

INLEDNING

Sjukdomen anorexia nervosa drabbar mer än en av hundra tonårsflickor och mer än en av tusen pojkar. Anorexia nervosa varar i genomsnitt tre år och är i och med detta en av de vanligaste sjukdomarna bland tonårsflickor (Socialstyrelsen 2001). Anorexia nervosa kan definieras som en svår aptitförlust relaterat till emotionella problem. Ordet anorexia nervosa verkar dock vara feltolkat då patienterna inte initialt förlorar sin aptit utan snarare lever med en skräck för att gå upp i vikt (George 1997).

Vart fjärde år genomför världshälsoorganisationen en undersökning av europeiska skolbarns hälsovanor. Undersökningen görs bland elever i årskurs 5, 7 och 9. Sedan 1993/94 har det funnits med frågor om kroppsuppfattning. Denna undersökning visar att en stor del av flickorna i årskurs 7 och 9 anser sig vara för tjocka och att en tredjedel av friska svenska flickor tycks övervärdera sin kroppsstorlek (Socialstyrelsen 2001).

För att kunna ge den vård och omsorg som behövs är det viktigt att ha kunskap och förståelse för hur och varför en person handlar som den gör. Det är därför av värde för vårdpersonalen att ha kunskap om hur patienter upplever sin livskvalitet (Gustafsson 1997). Det är även viktigt att ha en empatisk förmåga, detta innebär att en människa känner sig in i en annan människas situation (Arlebrink 1996). Isgren (2003) säger att den empatiska förmågan är en grundläggande del i den professionella omvårdnaden. Undersökningar har visat att ju mer kunskap vårdpersonal har om anorexia nervosa, desto positivare blir de till att vårda dessa patienter (George 1997). Georges (1997) studie har visat att patienter upplever den personal med goda kunskaper om ätstörningar mera villiga att hjälpa dem än de med sämre inblick i sjukdomstillståndet. Studien visar även att *”research has found that nursing staff have less positive impressions of anorexic patients and have negative attitudes towards patients with eating disorders, in which they are seen as ”difficult” patients with a self-induced illness”* (George 1997. p 902). Sjuksköterskorna har även en tendens att kategorisera dessa patienter som manipulativa. Det är dock av stor vikt att sjuksköterskor har en positiv attityd mot patienter som lider av anorexia nervosa då dessa patienter har benägenhet för att vara mycket känsliga för vad omgivningen anser om dem (a.a.).

BAKGRUND

ANOREXIA NERVOSA

Anorexia nervosa innebär en avsiktlig självsvält. Den drabbade upplever sig som fet och överviktig (Eriksson m fl. 2001). För att kunna fastställa diagnosen anorexia nervosa följs de så kallade DSM-IV-kriterierna. DSM är en förkortning av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders och dessa har utarbetats av American Psychiatric Association (Råstam m fl. 1995). Dessa kriterier är enligt George (1997) det mest aktuella sätt att fastställa diagnosen och lyder enligt följande:

- A. Vägran att bibehålla kroppsvikt över det som är normalt för ålder och längd.
- B. Intensiv skräck för att gå upp i vikt eller för att bli tjock, trots undervikt.
- C. Störd kroppsupplevelse vad gäller vikt eller form, eller förnekelse av allvaret med den låga kroppsvikten.
- D. Hos kvinnor, utebliven menstruation av tre i följd menstruationscyklar som annars skulle ha inträffat (a.a.).

Kriterierna delar in sjukdomen i två olika typer:

Med enbart självsvält: Under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (det vill säga självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: Under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (det vill säga självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang) (Råstam m fl. 1995).

ETIOLOGI

Etiologin kring anorexia nervosa är inte fastställd. Men Kings (2000) studie visar att det finns likheter hos de unga kvinnor som drabbats av sjukdomen. Dessa likheter ger uttryck genom att många av kvinnorna har extremt lågt självförtroende, känner sig ineffektiva, kommer från familjer med höga krav, är överaktiva, lider av perfektionism, och många har ett visst intresse för konst. Ett annat typiskt karaktärsdrag är att de har mycket stark självdisciplin (a.a.).

Det mest uppmärksammade symtomet på anorexia nervosa är avmagring, som är orsakad av extremt litet matintag som ibland är kombinerat med överdriven motion. Kräkningar och laxermedel är andra metoder som också används. Önskan att gå ner i vikt minskar inte ju magrare personen blir, de övervärderar smalhet. Denna rädsla är psykotisk och den blir inte mindre trots att vikten sjunker. Istället ökar rädslan för varje minskat kilogram (Råstam m fl. 1995).

SJUKDOMSFÖRLOPP

Ericsson m fl. (2001) anser att anorexia nervosa oftast uppstår efter ett medvetet bantningsförsök. Denna bantning kan ha till syfte att göra personen vackrare, komma i vissa kläder eller till följd av någons kommentar. I nästa skede kommer andra faktorer in. Bantningen har gett resultat och lett till positiva upplevelser av bemästrande, kontroll samt att personen har blivit positivt uppmärksam. Har personen en gång blivit uppmärksam söker denne en upprepning av detta. Ordet "smal" som blir väldigt positivt för personen förknippas med "vacker". Anorektikern känner sig ofta starkare ju tunnare hon blir och de negativa effekterna, som exempelvis sänkt hjärtfrekvens, lågt blodtryck och blåfärgad hud, kommer först senare och då är det ofta för sent att vända sjukdomen (a.a.).

Att leva med anorexia nervosa medför en hel del uppostringar. Till slut kan den som lider av sjukdomen känna att priset de får betala är för högt eller så blir trycket från omgivningen om att äta för stort. Om kvinnan då bestämmer sig för att äta igen kan detta snabbt leda till att hon tappat kontrollen över ätandet. Risken är stor att det blir en övergång till bulimia nervosa. Detta är ett vanligt fenomen som förr eller senare drabbar mer än hälften av alla anorektiker. Om inte behandling sätts in i tid medför sjukdomen inte bara extremt lidande utan även en ökad dödlighet (Ericsson m fl. 2001).

