



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Mäns upplevelser av återhämtning från

## Anorexia Nervosa

En innehållsanalys av två patografier

Ayan Omer

Roja Javaheri

Handledare: Peter Anderberg

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona December 2014

# Mäns upplevelser av återhämtning från Anorexia Nervosa

Ayan Omer

Roja Javaheri

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Anorexia Nervosa (AN) är en vanligt förekommande form av ätstörning där bilden av den egna kroppen inte är verklig. AN drabbar vanligtvis kvinnor mellan 15-19 år men kan även drabba män. Vanliga symtom är kraftig undervikt, muskelsvaghet, låg puls samt långt blodtryck. Orsaken bakom sjukdomens utveckling kan bero på olika faktorer, dessa faktorer kan vara biologiska, sociokulturella men kan även ha psykologisk orsak. Utan strävan efter tillfrisknad återgår anorektiker oftast tillbaka till sina gamla beteenden och kan riskera återfall.

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa mäns upplevelser av återhämtning från Anorexia Nervosa.

**Metod:** En kvalitativ innehållsanalys baserad på två patografier. Patografierna analyserades med hjälp av Graneheims och Lundmans tolkning av en innehållsanalys.

**Resultat:** Följande kategorier framkom i resultatet, personliga strider och återhämtningsprocessens påverkande faktorer. Ur dessa kategorier framkom sex underkategorier, att förstå sjukdomen, att erkänna känslor, att hantera känslor, viljan att förändras samt vårdens betydelse för återhämtning. Männerna upplevde svårigheter när det gällde att förstå sin sjukdom och att erkänna sina känslor kring sjukdomen. Männerna upplevde att konfrontera traumatiska händelser hjälpte de att hantera dessa känslor. Männerna upplevde även att utan viljan till förändring kunde de inte bryta sina gamla vanor. Med vårdpersonalens hjälp upplevde männen att det blev möjligt att ta kontroll över sina liv och på så sätt kunde de besegra sjukdomen.

**Slutsats:** Resultatet visade på att återhämtning från AN var en individuell process som krävde insatser från vårdpersonal. Det viktigaste för återhämtning var egen strävan efter tillfrisknad. Männerna upplevde att det var viktigt att finna personspecifika strategier för att kunna hantera sjukdomen. Dock är det viktigt att ha i åtanke att återhämtningsprocessen är individuell eftersom människors upplevelser och erfarenheter är personliga.

**Nyckelord:** Anorexia Nervosa, män, upplevelse, återhämtning

# Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Bakgrund.....	4
Anorexia Nervosa.....	4
Sjukdomsutveckling/ Bidragande faktorer .....	5
Diagnostisering .....	5
Behandling.....	6
Återhämtning.....	7
Teoretisk referensram .....	8
Livsvärld.....	8
Syfte .....	8
Metod .....	8
Datainsamling och Urval.....	9
Resumé av böcker .....	9
Analysmetod.....	10
Resultat .....	11
Personliga strider.....	11
Att förstå sjukdomen .....	11
Att erkänna sina känslor .....	12
Att hantera känslor.....	12
Återhämtningsprocessens påverkande faktorer.....	13
Viljan att förändras .....	13
Vårdens betydelse för återhämtning .....	14
Diskussion.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats .....	20
Självständighet.....	20
Referenser .....	21
Bilaga 1. Meningsenheter .....	25

## Inledning

Anorexia Nervosa (AN) är enligt Levenkron (1986) en allvarlig psykisk sjukdom där självbilden av kroppen inte är verklig och den sjuke strävar efter en ohälsosam viktideal. Hoek och van Hoek (2003) beskriver att AN oftast dyker upp i mitten av tonåren och har det högsta insjuknandet för kvinnor mellan 15 och 19 år. Levenkron (1986) beskriver AN som ett livshotande tillstånd som drabbar den fysiska, känslomässiga, beteendemässiga och sociala utvecklingen hos den sjuke. En tidig upptäckt och behandling kan förbättra prognosen och minska risken för utvecklingen till ett kroniskt tillstånd i vuxenålder (a.a.). Enligt Sanderberg och Norring (2010) är tio procent av de som insjuknar i AN pojkar/unga män.

