

**Patienters upplevelser av vändpunkter vid
anorexia nervosa efter tillfrisknande**

**Patients' experiences of the turningpoints
in anorexia nervosa after recovery**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2011

Författare: Hanna Pettersson
Karin Svedlund

SAMMANFATTNING

Titel:	Patienters upplevelser av vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande
Författare:	Pettersson, Hanna; Svedlund, Karin
Institution:	Vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng
Handledare:	Wilhsson, Marie
Examinator:	Warren Stomberg, Margareta
Sidor:	20
Datum:	Mars 2011
Nyckelord:	Anorexia nervosa, vändpunkter, tillfrisknande

BAKGRUND: Anorexia nervosa är latin och betyder ”nervös aptitlöshet” och det som präglar sjukdomen är självförvållad svält. Sjukdomen börjar vanligtvis med en bantning för att gå ned i vikt som spårar ur. Anorexia nervosa förekommer hos cirka 1 % unga kvinnor, vilka också är de som drabbas i störst utsträckning. En rad allvarliga somatiska komplikationer kan ses till följd av sjukdomen som i svåra fall kan leda till döden. Sjukdomen är individuell och det finns av den anledningen ingen självklar behandling. **SYFTE:** Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande. **METOD:** Fem självbiografier analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. **RESULTAT:** Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier som beskrev vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande: Sjukdomsinsikt, Motivation, Tillit samt Beslut. Tillfriskningsprocessen har visat sig vara individuell och olika kvinnor i studien har upplevt olika kombinationer av de nämnda vändpunkterna i tillfrisknandet. **DISKUSSION:** Sjukdomsinsikt har visat sig vara den viktigaste vändpunkten vid tillfrisknande i anorexia nervosa. Om en person inte vet om att hon eller han är sjuk, är det svårt att bli frisk.

ABSTRACT

Title: Patients' experiences of the turning-points in anorexia nervosa after recovery

Author: Pettersson, Hanna; Svedlund, Karin

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care 15 ECTS

Supervisor: Wilhsson, Marie

Examiner: Warren Stomberg, Margareta

Pages: 20

Date: March 2011

Keywords: Anorexia nervosa, turning-points, recovery

BACKGROUND: Anorexia nervosa is latin for “nervous appetite lose” and what characterizes the disease is self-starvation. It usually starts with dieting to lose weight which loses control. Anorexia nervosa exists in about 1 % of all young women, and young women are also in the front of the disease. A number of serious somatic complications can follow the disease which in severe cases can cause death. The disease is individual and there is no obvious treatment. **AIM:** The aim of the study is to describe woman's experiences of the turning-points in anorexia nervosa after recovery. **METHOD:** Five autobiographies were analyzed with qualitative content analysis. **RESULTS:** Qualitative analyses revealed four core categories who described the turning points of recovery in anorexia nervosa: Awareness of disease, Motivation, Trust and Decision. The recovery has proved to be individual and different women in the study have experienced different combinations of those turning-points for recovery. **DISCUSSION:** Awareness of disease provides to be the most essential turning-point for recovery in anorexia nervosa. If a person doesn't know she or he is sick, there is no reason to get well.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Anorexia nervosa.....	1
Somatiska följdkomplikationer	2
Behandling.....	2
Lidande och livsvärldsperspektiv	3
Tillfrisknande	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Kvalitativ metod	5
Urval	5
<i>Tabell 1. Sökord och träffar vid litteratursökning.....</i>	<i>5</i>
Datainsamling.....	6
Analys.....	7
Etiska överväganden.....	7
RESULTAT	8
Sjukdomsinsikt	8
Motivation	9
Tillit	10
Beslut.....	11
Sammanfattning av resultat	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion	14
SLUTSATS	18
REFERENSER	19
BILAGA I	21

INLEDNING

Idag finns det människor som svälter i västvärlden. Inte på grund av brist på mat, bakomliggande sjukdom eller avsaknad av aptit, utan för att personerna inte vill äta. Anorexia nervosa anses vara en psykiatrisk sjukdom som framförallt drabbar unga tjejer. Sjukdomen har en rad allvarliga somatiska följdkomplikationer och det finns ingen självklar botande behandlingsmetod. Idag bär personer med anorexia nervosa själva på ”nyckeln till tillfrisknande”, vilket är en individuell resa som handlar om en vilja att bli frisk och ett livsviktigt beslut. Eftersom att sjukdomen är individuell kan inte nog med forskning belysa personers upplevelser av den. Författarna känner ett intresse och engagemang för det valda området och hoppas kunna sprida kunskap om tillfriskningsprocessen och dess vändpunkter i anorexia nervosa. Författarna tror att likväl vårdpersonal som anhöriga kan ha nytta av sådan kunskap för en djupare förståelse för tillfriskningsprocessen och för att genom den förhoppningsvis kunna stödja personer med anorexia nervosa i deras tillfrisknande.

BAKGRUND

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa är latin och betyder ”nervös aptitlöshet” och sjukdomen präglas av en självförvårdad svält (Ottosson, 2011). Självförvårdad svält är det första symtomet samt det som präglar sjukdomen, vilket hänger samman med en komplicerad relation till mat och viktuppgång. Sjukdomen präglas också av en förvrängd kroppsuppfattning då de som insjuknar, trots kraftig avmagring upplever sig själva som tjocka (Wallin, 2000). Det finns fall av anorexia nervosa beskrivna redan från slutet av 1600-talet (Ottosson, 2011).

Diagnoskriterier för anorexia nervosa enligt DSM-IV/ICD-10

- A. Kroppsvikten ligger konstant på mindre än 85 % av den förväntade.
- B. Rädsla för att gå upp i vikt, trots undervikt.
- C. Störd kroppsupplevelse, överdrivet påverkad självkänsla eller förnekelse av låg kroppsvikt.
- D. Minst tre uteblivande menstruationer i följd (Lamminen, 2007).

De tre största riskfaktorerna för att utveckla anorexia nervosa är problematiska familjerelationer, stress och bantning (Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie & Bulik, 2003). Sjukdomsförloppet är individuellt och det går inte att förutspå vilka som riskerar att drabbas, vilka av de drabbade som tar sig ur sjukdomen eller vilka som avlider till följd av den (Wallin, 2000). I Sverige förekommer sjukdomen bland cirka 1 % unga kvinnor, vilka också är de som drabbas i störst utsträckning. Anledningen till att främst kvinnor drabbas av anorexia nervosa anses vara att kvinnor bantar i större utsträckning än män (Ottosson, 2011). Sjukdomsförloppet kan vara mellan 5 till 15 år. För en del unga patienter som får behandling snabbt, kan dock sjukdomsförloppet kortas ned till ½-1 år (Sandeberg & Norring, 2010).

Somatiska följdkomplikationer

Anorexia nervosa anses vara en psykiatrisk sjukdom men det är inte ovanligt med somatiska följdkomplikationer. Nedan beskrivs ett flertal av de vanligaste somatiska följdkomplikationerna (Ejderhamn, Borström, & Wents, 2005).

Den hormonella balansen i kroppen förändras drastiskt när inte näring och vätska tillförs i tillräckligt stor mängd och då främst till en ung person. Vid svält upphör produktionen av könshormonerna östrogen och testosteron. Flickor som kommit in i puberteten innan sjukdomen gjort debut drabbas därför av en upphörande menstruation samt krympande bröst, även minskade äggstockar kan ses på en ultraljudundersökning. Motsvarigheten hos killar är påtagligt små testiklar. De flickor som drabbas av anorexia nervosa innan pubertetens debut riskerar att stanna i växten och aldrig nå sin genetiska kroppslängd. Detta framförallt om sjukdomen blir långvarig. Vidare riskerar kvinnor med anorexia nervosa att få svårigheter att bli gravida, vilket kroppen hos en person med svår anorexia nervosa inte skulle klara av. Dessutom ses låg puls samt låg kroppstemperatur som en följd av de hormonella rubbningarna (Ejderhamn, et. al., 2005).

