Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

ERFARENHETER AV ATT LEVA MED ANOREXIA NERVOSA

En litteraturbaserad studie

EXPERIENCES OF LIVING WITH ANOREXIA NERVOSA

A literature based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoä
Vårtermin 2015

Författare: Elin Cederqvist
Julia Karlsson

SAMMANFATTNING

Titel: Erfarenheter av att leva med anorexia nervosa – en litteraturbaserad studie

Författare: Cederqvist, Elin; Karlsson, Julia

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp

Handledare: Minard, Birgitta

Examinator: Sahlsten, Monika

Sidor: 17

Datum: 2015-04-19

Nyckelord: ambivalens, anorexia nervosa, erfarenheter, fördomar

---

Bakgrund: anorexia nervosa har under de senaste decennierna ökat i Sverige och liknande trend ses även i andra länder. Sjukdomens mångfacetterade och ibland svårförstådda natur baseras på dess upplevda för- och nackdelar. Behandling mot ätstörningar har förhållandevis hög andel som avslutar den i förtid och det påvisas att många uppvisar motvilja till att delta. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa erfarenheter av att leva med anorexia nervosa. **Metod:** En litteraturbaserad studie baserad på nio kvalitativa forskningsartiklar. **Resultat:** Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier; Ambivalens mellan gott och ont, Ett pendlande känsloliv samt Att andra människor påverkas och påverkar med fyra underkategorier. **Slutsats:** Att få kunskap om erfarenheter från de som lever med sjukdomen kan öka förståelsen om dess komplexitet. Därmed kan sjuksköterskor förmedla det stöd som behövs för att ge patienten ökad motivation till att bli frisk.

ABSTRACT

Title: Experiences of living with anorexia nervosa – a literature based study

Author: Cederqvist, Elin; Karlsson, Julia

Department: School of Health and Education, University of Skövde

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

Supervisor: Minard, Birgitta

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 17

Date: 19/04/2015

Keywords: ambivalence, anorexia nervosa, lived experience, stigma

---

Background: during the last decades anorexia nervosa has had a rising incidence in Sweden as well as in other countries. The disorder may sometimes be difficult to understand due to its multifaceted nature of experienced pros and cons. Furthermore, reluctance toward treatment is frequent among people suffering from anorexia nervosa and treatment for eating disorders have rather high drop-out rates. **Aim:** The aim of this study was to highlight experiences of living with anorexia nervosa. **Method:** A literature based study consisting of nine qualitative research articles. **Results:** Three categories emerged from the analysis; the ambivalence between good and evil, varying emotions and other people are influenced and influences the person with four subcategories. **Conclusion:** Emphasis on achieving increased knowledge of the lived experiences of anorexia nervosa to enhance understanding for its complexity, might enable nurses' support-providing to enlarge the patient's motivation to recovery.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1
BAKGRUND 1
Anorexia nervosa 1
Lidande 2
Livsvärld 3
Stödjande vårdrelationer 4
Samhällets normer och fördomar 4
PROBLEMFORMULERING 5
SYFTE 5
METOD 5
Urval 6
Datainsamling 6
Analys 7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN 7
RESULTAT 8
Ambivalens mellan gott och ont 8
En kontrollerbar trygghet 8
Fångad i sjukdomens grepp 9
Ett pendlande känsloliv 9
Att känna sig stark och osårbar 10
Självhat som bryter ned personen 10
Andra människor påverkas och påverkar en 11
Relationer som förstörs 11
Andra som dömer och inte förstår 12
Resultatsammanfattning 12
DISKUSSION 13
Metoddiskussion 13
Resultatdiskussion 14
Slutsats 16
Klinisk implikation 16
LITTERATURFÖRTECKNING
BILAGA 1: KRITERIER FÖR KVALITETSGRANSKNING
BILAGA 2: ARTIKELÖVERSIKT

INLEDNING

Under år 2013 vårdades över 700 patienter för anorexia nervosa inom sluten vård, varav cirka 650 kvinnor och 50-talet män (Socialstyrelsen, 2014). Incidensen för anorexia nervosa har ökat de senaste decennierna i Sverige (Socialstyrelsen, 2014) och liknande ökning ses även i andra länder (Milos et al., 2004). Påverkan från samhällets påträngande skönhetsideal och könsnormer kan ha bidragit till ökningen (Ottosson, 2004). Dagens ideal influerar starkt och påverkar människors självkänsla (Epel, Spanakos, Kasl-Godley & Brownell, 1996). I samhället existerar förutom framträdande kroppsideal även okunskap och fördomar om psykisk ohälsa, som kan skapa stigma, fördomar, mot de personer som lever med exempelvis en ätstörning, vilket kan orsaka ökat lidande (Stewart, Keel & Schiavo, 2006).

Många personer med anorexia nervosa motsäger sig eller påvisar motvilja att delta i behandling (Cooper, 2005; Nordbø et al., 2011). Varierande faktorer är orsak till den förhållandevis höga andelen patienter som avslutar sin behandling i förtid (Clinton, 1994). Faktorer som försvårar tillfrisknande är sjuksköterskors otillräckliga kunskap om sjukdomen och att patienter bemöts som en sjukdom, en anorektiker, istället för att ses som individer med unika behov (Tierny, 2008). Detta påvisar ett behov av fördjupad förståelse av anorexia nervosa inom sjuksköterskeyrket. Genom att belysa människors erfarenheter av att leva med anorexia nervosa kan djupare förståelse för sjukdomen erfaras. Därmed kan sjuksköterskan ge patienten adekvat stöd vilket kan underlätta tillfrisknandet från den svårbehandlade sjukdomen.

BAKGRUND

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa beskrevs första gången år 1874 av läkaren William Gull och benämndes som en psykiatrisk sjukdom eftersom symtomen saknade patofysiologisk orsak (Till, 2011). Anorexia nervosa betyder ordagrant nervös aptitleda, vilket är missvisande eftersom sjukdomen inte beror på minskad aptit utan istället en medveten självsvält (Adler, 2011; Engström, 2014). Fastän sjukdomen främst yttrar sig i minskat energiintag och viktminskning så är sjukdomen mer mångfacetterad då många lider av psykiska och depressiva besvär (Langley, 2006). Anorexia nervosa innebär tiofaldig mortalitet främst på grund av självmord men i sällsynta fall av undernäring, där största riskperioden är strax efter utskrivning från slutenvård (Birmingham et al., 2005; Langley, 2006; Wallin, 2000). Vidare karaktäriseras anorexia nervosa av undervikt, viktfobi, störd kroppsuppfattning, låg självkänsla och tvångstankar (Wallin, 2000). Sjukdomen är mycket vanligare bland kvinnor än män (Fernández-Aranda et al., 2009) och frekvensen för att drabbas av anorexia nervosa beräknas vara 0,9 procent för kvinnor och motsvarande 0,3 procent för män (Adler, 2011).

Trots utförlig forskning av orsaker till anorexia nervosa råder inget konsensus över etiologin (Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie & Bulik, 2002). Etablerat i litteraturen är att bantning är predisponerande för utvecklandet av anorexia nervosa men är inte ensamt avgörande för

insjuknande (Tozzi et al., 2002). Anorexia nervosa är mer frekvent om psykisk ohälsa finns i familjen eller om någon nära släkting redan är drabbad (Wallin, 2000). Detta kan påvisa en genetisk faktor (Dring, 2015) men kan också vara ett tecken på anorexia à deux, vilket innebär att beteendet tas efter av anhöriga (Ottosson, 2004). Psykiskt trauma eller stress vara utlösande orsaker och överrepresenterat bland de som lider av sjukdomen är anankastiska personlighetsdrag såsom perfektionism och oförmåga att koppla av samt låg självkänsla (Tozzi et al., 2002). Faktorer som kan inverka negativt på prognosen är lång tid mellan insjuknande och behandlingsstart, sjukdomsdebut senare i livet, svåra familjeförhållanden samt personliga omständigheter och samsjuklighet (Wallin, 2000). Jacoby, Hayward, de Zwaan, Kraemer och Stewart Agras (2004) poängterar att genetik, miljö och neurobiologi är ofrånkomliga faktorer till utvecklande av ätstörningar trots framträdande psykosociala orsaker. Därmed anser de Jacoby et al. (2004) att psykologiska orsaker kan vara utlösande faktorer medan biologi och neurologi är bakomliggande orsaker för utvecklandet av anorexia nervosa. Generellt innebär behandling för anorexia nervosa avbrutet svältmönster och viktuppgång, genom olika tillvägagångssätt, med fem års medelbehandlingstid (Råstam Bergström, Gillberg & Gillberg, 1995; Strober, Freeman & Morrell, 1997). Dock råder inget konsensus om vilken behandlingsmetod som ger bäst resultat (Wallin, 2000). Oavsett behandlingsform påvisas betydelsen av empati och respektfullt bemötande och fokus på både fysiska som psykiska åtgärder för att skapa goda förutsättningar för minskat lindade (Tierny, 2008).

