



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Att vara ung kvinna med Anorexia Nervosa och möta sjukvårdspersonal

En litteraturstudie baserad på patografier

Josefine Nilsson
Sara Ringberg

Handledare: Catrin Berglund Johansson
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa
Karlskrona Juni 2020

Att vara ung kvinna med Anorexia Nervosa och möta sjukvårdspersonal

Josefine Nilsson
Sara Ringberg

Sammanfattning

Bakgrund: Anorexia Nervosa (AN) kännetecknas av att medvetet minska i vikt och samtidigt bibehålla en känsla av att vara överviktig. Sjukdomen tyder på en viktnedgång som understiger 15 procent av den normala kroppsvikten. De yngre kvinnorna med AN kan mötas i öppenvården men även i slutenvården beroende på sjukdomens svårighetsgrad. I möten har relationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonal en stor inverkan på kvinnans upplevelser av möten och kan avspegla hur kvinnan upplever sin situation.

Syfte: Syftet var att beskriva yngre kvinnor med Anorexia Nervosas upplevelser av möten med sjukvårdspersonal.

Metod: En litteraturstudie med en kvalitativ metod där en induktiv ansats tillämpades. Studien var baserad på fem patografier som analyserades med hjälp av Lundman och Hällgren Graneheims kvalitativa innehållsanalys.

Resultat: Yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal visade sig i fem huvudkategorier: *Bli tagen på allvar*, *Känna förtroende*, *Känna sig utlämnad*, *Bristande tillit* och *Känna oro och rädsla*. Kategorin *Känna sig utlämnad* hade tre underkategorier: *Känna sig uttittad*, *Tvingas upprepa sig* och *Inte känna sig förstådd*.

Slutsats: Yngre kvinnor med AN har både positiva och negativa upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Studien visar på betydelsen av att yngre kvinnor med AN får träffa sjukvårdspersonal som inger förtroende, visar förståelse och som tar dem på allvar, liksom vikten av att slippa upprepa sig.

Nyckelord: Anorexia Nervosa, möten, patografi, sjukvårdspersonal, upplevelser, yngre kvinnor

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	5
Bakgrund	5
Anorexia Nervosa	5
Yngre kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal vid Anorexia Nervosa	6
Teoretiskt referensram	8
Vårdande möten	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	10
Datainsamling	10
Beskrivning av patografier	12
Analys	13
Förförståelse	15
Etiska överväganden	15
Resultat	16
Bli tagen på allvar	16
Känna förtroende	17
Känna sig utlämnad	18
Känna sig uttittad	18
Tvingas upprepa sig	19
Inte känna sig förstådd	20
Bristande tillit	20
Känna oro och rädsla	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Slutsats	28
Kliniska implikationer	29

Självständighet	29
Referenser	30
Bilaga 1 Exempel på kondensering och kodning av meningsenheter	34

Inledning

Anorexia Nervosa (AN) är vanligt förekommande bland yngre kvinnor och är en sjukdom som ingår i diagnosgruppen ätstörningar. AN förekommer hos cirka 10 000 personer i Sverige och är vanligare hos kvinnor gentemot män som utgör cirka tio procent (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2011). Uppkomsten av AN kan ses som en kombination av olika psykologiska, biologiska och sociokulturella faktorer (Wentz, 2014).

Studier visar att kvinnor med AN kan uppleva brist på förståelse i form av att sjukvårdspersonalen inte förstår deras sjukdom och inte heller kvinnorna som personer (Graham, Tierney, Chisholm, & Fox, 2019; Rance, Clarke & Moller, 2017). I möten med sjukvårdspersonal kan en del kvinnor uppleva sig som mindre värdefulla där deras känsla av identitet har minskat samt att de blev associerade med sin sjukdom istället för den unika person de är (Gulliksen et al., 2012; Smith et al., 2014). Djupare förståelse för kvinnorna kan uppnås genom att lyssna till deras egna upplevelser (Rance, Clarke, et al., 2017). Ytterligare kunskap för kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal kan bidra till en ökad förståelse för kvinnornas situation. Vidare ger det underlag för en personcentrerad vård (Paching & Lawler, 2009). Inom sjuksköterskeprofessionen är det sannolikt att möta yngre kvinnor med AN. Genom att beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal kan sjuksköterskan få en ökad kunskap och förståelse vilket kan öka möjligheterna till en personcentrerad vård.

Bakgrund

Anorexia Nervosa

AN kännetecknas av att medvetet minska i vikt och samtidigt bibehålla känslan av att vara överviktig (Matt Lacoste, 2017). Sjukdomen visar på en viktnedgång som understiger 15 procent av den normala kroppsvikten (Wentz, 2014). Begränsat matintag, stark och ihållande rädsla för viktuppgång samt en förvrängd kroppsbild är symtom som kan uppkomma vid AN (Yilmaz, Hardaway & Bulik, 2015). Sjukdomstillståndet framträder vanligtvis under tonåren, men uppträder även i vuxen ålder. Insjuknandet sker vanligtvis i åldern 14 till 19 år (Wentz,

2014; Yilmaz et al., 2015). Sjukdomen kan pågå under en längre period och varar vanligtvis mellan 5 till 15 år. I vissa fall övergår AN till andra former av ätstörningar, exempelvis bulimi nervosa (SBU, 2011). Det är inte ovanligt att yngre kvinnor med AN även har andra diagnoser som exempelvis ångest, depression, självskadebeteende och tvångssyndrom (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2019).

Orsaken till AN kan ses som en kombination av olika faktorer. Psykologiska faktorer kan innebära svåra livshändelser, exempelvis att personen förlorat en nära anhörig. Biologiska faktorer kan bero på att en nära familjemedlem till personen med AN har sjukdomen. Även om personen har en tvilling med sjukdomen finns det en ökad risk att utveckla AN (Wentz, 2014). Sociokulturella faktorer kan innebära kroppsmisnöje och en önskan om att vilja minska i vikt. Kroppsmisnöje i samband med perfektionistiska tankar och en vilja att se ut som idealet kan vara ytterligare orsaker till AN (Tan, Hawkins, Tan & Hawkins, 2017). En varaktig undervikt försämrar både den psykiska och fysiska hälsan menar Weigel, Löwe och Kohlmann (2018). Konsekvenserna av AN har en negativ påverkan på nästintill alla kroppens organ, som i vissa fall kan vara livshotande. Det kan bidra till kardiovaskulära sjukdomar. Även mag-tarmkanalen och njurarna kan påverkas (Weigel et al., 2018). En annan specifik påverkan hos kvinnor är att menstruationen kan avstanna (SBU, 2011).

Behandlingen för en god återhämtning är omfattande och vanligtvis en långvarig process med fokus på att gradvis förändra personliga funktioner som kost, träningsmönster, kroppsvikt och självkänsla (van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg & van Meijel, 2009). För en god återhämtning krävs det att flera professioner involveras i behandlingen (SBU, 2019). Att finna motivation till ändrat beteende tar vanligen lång tid och det är ovanligt att kvinnorna söker behandling på eget initiativ för sin AN. Den långvariga motiveringen beror på att kvinnorna lägger ett positivt värde på symtomen, vilket kan skapa en känsla av att de lyckats minska tillräckligt i vikt och därmed bekräftas sjukdomen (Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte, 2006).

Yngre kvinnors upplevelser av möten med sjukvårdspersonal vid Anorexia Nervosa

Upplevelser kan tolkas på olika sätt utifrån varje persons tidigare erfarenheter. Det är ett begrepp som kan beskrivas som subjektivt. Upplevelser hos andra personer kan därmed bli

svåra att förstå fullt ut, vilket gör upplevelsen unik för varje person (Eriksson, 1991). Möten kan definieras som när personen i samband med sjukvårdspersonal delar tid i ett vårdrum. Personens individuella upplevelser övergår till en ömsesidig mening som både sjukvårdspersonal och den yngre kvinnan kan förstå, vilket ger förutsättningar för att forma en betydelsefull relation (Rehnsfeldt, 2012). Sjukvårdspersonal kan definieras som den personal som har kontakt med personer i vården (Patientsäkerhetslagen [PSL], SFS 2010:659). Kvinnor med AN kan mötas i öppenvården men även i slutenvården beroende på sjukdomens utsträckning. I vården möter kvinnorna flera olika professioner (Wentz, 2014). Professionerna kan vara legitimerad personal såsom sjuksköterska, psykoterapeut, läkare, dietist och fysioterapeut. Det kan även vara personal som inte erfar någon legitimation men har kompetens som avser området inom hälso- och sjukvården (PSL, SFS 2010:659). Yngre kvinnor benämns som kvinnor i åldern 15 till 24 år (Wentz, 2014).