En allvarlig komplikation som kan ses hos personer med anorexia nervosa är förlängd QTc-tid, vilken beskriver den tid det tar för hjärtats kammare att pumpa ut blod i kroppen och återhämta sig därefter. Den förlängda QTc-tiden ökar risken för att hjärtat plötsligt ska sluta slå. En person med anorexia nervosa kan också utveckla symtom som blå missfärgade extremiteter, låg puls samt lågt blodtryck (Ejderhamn, et. al., 2005).

För lågt energiintag och hormonella rubbningar leder till att benmassa bryts ner fortare än vad som byggs upp. Den viktigaste tiden för benuppbyggnad, som många personer med anorexia nervosa riskerar att missa, är i tonåren och upp till 30-års ålder. Störst risk för benskörhet har de som fått sjukdomen tidigt i livet, de som varit sjuka länge samt de som haft många år utan menstruation. Benskörhet är en allvarlig komplikation då den inte säkert går tillbaka vid tillfrisknande (Ejderhamn, et. al., 2005).

Många personer med anorexia nervosa får på grund av svälten en rubbad funktion av mag- och tarmkanalen. Ett vanligt symtom är förstoppning som uppstår på grund av för litet intag av vätska och fibrer samt låg tarmaktivitet. Ytterligare symtom är bland annat diarré, lättare magsmärtor och muller i magen (Ejderhamn, et. al., 2005).

Behandling

Idag består behandlingen vid anorexia nervosa av nutritionsbehandling kombinerat med psykoterapi (Sandeberg & Norrling, 2010). För unga individer har familjeterapi visat sig vara mer framgångsrik än individualterapi (Ottosson, 2011). En vanlig form av psykoterapi som används vid behandling av anorexia nervosa är kognitiv beteende terapi, KBT (Carter, McFarlane, Bewell, Olmsted, Woodside, Kaplan & Crosby, 2009). Grundtanken i KBT är att människors känslor, tankar och beteenden styr och har inverkan på varandra. KBT går ut på att förändra negativa tanke- och beteendemönster tillsammans med en terapeut (Signäs, 2010). Forskning har visat att återfall i anorexia nervosa blivit färre med KBT i behandlingen (Carter, et. al., 2009). För vissa patienter har även läkemedel varit till god hjälp i tillfriskningsprocessen. Läkemedel kan inte bota sjukdomen men däremot lindra oro

och ångest (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Tozzi, et. al., 2003).

Det är inte ovanligt att personer med anorexia nervosa avbryter sin behandling (Darcy, Katz, Fitzpatrick, Forsberg, Utzinger & Lock, 2010). I en intervjustudie gjord på en klinik för anorexia nervosa framkom den specifika kliniken, straffsystem, dåliga matalternativ eller en känsla av felplacering som anledningar till den avbrutna behandlingen. Nästan hälften av deltagarna i studien påtalade att de inte var nöjda med medicineringen eller terapiformen samt att de kände sig tvingade till att ändra sitt beteende. Vidare i intervjuerna beskrevs hemlängtan, rädsla för viktuppgång, personliga skäl samt en känsla av överväldigande.

Enligt Ommen, Meerwijk, Kars, Elburg och Meijel (2009) har sjuksköterskan en stor och viktig roll i behandlingen av anorexia nervosa. I deras studie framkom att patienter upplevde oro och ångest när sjuksköterskan bestämde över måltider och gav träningsrestriktioner. Denna oro och ångest var ändå delad med en lättnad över att någon annan tog över besluten. Patienterna värdesatte engagemang, pålitlighet, tillgänglighet, tydlighet och envishet i sjuksköterskans omvårdnad. Vidare lade patienterna stor vikt vid att sjuksköterskan såg och respekterade dem som människor bakom sjukdomen. En god vårdrelation uppstod när patienten kände ett genuint intresse och engagemang från sjuksköterskan. Patienterna uppskattade att sjuksköterskan fanns där och hade tid att lyssna, utan att döma.

Lidande och livsvärldsperspektiv

Enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) är en god vårdrelation nyckeln till en god vård som innebär att lindra lidande, främja välbefinnande samt öppna upp för livsvärldsperspektivet. Livsvärlden är unik för varje enskild människa och innefattar allt som vi upplever, känner och erfarar. Så länge en människa lever, lever hon i sin egen unika livsvärld. Dahlberg, et. al. (2003) refererar till Bengtson (1998) som beskriver en människas livsvärld som följande:

Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedvetet, tar för given. Livsvärlden är således något mer och annat än summan av fysiska fakta (a a. s. 18).

En vård som inkluderar ett livsvärldsperspektiv innebär således att sjuksköterskan uppmärksammar människors vardagsvärld och tillvaro. Sjuksköterskan ser människan i hennes unika livssituation med hänsyn till erfarenheter, tankar och känslor (Dahlberg, et. al., 2003).

Lidande och välbefinnande behöver möjligtvis inte vara varandras motpolar. En person kan vara i ett lidande som till exempel grundar sig i en sjukdom och samtidigt uppleva välbefinnande (Dahlberg, et. al., 2003). Dahlberg, et. al. (2003) refererar till Eriksson (1994) som beskriver "lidandets drama" i tre steg. I en vårdrelation beskriver hon först vikten av att en persons lidande bekräftas och därefter ges utrymme och tid att "lida ut". För att personen sedan ska kunna gå vidare i sin hälsoutveckling krävs en försoning som innebär att lidandet får någon form av mening.

Dahlberg, et. al. (2003) beskriver tre typer av lidande: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande är det lidande som alltid finns i människors liv i någon form. Idag kan det till exempel många gånger vara kopplat till en hög stressnivå i livet. Sjukdomslidande är det lidande som uppstår på grund av sjukdom eller annan ohälsa. Lidandet kan utgöras av symtom eller bestå av djupare och mer komplexa dimensioner. De hänvisar vidare till Öhlén (2000) som menar att ingen helt kan förstå en patients unika lidande. Genom Öhléns studie (2000) av cancersjuka patienters lidande framkom ensamhet och sårbarhet som stora beståndsdelar i sjukdomslidandet. Vidare menar Öhlén (2000) att sjukdomen för med sig känslor som hopplöshet, skuld, skam, saknad och osäkerhet. Enligt Dahlberg, et. al. (2003) är vårdlidandet är det lidande som kan uppstå i vården. De hänvisar vidare till Eriksson (1994) som menar att vårdlidandet ofta bygger på omedvetet handlande, bristande kunskap eller utebliven reflektion.

Tillfrisknande

Lite forskning har granskat patienters upplevelser av tillfrisknande. De studier som gjorts har fokuserat på de specifika faktorer som gjort patienterna friska. Då framförallt socialt stöd, viljan till förändring, professionell hjälp, sökande efter en identitet som inte är kopplad till sjukdomen (Federici & Kaplan, 2008) samt ett beslut om att bli frisk (Patching & Lawler, 2009).

Väl när beslutet fattats har stödande föräldrar, familjemedlemmar, vänner och terapeuter visat sig ha stor betydelse i tillfriskningsprocessen (Tozzi, et. al., 2003; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Även positiva upplevelser såsom meningsfulla relationer, äktenskap och barn (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Dessutom har en flytt till en ny stad visat sig vara en hjälpsamt start på ett ”nytt, friskt liv” (Patching & Lawler, 2009; Tozzi, et. al., 2003). Patching och Lawler (2009) beskriver återhämtningsprocessen vid anorexia nervosa som en individuell resa i sökandet efter sig själv.

De specifika faktorer som varit betydelsefulla i tillfriskningsprocessen enligt tidigare forskning, har författarna i den aktuella studien valt att kalla för vändpunkter. Nationalencyklopedin (2011) definierar vändpunkt som ett tillfälle då något hastigt och kraftigt förändras.

PROBLEMFÖRMULERING

Tidigare forskning har granskat specifika faktorer som bidragit till tillfrisknande i anorexia nervosa, som författarna i denna studie kallar för vändpunkter. Få studier har belyst vändpunkter kopplat till patienters upplevelser om dessa. Tillfriskningsprocessen skiljer sig från person till person vilket försvårar val av behandling. Behandling av anorexia nervosa består övervägande av nutritionsbehandling kombinerat med psykoterapi, men av den anledning att sjukdomen är individuell finns ingen självklar behandling idag.