Lidande

Eriksson (1994) skildrar lidande som ett gränslöst mysterium samtidigt som livets slutpunkt sedermera alltid kommer vara det yttersta lidandet. Lidande blir därför en kamp för människans frihet och värdighet och kännetecknas av skuld och skam hos individen då integriteten kränks. Det beskrivs som en kamp mellan liv och död, men också mellan gott och ont. Lidandet saknar explicit språk men existerar med många uttrycksformer där varje människas lidande är unikt. Människan försöker naturligt bemästra lidandet genom olika strategier, bland annat genom att försöka bedöva eller fly ifrån det. Människan hanterar de onda och outhärdliga känslorna genom tillfällig flykt, trots att det inte löser problemet och i förlängning kan leda till ett ännu större lidande. Oro och ångest ses som känslor som ska undvikas istället för att ses som resurser och motivation till att överleva kampen. Människans unika situation och livsvärld påverkar om personen väljer att kämpa eller ge upp. För hanterbarhet av människans ambivalens mellan att ge upp och kämpa vidare krävs verktyg för att lidandet inte ska förinta individen. Då människan ger efter för prövning och utmaning kan det temporärt generera känslor av välbehag och bekräftelse för att omedelbart kunna förvandlas till lidande. När lidandet intensifieras medföljer ofta oförmåga till att förmedla sitt lidande. Fasaden blir därmed ett uttryck för djupgående lidande och ett sätt att leva som bestraffning för tillkortakommanden.

Vidare kan lidandet medföra ett tankemönster där individen upplever förminskande av sitt människovärde på grund av situationen denne befinner sig i (Eriksson, 1994). Samtidigt kan skuldkänslor öka på grund av att personen känner skam över att vara olycklig. För vissa blir bestraffning deras verktyg för hanterbarhet. Lidande innebär förlust som för människan kan yttra sig i symbolisk eller konkret mening. Lidandet kan ses som en övervinnlig kamp eller som något definitivt som personen behöver lära sig leva med. Den semantiska innebörden av patient är den som lider eller uthärdar. Ohälsan som följer av lidande skapar behov av

omvårdnad och tröst. Bekräftelse av individens erfarenheter är förutsättning för att lidande ska kunna bli resurs till välbefinnande. Vidare upplevs patientens känsla av att vara respekterad, autonom och förstådd som hjälpsamt. Själsligt lidande på grund av upplevd förnedring eller skam som erfars från sjukdom och behandling kan resultera i ökat vårdlidande. Även samhälleliga och personliga fördomar kan bli orsak till skamkänslor som ökar individens ohälsa. Eriksson (1994) beskriver det personliga lidandet som drivkraften för att vårda och utifrån förståelse om lidandets process ökas förståelsen för patientens livsvärld och utrymme för både livsleda och hopp ges till patienten.

Livsvärld

Livsvärld är ett holistiskt begrepp som innebär helheten av vardagliga erfarenheter av omgivningen, av att vara människa i förhållande till andra samt de faktorer som påverkar livet (Biley & Galvin, 2007; Todres, Galvin & Dahlberg, 2007). Livsvärldsperspektivet beskrevs först av Husserl på 1920-talet och utvecklades utifrån fenomenologisk tradition till grund för omvårdnadsforskning av Heidegger, Merleau-Ponty och Gadamer till en praktisk filosofi för förståelse av mänsklig existens (Biley & Galvin, 2007; Wiklund, 2003). Detta teoretiska ramverk används för att poängtera essensen av mänsklighet och vad det betyder för människan att leva i världen (Biley & Galvin, 2007; Todres et al., 2007). Vidare används begreppet livsvärld som riktmärke för att skapa förståelse för hälsa och sjukdom och hur dessa kvaliteter är förknippade med helhetsupplevelsen av att existera. Livsvärlden innebär att se till alla aspekter av en människans liv och inte ta några faktorer för givet (Todres et al., 2007). Kort sagt har livsvärldsbegreppet skapats för att sammanväva existentiella dimensioner (Biley & Galvin, 2007). Begreppet förklaras med ordet intersubjektivitet vilket relaterar till hur människor är och förstår världen i förhållande till andra. Mearleau-Ponty i Todres et al. (2007) beskriver att människan är en del av en förkroppsligad värld där förståelse av delade erfarenheter relaterar till hur varje unik situation uppfattas. Som levande varelser upplevs både sårbarhet och frihet som en del av en förkroppsligad existens. Sjukdom påverkar kroppen och därmed det upplevda livet med andra (Biley & Galvin, 2007).

Verkligheten är inte objektiv utan upplevs individuellt av varje människa utifrån dess medvetande och erfarenheter (Todres et al., 2007; Wiklund, 2003). Vid psykisk ohälsa kan personen sakna tillförsikt till framtiden så att de känner att de inte har någonting att leva för (Todres et al., 2007). Tiden upplevs subjektivt och kan då kännas långsam när personen inte önskar att leva (Biley & Galvin, 2007). Rädsla och ångest förstärks vid svåra vägskäl och uppbrott från relationer vilket kan resultera i att en person upplever självdestruktivt beteende som lindring, en speciell typ av frihet, men som också medför sårbarhet. Människor är sociala varelser med språk vilket möjliggör för oss att dela förståelse och relatera mening till individuella och unika sammanhang. Då någon lider av psykisk ohälsa förändras relationer, eller till och med förstörs eller försvinner. Wallin (2000) beskriver att familj, närstående och andra i personens omgivning påverkas av den anhöriges psykiska ohälsa eftersom de ofta försöker hjälpa sin sjuke familjemedlem och ibland anklagar sig själva för att inte ha kunnat förhindra att personen drabbats. Biley och Galvin (2007) beskriver att personer med psykisk ohälsa på grund av sin sårbarhet kan uppleva andra människor som störande, irriterande, dömande eller hotande medan personen av andra kan uppfattas som isolerad, rastlös eller ångestfylld. Alltså kan en beskrivning av en persons interpersonella värld, alltså existens i förhållande till andra, vara nyckeln till att beskriva individens relation till livsvärlden. Exakt hur sjukdom upplevs kan aldrig fullständigt förstås av någon annan (Todres et al., 2007).

Om förståelsen för helheten av dessa kvalitativa dimensioner som förkroppsligande, intersubjektivitet och interpersonalitet saknas blir omvårdnaden överdrivet uppgiftsfokuserad och riskerar att förminska individen. För att ge optimal vård bör omvårdnaden baseras på samspel mellan stöd, delaktighet och förståelse för patientens livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010; Wiklund, 2003).

Stödjande vårdrelationer

Hälso- och sjukvården baseras på respektfullt bemötande på lika villkor för att förebygga sjukdom och lindra lidande (SFS 1982:763; Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Patientens behov, såväl fysiska som psykiska, ska tillgodoses genom en patientfokuserad relation baserad på hänsyn till individens autonomi och integritet (Paterson & Zderad, 1988; Socialstyrelsen, 2005). I vårdrelationen skapas en känsla av närvaro där patientens erfarenheter och inre resurser uppmärksammas så det friska kan tillvaratas (Mattila, Kaunonen, Aalto & Åstedt-Kurki, 2014; Stoltz, 2006). Teorin om humanistisk omvårdnad beskriver att en patientfokuserad vårdrelation bör baseras på en omvårdnadssyn där sjuksköterskan har ett äkta engagemang och försöker förstå patientens erfarenheter och känslor på djupet (Patersons & Zderad, 1988). Sjuksköterskans stöd hjälper patienten att hantera sin situation likväl som utebliven hjälp resulterar i ökat lidande på grund av patienters upplevelser av otrygghet och övergivenhet (Mattila et al., 2014; Paterson & Zderad, 1988; Stoltz, 2006). Genom sjuksköterskans icke-dömande bemötande och möjlighet att öppna upp för samtal om svåra ämnen kan patienten och vårdrelationen stärkas (Oleniuk, Duncan & Tempier, 2009). Anorexia nervosa och annan psykisk ohälsa kan vara ett känsligt samtalsämne och utgör en påfrestning. Med hjälp av Paterson och Zderads (1988) teori ges patienter möjlighet att uttrycka sina känslor vilket kan stärka självbilden då de som lever med psykisk ohälsa ofta har låg självkänsla, delvis på grund av stigmatisering (Oleniuk et al., 2009).

Samhällets normer och fördomar

Sociokulturella ideal av att vara smal symboliserar kontroll, kompetens och sexuell attraktion jämfört med övervikt som ses som brist på självkontroll, lathet och icke attraktivt (Ekman, 1998; McCabe & Ricciardelli, 2003). Många människor, framförallt kvinnor, definierar sig själva utifrån sin kropp (Epel et al., 1996). Litteratur beskriver samhällets dominerande kulturella och sociala krav på femininitet och kroppsideal, förmedlade via media, som en bidragande orsak till att människor drabbas av anorexia nervosa (Ekman, 1998; Till, 2011). Trots att i princip alla utsätts för medial påverkan utvecklar endast en liten andel diagnosen anorexia nervosa (Tozzi et al., 2002). Anorexia nervosa drabbar oproportionerligt kvinnor och könsskillnader kan vara en anledning till att sjukdomen inte är lika uppmärksammat som andra psykiska sjukdomar (Stewart et al., 2006). Anorexia nervosa är fundamentalt sammankopplat med femininitet samtidigt som den bland män idag är mer uppmärksammat (Tozzi et al., 2002).