BEHANDLING

Råstam m fl. (1995) skriver att anorexia nervosa är en sjukdom där symtomen och orsakerna skiljer sig från person till person och därför behövs det olika behandlingsmetoder. De flesta av patienterna kan få behandling i den öppna vården men om de har en alltför kraftig avmagring måste de behandlas på sjukhus för att få den hjälp som de är i behov av. Information är en mycket viktig del i behandlingen då vissa specifika komplikationsrisker föreligger. Så fort diagnosen har fastställts skall den första åtgärden vara att samla familjen och ge dem så mycket information som möjligt om dessa specifika komplikationer. Dessa komplikationer kan vara sänkt hjärtfrekvens, lågt blodtryck och en ökad dödlighet. Prioritering nummer ett i behandlingen är att avbryta svälten och med den viktminskningen, för att istället vända det till

en ökning. Hur stor denna ökning skall bli avgörs från fall till fall. Ett mått att sträva efter är att flickor med amenorré skall nå en vikt där menstruationen kan förväntas återkomma. Information gällande normala matvanor och ätbeteenden samt näringsfysiologi och rådgivning av dietist är av stort värde. Individuella terapisaftal skall alltid föras i behandlingen. Det är lätt att glömma bort dessa och att endast fokusera på familjesamtal. Dessutom kan föräldrarsamtal användas och där kan det framgå hur föräldrarna hanterar ätproblemen och hur de känner inför att anorektikern vägrar äta (Råstam m fl. 1995).

Ätstörningar medför ofta konflikter med omgivningen. Familjebråk uppstår många gånger när det gäller anorektikerns makt och autonomitet. Det har visat sig att ju fler av beteendets modaliteter som engageras desto större och snabbare förändringar kan nås (se bilaga 1). Därför är patientens yttre sociala beteende en viktig och naturlig del i förändringen (Eriksson m fl. 2001).

Imaginativa behandlingsmetoder bygger på fantasier, drömmar, inre mentala bilder dels av sig själv men även av andra personer (se bilaga 1). Behandlingen inriktar sig på att bearbeta patientens kroppsbild och kroppsideal (Eriksson m fl. 2001). Att ha en störd kroppsuppfattning är central i anorexia nervosa. Det första steget i förändringen av kroppsbilden är att inte säga emot patientens uttryck om tjock-känslan. Då är det bättre att bekräfta att patientens känsla är en naturlig del av sjukdomen. När det handlar om analys av kroppsbilden kan patienten få en hemuppgift som består i att välja ut foton eller teckningar på kroppar som är hennes ideal. Dessa analyseras sedan ihop med terapeuten (a.a.).

Farmakologisk behandling förekommer också. Denna behandling ges utefter tre olika indikationer. Det är behandling av själva viktnedgången eller matvägran och av de psykiatriska symtomen som uppstår. Behandling av de medicinska komplikationer som drabbar anorektikern är den tredje indikationen (Råstam m fl. 1995).

OMVÅRDNAD

För att kunna uppfylla god omvårdnad för anorexia nervosa patienter är det nödvändigt för sjuksköterskor att etablera en terapeutisk relation till patienterna baserad på tillförlitlighet, stadga, erkännande av personen men inte av tillståndet, samt empati (King 2000).

George (1997) menar att anorexia nervosa patienter ofta har mycket svårt att släppa taget om sin kroppsfixering, och att uttrycka sina känslor. Detta får kvinnan inte bara att verka motvillig till samarbete, utan även till att bli distanserad och tillbakadragen. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om dessa svårigheter och att sjuksköterskan genom kunskapen om detta hjälper patienten att identifiera och uttrycka sina känslor. Detta kan endast uppnås i närvaro av en terapeutisk relation. Grundläggande hörnstenar i den terapeutiska relationen mellan sjuksköterska och patient är att vårdaren utstrålar pålitlighet och har en empatisk förmåga (a.a.). Georges (1997) studie visar även på att det är av stor vikt för sjuksköterskan att förstå dynamiken kring anorexia nervosa och då särskilt de psykologiska karaktärsdragen eftersom dessa drag inverkar på sjuksköterskans uppgift i att skapa ett terapeutiskt förhållande till de drabbade.

Gustafsson (1997) beskriver SAUK-modellen, en modell som använder bekräftelse som ideal för att utöva god omvårdnad i samband med dysfagi. Med bekräftelse menas en ömsesidig relation mellan patienten och vårdaren där båda parterna önskar att vara kvar i relationen (a.a.). Gustafsson (1997) menar att modellen baseras på livsförståelse och betonar patientens upplevelsemässiga innebörd som grund för omvårdnad. Syftet med den bekräftande

omvårdnaden är att bevara och underlätta människans livskompetens (se bilaga 1). De etiska delarna i omvårdnadsmodellen utgår från respekt för patientens autonomi, subjektivitet och individualitet. SAUK-modellen är uppbyggd i fyra anknutna faser, med omvårdnads mål i varje fas i syfte att upptäcka, bevara och gynna patientens livskompetens (a.a.).

- S-fasens omvårdnads mål är att uttrycka sympati, genom att vårdaren delar patientens oro, uttrycker medkänsla och ger uttryck åt omvårdnad.
- A-fasens omvårdnads mål är att skapa accepterande och möjliggörande av samtal genom att tillåta patienten att uttrycka det hon önskar och finner relevant. Det kan vara tankar, känslor, förhoppningar, föreställningar, önskningar, frågor och misslyckanden.
- U-fasens omvårdnads mål är att skaffa kunskap om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin livssituation genom patientens egna berättelser och reflektioner och från tidigare inhämtad kunskap och erfarenheter.
- K-fasens omvårdnads mål är att ge uttryck åt specifik kompetens baserad på kunskap om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin livssituation (a.a.).

Eftersom behandlingen av anorexia nervosa patienter ibland innebär tvångsvård blir autonomi ett centralt begrepp. Sundström (1996) menar att autonomi innebär att individen bestämmer eller har rätt att bestämma själv. Det är en rätt alla människor har och som måste respekteras av andra (Henriksen m fl. 2001).

Länge var det så att vården utfördes med mottot att vårdaren visste bäst. Det fanns ingen tanke på att patienten kunde ha insikt i sin egen situation utan vårdpersonalen fattade alla beslut (Arlebrink 1996). I hälso- och sjukvårdslagen går idag att läsa följande; ”hälso- och sjukvård ska byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet” samt att ”vården och behandlingen skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”(HSL 1982:763). För att patienten skall kunna delta i valet av behandling krävs information. Även detta står skrivet i hälso- och sjukvårdslagen. ”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns” (HSL 1982:763).

I den vanliga somatiska vården har patienter rätt att avsäga sig behandling. När det gäller psykiska störningar blir fallet annat. Lagen om psykiatrisk tvångsvård föreskriver att personer med allvarlig psykisk störning som därför är i behov av vård men motsäger sig den, skall påtvingas denna (Tännsjö 1998). De flesta av patienterna som drabbats av anorexia nervosa kan behandlas utan tvångsvård, men i de fall då sjukdomen blir livshotande är detta nödvändigt (Råstam m fl. 1995).