Författarna anser att det behövs en djupare förståelse för patienters upplevelser av vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande. Den förståelsen tror författarna behövs för att vårdpersonal ska kunna bemöta personer med anorexia nervosa med en

djupare förståelse för hur tillfriskningsprocessen kan se ut. Genom den förståelsen är det möjligt att fler personer med anorexia nervosa kan hjälpas att finna sina vändpunkter och därmed ta sig ur sjukdomen.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser av vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande.

METOD

Kvalitativ metod

Författarnas metodval är en litteraturstudie med kvalitativ ansats samt kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Olika forskningsansatser belyser ett forskningsområde ur olika synvinklar. Kvalitativ forskning, inom omvårdnadsområdet, avser att skapa förståelse för en patient och hans eller hennes situation. Med kvalitativa studier skapas en ökad förståelse av subjektiva upplevelser, erfarenheter, känslor, förväntningar eller behov. Kvantitativ forskning, inom omvårdnadsområdet, fastställer enligt Dahlborg Lyckhage (2006) tvärtom om en vårdhandling ger bättre resultat än en annan, genom mätningar och jämförelser. Författarnas syfte är att studera patienters upplevelser av vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande, genom att ta del av patienters egna berättelser. Därför valdes en kvalitativ forskningsmetod.

Urval

Fem självbiografier ingick i studien. Böckerna handlade om personers egna beskrivningar om att leva med och ta sig ur anorexia nervosa. Nedan följer en tabell över hur böckerna valdes ut.

Tabell 1. *Sökord och träffar vid litteratursökning*

BIBLIOTEK	SÖKORD	TRÄFFAR	RELEVANTA	INKLUDERADE
Högskolebiblioteket i Skövde	Anorexia nervosa	52	4 (Nordlund, Mattsson, Österberg, Arkhem)	3 (Nordlund, Mattsson, Arkhem)
Stadsbiblioteket i Örebro	Anorexia nervosa	33	2 (Dahlberg, Suhonen Frohm)	1 (Suhonen Frohm)
Stadsbiblioteket i Örebro	Anorexia	49	1 (Strandberg)	1 (Strandberg)

Datainsamling

Datamaterial söktes i bibliotekskataloger i Skövde och Örebro. Böcker inkluderades som var skrivna från år 2000 och framåt då de var aktuella i tiden. Böcker om andra ätstörningar exkluderades då de inte var relaterade till frågeställningen. Fem böcker valdes ut oberoende av kön och ålder. Att just fem böcker valdes ut berodde på att författarna ansåg att det inte fanns tid att ingående granska fler böcker. Med fem böcker fick författarna ut tillräckligt med data för att kunna genomföra studien samt tid till att ingående studera dem. Författarna sökte efter relevant litteratur i olika databaser och fann att självbiografier om anorexia nervosa endast fanns publicerade i liten utsträckning. Utifrån de böcker som hittades valde författarna ut de fem mest intressanta och relevanta böckerna för studien (tabell 1) som föll inom inklusionskriterierna.

Inklusionskriterier:

- Böcker från år 2000 och framåt
- Böcker om anorexia nervosa
- Självbiografier
- Böcker som inkluderade en tillfriskningsprocess

Dessa böcker ingick i studien:

”Svältland -landet bortom allt förnuft” - Johanna Mattsson (2006)

Johanna är en ung kvinna som drabbas av anorexia nervosa och skriver tillsammans med sin mamma dagbok under sjukdomstiden. Berättelsen skildrar hur det är att leva med och ta sig ur anorexia nervosa, ur två olika synvinklar.

”Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi” - Tina Nordlund (2007)

Tina flyttar upp till Umeå för att spela fotboll på elitnivå. En dag skadar Tina sin fot och fotbollen tas ifrån henne. Med stora krav på sig själv att snabbt komma tillbaka till fotbollen uppstår en komplicerad relation till mat och träning. Tina drabbas av anorexia nervosa. Vi följer henne genom sjukdomen och i tillfriskningsprocessen.

”När mörkret kom: en bok om anorexia” - Lina Strandberg (2000)

Lina går på högstadiet när pressen på att börja banta sprider sig i korridorerna. Linas besatthet av att bli smal leder till ett insjuknande i anorexia nervosa, 14 år gammal. Demonerna som hon beskriver präglar sjukdomen kallar hon för ”Trassel”. Det är ”Trassel” som talar om för Lina att hon blir tjock av att äta. Vi får följa Lina genom sjukdomen som stundtals hotar hennes liv och hur hon kämpar för att bli frisk.

”En anorexisaga” - Mea Suhonen Frohm (2008)

Mea var en glad och pigg tonåring med bra resultat i skolan och alla möjligheter i livet, tills anorexian tog över. Vi följer hennes historia om att leva med och ta sig ur anorexia nervosa.

”Jätten i spegeln - En bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar” - Helene Arkhem (2005)

Mikaela var mitt uppe i en dietistutbildning. En vecka fick eleverna låna hem varsin matvåg till en hemuppgift där de skulle väga all sin mat under en vecka. Mikaela behöll vågen efter att uppgiften var klar, fortsatte väga sin mat och kontrollbehovet över matintaget eskalerade. Mikaela insjuknade i anorexia nervosa 23 år gammal.

Analys

Författarna läste de fem böckerna djupgående varsin gång och inkluderade utöver patientperspektivet även anhörigperspektiv samt delar av fakta, för att på så vis skapa sig en helhetsbild av området. Anhörigperspektivet och faktadelarna användes inte senare i studien. Självbiografierna lästes djupgående två gånger samtidigt som markeringar gjordes i texten och anteckningar togs vid sidan om, med frågeställningen i fokus. Anledningen till att författarna läste böckerna två gånger var för att minska risken för att relevant information skulle gå förlorad. Det för att texterna inte nödvändigtvis skulle behöva uppfattas lika av de två författarna. Samtidigt som självbiografierna studerades grundligt diskuterade även författarna innehållet i böckerna och bildade sig på så vis en djupare förståelse för att leva med och ta sig ur anorexia nervosa. Författarnas enskilda anteckningar och markeringar som var relaterade till studiens syfte diskuterades senare i ett litteraturseminarium. Under seminariet diskuterade författarna vad de ansett vara essentiellt i de fem böcker de studerat. Därefter fastslogs vilken data som skulle analyseras samt användas i studien.

De stycken som författarna utsett som relevanta för studien skrevs ned i ett dokument. Därefter började arbetet med den kvalitativa innehållsanalysen. Vid en kvalitativ innehållsanalys plockas innehållet i en text isär för att sedan byggas ihop till en ny förståelse (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Ett analyschema utformades inspirerat av Lundman och Hällgren Graneheims (2008) metod där rubrikerna: Meningsenhet, Kondenserad meningsenhet, Kod, Underkategori och Kategori användes. De tidigare utplockade styckena undersöktes noggrant ytterligare en gång. Därefter utsåg författarna vilken text som skulle bli till meningsenheter i analyschemat. Meningsenheterna kondenserades, det vill säga att meningsenheterna kortades ned för att bli mer lätthanterliga samtidigt som innehållet bevarades. Därefter tolkades den kondenserade texten till en högre logisk nivå, den abstraherades. Sedan skapades koder med meningsenheternas kontext i fokus som kortfattat beskrev olika meningsenheters innehåll. Därefter flätades flera koder med liknande mening samman till underkategorier och slutligen bildades kategorier som svarade på frågan ”vad?” (a a). Först fick författarna fram ett tiotal kategorier utifrån underkategorierna. Författarna granskade underkategorierna samt kategorierna och fann ytterligare likheter som bidrog till att endast fyra kategorier kvarstod. Innehållet i underkategorierna presenteras i resultatet under de fyra kategorierna, men inte under benämningen underkategori. Författarna har valt att presentera citat från kvinnornas berättelser i resultatet då Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar att det ökar dess trovärdighet.