Stigma, eller fördomar, beskrivs som negativa och diskriminerande generaliseringar vilka riskerar resultera i skamkänsla, rädsla, ilska och undvikande beteende bland de personer eller grupper fördomarna riktas mot (Stewart et al., 2006). Psykisk ohälsa påvisas över lag vara stigmatiserat och Stewart et al. (2006) konstaterade märkbart fördomsfulla inställningar mot personer som lider av sådana sjukdomar, däribland ätstörningar. Attityderna var exempelvis

att anorexia nervosa anses som ett tillstånd där personerna bör kunna rycka upp sig, att de är uppmärksamhetssökande samt själva är ansvariga för att ha orsakat sin sjukdom. Vidare anses orsakerna till anorexia nervosa vara brist på socialt stöd och påverkan av föräldrars bemötande och uppfostran och sakna biologisk eller patofysiologisk etiologi (Stewart et al., 2006). Effektiv farmakologisk behandling är begränsad vid anorexia nervosa och kan därmed utgöra en bidragande orsak till att ätstörningar inte upplevs som en sjukdom. Utifrån allmänhetens perspektiv anses det lättare att förstå och förklara anorexia nervosa som en psykisk sjukdom på grund av psykosociala faktorer jämfört med den möjliga patofysiologiska påverkan av 5-HT2a-receptorer. Fördomar och bristande kunskap om sjukdomen understryker risken för att ätstörningspatienter riskerar att uppleva skuldkänslor på grund av sin sjukdom. Detta kan orsaka minskad självkänsla som i sin tur kan resultera i förlängd tillfriskningsprocess från sjukdomen samt ökad risk för återfall.

PROBLEMFORMULERING

Anorexia nervosa är en svårbehandlad sjukdom med lång sjukdomstid och de drabbade bemöts ibland av okunskap och fördomar från såväl allmänhet som sjuksköterskor. Vårdpersonal besitter ofta teoretisk kunskap om hur anorexia nervosa yttras men saknar ofta förståelse för hur sjukdomen upplevs och hur det är att leva med sjukdomen. Bemötande, sjukdomsupplevelse, bakomliggande orsaker och relationer påverkar livsvärlden för dem som lever med anorexia nervosa. Bristande förståelse kan orsaka psykiskt lidande och försämrad prognos för tillfrisknande. Därmed finns ett behov av att belysa erfarenheterna av sjukdomen för att som sjuksköterska kunna skapa en stödjande relation samt främja ökat välbefinnande hos dem som lever med anorexia nervosa.

SYFTE

Syftet med denna litteraturbaserade studie var att belysa erfarenheter av att leva med anorexia nervosa.

METOD

Metoden som valdes var en litteraturbaserad studie som utgår från kvalitativa artiklar med målet att öka kunskap och förståelse om valt fenomen (Friberg, 2012). Erfarenheter kan förstås djupare genom kvalitativ forskning eftersom detta område kan förbises vid andra forskningsmetoder därför att subjektiva upplevelser och erfarenheter inte kan mätas kvantitativt (Dahlborg-Lyckhage, 2012b). Genom metodisk och kvalitetsgranskad sammanställning och tolkning av existerande forskning skapas evidensbaserad kunskap som underlag till säker vård eftersom summan av sammanställt kunskapsvärde är större än forskningens individuella delar tillsammans (Dahlborg-Lyckhage, 2012b; Friberg, 2012).

Urval

Urvalet bestod av nio kvalitativa artiklar där exklusionskriterier var litteraturöversikter (reviews) eller texter skrivna av redaktörer (editorials) samt övriga ätstörningsdiagnoser. Inklusionskriterier var artiklar som var engelskspråkiga och publicerade i granskade vetenskapliga tidskrifter (peer-reviewed). Urvalet begränsades inte geografiskt eller av deltagarnas ålder eller kön med anledning av att dessa faktorer inte bedömdes påverka valt fenomen. Valda artiklars deltagare representeras av både öppenvårds- och slutenvårdspatienter, personer som vid intervjutillfället lever med diagnosen men inte deltar i behandling samt personer som har varit sjuka i anorexia nervosa men som vid intervjuerna var friskskrivna.

Datainsamling

Data insamlades genom sökning i databaserna Cihnal, Medline och Wiley Online Library, vilket illustreras i tabell nedan, som alla avhandlar omvårdnadsvetenskap. Användning av fler än en databas ökade tillgängligheten av valt fenomen. Sökorden som använts var anorexia nervosa samt experience. Boolesk sökteknik, vilket anger sökordens förhållanden till varandra, och trunkering användes för att innefatta böjningar av sökorden, enligt Östlundh (2012). Tidsbegränsningen 2000-2015 gjordes endast inom sökningen i Medline eftersom antalet träffar blev oöverskådligt. I övrigt gjordes ingen tidsbegränsning eftersom sökresultatet var något begränsat. Initialt valdes artiklar med relevanta titlar utefter valt syfte, varefter abstrakten lästes. De kvalitativa artiklar som svarade på studiens syfte valdes och lästes i sin helhet varefter nio artiklar valdes för kvalitetsgranskning. Granskningen utgick från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) där ingen artikel föll bort. Granskningskraven (se bilaga 2) innefattade tydligt beskrivet syfte, problemformulering, metod och om de upplevdes representera insamlat rådata samt med emfas på etiska överväganden. Valda artiklar var publicerade mellan perioden 1999-2012 och behandlade patienter i åldrarna 12 - 53 år, där samtliga deltagare levde med anorexia nervosa i ungdomen. Dock förekommer en artikel där deltagarnas ålder inte framkommer.

Tabell 1. Översikt av sökmatris.

Databas	**Datum**	**Sökord**	**Antal träffar**	**Antal lästa abstrakt**	**Antal granskade artiklar**	**Antal valda artiklar**
Cinahl	2015-01-29	experience AND anorexia nervosa	127	23	11	3
Medline	2015-01-21	anorexia nervosa AND experience (DT 2000-2015)	269	16	3	2
Wiley Online Library	2015-01-21	experience AND anorexia (inom International Journal of Eating Disorders)	1733	19	15	4

Analys

Insamlat datamaterial analyserades utifrån en modell beskriven av Friberg (2012). Metoden innebär att se till artiklarnas resultat som helhet, därefter identifiera beståndsdelar av resultatet för att slutligen sammanställa delarna till en ny helhet. Initialt lästes valda artiklars resultat flertalet gånger enskilt och tillsammans för att enligt Polit och Beck (2012) skapa en djupare förståelse och öka trovärdigheten. Därefter diskuterades författarnas uppfattningar av datamaterialet och vid konsensus fortsatte analysprocessen. Vidare identifierades varje resultats huvudfynd och jämförelse av resultatens likheter och skillnader. Därefter sammanfattades resultaten individuellt som sedan jämfördes tillsammans. Nyckelbegrepp och uttryck bildade underkategorier som sedan grupperades utefter gemensamma nämnare tills tre slutgiltiga kategorier bildades. Dessa skapade en ny helhet vilket presenteras i resultatdelen. Genomgående under processen fokuserades analysen på studiens syfte för att producerat resultat inte skulle bli avvikande, vilket har rekommenderats av Friberg (2012).

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetikens uppgift är att värna om människans fundamentala integritet och rättigheter samt för att skydda dem som ingår i studien (Kjellström, 2012). Forskningsetiskt godkännande utgår från internationella dokument som Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 1964) och existerande lagstiftning som exempelvis lagen om etikprövning (SFS 2003:460) och personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Valda artiklar granskades utifrån huruvida de påvisade etiskt godkännande alternativt fört etiska resonemang. Etiska överväganden som var relevanta för denna litteraturbaserade studie var att analysprocessen inte skulle förvanska artiklarnas innehåll eller att resultat skulle fabriceras eftersom Streubert Speziale och Carpenter (2003) beskriver att detta riskeras på grund av personlig förförståelse. Slutligen utgick studien från korrekt referenshantering (American Psychological Association, 2010) för att inte missbruka upphovsrätt.

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier med sex underkategorier (se tabell 2).

Tabell 2. Översikt över kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Ambivalens mellan gott och ont	En kontrollerbar trygghet Fångad i sjukdomens grepp
Ett pendlande känsloliv	Att känna sig stark och osårbar Självhat som bryter ned personen
Andra människor påverkas och påverkar	Relationer som förstörs Andra som dömer och inte förstår

Ambivalens mellan gott och ont

Ambivalens mellan gott och ont handlar om varierande erfarenheter av att leva med anorexia nervosa. Sjukdomen skildras ibland positivt som en kontrollerad livsstil samtidigt som den beskrivs vara helt utom kontroll. Genom dessa motstridiga erfarenheter medför denna komplexa polaritet en svår inre kamp för personen som lever med anorexia nervosa. Generellt relateras positiva aspekter till sjukdomsförloppets tidiga skeden och successivt eskalerar sjukdomen och det positiva förvandlas till något ont och förgörande som fullständigt styr livet. Ambivalensen mellan att å ena sidan uppskatta effekterna av sjukdomen och å andra sidan försöka överleva en dödlig sjukdom upplevs som en stor psykisk påfrestning i det vardagliga livet. Detta innefattar en kontrollerbar trygghet samt fångad i sjukdomens grepp.

