



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Kvinnors upplevelser av omvårdnad vid anorexia nervosa

- En kvalitativanalys av patografier

Beatrice Holmqvist

Emelie Högh

Handledare: Ewy Olander

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona december 2014

Kvinnors upplevelser av omvårdnad vid anorexia nervosa

- En kvalitativ analys av patografier

Beatrice Holmqvist
Emelie Högh

Sammanfattning

Bakgrund: Anorexia nervosa är en psykiatrisk sjukdom som kännetecknas av en skev kroppsuppfattning och en målmedveten självsvält. Det är vanligt att patienter med anorexia nervosa döljer sitt sjukdomsbeteende och sina symtom. Detta kan leda till att det kan vara svårt för sjuksköterskor att kunna ge en god omvårdnad eftersom de inte förstår personers upplevelser helt. För att kunna bemöta patienter med anorexia nervosa är det viktigt att sjuksköterskan får stöd och kunskap inom omvårdnad för att kunna bemöta sjukdomen.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av omvårdnad vid anorexia nervosa under tiden på sjukhus.

Metod: Studien genomfördes som en kvalitativ analys av tre patografier. Graneheim och Lundmans beskrivning av innehållsanalys användes som analysmetod.

Resultat: I analysen kom de fram meningsenheter och det resulterade i tre kategorier, rädd och ensam, maktlös i omvårdnaden samt mot ett tillfrisknande. Det uppkom även sju underkategorier. Analysen visade på att kvinnorna i studien kunde uppleva en rädsla för att inte få hjälp och även en känsla av att vara ensamma i sin situation vid anorexia nervosa. De kunde även uppleva att omvårdnaden bara var anpassad efter sjukdomen och inte för den unika individen. Omvårdnaden kunde upplevas som negativ och felaktig, vilket kunde leda till att kvinnorna kände sig tvingade, kränkta och det skapade en känsla av ångest hos dem. Däremot verkade det finnas en längtan hos kvinnorna om att bli friska och genom god omvårdnad ökade chansen mot ett tillfrisknande.

Slutsats: Kvinnorna i patografierna upplevde omvårdnaden vid anorexia nervosa främst som negativ. Även bemötandet av vårdpersonal hade en avgörande betydelse för hur kvinnorna upplevde omvårdnaden och det påverkade möjligheten till förbättring. Resultat av studien kan komma att vara lämplig för sjuksköterskor som möter dessa patienter. Genom att använda sig av studien kan kunskapen öka för att kunna bemöta patienterna, med en bättre attityd och få en ökad förståelse för den individuella omvårdnaden.

Nyckelord: anorexia nervosa, kvalitativ analys, sjukhusvistelse, sjuksköterska, patient, patografi.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Anorexia nervosa	5
Omvårdnad vid anorexia nervosa	6
Teoretisk referensram	8
Syfte	8
Metod	9
Datainsamling	9
Beskrivning av valda patografier	10
Dataanalys	11
Resultat	12
Rädd och ensam	12
Oro för att inte få hjälp	12
Känna sig ensam	13
Maktlös i omvårdnaden	13
Känna sig tvingad	14
Känna sig kränkt	14
Känna ångest	15
Mot ett tillfrisknande	16
Längtan efter att få hjälp	16
Stöd för tillfrisknande	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats	23
Självständighet	23
Referenser	25
Bilaga 1 Innehållsanalys	28

Inledning

Med hänvisning till Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders kriterier (DSM) anger Engström (2012) att incidensen för unga kvinnor som drabbas av anorexia nervosa (AN) varje år är ungefär 10-40 nya fall per 100 000 kvinnor i Sverige. Clinton och Norring (2012) anger att det börjar ofta med att individen känner att han/hon inte är nöjd med sin kropp. Det uppkommer vanligtvis med ideal från samhället med vikt och kroppsform, vilket ställer höga krav på individerna. I en rapport från 2004 angav World Health Organization (WHO) att det fanns kunskap om AN men den är inte tillräcklig och behöver utvecklas. Berglund (2014) visar tio år senare att det saknas samlad kunskap om omvårdnad vid AN då det inte finns något färdigt kvalitetsregister. Däremot har det påbörjats ett register under 2013 som heter RIKSÄT för att underlätta och utveckla behandling och metoder inom vården för ätstörningar. Det finns ett flertal omvårdnadsåtgärder för individer med AN som Clinton och Norring (2012) tar upp, där det handlar om olika former av insatser i omvårdnaden. För cirka 20 år sedan beskrev Råstam-Bergström, Gillberg och Gillberg (1995) att det fanns problem kring omvårdnad för AN, då den hade kommit i skymundan medan viktuppgång ständigt var i centrum. Studier av såväl Colton och Pistrang (2004) som Tierney (2008) visar att det fortfarande fanns problematik angående hur patienterna med AN ansåg att vårdpersonal fokuserade för mycket på viktuppgång och för lite på det psykiska måendet, fast att AN är en psykiatrisk sjukdom. Deltagarna i studierna upplevde att personalen missade det väsentliga i omvårdnaden, vilket gjorde att det blev en ineffektiv vård och det minskade möjligheter till återhämtning. Dessa studier indikerar att det inte har skett någon större förändring på 20 år i hur patienter med AN upplever situationen kring omvårdnaden för deras sjukdom. McCance och McCormack (2013) förklarade att en av sjuksköterskans kärnkompetenser är personcentrerad omvårdnad. De innebar att det var viktigt att sjuksköterskan gav den omvårdnad som var mest lämpad för den unika individen och på så sätt skapa en god förmåga att kommunicera med patienten. Det gör att det är av vikt att utföra studien för att se hur kvinnor med AN kan uppleva omvårdnaden idag.

Bakgrund

Anorexia nervosa

Enligt Watson och Andersen (2003) är AN en psykiatrisk sjukdom, där individens kroppsvikt sjunker långt under den vikt som är ideal för den specifika individen. Clinton och Norring (2012) beskriver att debuten av AN ofta framkommer i unga år och debutåldern har varit ungefär samma under alla år. Det är inte ovanligt att individer med AN har haft sjukdomen i flera år innan de själva eller omgivningen ser problemet och inser att professionell hjälp behövs. Clinton och Norring (2012) beskriver också att ytterligare en anledning till att det tar tid innan individer med AN får hjälp, är att det är långa väntetider till att få specialistvård för ätstörningar. Clinton och Norring (2012) beskriver att AN utvecklas från en period med bantning, då individen minimerar sitt ätande. Statistik som Clinton och Norring (2012) tolkar att unga kvinnor som bantar, är risken åtta gånger större att utveckla ätstörningar än de kvinnor som inte använder sig av bantningsmetoder. Hoek och van Hoeken (2003) visar på att AN är en sjukdom där en målmedveten bantning vanligtvis i kombination med överdriven motionering utförs, vilket kan leda till en ihållande låg vikt hos patienten. Andra kännetecken för AN enligt Hoek och van Hoeken (2003) är en störd uppfattning av sin kropp, önskan att minska i vikt, amenorré, en stor rädsla för fetma och en förnekelse av sjukdomens allvar. Bulik, Reba, Siega-Riz och Reichborn-Kjennerud (2005) visar på att patienter som utvecklar AN har vanligtvis en ökad fysisk aktivitet, minskad självkänsla och en form av perfektionism. Norring och Clinton (2012) beskriver att AN startar vanligtvis med självsvält men däremot utvecklar ungefär 50 % ett hetsättningsbeteende under sjukdomsförloppet. Steinhausen (2002) visar på att sjukdomsförloppet hos patienter med AN har överlag en negativ utgång, då mindre än 50 % återhämtar sig, cirka 30 % mår bättre men blir inte helt friska och cirka 20 % blir kroniskt sjuka i AN. Enligt Cockell, Zaitsoff och Geller (2004) så är återfall vanligt (33-63%) efter behandling och diagnosen innebär en hög grad av dödlighet, självmordsförsök och självmord. AN drabbar främst yngre personer och framförallt kvinnor (Hoek och van Hoeken, 2003). Norring och Clinton (2012) beskriver att 90 % av dem som insjuknar är kvinnor.

