Syskon är viktiga och inflytelserika familjemedlemmar för det kliniska arbetet med AN och mer detaljerad forskning inom detta område eftersträvas (a.a.). Tidigare forskning visar att anhöriga har stor betydelse i vården för patienter med AN. Forskning visar att anhöriga kan vara goda resurser för patienternas tillfrisknande. Det förutsätter en god kontakt mellan anhöriga och personal som jobbar inom vården. Vårdpersonal måste interagera med föräldrar och syskon till patienter med AN och göra de anhöriga delaktiga i vården.

Att vårda patienter med Anorexia Nervosa

King och Turner (2000) har undersökt sjuksköterskors upplevelser av att vårda tonårsflickor med diagnosen AN. Känslan av frustration var ett övergripande fenomen som upplevdes av samtliga informanter. Sjuksköterskorna upplevde att de kände sig otillräckliga och började efter hand att distansera sig allt mer från patienterna, för att skydda sig själva, för att inte bli sårade. Sjuksköterskornas personliga värderingar om vad som var god omvårdnad kolliderar med de utmaningar som de ställdes inför i sitt yrke, i mötet med AN patienterna. Värderingar som tillit och att inte vara dömande ställdes på prov och byttes ut mot nya attityder som misstänksamhet och misstroende mot patienterna. Sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde bygga upp ett tillförlitligt förhållande till patienterna. Studien visar att det föreligger problem då sjuksköterskor skall vårda patienter med AN då dessa patienter demonstrativt visar att de inte vill bli hjälpta genom att vägra äta, sabotera måltider, använda laxermedel, manipulera med vikten. Nya studier behövs för att belysa förhållandet mellan sjuksköterskor och AN diagnostiserade patienter för att frambringa nya riktlinjer för omvårdnad (a.a.).

Ramjan (2004) gjorde en studie i syfte att undersöka svårigheterna i att forma en terapeutisk relation för sjuksköterskor som vårdar tonåringar med AN. Med terapeutisk relation menas ett förhållande, som en dynamisk tvåsamhet mellan vårdaren och patienten och ibland patientens familj. Sjuksköterskorna som deltog i studien arbetade på en pediatrik avdelning. Ingen av informanterna hade någon formell kompetens i psykiatrisk omvårdnad. I intervjuerna skildrade sjuksköterskorna kampen för att försöka förstå den komplexa störningen som AN patienterna led av. Sjuksköterskorna fick kämpa för att behålla kontrollen då patienterna kämpade emot vårdplanen. Resultatet blev en maktkamp gällande mat. Det var sjuksköterskornas sätt att ta makten ifrån patienterna genom att ta ifrån dem rätten att bestämma vad de skulle äta. Patienterna kämpade med att återfå kontrollen över sina liv genom att manipulera och fuska med kaloriintaget och i vissa fall aspirera från Nasofarynx tuben vid sondmatning. Istället för att skapa ett tillförlitligt terapeutiskt förhållande, kämpade patienterna och sjuksköterskorna emot varandra. Flera av informanterna såg arbetet som "bortkastad tid" och jämförde andra former av vård som de ansåg hade högre status på sjukhuset (a.a.).

Misevski och McCann (2005) fann i sin undersökning, två strategier för att utveckla mellanmänniska relationer mellan sjuksköterskor och AN patienter. Den ena strategin fokuserade på interaktionen mellan sjuksköterskor. Detta gav indirekt bättre förutsättningar för sjuksköterskor att skapa mellanmänniska relationer till AN patienter. Genom att sjuksköterskorna delade med sig av sina upplevelser och erfarenheter, kunde de känna stöd från sina kollegor som var användbart för interaktionen med patienterna. Att interagera med patienterna var den andra typen av strategi som tillämpades i den dagliga omvårdnaden av patienterna på avdelningen. Denna strategi bestod av att försöka förstå patienternas upplevelse av sin sjukdom, tolka signaler i språk och ansiktsuttryck, visa intresse, inge praktiskt och emotionellt stöd och lyssna till patienterna. Kärnan i närmandet av den mänskliga kontakten, är att se bortom sjukdomen för att upptäcka individen (a.a.).

Kunskap och utbildning har stor betydelse för sjuksköterskans förståelse och attityd gentemot AN patienten (George, 1997; King & Turner, 2000; Ramjan, 2004; Micevski & McCann 2005). King och Turner (2000) menar att det finns ett stort behov av utbildning

för legitimerade sjuksköterskor som arbetar med ungdomar diagnostiserade med AN. Dessutom behövs nya vårdplaner utarbetas och nya tankegångar utvecklas för att ge nya möjligheter att få sjuksköterskor att bli mer involverade i bedömningen och strukturerna för gällande vårdplaner. Om inte sjuksköterskor kan se det användbara i vårdplanen kommer de snarare motarbeta den eller ignorera den. I enighet med King och Turner, betonar Micevski och McCann (2005) behovet för sjuksköterskor att vara berättigade att ta en aktiv roll i beslutsfattningen för vårdplaner tillsammans med behandlingsteam med olika discipliner. Ramjan (2004) understryker vikten av utbildning i psykisk hälsa, särskilt för sjuksköterskor som bedriver vård i det akuta skedet för AN patienter och att hälso- och sjukvården tar ansvar för att sjuksköterskor är tillräckligt förberedda för att möta dessa sårbara ungdomar. Sjuksköterskor som visar intresse och lämplighet för att arbeta med anorektiska patienter har troligen större möjlighet att skapa en terapeutisk allians med patienterna. George (1997) framhåller att kärnan i psykiatrisk omvårdnad är den terapeutiska relationen mellan sjuksköterska och patient, och en terapeutisk relation bygger på empati, positiv framförhållning och acceptans, värme, överensstämmelse, tillit, genuinitet och att inte inta en dömande position. De psykologiska karaktärerna hos anorektiska patienter kan skapa svårigheter att forma en sådan relation, särskilt då det råder brist på kunskap och då sjuksköterskan har en negativ attityd gentemot patienten. Det är därför viktigt att sjuksköterskan får adekvat utbildning innan hon går ut och jobbar med dessa patienter och att hon behåller sin kunskap regelbundet uppdaterad. Det är också uppenbart att förutom adekvat utbildning, behöver också sjuksköterskan stöd och handledning för att kunna handskas med svåra beteenden hos AN patienter och för att kunna bemästra sina egna känslor som sjuksköterskan kan uppleva. Om det kriteriet inte uppnås blir det svårt för sjuksköterskan att skapa en terapeutisk relation och det i sin tur innebär att patienternas rehabilitering inte blir optimal och risk för att sjuksköterskan blir utbränd (a.a.).

Problemformulering

Få studier finns att tillgå som belyser den mänskliga kontaktens betydelse i omvårdnaden av patienter som lider av AN. Kontakten etableras i en vårdrelation och berör såväl patienter, anhöriga och vårdpersonal som är engagerade i den kliniska omvårdnaden. Få vetenskapliga studier beskriver på ett detaljerat sätt interaktionen mellan de olika parterna av de inblandade runt AN patienten. I självbiografier ligger fokus oftast på personens upplevelse av att brottas med sin sjukdom men sällan riktas fokus mot vårdrelationen som i tidigare forskning har visat sig ha betydelse. God kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal har enligt tidigare studier även haft betydelse för anhöriga. Genom att ta del av självbiografier, kan en djupare förståelse nås av den mänskliga kontaktens betydelse i den omvårdnaden av patienter som lider av Anorexia Nervosa. Målet är även att belysa essensen i en vårdande relation.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva Anorexia Nervosa patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen.

METOD

Metoden som användes i denna studie var en kvalitativ ansats. Kvalitativ ansats syftar till forskningsprocedurer som ger beskrivande data – människans egna skrivna eller talande ord och observerbara beteenden (Olsson & Sörensen, 2007). Det kvalitativa relateras bl.a. till egenskaper, värde och innebörd. Det kvalitativa har för avsikt att belysa mänskliga upplevelser, erfarenheter och beteenden (Starrin & Svensson, 1998). Studien baserades på självbiografier där tolkningar utifrån syftet med studien beskrevs i resultatet. Valet av ansats har gjorts för att erhålla relevant och ingående information och på det sättet åstadkomma mera genomtänkta och nyanserade beskrivningar av personers upplevelser och erfarenheter. Med en skriven berättelse kan den fokuserade företeelsen illustreras. (Dahlberg, 1993).