TEORETISK REFERENSRAM

Författarna har valt Lawtons definition på livskvalitet som teoretisk referensram. Lawtons definition på livskvalitet lyder ”*Quality of life is the multidimensional evaluation, by both intrapersonal and social-normative criteria, of the person-environment system of the individual*” (Lawton 1997, p. 45). Detta innebär att begreppet livskvalitet inte endast är en dimension, utan ett flertal faktorer att ta hänsyn till. Livskvalitet mäts dels utifrån sociala normer och utifrån personen själv. Dessa dimensioner bildar sedan ett komplex där de olika faktorerna måste sättas i relation till varandra för att ha betydelse för resultatet (a.a.). Lawton (1997) nämner fyra komponenter som är viktiga för helhetsbilden av livskvalitet; livskompetens, objektiv miljö, uppfattning av livskvalitet samt psykologiskt välbefinnande. Lawton (1997) menar att bejakande av betydelsefull fritid är viktigt för livskompetensen och därigenom för livskvaliteten. Detta är dock en faktor som ofta förbises. Objektiv miljö mäts enligt Lawton (1997) genom åtta olika komponenter och kan användas för att mäta hur vården

påverkar livskvaliteten. Dessa komponenter är välbefinnande, trygghet, personalantal, personaltillgänglighet, service, autonomi, kontroll och rapportering. De första fyra belyser strukturen på omvårdnaden och de resterande fyra lägger fokus på omvårdnadsprocessen. För att kunna uppfatta begreppet livskvalitet korrekt krävs att situationen ses ur både individens och omgivningens perspektiv. När det psykologiska välbefinnande mäts, studeras livet rent generellt och ur ett mer känslomässigt perspektiv (a.a). Dempster m fl. (2002) menar att sjukdom får oss att inse vad som är viktigt för oss i livet. Men sjukdom är bara en faktor som kan påverka livskvaliteten. Dessutom blir människor påverkade på olika vis. Det krävs kunskap om vad begreppet innebär och förståelse för att kunna hjälpa individen till en förbättrad livskvalitet. En persons livskvalitet kan påverkas av många faktorer men vissa av dem behöver inte vara hälsorelaterade (a.a.).

Vårdpersonal har ofta en annan syn på patientens liv än denne själv. Patienten är alltid den som vet bäst om sin situation och om sina känslor rörande denna. Om någon försöker värdera en annan persons livskvalitet kan detta uppfattas som förmynderi (Rustoen 1993). Forskning på förståelsekunskap inom omvårdningsforskning stöds på att kunskap bildar underlag för individualiserad omvårdnad. Då förståelsekunskap ingår i omvårdnad skapas enastående möjligheter att hjälpa den unika patienten (Gustafsson 1997). Enligt Lawton (1997) är livskvalitet ett multidimensionellt begrepp med flera olika faktorer att ta hänsyn till. Genom att som vårdpersonal öka sina kunskaper och förståelser för dessa faktorer, kan livskvaliteten hos patienter förbättras (a.a.).

SYFTE

Syftet med studien var att belysa hur kvinnor som drabbats av anorexia nervosa beskriver livskvalitet under sjukdomstiden.

METOD

Författarna har valt att göra en litteraturstudie med kvalitativ analys baserad på skönlitterära böcker. Genom att läsa skönlitterära böcker har författarna strävat efter att komma så nära en empirisk studie som möjligt.

URVALSGRUPP

Litteraturen valdes ut genom att författarna sökte böcker om anorexia nervosa dels på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek, sjukhusbiblioteket vid Blekingesjukhuset i Karlskrona samt stadsbiblioteket i Karlskrona och i Markaryd. Efter att ha fått ett antal liknande träffar på de olika biblioteken läste författarna recensioner om böckerna för att sedan välja ut relevant litteratur. För att ta reda på om böckerna var skrivna av kvinnor som själva haft anorexia nervosa och därav skildrar sina egna upplevelser av sjukdomen, söktes information om författarna till böckerna, på Internet för att ta reda på just detta.

Urvalsgruppen var svenska kvinnor som under sin tonårstid levde med anorexia nervosa. Författarna valde svenska kvinnor med anledning av att författarna till arbetet ville skildra upplevelserna ur ett svenskt perspektiv. Enligt Glant (1998) är anorexia nervosa en sjukdom där den rådande matsituationen är en påverkande faktor och då matsituationen skiljer sig från land till land är förutsättningarna för att drabbas olika. Eftersom författarna ville ha ett enhetligt resultat valdes att inte kombinera svenska och utländska författare. Genom att välja böcker med löpande text trodde författarna att det skulle bli lättare att fånga upp känslor och upplevelser samt att finna en röd tråd genom hela skildringen. Detta är viktigt för att kunna få svar på det syfte författarna valt. Böckerna valdes gemensamt ut av författarna. Orsaken till att tre böcker valdes ut var att två böcker kunde slumpmässigt visa samma resultat och tre böcker ger större validitet. Fler än tre böcker kändes inte aktuellt då tiden var för knapp.

Författarna tog ingen hänsyn till när böckerna var skrivna eftersom arbetet byggde på upplevelser vilka inte är tidsrelaterade.

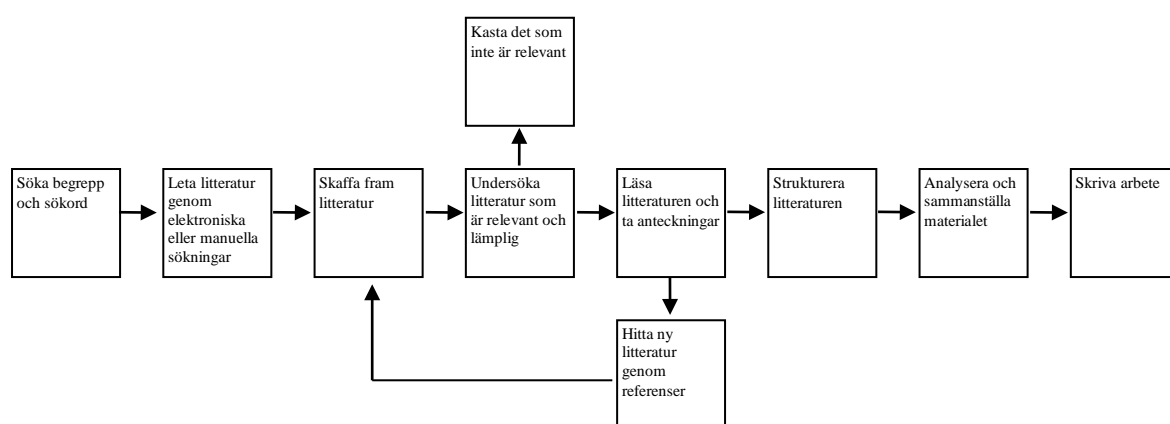
Inklusionskriterier:

- Enbart kvinnliga författare av böckerna.
- Böckerna skulle vara skrivna av svenska författare.
- Böckerna skulle vara skrivna av kvinnor som själva haft sjukdomen.