Etiska överväganden

Självbiografierna är offentliga handlingar och därför behövde inte författarna ta hänsyn till konfidentialitet. Materialet är godkänt av informanterna med tanke på att självbiografierna är publicerade. Enligt etiska riktlinjer är det av vikt att bevara textens innehåll. Författarna får inte förvränga, förlöjliga innehållet i texten eller plagiera. Essentiellt är att texterna läses med neutrala ögon och att referenser hanteras samt redovisas korrekt (Medicinska forskningsrådet, 2003). Författarna har i studien tagit hänsyn till dessa etiska riktlinjer.

RESULTAT

Författarna kunde se fyra kategorier växa fram under analysprocessen. Dessa var: *Sjukdomsinsikt*, *Motivation*, *Tillit* samt *Beslut*, vars förekomst i självbiografierna presenteras i bilaga 1 (tabell 2). Studiens informanter benämns som kvinnor under hela studien. Nedan presenteras vändpunkter vid tillfrisknande utifrån fem kvinnors berättelser, uppdelat under de fyra kategorierna. Citat har använts direkt från kvinnornas egna berättelser för att göra resultatet så kärnfullt, uttrycksfullt samt trovärdigt som möjligt.

Sjukdomsinsikt

Sjukdomsinsikt har varit återkommande genom flera berättelser och visat sig ha stor betydelse för tillfriskningsprocessen i anorexia nervosa. Många personer med sjukdomen förstår inte till en början att de är sjuka. Att få sjukdomsinsikt har visat sig vara en essentiell grundpelare för att vilja ta emot behandling, hjälp och stöd samt frambringa en strävan efter att bli frisk. Olika faktorer har framkallat sjukdomsinsikten, men den mest framträdande faktorn var en förståelse för allvaret i sjukdomen. Två kvinnor upplevde situationer där de blev skrämda av sitt eget tillstånd, som händelser i sjukdomen där de förstod att de verkligen var sjuka. En kvinna fick den insikten en dag då hon vaknade på akuten. Runt omkring henne fanns sjuksköterskor och läkare som gav intryck av att vara uppskärade. Kvinnan hade inte varit vid medvetande den morgonen. Hjärtat hade slagit oregelbundet och blodtrycket och kroppstemperaturen hade sjunkit, till följd av hennes sjukdom.

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

Den andra kvinnan var med om en liknande händelse, då hennes kropp sa ifrån och uppvisade tydliga signaler på att något var fel.

Jag blir rädd och undrar vad det är som händer, är så van vid att kunna tvinga mig till att inte lyssna till kroppens signaler. Har så länge vägrat känna trötthet, har vägrat känna efter när jag fryser eller när allt snurrar och det svartnar för ögonen. Men nu är det kroppen som vägrar. Det är stopp. Benen rör sig inte. Det är fruktansvärt skrämmande, jag tvingas inse, tvingas erkänna att jag är sjuk, kan inte längre förneka det (Strandberg, 2000, s. 47).

Genom studien har allvarliga frågor, uppmaningar och upprepningar från omgivningen även varit bidragande faktorer till sjukdomsinsikt hos kvinnorna. En kvinna fick frågan av sin psykolog om hon ville dö. Kvinnan hade tidigare inte insett att hennes tillstånd handlade om liv och död och först då insåg kvinnan allvaret i sin sjukdom och fick sjukdomsinsikt.

I andra fall har sjukdomsinsikt vuxit fram under en längre tidsperiod. Omgivningen har då inte gett upp tron på att kvinnorna skulle bli friska, och de har inte gett upp hoppet. Vidare

berättar en kvinna om hennes psykolog som upprepade samma ord om och om igen. Till en början var det bara tomma ord och kvinnan kunde inte ta in det psykologen sa, men efter att hon hört dem upprepade gånger var det som att orden fick form och blev till någonting hon slutligen förstod. För en annan kvinna var det annorlunda. Hon blev lämnad av sin pojkvän och förstod först då att hon var sjuk.

Vidare fick en kvinna i studien sjukdomsinsikt i jämförelse med en annan person. Det var när en dokumentärfilm visade en kraftigt avmagrad person som hade insjuknat i anorexia nervosa. Kvinnan kände igen sig i personens tankar, utseende och beteende och fick därmed insikt om att hon själv var sjuk.

Motivation

Någonting som har hjälpt många kvinnor i studien i tillfriskningsprocessen har varit när de strävat mot ett mål, när de haft en motivation. När det har funnits någonting att kämpa för har det funnits en anledning att bli frisk. Kvinnorna har kämpat mot olika mål som att åka på resor, börja gymnasiet och att bli gravida. I samband med de olika målen har viktuppgång varit essentiellt, vilket också är grundläggande för att kunna bli frisk. Om kvinnorna inte uppnådde en särskild vikt och vidhöll den blev en resa inte möjlig, då de inte skulle orka med den.

Man kommer till en punkt så man blir less. Vissa måste känna det flera gånger innan de slutligen bestämmer sig, men för mig blev det en naturlig brytpunkt nu när jag åker. Eftersom jag varken kan eller får åka om jag är underviktig. Jag vågar inte åka om jag fortfarande känner mig psykiskt påverkad av sjukdomen och jag orkar inte åka om jag inte fyllt på mina för länge sedan tömda förråd (Suhonen Frohm, 2008, s. 53).

En framtida graviditet skulle inte heller bli möjlig om en kvinna fortsatte svälta sig och menstruationerna uteblev. Kvinnan ville gärna ha barn i framtiden och fick av den anledningen någonting att kämpa för. Det hände att hon tänkte att hon åt för sina barns skull, för att de skulle kunna bli till i framtiden. Samtidigt var hon medveten om att hon egentligen kämpade för sin egen skull. En annan kvinna som redan var gravid skulle inte ha möjlighet att fullfölja sin graviditet eller riskera att skada sitt barn om hon inte började äta och gick upp i vikt.

Att få reda på att jag hade ett litet barn i magen var på ett sätt en stor lättnad. Jag blev tvungen att sakta ner, tänka på barnets hälsa, äta mig mätt. För barnets skull. Aldrig skulle jag göra något för att skada vårt barn. Jag minns tydligt att jag tänkte; det här barnet räddar mig (Mattsson & Gansmoe, 2006, s. 44).

I studien framkom även en längtan efter att börja gymnasiet som en frisk och pigg tonåring som en viktig anledning att gå upp i vikt. Dels för att orka med och dels för att känna sig som alla andra. Det fanns även ett bakomliggande löfte till omgivningen, kvinnan fick inte gå i skolan om hon gick ned i vikt.

Flera kvinnor i studien beskrev hur en ny identitet växte fram i samband med sjukdomen. Identiteten de fick speglade inte kvinnorna som de egentligen var, bakom sjukdomen.

Några kvinnor i studien tyckte aldrig om den nya identiteten och ville helst inte förlika sig med den. En del såg tvärtom fördelar med vad den nya identiteten innebar och fann trygghet i den och andra hade delade uppfattningar. Flera kvinnor i studien kopplade samman sig själva med den nya identiteten så mycket att de glömde bort vilka de var utan sjukdomen. Att hitta sin verkliga identitet blev en stor motivation för många kvinnor i studien på vägen tillbaka till ett liv utan anorexia nervosa.

Nog var samtalen med Berne jobbiga och krävde stor eftertanke. Han ställde svåra frågor. Men våra möten ledde till en djupare insikt om min verkliga identitet och om min tillvaro i stort. Jag skulle vilja påstå att det var genom min mentala träning, som jag gjorde flest och störst framsteg under min väg tillbaka till livet, bort från anorexin. Jag fann tryggheten inom mig (Strandberg, 2000, s. 101).

Många kvinnor i studien var glada och positiva tjejer innan sjukdomen tog över deras liv, men när de blev sjuka drog de sig undan sin omgivning mer och mer. De avstod många gånger från sociala aktiviteter då de kunde innefatta förtäring av mat och ifrågasättande av deras beteende. Vid en viss punkt i sjukdomen kände många av kvinnorna en saknad av sin verkliga identitet och av sitt ”gamla liv”. Kvinnorna längtade då efter sina vänner, att inte ständigt brottas med tankarna på mat och efter att leva ett ” normalt liv”. Att bli den de var.