Datainsamling och urval

Böckerna valdes ut efter en sökning i LIBRIS databas. Tio stycken självbiografier hittades men fyra av dem valdes bort då de inte ansågs vara relevanta för studiens syfte. Kravet på de självbiografier som valdes ut var att de skulle vara skrivna av patienten själv som har haft erfarenhet av att vårdas för AN, såväl i öppen vård som i slutenvård. Det är alltid personens erfarenheter, upplevelser eller uppfattningar som fokuseras i berättelsen (Dahlberg, 1993). De utvalda självbiografierna är:

Daher Larsson, A-C., Herlofson, J. (1990). *Ormen och jag: en bok om kampen mot anorexia* (141 sidor)

Mattsson, J., Gansmoe, J. (2006). *Svältland: (Landet bortom allt förnuft: en dagbok om anorexi)* (45 sidor)

Samuelson, K. (2004). *Ludenben* (160 sidor)

Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom* (143 sidor)

Åkerman, S. (2004). *Zebra flickan* (271 sidor)

Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling* (193 sidor)

Sammanfattning av samtliga sex självbiografier

Nedan presenteras en kortare resumé av samtliga sex lästa självbiografier. Resumén syftar till att ge en bild av vad böckerna handlar om för att väcka läsarens intresse för studien och böckerna. Resumén syftar även till att ge läsaren bättre förståelse för vad resultatet anger i form av ingresser och utvalda citat från personerna i böckerna.

Ormen och jag

Ann-Charlott Daher Larsson, "Lotta", berättar om sin tid som AN patient på en sluten psykiatrisk vårdavdelning. Lotta är nitton år och har under flera års tid kämpat med sin anorexi. Under cirka ett år som inlagd, får hon bearbeta sina känslor i förhållande till sin sjukdom. Lotta är oerhört samspelt ihop med sin omgivning, det vill säga vårdpersonal och patienter på avdelningen. Samtidigt får hon kämpa mot ormen inom sig. "Ormen", är ett uttryck för den ångest som Lotta känner. Ormen härjar i hennes kropp varje dag och vardagen blir en ständig kamp. Som hjälp har Lotta vårdpersonalen vid sin sida som ska försöka hjälpa henne att bli kvitt sina vanföreställningar om sin egen kropp och att hitta sig själv, riktiga Lotta, som inte är styrd av ormen. Lotta skildrar i sina dagboksanteckningar, livet på vårdavdelningen, kontakten med vårdpersonalen och sina framtidsutsikter.

Svältland: Landet bortom allt förnuft (en dagbok om anorexi)

Detta är en dagbok om anorexi, skriven av Johanna Mattsson och hennes mamma, Jeanette Gansmoe. Johanna är 22 år och tillsammans med sin mamma kämpar hon med att hamna på rätt väg igen - att bli frisk från sin anorexi. I dagboken skildras både Johannas tankar och känslor om det ensliga livet i svältlandet, där hon befinner sig, och hennes mammas perspektiv av det hela. Dagboksanteckningar från mor och dotter, skils åt separat. Det råder delade meningar om bemötandet i vården. Johanna och hennes mamma får kämpa mycket själva och vägen blir allt annat än lätt...

Ludenben

Katarina Samuelson är nitton år och pendlar mellan att vara en restriktiv anorektiker till att gå över till hetsätande bulimi. Hon har dessutom ett självskadande beteende och har en tendens att missbruka alkohol och läkemedel. Katarinas mångfaldiga diagnoser gör det svårt för läkarna att avgöra vilken kompetens som krävs för att behandla henne. Dessutom råder platsbrist och långa väntetider med höga kriterier för att få sluten vård för ätstörningar. Katarina kallar sig själv för Ludenben, som bokens titel. Ludenben vill slippa allt vuxenansvar och hon har insett att ju mer självdestruktiv hon är, desto mer ansvar läggs på andra människor i stället för på henne själv. Hon vill bli sedd, hon vill inte vara som alla andra, hon vill absolut inte bli frisk! Det Ludenben vill, är att bli omhändertagen, att få bli liten igen. Katarina skildrar barndomsminnen, ungdomsminnen och vårdtiden där hon beskriver allt i sitt sammanhang med en lyrisk berättarklang.

När mörkret kom

Lina Strandberg berättar om sin kamp mot anorexin. Lina är fjorton år när hon drabbas av AN, i början av högstadiet. Lina beskriver sin sjukdom som ett ständigt mörker. Hon kallar AN för "Trassel". Det är Trassel som vänder upp och ner på hela hennes värld. Allt ont skylls på Trassel, för det är egentligen inte Lina. Riktiga Lina, vill bli fri från Trassel, men tills dess måste hon kämpa mot monstret inombords. Lina hamnar i mycket dåligt skick och när tillståndet äntligen ser ut att vända sker en dipp igen, och Trassel vaknar till liv och hon faller åter tillbaka i samma anorektiska mönster. Hennes kamp, tillsammans med vårdpersonalen och sina föräldrar, blir att lyckas övervinna anorexin. Samtidigt är Lina rädd för att bli frisk. Hon har förstått att hon genom sin sjukdom, också har hamnat i ljuset av allas uppmärksamhet. Men ljusglimtar finner hon även vid sidan av sjukdomen. Hon träffar människor inom vården som ger henne möjligheter att uttrycka sin ångest och livslust.

Zebra flickan

Sofia Åkerman är arton år när hon beskriver sin kamp mot anorexin och demonen, "Lucifer", som driver henne att utföra skadehandlingar. Hennes självdestruktiva beteende har pågått under hela barndomen och tonåren. Man får följa Sofia, som vid flera tillfällen svävar mellan liv och död, genom olika skadehandlingar som hon orsakar själv. Sofia har en hög fysisk smärtröskel men rent själsligt är hon en öm varelse som behöver kärlek och omtanke för att bli kvitt sin ångest. Vårdpersonalen har svårt att se den lilla flickan innanför det hårda yttre skalet, men några av dem vinner Sofias förtroende lyckas tränga sig igenom skalet. Sofia skildrar behandlingsmetoderna, ur ett patientperspektiv. Framtiden ser allt annat än ljus ut. Men på något vis lyckas Sofia ta sig upp ur den nattsvarta avgrunden av självförakt. Överlevnadsstrategin växer fram av sig själv och de små droppar av kärlek och omtanke som går att ta till sig, släcker den värsta törsten i öknen.

Varje dag har vi en liten tävling

Hanna Österberg är 21 år då hon börjar föra dagboksanteckningar om livet med AN. Läsaren får följa hennes tankar mellan åren 1999-2004. Hanna går på högskolan och läser till beteendevetare. Hon har pojkvän och ett stort socialt nätverk. Men Hanna har höga krav på sig själv: samtidigt som hon skall sköta skolan och klara ett fungerande samboförhållande och vara social, så tar anorexin och tvångsmässig träning allt mer plats i hennes liv. Hanna vårdas på dagvårdsklinik för AN. Hanna får erfara att kontakten med vårdpersonalen kan te sig på olika sätt. Varje dag har Hanna en tävling med sig själv mot anorexin, som hon vägrar låta få ta så stor plats i hennes liv. Istället satsar hon på musiken och kontakten med människor som betyder något för henne, saker som gör livet värt att leva.

Dataanalys

Analysen av studien genomfördes utifrån Dahlbergs (1993) beskrivning av kvalitativ analysmetod vilket innebar att i texten, gå från helhet till delar och sedan till helhet igen.