I en studie av Tierney (2008) kom de fram att kvinnor med AN upplevde att de inte kunde bli friska förens dem insåg att de var sjuka och viljan fanns. Kvinnorna upplevde även en rädsla för att det skulle bli återfall i sjukdomen och att beteendena skulle komma tillbaka. Enligt Hoek och van Hoeken (2003) är ett av kriterierna för att få diagnosen AN ett BMI under 17,5. Norring och Clinton (2012) beskriver att det finns två sätt att diagnostisera AN, nämligen enligt WHO's International Classification of Diseases-system (ICD) eller DSM-systemet som härstammar från USA. DSM-systemet visar inte att det är AN men det tar fram tydliga indikationer som tyder på en ätstörning som till exempel rädsla för viktuppgång och fixering av vikt samt kroppsform med mera. Norring och Clinton (2012) framhäver att AN är en multifaktoriell sjukdom som kan göra att patienten utvecklar individuella egenskaper för sjukdomen. Norring och Clinton (2012) beskriver att AN vanligtvis finns i kombination med ångest. Det beror på att vid AN har patienten ofta stark oro för viktuppgång, rädsla för situationer som kretsar kring mat och oro för hur andra uppfattar deras kroppar. Nilsson och Hägglöfs (2005) studie som var gjord på enbart kvinnor, visar på att 80 % av deltagarna led av psykisk ohälsa. De visar på att det var ångest, depression, tvångsmässigt beteende och fobier som präglade den psykiska ohälsan som individerna i studien upplevde. Norring och Clinton (2012) tar upp att en annan vanlig kombination med AN är tvångsmässigt beteende, vilket ungefär 16 % av de insjuknade patienterna har.

Omvårdnad vid anorexia nervosa

Lundh och Malmquist (2009) förklarar begreppet omvårdnad som innebär att bevara eller återfå optimal hälsa för individen. Det innebär också att tillgodose individens egna behov och ta tillvara på hans/hennes resurser genom att belysa fysiska, psykiska, sociala och kulturella aspekter. Enligt King och Turner (2000) finns det kunskap om att patienter med AN ofta döljer sitt sjukdomsbeteende och sina symtom. Det här gör det svårt för sjuksköterskan att inte misstro patienten och på så sätt kunna ge en god omvårdnad. King och Turner (2000) visar även på att om sjuksköterskorna inte får rätt kunskap och tillräckligt med stöd i omvårdnaden vid AN, kan det ha en betydelse för patienterna. Då kan sjuksköterskorna ta avstånd för att skydda sig själva och minskat fokus blir då till patienten. Om sjuksköterskorna tar avstånd från patienterna kan det leda till att omvårdnadsåtgärderna och målet för den enskilde patientens hälsa kan bli svårt att nå. Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor innefattar säker vård. Det innebär att sjuksköterskan har som ansvar att utföra en säker vård och på så sätt öka patientsäkerheten. Ödegård (2013) beskriver utifrån en

av sjuksköterskans kärnkompetenser att säker vård för patienten innebär att minska risken negativa händelser inom hälso- och sjukvård och maximera återhämtning för patienten. Ödegård (2013) beskriver så väl som Socialstyrelsen (2005) att vårdskada handlar om skador som uppkommit i vården men som har bedömts möjliga att hindra. Genom att minska vårdskador ökar den säkra vården.

Enligt Daigneau och Saewyc (2007) har sjuksköterskan en betydande roll, då hon har hand om tillsyn, ser till att vårdplanen följs och dokumenterar fysiska framsteg hos patienterna med AN. Daigneau och Saewyc (2007) visar på att sjuksköterskan även har ansvar för att omvårdnadsåtgärder genomförs i samarbete med patienten. Begreppet omvårdnadsåtgärder har enligt Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2013) för avsikt att förbygga ohälsa och främja hälsa, samt bevara eller återställa hälsa och skapa välbefinnande hos patienten. Omvårdnadsåtgärder kan se ut på olika sätt, det kan vara att underlätta, skydda eller begränsa. Efter det motivera, distrahera eller stödja patienten till att utföra eller avstå från att göra handling. Nevenen (2012) framhäver att en del av omvårdnaden för AN är att bryta svälten och på så sätt få patienten att ha en normal kost- och motionshållning. Som sjuksköterska kan ett exempel vara att informera och gå igenom tallriksmodellen då patienter med AN ofta upplever att de har svårt att veta hur en normal portion ska se ut. Nevenen (2012) hävdar även att det är vanligt bland anorektiker att kompensera sitt ätande med överdriven motion och många upplever en ångest vid tanken på att minska den fysiska aktiviteten. Det är då viktigt som sjuksköterska att finnas där som stöd och även att informera och utbilda dessa patienter att träna för att uppnå hälsa och inte överdriva motion. En annan del i omvårdnaden som Nevenen (2012) tar upp är att väga patienten mer sällan för att fokusera på mat och motion i normal mängd istället. Det är även viktigt med social träning och det kan ske i samband med gruppaktiviteter för att skapa nöje och hälsa och där igenom minska individuell träning där viktminskning ofta är målet. I en intervjustudie av Tierney (2008) indikerade resultatet att patienterna kunde uppleva att de inte var lika viktiga som de andra på avdelningen och att personalen fokuserade på viktuppgång och inte på dem som unika personer. Resultatet från studien av Tierney (2008) indikerade också på att personerna med AN kunde uppleva att personalen inte ville skapa en relation till patienten och ingen sympati gavs. Det kunde leda till att omvårdnaden inte blev anpassad till individens behov.

Teoretisk referensram

Erikssons (1991) Caritativa teori- att lindra lidande bygger på caritas vilket betyder kärlek. Eriksson beskriver tankar om caritas som utgör det centrala i allt vårdande. Caritastanken utgör även det centrala i alla mellanmänskliga relationer, vilket innebär att relation mellan människa till människa bygger på kärlek. Eriksson (1993) skriver att caritas är grunden för att lindra mänskligt lidande. Människan är i konstant strid mellan det onda och det goda, vilket kan översättas till lidande och lust. Eriksson (1993) menar att det kan bli en obalans mellan parterna, då det onda tar över och går emot människans natur som gör att den lidande människan kan behöva omvårdnad för att härda ut sitt lidande. Eriksson (1993) skriver att då människan upplever striden som störst mellan lidande och lust, har denne ofta svårt att delge sitt lidande till omgivningen. Många patienter med AN upplever att de har två sidor inom sig, den sjuka och den friska.

Eriksson (1991) beskriver begreppet upplevelse och menar att grunden för en individs upplevelsevärld beror på vad han/hon har för medvetenhet och självmedvetenhet. En individs upplevelser är individuella och omgivningen kan aldrig tolka eller förstå dennes upplevelser helt. Utifrån Erikssons (1993) teori kan det tolkas att individer med AN behöver individuell utformad vård, för att kunna uppnå optimal hälsa eftersom individerna visar upp olika beteenden kring AN. Eriksson (1991) skriver att vårdandet är att visa vägen för den lidande individen men att vara en vägledare kräver att han/hon känner till den kommande vägen och de olika möjligheterna. Förmågan att ta emot hjälp kan vara en avgörande faktor för att uppnå hälsa, en individ som är i ett tillstånd så som AN så är det inte säkert att han/hon kan ta emot hjälp. Eriksson (1993) beskriver att lidandet påverkar människans värdighet och varje gång individer med AN lider kan de uppleva sig som kränkta och det i sin tur kan leda till att de ofta undviker att tala om sitt lidande för omgivningen.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av omvårdnad vid anorexia nervosa under tiden på sjukhus.