Kvinnor beskriver att det är betydelsefullt att möta sjukvårdspersonal som har ett empatiskt bemötande och är kunniga inom området för AN. Framför allt med anledning av att de upplevt ett dåligt bemötande samt att de känt sig oförstådda (SBU, 2019). Bristande förståelse kan visa sig i att kvinnorna upplever att sjukvårdspersonal inte förstår sjukdomen och inte heller kvinnorna som personer (Graham, Tierney, Chisholm, & Fox, 2019; Rance, Clarke, et al., 2017). Brist på förståelse kan resultera i en känsla av ensamhet (Rance, Clarke, et al., 2017). Även en känsla av att inte blir bekräftad som den unika personen kvinnan är, kan vara en väsentlig del i möten med sjukvårdspersonal. Kvinnorna kan därmed uppleva sig som mindre värdefulla där en känsla av minskad identitet har uppkommit (Gulliksen et al., 2012; Smith et al., 2014).

En del kvinnor uttrycker vikten av att bemötandet inte enbart ska inrikta sig på den fysiska återhämtningen som att återuppta kroppsvikten samt att återgå till ett normalt ätande. Vidare medför det att kvinnorna kan uppleva brist på empati och förståelse från sjukvårdspersonalen gällande deras egentliga problem. För kvinnorna är det mer betydelsefullt att få uttrycka sina upplevelser, funderingar och känslor i möten med sjukvårdspersonal där sjukvårdspersonalen ser hela kvinnan och inte enbart sjukdomen (SBU, 2019). Paching och Lawler (2009) menar att vidare kvalitativ forskning bör genomföras för att öka förståelsen för kvinnorna i möten med sjukvårdspersonal. Genom att sjukvårdspersonal förstår vikten av medkännande,

stödande och upplevelsen av möten vid AN bidrar det med ovärderliga insikter för hur sjukvårdspersonalen ska arbeta och möta kvinnorna (Paching & Lawler, 2009).

Kvinnor kan i möten även uppleva stödet från sjukvårdspersonal som en svårighet. Vidare kan det medföra en ogynnsam relation mellan parterna som kan skapa en besvikelse hos kvinnan. Innebörden av att bygga ett förtroende och skapa en relation i möten är av stor betydelse (Smith et al., 2014). I möten har relationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonal en stor inverkan på kvinnans upplevelser av möten och kan avspegla hur kvinnan upplever sin situation. En förutsättning för att en god relation skapas i möten är respekt och acceptans mellan parterna, vilket kan göra att kvinnan känner sig mer aktivt involverad. Delaktighet i vårdprocessen kan förutom att stärka relationen även motivera till ett ändrat beteende och därmed kan ett förtroende skapas (Sly et al., 2014). Dessutom menar Smith et al. (2014) att förtroendet är en viktig beståndsdel i möten för att en tillförlitlig relation mellan sjukvårdspersonal och kvinnan ska skapas och bevaras.

Teoretiskt referensram

Studien har ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv som utgångspunkt.

Omvårdnadsvetenskapen sätter personen i centrum med strävan att ge stöd och stärka personens hälsa. Vårdande möten grundar sig i personens upplevda erfarenheter av sin sjukdom och kommer därför tillämpas som underlag i studien, med syfte att öka förståelsen för kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal (Dahlberg & Segesten 2010).

Vårdande möten

En vårdrelation med vårdande potential kan innefatta både kortare och längre möten mellan personen och sjukvårdspersonalen förklarar Dahlberg och Segesten (2010). Oavsett relationens omfattning är avsikten att utforma vårdande möten. Vårdande möten karaktäriseras av att sjukvårdspersonalen inger ett vänligt ansiktsuttryck och möter personens blick. Att mötas ansikte mot ansikte, men även att ögonen möts gör att vårdrelationen blir mer inbjudande. Ögonkontakten kan anses understödande för att skapa en säkrare och närmre kontakt. Ansiktet och kroppsspråket kan beskriva hur en persons inre upplevelser av känslor och reaktioner ger uttryck i ett vårdande möte.

Dahlberg och Segesten (2010) menar vidare att personens reaktion på inbjudan kan vara lika avgörande för mötets utformning som sjukvårdspersonalens inbjudan. Minskad energi och välbefinnande kan uppkomma om sjukvårdspersonalen verkar oengagerade och går för fort fram i möten. Vårdande möten handlar om att det finns ett ömsesidigt engagemang där båda parterna är aktiva samt att det finns ett ömsesidigt förtroende. I vårdande möten ska sjukvårdspersonal eftersträva en följsamhet och öppenhet för att förstå personens berättelser. Genom att förstå personens berättelser kan det utforma en personcentrerad vård (Dahlberg & Segesten, 2010). Hos kvinnor med AN kan vårdande möten vara av stor betydelse. Det är betydelsefullt att båda parter respekterar och accepterar varandra samt är delaktiga. Vidare kan det medföra att en tillit skapas till sjukvårdspersonalen (Sly et al., 2014).

Problemformulering

I möten med sjukvårdspersonal kan yngre kvinnor med AN uppleva sig som mindre värdefulla där en känsla av identitet minskar samt att de blir associerade med sin sjukdom istället för den unika person de är (Gulliksen et al., 2012; Smith et al., 2014). Studier visar att kvinnor med AN kan uppleva bristande förståelse där sjukvårdspersonal inte förstår kvinnan som person och vikten av ökad förståelse och kunskap om kvinnors upplevelser påtalas (Graham et al., 2019; Rance, Clarke, et al., 2017). Ett sätt att öka kunskapen och förståelsen är att lyssna på kvinnors berättelser om sina upplevelser och på så sätt öka möjligheten till vårdande möten och personcentrerad vård.

Syfte

Syftet var att beskriva yngre kvinnor med Anorexia Nervosas upplevelser av möten med sjukvårdspersonal.

Metod

Design

I litteraturstudien, baserad på patografier har en kvalitativ metod med en induktiv ansats tillämpats för att svara på studiens syfte. En kvalitativ metod utgår enligt Henricson och Billhult (2017) från ett helhetsperspektiv, med avsikt att beskriva personens egna upplevelser. En upplevelse kan inte beskrivas som en direkt eller fullständig sanning men den kan inte heller anses som felaktig (Henricson & Billhult, 2017). Patografier utgår ifrån personens egna

upplevelser med avsikten att ta del av personens upplevda erfarenheter. Således kan analys av patografier ge betydelsefull kunskap (Dahlborg- Lyckhage, 2017). En induktiv ansats användes i studien för att besvara studiens syfte som hade personens upplevelser som utgångspunkt. Induktiv ansats kännetecknas enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) av att finna samband i ett material och betyder att en förutsättningslös analys av texterna genomförs som är grundade i personens upplevda berättelser. Patografierna i studien analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017).

Urval

För att finna patografier som svarade på studiens syfte har inklusions- och exklusionskriterier använts. Inklusionskriterierna var patografier, dessa skulle vara skrivna av yngre kvinnor vilket definierades av Wentz (2014) som en ålder mellan 15–24 år (Wentz, 2014). Andra inklusionskriterier var att de yngre kvinnorna med AN själva skulle skrivit patografierna. De skulle också vara diagnostiserade med AN. För att minimera risken för feltolkning valdes patografier skrivna på svenska. Patografierna skulle beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Vidare var en inklusionskriterier att patografierna skulle vara skrivna från år 2014 till 2020 för att få relevant information. Patografier där andra ätstörningssjukdomar än AN ingick exkluderades, likaså de med samsjuklighet.

Datansamling

För att finna patografier som kunde svara på studiens syfte användes Libris (Library information system) som är en av dem mest omfattande sökregister i Sverige (Karlsson, 2017). I Libris databas finns det cirka sju miljoner titlar. Libris uppdateras varje dag (Libris, u.å). Det fanns ingen möjlighet att läsa patografiernas sammanfattning på Libris. Därför söktes de upp i Adlibris och Bokus där sammanfattningen lästes för att sedan bedömas utifrån inklusionskriterierna. Genom att använda tecknet * framgår sökningar med trunkering enligt Karlsson (2017). Trunkering avser att det går att söka på samtliga ord som bygger på samma grund (Karlsson, 2017). Trunkering användes då Anorexia även benämns som Anorexia Nervosa.