Detta innebär konkret att samtliga texter läses igenom ett flertal gånger tills innehållet i materialet blir mer bekant och innebörder av olika delar börjar framträda. Likheter och skillnader av kvalitativa innebörder noteras tills ett mönster av dessa börjar växa fram. Resultatet baseras på forskarens tolkning av textens mening; uppfattningar som bildar teman genom att en teoretisk struktur skapas. Dessa teman presenteras sedan närmare i ett resultat. Att tolka text har nära anknytning med hermeneutiken som är en tolkningslära och en förståelsekonst för det mänskliga språket och människors upplevelser och levda erfarenheter (Dahlberg, 1993). De sex självbiografierna lästes igenom en gång för att få en helhetsförståelse av handlingen. Sedan lästes böckerna åter igen med mer noggrannhet. Meningar och citat ur texten som hade anknytning till syftet, markerades med penna och skrevs ner på ett dokument som sparades för att kunna analyseras närmare. Genom att jämföra de markerade delarna av texten mellan de olika böckerna, växte snart igenkännande teman fram och orden fick en gemensam innebörd. Åtta teman växte fram utifrån egna tolkningar av texten. I det sista steget sammanfördes dessa meningar och citat ihop till en helhet och klistrades in i arbetet under varje namngivet tema.

Etik

De etiska aspekter som kom att beaktas i studien var i enighet med Helsingforsdeklarationens fyra grundläggande etiska principer: Rätten till självbestämmande (autonomiprincipen), godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen (Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, 2003). Dessa principer kom att användas som hörnstenar i studien. Eftersom inga intervjuer genomfördes kunde heller inte rätten till självbestämmande påverkas. Men eftersom datamaterialet bestod av självbiografier så blev utgångspunkten att personen själv valde att utelämnas sig. Då syftet i studien bestod av att belysa AN patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen, var motivet att vinna kunskap inom detta område för att skapa bättre förutsättningar inom vården. Därav var kriteriet för godhetsprincipen uppfyllt. Datamaterialet kom att beaktas med största noggrannhet och omsorg för att i möjlig mån undvika missförstånd av de budskap som författarna till böckerna ville nå ut med. Inte heller har data förvrängts, falsifierats eller utslutits. Resultatet har redovisats på en rättvist och sanningsenligt vis, på det sätt som texten har förstått.

RESULTAT

I nedanstående resultat presenteras åtta olika teman. Utgångspunkten för varje tema har varit utifrån personernas beskrivningar av deras egna upplevda erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse, i möten med vårdpersonalen. Dessa teman beskriver essensen i de sex självbiografierna. Varje tema börjar med en ingress eller en beskrivning av vad varje tema står för, därefter följer citat ur någon eller några de sex böckerna som belyser temats innebörd. Citaten har valts utifrån de böcker som bäst uttrycker betydelsen av gällande teman. De teman som närmare kommer att presenteras i resultatet var, att känna förtroende, att få hjälp med att gå till botten med problemet, att inte bli förstådd, att inte våga öppna sig, att inte bli sedd, att få bekräftelse, att känna maktlöshet, att någon talar till den friska delen.

Att känna förtroende

Förtroende, för patienterna med AN, innebar att kunna hålla ett löfte och stå fast för det som de hade lovat. Att hålla ett löfte, innebar för patienterna att om man inte ville kämpa för sig själv, så kunde man i alla fall kämpa för att inte svika vårdarna som patienterna hade förtroende till. Här beskriver Lotta sitt förtroende till en av skötarna på avdelningen.

Anna, min kvinnliga kontaktman som redan då betydde mycket i mitt liv, krävde mig att lova en sak, att inte göra slut på allt, ja inte begå självmord då jag befann mig hos mina föräldrar, att inte göra dem så illa. Jag lovade henne detta (Daher Larsson, s. 12).

Förtroende, för patienterna med AN, innebar även att kunna anförtro sig åt någon av vårdpersonalen, en professionell utomstående person, som inte var nära anhörig eller vän och att kunna öppna sig inför denna person och tala om sina tankar och känslor.

Anna jobbade den helgen som tur var. Hela helgen gick åt till att prata, orkade inte bära på alla delade känslor själv, måste prata med någon, någon som inte tillhörde familjen, någon som kunde ge mig objektiva svar (Daher Larsson, s. 16).

Förtroende kunde också innebära att vårdarna ägnade tiden åt en privat stund åt sig själva och patienterna. På så vis kunde vårdrelationen utvecklas till att bli mer förtrolig och fokusera på andra saker än just ätstörningarna, som att tillbringa en eftermiddag för att göra en utflykt tillsammans. Att bara åka iväg och prata, inte bara om patienterna, utan att vårdarna även fick ventileras, och på så vis riktades fokus mot andra människor än bara på patienterna. Alla parter fick på så vis ett socialt utbyte av varandra.

Det var så skönt att vara ensam med Anna. Hon har ju varit borta så mycket en sista tiden, jag pratade och pratade, men det gjorde hon också. Denna lilla tur slukade hela eftermiddagen, och jag är glad för varje dag som fungerar på detta sätt, att helt enkelt ha så mycket att göra att jag inte hinner tänka (Daher Larsson, s. 31).

Den viktigaste aspekten för att förtroende skulle kunna etableras i kontakten med vårdpersonalen, var naturligtvis att personkemin stämde mellan båda parterna. Nedan beskriver Hanna sitt första möte med sin psykolog på anorexikliniken.

Hans blick utstrålar också stark empati och redan innan vi börjar vårt samtal är min känsla att den här personen kommer att bry sig om mig (Österberg, s. 27).

Att få hjälp med att gå till botten med problemet

Patienterna upplevde att de genom återkommande möten med vårdpersonalen, fick hjälp med att gå till botten med problemet, det vill säga att börja nysta i omständigheter runt omkring sjukdomen som kunde vara potentiella tänkbara orsaker till insjuknandet av AN. Detta kunde åstadkommas genom att patienterna upplevde att vårdpersonalen engagerade sig i att lära känna dem och deras historia för att förstå personerna bakom sjukdomen. Genom att patienterna fick öppna sig och berätta, kunde personalen peka på tydliga samband med patienternas hälsotillstånd och livsstil relaterat till livsstilsfaktorer. På så vis kunde patienterna gå till botten med problemet och därifrån gå vidare med ätstörningsproblematiken.

Idag har vi varit på Videgården. (...) Väl därinne fick mamma prata med en sjuksköterska och en teamassistent. De frågade en massa frågor om min barndom, om det hänt något speciellt i mitt liv som kunde utlösa ätstörningen, vi pratade om mina tonår och vänskapsförhållanden, familjeförhållanden och hur jag såg på mig själv. Vi pratade mycket om att jag tidigt fick ta ansvar och att jag flyttade hemifrån tidigt, de sa att det kan vara så att man bantar ner sig för att bli "liten som ett barn" igen. Så att man inte märks och syns så mycket och slipper ta så mycket ansvar. Jag ska fundera på det till nästa gång (Mattson, s. 27).

Det var viktigt för patienterna att själva gå till botten med ätstörningsproblematiken för att komma till insikt om sig själva och vad deras beteende berodde på. De upplevde att läkare, terapeuter och vårdpersonal tog sig an patienternas problematik för att få dem att förstå sig själva och därigenom kunna påverka sitt beteende. Nedan berättar Lotta om samtalet som hon hade med sin ansvarige läkare, om hennes starka begär efter godis som hon hade svårt att stå emot och som skapade mycket ångest efteråt.

Jörgen (läkare, uppsatsförfattarens anmärkning) gav mig en annan syn på godiset än jag förut haft. Han menade att godiset för mig hade varit ett sätt att utestänga omvärlden, att bara jag fick mitt godis var jag helt nöjd i min egen lilla värld och på så sätt stänger jag mig inför nya kontakter och människor överhuvudtaget. Godiset är ännu ett ting i min sjuka värld som gör denna värld ännu svårare att ta sig ur. Han har ju rätt, jag kan ju snoppa av en människa bara för att få ta itu med min godispåse i fred. Hur kan jag ge godiset så stor makt i mitt liv? Nu känner jag att jag har ett motiv att sluta, ett riktigt motiv (Daher Larsson, s. 92).

I möten med vårdpersonalen, lades stor vikt i att gå till botten med problemet genom att undersöka personliga egenskaper hos patienterna för att finna en koppling till AN. Det var viktigt för patienterna att personalen noggrant förklarade sjukdomens etiologi, orsaker och samband. Detta diskuterades i möten mellan vårdpersonalen och patienten.

Att inte bli förstörd

Patienterna upplevde att vårdpersonalen inte alltid förstod vad de gick igenom i tillfriskningsprocessen och det kunde försvåra vårdrelationen. Patienterna bar med sig en

rädsla för att bli friska och därigenom ta itu med sina existentiella problem. Livslusten var stark men rädslan för att möta livets faror hämmade viljan att våga försöka bli frisk.