En kontrollerbar trygghet

Anorexia nervosa benämns som en trygg klippa i livet vilken symboliserar tillförlitlighet och stabilitet (Colton & Pistrang, 2004; Dignon, Beardsmore, Spain & Kuan, 2006; Higbed & Fox, 2010; Serpell, Treasure, Teasdale & Sullivan, 1999; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Synonymt med en fast klippa beskrivs sjukdomen som en sköld att gömma sig bakom för att inte känna sig i vägen eller för att inte ta upp för mycket plats (Colton & Pistrang, 2004; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007). Förutom den kroppsliga upplevelsen av att vara liten och smal symboliserar den undernärda kroppen osynlighet och blir till räddning eftersom de upplever sig inte förtjäna att finnas till. Vidare illustreras tryggheten av att sjukdomen upplevs som ett stöd för att hantera påfrestande känslor och situationer

genom att vara pålitlig och förutsägbar (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Koruth, Nevison & Schwannauer, 2012; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Därmed skapas en känsla av att ha kontroll över livet och situationen. Kontrollen erfars genom att sjukdomen hjälper till att förflytta tankefokus från betungande förhållanden och ger en betryggande effekt av att känna sig hjälpt och skyddad från att plågas av verkligheten. Sjukdomen hjälper även till att förmedla önskan om att få hjälp genom att viktnedgången symboliserar att något inte står rätt till (Serpell et al., 1998; Skåderud, 2007). Sjukdomen upplevs som en stabil punkt genom att en känsla av kontroll skapas och blir en trygg motpol till omgivningens upplevda ovisshet och kaos (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Koruth, Nevison & Schwannauer, 2012; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012).

Förutom att kontrollera vardagens kaotiska tillvaro upplevs sjukdomen utgöra ett skydd mot att genomgå puberteten som upplevs vara ett hot och en stor förändring för både kropp och själ (Williams & Ried, 2010). Sjukdomen skildras som en hjälpare där vuxenansvar, intima relationer och sexualitet undviks genom att sjukdomen skapar en upplevelse av barndomens kontrollerade trygghet (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Kontroll över tankar och känslor tillsammans med upplevd trygghet utgör en viktig källa till tröst när livet känns förvirrande och ångestskapande.

Fångad i sjukdomens grepp

Att leva med anorexia nervosa upplevs som en fruktansvärd mardröm där sjukdomen framställs som en vilseledande och frihetsberövande motståndare (Colton & Pistrang, 2004; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2012). Sjukdomen beskrivs som ett monster med sina klor fast djupt i dem så att de känner sig fångade, utan någon möjlighet att fly (Colton & Pistrang, 2004; Williams & Ried, 2012). Känslan av att vara bunden ökar med förvärrat sjukdomstillstånd och personernas liv förvandlas till en otyglad verklighet (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Koruth et al., 2012; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Sjukdomen beskrivs även som en ostoppbar fiende som infiltrerar sinnet och dess tankeinnehåll genom att skapa besatthet och konstant fokus på mat och vikt (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Koruth et al., 2012; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2012). Personerna upplever att deras tankar förgiftas och får dem att känna sig värdelösa och oälskade (Colton & Pistrang, 2004; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). I och med denna inverkan och makt över livet upplevs en stark förlust av självbestämmande och integritet (Higbed & Fox, 2010; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2012). Dess dominanta karaktär skildras av överväldigande upplevelser av att demonen anorexia nervosa misshandlar både fysiskt och psykiskt och vardagen förvandlas till en kamp för överlevnad (Fox, 2009; Koruth et al., 2012; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Tydligt beskrivs en önskan om att bli frisk men varje försök till förbättring upplevs intensifiera sjukdomen och kampen för att tillfriskna känns för stunden förlorad (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Higbed & Fox, 2010; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012).

Ett pendlande känsloliv

Ett pendlande känsloliv handlar om hur anorexia nervosa påtagligt förändrar personens självbild, självkänsla och stämningsläge. Å ena sidan är det att bli stärkt av sjukdomen genom att få bekräftelse från exempelvis ökad uppmärksamhet och omtänksamhet. Å andra sidan överväldigas personen av depressiva känslor som ångest och oro som tynger ner personernas liv. Dessa motstridiga känslor beskrivs som att de inte utesluter varandra utan kompletterar erfarenheten av att leva med anorexia nervosa och hur hela personens livsvärld påverkas. Detta innefattar att känna sig stark och osårbar samt självhat som bryter ned personen.

Att känna sig stark och osårbar

Anorexia nervosa beskrivs vara meningsfull då den bidrar till ökat självförtroende och stärkt självkänsla (Colton & Pistrang, 2004; Higbed & Fox, 2010; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Efter viktnedgången känner sig personerna smala, attraktiva och stolta för att de uppnått de mål som de själva och många andra eftersträvar (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Higbed & Fox, 2010; Koruth et al., 2012, Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Då känner de sig lyckliga och mer älskade eftersom de känner att en känsla av att vara stark och osårbar skapas när de blivit smalare (Williams & Ried, 2012). De beskriver en tävling och jämförelse med sina vänner, om de inte kan överträffa dem inom andra områden så ville de sträva efter att vara smalast och därmed känna sig tillräckliga och vara bra på någonting (Williams & Ried, 2010). De som lever med sjukdomen beskriver att de känner stora krav på sig själva och att prestera, och viktnedgång blev för dem ett konkret bevis på att de hade åstadkommit något bra. Att vara smal och styrkan i att kunna motstå hunger anses vara nyckeln till lycka och välbefinnande. Eftersom anorexia nervosa upplevs positivt och stärkande skapas en mening med sjukdomen (Higbed & Fox, 2010; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010). Att leva med anorexia nervosa upplevs inte vara förknippat med att vara sjuk utan istället suddas gränserna mellan sjukdomen och personen ut och anorexia nervosa upplevs därmed bli en del av livet och personligheten.

Självhat som bryter ned personen

Ett liv med anorexia nervosa beskrivs som fyllt av depressiva känslor och starkt självhat (Fox, 2009; Koruth et al., 2012; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). Tydligt präglas personernas vardag av förintande självhat och att de plågas av låg självkänsla som resulterar i tankar på att vilja ta sitt liv. Låg självkänsla baseras på fundamentala känslor av att vara värdelös och oviktig (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Koruth et al., 2012; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2012). För att sona för sina brister och svagheter som människa söker personerna sig till självdestruktivt beteende för att straffa sig själva vilket beskrivs lindra känslan i situationen. Känslor av hopplöshet växer sig starkare och starkare ju längre sjukdomen dominerat deras sinne (Colton & Pistrang, 2004; Fox, 2009; Skårderud, 2007). Livet skildras förlora sin mening hos dem som lever med anorexia nervosa. Psykiskt lidande är framträdande konsekvenser av sjukdomen och utgörs av ett förändrat känslotillstånd och försämrat humör som känslor av att vara ovanligt lättirriterade och

otåliga (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Koruth et al., 2012; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010; Williams & Ried, 2012). De upplever att vardagen präglas av förlamande ångest och starka oroskänslor på grund av självhatet. Sjukdomens inverkan över personen och den förlorade identiteten skapar ilska och frustration över den maktlöshet som upplevs i situationen.

Andra människor påverkas och påverkar

Att andra människor påverkas och påverkar handlar om erfarenheterna av hur anorexia nervosa inte bara drabbar den enskilda personen som lever med sjukdomen utan även personer i omgivningen som vänner och familj. Anhöriga tvingas maktlöst att se någon i sin närhet vara sjuk och relationer påfrestas av dagliga konflikter. Detta skapar en känsla av skuld hos personen som är sjuk eftersom denne upplever sig vara en börda och orsaka lidande för andra. Sociala nätverk, familj och skola påverkas när en person lever med en sjukdom. Förutom att människor i personens direkta närhet beskrivs att samhället påvisar okunskap och fördomar gentemot anorexia nervosa. Detta blir orsak till ökat lidande för de som lever med sjukdomen och dessutom influeras de tydligt av sociala normer och ideal vilket upplevs förvärra sjukdomen. Detta innefattar relationer som förstörs samt att andra dömer och inte förstår.

Relationer som förstörs

Personer som lever med anorexia nervosa beskriver påtagliga förluster i livet på grund av sjukdomens lögner som orsakar konflikter och splittrade eller försämrade relationer (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Koruth et al., 2012; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2010). Personerna som lever med anorexia nervosa beskriver att de ofta ljuger för dölja att de hoppat över måltider, för att skapa skäl att slippa att äta eller för att inte oroa sin familj över sitt beteende. Lögnerna beskrivs vara för både sin egen skull och anhörigas. Detta är för att dels förneka sjukdomen för sig själv och för att förskona närstående från att få veta sanningen om deras sjukdom. Vardagen präglas av en stark oro för att befintliga relationer en dag kommer att krossas på grund av det lidande som de anhöriga tvingas utstå när någon i familjen är sjuk (Colton & Pistrang, 2004; Fox, 2009; Koruth et al., 2012; Skårderud, 2007). Oro för att såra och skada sin omgivning gör att personerna med anorexia nervosa försöker upprätthålla en fasad utöver de lögner som blivit vardag för att dölja hur de mår och därmed låta de närstående undslippa lidande (Fox, 2009). Sociala situationer, som ofta innebär måltider, upplevs som ett stort problem som till varje pris vill undvikas. Rädslan för mat får sjukdomen att prioriteras framför vänner och familj vilket ger stora konsekvenser i vardagen i form av konflikter och skuldkänslor för att viktnedgång blir viktigare än familjen (Dignon et al., 2006; Serpell et al., 1999). Sjukdomen upplevs även medföra problem för berörda relationer och vardag, i form av frånvaro från skola på grund av försämrad hälsa (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Fox, 2009; Koruth et al., 2012; Williams & Ried, 2010). Ju mer sjukdomen tar överhanden över personens liv desto mer minskar intresset för tidigare uppskattade aktiviteter vilket gör att personerna isolerar sig och relationer till vänner försämras.