Ramjan (2004) menar att sjuksköterskan bör ha kunskap om vilka faktorer, stadier och vändpunkter som främjar återhämtning för AN. Bakker m.fl. (2011) hävdar att genom sjuksköterskans stöd och kunskap kan hon tillgodose patientens behov under återhämtning från AN. Wooldridge och Lytle (2012) förklarar att det inte finns tillräckligt med studier som har gjorts på manliga anorektiker. Wooldridge och Lytle (2012) menar att det finns flertal artiklar, uppsatser och böcker om sjukdomen, dock har fokus legat på kvinnor medan män med AN har förbisetts. En anledning till detta kan vara att omvärlden har sett AN som en kvinnlig sjukdom (a.a.). Björk, Wallin och Pettersen (2012) belyser bristen på forskning om mäns upplevelse av återhämtning från ätstörningar. Därför är det viktigt att fortsätta forska inom området. På grund av brist på forskning blir det relevant att göra en sammanställning kring mäns upplevelser av återhämtning från AN. Denna studie skulle kunna leda till en ökad kunskap och förståelse för manliga anorektikers upplevelser. Med den kunskapen skulle sjuksköterskan kunna minimera ohälsa i tidigare skede.

## Bakgrund

### Anorexia Nervosa

Sjukdomen AN är en vanligt förekommande form av ätstörning (Levenkron, 1986). Espeset m.fl. (2012) beskriver att individer som lider av AN använder diverse strategier för att undvika att hantera obekväma känslor. Espeset m.fl. (2012) menar att anorektiker istället för att bearbeta dessa känslor kan lägga fokus på kropp, vikt och mat. Anorektiker kan minska

matintaget ännu mer eller träna ännu hårdare för att dämpa sina känslor (a.a.). Enligt WHO (2013) är de fysiska symtom som är utmärkande hos den sjuke exempelvis undervikt, låg puls, lågt blodtryck, benskörhet, ökad kroppsbehåring, muskelsvaghet, utebliven menstruation samt lägre spermproduktion. Psykiska symtom kan vara viktfoxi, bantningsfixering, depression, tvångssymtom, sömnsvårigheter, matfixering och/eller dålig självkänsla (a.a.).

### *Sjukdomsutveckling/ Bidragande faktorer*

Orsaken bakom sjukdomens utveckling kan bero på olika faktorer, dessa faktorer kan vara biologiska och sociokulturella men kan även ha psykologiska orsaker (WHO, 2013). Nilsson, Abrahamsson, Torbiornsson och Hägglöf (2007) menar att de psykologiska faktorerna kan skilja sig individuellt och påverkas av den personliga utvecklingen. Nilsson m.fl. (2007) menar vidare att den sjuke sätter höga krav på sig själv och strävan efter perfektionism är en prioritet. Andra bidragande faktorer som leder till utveckling av sjukdomen kan vara missnöje med sin kropp, låg självkänsla samt utveckling av kriser (a.a.). Skårderud (2007) menar att förnekelse av allvaret av sjukdomstillståndet är vanlig hos individer med AN. Skårderud (2007) förklarar att detta delvis kan vara brist på sjukdomsinsikt eller ett motstånd till att inte vilja ändra sitt beteende. En annan möjlig orsak för denna typ av förnekelse kan vara relaterad till stigmatisering och skam förknippad med en psykisk diagnos (a.a.). Nilsson m.fl. (2007) menar att det även finns familjerelaterade faktorer som påverkar sjukdomsutvecklingen hos människor. Nilsson m.fl. (2007) beskriver att dessa kan vara stressiga livshändelser, höga krav från familjemedlemmar samt brist på familjekommunikation, vilket kan medföra svårigheter för den drabbade att uttrycka sina känslor. En annan bidragande faktor kan vara kronisk sjukdom i familjen där den drabbade får mer ansvar än han/hon klarar av (a.a.). Gueguen m.fl. (2012) menar att det kan handla om att män med AN i jämförelse med kvinnor med AN visar tecken på psykiatriskt komorbiditet i större omfattning, d.v.s. närvaron av en eller flera sjukdomar eller diagnoser.