I första sökningen användes sökordet Anorexia*. Avgränsningen genomfördes med böcker på svenska samt skrivna från år 2014 för att passa in på inklusionskriterierna. Sökningen gav 31

träffar varav en var dubblett. Samtliga lästes på rubriknivå där 13 patografier exkluderades på grund av att de inte var skrivna av personen själv eller var facklitteratur. Resterande 17 patografier lästes sammanfattningen på i Adlibris och Bokus, där elva patografier sedan exkluderades på grund av att det var skönhetslitteratur eller att kvinnorna i patografierna hade andra ätstörningar. Första sökningen resulterade i sex patografier som stämde överens med studiens inklusionskriterier. En andra sökning genomfördes med sökorden Anorexia* och Kvinnor. Därefter gjordes en avgränsning till böcker skrivna på svenska samt årtal från år 2014. Sökningen resulterade i tre träffar. Patografierna lästes på rubriknivå där två stycken exkluderades på grund av de var facklitteratur. En patografi lästes sammanfattningen på och exkluderades för att det framkom samsjuklighet. Ingen av de tre patografierna i andra sökningen stämde överens med studiens inklusionskriterier och exkluderades.

En tredje sökning gjordes med sökorden Anorexia* och Patografi. Sökningen gav två resultat efter avgränsning till böcker skrivna på svenska samt årtal från år 2014. Rubriker och sammanfattningar lästes på samtliga patografier. Ingen av patografierna stämde överens med inklusionskriterierna och därmed inte heller studiens syfte och exkluderades. En fjärde och sista sökning gjordes i Libris med sökorden Anorexia* och Självbiografi. Sökningen resulterade i elva träffar efter avgränsning till böcker skrivna på svenska och årtal från år 2014. Samtliga elva patografier lästes på rubriknivå varav tre exkluderades eftersom de inte svarade på studiens syfte. Resterande åtta patografier lästes sammanfattningen på. Av dessa åtta patografier var det tre patografier som stämde överens med studiens inklusionskriterier. Samtliga tre patografier i fjärde sökningen framkom även i första sökningen, därav tillkom inte några nya patografier i den fjärde sökningen.

Genom de avgränsningar som gjordes i Libris var det sex stycken patografier som valdes ut utifrån studiens inklusionskriterier. I samband med att patografierna lästes framkom kombination av annan ätstörning än AN i en utav patografierna, därför valdes den att exkluderades. Slutligen resulterade det i att fem patografier inkluderades i studiens resultat, se tabell 1.

Tabell 1. Sökning i Libris

Sökord	Sök-datum	Avgränsning	Sök-resultat	Antal lästa titlar, årtal, författare	Lästa sammanfattningar	Valda och lästa patografier	Inkluderade patografier i studien
Anorexia*	2020-04-22	Böcker skrivna på svenska + årtal	31 st (1 dubblett)	31 st (1 dubblett)	17 st (1 dubblett)	6 st	5 st
Anorexia* och Kvinnor	2020-04-22	Böcker skrivna på svenska + årtal	3 st	3 st	1 st	0 st	0 st
Anorexia* och Patografi	2020-04-22	Böcker skrivna på svenska + årtal	2 st	2 st	2 st	0 st	0 st
Anorexia* och Självbiografi	2020-04-22	Böcker skrivna på svenska + årtal	11 st	11 st	8 st	3 st	3 st (Samtliga 3 patografier framkom i första sökningen)

Beskrivning av patografier

Titel: *Kenneths Marionett: min kamp mot anorexin*

Författare: Malin Lagerstedt

Publicerad: år 2015

Sidantal: 382

Beskrivning av innehållet: 16 åriga Malin fastnar i anorexins hårda grepp och börjar svälta sig själv. Hon berättar om hennes väg tillbaka från sjukdomen och hur hon upplevde olika möten med sjukvårdspersonal inom olika vårdenheter.

Titel: *Min sanning: kampen mot Anorexia Nervosa*

Författare: Hilma Årestedt

Publicerad: år 2019

Sidantal: 149

Beskrivning av innehållet: Hilma diagnostiseras med Anorexia Nervosa i tonåren. I boken får läsaren följa Hilmas resa i kampen mot sin ätstörning, hennes möten med sjukvårdspersonal

och känslorna som uppkommer i samband med sjukdomen. Hilma kämpar än idag med att bli frisk från sin Anorexia Nervosa.

Titel: *Viktig*

Författare: Terese Alvé

Publicerad: år 2017

Sidantal: 265

Beskrivning av innehållet: Som 19 åring drabbas Terese av Anorexia Nervosa. Hon beskriver hennes kamp mot sjukdomen och hur den var nära att kosta henne livet. I boken beskriver Terese hur mötena med sjukvårdspersonalen på en ätstörningsklinik påverkade henne mot ett friskare liv.

Titel: *Näringsrik*

Författare: Hanna Grinneby

Publicerad: år 2018

Sidantal: 129

Beskrivning av innehållet: När Hanna var 15 år drabbades hon av Anorexia. I boken får läsaren följa Hanna, där hon beskriver livet med Anorexia i samband med att hon har kontakt med Ätstörningsenheten. I boken berättar hon om vilka utmaningar hon tvingades ställas inför och hur hon sedan kunde lägga ätstörningen bakom sig.

Titel: *Det är för att du är så tjock*

Författare: Johanna Orup och Jacob Stenberg

Publicerad: år 2014

Sidantal: 106

Beskrivning av innehållet: Johanna beskriver sin kamp mot Anorexia Nervosa som hon i tonåren insjuknar i. Möten med olika professioner blev en stor del av Johannas liv under de 12 år som hon var sjuk.

Analys

För att besvara studiens syfte har patografierna analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Patografierna lästes igenom individuellt två gånger vardera för att få en helhetsbild av innehållet samt för att diskutera att patografierna uppfattats på ett liknande sätt. När patografierna lästes i sin helhet framkom det

att kvinnan i en av patografierna självdiagnostiserade sig med ortorexi nervosa. Patografin valdes därför bort eftersom det var svårt att urskilja om kvinnans upplevelser av möten med sjukvårdspersonal var i samband med sin AN eller ortorexi nervosa. Vid andra genomläsningen av patografierna valdes meningsenheter ut och märktes upp med post-it lappar för att sedan skrivas in i ett worddokument. Post-it lapparna plockades bort och patografierna lästes igenom igen där meningsenheter återigen plockades ut på samma vis. Meningsenheterna kontrollerades och diskuterades gemensamt flera gånger för att bekräfta att de svarade på studiens syfte. Meningsenheterna fördes in i en tabell i ett worddokument. En meningsenhet är enligt Lundman och Hällgren Graneheim en meningsbärande del av texten som består av stycken, meningar eller ord som genom sitt innehåll har ett sammanhang. En meningsenhet som är lagom stor utgör grunden för analysen. Det är av vikt att meningsenheterna inte är för små för att tappa innebörden men inte heller för stora för att finna flera innebörder i meningsenheterna (Lundman & Hällgren Graneheim).

Gemensamt kondenserades meningsenheterna och betecknades därefter med en kod i tabellen i worddokumentet (Bilaga 1). Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver att kondensering syftar till att korta ner texten men samtidigt bevara det väsentliga av innehållet. Kondenseringen skapar en kod, vilket beskrivs som en etikett på meningsenheten. Etiketten ger en kort förklaring på meningsenhetens innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim). Koderna diskuterades ett flertal gånger för att säkerställa att de stämde överens med meningsenheternas innehåll. För att enkelt kunna urskilja meningsenheterna mellan respektive patografi fick de en enskild färg. Därefter skrevs de ut och meningsenheterna tillsammans med respektive kondensering och kod klipptes isär. Genom att placera koderna på golvet jämfördes de och på så sätt togs likheter och skillnader fram.

Koderna delades sedan in i kategorier och underkategorier. Kategorierna och underkategorierna diskuterades ett flertal gånger samt justerades för att koderna inte skulle passa in i flera kategorier. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att flera koder med motsvarande innebörd skapar en kategori där innehållet mellan de olika kategorierna skiljer sig åt. I en kategori kan en underkategori formas med en lägre abstraktionsnivå (Lundman & Hällgren Graneheim). I analysen tillämpades ett manifest förhållningssätt som enligt Lundman och Hällgren Graneheim innebär att arbeta textnära. Ett manifest förhållningssätt innebär även att ta fram det som tydligt framgår i texten och benämns på en

beskrivande nivå genom kategorier. Utgångspunkten vid en kvalitativ innehållsanalys är att ta fram skillnader och likheter av textens innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim).

Förförståelse

Förförståelsen innebär att det finns en viss kunskap innan studien påbörjas. Kunskaperna kan visa sig genom tidigare erfarenheter ifrån studier men även genom utomakademiska erfarenheter (Priebe & Landström, 2017). Det fanns en viss förförståelse för ämnet som studerats, både genom verksamhetsförlagd utbildning från ätstörningsenheten och även genom yrkeserfarenheter inom somatisk avdelning.