Vad skall jag säga till personalen, till dem som står mig närmast? Hur skall jag få dem att förstå att till och med detta att bestämma sig känns som en omöjlighet? Jag vill ju leva, det vet jag, men jag vet inte om jag orkar gå igenom allt som måste gås igenom innan jag kan leva som en normal person (...) Jag vill vara liten och bli omhändertagen och slippa krav, samtidigt som jag vill ha större bröst och ja, helt enkelt bli en vacker kvinna. (Daher Larsson, s. 17).

Vårdpersonalen kunde ibland uttrycka sig på ett olämpligt sätt, i avsaknaden av förståelse, som upplevdes som stötande för patienterna. Det kunde vara ett uttryck i all välmening från vårdpersonalens sida men maten hade inte samma innebörd för patienterna som för vårdpersonalen. Att se andra människor äta kunde skapa obehag hos patienterna. Att någon kommenterade vad de åt eller hur de åt, kunde skapa en känsla av skam. AN patienterna hade ett stort behov av att få vara ifred under måltiderna. Nedan beskriver Lotta ett exempel ur en situation som kunde uppstå i samband med måltider.

Idag vräkte en av de kvinnliga skötarna ur sig: "O, vad gott med äpplen och grädde!" Jag blev galen, jag fick skärpa mig till det yttersta för att överhuvudtaget kunna sitta kvar vid bordet, äpplena blev bajskorvar, och för att inte tala om skammen som jag kände för andra. Jag skämdes som en hund. När jag sedan stötte på kvinnan som blivit så avundsjuk på mina äpplen kunde jag inte hålla tillbaka min ilska. Jag talade om för henne att jag trodde man hade informerat om att jag inte ville höra några kommentarer i samband med min mat. Då säger hon: "Men borde du inte ändra ditt sätt att se på maten?" Och det skall hon säga, den yliga mallstroppen, jag såg rött, vad sjutton är jag här för? Har hon inte fått in i sin dumma skalle att jag är här just för att maten är min problematik, efter ett halvår här så tycks hon inte fatta det. Är hon helt insnöad eller vad lider hon av? Det var underbart att få avreagera sig (Daher Larsson, s. 24-25).

Att patienterna gick upp i vikt och att deras fysiska tillstånd stabiliserades behövde inte nödvändigtvis betyda att de mådde psykiskt bättre för det. Patienterna upplevde ändå att vårdpersonalen verkade tro att det var så. De hade inte tillräckligt med förståelse för vad en adekvat viktuppgång betydde för patienterna. Då patienterna träffade vårdpersonalen för rutinmässiga viktkontroller, upplevde de att vårdpersonalen grundade sin uppfattning om deras psykiska välmående efter vad vågens siffror visade. Upplevelser av att inte bli förstådda fick patienterna att återigen känna otrygghet inför framtiden och behov att konfrontera, då sjukdomen fortfarande bestod.

På Björkhaga (anorexienhet, uppsatsförfattarens anmärkning) förstod man nog att det var jobbigt för mig, men jag hade gärna velat bli bemött med en annan attityd av omgivningen. Det fanns de som tog för givet att jag mådde mycket bättre nu. Ja, jag åt ju, alltså var jag bättre? Jag ville tala om för dem att det inte alls var så. Visserligen var det måhända ett steg i rätt riktning, med det behövde inte betyda att jag mådde bättre – tvärtom. Det var nu jag verkligen behövde deras stöd och förståelse. Jag kämpade mer än någonsin och behövde deras hjälp för att stå emot min anorexi och mina sjuka tankar (Strandberg, s. 58).

Trots att relationen mellan patienterna och vissa av vårdpersonalen var god, var de inte alltid överens och patienterna upplevde då att vårdpersonalen inte förstod dem. Nedan berättar Hanna om sin frustration efter mötet med sin psykolog.

Samtalet med Tomas var dåligt idag, vi förstår inte varandra. Han bara kritiserar mig för allt. Jag vill åka hem. Jag bara lurar mig själv. Jag tror att jag ska må bättre om jag ska få komma hem, men det gör jag inte. Jag tror att jag ska må bättre om jag får komma till kliniken men ack så besviken jag blir varje gång (Österberg, s. 53).

Att inte våga öppna sig

Svårigheter med att skapa mänskliga relationer för patienterna med AN, gjorde att de vände omgivningen emot sig och försköt vårdpersonalen istället för att prata om sina känslor. Det hela bottnade i rädsla för separation och rädsla för att bli svikna och inte omtyckta.

Min relation till min manliga kontaktman, Tommy (även skötare, uppsatsförfattarens anmärkning), har äntligen blivit bra. Jag har en längre tid gått och irriterat mig på honom och inbillat mig att han är trött på mig. I helgen pratade jag ut om mina känslor som jag så länge tänkt och känt, och vi kunde äntligen prata om det, på ett vuxet sätt. Vi tittade på mina känslor tillsammans och jag kunde snart konstatera att ett var min rädsla att förlora Tommy som gjorde att jag hade inbillat mig det mesta (Daher Larsson, s. 25).

Att skapa mänskliga kontakter blev besvärligt eftersom det samtidigt skapade separationsångest och rädsla för att bli sviken. Det resulterade i att patienterna tvekade inför att våga öppna sig och släppa in människor nära inpå livet.

Helena (Sofias kontaktperson, uppsatsförfattarens anmärkning) var både min mamma, min syster, min vårdare och min vän (...) Men jag bekymrade mig ändå. Det vi hade nu skulle inte vara för evigt, bara så länge hon jobbade på barnpsyk. och jag var patient där. När jag fyllde arton skulle det vara över och "snipp, snapp, snut, så var sagan slut!" (Åkerman, s. 198-199).

Patienterna med AN upplevde svårigheter med att öppna sig inför andra människor och vara ärliga. Detta bottnade ofta i rädsla för svek. De skämdes över sina beteenden som ätstörningen skapade och de var försiktiga med att tala om sina problem med vårdpersonalen av rädsla för att bli negligerade och svikna.

Jag har hamnat i den situationen, och tagit rollen som självskaderskan. Varför? Sanningen är den att risporra på armen är bara ett medel, ett redskap. Jag vill ju berätta för personalen att jag inte står ut, att något är väldigt fel, att det är något jag vill berätta. Som jag inte kan berätta. Om jag berättar om alla spyor så kanske de vänder sig om och går. Då får jag bara ryggtavlor (Samuelsson, s. 106).

Att inte bli sedd

I möten med vårdpersonalen erhöll patienterna en önskan om att bli sedda som sjuka och att de var i behov av vård på samma villkor som andra patienter med medicinska och psykiska sjukdomar. Det verkade finnas en dold skam över AN som patienterna upplevde och ett behov av att bevisa att deras sjukdom faktiskt var en riktig sjukdom. Patienter med andra typer av problematik än ätstörningar, upplevdes ta mer plats i vården och dessa patienter verkade bli behandlade med mer uppmärksamhet och omsorg.

Kan någon förstå att jag behöver någon som bryr sig om mig? Jag vill ha lika mycket uppmärksamhet som de andra patienterna. Jag vill också höra att jag behöver vara här, att jag inte är frisk. Fattar ingen att ormen lurar både dem och mig, den får mig att spela friskare än jag är, den får mig att hålla inne med all ångest, alla tårar. Kan ingen hjälpa mig? Ska matvägran vara det enda sättet att få människor att förstå att jag mår dåligt? Förresten varför måste de förstå det? (Daher Larsson, s. 19).

Patienterna med AN beskrev ofta en önskan att "få vara sjuk på riktigt" för att få omgivningens förståelse. Med "sjuk på riktigt" menade AN patienterna att de hellre

önskade att de hade haft en medicinsk sjukdom istället för en ätstörning. En av patienterna hoppades att de skulle hitta en jätte stor tumör i buken på henne. En annan patient upplevde sjukdomsvinst när hon drabbades av en lunginflammation, då hon märkte att vårdpersonalen gav henne en annan typ av uppmärksamhet och hon kände att hon blev omhändertagen på ett annat sätt än det hon var van vid. Nedan beskriver en tredje patient om sin känsla av ångest i relation till AN.