Exklusionskriterier:

- Böcker skrivna av andra än den drabbade själv.
- Böcker skrivna i dagboksform.
- Böcker som inte var baserade på verkliga händelser.

För att kunna genomföra litteraturstudien använde författarna sig av Polit m fl. (1999) flödesschema.



Figur 1, Polit m fl. 1999

Den litteratur som valdes var: *När mörkret kom* av Lina Strandberg (2000), *I himlen får jag äta* av Camilla Dahlberg (2000) samt *Ormen och jag* av Ann-Charlott Daher Larsson (1990). De böcker som analyserades innehöll tillsammans 492 sidor, varav endast 443 sidor ingick i analysen. Detta på grund av att en av böckerna innehöll ett avsnitt med någon annans reflektioner av kvinnans anorexi, och detta var inte relevant för studien.

ANALYS

Det fenomen som författarna ville beskriva i studien var hur kvinnor som drabbats av anorexia nervosa beskriver livskvalitet under sjukdomsperioden. Därför analyserades litteraturen genom en fenomenologisk inriktning kombinerad med en hermeneutisk strävan att uppmärksamma mänskliga fenomen. Olsson m fl. (2001) menar att fenomenologins mål är att presentera tydlig kunskap om upplevd erfarenhet. Det är ett försök till att direktbeskriva en upplevd händelse utan att ta hänsyn till händelsens ursprung och orsak. Fenomenologin fokuserar på den enskildes beskrivning av upplevelser och intresserar sig för att förtydliga det som framstår och på vilket sätt det framstår. Hermeneutiken syftar på att tolka och förstå människors liv och tillvaro och hur det kommer till uttryck i tal och skrift. Genom det talade och skrivna språket har människor möjligheten att förstå varandras upplevelser. Centralt inom hermeneutiken är möjligheten att tolka specificerbara meningar (Olsson m fl. 2001).

Författarna inspirerades av Burnards (1991) teori i analysarbetet. Denna metod följer fjorton steg, författarna valde dock att endast följa delar av metoden då alla stegen inte var relevanta att följa i analysarbetet för att nå fram till resultatet. Författarna läste först igenom alla tre böckerna var för sig med Lawtons definition av begreppet livskvalitet med sig. Under läsandets gång gjordes anteckningar angående sådant som författarna till arbetet upplevde som livskvalitet. Därefter diskuterades böckerna författarna sinsemellan och författarna fastställde att dessa böcker skulle granskas och analyseras. Efter detta påbörjades en ny granskning där författarna återigen var för sig, men nu mera aktivt sökte efter komponenter som berörde begreppet livskvalitet. När denna sökning var färdig satte sig författarna ner gemensamt och gick igenom vad var och en hade kommit fram till och en sammanslagning av resultaten utarbetades. Nästa steg i processen innebar att dela in den gemensamma tolkningen i olika områden som författarna upplevt som viktiga gällande kvinnornas livskvalitet utifrån Lawtons definition på livskvalitet. De komponenter som valdes ut var bejakande av betydelsefull fritid, vårdens inverkan på livskvalitet, kampen om livskvalitet samt psykologisk påverkan på livskvalitet. Dessa komponenter utsåg författarna till huvudkategorier. För att ytterligare tydliggöra resultatet delades huvudkategorierna in i mindre kategorier, dessa bildade underkategorier. Underkategorierna bildades genom att tolkningar som representerade liknande områden rörande livskvalitet, sattes samman.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Eftersom författarna av etiska skäl inte kunde genomföra intervjuer med kvinnor som drabbats av anorexia nervosa bygger resultatet på någon annans frågeställningar. Att genomföra intervjuer hade kunnat väcka starka känsloladdade reaktioner hos kvinnorna. Kvinnan kunde behöva få professionell hjälp efteråt för att kunna bearbeta de känslor som en intervju kunde väcka hos dem. Författarna hade inte den kunskap eller resurser för att ge kvinnorna detta.

RESULTAT

Resultatet redovisas genom kategorisering innehållande huvudkategorier och underkategorier.

Huvudkategori: BEJAKANDE AV BETYDELSEFULL FRITID

**Underkategori: LÅNGTAN EFTER NÄRHET
DEN DYRBARA FRITIDEN**

Huvudkategori: VÅRDENS INVERKAN PÅ LIVSKVALITETEN

Underkategori: STÖRD AUTONOMI OCH BRIST PÅ EMPATI

Huvudkategori: KAMPEN OM LIVSKVALITET

**Underkategori: KAMP OM RENHET
OMGIVNINGENS BRIST PÅ FÖRSTÅELSE**

Huvudkategori: PSYKOLOGISK PÅVERKAN PÅ LIVSKVALITETEN

**Underkategori: FLYKT FRÅN VERKLIGHETEN
TRYGGHET GENOM SJUKDOMEN
SJUKDOMSINSIKT**

BEJAKANDE AV BETYDELSEFULL FRITID

LÅNGTAN EFTER NÄRHET

Två av kvinnorna uttryckte en längtan efter fysisk närhet, medan den tredje kvinnan inte beskrev detta. Däremot kom hon till insikt över hur bra hon mårde då hon umgicks bland sina vänner och fick på så sätt en längtan efter kärlek.

”Jag tyckte inte om när man tog i mig, i min äckliga kropp. Det väckte starkt obehag. Samtidigt längtade jag efter närhet. Det var svårt. Hur skulle man visa sin kärlek – den ordlösa – utan kramar, utan en värmande hand i min hand, utan den vänliga kramen om min axel?... För jag behövde och längtade ju så innerligt efter tröst, efter trygghet, efter kramar och närhet” (Strandberg, s. 31).