Metod

Studien baserades på en kvalitativ analys av patografier. Skott (2012) beskriver att patografier är självbiografier med inriktning på sjukdomar. Skott (2012) förklarar att självbiografier används för att få svar, en ökad förståelse och lärdom för en viss kategori av människor ur deras sjukdomsperspektiv. Enligt Marshall och Rossmans (2011) studie har kvalitativ design ett helhetsperspektiv och det har även i uppgift att beskriva individers upplevelser av ett fenomen. Kvalitativ design innebär enligt Olsson och Sörensen (2011) att inte någon ny kunskap gavs men den kan ge en ny förståelse och få ett nytt holistiskt perspektiv på tidigare kunskap.

Datainsamling

Libris användes som sökmotor för att lokalisera patografier. Libris är kopplat till svenska bibliotek och innehåller över sju miljoner titlar (Forssblad, 2013). I det första steget i sökningen användes anorexia nervosa som sökord i ämnesspalten i Libris, med kriteriet att det skulle vara i bokform och sökningen resulterade i 322 träffar (Tabell 1). I första urvalet var kriteriet att böckerna skulle vara skrivna på svenska eller översatta till svenska vilket gav 132 böcker. I andra urvalet skulle böckerna vara skrivna mellan 1999-2014, vilket gav ett tidsspänn på 15 år och resulterade i 54 böcker. Efter urval två gjordes en manuell granskning som utfördes på de 54 böckerna. Böckerna granskades utifrån inklusionskriterierna och tio böcker kvarstod. Inklusionskriterierna som användes var att patografierna skulle vara skrivna av kvinnor som har eller hade haft AN och behandlar deras upplevelser av omvårdnad. Ytterligare ett kriterium var att det skulle vara under tiden på sjukhus, det innebar att det endast skulle vara omvårdnad som gavs inom slutenvård. Exklusionskriterier för studien var att andra sjukdomar inte skulle vara i kombination med AN, men däremot var följsjukdomar av AN godkända. Den manuella granskningen innefattade att böckerna lästes om på Bokus och Adlibris. Eftersom Bokus och Adlibris har korta beskrivningar på böcker på sina hemsidor lästes dessa för att kunna få en förståelse för vad böckerna innehöll. Därefter kunde böckerna sorteras ut som inte passade ihop med syftet och kriterierna för studien. De tio böcker som togs fram lästes igenom ytligt för att finna de böcker som var mest lämpade till studien utifrån inklusion och exklusionskriterierna, det resulterade i tre patografier. I den första patografien var det ca 1/3 som utspelade sig på sjukhus, i de andra två patografierna var det cirka hälften av sidorna som handlade om tiden på sjukhus. Det innebar att det var endast dessa sidor som genomgick innehållsanalys.

Tabell 1

Litteratursökning

Sökning	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Manuell granskning	Valda böcker
1	Anorexia Nervosa	322	132	54	10	3

Ämne sökning 1: Anorexia nervosa. Sökningen gjord: 29/9-14.

Beskrivning av valda patografier

Zebraflickan, Sofia Åkerman, 2005

Boken utspelar sig i början av 2000-talet och ett par år framåt, den handlar om Sofia och hennes sjukdomsförlopp med anorexia nervosa. I boken följs allt från sjukhus tiden till hur hon frisknar till. Sofia beskrev på flera ställen i boken hur hon blivit bemött och vilken omvårdnad hon har blivit erbjuden inom hälso och sjukvård i sin anorexia nervosa.

När mörkret kom, Lina Strandberg, 2000

Lina beskrev sin sjukdomshistoria om anorexia nervosa, den debuterade 1995. Lina förklarade sin tid före insjuknandet och tiden på sjukhus. Boken är skriven för att få en större inblick av hennes perspektiv på anorexia nervosa och hur hon tog sig vidare i livet. I boken tog hon upp olika bemötanden från olika professioner på sjukhuset och vilken omvårdnad som hjälpt henne.

Ludenben, Katarina Samuelsson, 2004

Boken handlade om Katarinas upplevelser av anorexia nervosa och hennes sjukdomstid som började någon gång under 1990-talet. Katarina hade varit på sjukhus ett flertal gånger och inlagd på ett flertal vårdavdelningar. Utifrån sin sjukdomshistoria beskrev hon bemötandet och omvårdnaden som hjälpte henne bort från sjukdomen.

Kvinnorna från patografierna var inlagda på både psykiatriavdelningar och vanliga vårdavdelningar så som till exempel medicinsk akutvårdsavdelningen. Det var svårt att avgöra vilka olika professioner som de har mött, då det kan vara svårt för patienter att avgöra skillnaderna på dessa. På grund av det så kom dessa professioner att benämnas som vårdpersonal i studien. Vårdpersonal innefattade sjuksköterska, undersköterska, skötare, sjukgymnast och psykolog. Omvårdnad är huvudsakligen sjuksköterskans ansvar men alla i vårdteamet utför omvårdnad på ett eller annat sätt, som till exempel sjukgymnasten ansvarar för de fysiska framstegen och psykologen för de psykiska aspekterna.

Dataanalys

De tre inkluderade patografierna analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Olsson och Sörensen (2011) menar på att en kvalitativ innehållsanalys innebär att vetenskapligt granska dokument.

I innehållsanalysen tar Graneheim och Lundman (2004) upp hur processen går tillväga. Studien utgår ifrån en manifest ansats med latent inslag. Den manifesta innehållsanalysen är textnära och lämnar inget utrymme för egen tolkning, men med latent inslag lämnas ett visst utrymme till forskaren för viss egen tolkning. Graneheim och Lundmans modell (2004) av innehållsanalys består av meningsenhet, kondensering, kod, kategori och underkategori. Innehållsanalysens första steg innebar att patografierna lästes igenom ett flertal gånger för att få ett helhetsperspektiv. I det andra steget togs sidorna om tiden på sjukhus ut, genom att markera dessa med post-it lappar. Därefter lästes de markerade sidorna igenom ytterligare en gång för att välja ut meningsenheter som var utdrag direkt ifrån texten och som beskrev omvårdnad vid AN. Meningsenheterna som togs ut kondenserades så att kärnan ur meningsenheten tydligt kom fram. Det var det tredje steget i Graneheim och Lundmans tolkning. Efter kondenseringen skedde fjärde steget, kodningen, vilket innebar att ett centralt ord bildades för hela kondenseringen. Alla koder fick var sin post-it lapp, som sedan sorteras i grupper av liknande koder. Det gjordes på grund av att det skulle underlätta att göra kategorier. Grupperna av koder bildade sedan kategorier som svarade mot studiens syfte, vilket utgjorde det femte steget i tolkningen. Därefter bildade kategorierna tillsammans ett flertal underkategorier, för att det fanns skillnader i kategorierna (Bilaga 1).

Resultat

I analysen framkom tre kategorier och sju underkategorier av kvinnornas upplevelser av omvårdnad vid anorexia nervosa under tiden på sjukhus (Figur 1).