Jag skämdes för jag önskade verkligen att jag hade haft en sjukdom som syntes utanpå, en som alla kunde se och förstå hur ont den gjorde. Det kändes groteskt och förbjudet att önska en sådan sak, men människor förstod att en person med ett stort operations sår kunde ha fruktansvärt ont. De kunde däremot inte begripa hur en ung tjej, som såg så glad ut, kunde ha så ont i själen att hon kräktes i sängen för att ångesten gjorde så ont. Det hade varit skönt om de hade sett mitt infekterade sår på insidan, om de hade förstått. (Åkerman, s. 23).

Patienterna kunde ibland uppleva, i möten med vårdpersonalen, att personalen inom sjukvården hade förutfattade meningar om AN patienter. Patienterna upplevde att vårdpersonalen inte såg dem som "riktigt sjuka" och det ingav en känsla av att inte bli sedd.

Trots att de försökte dölja sina förbjudna känslor bakom yrkesrollen, kände jag att de tyckte att jag tog upp plats för dem som var sjuka på riktigt (Åkerman, s. 7).

Patienterna uttryckte ett stort behov av att få vårdpersonalen att förstå hur sjuka de egentligen var. Kriterierna för att få vårdas i sluten vård för AN var höga och platserna var få. Patienterna fick kämpa med att bli tagna på allvar med sjukdomen, för att behålla vårdplatsen och få behandling. Det självskadande beteende som fanns med i sjukdomsbilden hos samtliga patienter i studien uttryckte indirekt: "Se mig, hör mig!" Nedan beskriver Katarina sina känslor i samband med att det är tal om att hon skall bli utskriven från avdelningen där hon vårdades för sin anorexi.

Hur långt måste jag gå för att bli tagen på allvar? Hur mycket måste jag skära mig i armarna, hur många timmar efter middagen måste jag upprätthålla mina ångestattacker, för att vara övertygande i min ätstörning? (Samuelsson, s. 33).

Att uppleva att inte bli sedd kunde beskrivas i sådana sammanhang då kontakten i vårdrelationen inte blev personlig och då mötena inte gav någon mening. Nedan beskrivs upplevelsen av de regelbundna mötena hos ett av anorexiteamen.

Varje gång jag satte mig i soffan på anorexiteamet var för att de var tvungna att träffa mig då och då, inte för att de kunde göra något. De skrev en signatur på pappas sjukskrivningsintyg och frågade hur det gick i skolan. Sedan fick jag en ny tid om en månad (Åkerman, s. 139).

Att få bekräftelse

Det var viktigt för patienterna att få bekräftelse och att få höra att de var speciella, det gjorde att de kände sig betydelsefulla. Deras självskadande beteende som AN förde med sig, var också ett uttryck för ett rop på hjälp, en längtan efter att få bekräftelse.

De starka riddarna bar ut den utmärklade prinsessan till sin magiska tut-tut-bil och körde henne till det förtrollade huset där de lagar trasiga människor. Prinsessan sov sin Törnrosa sömn, men prinsarna sade till henne att hon var tvungen att hålla sig vaken så att hon inte försvann för dem. Prinsessan

skrattade i sömnen, försvann? Hon skulle inte försvinna! Hon hade ju vaknat alla andra gånger. ”Detta är en mycket speciell tjej”, ropade den ena ambulansmannen till den som körde. ”Jag har kört henne förr och har man en gång träffat henne så glömmar man henne aldrig. Hon vet mer om livet än någon annan jag har träffat.” Jag skrattade åt honom. I hans ord lät jag som en fantastisk filmstjärna, en hjälte, en huvudperson i en bestseller. Han sade det nog bara för att jag skulle bli glad. Men jo, det var sant att jag visste mycket om livet (Åkerman, s. 6).

En av patienterna beskrev en morgon då hon fick följa med ambulanssjukvårdare under en ambulanstransport vid en utryckning från ett prior-larm. Patienten fick hjälpa till med att bära akutvårdsväskan och hålla upp dörrar. Det gav henne bekräftelse, det fick henne att känna sig betydelsefull, hon var en i ambulansen, inte bara en patient. Dessutom väckte det hennes drömmar, att någon gång också få arbeta med att rädda sjuka människor.

Med ambulansuniformen på kroppen förvandlades jag till en stark, ung kvinna som ville rädda liv, precis en sådan person som Erika (ambulanssjukvårdare, uppsatsförfattarens anmärkning) var. En sådan som jag ville bli någon gång. Kanske den dag då jag vågade erkänna för mig själv att jag faktiskt var en riktig kvinna (Åkerman, s. 143).

Att känna maktlöshet

Känslan av maktlöshet kunde upplevas då patienterna, i möten med vårdpersonalen, hamnade i oförutsägbara situationer. Dessa situationer kunde uppstå p.g.a. svikna löften från vårdpersonalen. Besvikelsen gav sig i uttryck genom ett visst beteende och konsekvenserna som blev, gjorde att patienterna kände sig maktlösa att kunna lösa situationen. Nedan berättas om en tvångsmatning med två stycken vårdare inblandade, i samband med en måltid.

*Det var middag och min kontaktperson från barnpsykiatri (Helena, uppsatsförfattarens anmärkning) skulle komma och äta middag med mig. Min kontaktperson kom inte. Hon kunde inte förklara varför p.g.a. sin tystnadsplikt, och plötsligt satt jag själv med en tallrik stroganoff, två arga skötare blängde på mig och en stor besvikelse och övergivenhet som värkte. ”Ät nu!” sa skötaren. ”Nej”, sa jag, ”hon lovade att komma. Jag tänker inte äta om inte hon kommer.” ”Antingen äter du eller så plockar vi fram slangen.” ”Jag äter inte. Jag kan inte, om inte Helena är här. Hon lovade! Varför ska jag kämpa, när ni inte ens bryr er så pass mycket att ni kommer när ni lovar att göra det?” Skötaren tittade på den andra. ”Tomek, ta fram grejerna.”
Jag kände mig hotad, sviken och maktlös (Åkerman, s. 118).*

Maktlöshet kunde även upplevas då patienterna inte kände att de hade någon kontroll över sin situation. Bristande kontroll och maktlöshet kunde upplevas i sådana sammanhang då patienten utsattes för att blotta sin kropp inför vårdpersonal. Tvång och kränkningar i samband med undersökningar och kroppsvisitationer som tillhörde avdelningens rutiner kunde ge en känsla av maktlöshet hos patienterna. Rådande regler och rutiner i behandlingen, gjorde att patienterna upplevde att de hade förlorat sin autonomi, sitt eget självbestämmande. Detta upplevdes som vanmakt.

Att någon talar till den friska delen

Motiverad och engagerad personal lyckades tala till de friska delarna hos patienterna. Att få patienterna att komma till insikt, lyckades bara om vårdpersonalen kunde vända på patienternas syn på maten till en förnuftig och sund inställning.

Tommy (skötare och Lottas kontaktman, uppsatsförfattarens anmärkning) har alltid haft en stor betydelse för mig när det gäller maten. Han har många gånger lyckats vända det femåriga barnet som inte vill äta upp maten till att få fram den Lotta som förstår att hon måste äta upp maten. Det känns alltid bättre att bli så gott som intvingad maten, då har jag någon att skylla på när ormen ställer mig mot väggen... Fastän jag vill så är Tommys stöd av mitt friska jag starkare. Tommy vinner oftast vid konflikter. Med att vinna menar jag att han lyckas få fram min förnuftiga del, den delen som är otillräcklig (Daher Larsson, s. 25).

Att vårdpersonalen lyckades tala till de friska delarna hos patienterna, upplevdes om patienterna fick flera personer runt sig som på olika hälsofrämjande sätt, kunde arbeta med den egna inställningen till kroppen. Allt handlade inte bara om mat. Terapin kunde t.ex. bestå av sjukgymnastik för att få patienterna att bli mera bekanta med sina kroppar och att använda sina egna kroppar som redskap och att bli vän med kroppen. Att få träffa en sjukgymnast och öva på att få kännedom om den egna kroppen, hjälpte till att öka den egna självkännedomen och att bli kvitt den förvrängda kroppsuppfattningen.