Att bli frisk från anorexia nervosa hade i flera kvinnors berättelser varit näst intill omöjligt om inte viljan funnits där. Viljan växte fram successivt i takt med att sjukdomsinsikten blev allt större. Viljan var tvungen att komma inifrån personen själv och det spelade ingen roll hur stor viljan var i hennes omgivning. Viljan att bli frisk uppkom på olika sätt i de olika berättelserna. För en kvinna växte viljan fram då hon blev kär och längtade efter att skapa ett liv och en framtid med sin pojkvän. Det blev en motivation för kvinnan som plötsligt hade någonting att kämpa för.

En annan kvinna i studien åkte på en resa med sin mamma. På resan insåg hon att livet handlade om mer än mat, grubbel och ångest och att solen faktiskt fanns. Det hopp om att bli frisk som hade börjat gro i kvinnan redan innan resan, växte sig allt större då livet sakta återvände. Under resan fick kvinnan smak på livet igen och någonstans där föddes en vilja och motivation att bli frisk.

Tillit

I ett par utav kvinnornas berättelser har det varit essentiellt att våga känna tillit till någon i stora beslut i tillfriskningsprocessen. När de var sjuka tänkte de inte rationellt. De förstod bland annat inte hur sjuka de var och hur farligt det var för dem. Trots omgivningens uppmaningar till viktuppgång och antydningar om deras kraftiga avmagring var just en viktökning det som kändes mest skrämmande och otänkbart. Någonstans i allt det här beskrev ändå flera kvinnor en längtan efter att leva ett ” normalt liv”. Kvinnorna uttryckte av den anledningen en lättnad över att någon annan tog över dessa svåra beslut. En kvinna som tränat hårt under sin sjukdomstid fick totalt träningsförbud av sin psykolog.

Jag kände mig lättad, skräckslagen och förvirrad på samma gång. Någonstans insåg jag att hon hade rätt, och det var skönt att någon bestämde att jag skulle slippa prestera. Foten gjorde ont, själen värkte och kroppen skrek efter vila, efter

att jag skulle vara snäll mot mig själv (Nordlund & Bank, 2007, s. 168).

En kvinna kände sig mer värdig att äta då hon lämnade över besluten om mat till hennes föräldrar. Då föräldrarna bestämde vad hon skulle äta fanns det inte risk för överätning eller frosseri. Hon kunde släppa tankar på hur mycket hon skulle äta, hur stora hennes portioner skulle vara eller vad hon skulle äta till lunch.

Det var som att släppa en del av ångesten att själv behöva välja. Men att ta det steget och våga släppa kontrollen var svårt, men utan tvekan bland det bästa jag gjort (Suhonen Frohm, 2008, s. 63).

Beslut

Kvinnorna i studien hade inte blivit friska om det inte vore för ett beslut de tog. För det är vad det handlar om, ett beslut som måste komma inifrån de själva. En kvinna i studien beskriver det som att cancer är en sjukdom där man inte bara kan bestämma sig för att vara frisk, men att anorexia nervosa är det. Kvinnorna hade olika förutsättningar för att fatta beslutet och det var i flera fall någonting som växte fram under en längre tidsperiod. För en kvinna i studien, som var långt gånge i sin sjukdom, kom beslutet som blev en vändpunkt för henne till tillfriskande då hon ställdes inför ett ultimatum. Hennes nära omgivning gav henne två alternativ. Antingen skulle hon samarbeta med dem och få i sig näring och då skulle de fortsätta att stödja henne, eller så skulle hon välja att inte samarbeta och då bli tvungen att klara sig på egen hand.

Så insåg jag att jag faktiskt inte hade något val. Jag måste bestämma mig och jag måste dessutom bestämma mig för att samarbeta... Jag ville ju bli frisk också, jag förstod att jag inte skulle orka med Trassel så länge till. Jag orkade inte må dåligt mer. Så jag bestämde mig. Måste våga lämna tryggheten. Jag skulle inte ge upp. Och jag var livrädd (Strandberg, 2000, s. 95).

När en annan kvinna i studien flyttade hem till sin pappa förstod hon att det berodde på henne själv om hon skulle bli frisk eller inte. Tidigare hade hon bott hos sin mamma och styvpappa. Mamman hade hela tiden funnits där för kvinnan, hjälpt henne i sin sjukdom och övervakat hennes måltider. När kvinnan flyttade hem till sin pappa blev det annorlunda, då han inte hade samma möjligheter att övervaka sin dotter som mamman haft.

Hösten 2002, när jag flyttade hem till pappa, fick jag ännu en ny insikt. Då förstod jag att det berodde helt på mig själv, om jag skulle bli frisk. Jag kunde hämta stöd från andra, men det tyngsta jobbet måste jag göra själv. Jag var tvungen att bestämma mig – och jag gav mig fasen på att jag skulle bli frisk (Arkhem, 2005, s. 78).

Utöver de beslut som handlar om att bestämma sig för att bli frisk fanns det för en kvinna ett annat beslut som var viktigt i tillfriskningsprocessen. Det var ett beslut om att lämna en dålig relation. En från början fin och kärleksfull relation utvecklades successivt till någonting som hämmade kvinnan i hennes tillfrisknande. Beslutet om att skilja sig blev därför ett viktigt steg för kvinnan i hennes tillfriskningsprocess.

Sammanfattning av resultat

De olika kategorierna har haft en betydande roll i kvinnornas tillfriskningsprocess. De har många gånger gått hand i hand med varandra på olika vis för olika personer. Det som var tydligt i studien var att det inte fanns en enskild faktor som spelade en avgörande roll i tillfriskningsprocessen. För en del kvinnor har alla eller flera kategorier spelat stor roll i tillfrisknandet och för andra har endast ett fåtal kategorier haft betydelse. Den mest framträdande och essentiella vändpunkten som synliggjorts i flera kvinnors berättelser har varit sjukdomsinsikt. För dem har sjukdomsinsikt varit en grund som vidare tillfrisknande varit möjlig att bygga på. Utan den blev de övriga vändpunkterna svåra att ta till sig för kvinnorna.

Att hitta en motivation till att bli frisk har för flera kvinnor i studien varit betydelsefullt för tillfrisknandet. När de hade något att kämpa för fanns det en anledning att bli frisk och det drev dem framåt. Resor, graviditeter och studier motiverade kvinnorna i den aktuella studien till att kämpa för att bli friska. Ett flertal av kvinnorna längtade också efter att finna sin verkliga identitet, att bli den de var innan de drabbades av sjukdomen. De saknade sociala aktiviteter, sina vänner som många förlorat kontakten med och sitt glada humör. Denna strävan efter sin verkliga identitet motiverade dem till att bli friska. Det krävdes för flera kvinnor i studien just en vilja att bli frisk, för att kunna bli frisk. Viljan var tvungen att komma inifrån kvinnorna själva för att vara verksam och det spelade ingen roll hur stora påtryckningarna var från omgivningen.

Kvinnor i studien uttryckte även en lättnad när någon tog över viktiga beslut som handlade om deras eget bästa, när de kände tillit till någon. Det kunde handla om träningsförbud och intag av mat. Många gånger visste de vad som var bäst för dem men var inte förmögna att handla därefter. När de vågade lita på att någon annan tog över deras beslut kunde de släppa kontrollen och en del av ångesten. Att släppa kontrollen hjälpte kvinnorna att vara rädda om sig själva och de visste att någon annan tog på sig ansvaret för deras handlande.

Ett beslut som visat sig vara betydelsefullt för tillfriskningsprocessen har varit ett beslut om att lämna destruktiva relationer, relationer som hämmat tillfrisknandet. Det mest essentiella beslutet för tillfrisknandet genom kvinnornas berättelser har dock varit ett beslut om att bli frisk. En kvinna uttryckte att det gick att bli frisk från anorexia nervosa, om man bara bestämde sig. Beslutet om att bli frisk var tvunget att komma inifrån kvinnorna själva.