Figur 1. Kategorier med underkategorier

Rädd och ensam

Kategorin rädd och ensam visade på att kvinnorna i patografierna upplevde en viss rädsla att inte få den hjälp de ville ha på grund av att de inte upplevde sig tillräckligt sjuka. Ur analysen uppkom en känsla av ensamhet under tiden på sjukhus, på grund av att vara ensam i sin anorexi och att omgivningen hade svårt att sätta sig in i situationen för kvinnorna (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000; Åkerman, 2005). Kategorin representerades av de två underkategorierna: ”oro för att inte få hjälp” och ”känna sig ensam”.

Oro för att inte få hjälp

Kvinnorna upplevde att de kände en viss oro för att inte få den hjälp som de behövde. De kände även att de inte visste hur de skulle få hjälp med omvårdnaden för att bli bättre, då de inte ens hade sig själva. Vårdpersonalen frågade hur de kunde hjälpa kvinnorna, men de visste inte vad de skulle svara. Upplevelsen av att inte få hjälp skapade en rädsla och en

känsla av oro för att inte göra omgivningen nöjda, för att vårdpersonalen inte skulle vända bort hjälpen under tiden på sjukhus. Om patienterna valde att inte samarbeta fanns risk att de upplevde att omvårdnaden och stödet minskade från vårdpersonalen, det var stöd som kvinnorna upplevde som viktigt togs ifrån dem på grund av att ingen förbättring hos patienten syntes till (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000).

Jag vågar inte gå ner i vikt till måndagsmorgonsvägningen. Då kanske avdelning 33 inte tycker om mig. Vänder mig ryggen, vänder bort hjälpen.
(Samuelsson, 2004, s 96.)

Känna sig ensam

Ur analysen reflekterades att det fanns en upplevelse av att vara ensam trots att det fanns mycket personer runt omkring som försökte hjälpa men de förstod ändå inte hur kvinnorna kände sig, då de inte upplevt sjukdomen själva. Kvinnorna kände att ensamheten var påtaglig och de upplevde att de var små och ensamma, då det fokuserades på vikten och inte på patienterna som individer och omvårdnaden. I analysen framhövdes det att individerna upplevde att de många gånger utkämpade kampen mot AN själva, vilket ledde till rädsla, uppgivenhet och att det inte fanns någon rimlig utväg för att bli friska. Kvinnorna kände en önskan om att någon skulle sitta vid deras sida när de var på sjukhuset och hjälpa dem att börja om, men det fanns ingen sådan omvårdnad utan de upplevde sig vara ensamma. Det påverkade även individernas upplevelser av att känna sig ensamma i situationen och att de då inte fick rätt omvårdnad (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000; Åkerman, 2005).

Ibland kände jag mig så oerhört ensam, trots att de fanns omkring mig gjorde sitt bästa för att hjälpa. De fanns alltid där för mig, men de fanns inte riktigt någon som förstod mig, som förstod hur jag tänkte och kände, som förstod hur det var att vara fast i Trassels klor. (Strandberg, 2000, s 32.)

Maktlös i omvårdnaden

En kategori som bildades, utgjordes av kvinnornas negativa upplevelser i samband med omvårdnaden vid AN då de var inlagda på sjukhus. Omvårdnaden påverkade deras upplevelser av sin sjukdomssituation och hur den invercade på dem som individer.

(Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000; Åkerman, 2005). Kategorin representerades av de tre underkategorierna: ”känna sig tvingad”, ”känna sig kränkt” och ”känna ångest”.

Känna sig tvingad

Kvinnorna upplevde en känsla av tvång kring omvårdnaden i sin sjukdom under tiden på sjukhus. I analysen framkom att det fanns en känsla av tvång i samband med sondmatning. Det berodde på att sjukdomen gjorde att kvinnorna inte ville gå upp i vikt och ville därför inte heller ha sondmatning, där av fanns upplevelsen av tvång angående omvårdnaden. De upplevde att sonden kändes värre både fysiskt och psykiskt än att äta själv. Däremot upplevde en kvinna att de fanns en fördel med sondmatning då hon slapp ta ansvar över näringsintaget och på så vis undvek hon att behöva känna ansvar. I analysen framkom att kvinnorna kände ett tvång, då det var tvungna att dricka näringsdrycker som skulle leda till viktuppgång. Det fanns också känslor av tvång i samband med omvårdnadsåtgärden bältessäng, då de upplevde en förvirring och oförståelse. Upplevelsen av tvång kunde finnas vid AN trots att kvinnorna själva valde att gå ner i vikt. Där av uppkom blandade känslor av tvång då kvinnorna ville bli friska men samtidigt kände de att de inte ville gå upp i vikt och på så sätt fortsätta vara sjuka (Strandberg, 2000; Åkerman, 2005).

Alla otäcka känslor vällde över mig, det gjorde ont och jag avskydde att tvingas ta emot näring via den där slangen. (Strandberg, 2000, s 44).

Känna sig kränkt

I underkategorin 'känna sig kränkt' framkom hur bland annat en omvårdnad som innefattade behandlingsvak och sondmatning resulterade i upplevelser av att bli kränkt. Upplevelsen tolkades att ständigt känna sig kränkt fanns ständigt hos patienterna. Kvinnorna upplevde sig kränkta av vårdpersonalen, då bland annat att behandlingsvak kändes som ett hån mot deras vilja och upplevdes av kvinnorna som ett medel för att bevisa vårdpersonalens makt. Känslan av att känna sig kränkt tillkom vid sondmatning, då kvinnorna vägrade den på grund av smärta och upplevde att vårdpersonalen inte tog hänsyn till det. Det ledde till att processen upplevdes som ett övergrepp. En upplevelse av kränkning uppkom på grund av att när de var inlagda så antecknade vårdpersonalen allt som åts och på så sätt skulle kvinnornas förluster alltid finnas dokumenterade. En av kvinnorna upplevde en extrem kränkning och kände sig maktlös i omvårdnaden, då hon fick genomgå en visitation där en sjuksköterska stoppade

handen i hennes trosor för att se att hon inte gömt några vikter eller liknande där. Kvinnorna upplevde sig kränkta och inte heller betrodda, vilket ledde till att de försämrade sin sjukdom. Kvinnorna kände sig inte betrodda för att de inte visade upp rätt teman på AN, utan använde sig av andra metoder för att gå ner i vikt. Det gjorde att de uteslöts från ätstörningsvården och fick därför inte god omvårdnad. På grund av kunskapsbrist blev det låg kvalitet på omvårdnaden och det ledde till att kvinnorna upplevde sig kränkta för att de fick för lite hjälp i sin sjukdom under sjukhusvistelsen. Kvinnorna kände sig kränkta för att vårdpersonalen bemötte dem med en felaktig attityd, som till exempel att extravaket bara satt där och känslan av att vårdpersonalen inte brydde sig fanns hos patienterna (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000; Åkerman, 2005).

*Jag minns den där visitationen som helt plötsligt skulle genomföras...
Tårarna värkte i ögonvrån när sköterskan stoppade sin hand i mina
trosor, men jag skulle inte skrika, inte gråta. För mig, en sextonårig flicka
med stort kroppsförakt, går den känslan knappt att beskriva. (Åkerman,
2005, s 120).*

Känna ångest

Upplevelsen av att känna ångest framkom hos patienterna angående omvårdnaden. Upplevelsen av ångest relaterade till en förtvivlan hos kvinnorna, vilket påverkade omvårdnaden och de protesterade mot den. En omvårdnadsåtgärd som ingav kraftig ångest hos kvinnorna med AN var invägning. Ångesten som vägningen skapade på sjukhuset, berodde på att patienterna visste att om de gått ned i vikt skulle de tvingas att äta mer och öka i vikt. De kände även att ångesten blockerade chansen till förbättring. För att minska kvinnornas ångest och deras förhoppningar om förbättring skulle öka, valdes bland annat att sondmatning skulle avslutas. Kvinnorna upplevde skam och ångest för att slangen till sondmatningen ständigt syntes för allmänheten och därav drog den ena kvinnan ut den och hoppades på att slippa ångestkänslor. I analysen kom de fram att upplevelsen av ångest ledde till minskad motivation hos patienterna som var inlagda under en längre period utan tecken på förbättring (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000; Åkerman, 2005).