Bollen är det enda som kan bevisa för mig att jag inte är så fet som jag tror (...) Bollen är hård, och jag känner hur den rullar över min kropp och talar om för mig att jag nästan bara består av skinn och ben. Min sjukgymnast, Gunilla W. är expert på att överbevisa mig genom att rulla en boll över min kropp. Gunilla har själv haft anorexi problem en tid, så hon vet precis hur hon skall arbeta med mig, hennes del i mitt tillfrisknande(?), är väldigt stor. Det är hon som skall hjälpa mig att få en normal kroppsuppfattning. Hon skall lära mig att ha kontroll över min kropp på ett förnuftigt sätt (Daher Larsson, s. 26).

Vårdpersonalens närvaro vid måltider hade positiv inverkan hos patienterna. Pedagogiska måltider var ett sätt för vårdpersonalen att framstå som goda exempel. Patienterna lärde sig hur normala portioner såg ut och de behövde ofta handräckning och gränssättningar, då måltidssituationerna var svåra att hantera själva. Dessutom blev det trevligare stämning med samvaro runt måltider. För personerna med AN i självbiografierna, var det anorektiska mönstret ett substitut för något annat i livet som de inte kunde tillåta sig själva. I mötet med Lottas läkare, kunde han genom att han talade till den friska delen av Lotta, ge henne ett nytt perspektiv på hur hennes ätstörningsproblematik hängde samman med hennes rädsla för mänskliga kontakter. Han gav patienten en tankeställare.

(...) Jörgen (läkare, uppsatsförfattarens anmärkning) sa också en annan sak som fick mig att tänka. Han sa att det viktigaste här i livet är kontakten med andra människor, att om man bara tillåter den känslan att växa fram så blir allt det andra ointressant. Kan det bli det? Kan vägningen förlora sin nu så stora betydelse? (Daher Larsson, s. 93).

Att hamna på rätt väg igen var i allra högsta grad patientens egen förtjänst men patienterna behövde handledning av vårdpersonalen för att kunna "hitta hem igen".

Sammanfattning av resultatet

Resultatet visar erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen som både positiva och negativa. En av de positiva aspekterna var att känna förtroende för någon eller några av vårdpersonalen. Genom att känna förtroende i kontakten med vårdpersonalen blev relationen också vårdande. Patienterna upplevde att de fick hjälp med att gå till botten med problemet. Genom att få hjälp med att gå till botten med problemet för att finna potentiella orsaker till vad som låg bakom sjukdomen, blev mötena med vårdpersonalen terapeutiska. Att få bekräftelse var ännu en positiv aspekt av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen. Bekräftelse stärkte individen som person. Slutligen, att någon talar till den friska delen, var patienternas upplevelse av att personalen i vården kunde lyfta fram personernas friska egenskaper i möten.

De negativa aspekterna av AN patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen var, att inte bli förstådd, då patienterna upplevde att kontakten med vårdpersonalen inte bidrog med någon djupare förståelse för deras sjukdom. Att inte våga öppna sig, visade sig som svårigheter för AN patienterna att skapa mänskliga relationer. Det resulterade i att patienterna kunde använda sig av självdestruktiva metoder i sökandet efter kontakt med vårdpersonalen. Att inte bli sedd, var ännu en negativ aspekt, som upplevdes av patienterna då mötena inte blev terapeutiska och relationen till vårdpersonalen inte upplevdes som vårdande. Att inte bli sedd, kunde upplevas som att sjukdomen AN hamnade i skuggan av andra sjukdomar och att patienterna kände sig osynliga som personer i möten med vårdpersonalen. Slutligen, att känna maktlöshet, infann sig då patienterna i möten med vårdpersonalen kände sig kränkta, förnedrade och hjälplösa.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes för studien var en kvalitativ ansats. Enligt Ruth (1991) utgör en god forskningsdesign av kvalitativ ansats att forskaren med sin intuition och empati lever sig in i olika aspekter av de fenomen som skall studeras. Inom kvalitativ forskningstradition väljer man individer genom strategisk sampling, snarare än slumpmässig sampling som de statistiska metoderna inom kvantitativ forskning förutsätter. I denna studie valdes sex självbiografier ut för att användas som underlag för studiens resultat. Tio självbiografier hittades och av dessa valdes de böcker ut som verkade ha mest anknytning till vården. Detta urval gjordes efter att ha skumläst samtliga. Ruth (1991) framhåller att inom den kvalitativa forskningstraditionen skall de studerade vara med om att definiera det fenomen som skall studeras och datainsamlingen utgörs ofta av just deras subjektiva utsagor t.ex. i skrivna livshistorier eller temaintervjuer. Självbiografier utgör ett utmärkt underlag för att studera ett valt fenomen (a.a.). Utgångspunkten var, att i självbiografiska böcker har mycket tid och eftertanke lagts ner innan tankar och känslor har formulerats till skriven text. Det utgör stor trovärdighet. Denna datainsamlingsmetod valdes framför kvalitativa intervjuer, då uppsatsförfattaren ansåg att genom kortare intervjuer med få deltagare, kunde risken bli att informationen blev knapphändig och utan närmare tid för eftertanke för deltagarna. Samtidigt upplevdes tiden för uppsatsskrivandet för kort för att få tid till att få tag på informanter som kunde tänka sig att delta i studien.

Ruth (1991) menar att då forskaren har analyserat en viss uppsättning av data genom livshistorier och han så småningom märker att en ny livshistoria verkar bekräfta det han redan vet och inte längre tillför tolkningarna något nytt, har en viss mättnad uppnåtts. Efter att ha läst de sex självbiografiska böckerna om AN upplevdes att behovet av nya texttolkningar var mättat. Dataanalysmetoden som användes utgick från Dahlberg (1993), att gå från helhet till delar och sedan helhet igen. De tre stegen upplevdes som en naturlig process som tillvägagångssätt att analysera böckerna. Validiteten i studien säkrades enligt vad Ruth (1991) framhåller, att ställa sig så öppen som möjligt till de utsagor som anges i texterna, för att nå fram till en annan människas subjektiva värld. Validiteten i materialet ifrågasattes och övervägdes då informationen ansågs rik på kvaliteter och bidrog till en djupförståelse för studerande fenomen. Enligt Ruth (1991) hänger validiteten inom kvalitativ forskning ihop med relevansen i datamaterialet, den mening den innehåller. Forskaren bör i hela datainsamlingsfasen avstå från att värdera informationen. I denna studie försökte personliga värderingar undvikas. Tolkningarna gjordes utifrån hur texten förstods, tillsammans med en kritisk diskussion av uppsatsförfattarens egen förförståelse. Denna kritiska diskussion gjordes på egen hand och tillsammans med handledaren för att åstadkomma en högre trovärdighet. Resultatet ansågs vara fruktbart då det anknyter till studiens syfte.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva AN patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen. Det som tydligt framgick i denna studie var betydelsen av att känna förtroende till vårdpersonalen. Detta förtroende kunde etableras i en vårdande relation. Att känna förtroende innebar att stå fast vid ett löfte, att inte svika. Att känna förtroende innebar även att den vårdande relationen gav utrymme för båda parter att få prata och berätta om sig själva. Miceviski och Mc Cann (2005) fann i sin studie att förtroende är en central aspekt i omvårdnaden av patienter som vårdas för AN. För att möjliggöra ett förtroende krävdes att vårdare och patient erhöll ett ömsesidigt förtroende för varandra. Förtroende innebar också att vårdaren var personlig med patienten och delgav information om sig själv i begränsad mängd för att flytta fokus från patientens sjukdom. Däremot framhäver Miceviski och Mc Cann (2005) att det är viktigt att kunna hålla en viss distans och fortfarande vara professionell. Detta även för att konversationen inte skall fokusera allt för mycket på vårdaren och ge mindre utrymme för patienten att få tala om sig själv (a.a.). Resultatet i denna studie, visade att den form av personlig relation som Miceviski och Mc Cann (2005) framhåller, kan växa fram i en vårdrelation där den personliga kemin stämmer överens mellan båda parter. Ramjan (2004) menar att förtroende är det viktigaste elementet av alla delar i en terapeutisk relation. Utan förtroende i en terapeutisk vårdande relation är behandlingen för AN otillräcklig och tenderar att hindras eller förlängas (a.a.). Det är viktigt att vårdpersonal främjar för att bygga upp ett ömsesidigt förtroende till patienten. Ett förtroligt förhållande mellan vårdare och patient förbättrar kontakten i en vårdrelation.