### *Diagnostisering*

Diagnosen AN kan ställas med hjälp av ICD-10 (International Classification of Diseases). Kriterier för att ställa diagnosen är påtaglig viktnedgång, självförvållad viktnedgång genom att undvika kaloririk mat, rädsla för fetma och övervikt, förvrängd kroppsuppfattning, aptitfrånvaro samt avsaknad av annan sjukdom som skulle kunna vara orsak till tillståndet (WHO, 2013).

## *Behandling*

Colton & Pistrang (2004) hävdar att anorektiker kan öka i vikt under behandling men utan strävan efter tillfrisknad återgår anorektiker oftast tillbaka till sina gamla beteende och kan riskera återfall. Colton & Pistrang (2004) menar även att leva med andra med samma tillstånd har visat sig ha en stor påverkan. Colton & Pistrang (2004) betonar även att förståelse och stöd från andra patienter kan skapa en trygg miljö vilket kan vara positivt. Enligt Colton & Pistrang (2004) är ett viktigt steg i behandlingen vårdpersonalens bemötande gentemot patienter men även att behandlingen är individuell. Ramjan (2004) förklarar att en god vård kan ges och tillit mellan vårdpersonal och patient kan skapas genom att vårdpersonal visar förståelse för patienter. För att kunna ge en god omvårdnad och en chans till återhämtning krävs det enligt Zugai, Stein-Parbury och Roche (2013) att sjuksköterskan tar kontroll över patientens matvanor och träningsrutiner. När sjuksköterskan tar kontroll över patientens matvanor kan det medföra till ett stadigt intag av kalorier och en viktökning (a.a.). Baker m.fl. (2011) förklarar att efter viktökning och förändrade matvanor bör sjuksköterskan ge tillbaka lite kontroll över den dagliga kosten till patienten, på så sätt kan patienten lära sig att ta ansvar. Colton & Pistrang (2004) anser att det är viktigare att patienten finner ett psykiskt välmående än att fokus läggs på enbart mat och viktökning. Zugai, Stein-Parbury och Roche (2013) menar att det inte enbart är viktökning som är viktig för återhämtning av AN utan även att relation mellan sjuksköterska och patient skapas. En bra relation mellan dessa parter kan främja patientens återhämtning (a.a.). Baker m.fl. (2011) menar att patienten behöver sjuksköterskans hjälp för att återfå ett socialt liv. Detta kan ske genom övningar som kan medföra till ett ökat självförtroende, vilket i sin tur leder till en återfunnen plats i samhället (a.a.). Sherwood och Barnsteiner (2013) menar att det finns sex kärnkompetenser för att förtydliga sjuksköterskeprofessionen och sjuksköterskans kompetens. Personcentrerad omvårdnad är enligt Sherwood och Barnsteiner (2013) en kärnkompetens där målet är att uppnå ett bra samspel och följsamhet med patient. Patienten kan genom sin erfarenhet, delaktighet och kunskap bidra till en ökad kvalitet och säkerhet i vården. Kärnkompetensen samverkan i team beskriver samspel mellan olika yrkesprofessioner och kunskapsområden som bidrar till god och säker vård. Faktorer som förbättrar samarbete är bl.a. förståelse för andras roller, gemensamma mål, ömsesidig respekt och tydlig kommunikation. Dessa faktorer kan få patienten att känna sig sedd och hörd (a.a.).

## Upplevelse

Eriksson (1991) menar att människans upplevelser är personliga och kan inte förstås eller tolkas av utomstående. En upplevelse kan uppfattas som något unikt för varje människa och det är hennes tidigare erfarenheter som formar dennes sätt att se på saker (a.a.).