Alla kategorier som framkommer i resultatet går hand i hand och är mer eller mindre beroende av varandra. En kvinna i studien uttrycker det så här:

För att kunna bli frisk från sin anorexi måste man först och främst våga ta det första steget från den trygghet man har skapat i sin sjukdom. Till detta krävs en enorm kraftansträngning och ett otroligt mod. För att våga lämna sjukdomen måste viljan att bli frisk också finnas där och för att vilja bli frisk måste man ju först verkligen förstå att man är sjuk (Strandberg, 2000, s. 63-64).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna har inspirerats av Lundman och Hällgren Graneheims (2008) metod för kvalitativ innehållsanalys. Ett genomarbetat analyschema utformades enligt metoden där all data som skulle användas i studien samlades och sorterades under kategorier. Det underlättade under hela studiens gång. Då all data var samlad och sorterad på ett ställe var materialet lättöverskådligt samt lätthanterat. På så vis kunde ett strukturerat arbete genomföras vilket också minskade risken för att viktig information skulle gå förlorad. Författarna lät sin handledare granska det utarbetade analyschemat med koder och kategorier för att få synpunkter om förbättring och trovärdighet. Detta för att Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar att koder och kategorier bör granskas av en person som är väl insatt i ämnet för att se om de stämmer överens med textens innehåll samt är trovärdiga. Det för resultatets sanningsenlighet. Vidare hölls kontinuerlig kontakt mellan författarna och handledaren för vägledning under studiens gång.

Till studien valde författarna att analysera fem självbiografier som hade valts ut innan kursstart, vilket gjorde att studien kunde påbörjas första kursdagen. Vid studiens början var det inte säkert att böckerna skulle ge tillräckligt med information för studiens syfte, men när självbiografierna var lästa erhöles den data som behövdes. Genom att använda självbiografier sparades tid under datainsamlingsprocessen. Långa texter behövde inte transkriberas som vid en intervjustudie, utan endast de korta texter som var relevanta för studiens syfte behövde plockas ut. Författarna såg fördelar med att använda självbiografier då kvinnorna i böckerna fick förmedla sin historia precis som de önskade. De kunde berätta sina historier från början till slut helt utifrån dem själva och utan att bli avbrutna. Författarna kunde dock inte ställa följdfrågor som vid en intervjustudie, vilket kanske hade underlättat i vissa sammanhang. Följdfrågor hade kunnat underlätta för författarna då de eventuellt skulle fått ut mer information samt en djupare förståelse för vändpunkterna. Författarna såg ändå fler fördelar med en självbiografistudie då kvinnorna fick berätta sina historier med egna ord utan yttre påverkan. Vidare skapades en helhetsbild av att leva med och ta sig ur anorexia nervosa då hela berättelser lästes. Segesten (2006) menar vidare att en intervjustudie på grundnivå knappast är genomförbar med god kvalitet, med tanke på den tidsram som erbjuds.

Flera böcker inkluderade utöver patientperspektivet även anhörigperspektiv samt faktadelar. Författarna valde att läsa samtliga delar i böckerna för att på så vis få mer kunskap samt en helhetsbild om anorexia nervosa. Det kan ha kostat tid men författarna ansåg ändå att denna helhetsbild var nödvändig för att få en ökad förståelse om sjukdomen. Vidare var det av vikt att förstå helhetsbilden och sammanhanget då Lundman och Hällgren Graneheim (2008) menar att det behövs vid skapandet av kategorier och teman. Det är också essentiellt att texten som omger de delar som är menade för studien läses och förstås. En text kan alltså inte plockas ut hur som helst ur sitt sammanhang då det finns risk att det verkliga innehållet i texten går förlorat.

Författarna valde att genomföra studien i par för att möjliggöra för diskussion samt slå två kloka huvuden samman. Med tanke på att självbiografier lästes, var det till en fördel att arbeta i par då samtliga böcker kunde läsas av två personer och innehållet i böckerna kunde

studeras utifrån olika ögon. Det öppnade upp för den diskussion som eftersträvades samt kompletterade eventuell förbisedd data. På så vis minskades risken för att värdefull information skulle gå förlorad. Segesten (2006) stödjer pararbete då det främjar lärandet och ger en större fördjupning i valt område. Författarna har således samarbetat under hela studiens gång utan att dela upp arbetet. Det är dock möjligt att tid hade sparats om arbetet hade delats upp, men författarna såg trots det fler och större fördelar med att samarbeta. Genom att arbetet inte har delats upp har författarna kontinuerligt varit eniga om material, innehåll samt meningars uppbyggnad och det har inte heller funnits risk för dubbelarbete. Det har även varit en fördel att vara två då författarna kunnat uppmuntra och inspirera varandra när det emellanåt känts motigt.

Fem kvinnors berättelser om vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande har studerats. Resultatet gäller också just dessa fem kvinnor och bör inte ses som generellt för alla personer med anorexia nervosa. Resultatet stämmer dock överens med ett flertal vändpunkter som tidigare forskning belyst och som framgår i den aktuella studiens bakgrund. Kvinnorna i den aktuella studien har själva skrivit sina berättelser och har haft möjlighet att förringa eller försköna erfarenheter, vilket ska förstås när resultatet läses. Resultatet som bygger just på erfarenheter och upplevelser behöver därför inte vara helt sanningsenligt. Författarna tror dock att vändpunkter endast kan förstås som vändpunkter i efterhand och att dessa är svåra att skriva om just när de upplevs. En studie om upplevelser av vändpunkter i anorexia nervosa hade av den anledningen varit svår att genomföra precis när vändpunkterna upplevdes.

Författarna har valt att använda sig av citat i resultatet för att på så vis förstärka och förtydliga vissa delar samt ge läsaren en djupare förståelse för resultatet. Att använda citat ökar även resultatets trovärdighet enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008), vilka också menar att ett resultat som lyfter fram det specifika som var tänkt att beskrivas för studiens syfte kan ses som sanningsenligt.

Resultatdiskussion

I studien framkom fyra kategorier som varit betydelsefulla för tillfrisknandet i kvinnornas berättelser. Det som var intressant var att kategorierna mer eller mindre var beroende av varandra. Författarna kunde alltså inte finna en enskild vändpunkt som gjorde kvinnorna friska, utan det var en kombination av flera faktorer i samtliga berättelser som hade betydelse i tillfriskningsprocessen. En vändpunkt kunde dock väga tyngre i tillfriskningsprocessen än andra. Vägen till tillfrisknande var i samtliga berättelser individuell samt i flera fall lång och utdragen. Faktorerna som påverkade tillfriskningsprocessen växte i många fall fram successivt, men det var inte ovanligt att kvinnorna tog ”ett steg framåt och två steg bakåt”.

Tidigare forskning har fokuserat på vikten av att ta ett beslut som ett av de första stegen i tillfriskningsprocessen (Patching & Lawler, 2009). Författarna såg snarare att sjukdomsinsikt i många fall hade en stor och grundläggande betydelse innan andra faktorer kunde påverka kvinnorna i studien. För att kunna ta ett beslut behövde kvinnorna först förstå att de var sjuka. Kvinnornas omgivning kunde tala om för dem att de var sjuka och kvinnorna kunde höra vad de sa men ändå inte ta till sig informationen. Sjukdomsinsikten var tvungen att växa fram inifrån de själva och det kunde ta tid. Patching och Lawler

(2009) menar att en del av tillfriskningsprocessen består av att förstå vilka allvarliga konsekvenser sjukdomen för med sig. För flera kvinnor i den aktuella studien uppstod många gånger sjukdomsinsikten som är viktig för tillfriskningsprocessen, just som en följd av en allvarlig händelse. När de blivit skrämnda av sitt eget tillstånd, när kroppen sagt ifrån har sjukdomens faktum inte längre gått att förneka och en sjukdomsinsikt har vuxit fram.