Etiska överväganden

Helsingforsdeklarationen har utvecklats av World Medical Association (WMA) som ett utlåtande av etiska principer vid studier som innefattar mänskligt deltagande (World Medical Association [WMA], 2020). Det finns fyra etiska principer som ligger till grund för att främja personers rättigheter, välbefinnande och säkerhet i all forskning. Människovärdesprincipen innefattar människors lika värde oavsett personliga förutsättningar. Principen kompletteras vanligtvis med autonomiprincipen som innebär att personen har rätt till självbestämmande där personens åsikter ska respekteras. Deltagandet i studien ska vara av egen fri vilja och personen ska när som helst kunna avbryta sitt deltagande (Kjellström, 2017). Patografierna i studien var publicerade i Libris databas, vilket innebar att böckerna enligt Upphovsrättslagen (SFS 1960:729) är offentliggjorda och därmed åtkomliga för allmänheten. Med hänsyn till författarnas beskrivning av deras egna upplevelser ska texten användas på ett värdigt sätt för att förhindra att innehållet förvrängs och för att visa respekt mot författarna (Upphovsrättslagen, SFS 1960:729). I studien har kvinnorna inte själva valt att delta och därför fanns ingen möjlighet att avbryta sitt deltagande. Den insamlade data har därför behandlats med värdighet och respekt.

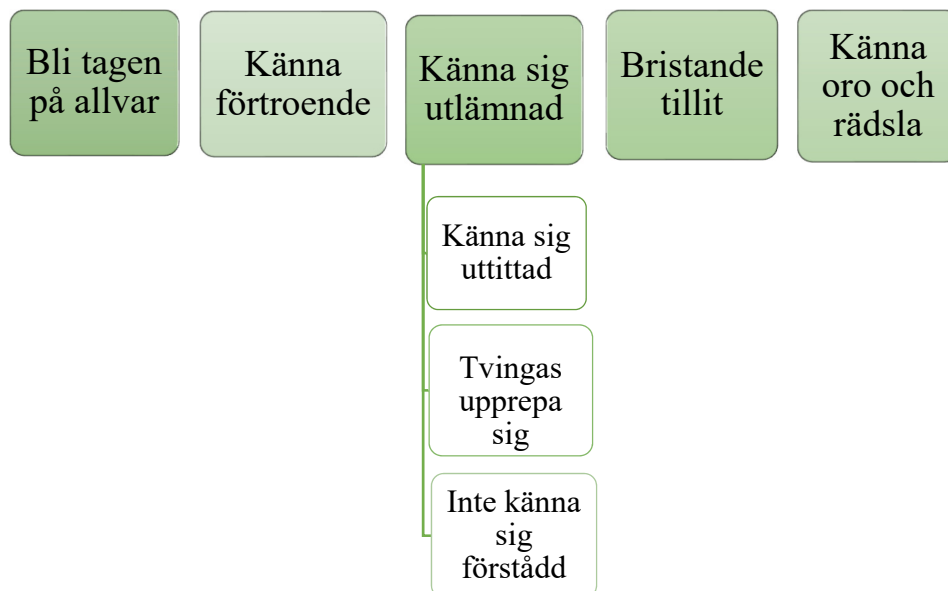
Rättvisprincipen innebär att samtliga deltagare i studien behandlas likvärdigt (Kjellström, 2017). Valet av patografierna gjordes utifrån studiens syfte och beaktades genom rättvisprincipen. Därmed anses patografierna behandlas likvärdigt. Göra gott principen innebär enligt Kjellström (2017) att nyttan med studien ska överstiga risker, samt att inte skada (Kjellström, 2017). I studien har målet varit att få en ökad förståelse för yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Förhoppningen med studien var att

tillföra en förbättring och utveckling av en personcentrerad vård vilket kunde medföra både nytta för sjukvårdspersonal men även för de yngre kvinnorna med AN.

Resultat

Utifrån yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal framkom fem huvudkategorier som benämndes som: *Bli tagen på allvar*, *Känna förtroende*, *Känna sig utlämnad*, *Bristande tillit* och *Känna oro och rädsla*. Huvudkategorin *Känna sig utlämnad* skapades genom underkategorierna: *Känna sig uttittad*, *Tvingas upprepa sig* och *Inte känna sig förstådd* (Figur 1).

Figur 1. Huvudkategorier och underkategorier



Bli tagen på allvar

Yngre kvinnor med AN upplevde att de kände att de blev tagna på allvar genom att sjukvårdspersonal visade ett genuint intresse till att lyssna till deras berättelser och upplevelser. Genom att kvinnorna kände att de blev tagna på allvar skapades en känsla av att sjukvårdspersonal var där i syfte att hjälpa dem. Kvinnorna uppskattade i många fall mötena med sjukvårdspersonalen där de upplevde att de både blev hörda, förstådda och tagna på allvar. En känsla av att vara sedd och hörd stärktes genom att kvinnorna kände förståelse från sjukvårdspersonalen. De yngre kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonal hade förståelse för

dem som personer och inte enbart förståelse för sjukdomen. Genom en förståelse från sjukvårdspersonalen upplevde kvinnorna att de blev tagna på större allvar. En känsla av att bli tagen på allvar kunde öka när kvinnorna såg att sjukvårdspersonalen visade känslor i form av tårfyllda ögon och att de visade sig berörda. När sjukvårdspersonalen visade sig berörda förundrades kvinnorna över hur seriösa sjukvårdspersonalen var. De förundrades även över hur sjukvårdspersonalen kunde uppfattat och bekräftat berättelserna gällande deras AN så rätt. Däremot upplevde de yngre kvinnorna att de togs på större allvar när de hade uppnått diagnoskriterierna för AN.

“Det är märkligt hur de kan ha tolkat allt så rätt och jag förundras över hur seriösa de är och att de tar mig på allvar. De har verkligen lyssnat på mig. Elvy är verkligen berörd!”
(Lagerstedt, 2015, s. 266).

Känna förtroende

Upplevelsen av att känna förtroende skapades hos de yngre kvinnorna med AN genom att sjukvårdspersonalen ingav ett lugn och en trygghet i möten. Förtroendet stärktes framförallt när sjukvårdspersonal var trevliga och även när de var lätta att samtala med. Att ha ett kroppsspråk som var inbjudande till samtal där kvinnorna fick möta en vänlig blick skapade också ett förtroende. Genom att förtroendet växte sig allt starkare till sjukvårdspersonal kunde kvinnorna känna att ångesten och oron som de hade under möten dämpades. För att bygga ett förtroende upplevde kvinnorna att det var betydelsefullt att sjukvårdspersonal inte lindade in något under möten. Att alltid säga som det var och att sjukvårdspersonalen var rakt på sak uppskattades. Förtroendet skapade en bra magkänsla hos dem yngre kvinnorna med AN. Förtroendet gjorde även att kvinnorna litade på det sjukvårdspersonalen uttryckte i mötena. Därmed kunde kvinnorna tycka att det som uttrycktes i samtalen från sjukvårdspersonalen faktiskt hade en mening, vilket medförde att kvinnorna kunde förstå att sjukvårdspersonalen hade rätt om att AN faktiskt var en sjukdom. När ett förtroende hade skapats kunde kvinnorna uppleva att det fanns en lättnad i att lägga ansvaret i sjukvårdspersonalens händer. Förtroendet medförde att de yngre kvinnorna upplevde att det var skönt att någon annan tog sig an deras inre utmaningar i kampen mot AN.

”Hon var trevlig och det gick lätt att prata med henne” (Alvén, 2017, s. 58).

I möten upplevde dem yngre kvinnorna att det fanns ett förtroende till sjukvårdspersonalen samtidigt som de upplevde att sjukvårdspersonalen hade ett förtroende för dem. Därmed skapades en ömsesidig relation. I samband med att en relation succesivt byggdes upp kunde kvinnorna känna tacksamhet till sjukvårdspersonalen. I vissa möten med sjukvårdspersonalen blev relationen och därmed förtroendet starkare. De yngre kvinnorna kunde uppleva att det var skönt att få prata med sjukvårdspersonal som de hade ett starkare band till och där relationen var djupare. I möten där det fanns en djupare relation kunde kvinnorna även uppleva att de kunde öppna upp sig och prata om sådant som de inte sa till andra i sjukvårdspersonalen eller till familjemedlemmar.

”...jag får ett stort förtroende för henne” (Årestedt, 2019, s. 59).

Känna sig utlämnad

Känna sig utlämnad handlar om dem yngre kvinnornas upplevelser av att sjukvårdspersonalen ständigt bad dem upprepa sina berättelser och hur de blev bemötta med intensiva blickar. Kategorin beskrivs genom underkategorierna känna sig uttittad, tvingas upprepa sina berättelser och inte känna sig förstådd.