En av kvinnorna beskrev hur sjukdomen skrämde iväg en av hennes bästa vänner. Detta väckte vrede och sorg eftersom hon inte hade förstått att sjukdomen skulle ha en sådan inverkan på hennes sociala band.

DEN DYRBARA FRITIDEN

Kontrollbehovet som följde med sjukdomen anorexia nervosa påverkade kvinnorna genom att stora delar av fritiden gick åt till att utföra tvångshandlingar. Dessa handlingar tog så mycket tid i anspråk att andrafritids aktiviteter fick stå åt sidan. Tvångshandlingarna kunde uttrycka sig genom allt ifrån höga betyg, allmän ordning och reda till omhändertagande av familjemedlemmar. Dessa handlingar var ett led i de höga kraven som kvinnorna ställde på sig själva. Trots att kraven ställdes av kvinnorna själva, mådde de dåligt av dem.

”Jag vill bli fri, fri från alla de krav jag har ställt på mig själv...” (Daher Larsson, s. 44).

Alla tre kvinnorna utsattes för en belöning/bestrafningsbehandling. Denna behandling påverkade kvinnorna på det sättet att den dyrbara fritiden togs ifrån dem som ett straff under sjukhusvistelsen. Detta kunde innebära att vänner inte fick komma och hälsa på, promenader och permissioner drogs in.

VÅRDENS INVERKAN PÅ LIVSKVALITETEN STÖRD AUTONOMI OCH BRIST PÅ EMPATI

Alla tre kvinnorna beskrev en maktlöshet i behandlingen av sjukdomen, vilket innebar en brist på autonomi. Kvinnorna kände en maktlöshet då beslut fattades över deras huvud. De fick en känsla av att ständigt vara övervakade och de saknade frihet. En av kvinnorna upplevde sig själv som en maskin till följd av behandlingen. Kvinnorna upplevde en stor brist på empati hos många av vårdarna. En av kvinnorna uttryckte en saknad av inlevelseförmåga och förståelse hos vårdarna. I vissa situationer ansåg denna kvinna att steget till sadism inte var långt borta. Vården kunde ofta kännas förödmjukande, i synnerhet i de fall då sondmatning blev aktuellt men även vid en sådan sak som att vägas. Längtan efter att själv få bestämma kunde bli så stor för kvinnorna att självmordstankar blev ett desperat tilltag att återfå autonomin. Vid de få tillfällena då vårdpersonalen ruckade på reglerna fick kvinnorna en känsla av att de var värd att respekteras.

”Förödmjukelsen över underkastelsen, självförakten över att varken orka eller våga protestera ordentligt är som att få ansiktet nedsmutsat av smuts och sedan inte ha ork nog att protestera mot behandlingen, utan bara ligga och låta den torka in...i själen” (Dahlberg, s. 51).

KAMPEN OM LIVSKVALITETEN

KAMPEN OM RENHET

För alla tre kvinnorna var det viktigt att känna sig ren. Med ren syftade de oftast på att vara rena från kalorier i kroppen. Detta innebar att de laxerade sig, framkallade kräkningar men helst av allt avstod de från att äta och dricka överhuvudtaget eftersom mat upplevdes som smuts, fylld med en massa smutsiga kalorier.

”Det är en vecka sedan jag sist stoppade en matbit i munnen. Jag har börjat känna mig ren, men ändå inte tillräckligt ren. Sedan i måndags har jag också lagt bort allt te och allt vatten. Ingenting avskryvbart och smutsigt ska få vidröra mina läppar. Man påstår visserligen att varken vatten eller te innehåller det där avskryvbara hemska giftet som kallas kalorier” (Dahlberg, s. 10).

OMGIVNINGENS BRIST PÅ FÖRSTÅELSE

Kvinnorna i böckerna uttryckte en längtan efter att ha kontakt med någon som förstod deras situation. Det fanns dock en konflikt i detta, de kunde inte begära att någon annan skulle förstå, då de inte själva gjorde det. De enda personer som kvinnorna kände förstod dem var andra anorektiker. De som kvinnorna upplevde förstod dem minst var vårdpersonalen. En kvinna upplevde det som att personalen ansåg att om hon bara gick upp i vikt så betydde det att hon var frisk, vilket kvinnan inte själv upplevde. Tankarna kring mat och vikt fanns fortfarande kvar. En annan kvinna upplevde att omgivningen spekulerade alltför mycket om hennes sjukdom och om orsakerna till denna. Hon upplevde ett förakt och att de tyckte att hon fick skylla sig själv som satt sig i denna situation. Kvinnorna beskrev att de hade två fiender, sig själva samt omgivningen med sina vakande ögon. Med att de själva var fiender syftade de på den goda rösten inom dem. Den goda rösten som utgjorde ett hot mot anorexia nervosa, rösten som lockade dem till att äta. Att ständigt bli övervakad och uttittad av omgivningen gjorde att de kände sig mycket ensamma. Trots denna ensamhet och frustration över omgivningens oförståelse och tjatande på att äta, kände alla ett stöd från någon i omgivningen.

”I bland kände jag mig så oerhört ensam...Ingen förstod hur det var att ha ett kaos inom sig. Jag klandrade inte någon för det, eftersom jag visste att det var omöjligt för dem att förstå, när inte ens jag själv gjorde det. Men ensamheten kändes lika svår ändå” (Strandberg, s. 32).

De tre kvinnorna hade alla någon som var värd att kämpa för. Detta ledde till att de ibland hade lättare för att äta, eftersom de åt för någon annan. Ett gemensamt drag hos de tre kvinnorna var att de mådde bra av att se andra i sin omgivning äta, samtidigt som de slogs av en förundran hur någon kunde äta utan att få ångest efteråt.

PSYKOLOGISK PÅVERKAN PÅ LIVSKVALITETEN

FLYKT FRÅN VERKLIGHETEN

Då anorexia nervosa är en sjukdom som kan te sig obegriplig både för omgivningen och för den sjuke själv, uttrycker de tre kvinnorna en känsla av behag av att åsamka sig fysisk smärta. Den fysiska smärtan upplevs av kvinnorna som mer hanterbar medan den psykiska smärtan känns obegriplig och förvirrande. De förstod vart den fysiska smärtan kom ifrån och att den skulle komma att gå över. Den fysiska smärtan dövar den psykiska smärtan. Detta leder till ett självdestruktivt beteende där handledsskärade var en metod som används.