*Detta vansinneri att väga viktvärldspatienter... Den ångest som finns på
avdelningen på måndag morgon och söndag kväll är vidrig, kall och*

äcklig, och jag ser inte en anledning varför den behöver finnas.

(Samuelsson, 2004, s 36).

Mot ett tillfrisknande

Det fanns en längtan hos kvinnorna till att bli friska men sjukdomen begränsade dem till att uppnå hälsa. Kvinnorna upplevde att det var en kombination av olika omvårdnadsåtgärder som påverkade vägen mot ett tillfrisknande. De kände att hjälp till viktuppgång var en viktig del i omvårdnaden men det var långt ifrån allt och att bearbeta känslor var till stor hjälp för att lyckas bli friska. (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000). Kategorin representeras av de två underkategorierna: ”längtan efter att få hjälp” och ”stöd för tillfrisknande”.

Längtan efter att få hjälp

Kvinnorna kände att dem ville ha hjälp och stöd i sin sjukdom men att deras motivation var låg och svår att få fram under sjukhusvistelsen. Kvinnorna upplevde en stor skam över sin sjukdom och sitt beteende vid AN, vilket ledde till att de hade svårt för att be om hjälp trots att de ville bli friska. Att namnge AN gjorde det lättare att kunna skilja på det goda och de onda tankarna, det resulterade i att vårdpersonalen lättare kunde nå patienterna och ge god omvårdnad under tiden på sjukhus. En upplevelse som framkom ur patografierna var att de ville fyllas med något men inte med mat och att deras önskan var att bli sedda av vårdpersonalen. ”*Jag vill bli hjälpt mer än någonsin och jag behöver stödet mer än någonsin.*” (Samuelsson, 2004, s 72). (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000).

Stöd för tillfrisknande

Kvinnorna upplevde att det ofta var svårt att uttrycka hur de kände sig med ord och att de kunde hjälpa med viss form av bildterapi, där de diskuterade om bilderna och deras känslor lyftes på så sätt fram. De fick då fram vad de menade och vägen framåt i tillfrisknandet underlättades. En annan del av omvårdnaden som framkom var att ett samarbete mellan patient och sjukgymnast skapades för att lära känna sin kropp och för att få en mer realistisk uppfattning om den. Upplevelsen av att maten och viktuppgången inte var rätt omvårdnad för att bli friska fanns, istället kände dem att de var tvungna att komma in ifrån dem själva och bearbetning om känslor hjälpte dem på vägen dit. De kände att omvårdnaden som påverkade vägen mot ett tillfrisknande, var genom att kunna lära sig att prata med sin omgivning för att kunna öppna sig och förmedla sina känslor vid AN. Kvinnorna upplevde att omvårdnaden

som ledde mot ett tillfrisknande var att behandlingen inte var fokuserad på AN, utan istället på de själva genom att skapa en trygghet och självkänsla. Skrivandet var en helande process som hjälpte dem att sikta mot framtiden och lämna AN bakom sig. En kombination med olika sorters terapi och träning lämpade sig bäst mot ett tillfrisknande, men alla anorektiker är olika och behöver därför individanpassad omvårdnad (Samuelsson, 2004; Strandberg, 2000).

Berne hjälpte mig vidare, ut ur anorexin, men utan att koncentrera behandlingen kring just anorexin. Vi arbetade med mig själv, med att bygga upp en inre trygghet, en självkänsla och ett självförtroende. Denna inre trygghet känns fortfarande viktig för mig. (Strandberg, 2000, s. 100.)

Diskussion

Metoddiskussion

Studien baserades på patografier för att kunna få fram kvinnors upplevelser av omvårdnad vid AN. Dahlberg (1997) beskriver att en skriven berättelse så som patografier, fokuserar på en viss speciell tid i ett fenomen som till exempel en sjukdom och fokuserar på författarnas upplevelse eller erfarenheter av sjukdomen. Vilket ledde till att de var ett lämpligt val för att besvara studiens syfte. Dahlberg (1997) framhäver att intervjuer är ett lämpligt tillvägagångssätt för att få fram individers upplevelser men på grund av att studien var på kandidatnivå, får inte patienter intervjuas och därav blev intervjuer uteslutet i studien. Då studiens syfte riktade sig mot patienters upplevelser blev patografier det mest optimala att använda sig av. Styrkan med att utföra en kvalitativ analys av patografier var att dessa beskrev kvinnors upplevelser av omvårdnaden. Dahlborg-Lyckhage (2012) visar på att patografier hade en central roll i vårdandet då de ökade kunskapen och förståelsen för individens perspektiv. Andra styrkor var att patografier beskrev olika personers sätt att uppleva hälsa, ohälsa och lidande utifrån kvinnornas egna perspektiv. Styrkan med patografier var att det gavs en djupare förståelse då hela historien är beskriven. Artiklar har till fördel att fler antal individers perspektiv kan komma med i studien. Enligt Segesten (2012) är en fördel med patografier att de inte var tolkade av en forskare utan är skrivna direkt av personen som det handlar om. Det gör att de väsentliga delarna ur personens perspektiv inte har tolkats bort, vilket kan ske i artiklar. En svaghet i den här studien skulle

kunna vara att endast tre patografier valdes ut. Det kunde ha påverkat resultatet eftersom det finns många kvinnor med AN och om fler patografier använts så är det möjligt att resultatet sett annorlunda ut.

Libris användes som sökmotor för att få fram patografierna, det kunde ha påverkat vilka böcker som framkom då Libris endast söker bland bibliotek. Det hade kunnat resultera i fler träffar som matchade syftet om fler sökmotorer hade kombinerats. Men de tre patografier som framkom var relevanta och användbara till studiens syfte. I sökningen användes enbart anorexia nervosa som sökord, vilket kunde ha påverkat resultatet av antal träffar. Dock gjordes flera sökningar med anorexia nervosa i kombination med andra relevanta sökord, det gav däremot inga träffar i Libris.

Ett av inklusionskriterierna i studien var att böckerna skulle vara skrivna på svenska eller översatta till svenska. För att få en lättare förståelse och att det inte skulle bli feltolkningar av patografierna, vilket hade kunnat ske om de var skrivna på ett annat språk. Studien fokuserade på kvinnors upplevelser och idag finns det ingen patografi som är skriven av någon man som stämde överens med syftet med studien. Det hade kunnat ge ett annorlunda resultat om män hade ingått i studien, vilket skulle kunnat ge ett bredare perspektiv.