Känna sig uttittad

En blick var det som kunde krävas för att de yngre kvinnorna med AN skulle känna sig utlämnade och obekväma i möten med sjukvårdspersonal. Det var inte ovanligt att kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonalen såg ner på dem med intensiva och allvarliga blickar. En känsla av att alla stirrade på dem i rummet kunde uppstå, men även en känsla av att bli inspekterad på grund av blickarna som gavs. Även om de yngre kvinnorna satt och tittade ner i golvet under tystnad så kunde de uppleva att alla blickar var vända mot just dem.

“Ännu en gång satte vi oss i det där tråkiga samtalsrummet, med dem fula blå gardinerna, det runda bordet och ett gäng vuxna som såg ner på mig med intensiva blickar” (Grinneby, 2018, s. 48).

I undersökningsrummet kunde det under mötena förekomma att kvinnorna skulle väga sig framför sjukvårdspersonalen. De kunde då uppleva en känsla av att de fick besvikna ansikten riktade mot sig under samtalet om det var så att kontrollerna som hade tagits visade på negativa resultat, exempelvis om kvinnan hade gått ner i vikt. När de yngre kvinnorna skulle

väga sig eller klä av sig framför sjukvårdspersonalen under möten kunde de känna sig utlämnade. Kvinnorna kunde beskriva det som att de hatade att gå i underkläder framför sjukvårdspersonalen men även en svår känsla av att sjukvårdspersonalen där och då såg hur tjocka kvinnorna var.

”Då så, Malin, då tar vi väl en vikt nu då.” Maria reser sig och går bort till vågen. Jag börjar klä av mig under tystnad; det är kallt och jag huttrar till. Jag hatar att gå bara i underkläder framför Maria. (Lagerstedt, 2015, s. 81-82)

Tvingas upprepa sig

De yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att sjukvårdspersonalen aldrig visste något om dem när de träffades. Vid återkommande möten fick kvinnorna förklara allt igen, om sig själva och om sitt tillstånd. När kvinnorna gång på gång kände att de fick upprepa sin berättelse kunde de uppleva att det inte fanns någon hållbar struktur mellan mötena. I samband med varje besök hos sjukvårdspersonalen kändes det därför som att det var första gången de var där. Känslan av att vara där för första gången var återkommande och något som de yngre kvinnorna tröttnade på. Även i samband med att de yngre kvinnorna mötte ny sjukvårdspersonal fick de berätta exakt samma saker igen, vilket kunde göra att de yngre kvinnorna med AN upplevde en känsla av att återigen gå igenom en krävande fas. En känsla av att blotta och utlämna sig själv uppstod. Att sjukvårdspersonalen inte visste någonting om kvinnorna blev därför en stark känsla som uppkom i möten.

De yngre kvinnorna kunde uppleva att sjukvårdspersonal inte alltid verkade vara uppdaterade om vad som skulle hända med kvinnorna i möten. Därmed kunde de yngre kvinnorna uppleva att det var svårt att tro att sjukvårdspersonalen arbetade som ett team. Hade de arbetet som ett team menade kvinnorna att sjukvårdspersonalen borde haft mer kunskap om dem och därmed hade de inte tvingats upprepa sina berättelser i möten. Trots att sjukvårdspersonalen ingick i det ätstörningsteam som hade hand om kvinnorna kunde kvinnorna uppleva att det kändes som om att sjukvårdspersonalen inte hade läst journalen ordentligt. Även en känsla av att alla pratade om kvinnan men att de faktiskt inte verkade veta någonting om henne var inte ovanligt. Vidare medförde det att kvinnorna kunde uppleva att sjukvårdspersonalen inte kände dem.

“Det kändes som att det enda jag gjorde i mitt liv var att berätta om mig och mitt tillstånd för en massa olika läkare, undersköterskor och andra vuxna. Jag började bli ganska trött på det” (Grinneby, 2018, s. 37).

Inte känna sig förstådd

Centrala delar i möten med sjukvårdspersonal var att de yngre kvinnorna med AN ofta kände sig oförstådda. Kvinnorna kunde uppleva att sjukvårdspersonalen inte förstod varför de mådde dåligt. Även genom att sjukvårdspersonalen blandade in annan personal i form av specialister från ätstörningsenheten skapades en känsla av att vara oförstådd hos kvinnan. De yngre kvinnorna menade på att specialisterna ändå inte skulle förstå hur de kände och förstod därför inte vilken nytta de skulle kunna bidra med.

“Hon förstod ingenting” (Orup, 2014, s. 30).

De yngre kvinnorna kunde även uppleva sig oförstådda när sjukvårdspersonalen talade om dem istället för med dem i möten. Det kunde upplevas som att alla i sjukvårdspersonalen var likadana, det vill säga att de inte förstod någonting. Känslan av att inte vara förstådd kunde uppkomma i samband med att de blev fråntagna saker som var betydelsefulla och som lyste upp deras vardag. Det som kvinnorna upplevde att de blev fråntagna var vanligtvis olika träningsformer. Flera gånger kunde kvinnorna uppleva att träningen var det enda som var betydelsefullt, det enda roliga att se fram emot och även det enda som de kämpade för. Att bli fråntagen dessa saker gjorde att de yngre kvinnorna kände sig ledsna, besvikna och upprörda i möten med sjukvårdspersonal, vilket kunde medföra en känsla av sjukvårdspersonalen hade huggit kvinnorna i hjärtat. Känslorna kunde beskrivas som att sjukvårdspersonalen tog kvinnornas hjärta, liv och glädje ifrån dem. Till följd av att de yngre kvinnorna upplevde att glädjen togs ifrån dem kunde en känsla tomhet uppstå.

”Det känns som att de tagit all glädje ifrån mig och här är jag kvar i en livlös kropp utan hopp. Det känns som att en bomb har sprängt bort hela mig och all min lycka” (Årestedt, s. 67).

Bristande tillit

Gemensamt för de yngre kvinnorna var att de upplevde en bristande tillit för sjukvårdspersonal i möten. Det första intrycket i möten hade betydelse för kvinnornas

upplevelser av tilliten till sjukvårdspersonalen. Fanns inte någon tillit blev det en svårighet för kvinnorna att öppna upp sig för sjukvårdspersonalens frågor om deras djupaste tankar, känslor och mående kring sin sjukdom. Tilliten brast när kvinnorna gång på gång fick byta sjukvårdspersonal men även när de blev lovade saker som inte sjukvårdspersonalen kunde stå fast vid. När tilliten brast resulterade det även i att kvinnorna hade en svårighet att ta in det som sjukvårdspersonalen förmedlade och kvinnorna kunde inte längre förstå vad som var det bästa för dem. När det inte byggdes upp någon tillit eller vidare kontakt i möten kunde det medföra att kvinnorna inte ville återgå till samma sjukvårdspersonal igen.

De yngre kvinnorna kunde också uppleva att sjukvårdspersonalen endast sa saker för att vara snälla, istället för att säga som det var. Det kunde exempelvis handla om att sjukvårdspersonalen sa att kvinnan inte var tjock. Kvinnan kunde därmed uppleva att sjukvårdspersonalen inte var ärliga, vilket skapade tankegångar hos kvinnan om att ingen skulle kunna lura henne. I möten med sjukvårdspersonal stärktes känslan av bristande tillit när de inte visade någon sympati eller när de uppträdde på ett okänsligt sätt.

“Men jag kunde inte lita på dem, jag kunde verkligen inte” (Grinneby, 2018, s. 39).

Känna oro och rädsla

De yngre kvinnorna med AN upplevde i möten med sjukvårdspersonalen att känslor som oro och rädsla var återkommande. Det kunde finnas flera olika anledningar till att kvinnorna upplevde rädsla i möten. En av anledningarna var att kvinnorna kunde känna rädsla för att sjukvårdspersonalen skulle förlänga deras sjukskrivningstid, därmed vågade inte kvinnorna berätta vad de kände. En annan anledning till att rädsla uppkom var att de yngre kvinnorna kunde vara rädda för vad sjukvårdspersonalen skulle tycka och tro om dem. Det framkom även att kvinnorna kunde uppleva rädsla över hur sjukvårdspersonalen i vissa fall kunde uttrycka sig och reagera i möten. Sjukvårdspersonalen kunde visa starka känslor i möten som framförallt kunde visa sig i desperation i deras agerande vilket skapade en rädsla hos de yngre kvinnorna.

I möten kunde de yngre kvinnorna uppleva rädsla och oro över att de skulle klara sig på egen hand när de visste att behandlingen började komma mot sitt slut och när mötena med sjukvårdspersonalen inte längre skulle pågå. De hade svårt att tro att de skulle klara att stanna i det skick de uppnått utan fortsatt stöd och hjälp från sjukvårdspersonalen. En upplevelse av

att vara rädd för att säga vad de tyckte kunde även uppkomma i möten med sjukvårdspersonalen. Istället för att uttrycka sig valde de yngre kvinnorna att hålla tankar och känslor inom sig för att inte sjukvårdspersonal helt plötsligt skulle tro att kvinnorna ville bli friska.