” Jag skar mig i handlederna och gjorde mig avsiktligt illa ibland. På sätt och vis var det skönt. Skönt att känna någonting, skönt att slippa vara alldeles tom, skönt att känna en fysisk smärta, som gick att förstå, till skillnad från den som skapade kaoset inom mig” (Strandberg, s. 59).

En annan flykt från verkligheten var tankarna kring döden, som var återkommande hos kvinnorna. Ibland var dödslängtan större än livskraften. Kampen tillbaka till ett friskt liv kunde kännas jobbigare än att avsluta livet med dess lidande. En av kvinnorna hade religiös anknytning och hade där fått lära sig att självmord var en synd. Denna kvinna uttryckte att hon levde för att hon inte vågade dö. Gemensamt kände kvinnorna att döden var en trygghet, en sista utväg som fanns att ta till när allt annat blev för svårt.

TRYGGHET GENOM SJUKDOMEN

Sjukdomen anorexia nervosa var för kvinnorna inte bara en sjukdom utan hade även blivit en del av dem själva, en identitet. Att ha en identitet ledde till trygghet och därigenom kände kvinnorna trygghet i sin sjukdom. Kvinnorna i böckerna beskrev en rädsla för att släppa taget om sin sjukdom. De beskrev även en rädsla för alla typer av förändringar då detta innebar förlust av trygghet. Trots denna rädsla förstod kvinnorna att de var tvungna att lämna denna trygghet för att kunna bli friska. Tryggheten i sjukdomen bestod även av ansvarsfrihet som innebar att andra människor fattade beslut åt dem.

” Jag måste vara född med anorexin i blodet. Det är den del av mig som gör mig duktig och disciplinerad. Jag kan inte leva utan den för då skulle jag inte klara av någonting. Då skulle jag vara ännu fetare och latare än vad jag redan är. Varför vill de ta anorexin ifrån mig? Den är ju allt jag har, allt jag är” (Dahlberg, s. 152).

SJUKDOMSINSIKT

Kvinnorna i böckerna beskrev alla att de hade två inre röster, en god och en ond röst. En ständig kamp mellan dessa röster fördes, där den goda rösten representerade det sunda förnuftet och den onda rösten symboliserade anorexia nervosan. Genom att följa den onda rösten förstod kvinnorna att de gjorde sin kropp illa men att trotsa den onda rösten var för svårt. Att leva med dessa röster kunde beskrivas som att leva i ett avskryvärt fängelse. Andra människors uppfattning och åsikter rörande kvinnans kropp var mycket känsligt för henne. Hon intalade sig att andra såg henne som fet trots att omgivningen upprepade gånger påpekade att hon var sjukligt smal. Kvinnor med anorexia nervosa har en mycket störd kroppsuppfattning. Även om kvinnorna led av en kraftig undervikt kände de sig feta. Genom att se andra människor smala upplevde kvinnorna en önskan att få bli lika smala och fina som dem, detta trots att kvinnorna i själva verket var betydligt magrare. Avundsjuka var ett upprepande begrepp i böckerna. Avundsjuka i den mening att andra fick vara smala medan kvinnorna i böckerna göddes för att i deras ögon bli feta. Utseendefixering var ett centralt begrepp bland dessa kvinnor. Detta speglas tydligt genom handlingar för att förbättra utseendet. Det kunde innebära en extrem bantning för att bli smal och fin men även överdriven solning förekom. Trots en extrem utseendefixering uttryckte kvinnorna en frustration över det västerländska skönhetsidealet. Trots att kvinnorna levde med dessa skilda röster och tankar uttryckte kvinnorna en längtan efter ett normalt liv där utseendet inte spelade så stor roll och de kunde acceptera sina kroppar.

”Anorektiker är ju magra, sorgsna människor med svart i ögonen. Anorektiker är definitivt inte fettklumpar i alla fall. Jag kan inte vara en anorektiker” (Strandberg, s. 16).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Resultatet i studien byggdes på en litteraturstudie med anledning av att det skulle vara svårt att få ett etiskt tillstånd till att göra intervjuer med drabbade kvinnor.. Denna litteraturstudie baseras på tre skönlitterära böcker, skrivna av kvinnor som själva haft anorexia nervosa. På detta sätt strävar författarna till studien efter att göra en så närlik empirisk studie som möjligt utan att själva intervjua. Fördelarna med att göra på detta sätt tror författarna är att det leder till en bättre beskrivning av problemet, eftersom anorexia nervosa är ett känsligt ämne och de drabbade kvinnorna troligen skulle ha svårt för att öppna sig i en intervju. Författarna tror att de lästa böckerna på ett mera öppet sätt speglar känslorna under sjukdomstiden, då kvinnorna har haft tid på sig att bearbeta sina upplevelser och sätta dem på pränt utan att känna någon press från en intervjuare. En annan fördel är att författarna till arbetet fick tid till att bekanta sig med kvinnorna och deras situation innan analysen påbörjades. Olsson m fl. (2001) menar att forskaren bör försöka få en så fullständig bild av situationen som möjligt.

Det underlättade att följa Polit m fl. (1999) flödesschema i sökandet efter lämpligt material till studien eftersom det gav en bra struktur för litteratursökning.

Författarna läste böckerna utan att veta vad analysen skulle leda till. Polit m fl. (1999) menar att kvalitativa analyser fokuserar på att förstå ett fenomen utan att nödvändigtvis förutse vad resultatet kommer att visa. Även Olsson m fl. (2001) menar att förhållningssättet i den kvalitativa forskningen är förutsättningslöst. Författarna till arbetet upplevde att det var bra att inte bilda en hypotes om vad studien skulle leda till innan analysarbetet påbörjades. I och med detta blev resultatet inte färgat av förutfattade meningar. En tolkning gjordes av innehållet i böckerna där Lawtons definition av livskvalitet användes för att plocka ut upplevelser som ansågs av författarna till arbetet vara knutna till denna definition av livskvalitet. Polit m fl. (1999) förespråkar att kvalitativa analyser medför att författarna använder sig själva som instrument i analysen. Arbetet bygger på en tolkning som författarna till arbetet gjort på kvinnornas upplevelser under sjukdomstiden. När tolkningen av arbetet gjordes hade författarna till arbetet Lawtons definition av livskvalitet med sig. Tolkeningen som gjordes av författarna till arbetet, var nödvändig då begreppet livskvalitet är så komplext och eftersom kvinnorna inte uttryckligen beskrev vad som var livskvalitet för dem.