Wallin (2000) beskriver sjukdomsförloppet i anorexia nervosa som individuellt och att det inte går att förutspå vilka som kommer att drabbas av sjukdomen. Kvinnorna i den aktuella studien var alla pigga och glada personer innan de blev sjuka. De hade höga ambitioner, presterade bra i skolan samt hade många vänner och bekanta. Ingen i deras omgivning kunde ana att dessa kvinnor skulle insjukna i anorexia nervosa. Författarna tror att det finns outtalade fördomar om personer med anorexia nervosa i samhället idag, som att de får "skylla sig själva" som inte äter. En kvinna i studien hade själv dessa tankar innan hon insjuknade i anorexia nervosa. Hon såg på personer med anorexia nervosa som svaga, korkade människor som tillät samhällets normer styra dem. Kvinnan kunde inte förstå varför dessa personer valde att svälta sig själva och hon kunde inte förstå vad det var som var attraktivt med benknotor som stack fram. Författarna anser att fördomarna om anorexia nervosa inte stämmer och att de är grundade på okunskap om sjukdomen, då Wallin (2000) menar att vem som helst kan drabbas. Tozzi, et. al. (2003) beskriver att de största riskfaktorerna för att utveckla anorexia nervosa är problematiska familjerelationer, stress och bantning. För samtliga kvinnor i den aktuella studien tog sjukdomen form vid en bantning som så småningom spårade ur.

Resultatet bygger på fem kvinnors berättelser om att leva med och ta sig ur anorexia nervosa. Anledningen till att resultatet grundar sig på kvinnors berättelser beror på att författarna endast fann självbiografier skrivna av kvinnor, vilket med största sannolikhet beror på att sjukdomen främst drabbar kvinnor. Varför sjukdomen drabbar främst kvinnor kan och bör diskuteras. Författarna ser, som även Ottosson (2011) belyser, en tydlig koppling till de skönhetsideal och krav på kvinnor som råder i samhället idag. Kvinnor blir dagligen matade med hur smala de borde vara och hur de borde bete sig, samtidigt som män har andra ideal som inte är kopplade till bantning i samma utsträckning. Författarna tror att unga kvinnor om möjligt kan vara mer påverkbara än äldre kvinnor, vilket också statistiken visar om att främst unga kvinnor drabbas av anorexia nervosa. Mörkertalet är dock stort och det bör förstås att statistiken endast visar de som blivit diagnostiserade med anorexia nervosa.

Författarna anser att skolan bär ett stort ansvar vad gäller att förebygga anorexia nervosa samt fånga upp personer i ett tidigt skede innan sjukdomen har gått för långt, då det är främst unga kvinnor i skolåldern som drabbas. Det för att hjälpa unga kvinnor från en svår sjukdom samt för att korta ner sjukdomsförloppet. Författarna tror att det vore en bra idé om skolsköterskor fick större ansvar i området. De skulle kunna träffa eleverna två gånger per år och samtala om mat, vikt och hälsa. På så vis skulle personer som riskerar att drabbas av anorexia nervosa och andra ätstörningar kunna fångas upp tidigt. Ottosson (2011) menar att många fall av anorexia nervosa skulle kunna förebyggas om kvinnor under 20 års ålder avstod från att banta. Vidare menar Sandeberg och Norring (2010) att desto tidigare unga individer fångas upp och får behandling, desto bättre ser prognosen ut. Författarna tror att många ungdomar skulle kunna öka sin hälsa på det sättet och förebygga insjuknande i anorexia nervosa. Författarna ser att alla skulle bli vinnare på att arbeta

förebyggande. Ungdomar skulle hålla sig friska och slippa förlora en del av sitt liv, som många kvinnor i den aktuella studien uttrycker det, och sjukvården skulle kunna spara pengar. Författarna anser även att media har ett stort ansvar vad gäller området. Skönhetsindustrin eskalerar i samhället och idealen blir allt mer ouppnåeliga och onormala. Denna industri tar stor plats i media och författarna tror att den kan påverka personer att utveckla bland annat ätstörningar, i detta fall anorexia nervosa.

Flera kvinnor i den aktuella studien fann fördelar i en ny identitet som många gånger var kopplad till sjukdomen. Innan kvinnorna blev sjuka hade många höga krav på sig själva. Flera kvinnor hade en stressig vardag och försökte ständigt leva upp till omgivningens förväntningar. När de blev sjuka påtalade flera kvinnor en ny identitet som gick hand i hand med sjukdomen. Identiteten innebar mycket som var negativt men också flera fördelar. Fördelarna var bland annat att de slapp krav och ansvar, de fick bekräftelse och de blev omhändertagna. En kvinna i studien fick stort stöd av sin mamma och fann genom det en trygghet i sjukdomen. När kvinnan senare flyttade till sin pappa, som inte hade samma möjlighet att se efter sin dotter, insåg kvinnan att det berodde på henne själv om hon skulle bli frisk eller inte. Hon blev inte omhändertagen som tidigare, vilket enligt henne själv var betydelsefullt för tillfrisknandet. Tidigare forskning har inte belyst just att ”ta ansvar för sin egen tillvaro” som en faktor vid tillfrisknande. Författarna finner det därför särskilt intressant att kvinnan fick hjälp vid tillfrisknandet genom att behöva klara sig själv. För många kvinnor har tvärtom stöd och omhändertagande från omgivningen spelat stor roll i tillfriskningsprocessen. Det belyser den aktuella studien och tidigare forskning (Federici & Kaplan, 2008; Tozzi, et. al., 2003; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005). Författarna ser att det finns en motsägelse i detta då det framkommer två helt åtskilda meningar om hur stöd påverkar tillfriskningsprocessen. Denna motsägelse tyder på hur individuell behandlingen är och bör vara.

I den aktuella studien uppgav även ett par kvinnor att en längtan efter att skaffa barn och familj i framtiden blev en drivkraft för dem i tillfriskningsprocessen. Vid en punkt i sjukdomen förstod kvinnorna att det fanns en risk att en framtida graviditet inte skulle bli möjlig om de inte gick upp i vikt och tog hand om sig själva. Den insikten hjälpte kvinnorna att kämpa för sitt tillfrisknande. Tidigare forskning har också visat just att en längtan efter att skaffa barn och familj har varit en betydelsefull drivkraft på kvinnors väg till tillfrisknande (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Darcy, et. al., 2010; Tozzi, et. al., 2003).

En drivkraft efter att skaffa barn och familj eller efter att nå ett annat mål har varit återkommande i studien som en betydelsefull faktor i tillfrisknandet. Det har varit viktigt att hitta en motivation, en strävan eller ett mål för att ha något att kämpa för. Fanns det något som var värt att bli frisk för, fanns det en anledning att kämpa. Kvinnorna i den aktuella studien kämpade utöver barnafödande bland annat för att finna sin verkliga identitet, resor, studier, kärlek och en flytt till eget boende. En önskan om att finna sin verkliga identitet bakom sjukdomen var en motivation till tillfrisknande som även Patching och Lawler (2009) belyser. Ett fåtal kvinnor i studien fann tvärtom en trygghet i den nya identitet de skapat och fann därför inte motivation i att gå tillbaka till sitt ”gamla jag”. Tozzi, et. al. (2003) beskriver även andra betydelsefulla faktorer för tillfrisknande så som stöd från andra personer med anorexia nervosa, religion, mognad, terapi, medicinering, nytt arbete samt uppbrott från negativa relationer. Dessa faktorer har uppmärksammats även i den aktuella studien men inte publicerats då de inte skildrats som specifika

vändpunkter, med undantag för uppbrott från negativa relationer.

I den aktuella studien framkom att kvinnorna upplevde en lättnad när de vågade släppa kontrollen och lämna över beslut vad gällde mat och träning till någon annan. Kvinnorna visste någonstans vad som var bäst för dem men de kunde inte handla därefter utan hjälp. Ommen, et. al. (2009) har sett en liknande lättnad i sin studie. Patienterna i studien upplevde en oro och ångest över att någon annan bestämde, men dessa känslor var ändå delade med en stor lättnad.