## Återhämtning

Anthony (1993) beskriver återhämtning som en process där människans attityd, värderingar, känslor, mål och/eller roller förändras. För återhämtning krävs det att finna en ny mening och syfte i livet och försöka växa från effekterna av psykiska sjukdomar (a.a.). Clarke, Oades och Crowe (2012) redogör för psykisk återhämtning som skapandet av ett meningsfullt liv och en positiv känsla av identitet. Upplevelsen av återhämtning är en individuell process som bör uppmärksammas eftersom människans utveckling är individuell (a.a.). Anthony (1993) menar att återhämtning från en psykisk sjukdom innebär mycket mer än förbättring från själva sjukdomen. Individer med en psykisk sjukdom måste även återhämta sig från stigma som har integrerats i den sjuke (a.a.). Schon (2009) skriver att återhämtning från en psykisk sjukdom inte är detsamma som att ha blivit botad eller sakna några symtom. Återhämtning innebär enligt Schon (2009) att återfå en känsla av kompetens och kontroll av sjukdomen. Viktiga aspekter av återhämtning från psykisk sjukdom är förbättrad coping och förmåga att formulera och uppnå mål (a.a.). Anthony (1993) menar att effekter som en psykisk sjukdom kan medföra kan vara närvarande trots lyckad återhämtning. Efter återhämtning från sjukdomen kan individen fortsätta vidare med nya intressen och aktiviteter i sitt liv (a.a.). Federici och Kaplan (2008) förklarar att faktorer som har hjälpt anorektiker att behålla en hälsosam vikt är viljan att förändras, genom att släppa taget om symtom och gå bortom sjukdomen. En förutsättning för återhämtning kan vara att utmana ohälsosamma tankar om utseende och kropp (a.a.). Schon (2009) nämner även att individer som lider av AN måste ha kunskap om sjukdomen och personspecifika strategier för att förebygga återfall. Schon (2009) förklarar vidare att det är ytterst viktigt för individer som lider av en psykisk sjukdom att acceptera den psykiatriska hjälpen för att kunna återhämta sig. Nilsson och Hägglöf (2006) förklarar att vändpunkten i anorektikers liv kan vara deras inre styrka vilket är deras egna tankar, vilja, självinsikt, mognad, beslutsamhet, uthållighet samt känslan av att återfå kontrollen de upplever ha förlorat i livet. Enligt Nilsson och Hägglöf (2006) kan orsaken till denna förändring vara att de är nära döden eller att de helt enkelt är trötta på att vara sjuka. Fokusera sig på sitt eget välbefinnande istället för andras behov kan vara betydelsefullt för

återhämtning (a.a.). Schon (2009) klarlägger att återfall kan förhindras genom att anorektiker får en ökad kunskap om sin sjukdom.

## Teoretisk referensram

### Livsvärld

Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) menar att livsvärlden är människans verklighet, d.v.s. den värld vi lever i. Livsvärld beskrivs som vår existens i världen. För att förstå livsvärlden är medvetenhet och förståelse för livsvärlden en nödvändig förutsättning. Människan kan aldrig fly från sin egen livsvärld. Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) utvecklar vidare livsvärlden som en värld där vi uppfattar världen i förhållande till vår erfarenhet av den, samtidigt är världen närvarande även om vi inte är medvetna om den. Dahlberg m.fl. (2003) förklarar att livsvärldsperspektivet innebär att människors vardagsvärld och den dagliga tillvaron uppmärksammas. Dahlberg m.fl. (2003) menar vidare att livsvärldsperspektivet innebär också att se, förstå, beskriva samt analysera hela eller delar av världen precis som den upplevs av människan. Livsvärldsteorin har varken fokus på enbart världen eller enbart subjektet utan relationen mellan dessa. Med livsvärlden som grund i vårdandet krävs därmed ett förhållningssätt där patientens levda och kanske komplexa verklighet bejakas. Dahlberg m.fl. (2003) beskriver ett vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv som en betoning av öppenhet och följsamhet för patientens levda värld, d.v.s. för att kunna förstå människans livsvärld är det av betydelse att vara öppen för hennes unikheter och möta den andra så förutsättningslöst som möjligt.

### Syfte

Syftet med studien var att belysa mäns upplevelser av återhämtning från Anorexia Nervosa.

### Metod

En kvalitativ analys av två patografier användes till studien. Den kvalitativa analysen valdes eftersom dessa fokuserade på upplevelse och erfarenhet. Henricsson (2013) förklarar att i en kvalitativ design studeras människors upplevelser och erfarenheter. Olsson och Sörensen (2011) skriver att kvalitativ design ska användas då metoden syftar till att få kännedom av upplevelser. Patografierna valdes för att kunna få en djupare förståelse om mäns upplevelser



av återhämtning från sjukdomen AN. Dahlborg-Lyckhage (2006) skriver att patografier ger en beskrivande bild om individers upplevelser i världen.