Det var bra att analysera materialet utifrån Burnards (1991) teori, då modellen förespråkar att man går igenom materialet ett flertal gånger för att bygga upp ett resultat. Det var även motiverat att i analysarbetet dela in fynden i olika områden för att tydliggöra resultatet, någonting som Burnard förordar.

För att ta reda på mer om författarna till den valda litteraturen gjordes sökningar på Internet. Detta för att ta reda på om litteraturen uppfyllde inklusionskriterierna. Detta var ett tidskrävande och mindre bra sätt att arbeta på då informationen i vissa fall var tvetydig. Författarna till studien kom dock inte på något bättre sätt att fastställa att litteraturen var relevant för studien.

Resultatet i studien bygger på författarna till arbetets egna tolkningar av livskvalitet enligt Lawtons definition. Resultatet är begränsat då det endast speglar tre kvinnors beskrivningar av sin sjukdomssituation. Detta leder till att resultatet kunde ha sett ut på ett annat sätt med någon annans tolkningar. Tillförlitligheten på resultatet ökade genom att en sammanslagning av två skilda analysarbeten gjordes. Kvinnorna beskrev sin sjukdomssituation på ett mycket ingående sätt. Detta ledde till att författarna till arbetet hade möjlighet att analysera ett stort antal sidor trots att endast tre böcker ingick i studien.

Genom att endast använda sig av svenska kvinnor i studien underlättas jämförelsen mellan kvinnorna i böckerna då de har samma förutsättningar till att till exempel få tag på mat. Även jämförelsen av behandlingen kvinnorna emellan möjliggjordes genom att alla tre kvinnorna vårdades i Sverige. Men eftersom studien enbart är gjord på svenska kvinnor och förutsättningarna för att drabbas av sjukdomen är beroende av rådande matsituation i landet, är inte resultatet överförbart på andra kulturer och länder.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visade att en av de faktorer som påverkade kvinnornas livskvalitet var behovet av fysisk närhet. Detta förhindrades genom att kvinnorna inte kunde acceptera att någon tog i deras kroppar som de upplevde som äckliga. Det uppstod därför en konflikt för de anorexia nervosa sjuka kvinnorna när de kände ett behov av fysisk närhet, men inte kunde tillåta sig själva att släppa någon så nära inpå sig, så att detta behov kunde uppfyllas. Detta finns inte bekräftat tidigare, det är dock bra att belysa detta då vårdpersonal och andra i anorektikerns omgivning bör känna till att en anorektiker kan vara känslig för fysisk kontakt.

Anorektiker tenderar att vara perfektionister, i den mening att de ställer höga krav på sig själva, har en stark självdisciplin samt har ett lågt självförtroende. Att leva med dessa krav på sig själv leder till att livskvaliteten påverkas, då personen tenderar att lägga idealet för god livskvalitet på en för hög nivå. King (2000) menar att det finns likheter hos de unga kvinnor som drabbats av anorexia nervosa. Dessa likheter ger uttryck genom att många av kvinnorna har extremt lågt självförtroende och är perfektionistiska (a.a.). Enligt författarna kan behovet av kontroll och perfektionism vara ett sätt för kvinnorna att eliminera riskerna för att bli kritiserade av omgivningen. Enligt George (1997) lever kvinnor med anorexia nervosa med en rädsla för vad omgivningen skall tänka och tycka om dem. Denna rädsla tror författarna till arbetet bottenar i det dåliga självförtroendet och är en följd av tidigare kritik.

Kontrollbehovet inkräktade på kvinnornas fritid då de var så fixerade vid att följa ett tvångsbeteende. Om kvinnorna misslyckades med att slaviskt följa sina tvångshandlingar bestraffade de sig själva genom att ta bort eventuella glädjestunder. Ericsson m fl. (2001) menar att sjukdomen anorexia nervosa medför en hel del uppoffringar och att priset de får betala till slut blir för högt. Ett exempel på detta är enligt författarna till arbetet att den betydelsefulla fritiden får stå tillbaka till förmån för tvångshandlingarna som uppstår till följd av kontrollbehovet och perfektionismen. Lawton (1997) anser att en betydelsefull fritid är mycket viktig för att livskvaliteten skall vara bra. Alla dimensioner i Lawtons (1997) definition på livskvalitet är lika viktiga eftersom det är ett komplex, och därför bör alla av dessa ha lika stor betydelse.

De tre studerade kvinnorna fick alla en mycket påminnande behandling. Trots att orsakerna till sjukdomen anorexia nervosa skiljde sig åt mellan de olika kvinnorna. Råstam m fl. (1995) menar att anorexia nervosa är en sjukdom där symtomen och orsakerna skiljer sig åt från

person till person. På grund av detta krävs individuella behandlingsmetoder (a.a.). Den behandling som kvinnorna fick var en så kallad belönings/bestrafningsbehandling som syftar på prestationer. Prestationer i den mening att om kvinnan lyckas gå upp i vikt eller äta upp all mat på tallriken fick kvinnan en belöning som kunde innebära längre promenader. Även sjukdomen anorexia nervosa bygger till stor del på prestationer, till exempel att gå ner så mycket som möjligt i vikt. Författarna till arbetet anser att en del i behandlingen borde vara att bryta prestationscirkeln istället för att bygga vidare på den.

I vården av anorexia nervosa patienter tas ofta autonomi ifrån patienten. Alla av de tre studerade kvinnorna kände att de ständigt var övervakade och upplevde att detta var ytterst jobbigt. Denna ständiga övervakning ledde till att kvinnorna kände sig nervösa och blev oroliga i andra människors närhet. Autonomibristen var stor hos de studerade kvinnorna, framförallt då det gällde behandlingen av sjukdomen. Det är viktigt för patienten att få vara en del av behandlingen. I hälso- och sjukvårdslagen kan följande läsas; ”hälso- och sjukvård skall byggas på respekt för patientens självbestämmande och integritet” samt att ”vården och behandling skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten” (HSL 1982:763). Vården som de tre studerade kvinnorna fick stred mot vad hälso- och sjukvårdslagen säger. Det är dock svårt att vårda anorexia nervosa patienter då det innebär en balansgång mellan empati och förmyndarskap. Ges för mycket empati kan vården bli ineffektiv då det riskeras att det ruckas på reglerna, men ett starkt förmyndarskap leder till brist på autonomi som i sin tur kan leda till att vården blir ineffektiv då patienterna riskerar att känna sig överkörda och inte delaktiga i de beslut som fattas rörande deras eget liv. Anorexia nervosa är dock en sjukdom där det är nödvändigt att hålla koll på patienterna. Detta är till exempel för att se till att de inte kräks eller motionerar direkt efter måltid. Denna kontroll gör så att autonomi störs. Eriksson m fl. (2001) hävdar att störd autonomi även kan uppkomma inom familjen och därigenom ställa till med konflikter inom denna.