I möten med vårdpersonalen, fick patienterna i denna studie, hjälp med att sätta ord på sina känslor för att lättare kunna gå till botten med problemet. Att få hjälp med att gå till botten med problemet innebar att patienterna fick hjälp av vårdpersonal att nysta i problemet och finna potentiella orsaker till AN. George (1997) menar att det är viktigt att sjuksköterskor förstår AN patienters psykologiska profil för att veta hur man går vidare med deras svårigheter. Kan inte detta tillgodoses kommer AN patienter fortsätta att ses som svårhanterliga patienter och det försvårar den vårdande relationen. Fenomenet Alexithymia, betyder att patienter med AN har extrema svårigheter att släppa kontrollen över sin kropp och att de har svårigheter att visa känslor (a.a.). Denna studie visade att vårdpersonal som arbetar med AN patienter, måste hjälpa patienten med att gå till botten med problemet för att få patienten att identifiera och uttrycka sina känslor. I en vårdrelation är det viktigt att vårdpersonalen ägnar tid åt att lära känna patienten för att få redan på vad människan i behov av hjälp, bär med sig i sitt bagage. Detta kan enbart åstadkommas genom en vårdande relation.

Att inte bli förstådd, hade betydelse för denna studie, att patienterna upplevde att de inte blev förstådda i sina känslomässiga reaktioner i anknytelse till mat och vikt. Tidigare forskning (Ramjan 2004; King & Turner, 2000; George, 1997; Miceviski & Mc Cann, 2005 m.fl.) framhäver att utbildning i psykiatrisk omvårdnad för sjuksköterskor som jobbar med denna patientgrupp, behövs för att få förståelse för patienterna med AN. Enligt Eriksson (1993) längtar patienten efter ett sant medlidande, en förståelse för lidandets innersta natur. För att kunna lindra lidande, måste vi känna igen lidandets i dess former och uttryckssätt och i djup mening försöka förstå det. I likhet med Eriksson (1993) menar Miceviski och Mc Cann (2005) att sjuksköterskan måste vara lyhörd och uppmärksam för de signaler som

patienter utger. En utav deltagarna i Miceviski och Mc Canns studie (2005) medgav att hon tidigare hade otillräcklig förståelse för AN som sjukdom. Men efter att ha genomgått formell utbildning, hjälpte det henne att bättre förstå patienterna och detta möjliggjorde också större förutsättningar att skapa goda relationer till patienterna (a.a.). Denna studie visade att patienterna upplevde att det inte blev förstådda i sin sjukdom. AN hade för patienterna blivit en identitet med ett medföljande inrutat beteendemönster som ingav en form av trygghet. Detta var svårt att förklara för omgivningen och resultatet blev upplevelsen av att inte bli förstådd. I omvårdnaden av patienter med AN, måste vårdpersonalen försöka sätta sig in i patienternas livsvärld. Nyckeln till den insikten är utbildning, som enligt tidigare forskning har varit en central aspekt i flera studier.

Att inte våga öppna sig, skildrade i denna studie, en stark rädsla för att våga öppna sig och tala om sina tankar och känslor. George (1997) framhåller att låg självkänsla och självförnekelse är karaktäristiskt för AN. Detta innebär svag tillit till sig själv och andra människor och svårigheter att identifiera och visa känslor. Detta kan visa sig genom att personen med AN vänder omvärlden emot sig för att lättare kunna hantera rädslan för att öppna sig emotionellt (a.a.). Patienterna i denna studie upplevde en stark rädsla för att bli lämnade och svikna. Detta försvårade kontakten i möten med vårdpersonalen, eftersom patienterna slets mellan förtroende och en rädsla för att förlora personen som de hade vågat öppna sig för och lämna ut sig till. Eriksson (1988) menar att vårdrelationen bygger på ett ömsesidigt givande och tagande, som inte får ses som självklart. Att ta emot är en verklig konst, eftersom det alltid innebär att ge av sig själv (a.a.). I enighet med King och Turner (2000), visade denna studie att en vårdrelation som vilade på förtroende hade betydelse för att patienterna i studien skulle våga öppna sig känslomässigt. Vårdpersonal måste främja för emotionell öppenhet och lära patienter att acceptera känslor som glädje och sorg, det skapar bättre förutsättningar att kunna hantera känslor.

Att inte bli sedd, innebar för patienterna i denna studie, upplevelser av att vårdpersonalen inte tog deras problem på allvar och att de inte klassificerades som "riktigt sjuka". Ramjans studie (2004) bekräftar detta då sjuksköterskorna uttryckligen påstod att AN patienterna kunde klara sig själva och att de tog upp vårdplatser för barn som var sjuka "på riktigt". Sjuksköterskorna uttryckte även att patienterna med AN delvis hade sig själva att skylla på för sin sjukdom. De menade att dessa tonårsflickor inte hade behövt ta till sig samhällets gällande normer och skönhetsideal. Att alla bär ett eget ansvar för sina handlingar och väljer en väg att gå i livet (a.a.). George (1997) menar att sjuksköterskor måste ha självkänedom och vara medvetna om sina egna attityder till kroppsideal och mat. Deras attityder påverkar nämligen patienter med AN. Om sjuksköterskan i hemlighet beundrar AN patienten och avundas hennes rigida kontroll över kroppsvikten, kommer interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten att bli allt annat än terapeutisk. I likhet med vad George (1997) framhåller, framkom i denna studie, att det är viktigt att personal som vårdar AN patienter är medvetna om sina egna värderingar och att de har en sund inställning till mat och hälsa. Precis som patienterna i denna studie önskade, måste vårdpersonal se patienter med AN som riktigt sjuka och att de är i behov av hjälp och stöd av människor som arbetar patientnära i vården.

Att få bekräftelse innebar för patienterna i denna studie, att få uppleva sig själva som speciella och unika som personer och inte enbart som självdestruktiva anorektiker. I Colton och Pistrangs studie (2004) beskrev AN patienterna att "bra personal" var vårdpersonal

som såg personen bortom sjukdomen och inte som ”ännu en anorektiker”. King och Turner (2000) framhäver att vårdpersonal skall visa patienten acceptans. Med det menas inte att acceptera sjukdomen utan att acceptera personen. I Micevski och Mc Cann’s studie (2005) sätter sjuksköterskorna värde på att lära känna patienten som person och lära känna patientens intressen. Det ger patienten bekräftelse som person, som visar sig genom intresse och delaktighet från vårdpersonalens sida (a.a.). Denna studie visade att bekräftelse stärkte patienterna som individer. Vårdpersonal bör regelbundet ge positiv återkoppling till patienterna med AN. Det kan åstadkommas genom att visa uppskattning och ge beröm då patienterna gör framsteg i rehabiliteringen. Patienterna behöver alla former av stöttning i tillfrisknadsprocessen och bekräftelse från vårdpersonalen. Vårdpersonalen kan många gånger vara de människor som står patienterna närmast i kontakten med andra människor. Förhoppningsvis kan känslan av bekräftelse bidra med att stärka patienternas självförtroende och underlätta för dem att hitta sina identiteter.

Att känna maktlöshet, upplevdes av patienterna i denna studie då de erövrades kontrollen över sina liv. Att känna maktlöshet kunde upplevas i samband med påtvingad sondmatning och att blotta sin kropp offentligt inför vårdpersonal. I Ramjan’s studie (2004) beskrevs en maktkamp mellan sjuksköterskor och patienter, om att erhålla kontrollen. Paradoxalt nog, ville sjuksköterskorna behålla kontrollen samtidigt som de ville att patienterna själva skulle ta kontroll över sin sjukdom och sina liv. George (1997) anser att det är viktigt att AN patienter blir involverade i vårdplanen och att tillägnade omvårdnadsåtgärder förklaras grundligt för dem. Detta gör att patienten behåller sin autonomi och känsla av kontroll. Micevski och Mc Cann (2005) bekräftar detta och menar att det är viktigt att ge patienter valmöjligheter som t.ex. när de skall äta sina måltider eller vilka aktiviteter de väljer att delta i. Delaktighet gjorde att patienterna visade mindre ångslan och ångest och de var mer villiga att ta en aktiv roll i tillfriskandet. Detta skapade också bättre förutsättningar för goda relationer mellan patienterna och vårdpersonalen (a.a.). Denna studie visade, i enighet med tidigare forskning, att information och patienternas delaktighet i vården bidrog med bättre följsamhet av utarbetade vårdplaner och förbättrade relationerna till vårdpersonalen. Personal som arbetar inom vården av AN måste verka för att vara mer samspelade med patienterna och inte se interaktionen som en maktkamp. För att kontakten med vårdpersonalen skall upplevas som vårdande, måste vårdpersonalen möta patienterna med respekt och ödmjukhet.