När andra dömer och inte förstår

Sociokulturella förväntningar på könsroller och kroppsideal upplevs orsaka stor press på hur personerna som lever med anorexia nervosa tror att de bör se ut och bete sig (Dignon et al., 2006; Serpell et al., 1999; Williams & Ried, 2012). Mediala och samhälleliga normer skildras som orsak till ökat kroppsmissnöje vilket beskrivs som bidragande till varför sjukdomen bibehålls (Colton & Pistrang, 2004; Dignon, et al., 2006; Fox, 2009; Higbed & Fox, 2010; Serpell et al., 1999; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2012). Personer som lever med sjukdomen erfar att omgivningen bemöter dem med kränkande och dömande attityder för att sjukdomen anses bero på överdriven självupptagenhet och utseendefixering (Dignon et al., 2006; Koruth et al., 2012; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010). De upplever att andra människor är oförstående eftersom de bemöts av attityder att sjukdomen skulle vara ett självförvållat tillstånd (Colton & Pistrang, 2004; Dignon et al., 2006; Koruth et al., 2012; Skårderud, 2007; Williams & Ried, 2010). Omgivningens okunskap och fördomar upplevs orsaka skam för dem som lever med sjukdomen och de upplever att förståelse saknas för dess bakomliggande orsaker och den kamp som anorexia nervosa innebär. Vidare beskrivs starka känslor av skam på grund av upplevda dömande attityder av att sjukdomen skulle tyda på otacksamhet (Skårderud, 2007). Tankar på mat får personerna att känna skuldkänslor på grund av att mat för många innebär överlevnad och media gör dem påminda om att människor världen över svälter, när de själva väljer att inte äta.

Resultatsammanfattning

Resultatet ger en bild av att erfarenheterna av att leva med anorexia nervosa utgörs av starka motsägelsefulla upplevelser. Dels beskrivs sjukdomen upplevs som både god och ond, att den medför såväl stärkande som nedbrytande konsekvenser för personens självkänsla samt att omgivningen har stort inflytande i vardagen. Initialt upplevs sjukdomen medföra en känsla av meningsfull kontroll vilken förloras i takt med att sjukdomen förvärras. Kontrollen byts ut mot erfarenheter av totalt förlorad kontroll där anorexia nervosa har fångat personen i sina klor. De som lever med anorexia nervosa beskriver även ett motstridigt och omtumlande känsloliv. Ena stunden stärks självförtroendet på grund av att sjukdomen medför en bekräftelse av åstadkommande och andra stunden drabbas personen av självhat, låg självkänsla och tankar på att inte förtjäna att leva. Slutligen beskrivs hur omgivningen, bekanta men även samhället, har stor inverkan på sjukdomsupplevelsen av anorexia nervosa genom fördomar och okunskap. Relationer påverkas och tar skada på grund av att sjukdomen prioriteras vilket leder till konflikter i vardagen. Att leva med anorexia nervosa innehåller således varierande erfarenheter, från starka positiva upplevelser till outhärdliga tankar på att inte vilja leva. Dessa både positiva och negativa konsekvenser orsakar ambivalens mellan att vilja men samtidigt inte vilja bli frisk.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa erfarenheter av att leva med anorexia nervosa vilket föranleder valet av kvalitativ ansats. Popes och Mayes (1995) beskriver att personliga upplevelser och erfarenheter genom kvalitativ forskning förstås mer utförligt än om kvantitativ metod väljs. Ett fördelaktigt alternativ till en litteraturbaserad studie är att genomföra en kvalitativ forskningsintervju. Där uttrycker informanterna sina egna erfarenheter vilket ger en djupare förståelse eftersom resultatet kommer direkt från ursprungskällan (Danielsson, 2012). Trots intervjumetodens fördelar väljs istället en litteraturbaserad studie eftersom den anses bättre lämpad för arbetets tidsaspekt. Ytterligare en alternativ metod är att göra en narrativ analys av berättelser eller bloggar av livserfarenheter av anorexia nervosa (Dahlborg-Lyckhage, 2012a). Dock väljs slutligen en litteraturbaserad studie eftersom Forsberg och Wengström (2008) belyser att nämnd metod lämpar sig för skapande av en översikt av aktuell forskning.

Nio artiklar med hög vetenskaplig kvalitet utgör materialet för analysen och anses bidra med tillräckligt material för att producera tillförlitligt resultat. Både mäns och kvinnors erfarenheter är intressanta för syftet, dock representerar artiklarna främst kvinnors berättelser vilket eventuellt kan ge ett vinklat resultat som då inte blir överförbart för alla patienter. Litteratursökningen påvisar övervägande fokus på kvinnors erfarenheter av anorexia nervosa. I några studier inkluderades ett fåtal män, och i andra artiklar exkluderades manligt kön. Män med anorexia nervosa är en minoritet med ökande incidens (Braun et al., 1999; Duffin, 2012; KÄTS, 2014) och är förhållandevis underrepresenterat inom omvårdnadsforskning. Eftersom sjukdomen ofta ses som en sjukdom som endast drabbar kvinnor (Wallin, 2000) är det viktigt att inte förringa männens erfarenheter av anorexia nervosa endast för att de utgör en minoritet. Studiens resultat anses vara överförbart i länder med motsvarande sociokulturella och ekonomiska förhållanden eftersom resultatet inte bedöms påverkas nämnvärt av det specifika landet där studien genomförts. En artikel är norsk och övriga är brittiska och resultatet påvisar inga skillnader länderna emellan. Sammanställningen av erfarenheter av att leva med anorexia nervosa utgår inte från forskningsdeltagarnas ålder eftersom själva upplevelsen var i fokus. Samtliga deltagare levde med anorexia nervosa under sin tonårstid. Några var mitt uppe i sin sjukdom medan andra hade tillfrisknat och beskrev sin sjukdom i efterhand. Dock kan sjukdomsupplevelser som beskrivs i efterhand påverkas av förfluten tid och personernas erfarenheter kan med tiden ändras. I jämförelse av studiernas resultat framkom inga skillnader i erfarenheter.

Vald litteratur publicerades mellan perioden 1999 - 2012. Studien fokuserar på aktuell forskning, men inkluderar en artikel från 1999 med anledning av att dess resultat överensstämmer med övrig analyserad litteratur samt är skriven av en inom ämnet välmeriterad författare. Detta kan tyda på att upplevelsen av att leva med anorexia nervosa upplevs liknande under denna tidsperiod. Denna litteraturbaserade studies trovärdighet anses stärkas av det breda tidsspektrumet eftersom resultatet inte riskerar att ses som temporärt utan ger en hållbar beskrivning av erfarenheten av att leva med anorexia nervosa. Sökorden anses relevanta för studiens syfte och genererar överkomligt antal kvalitativa artiklar. Kriterierna för kvalitetsgranskningen (bilaga 2) baseras utifrån Willman et al. (2011).

Granskningen fokuserar på att etiska godkännanden eller överväganden ska vara tydligt beskrivna eftersom författarna önskar att studien ska genomsyras av en etisk värdegrund. Vidare granskas valda artiklar utifrån forskningsansats där några artiklar med fenomenologisk metod saknar beskrivning av artikelförfattarnas förförståelse som förväntas redogöras för vid metoden. Dock anses artiklarna ändå vara av hög kvalitet utifrån övriga granskningskriterier och inkluderas. Artiklarna utgår från olika kvalitativa ansatser men upplevs påvisa likvärdigt resultat och därmed värderas inte forskningsansatsen nämnvärt.

Båda författarna till litteraturstudien har personliga erfarenheter som anhörig eller patient med anorexia nervosa vilket bidrar till en förförståelse av valt fenomen. Framställt resultat kan bidra till ökad förståelse samt kunskap om sjukdomens upplevda positiva och negativa effekter vilket eventuellt kan ge klarhet i varför sjukdomen upplevs svårbehandlad. Utifrån personliga erfarenheter eftersträvas ett öppet och kritiskt förhållningssätt inför analysprocessen för att framställt resultat ska vara pålitligt (Patton, 2002). Förförståelsen som erfars genom att vara patient ger ett unikt perspektiv av vad upplevelsen innebär samtidigt som det är viktigt att poängtera varje individs unika upplevelse och inte påverka analysen på grund av egen förförståelse. Dock anser sig författarna ha diskuterat och distanserat sina personliga ståndpunkter och erfarenheter inför resultatanalysen, men resultatet kan trots eftersträvat öppet förhållningssätt ha påverkats. Genom processen upplever författarna ökad kunskap och utveckling inom omvårdnadsforskning och akademiskt skrivande.