De tre studerade kvinnorna upplevde vårdarna som oförstående inför sina situationer. Kvinnorna fick en känsla av att de fick skylla sig själva som utsatt sig för sjukdomen. De upplevde även att det inte var någon som brydde sig om vad de kände eller ville. George (1997) uppmärksammar detta fenomen i en studie och hävdar att undersökningar har påvisat att sjuksköterskor har en tendens att ge ett mindre positivt bemötande till anorexia nervosa patienter. Detta på grund av att sjuksköterskorna ser anorektikerna som svåra personer som själva har satt sig i sin situation. George (1997) belyser även hur viktig sjuksköterskornas attityd är för anorexia nervosa patienter då dessa är mycket känsliga för vad omgivningen anser om dem.

Befintlig litteratur har klarlagt att anorexia nervosa oftast uppstår efter ett bantningsförsök. Detta motstred vad de tre studerade kvinnorna berättade om sina sjukdomsuppkomster. Strandberg (2000) skriver att hennes anorexia nervosa inte började med ett bantningsförsök utan snarare som en reaktion på någonting som inte stämde i vardagen. Eriksson m fl. (2001) menar att anorexia nervosa oftast uppstår efter ett medvetet bantningsförsök. Sjukdomsupplevelsen hos de drabbade kvinnorna var tvetydig. De förstår att de är sjuka i sjukdomen anorexia nervosa och att de gör sig själva illa genom att tvinga sin kropp att bli smalare. Trots denna dramatiska viktneigung vill de fortsätta att gå ner ytterliggare kilogram. Råstam m fl. (1995) bekräftar att denna önskan att gå ner i vikt inte minskar trots att personen blir smalare och smalare. Istället ökar rädslan för att gå upp i vikt, med ju fler kilogram personen förlorar (a.a.). Patienterna kan samtidigt inte förstå hur de kan ha denna sjukdom då de är så tjocka. Ögonen kan inte se hur undernärd deras egen kropp var, men de kunde däremot se på andra människors och tycka att deras kroppar var smala och fina. Kvinnorna upplevde

även att andra människor såg dem som tjocka. Eriksson m fl. (2001) hävdar att en störd kroppsuppfattning är ett centralt begrepp gällande sjukdomen anorexia nervosa. Kampen mellan förståelsen och oförståelsen beskrevs som att leva i ett avskyvärt fängelse.

SLUTSATS

Det som framkommit i studien är att anorektiska kvinnors livskvalitet försämras under sjukdomstiden. En tydlig orsak till att livskvaliteten försämrades var att vårdpersonalen visade stor brist på empati och de gav inte heller utrymme för kvinnornas autonomi. Kunskapsnivån gällande anorexia nervosa tycks vara för låg hos vårdpersonal, enligt dessa kvinnor. Under arbetets gång har det framkommit att bristen på omvårdnadsforskning gällande anorexia nervosa är stor. Ett sätt att öka kunskapsnivån gällande området är att mer omvårdnadsforskning blir tillgänglig för personal som vårdar anorektiska patienter. Genom att på detta sätt höja kunskapsnivån förväntas vården till anorexia nervosa patienter bli bättre. Författarna till arbetet tror att ett sätt att höja vårdkvaliteten till anorexia nervosa patienter är att använda SAUK-modellen i omvårdnadsarbetet. SAUK-modellen har inte använts på anorexia nervosa patienter, det skulle dock vara intressant att se om modellen kunde förbättra vården för anorexia nervosa patienter. SAUK-modellen bygger på att vårdaren uttrycker sympati gentemot patienten och tillåter patienten att uttrycka sina önskemål rörande sin vård. Modellen talar även för att vårdaren skaffar sig kunskap om patienten och dess situation för att därigenom höja sin kompetens som är baserad på kunskap om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin livssituation.

REFERENSLITTERATUR

Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik. Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*. 11, 461-466.

Daher Larsson, A.-C. (1990). *Ormen och jag. Om en kamp mot anorexia*. Stockholm: Atlantis.

Dahlberg, C. (2000). *I himlen får jag äta*. Skellefteå: Ord och Visor förlag.

Dempster, M., Donnelly, M., Fitzsimons, D. (2002) "Generic, disease-specific and individualised approaches to measuring health-related quality of life among people with heart disease – a comparative analysis". *Psychology and Health*, 17: 447-457.

Eriksson, B., Carlsson, G. (2001). *Ätstörningar*. Lund: Studentlitteratur.

George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 899-908.

Glant, H. (1998). *Sluta svälta*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gustafsson, B. (1997). *Bekräftande omvårdnad – SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Henriksen, J.O., Vetlesen, A.J. (2001). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur.

HSL 1982:763. Willow, K. (red.). (2003). *Författningshandboken*. Stockholm: Liber AB.

Hässelberg, A., Allén, S. (1991). *Svensk ordlista*. Solna: Almqvist och Wiksell Läromedel AB.

Isgren, C., Lyckander, S., Strömberg, B. (2003). *Omvårdnad*. Stockholm: Liber.

King, S.J. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 32(1), 139-147.

Lawton, M.P. (1997). Measures of quality of life and subjective well-being. *Generations*. 21(1), 45-48.

Olsson, H., Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen - Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit, D., Hungler, B. (1999). *Nursing Research, Principles and Methods, 6th Edition*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsens kundtjänst.

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

Sundström, P.(1997). *Sjukvårdens etiska grunder*. Göteborg: Daidalos AB.

Svenska akademien. (1998). *Svenska akademins ordlista över svenska språket*. Falkenberg: Ytterlids.

Tännsjö, T. (1998). *Vårdetik*. Falun: Thales.

Rustoen, T. (1993). *Livskvalitet. En utmaning för sjuksköterskan*. Arlöv: Almqvist och Wiksell.

Råstam Bergström, M., Gillberg, C., och Gillberg, C. (1995). *Anorexia nervosa. Bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

BILAGA 1

ORDFÖRKLARINGAR

Modaliteter = grad av visshet hos en utsaga (Svenska akademien, 1998).

Imaginativa (Imaginär) = överklig, endast tänkt (Hasselberg, Allén, 1991).

Livskompetens = Förståelsen om oss själva och våra resurser (Gustafsson, 1997).