Dataanalysen genomfördes med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativa innehållsanalys. Tolkningen användes på grund av att den är tydlig i sin förklaring genom tillvägagångssättet och lättförståelig. Vid kategorisering uppstod problem, då det fanns svårigheter att skilja på vissa koder för att dem var liknande varandra. Ett annat problem som uppstod med analysen var att det var svårt att få till rätt kategorier, då det fanns liknande koder som påminde om varandra till en början. Men genom justeringar och att gå tillbaka till meningsenheterna gjorde det att det fanns andra koder som passade bättre på meningsenheterna. Det överensstämmer med Graneheim och Lundman (2004) som poängterar att information inte får överlappa och på så sätt inte ingå i fler kategorier. En fördel med valet av metod har varit att arbetet är utfört av två författare, vilket kunde leda till diskussion mellan dessa parter. Fördelen med att kunna diskutera var att lättare få fram ett resultat och underlättade metod- och resultatdiskussion genom att ha någon att bolla idéer med. Analysarbetet resulterade i tre kategorier med sju underkategorier som bedömdes att svara mot arbetes syfte.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av omvårdnad under tiden på sjukhus. Analysen visade att kvinnorna med AN kunde uppleva en viss rädsla och ensamhet i omvårdnaden. Den oro de kunde uppleva var att de inte skulle få rätt hjälp med sin sjukdom och på så sätt kunde de bli lidande. Kvinnorna verkade känna ett behov av att hela tiden göra sin omgivning nöjda för att de skulle hjälpa dem att bli friska. De upplevde att stöd från vårdpersonalen i sjukvården behövdes för att bli bättre, men omvårdnaden minskade om de inte samarbetade. Colton och Pistrang (2004) poängterar också i sin studie hur viktigt det var för patienter att känna sig betrodda av vårdpersonalen och att de lyssnade på dem för att inte känna sig ensamma i sin situation vid AN.

Den rädslan som kvinnorna kände blockerade dem troligen i deras väg mot tillfrisknande. Reid, Burr, Williams och Hammersley (2008) fick dock fram ur sin studie att individer med AN hade en rädsla för att ta emot hjälp, då det inte ville gå upp i vikt för att de upplevde att de tappade kontrollen. Analysen visade även att kvinnorna kunde känna sig ensamma i omvårdnaden vid AN, då ingen annan kunde förstå hur de kände sig och upplevde sjukdomen. Även i en studie av Federici och Kaplan (2008) visar att patienter med AN ofta kände sig ensamma i sin sjukdom eftersom de upplevde att de ofta blir dömda och missförstådda av människor i sin omgivning. Eriksson (1991) förklarade att upplevelser av sjukdomen är unika och individuella och människor runt omkring kan aldrig förstå deras upplevelser helt. Det som framkom ur känslan av ensamhet som kunde upplevas, var isolering och en känsla av utanförskap hos patienterna med AN. Det verkade skapa en svår frustration och besvikelse för att anhöriga inte förstod patienterna.

I resultat observerades att kvinnorna upplevde att fokus låg på vikten och viktuppgången istället för att fokusera på att varje individ är unik. Detta påverkade kvinnornas upplevelser av omvårdnaden och deras känsla av ensamhet förstärktes. Även Federici och Kaplan (2008) betonade i sin studie att deltagarna upplevde att deras psykiska problem kom i skymundan eftersom viktuppgång var ständigt i fokus, vilket hade en negativ effekt på kvinnorna. Det i sin tur ledde till att invägning kunde innebära en känsla av stark ångest. I Van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg och van Meijels (2009) studie framkom, att privilegier var något som gavs till de som gick upp i vikt, vilket innebar att belöningar gavs således enbart baserat på vikt och inte vid psykologiska och sociala framsteg. Offord, Turner och Coopers (2006)

resultat visar också att det var vanligt att det psykologiska behovet lades åt sidan tills patienterna hade nått målvikt, det gjorde i sin tur att patienterna upplevde omvårdnaden som ett sätt att bara göda upp dem och deras emotionella samt psykologiska behov prioriterades inte.

Analysen visade på hur kvinnorna kunde uppleva omvårdnaden vid AN och vilken betydelse den hade för dem. Kvinnorna kände troligen ett behov att förvärra sin sjukdom för att få rätt hjälp. Omvårdnadsåtgärderna som den slutna ätstörningsvården hade, upplevdes inte optimala enligt individerna i patografierna. Då det kunde vara lätt att lura systemet och att det ofta gjorde att individer med ätstörning kände att de fick fel omvårdnad eller ingen omvårdnad alls. Zugai, Stein-Parbury och Roche (2013) bekräftar i deras studie att omvårdnaden bör vara noggrant utformad och omhändertagande för att uppnå bästa möjliga effekt för patienter med AN. Enligt Berlin (2013) är en av sjuksköterskans kärnkompetenser att samverka i team. Det innebär att samarbeta med olika professioner och även delegera ut arbetsuppgifter beroende på teamets olika styrkor och på så sätt utföra ett optimalt omvårdnadsarbete. I analysen framkom det att kvinnorna verkade känna sig kränkta och tvingade i omvårdnaden, vilket kunde påverka deras uppfattning. Offord, Turner och Cooper (2006) menar även på att deltagarna i deras studie ansåg att omvårdnaden kunde gå tillväga på olika två sätt. Det ena sättet var att patienterna kände sig styrda och upplevde en känsla av maktlöshet och det andra sättet var att de kände kontroll över sin behandling och det skedde genom ett samarbete mellan vårdpersonal och patient. I analysen framkom det att kvinnorna verkade uppleva negativa känslor, då de kunde känna tvång, ångest och andra känslor inför sondmatning. Det tvång som upplevdes var att äta för att slippa sonden, vilket de kände fysiskt och psykiskt påfrestande.

I analysen kom det fram att kvinnorna troligen upplevde en känsla av kränkning på grund av att det ofta var ett dåligt bemötande, då vårdpersonalen inte hade rätt attityd i mötet med patienten. Kvinnorna kände att vårdpersonalen satte för hårda regler och kontroll, vilket ledde till motsatt verkan för att hjälpa individen mot en förbättring. Reid, Burr, Williams och Hammersley (2008) ser problemet ur en annan vinkel då de ansåg att en kombination av kontroll från vårdpersonal och en viss självständighet hos patienten, skapade de bästa förutsättningarna för en god omvårdnad. Kvinnorna från analysen upplevde också att de patienter som skötte sig fick mer stöttning av vårdpersonal, vilket de kunde uppleva som felaktigt. Kvinnorna upplevde att personalen inte såg till individen, vilket troligtvis påverkade

deras upplevelser av bemötandet från vårdpersonalen i en negativ riktning. Van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg och van Meijel (2009) poängterar med sin studie att stöd och närvaro från vårdpersonal hade betydelse för individen. Vårdpersonalens attityd påverkades av engagemang, tillgänglighet och tydlighet mot patienterna och det skapade en god omvårdnad. Erikssons (1991) teori tolkades som att det ska finnas kärlek mellan människa och människa, för att kunna lindra lidande hos individen och det ska utgöra de centrala i vårdandet. Eriksson (1993) menade på att individer som lider ofta känner sig kränkta, vilket kan leda till att dem undviker att prata med sin omgivning om problemen och det minskar chansen för god omvårdnad. Därför tolkades Erikssons (1993) teori som att det är viktigt för sjuksköterskan att möta dessa individer med en känslighet och visa bekräftelse. Analysen visade att kvinnorna kunde känna kränkning på grund av att sjukvården hade omvårdnadsåtgärder som visade hur stor makt vårdpersonalen hade över patienterna. Van Ommen et al. (2009) förklarar däremot att det är viktigt att patienter med AN fräntas makten över sitt ätande och sin motion för att kunna bryta det tvångsmässiga beteendet.