De fem kvinnorna i den aktuella studien lever alla i sina unika livsvärldar med tankar, känslor och erfarenheter. I den aktuella studien syns sjukdomens individualitet tydligt i tillfriskningsprocessen. De fem kvinnorna har lagt tyngd och betonat olika vändpunkter som haft betydelse för tillfrisknandet, vilka inte har följt ett särskilt mönster genom berättelserna. Många vändpunkter har återkommit, men gett olika uttryck och inte upplevts på samma vis. En medicinsk sjukdom har ofta en klar bakomliggande orsak och därför ofta en klar behandling. Anorexia nervosa är däremot en mer komplex sjukdom och av den anledningen svårbehandlad. I den aktuella studien har det framkommit att anorexia nervosa präglas av tankar, som många personer med anorexia nervosa beskriver som "demoner". Det är "demonerna" som uppmanar personen att inte äta och många gånger träna alldeles för hårt. Många tror att en person med anorexia nervosa som når sin normalvikt och "ser frisk ut" också är frisk, men så är inte fallet. "Demonerna" finns ofta fortfarande kvar trots att kroppen inte lider av svält, vilka är viktiga att bli av med för att bli helt frisk. Dahlberg, et. al. (2003) menar att välbefinnande och lidande inte behöver vara varandras motpoler. Hälsa innebär inte endast frånvaro av sjukdom och lidande behöver således inte innebära avsaknad av välbefinnande. Kvinnorna i den aktuella studien kom till en punkt då de uppnådde normalvikt och friskförklarades. Där kunde omgivningen många gånger tro att personen äntligen uppnått hälsa och välbefinnande vilket inte nödvändigtvis var fallet.

Det är svårt att fastställa en behandlingsmetod som passar alla personer med anorexia nervosa med tanke på att tillfriskningsprocessen är individuell. Författarna tror att det är essentiellt att livsvärldsperspektivet är i fokus vid val av behandling av anorexia nervosa så att en behandling kan fastställas som passar den unika personen i hennes livsvärld. Behandlingen av anorexia nervosa är individuell och skiljer sig från person till person, vilket också hela tillfriskningsprocessen gör enligt den aktuella studien. I den aktuella studien har författarna sett hur sjukdomsinsikt varit den främsta och mest betydelsefulla vändpunkten. Alla vändpunkter som belysts i resultatet har dock haft betydelse för tillfriskningsprocessen och de olika vändpunkterna har mer eller mindre varit beroende av varandra. En kvinna i studien beskriver det så här:

Det är inte lätt att förklara vad det var som gjorde mig frisk. Jag vet nog egentligen inte själv, precis som det är svårt att veta vad det var som gjorde att jag blev sjuk. Det fanns ingen direkt vändpunkt, jag kan inte säga att "det var då det vände". Det var troligen en kombination av samtalsterapi, bildterapi och den mentala träningen/hypnosen. Denna form av behandling passade mig, men passar antagligen inte alla anorektiker. Det beror på vem man är och hur man fungerar som person (Strandberg, 2000, s. 119).

SLUTSATS

Författarna anser att resultatet som presenterats är användbart vid vård av personer med anorexia nervosa. Anorexia nervosa är en individuell och komplex sjukdom och det är av den anledningen essentiellt att försöka förstå just den unika människan som vårdas. Resultatet presenterar fem kvinnors upplevelser av vändpunkter vid anorexia nervosa efter tillfrisknande, men kan ändå bidra med kunskap som skulle kunna vara applicerbar för andra personer med sjukdomen och är av den anledningen en kunskap som är värd att ta till sig. Kunskapen är även värd att ta till sig i syfte att bli medveten om sjukdomens individualitet och därmed förstå vikten av att personer med anorexia nervosa ges tid och utrymme att uttrycka sina unika behov utifrån deras livsvärld. Resultatet syftar till att ge vårdpersonal kunskap i hur personer med anorexia nervosa kan tänka och känna när sjukdomen vänder till tillfrisknande.

Sjukdomsinsikt var en grundläggande vändpunkt i den aktuella studien. Förstod inte kvinnorna att de var sjuka, förstod de inte heller att de behövde bli friska. Framtida forskning bör av den anledningen fokusera på hur patienter kan erhålla sjukdomsinsikt. Forskningen bör således ingående och specifikt granska hur vårdpersonal kan få patienter att förstå att de är sjuka. Ytterligare en stor och viktig del av tillfriskningsprocessen i den aktuella studien var motivation. Motivation var återkommande i flera kvinnors berättelser och gav dem en anledning att kämpa för sitt tillfrisknande. I framtiden anser författarna därav att forskning mer ingående bör granska hur patienter kan delges motivation. Hur kan vårdpersonal motivera personer med anorexia nervosa på bästa sätt? Det krävs mer forskning i området då den aktuella studien belyser hur motivation varit en stor drivkraft på vägen från anorexia nervosa.

REFERENSER

Arkhem, H. (2005). *Jätten i spegeln – En bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar*. Malmö: Richters Förlag AB.¹

Bengtsson, J. (1998). *Fenomenologiska utflykter*. Göteborg: Daidalos.

Carter, J., McFarlane, T., Bewell, C., Olmsted, M., Woodside, B., Kaplan, A., & Crosby, R. (2009). Maintenance treatment for anorexia nervosa: A comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. *International Journal of Eating Disorders*. 42(3) 202-207.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I: F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid. 17-26). Lund: Studentlitteratur.

Darcy, A., Katz, S., Fitzpatrick K., Forsberg, S., Utzinger, L., & Lock, J. (2010). All Better? How Former Anorexia Nervosa Patients Define Recovery and Engaged in Treatment. *European Eating Disorders Review*. 18(4), 260-70.

Ejderhamn, J., Borström, B., & Wents, E. (2005). Somatiska komplikationer vid anorexia nervosa hos barn och unga. *Läkartidningen*. 36(102), 2464-2467.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.

Federici, A., & Kaplan, A. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European eating disorders review*. 16, 1-10.

Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The Process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an internet-based study. *International journal eating disorder*. 37, S80-S86.

Lamminen, M. (2007). *Vårdprogram för barn, ungdomar och vuxna med ätstörningar*. Hämtad från WWW 2011-02-15: www.lio.se/upload/30272/VP_BUP_atstorningar.pdf.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Graneskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Mattsson, J., & Gansmoe, J. (2006). *Svältland -landet bortom allt förnuft*. Horn: JEGA.¹

Medicinska forskningsrådet. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad från WWW 2010-12-05: http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning

¹ = Självbiografi

[13.pdf](#).

Nationalencyklopedin. (2011). *Vändpunkt*. Hämtad från WWW 2011-03-04: http://www.ne.se/persefone.his.se/sve/v%C3%A4ndpunkt?i_h_word=v%C3%A4ndpunkt.

Nordlund, T., & Bank, S. (2007). *Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi*. Borgå: BigBok.²

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

Ottosson, J-O. (2011). *Anorexia nervosa*. Hämtad från WWW 2011-03-08: <http://www.ne.se/lang/anorexia-nervosa>.

Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*. 16(1), 10-21.

Sandberg, A-M., & Norring, C. (2010). *Sjukskrivning vid anorexia nervosa*. Hämtad från WWW 2011-02-16: http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/anorexianervosa#anchor_1.

Segesten, K. (2006). Ännu en metodbok. I: F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid. 9-16). Lund: Studentlitteratur.

Signäs, G. (2010). *Kognitiv beteendeterapi*. Hämtad från WWW 2011-02-16: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/Kognitiv-beteendeterapi/>.

Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom: en bok om anorexia*. Västerås: Författarhuset.²

Suhonen Frohm, M. (2008). *En anorexisaga*. Visby: iVisby.²

Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., McKenzie, J., & Bulik, C. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 33(2) 143-154.

Wallin, U. (2000). *Anorexia nervosa in adolescence – course, treatment and family function*. (Akademisk avhandling). Lund: University.

Öhlén, J. (2000). *Att vara i en fristad. Berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård*. Göteborgs universitet, institutionen för vårdpedagogik, doktorsavhandling.

² = Självbiografi

BILAGA I

Tabell 2. Översikt av kategoriernas förekomst i datamaterialet

	Mattsson och Gansmoe (2006)	Nordlund och Bank (2007)	Strandberg (2000)	Suhonen Frohm (2008)	Arkhem (2005)
Sjukdomsinsikt		X	X		X
Motivation	X	X	X	X	
Tillit		X		X	
Beslut		X	X	X	X