“Jag blev rädd. Nog för att familjemedlemmar skrikit på mig, men att en utomstående visade så starka känslor var däremot ovant. Blicken fortfarande fäst i golvet” (Orup, 2014, s. 81).

Oro, rädsla och obehagskänslor kunde uppstå i kroppen hos dem yngre kvinnorna i samband med beröring i form av massage eller undersökningar i möten. Bara tanken på att kvinnorna skulle undersökas gjorde att de satt på helspänn. Känslorna växte sig allt starkare parallellt med att ångesten blev mer påtaglig. Vanligtvis beskrevs det att tankar som oro kunde fortplanta sig i magen vilket gjorde att de yngre kvinnorna kände smärta i magen och illamående. Rädslan om vad som skulle hända under undersökningen blev en central del i kvinnornas tankegångar. De yngre kvinnorna kunde känna rädsla över att sjukvårdspersonalen skulle känna hur feta deras ben var och en känsla av att vara äcklig vid beröring kunde uppstå.

“Magdalena tar tag om mina vader och jag rycker till. Obehagskänslorna växer sig allt starkare; jag blir spänd i hela kroppen och får göra allt som står i min makt för att inte skrika högt” (Lagerstedt, 2015, s. 155-156).

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens tillförlitlighet handlar om hur bra forskaren förklarar och stärker sina ställningstaganden under forskningsprocessens gång (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Syftet med studien var att beskriva yngre kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. För att svara på studiens syfte valdes en kvalitativ metod baserad på patografier. Valet av metod styrks av Dahlborg- Lyckhage (2017) eftersom den kvalitativa metoden utgår ifrån personens egna upplevelser. Patografier där personen delar med sig av sina egna värderingar och tankar kan beskrivas som en styrka, eftersom det ökar trovärdigheten i studien och dess resultat (Dahlborg- Lyckhage, 2017). En svaghet med

patografier skulle kunna vara att vissa av patografierna var skrivna några år efter att kvinnorna blivit friskförklarade. Därmed kunde upplevelser i möten förändrats och vissa saker kunde glömts.

Andra sätt som kunde användas för att samla in data till studien hade varit genom vetenskapliga artiklar eller intervjuer. En nackdel med att tillämpa vetenskapliga artiklar kunde vara att texten redan var analyserad. Kristensson (2014) förklarar att tillförlitligheten minskar genom att använda tidigare analyserade data. Därav ansågs patografier i föreliggande studie vara mer tillförlitliga eftersom det var en primärkälla och därmed kvinnornas egna ord. Intervjuer skulle kunnat ge en ökad förståelse genom att kvinnorna hade kunnat svara mer utförligt på frågor och även för att kunna svara på följdfrågor. Tiden var dock begränsad för att en intervjustudie skulle kunnat genomföras. För att analysen skulle ske så förutsättningslöst som möjligt bedömdes en induktiv ansats som relevant. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att en deduktiv ansats kunde resulterat i att resultatet blivit mer styrt av en teori.

Överförbarhet kan beskrivas i vilken omfattning resultatet kan överföras till andra sammanhang enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Resultatet skulle kunna vara överförbart till andra sammanhang där sjuksköterskor möter yngre kvinnor som har andra ätstörningar än anorexia nervosa, exempelvis bulimi nervosa och ortorexi nervosa. Genom tydlig beskrivning av metodavsnittet i studien har förutsättningar skapats för läsaren att ta ställning till hur vidare resultatet går att överföra till andra sammanhang eller inte. Urvalet utgick från att patografierna skulle vara skrivna av yngre kvinnor med AN. Anledningen till att studien fokuserade på enbart kvinnor och inte män beror på att kvinnor utgör majoriteten av dem som är drabbade (SBU, 2011). Om studien även hade inkluderat män hade det kunnat resulterat i ett annat resultat. Vanligtvis insjuknar kvinnorna när de är unga (Wentz, 2014). Därför valdes yngre kvinnor som en inklusionskriterier. Inkludera patografier på andra språk än svenska hade kunnat resulterat i fler patografier och i ett annat resultat.

Vid datainsamlingen ansågs Libris vara en tillräcklig sökmotor för att söka fram patografier. Karlsson (2017) styrker det genom att Libris är den mest innehållsrika bibliotekskatalogen. Sökordet självbiografi användes vid datainsamlingen i studien för att inte förlora datamaterial som hade kunnat svara på studiens syfte. Sökningarna och sökorden bedömdes tillräckliga eftersom sökningarna till slut visade på samma sökresultat. Under datainsamlingens gång fick

utgivningsåren ändras då det inte framkom tillräckligt många patografier som kunde svara på studiens syfte. Ursprungligen var utgivningsåren mellan år 2015 till 2020.

I patografin *Det är för att du är så tjock* framkom samsjuklighet när sammanfattningen lästes. Patografin valdes att inkluderas eftersom det tydligt gick att urskilja om kvinnan var i möten i samband med sin AN eller på grund av samsjuklighet. Det framkom även att patografin inte enbart var skriven utav kvinnan själv utan hon hade en medförfattare. Däremot utgick patografin endast från kvinnans upplevelser och valdes att inkluderas. När sammanfattningarna lästes framgick det inte tydligt i tre av de inkluderade patografierna att kvinnorna skulle beskriva möten med sjukvårdspersonal. Däremot framkom det i sammanfattningarna att kvinnorna skulle beskriva sin resa och kamp genom sjukdomen. Därför valdes även dessa tre patografier att läsas i sin helhet för att se om patografierna innehöll de yngre kvinnorna med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Ur dem valda patografierna varierade sjukdomstiden och därmed hade deltagarna olika erfarenheter från möten med sjukvårdspersonal i samband med sin AN vilket kunde öka giltigheten i studien. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att studiens giltighet ökar om deltagarna har olika mycket erfarenhet.

En kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) bedömdes vara lämplig för att hantera en större textmassa. Däremot hade narrativ analys kunnat ses som den mest användbara analysformen vid berättelser (Jonsson, Nyman & Josephsson, 2017). Valet av kvalitativ innehållsanalys styrks genom att det fanns ett tydligare utformat tillvägagångssätt än vid en narrativ analys. Stegen var i den kvalitativa innehållsanalysen enklare att följa och utformade på ett mer pedagogiskt sätt. Samtliga steg i analysprocessen genomfördes gemensamt. Det fördes en diskussion i samtliga steg vilket kan ses som en styrka. Meningsenheterna i patografierna varierade där vissa av patografierna innehöll fler meningsenheter än andra. Meningsenheterna placerades in i ett worddokument som var till hjälp när diskussioner återigen genomfördes av meningsenheterna. Dokumentet underlättade genom att enkelt kunna dela på meningsenheterna där det under diskussioner kunde framkomma flera olika innebörder.

Något annat som underlättade i analysprocessen var att skriva ut och klippa isär samtliga meningsenheter med kondensering och koder för att enkelt kunna lägga dem i olika högar. Ursprungligen tillämpades ett manifest och latent förhållningssätt i studien. Enligt Lundman

och Hällgren Graneheim (2017) innebär ett latent förhållningsätt att se det underliggande i texten. I analysprocessen var en svårighet att sätta underkategorier och huvudkategorier med anledning av att vissa av koderna var lika varandra. Processen när koderna placerades i olika högar på golvet gjordes om ett flertal gånger för att de inte skulle passa in i flera olika kategorier. En ytterligare svårighet var att se sammanhanget i underkategorier och hur de kunde skapa huvudkategorier, vilket kunde bero på det latent förhållningssättet som tillämpades. För att underlätta analysprocessen valdes slutligen ett manifest förhållningssätt genom hela analysen vilket gjorde det enklare att skapa kategorier och underkategorier. När det manifesta förhållningssättet tillämpades ändrades kategorierna där en huvudkategori med två underkategorier istället blev två separata huvudkategorier. Även två av underkategorierna i studien ändrades när det manifesta förhållningssättet tillämpades. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) förklarar att tillförlitligheten i ett resultat kan stärkas om två personer analyserar materialet. Genom att tabeller användes för att visa exempel på analysförfarandet samt att citat användes i resultatdelen kunde öka studiens tillförlitlighet och verifierbarhet. Kristensson (2014) styrker att tabeller ökar tillförlitligheten och citat ökar verifierbarheten.