Flera vetenskapliga studier (Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006; van Ommen et al., 2009) visade på att sjuksköterskan bör se individen som unik och inte bara som en anorektiker. Patienterna i dessa studier ansåg att vårdpersonal hade en attityd där de sade sig veta hur en anorektiker betedde sig och tänkte. Colton & Pistrang, 2004; Offord et al., 2006; van Ommen et al., 2009 visar i sina studier att individanpassad vård inom ätstörningsvården saknades och de hade istället ”löpande band-principen”. Det gjorde i sin tur att patienterna upplevde att personalen begränsade omvårdnaden och det ledde till frustration och förvirring, vilket även kunde tolkas ur analysen av patografierna. Analysen belyste att kunskapsbristen om AN och patienters behov kunde ge ett dåligt bemötande och en låg kvalitet på sjukvården. Erikssons teori (1991) bidrog till att förstå vikten av att kunna vägleda människan genom sitt lidande. Sjuksköterskan måste därför ha goda kunskaper om omvårdnaden för att kunna hjälpa individen framåt i rätt riktning. McCance och McCormack (2013) tar upp att personcentrerad omvårdnad kräver att flera olika professioner samarbetar för att uppnå en hög effekt på omvårdnaden för individen. Då olika professioner arbetar för olika delar hos individen är det viktigt hur teamet är sammansatt, det kan då ha en avgörande betydelse för hur omvårdnaden anpassas för individen (McCance & McCormack, 2013).

I analysen framkom att kvinnorna verkade känna en strävan åt olika håll i sig själva och om omvårdnaden, vilket kunde påverka vägen mot förbättring för patienterna. Det innebar att

kvinnorna hade en sida som ville bli frisk och en annan sida som inte ville gå upp i vikt och bli bättre. Dessa sidor stred mot varandra vilket gjorde det svårt att få god omvårdnad. Eriksson (1993) har lidande som ett centralt begrepp i sin teori. Där det framkom att människan är i konstant strid mellan det onda och det goda, vilket leder individen till ett lidande. Eriksson (1993) menar på om den onda sidan tar över skapar det ett stort lidande hos människan, då kan människan behöva omvårdnad för att ta sig igenom det.

I analysen framhövdes det att kvinnorna längtade efter att få hjälp för att bli friska från AN, men sjukdomen kunde innebära låg motivation och detta kunde negativt påverka deras chanser att tillfriskna. Federici och Kaplan (2008) visar också på att patienter med AN i deras studie var trötta på sina symtom och sjukdomen. Ett problem som framkom i analysen var att de hade svårt att be om hjälp för att de kunde skämmas över sjukdomen och sitt beteende. Det kunde påverka tiden för sjukdomsförloppet hos patienter med AN, då det kunde ta lång tid innan rätt hjälp gavs. Eriksson (1993) anser att då striden mellan det goda och det onda är som störst, har människan svårt att förmedla det till sin omgivning. Då det kunde vara svårt för individer med AN att be om hjälp, så är det viktigt att omgivningen uppmärksammar det och hjälper individen. En studie av Federici och Kaplan (2008) visar också att patienter med AN har svårt att acceptera hjälp från andra och be om den. Kvinnorna från analysen upplevde att motivationen kunde vara låg på grund av att de ofta blev återinlagda och att de blev inlagda under lång tid utan tecken på förbättring. Kvinnorna verkade känna en förlust av motivation som kunde ge en minskad chans till förbättring. Även Zugai, Stein-Parbury och Roche (2013) ser det i sin studie, som visade att en god relation mellan vårdpersonal i slutenvården och individen är viktig för att öka motivationen och på så sätt nå förbättring. Det innebär att som sjuksköterska är det av stor betydelse att ha förmågan att kunna inspirera till motivation utifrån patientens egna förmågor.

Analysen visade på att det fanns flera faktorer i omvårdnaden som hjälpte mot ett tillfrisknande, som till exempel bildterapi, stöd från sjukgymnast, kommunikation och vilja. Van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg och van Meijel (2009) beskriver också i sin studie att en av de viktigaste omvårdnadsåtgärderna som påverkade tillfrisknandet var stöttning och rådgivning från sjuksköterskor för att patienterna skulle övervinna sin rädsla för att äta. Bildterapi som var en av omvårdnadsåtgärderna som kvinnorna fick, hjälpte dem med att uttrycka vad de kände men som de hade svårt att förklara verbalt. Det i sin tur verkade upplevas av kvinnorna som ett stöd mot tillfrisknande. För att kunna bli frisk från AN måste

bilden av sin kropp ändras, det kunde patienterna få hjälp med av en sjukgymnast för att lära känna sin kropp. Även Reid, Burr, Williams och Hammersley (2008) poängterade vikten av att fokusera på andra delar av omvårdnaden än enbart viktökningen, som till exempel normal kroppsuppfattning och kommunikation. Upplevelserna som reflekterades i analysen var att omvårdnaden kunde hjälpa dem till att kommunicera med sin omgivning och på så sätt kunna bearbeta sin sjukdom och hantera framtida problem. Analysen visade att den omvårdnad som kunde hjälpa dem mot ett tillfrisknande var den som fokuserade på att öka trygghet och självkänsla. Reid et al. (2008) bekräftar i sin studie att patienterna behövde en känsla av trygghet och omhändertagande, som skapades genom långsiktigt engagemang från sjukvårdspersonal. Eriksson (1991) menar däremot att det är människans egen förmåga att kunna ta emot hjälp är avgörande om han/hon kan uppnå hälsa och utvecklas framåt i livet.

Slutsats

I studien framkom det att kvinnorna som skrev patografierna upplevde att omvårdnaden vid anorexia nervosa under tiden på sjukhus var främst negativ och gav känslor så som rädsla, ensamhet och maktlöshet. Det fanns också positiva upplevelser och förhoppningar mot förbättring hos kvinnorna. Det som blev tydligt av analysen var bristen på individanpassad omvårdnad och fokus var mer riktat mot sjukdomen än på individerna. Bemötandet av vårdpersonal var av betydelse för hur individerna upplevde omvårdnaden och det i sin tur påverkade möjligheterna till hjälp och förbättring. Den här studien kan komma att vara lämplig i verksamhetsutveckling för sjuksköterskor och andra professioner som arbetar med patienter med AN. De kan då få en bredare förståelse för hur individerna upplever omvårdnaden och på så sätt ge bästa möjliga omvårdnad vid sjukdomen. I framtiden kan det behövas mer kvalitativ och kvantitativ forskning i större utsträckning för att få ett bredare perspektiv och mer kunskap om AN och omvårdnaden. Det kan utföras genom till exempel att ha med fler personer i forskningen och på så vis få fler upplevelser samlade om AN. Genom ett bredare perspektiv och ökad kunskap kan förhoppningsvis omvårdnaden vid AN förändras till det bättre.

Självständighet

Emelie och Beatrice valde ut patografierna och sökningarna utfördes tillsammans. Emelie läste När mörkret kom och Ludenben och Beatrice läste Zebraflickan. Därefter valde de var

för sig ut meningsenheter, sedan bytte de böcker och läste igenom dem en gång. Artiklar och litteratur som användes i inledning och bakgrund togs ut var för sig, ungefär hälften var. Under skrivandet delade de upp så att en person skrev och den andra tog ut fakta och formulerade det som skulle skrivas. Emelie och Beatrice bytte dessa uppgifter under skrivandets gång, men Emelie har skrivit mest och Beatrice formulerat på grund av att utnyttja deras styrkor. Beatrice och Emelie har gemensamt sammanställt resultat och diskussion. Emelie hade huvudansvaret för meningsenheterna och inledningen medan Beatrice hade huvudansvaret för koderna, resultattabell och slutsats.