Resultatdiskussion

Av resultaten framkommer att ambivalens mellan gott och ont påvisar en påtaglig kamp mellan erfarenheter av sjukdomens upplevda positiva och negativa sidor. Som sjuksköterska är det betydelsefullt att förstå lidandets inre kamp (Eriksson, 1994). Anorexia nervosa skildras som något som håller personens värld samman och dessa erfarenheter överväger ibland sjukdomens fysiska konsekvenser. Troligtvis anses inte risken för benskörhet som avgörande skäl för att välja behandling om sjukdomen upplevs som anledning till att överleva vardagen, vilket har betydelse för personernas tillfrisknande. För att kunna hjälpa och stödja personer som lever med anorexia nervosa behöver sjuksköterskan förstå hur sjukdomen påverkar hela individens livsvärld, inte bara konsekvenser såsom undernäring, utan även varför sjukdomen kan kännas betydelsefull. Genom att bekräfta personens lidande visar sjuksköterskan förståelse och respekt för personens subjektiva känslor och erfarenheter (Eriksson, 1994). Resultaten tydliggör att sjukdomen är hjälpsam för att förflytta fokus från svåra situationer. Istället för att låta sjukdomen fungera som ett verktyg för flykt kan hjälp för tillfrisknande eftersträvas genom att sjuksköterskan hjälper personen att fokusera på vad som är värdefullt i livet och vad de skulle vinna på att bli friska (Patching & Lawler, 2009). Eftersom sjuksköterskor ibland påvisar okunskap om bemötande mot personer som lever med anorexia nervosa är kärnan för att skapa en terapeutisk patientrelation empati, icke-dömande och accepterande bemötande, värme samt uppriktighet (George, 1997). Att leva med psykisk ohälsa medför ofta en balansgång mellan acceptans och förnekelse (Dahlqvist Jönsson, Wijk, Skärsäter & Danielsson, 2008) vilket överensstämmer med resultaten som påvisar ambivalens mellan att ibland se anorexia nervosa som en sjukdom och ibland förneka sina problem. Sjuksköterskan ska genom ett äkta engagemang och aktivt lyssnande ta in personens subjektiva upplevelse och därmed använda patientens inre resurser för att stärka självkänslan (Paterson & Zderads, 1988). Steget för att bli frisk kan upplevas som en

förändring där hela tryggheten riskeras och därför bör sjuksköterskan inge stöd för att skapa en ny trygghet för patienten (Stoltz, 2006).

Av resultaten framgår att ett pendlande känsloliv påvisar tydligt att anorexia nervosa innebär stor påverkan på hela individens livsvärld och blir en del av personens identitet. Ibland upplevs sjukdomen som anledning till att personerna känner sig starka och värdefulla men ofta förändras den erfarenheten drastiskt i takt med att de fastnar djupare i sjukdomens destruktiva mönster. Det framkommer att personerna ibland inte kan särskilja sig själv från sjukdomen eftersom de blir så nära sammankopplade efter lång tid av sjukdom, såsom Dahlqvist Jönsson et al. (2008) beskriver är vanligt bland personer som lever med psykisk ohälsa. Att leva med svår långvarig sjukdom innebär förlorad kontroll, existentiell smärta och bitterhet över sin försvunna självständighet (Öhman, Söderberg, & Lundman, 2003) vilket överensstämmer med erfarenheten av att leva med anorexia nervosa. Som kompensation för förlusten av kontroll kan självdestruktivitet användas vilket Biley och Galvin (2007) och Eriksson (1994) förklarar skapar en mening med beteendet. Sandy (2013) beskriver självskadande beteende som ett funktionellt verktyg för att reglera känslor, hantera situationer och återfå kontroll, vilket illustreras av deltagarnas egna erfarenheter av att leva med anorexia nervosa. Personer som lider av psykisk ohälsa kan uppleva svårigheter att uttrycka sin vädjan om stöd och hjälp när lidandet ökar (Eriksson, 1994). Därmed blir sjukdomens självdestruktiva beteende funktionellt som ett uppmärksamhetssökande, icke-verbalt rop på hjälp (Sandy, 2013). Resultaten tydliggör självskadande som ett rop på hjälp och framstår som fundamentalt i personernas liv och utgör en stor anledning till ambivalens inför tillfrisknande. Det är viktigt att som sjuksköterska förstå anledningen till varför en person är självdestruktiv för att kunna vara ett stöd för personen. Genom att vara öppensinnad och medveten om sin förförståelse kan sjuksköterskan bidra till en bra patientrelation (Paterson & Zderad, 1988). Det finns blandade känslor av att ibland vilja dö men samtidigt vilja kämpa vidare mot sjukdomen på grund av både dess positiva och negativa aspekter. Denna upplevelse framhålls även av Öhman et al. (2003) som menar att svår sjukdom ofta innebär motstridiga känslor av ömsom längtan efter att få dö och ömsom önskan om att få leva ett friskt liv. Motivation och kraft till förändring baseras på individuella förutsättningar (Eriksson, 1994; Todres et al., 2007). Därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan genom en humanistisk omvårdnadssyn tar hänsyn till personens livsvärld för att kunna finna möjligheter till tillfrisknande (Paterson & Zderad, 1988). I ett möte med en person som lever med anorexia nervosa bör sjuksköterskan se patienten som en helhet och inte endast personens fysiska tecken på sjukdom. Istället bör bakomliggande orsaker och den unika subjektiva upplevelsen vara i fokus för att respektfullt kunna värna om personens människovärde. Genom att skapa en trygg, ömsesidigt och stödjande patientrelation kan oro, ångest och destruktivitet vändas till motivation för att försöka bli frisk (Eriksson, 1994). En stödjande relation kan skapas genom genuint lyssnande och med respekt för att varje människa är unik med subjektiva upplevelser (Paterson & Zderad, 1988).

Av resultaten framkommer att andra människor påverkas och påverkar hur sjukdomen inte endast berör individen utan även omgivningen som har betydelse för personens livsvärld. För att inte orsaka lidande för sina anhöriga upprätthåller ofta personerna som lever med anorexia nervosa en fasad för att dölja sin sjukdom. När anhöriga påverkas för att någon närstående är drabbad av sjukdom eller ohälsa ökar det individuella lidandet hos personen som är sjuk vilket skapar en ond cirkel. Sjuksköterskan bör se hela individen och dess anhöriga eftersom bägge dessa dimensioner påverkar personens möjlighet till tillfrisknande

samt att helhetsperspektivet skapar en djupare förståelse för personens lidande (Paterson & Zderad, 1988). Genom ökad förståelse för att varje individ upplever situationen utifrån sitt unika perspektiv kan sjuksköterskan därmed skapa en stödjande relation för patienten. Den humanistiska omvårdandsynen poängterar att ökad kunskap om erfarenheter inte kan skapas genom objektiv observation utan att sjuksköterskan bör förstå personens erfarenheter och känslor på djupet genom att ha skapat en genuin och ömsesidig patientrelation. Närvaro är grundläggande i skapandet av denna relation mellan patient och sjuksköterska vilket uppnås genom exempelvis beröring, öppenhet och mottaglighet. När sjuksköterskan fokuserar på patientens berättelser och uppvisar att hon eller han är i situationen där och då blir närvaron påtaglig för att patienten ska kunna känna stöd och trygghet.

Forskning påvisar ett relativt nytt fenomen där personer med anorektiskt beteende beskriver sig själva som pro-ana (Rogers, Skowron, & Chabrol, 2011). Pro-ana innebär eftersträvad viktnedgång och dess anhängare hävdar att anorexia nervosa inte är en sjukdom utan istället en självvald och eftertraktad livsstil. Patching och Lawler (2009) hävdar att kvinnor själva väljer att involvera anorexia nervosa i sina liv. Av resultaten framgår dock motsatsen där sjukdomen inte anses vara ett eget val utan personerna upplever sig vara ofrivilligt drabbade. Dahlqvist Jönsson et al. (2008) och Eriksson (1994) beskriver att många med psykisk ohälsa upplever fördomar och känner skamkänslor på grund av sin sjukdom. Att som sjuksköterska antyda det allra minsta att patienten skulle vara orsak till sin sjukdom ökar lidande, minskar självkänsla och riskerar förlänga sjukdomstiden. Patching och Lawler (2009) tillägger att ytterligare en faktor som försvårar tillfrisknande samt skapandet av en ömsesidig patientrelation är upplevelser av att känna sig missförstådd som påvisas bland patienter med anorexia nervosa. Detta kan undvikas genom att sjuksköterskan får en fördjupar förståelse för erfarenheterna av att leva med anorexia nervosa samt förmedlar kunskap om sjukdomen för att minska fördomar (Dahlqvist Jönsson et al., 2008). Detta kan då minska patientens lidande och skapa hanterbarhet för patienten.