## Datainsamling och Urval

Sökningen på patografierna skedde i BTHs bibliotekskatalog, libris och amazon. De sökord som användes i BTHs bibliotekskatalog var *Anorexia* och *Male*. Det dök upp flera träffar på böcker om AN. Urvalet gjordes med hjälp av inklusionskriterier. Studiens inklusionskriterier var att patografierna skulle vara skrivna av män som har återhämtat sig från AN samt att patografierna inte skulle ha någon medförfattare. En ytterligare inklusionskriterie var att patografierna skulle handla om upplevelsen av återhämtningsprocessen från AN. Språket på böckerna kunde vara både på engelska och svenska eftersom båda dessa språk behärskades tillräckligt väl. Detta för att minska risken för att för få böcker skulle dyka om sökningen endast skedde på svenska. I sökningen i BTHs bibliotekskatalog framkom en patografi som nådde inklusionskriteriernas krav, *Skinny Boy: A Young Mans Battle and Triumph Over Anorexia*. Resterande patografier sållades bort då de inte svarade till studiens syfte. Sökorden som användes på libris var *Anorexia* och *Man*. Sökningen resulterade i att nio patografier dök upp men inga av dem mötte våra inklusionskriterier. Webbsidan Amazon valdes som en kompletterande sökmotor då för få patografier hittades på libris och BTHs bibliotekskatalog. Genom att skriva *Skinny Boy: A Young Mans Battle and Triumph Over Anorexia* på Amazons sökruta framkom förslag på patografier som hade liknande innehåll. *Ten-Mile Morning: My Journey Through Anorexia Nervosa* var den andra patografen som valdes till studien då den uppnådde alla inklusionskriterier. Fler patografier om mäns återhämtning från AN hittades inte.

## Resumé av böcker

*Skinny Boy: A Young Mans Battle and Triumph Over Anorexia*, Gary Grahl

*Skinny Boy* är en berättelse om en amerikansk tonårspojke som drömmer om att bli en professionell basebollspelare. Gary hemsöks av en mystiskt inre röst som leder honom till destruktiva bantningsvanor och plågsamma träningsritualer. Gary blir inlagd på avdelning 13 som är den psykiatriska avdelningen i St. Abernathy sjukhus för anorexia och depression. Personal och patienter på avdelningen blir snabbt Garys surrogat familj.

*Ten mile Morning: My Journe Through Anorexia Nervosa*, Adam Lamparello

Ten-Mile Morning är en berättelse om en amerikansk mans kamp för att övervinna sin femåriga kamp med AN, som är skrivet ur ett smärtsamt ärligt perspektiv. Dessa memoarer detaljerar Adams kamp för att få en känsla av kontroll och egenmakt genom dramatisk viktminskning, svält och tvångsmotion. Detta är en berättelse om hopp och tillfrisknad.

## Analysmetod

Analysmetoden som användes var Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en manifest innehållsanalys med latent inslag. Graneheim och Lundman (2004) förklarar att när en manifest innehållsanalys används kommer det att förekomma en viss tolkning därigenom det latent inslaget.

Patografierna lästes först igenom enskilt av båda för att få en helhetssyn om innehållet.

Därefter diskuterades patografierna gemensamt för att se att båda fått samma uppfattning av innehållet. Detta är första steget i Graneheim och Lundmans (2004) tolkningsprocess.

Graneheim och Lundman (2004) menar att det är av betydelse att fördjupa sig i textmaterialet för att få en klarare bild och en djupare förståelse av innehållet. Andra gången patografierna lästes valdes meningsenheter ut. Detta är andra steget i Graneheim och Lundmans (2004) tolkningsprocess där var och en ansvarade för var sin patografi men båda var eniga om alla meningsenheter som valdes. Meningsenheterna från båda patografierna samlades ihop och jämfördes. De meningsenheter som inte svarade på studiens syfte sällades bort.