Att någon talar till den friska delen, innebar slutligen i denna studie, att vårdpersonalen lyckades lyfta fram de friska och förnuftiga delarna av patienterna, som var villiga att ta aktiva roller i behandlingen och samarbeta med vårdpersonalen. I likhet med Colton och Pistrangs studie (2004) beskrevs AN i denna studie, som både en vän och en fiende. AN som vän ingav ett tryggt mönster att förhålla sig till och en identitet. AN som fiende illustrerades på olika sätt: som ”en inneboende orm”, som ”Trassel”, som ”Lucifer” och som ”en katt som jagar svans i huvudet”. Dessa inneboende demoner talade emot patienternas sunda förnuft och motsatte sig det som vårdpersonalen ville åstadkomma med vårdplanerna. Patienterna slets mellan personalens goda viljor och de inre rösternas vilda protester. Initialt i behandlingen var patienterna skeptiska i mötena med vårdpersonalen. Men trots det lyckades personalen framhäva de friska och förnuftiga delarna hos patienterna. Patienterna insåg då att de själva måste kämpa för att bli kvitt monsterna inombords. Personer med AN tenderar att dra sig undan mänsklig kontakt och dra sig tillbaka från omgivningen (Eriksson & Carlsson, 2001). I vården av AN, måste

vårdpersonalen visa att mänsklig kontakt har betydelse för välbefinnande och att mänskliga relationer fyller sin plats i alla människors liv.

Slutsats

I resultatet framkom åtta teman som speglade AN patienters erfarenheter av den mänskliga kontaktens betydelse i möten med vårdpersonalen. Av dessa åtta teman var fyra teman positiva och fyra teman negativa. Det som upplevdes som mest intressant i resultatet var de negativa upplevelserna av hur kontakten i möten med vårdpersonalen beskrevs. Samtliga personer i böckerna beskrev på likartade sätt känslan av vanmakt av att inte bli förstådda och viljan att bli hörda och sedda som sjuka. Personerna i självbiografierna beskrev alla, att de erhöll självdestruktiva beteendemönster som tog sig i uttryck i fysiska, självskadande handlingar. Dessa självdestruktiva beteendemönster hörde sjukdomen till och det bekräftade vad tidigare forskning talade för, att AN patienter har svårt för att identifiera och uttrycka känslor. Det visade sig i självskadande handlingar och var tecken på att dessa personer inte klarade av att hantera känslor som upplevdes vid motgångar. Personerna i självbiografierna beskrev problem med relationer och detta visade sig även i kontakten med vårdpersonalen. Det framkom i resultatet att relationerna till vårdpersonalen inte alltid var vårdande. Trots det kunde ändå essensen av en vårdande relation urskiljas i resultatet. Essensen i en vårdande relation är just hur den mänskliga kontaktens positiva inverkan påverkar patienterna i interaktionen med vårdpersonalen. Det viktigaste här i livet kontakten med andra människor och kan man bara tillåta sig den känslan så blir det svåra mindre intressant. Det studerade ämnet upplevdes som mycket lärorikt och väckte ett intresse av att vidare studera detta område.

Implikationer för sjuksköterskor

Den mänskliga kontaktens betydelse kan vara en viktig aspekt att studera ytterligare inför framtida forskning. Som tidigare forskning bekräftat, är utbildning en viktig del för att bemötandet av vårdpersonalen skall upplevas som vårdande. Tidigare studier visar att många sjuksköterskor som arbetar med AN patienter inte erhåller någon formell kunskap om AN. Det är viktigt att sjuksköterskor som arbetar i vården med AN patienter får adekvat utbildning eftersom det kan avgöra hur de tillmötesgår en patient och tillfredsställer dennes behov. Utbildning kan ge en ökad förståelse för hur patienter med AN upplever sin sjukdom. Detta skapar större förutsättningar för den mänskliga kontaktens positiva inverkan i mötet mellan patienten och vårdaren. Viktigt är också att personer som arbetar inom vården, har kunskap om den mänskliga kontaktens betydelse och hur den inverkar på patienten.

REFERENSER

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed) Washington, DC: American Psychiatric Association
- Berg, L. (2006) *Vårdande relation i dagliga möten*. (Akademisk avhandling). Göteborg: Sahlgrenska Akademin.
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescent's Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*, **12**, 307-316.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N., & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood Onset Anorexia Nervosa: The Experience of Parents. *European Eating Disorder Review*, **12**, 169-177.
- Crisp, A.H. (1980). *Anorexia Nervosa: Let me be*. London: Academic press
- Daher Larsson, A-C., & Herlofson, J. (1990). *Ormen och jag: om en kamp om anorexia*. Stockholm: Atlantis
- Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, B., & Carlsson, G. (2001), *Ätstörningar: En strategisk behandlingsmodell*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen* (4:e uppl.) Stockholm: Liber
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. (4:e uppl.) Åbo Akademi.
- Eriksson, K., & Nåden, F. (2002). Encounter: A Fundamental Category of Nursing as an Art. *International Journal for Human Caring*, **6** (1), 34-40.
- Federici, A., & Kaplan, A. (2008). The Patient's Accounts of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *European Eating Disorder Review*, **16**, 1-10.
- Forskningsetisk policy och organisation I Sverige (2003). *Riktlinjer för värdering av medicinsk humanforskning*. Uppsala: Vetenskapsrådet. Hämtat från WWW 2008-02-15: www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in caring conversations: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advance Nursing*, **30** (5), 1167-1176.
- 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**, 899-908.

Ghanderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **104**, 122-130.

Halltoft, L. (1998). *Rehabilitering av personer som lider av ätstörningar: två år efter behandling vid BoA kliniken* (FoU-Rapport 1998:28). Stockholm: Försäkringskassan Stockholms län.

Honey, A., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M., & Madden, S. (2006). The influence of Simblings on the Experience of Anorexia Nervosa for Adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, **14**, 315-322.

Katherine, A. (1994) *Matmissbruk: ett självhjälpsprogram vid tvångsmässigt ätande*. Täby: Larsons förlag.

King, S.J., & Turner de S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, **32**, 139-147.

Mattsson, J., & Gansmoe, J. (2006). *Svältland: (landet bortom allt sunt förnuft: en dagbok om anorexi)*. Horn: JEGA.

Mc Master, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004) The parent experience of eating disorders: Interaction with health professionals. *International Journal of Mental Health Disorder*, **13**, 67-73.

Micevski, V., & McCann, T.V, (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary Nurse*, **20**, 102-116.

Morrison, J.R. (1995) *DSM IV Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: Guilford Press.

Nationalencyklopedin (2008). Hämtat från WWW 2008-03-07:
http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=O295602&i_word=relation

Norrning, C., & Clinton, D.(2002) *Ätstörningar, bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Natur och Kultur

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

Ramjan, L.M (2004). Issue and innovations in nursing practise, Nurses and the therapeutic relationship: caring for the adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* **45** (5), 495-503.

Ruth, J-E., (1991) Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition, *Gerontologia* **5** (4), 277-290.

Samuelson, K. (2004). *Ludenben*. Lund: Augusti.

Skårderud, F. (2007). Eating One's Word Part 1: "Concretised metaphors" and Reflective Function in Anorexia Nervosa – An Interview Study. *European Eating Disorders Review*, **15**, 163-174.

Statens folkhälsoinstitut (2006). Hämtat från WWW, 2008-02-27
http://www.fhi.se/templates/Page_4002.aspx

Starrin, B., & Svensson, P-G. (1998). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom*. Västerås: Författarhuset.

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

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