Slutsats

Resultaten påvisar varierande och paradoxala erfarenheter av att leva med anorexia nervosa. De upplever motsägelsefulla positiva och negativa sidor av sjukdomen vilket skapar en inre kamp och svårigheter för att vilja bli fri från sjukdomen. De pendlande känslorna som upplevs påverkar individen och dennes självkänsla både positivt genom att vara anledning till ökad bekräftelse och uppmärksamhet samt negativt genom att bryta ner personligheten och skapa en tro på att de inte förtjänar att leva. Slutligen påvisar utsträckningen av hur sjukdomen erfars påverka nära och kära eftersom personen som lever med sjukdomen upplever sig vara orsaken till sina anhörigas ökande lidande. Dessutom erfar de som lever med anorexia nervosa dömande attityder från omgivningen vilket får det att känna skam och skuld vilket medför ökat lidande och försämrad självkänsla. Genom att skapa fördjupad förståelse för erfarenheterna av sjukdomens komplexitet och upplevelse av ambivalens mellan att vilja och inte vilja bli frisk kan sjuksköterskan hjälpa och ge det stöd som behövs för tillfrisknande.

Klinisk implikation

Denna studie kan bidra till ökad förståelse för varför sjukdomen är svår att bli frisk från och varför den bibehålls trots sina uppenbara negativa konsekvenser. För sjuksköterskan blir

ökad förståelse för hur anorexia nervosa påverkar hela patientens livsvärld en förutsättning för respektfullt bemötande. Skapandet av en trygg och stödjande patientrelation kan underlätta för personerna att vilja delta i behandling. Som sjuksköterska är det viktigt att inte döma eller klandra personer som lever med sjukdom utan utgå från en humanistisk omvårdnadssyn baserad på empati och värme. Förslag på fortsatt forskning är att belysa mäns erfarenheter av anorexia nervosa eftersom det är underrepresenterat i omvårdnadsforskning jämfört med kvinnor.

LITTERATURFÖRTECKNING

Referenser markerade med asterisk indikerar studier inkluderade i analysen.

Adler, M. (2011). *Psykiatrisk diagnostik.* Lund: Studentlitteratur AB.

American Psychological Association. (2010). Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Biley, F. C., & Galvin, K. T. (2007). Lifeworld, the Arts and Mental Health Nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(8), 800-807. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01196.x

Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The Mortality Rate from Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 38*(2), 143-146.

Braun, D. L., Sunday, S. R., Huang, A., & Halmi, K. A. (1999). More Males Seek Treatment for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 25*(4), 415-424. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:4<415::AID-EAT6>3.0.CO;2-B

Clinton, D. N. (1994). Eating Disorders: Diagnosis and Treatment Expectations (Doktorsavhandling). Stockholm: Department of Psychology, Stockholm University.

*Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 12*(5), 307-316. doi:10.1002/erv.587

Cooper, M. J. (2005). Cognitive Theory in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Progress, Development and Future Directions. *Clinical Psychology Review, 25*(4), 511-531. doi:10.1016/j.cpr.2005.01.003

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och Vårdande: i Teori och Praxis.* Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012a). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats* (s. 161-172). Lund: Studentlitteratur AB.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012b). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats* (s. 23-36). Lund: Studentlitteratur AB.

Dahlqvist Jönsson, P., Wijjk, H., Skärsäter, I., & Danielsson, E. (2008). Persons Living with Bipolar Disorder – Their View of the Illness and the Future. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(11), 1217-1236. doi: 10.1080/01612840802370764

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig Teori och Metod* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur AB.

*Dignon, A., Beardsmore, A., Spain, S., & Kuan, A. (2006). “Why I Won’t Eat”: Patient Testimony from 15 Anorexics Concerning the Cause of Their Eating Disorder. *Journal of Health Psychology, 11*(6), 942-956. doi:10.1177/1359105306069097

Dring, G. (2015). Anorexia Runs in Families: Is This Due to Genes or the Family Environment? *Journal of Family Therapy, 37*(1), 79-92. doi: 10.1111/1467-6427.12048

Duffin, C. (2012). Number of Men Seeking Help for Anorexia is Increasing. *Mental Health Practice, 16*(2), 6-7.

Ekman, K. (1998). *Var så god.* Stockholm: Bokförlaget Rabén Prisma.

Engström, I. (2014). Anorexia nervosa. *Internetmedicin.* Hämtad 3 februari 2015, från http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=980

Epel, E. S., Spanakos, A., Kasl-Godley, J., & Brownell, K. D. (1996). Body Shape Ideals Across Gender, Sexual Orientation, Socioeconomic Status, Race, and Age in Personal Advertisements. *International Journal of Eating Disorders, 19*(3), 265-273. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199604)19:3<265::AID-EAT5>3.0.CO;2-K

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

Fernández-Aranda, F., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Núñez, A., Penelo, E., … Treasure, J. (2009). Male eating disorders and therapy: A controlled pilot study with one year follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(3), 479-486. doi:10.1016/j.jbtep.2009.06.004

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. (2 utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

*Fox, J. R. E. (2009). A Qualitative Exploration of the Perception of Emotions in Anorexia Nervosa: A Basic Emotion and Developmental Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*(4), 276-302. doi:10.1002/cpp.631

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.

George, L. (1997). The Psychological Characteristics of Patients Suffering from Anorexia Nervosa and the Nurse’s Role in Creating a Therapeutic Relationship. *Journal of Advanced Nursing, 26*(5), 899-908. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00421.x

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R., Krei, M., Egberts, K., Warnke, A., Wewetzer, C., … Dempfle, A. (2014). Day-patient Treatment after Short Inpatient Care Versus Continued Inpatient Treatment in Adolescents with Anorexia Nervosa (ANDI): a Multicentre,

Randomised, Open-label, Non-inferiority Trial. *Lancet, 383*(9924), 1222-1229. doi: /10.1016/S0140-6736(13)62411-3

*Higbed, L., & Fox, J. R. E. (2010). Illness Perceptions in Anorexia Nervosa: A Qualitative Investigation. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(3), 307-325. doi:10.1348/014466509X454598

Jacoby, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Stewart Agras, W. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*(1), 19-65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod* (s. 69-94). Lund: Studentlitteratur AB.

*Koruth, N., Nevison, C., & Schwannauer, M. (2012). A Grounded Theory Exploration of the Onset of Anorexia in Adolescence. *European Eating Disorders Review, 20*(4), 257-264. doi:10.1002/erv.1135

KÄTS. (2014). *Kunskapscentrum för ätstörningar*. Hämtat 13 november, 2014, från http://www.atstorning.se/patient-anhorig-3/patientinformation-2/3677-2/

Langley, J. (2006). *Boys Get Anorexia Too: Coping with Male Eating Disorders in the Family* [Ebrary Reader-version]. Hämtad från http://site.ebrary.com.login.libraryproxy.his.se/lib/hiskovde/docDetail.action?docId=10218256

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., & Åstedt-Kurki, P. (2014). The Method of Nursing Support in Hospital and Patients' and Family Members' Experiences of the Effectiveness of the Support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(2), 305-314. doi: 10.1111/scs.12060

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003). Body Image and Strategies to Lose Weight and Increase Muscle among Boys and Girls. *Health Psychology, 22*(1), 39-46. doi: 10.1037/0278-6133.22.1.39

Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Wijbrand Hoek, H., & Willi, J. (2004). Incidence of Severe Anorexia Nervosa in Switzerland: 40 Years of Development. *International Journal of Eating Disorders, 35*(3), 250-258. doi: 10.1002/eat.10244

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2011). Reluctance to Recover in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*(1), s. 60-67. doi: 10.1002/erv.1097

Oleniuk, A., Duncan, R., & Tempier, R. (2009). The Impact of Stigma of Mental Illness in a Canadian Community: A Survey of Patients Experiences. *Community Mental Health Journal, 49*(1), 127-32. doi: 10.1007/s10597-011-9453-2

Ottosson, J.-O. (2004). *Psykiatri.* Stockholm: Liber AB.

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. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x

Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). Human Nursing. New York: National League for Nursing.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods.* (3rd ed.), London: Sage Publications.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research.* (9th ed.), Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Pope, C., & Mayes, N. (1995). Reaching the Parts other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal, 311*(6996), 42–45.

Rodgers, R. F., Skowron, S., & Chabrol, H. (2011). Disordered Eating and Group Membership among Members of a Pro-Anorexic Online Community. *European Eating Disorders Review, 20*(1), 9-12. doi: 10.1002/erv.1096

Råstam Bergström, M., Gillberg, C., & Gillberg, C. (1995). *Anorexia Nervosa: bakgrundsfaktorer, utredning och behandling.* Stockholm: Liber AB.

Sandy, P. T. (2013). Motives for Self-harm: Views of Nurses in a Secure Unit. *International Nursing Review, 60*(3), 358-365. doi: 10.1111/inr.12038

*Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia Nervosa: Friend or Foe? *International Journal of Eating Disorders, 25*(2), 177-186. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 17 november, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag.*Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 17 november, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 17 november, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

*Skårderud, F. (2007). Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *European Eating Disorders Review, 15*(2), 81-97. doi:10.1002/erv.774

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Artikelnr 2005-105-1). Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1

Socialstyrelsen. *Statistikdatabasen.* Hämtat 13 november, 2014, från http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserislutenvard

Stewart, M.-C., Keel, P. K., & Schiavo, R. S. (2006). Stigmatization of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(4), 320-325. doi: 10.1002/eat

Stoltz, P. (2006). Searching for the meaning of support in nursing (Doktorsavhandling). Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö Universitet.