Meningsenheterna som svarade på studiens syfte översattes från engelska till svenska innan kondensering skedde. Detta gjordes för att kondenseringen skulle gå smidigare. Graneheim och Lundman (2004) förklarar att i en innehållsanalys ska man försöka vara så textnära som möjligt men att en viss tolkning måste ske för att kunna få en klar bild av innehållet. Vidare påpekar Graneheim och Lundman (2004) att det är viktigt att inte välja för korta meningsenheter då det kan finnas risk för att relevant information försvinner. Meningsenheter ska inte heller vara för långa då det kan medföra att flera olika betydelser infinner sig i en och samma meningsenhet. I det tredje steget i tolkningsprocessen kondenserades de valda meningsenheterna och detta gjordes gemensamt. Graneheim och Lundman (2004) menar att vid kondensering ska meningsenheter kortas ned utan att kärnan i meningsenheten försvinner. I fjärde steget i tolkningsprocessen kodades de kondenserade meningsenheter gemensamt. Vid kodningen bevarades kärnan och resterande textmaterial sällades bort. En kod förklaras av Graneheim och Lundman (2004) som ett eller flera ord som förklarar innebörden av kondenseringen. Koderna sorterades och de som hade liknande innehåll samlades ihop. I

femte steget i tolkningsprocessen bildades kategorier med hjälp av koderna. Detta var en process som utfördes gemensamt och kategorierna ändrades några gånger till båda var nöjda med dem. Underkategorierna skapades därefter utifrån de valda kategorierna (bilaga 1).

## Resultat

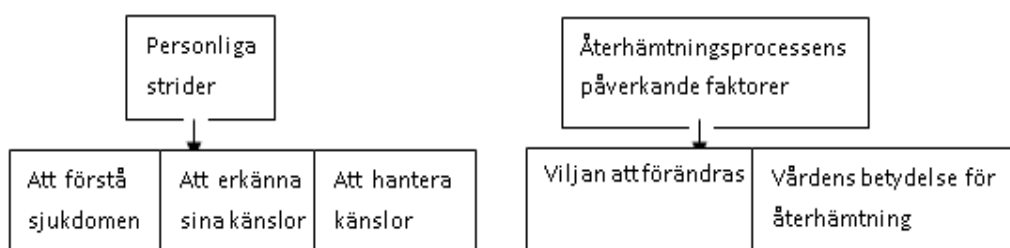


Fig.1 Analysen resulterade i två kategorier och fem underkategorier.

### Personliga strider

Männen upplevde svårigheter angående förståelse för sjukdomen, svårigheter att erkänna sina känslor samt de inre strider som männen försökte övervinna.

#### *Att förstå sjukdomen*

I patografierna framkom betydelsen av att ha förståelse för sjukdomen. Under återhämningsprocessen upplevde männen att det blev svårare att dämpa sin ångest och minimera sin depression. Männen upplevde även känslor av otillräcklighet, självförakt och att deras självförtroende sänktes. Männen upplevde det besvärligt att hantera dessa svårigheter som uppkom i återhämningsprocessen och båda uttryckte att det enda alternativet som kvarstod var att besegra sjukdomen. Männen upplevde att sjukdomen styrde deras tankar och handlingar och beskrev sjukdomen som en strid där de var dömda att förlora. Männen upplevde att ökad kunskap om sjukdomens etiologi hade en positiv effekt. Männen insåg att sjukdomen inte bara handlade om matintag och viktminskning utan att det kunde finnas andra

bakomliggande orsaker. En av männen fick insikt om att sjukdomen även drabbade pojkar. Denna kännedom ledde till mannen fick ändrad sjukdomsbild.

*Maybe it had to do with some of the things that happened earlier in my life which left me with those feelings of low self-esteem and disgust towards myself. I started to understand that anorexia involved so much more than just food and weight. It involved control and bringing something to my life that had meaning and purpose (Lamparello, 2012, sid.111).*

#### *Att erkänna sina känslor*

Männen upplevde att erkänna sina känslor var största svårigheten då det innebar att prata öppet om de känslor sjukdomen dolde. Männen uttryckte känslor av inre konflikter och motsägelser blev svåra att ignorera. Männen upplevde att viktuppgång var associerad med känslor av misslyckande, skam och skuldkänslor. Männen uttryckte även att de kände sig tvungna att besegra dessa känslor för att kunna acceptera sin kropp. Männen upplevde att det var lika viktigt att förstå att normalt matintag inte behövde resultera i viktuppgång.