Etiska överväganden har diskuterats i samband med att studien genomförts. Genom att respektera kvinnornas egna ord i patografierna togs det hänsyn till deras värdighet, vilket beaktades genom att arbeta så textnära som möjligt. Det styrker även Kjellström (2017) som menar att personens värdighet bevaras i samband med att respektera personens egna ord. I genomförandet av studien har upprepade handledningstillfällen genomförts där både handledare och medstudenter genomgående diskuterat den föreliggande studiens process, vilket kan öka trovärdigheten i studien. Henricson (2017) menar att trovärdigheten stärks med hjälp av diskussioner med utomstående.

Förförståelse skulle kunna haft en inverkan på resultatet, men genom att medvetet sätta förförståelsen åt sidan har ett neutralt synsätt tillämpats under hela studien. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att förutom att sätta förförståelse åt sidan är det av vikt att det finns distans mellan forskarna och ämnet som studeras.

Resultatdiskussion

I resultatet i föreliggande studie framkom det att yngre kvinnor med AN både hade negativa och positiva upplevelser av möten med sjukvårdspersonal. Ett utmärkande fynd var att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att ett förtroende skapades i möten med

sjukvårdspersonal. Förtroendet skapades framförallt genom sjukvårdspersonalens lugna och trygga intryck samt deras inbjudande kroppsspråk. Ett förtroende kunde även uppstå när kvinnorna fick möta en vänlig blick från sjukvårdspersonalen. Sly et al. (2014) framhäver att relationen som uppstår mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen kan ha en stor inverkan på kvinnans uppfattning av möten. Även Dahlberg och Segesten (2010) menar att uppfattningen personen kan få av sjukvårdspersonalen speglar upplevelsen av det vårdande mötet. Ett vårdande möte kan framförallt uppnås genom att personen möts av ett tillmötesgående ansiktsuttryck och en vänlig blick från sjukvårdspersonalen.

I resultatet framkom det att när ett förtroende fanns mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen kunde en ömsesidig relation skapas. När ett förtroende utformats kunde de yngre kvinnorna uppleva en befrielse i möten med sjukvårdspersonal genom att lägga över ansvaret till dem. Smith et al. (2014) beskriver att förtroendet har en stor betydelse för att en relation mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen ska kunna skapas. Däremot menar Pemberton och Fox (2013) att förtroendet inte alltid finns mellan kvinnan och sjukvårdspersonal i möten, vilket grundar sig i en känsla av att de kan uppfatta varandra på ett negativt sätt och därmed kan det bli en svårighet att skapa ett förtroende (Pemberton & Fox, 2013).

I resultatet i föreliggande studie framkom det även att de yngre kvinnorna med AN beskrev hur deras ångest och oro under mötena minskade när förtroendet växte sig starkare för sjukvårdspersonalen. Ett förtroende kunde möjliggöra att de yngre kvinnorna vågade öppna upp sig i möten med sjukvårdspersonal. Rance, Moller och Clarke (2017) styrker att ett förtroende kan vara av betydelse för att kvinnorna ska våga delge sina djupaste tankar. Även Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att förtroendet skapar förutsättningar för att personen ska våga dela med sig av sina egna upplevelser. Utgångspunkten för att kunna skapa ett förtroende i möten uppnås genom att sjukvårdspersonal visar på omtanke, ärlighet och acceptans gentemot personen. Förtroendet grundas i en ömsesidig relation i möten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Dahlberg och Segesten (2010) framhäver att en ömsesidig relation mellan personen och sjukvårdspersonalen är av betydelse för att vårdande möten ska skapas. Det är även av vikt att det finns ett förtroende från båda sidor (Dahlberg & Segesten, 2010).

Ett ytterligare utmärkande fynd som framkom i föreliggande studies resultat var att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att de kände sig utlämnade i möten. En känsla av att vara utlämnad kunde visa sig i att kvinnorna tvingades upprepa sig. Kvinnorna kunde få en känsla

av att sjukvårdspersonal inte hade läst journalen eller att de inte var speciellt insatta i kvinnornas situation. För kvinnorna blev det en krävande fas när de i möten fick återberätta om sina tillstånd. Smith et al. (2014) påtalar att yngre kvinnor kan få en känsla av att stödet i möten med sjukvårdspersonal kan upplevas som en svårighet. Relationen mellan kvinnorna och sjukvårdspersonalen kan bli bristande och därmed kan en besvikelse skapas hos kvinnorna i möten. Även Gulliksen, Nordbø, Espeset, Skårderud och Holte (2015) styrker att yngre kvinnor med AN kan känna sig besvikna över hur sjukvårdspersonal uppför sig och pratar med kvinnorna i möten. Kvinnorna kan därmed uppleva att sjukvårdspersonal uppför sig på ett respektlöst sätt och en känsla av att inte bli tagen på allvar kunde uppstå. Bristande kontakt och dialog i möten med sjukvårdspersonal kan leda till att kvinnorna håller tillbaka sina känslor och tankar och inte vill ha fortsatt hjälp av sjukvården (Gulliksen et al., 2015).

I resultatet framkom det att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva en svårighet när de i möten fick återberätta samma saker igen och en känsla av att vara utlämnad kunde uppstå. Det blev framförallt tydligt när de träffade ny sjukvårdspersonal. Fox och Diab (2015) förklarar att när kvinnorna med AN träffar ny sjukvårdspersonal kan det skapa förtvivlan hos dem. Ett ogynnsamt förhållningssätt från sjukvårdspersonal kan bidra till att en svår känsla uppstår hos kvinnorna. Därmed kan kvinnorna känna sig utanför i möten med sjukvårdspersonal (Fox & Diab, 2015). Dahlberg och Segesten (2010) framhäver att förutsättningar för vårdande möten är att sjukvårdspersonal och personen är aktiva och att det finns ett engagemang från båda sidor. Brister engagemanget kan det göra att personen upplever minskat välbefinnande som kan leda till att det vårdande mötet blir bristfälligt (Dahlberg & Segesten, 2010).

Ett annat fynd som förekom i resultatet när de yngre kvinnorna med AN upplevde att de kände sig utlämnade i möten var att de inte kände sig förstådda av sjukvårdspersonalen. Att kvinnorna kände sig oförstådda blev väsentliga när de upplevde att sjukvårdspersonalen talade om dem istället för med dem, vilket ligger i linje med tidigare studier som visar att kvinnor med AN inte känner sig förstådda i möten med sjukvårdspersonal (Graham et al., 2019; Rance, Clarke, et al., 2017; SBU, 2019). I föreliggande studies resultat framkom det att känslor av besvikelse och att vara upprörd skapades hos dem yngre kvinnorna med AN. Känslorna skapades framförallt när kvinnorna inte blev förstådda av sjukvårdspersonalen och även när de blev frantagna det som var av betydelsefullt för dem. Således menar Rance, Clarke et al. (2017) att kvinnor med AN även kan känna sig ensamma i samband med brist på

förståelse i möten. Däremot menar Pemberton och Fox (2013) att kvinnorna kan ta på sig skulden av att de känner sig oförstådda i möten genom att de intalar sig att det sjukvårdspersonalen uttrycker förmodligen inte är tänkt på det sättet. Därmed kan kvinnorna uppleva att de själva har tolkat sjukvårdspersonalens ord på fel sätt och därför känner sig oförstådda (Pemberton & Fox, 2013).

I resultatet framkom det även att de yngre kvinnorna med AN kunde uppleva att sjukvårdspersonal i möten inte kunde förstå varför kvinnorna mådde dåligt. Higbed och Fox (2010) bekräftar även att kvinnorna i deras studie kan uppleva en känsla av att vara oförstådda när sjukvårdspersonal inte bekräftar kvinnornas tankar och känslor. Vidare menar Dahlberg och Segesten (2010) att en förutsättning för att kunna förstå personens berättelser är att sjukvårdspersonal bör tillämpa följsamhet och öppenhet i vårdande möten. Förstår sjukvårdspersonalen personens berättelser möjliggör det att en personcentrerad vård kan skapas (Dahlberg & Segesten, 2010). Även Svensk sjuksköterskeförening (2017) påvisar att en förutsättning för att kunna skapa vårdande möten med personen är att sjukvårdspersonal möter med ett öppet sinne och förmedlar medkänsla och respekt. Marchant och Payne (2002) menar att en förutsättning för att kvinnor med AN ska våga tala mer öppet om sina problem är att sjukvårdspersonal visar medkänsla och förståelse i möten. Kvinnorna kan uppleva att det finns en större förståelse hos sjukvårdspersonal om de har egna personliga upplevelser av AN och även när sjukvårdspersonal har bred kunskap om området (Marchant & Payne 2002).