Streubert Speziale, H., & Carpenter, D. (2003). *Qualitative Research in Nursing: advancing the humanistic imperative.* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott & Wilkins.

Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The Long-term Course of Severe Anorexia Nervosa in Adolescents: Survival Analysis of Recovery, Relapse, and Outcome Predictors Over 10–15 Years in a Prospective Study. *International Journal of Eating Disorders, 22*(4), 339–360. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4<339::AID-EAT1>3.0.CO;2-N

Surgenor, L. J., Maguire, S., & Beumont, P. J. V. (2004). Drop-out from Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Can Risk Factors be Identified at Point of Admission? *European Eating Disorders Review, 12*(2), 94-100. doi: 10.1002/erv.539

Svensk Sjuksköterskeförening. (2005). *ICN:s etiska kod.* Hämtat 13 november, 2014, från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf

Till, C. (2011). The Quantification of Gender: Anorexia Nervosa and Femininity. *Health Sociology Review, 20*(4), 437-449.

Tierny, S. (2008). The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 13*(6), 368-375. doi: 10.1177/1078390307309215

Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led Healthcare: Revisiting a Humanising Philosophy that Integrates Emerging Trends. *Medicine, Health Care and Philosophy, 10*(1), 53-63. doi:10.1007/s11019-006-9012-8

Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2002). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders, 33*(2), 143-154. doi: 10.1002/eat.10120

Wallin, U. (2000). *Anorexia nervosa in adolescence – Course, treatment and family function* (Doktorsavhandling). Lund: Medicinska fakulteten, Lunds Universitet.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis.* Stockholm: Natur & Kultur.

*Williams, S., & Ried, M. (2010). Understanding the Experience of Ambivalence in Anorexia Nervosa: the Maintainer's Perspective. *Psychology and Health, 25*(5), 551-567. doi:10.1080/08870440802617629

*Williams, S., & Ried, M. (2012). "It's like there are two people in my head": A Phenomenological Exploration of Anorexia Nervosa and its Relationship to the Self. *Psychology and Health, 27*(7), 798-815. doi:10.1080/08870446.2011.595488

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2011). *Evidensbaserad vård och omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur AB.

World Medical Association. (1964). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* Hämtad från http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.

Öhman, M., Söderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering Between Suffering and Enduring: The Meaning of Living with Serious Chronic Illness. *Qualitative Health Research, 13*(4), 528-542. doi: 10.1177/1049732302250720

Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

KRITERIER FÖR KVALITETSGRANSKNING

För att bedöma kvaliteten av inkluderade studier användes frågor från granskningsmallen av Willman, Stoltz och Bahtsevani, (2011).

1. Har artikeln tydligt angivet syfte?
2. Beskrivs tydlig problemformulering?
3. Är metodvalet relevant till artikelns syfte? Vilken metod användes? Är datainsamling, urval och motivering tydligt beskrivet? Har författarna ett lämpligt antal deltagare i studien för att få fram ett trovärdigt resultat? Har författarna beskrivit hur de samlade in data och varför de använde sig av vald metod? Har författarna beskrivit hur analysprocessen gått till? Är analysens resultat tydligt förankrat i data och på vilket sätt har tillförlitligheten av analysen kontrollerats?
4. Har författarna reflekterat över sin förförståelse i forskningsarbetet utifrån vald ansats? 5. Är resultatet tydligt, rimligt och välgrundat? Finns det tillräckligt med data som stöd för slutresultatet?
6. Har studien etiskt godkännande eller har författarna fört något etiskt resonemang?
7. Sammanfattande bedömning av kvalitet: låg, medel eller hög kvalitet?

ARTIKELÖVERSIKT

Författare: Colton, A., & Pistrang, N.

Titel: Adolescents' Experiences if Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa.

Årtal: 2004

Tidsskrift: European Eating Disorders Review.

Syfte: Syfte att få djupare förståelse för unga vuxnas upplevelse av anorexia nervosa.

Metod: Fenomenologisk ansats, semi-strukturerade intervjuer.

Urval: 19 kvinnor, ålder 12-17 år, diagnos AN.

Resultat: Anorexia nervosa upplevs som både en vän och en fiende.

Författare: Dignon, A., Beardsmore, A., Spain, S., & Kuan, A.

Titel: "Why I Won't Eat" Patient testimony from 15 Anorexics Concerning the Causes of Their Disorder.

Årtal: 2006

Tidsskrift: Journal of Health Psychology.

Syfte: Syfte att patienter med egna ord får beskriva en detaljerad bild av orsakerna till anorexia nervosa.

Metod: Grounded Theory, öppna intervjuer av patienter inom sluten vård.

Urval: 14 kvinnor och 1 man, okänd ålder, diagnos AN.

Resultat: Resultatet belyser både utlösande orsaker till anorexia nervosa samt de orsaker som leder till att sjukdomen bibehålls. Däribland medial påverkan, perfektionism och kontroll som coping-mekanism.

Författare: Fox, J. R. E.

Titel: A Qualitative Exploration of the Perceptions of Emotions and Developmental Perspective.

Årtal: 2009

Tidsskrift: Clinical Psychology and Psychotherapy.

Syfte: Syfte att skapa en teoretisk grund utifrån djupare förståelse för patienters känslor i samband med anorexia nervosa.

Metod: Grounded Theory, intervjuer med patienter från både öppenvård och slutenvård.

Urval: Elva kvinnor, ålder okänt, diagnos AN.

Resultat: Resultatet påvisar två övergripande teman; utveckling av dåliga emotionella färdigheter samt upplevelsen av känslohantering.

Författare: Higbed, L., & Fox, J. R. E.

Titel: Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation.

Årtal: 2010

Tidsskrift: British Journal of Clinical Psychology.

Syfte: Syftet är därmed att skapa djupare förståelse för patienternas erfarenheter.

Metod: Grounded Theory, semi-strukturerade intervjuer med patienter inom öppen- och slutenvård.

Urval: Tretton deltagare, kön okänt, ålder 16-53 år, diagnos AN.

Resultat: Genererar en teori över sjukdomsuppfattning utifrån kategorier som relation mellan anorexia nervosa och sig själv, kampen för att bli frisk samt lyckas hantera behandling.

Författare: Koruth, N., Nevison, C., & Schwannauer, M.

Titel: A Grounded Theory Exploration if the Onset of Anorexia Nervosa in Adolescence.

Årtal: 2012

Tidsskrift: European Eating Disorders Review.

Syfte: Syfte att utforska unga människors erfarenheter av sjukdomsdebut av anorexia nervosa.

Metod: Grounded Theory, individuella intervjuer av slutenvårds-patienter.

Urval: Sju kvinnor och en man, ålder 13-17 år, diagnos AN.

Resultat: Resultatet utgörs av tre övergripande teman: överväldigande känslor, sjukdomsinsikt samt interpersonella relationer.

Författare: Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V.

Titel: Anorexia Nervosa: Friend or Foe?

Årtal: 1999

Tidsskrift: International Journal of Eating Disorders.

Syfte: Syfte att undersöka patienters syn på och attityder till anorexia nervosa.

Metod: Grounded Theory, analys av patienters brev till sjukdomen.

Urval: **Arton** deltagare, kön okänt, medelålder 24 år, diagnos AN.

Resultat: Anorexia nervosa upplevs av patienterna som både en vän och en fiende med både positiva och negativa aspekter.

Författare: Skårderud, F.

Titel: Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study.

Årtal: 2007

Tidsskrift: European Eating Disorders Review.

Syfte: Syfte att definiera och beskriva typer av skam och dess påverkan på patienter med anorexia nervosa.

Metod: Fenomenologisk deskriptiv ansats, semi-strukturerade intervjuer.

Urval: Tretton kvinnor, ålder 16-39 år, diagnos AN.

Resultat: Skamkänslor framträder som såväl orsak till anorexia nervosa som konsekvens av sjukdomen.

Författare: William, S., & Ried, M.

Titel: Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective.

Årtal: 2010

Tidsskrift: Psychology and Health.

Syfte: Förstå patienters erfarenheter av positiva aspekter av anorexia nervosa.

Metod: Fenomenologisk ansats, online-intervjuer och online fokus-grupper utifrån deltagare på pro-ana-webbsidor.

Urval: Tretton kvinnor och 1 man, ålder 18-36, diagnos AN.

Resultat: I resultatet framkommer två övergripande teman av ambivalens om anorexia nervosa samt hinder för tillfrisknande.

Författare: Williams, S., & Ried, M.

Titel: ”It's like there are two people in my head”: A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relation-ship to the self.

Årtal: 2012

Tidsskrift: Psychology and Health.

Syfte: Syfte att förstå patienters erfarenheter i det dagliga livet.

Metod: Fenomenologisk ansats, webbaserade intervjuer samt online fokusgrupper.

Urval: Tolv kvinnor och 2 män, ålder 21-50 år, diagnos AN och EDNOS.

Resultat: Anorexia nervosa fungerar som en coping-mekanism och kontroll.