Referenser

- Berglund, A. (2014). *ANGI- En genetisk studie om Anorexia nervosa*. Hämtad från: <http://ki.se/meb/angi-en-genetisk-studie-om-anorexia-nervosa> (2014-10-13).
- Berlin, J. (2013). Teamarbete – ett livsviktigt samspel. I J. Leksell & M. Lepp, (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (159-177). Stockholm: Liber AB.
- Bulik, C., Reba, L., Siega-Riz, A-M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology and Cycle of Risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 2-9.
- Clinton, D. & Norring, C. (2012). Förlopp, utfall och prognos. I C. Norring & D. Clinton (Red.), *Ätstörning: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid 51-63). Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.
- Clinton, D., & Norring, C. (2012). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder*. Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.
- Cockell, S.J., Zaitsoff, S.L., & Geller, J. (2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 527–534.
- Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-316.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid 161-173). Lund: Studentlitteratur AB.
- Daigneau, C.V. & Saewyc, E.M. (2007). Behavioural health problems of adolescence. *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 8, 880–920.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPSboken: Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Engström, I. (2012). Ätstörningarnas förekomst. I C. Norring & D. Clinton (Red.), *Ätstörning: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (sid 43-50). Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen: En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Eriksson, K. (1993). *Möten med lidande*. Åbo: Åbo Akademi.
- Federici, A. & Kaplan, A. (2004). The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.

Forssblad, H. (2013). *Libris-nationella bibliotekssystem*. Hämtad från: <http://www.kb.se/libris/soktjanster/> (2014-12-16).

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, (2), 105-112.

Hoek, H.W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 34, 383-396.

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

Lundh, B. & Malmquist, J. (2009). *Medicinska ord: Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Marshall, C. & Rossman, G-B. (2011). *Designing Qualitative Research*. London: Sage Publication.

McCance, T. & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp, (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (81-110). Stockholm: Liber AB.

Nevonen, L. (2012). Psykopedagogik vid ätstörningar. I D. Clinton & C. Norring, (Red.). *Ätstörningar: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (129-136). Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Nilsson, K. & Hägglöf, B. (2005). Long-Term Follow-Up of Adolescent Onset Anorexia Nervosa in Northern Sweden. *European Eating Disorders Review*, 13, 89-100.

Norring, C. & Clinton, D. (2012). Diagnostik och bedömning. I C. Norring & D. Clinton (Red.), *Ätstörning: Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder* (27-42). Stockholm: Författarna och Natur & Kultur.

Offord, A., Turner, H., & Cooper, M. (2006). Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge. *European Eating Disorders Review*, 14, 377-387.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Reid, M., Burr, J., Williams, S., & Hammersley, R. (2008). Eating Disorders Patients' Views on Their Disorders and on an Outpatient Service: A Qualitative Study. *Journal of Health Psychology*, 13 (7), 956-960.

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

Samuelsson, K. (2004). *Ludenben*. Lund: Bokförlaget Augusti AB.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid 47-57). Lund: Studentlitteratur AB.

Skott, C. (2012) Berättelser – Narrativ analys och tolkning. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen.(2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf. (2014-12-16).

Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 159, 1284–1293.

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

Tierney, S. (2008). The individual within a condition: a qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa. *American Psychiatric Nurses Association* 13, 368–375.

Van Ommen, J., Meerwijk, E., 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*, 18, 2801-2808.

Watson, T. & Andersen, A. (2003). A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (3), 175-182.

World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2020-2029.

Åkerman, S. (2005). *Zebrafläckan*. Västerås: Författarhuset.

Ödegård, S. (2013). Patientsäkerhet. I J. Leksell & M. Lepp, (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (253-294). Stockholm: Liber AB.

Bilaga 1 Innehållsanalys

Bok & Sida	Meningenshet	Kondensering	Kod	Kategori	Under-kategori
Ludenben s.59	”De frågar om de kan hjälpa mig. Hur skulle de kunna? Jag har läst hjälpen inuti. Hur skulle de kunna? Jag har inte ens mig själv.”	De vill hjälpa mig, men jag har läst hjälpen inom mig. Jag har inte ens mig själv.	Avvisande	Rädd & ensam	Oro för att inte få hjälp
När mörkret kom s.32	”Ibland kände jag mig så oerhört ensam, trots att de fanns omkring mig gjorde sitt bästa för att hjälpa. De fanns alltid där för mig, men det fanns inte riktigt någon som förstod mig, som förstod hur jag tänkte och kände, som förstod hur det var att vara fast i Trassels klor.”	Jag kände mig ensam, trots att folk gjorde sitt bästa för att hjälpa mig. Men ingen förstod hur det var att vara fast i Trassels klor.	Ensamhet & Oförståelse	Rädd & ensam	Känna sig ensam
När mörkret kom s.91	”Stefan har förklarat att han är bekymrad över att jag har stannat i vikt, ja till och med gått ned sedan i vintras, och han slår fast ett antal kilo som jag måste gå upp. Lika oacceptabel är den näringsmängd som han kräver att jag ska få i mig varje dag. Det svindlar för mig när jag tänker på det.”	Jag har till och med gått ner i vikt, vilket var bekymrande. Det var dock oacceptabelt för mig de kilona han ville att jag skulle gå upp och även den mängd näring jag skulle få i mig. Det svindlar för mig när jag tänker på det.	Oacceptabelt	Maktlös i omvårdnaden	Känna sig tvingad

Bok & Sida	Meningenshet	Kondensering	Kod	Kategori	Underkategori
Ludenben s.117	”Jag lämpade mig inte för avdelning 33:s hjälp. Jag var sjuk i en ätstörning som fullt ut blockerade mig. Jag tvångsmotionerade inte, inte heller duschade jag särskilt ofta i kallt vatten. Jag visade upp andra variationer på samma tema. Men jag visade inte upp sjukan på rätt sätt, det sätt som kunde tolereras på avdelning 33.”	Avdelningen nekade mig hjälp då jag inte hade rätt beteende angående min ätstörning. Jag var så pass sjuk att den slog ut mig helt.	Sjukdomsinsikt	Maktlös i omvårdnaden	Känna sig kränkt
Zebraflickan s. 118	”- Nej, sade jag. Hon lovade att komma. Jag tänker inte äta om hon inte kommer. – Antingen äter du, eller så plockar vi fram slangen... -Tomek, ta fram grejerna. Jag kände mig hotad, sviken och totalt maktlös.”	Jag tänker inte äta. Antingen äter du eller så tar vi fram slangen. Jag kände mig hotad, sviken och maktlös.	Sviken	Maktlös i omvårdnaden	Känna sig kränkt
När mörkret kom s.61	”Nu åt jag inte, drack inte, men så en dag slapp jag plötsligt sonden. Man sade till mig att man trodde att jag kanske kunde ”komma igen” och börja äta om jag fick lite tid på mig, tid som inte uppfylldes av sondmattningar och ångestattacker på varandra. Sondmatningen väckte ju så mycket ångest.”	Jag varken åt eller drack, men skulle slippa sonden. De trodde att de skulle bli bättre då jag slapp ångestattackerna som sonden gav mig.	Ångest	Maktlös i omvårdnaden	Känna ångest

Bok & Sida	Meningenshet	Kondensering	Kod	Kategori	Underkategori
Ludenben s. 58	”Fyll mig med någonting, men inte med wienerkorv. Lägga fingrarna över mina överarmar och se att jag behöver er.”	Fyll mig med någonting, känn mina överarmar och se att jag behöver er.	Hjälpsökande	Mot ett tillfrisknande	Längtan efter att få hjälp
När mörkret kom s. 100	”Berne hjälpte mig vidare, ut ur anorexin, men utan att koncentrera behandlingen kring just anorexin. Vi arbetade med mig själv, med att bygga upp en inre trygghet, en självkänsla och ett självförtroende. Denna inre trygghet känns fortfarande viktig för mig.”	Behandlingen hjälpte mig utan att fokusera på anorexin. Vi byggde en inre trygghet, självkänsla och självförtroende. Tryggheten är fortfarande viktigt för mig.	Trygghet och självförtroende	Mot ett tillfrisknande	Stöd för tillfrisknande