Slutsats

Studiens resultat visar att yngre kvinnor med AN kan uppleva att de blir tagna på allvar vilket blir tydligt när sjukvårdspersonalen är lyhörda och intresserade till att lyssna till kvinnornas berättelser. När sjukvårdspersonalen möter kvinnorna med en vänlig blick skapas ett förtroende. Det framkom att de yngre kvinnorna kan uppleva att de känner sig utlämnade i möten. Känslan uppstår framförallt när kvinnorna tvingas upprepa sig men även när de känner sig oförstådda i möten med sjukvårdspersonal. Det är därför av vikt att sjukvårdspersonal har mer kunskap gällande yngre kvinnor med ANs upplevelser i möten för att kunna bekräfta deras känslor. Genom att sjukvårdspersonalen tillämpar följsamhet och en öppenhet i möten skapas förutsättningar till vårdande möten.

Kliniska implikationer

Resultatet i föreliggande studie kan tillämpas för sjukvårdspersonal i både öppenvården och slutenvården eftersom resultatet studerats i dem sammanhang. Vidare kan det bidra till att sjukvårdspersonal får en ökad förståelse och kunskap för de yngre kvinnorna med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal och därmed kan en mer personcentrerad vård tillämpas. I föreliggande studie har kvinnor med ANs upplevelser av möten med sjukvårdspersonal beskrivits, fortsatt forskning skulle därför kunna fokusera på det manliga könet för att undersöka skillnader mellan män och kvinnors upplevelser. Vidare forskning skulle även kunna fokusera på sjuksköterskans perspektiv för att få en inblick i hur sjukvårdspersonalen upplever möten med personer med AN.

Självständighet

Studien har genomförts av Josefine Nilsson och Sara Ringberg med ett gott samarbete. Delar i inledning och bakgrund skrevs enskilt för att sedan kunna stämma av med varandra och sammanställa det som tagits fram. Patografier söktes fram gemensamt för att i ett första steg läsa igenom patografierna enskilt där meningsenheter valdes ut. Därefter arbetade Josefine och Sara gemensamt genom resultatdel, diskussion och slutsats. Josefine har varit huvudansvarig för sammanställning av bilaga och tabell. Sara har varit huvudansvarig för referenslistan.

Referenser

- Alvén, T. (2017). *Viktig: från matmissbrukare till träningsförebild*. Helsingborg: Hoi.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser. I. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (tredje upplagan s. 171-180). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis* (första upplagan). Stockholm: Natur & kultur.
- Erikson, K. (1991). *Pausen – En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Liber.
- Fox, J. R., & Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology, 20*(1), 27-36. doi: 10.1177/1359105313497526
- Graham, M. R., Tierney, S., Chisholm, A., & Fox, J. R. E. (2019). Perceptions of the “anorexic voice”: A qualitative study of health care professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*(6), 707–716. doi:10.1002/cpp.2393
- Grinneby, H. (2018). *Näringsrik*. Visby: Nomen.
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbø R. H., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *The international journal of eating disorders, 45*(8), 932-941. doi:10.1002/eat.22033
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2015). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders, 23*(3), 206–222. doi:10.1080/10640266.2014.981429
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 411-420). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- 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
- Jonsson, H., Nyman, A., & Josephsson, S. (2017). Narrativ analys. I. Höglund Nielsen & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (tredje upplagan s. 235-248). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 81-97). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 57-77). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (första upplagan). Stockholm: Natur & Kultur.

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

Libris. (u.å). Om Libris. Hämtad 2020-04-10 från http://librishelp.libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp?open=about

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I. Höglund-Nielsen & Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (andra upplagan s. 219-234). Lund: Studentlitteratur.

Marchant, L., & Payne, H. (2002). The experience of counselling for female clients with anorexia nervosa: a person-centred perspective. *Counselling & Psychotherapy Research*, 2(2), 127-132.

Matt Lacoste, S. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment approach. *Aggression & Violent Behavior*, 36, 76-80. doi:10.1016/j.avb.2017.07.006

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F & Holte A. (2006). The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564. doi:10.1002/eat20276

Orup, I., Orup, J., & Stenberg, J. (2014). *Det är för att du är så tjock*. Sverige: Mainor.

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

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Hämtad från riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Pemberton, K., & Fox, J. R. E. (2013). The Experience and Management of Emotions on an Inpatient Setting for People with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 226-238. doi:10.1002/cpp.794

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (andra upplagan s. 25-42). Lund: Studentlitteratur.

- Rance, N., Clarke, V., & Moller, N. (2017). The anorexia nervosa experience: Shame, Solitude and Salvation. *Counselling & Psychotherapy Research, 17*(2), 127–136. doi:[10.1002/capr.12097](https://doi.org/10.1002/capr.12097)
- Rance, N., Moller, N. P., & Clarke, V. (2017). Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology, 22*(5), 582-594. doi:[10.1177/1359105315609088](https://doi.org/10.1177/1359105315609088)
- Rehnsfeldt, A. (2012). Ömsesidighet och gemenskap i vårdandet. I. Wiklund Gustin & Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (första upplagan s. 408-418). Lund: Studentlitteratur.
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., Sawyer, F., Evans, C., & Lacey, J. H. (2014). Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa. *Eating Disorders, 22*(3), 233-243. doi:[10.1080/10640266.2013.867742](https://doi.org/10.1080/10640266.2013.867742)
- Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P. G., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., ... Cook, M. (2014). The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives. *Journal of health psychology, 21*(1), 16-27. doi:[10.1177/1359105313520336](https://doi.org/10.1177/1359105313520336)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2011). Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa: Familjeterapi, KBT, IPT, CAT. (SBU-rapport). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2019). En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv (SBU-rapport 302). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Tan, E., Hawkins, R., Tan, E. S. L., & Hawkins, R. M. F. (2017). Psychological and behavioural characteristics of females with anorexia nervosa in Singapore. *Eating & Weight Disorders, 22*(4), 657–666. doi:[10.1007/s40519-016-0317-1](https://doi.org/10.1007/s40519-016-0317-1)
- Upphovsrättslagen (SFS 1960:729). Hämtad från riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och_sfs-1960-729
- Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell), 18*(20), 2801–2808. doi:[10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x)

Weigel, A., Löwe, B., & Kohlmann, S. (2018). Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 27(2), 195-204. doi:10.1002/erv.2643

Wentz, E. (2014). Ätstörningar. I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (andra upplagan s. 284-305). Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association. (2020). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Hämtad 2020-04-15 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Yilmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2015). Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Adv Genomics Genet*, 2015(5), 131- 150. doi:10.2147/AGG.S55776

Årestedt, H. (2019). *Min sanning: kampen mot anorexia nervosa*. Stockholm: Books on Demand.

Bilaga 1 Exempel på kondensering och kodning av meningsenheter

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
...och att de tar mig på allvar. (Lagerstedt, 2015, s. 266).	De tar mig på allvar	Tar mig på allvar		Bli tagen på allvar
...och jag får ett stort förtroende för henne (Årestedt, 2019, s. 59).	Jag får förtroende för henne	Förtroende för henne		Känna förtroende
Ännu en gång satte vi oss i det där tråkiga samtalsrummet, med de fula blåa gardinerna, det runda bordet och ett gäng vuxna som såg ner på mig med intensiva blickar. (Grinneby, 2018, s. 48).	Ännu en gång satte vi oss i samtalsrummet, med ett gäng vuxna som såg ner på mig med intensiva blickar.	De vuxna såg ner på mig med intensiva blickar	Känna sig uttittad	Känna sig utlämnad
Det kändes som att det enda jag gjorde i mitt liv var att berätta om mig och mitt tillstånd för en massa olika läkare, undersköterskor och andra vuxna. Jag hade börjat bli ganska trött på det. (Grinneby, 2018, s. 37).	Det kändes som att det enda jag gjorde i mitt liv var att berätta om mig och mitt tillstånd. Jag hade börjat bli trött på det.	Det enda jag gjorde var att berätta om mig och mig tillstånd, jag hade börjat bli trött på det.	Tvingas upprepa sig	
Nåväl, jag bestämde mig för att träffa Susanne och märkte snart att hon var som alla andra vuxna.	Märkte snart att hon var som alla andra vuxna. Hon förstod ingenting.	Hon förstod ingenting	Inte känna sig förstådd	

Hon förstod ingenting. (Orup, et al, s. 30).				
Dessutom har jag överhuvudtaget ingen tillit till någon av dem eftersom de bytt läkare. (Lagerstedt, 2015, s. 257).	Har ingen tillit till dem eftersom dem bytt läkare	Har ingen tillit till dem		Bristande tillit
Rädd för vad hon ska tycka och tro om mig (Lagerstedt, 2015, s. 271).	Rädd för vad hon ska tycka om mig	Rädd för vad hon ska tycka		Känna oro och rädsla
Jag kände mig orolig och rädd över att jag nu skulle klara mig på egen hand. (Grinneby, 2018, s. 103).	Kände mig orolig och rädd över att jag skulle klara mig på egen hand	Orolig och rädd över att klara mig på egen hand		