*I feel like I'm attached to some villainous creature that brainwashes me into thinking I'll be happy being someone I'm not. I'm not allowed permission to be free unless I follow strict, impossible –to-live-up-to standard (Grahl. 2007, sid.94).*

#### *Att hantera känslor*

Genom konfrontation av traumatiska händelser upplevde männen förändrade känslor. Männen upplevde att det var nödvändigt att sätta gränser för familj, vänner och partners för att återfå kontrollen i livet. Männen uttryckte även att de hade inre dialoger med sjukdomen. Dialogerna kunde handla om att lita på sig själv och inte på sin sjukdom, där männen upplevde att de fick övertaget av sjukdomen genom dessa dialoger. Männen upplevde att skriva korta uppmuntrande meddelanden till sig själva bidrog till en mer positiv syn på dagen. Genom att läsa dessa meddelanden före eller under svåra och krävande situationer upplevde männen ha en positiv effekt i vardagen. Männen upplevde även att de behövde skapa tillit till andra människor för att våga dela med sig av sina känslor. Männen upplevde att dela med sig av känslor med familj och vänner hjälpte dem att må bättre. Männen uttryckte att det var lättare att hantera sina känslor om de skrevs ner i en dagbok.

Männen upplevde att de fick en i inblick i sina styrkor och svagheter genom att skriva i dagboken. Dessutom uttryckte männen att de fick ökad förståelse för sina handlingar och hur deras beteenden var ett logiskt resultat och en naturlig reaktion på deras livsvärld. Genom att skriva ner sina tankar upplevde männen att de återfick förmågan att uttrycka sina känslor i text. Männen upplevde dagbokskrivning som ett hjälpmedel som fick dem att få modet att våga uttrycka sina känslor för familj och vänner. Genom att skriva dagbok upplevde männen även att de fick förmågan att se livet ur ett annat perspektiv, de förstod att de inte behövde vara slavar under sina rutiner. Detta medförde att männen insåg vad de ville i livet. För den ena mannen upplevdes dagbokskrivning som en sorts kontakt med gud där han kunde berätta hur han kände sig. Under återhämtningsprocessen upplevde männen att de lärde sig av sina misstag. Männen upplevde att det var normalt och acceptabelt att begå misstag som exempelvis raseriutbrott. Dessa uppenbarelser uttryckte männen var till stor hjälp för att kunna fortsätta kämpa vidare i sin kamp mot sjukdomen.

*I feel better writing down my innermost thoughts and feeling on paper. My eating disorder loses steam. (Grahl. 2007, sid.170).*

### Återhämtningsprocessens påverkande faktorer

Under återhämtningsprocessens påverkande faktorer framkom männens vilja till förändring och vårdens betydelse för deras återhämtning. Det framkom även flera olika metoder som hjälpte männen att hantera sin sjukdom.

#### *Viljan att förändras*

Männen upplevde att de hade kommit till en punkt i deras liv där de var trötta på att vara sjuka. Männen upplevde känslor av ensamhet, det fick dem att känna vilja att få tillbaka det sociala liv de hade före sjukdomens uppkomst. Männen upplevde att detta blev möjligt genom att skapa ett ökat socialt liv med vårdpersonalen på avdelningen och även i det vardagliga livet. Männen uttryckte känslor av ångest när de åt i sällskap med andra och för att övervinna denna rädsla beslöt de sig för att försöka börja äta i sällskap. När de ångestladdande problemen upprepades istället för att försvinna, upplevde männen att de ledsnade på de dagliga rutiner som de utförde för viktminskning. Denna insikt ledde till förändring och viljan att bryta gamla vanorna.

*It's time to change, to move on with life. I think you're right. I'm sick of being sick.* (Grahl, 2007, sid.162).

### *Vårdens betydelse för återhämtning*

Männen upplevde att professionell hjälp var essentiell för deras återhämtning då de kände att de aldrig skulle ha tagit några risker för att uppnå god hälsa utan vårdpersonalens hjälp. Männerna upplevde att de fick en individuell behandling med insatser från läkare, sjuksköterskor och psykologer vilket hjälpte dem att nå sina mål. Den individuella behandlingen upplevde männen som betydelsefull gällande deras återhämtning, eftersom de upplevde att de blev sedda och hörda. Med hjälp av vårdpersonalen upplevde männen att de kunde uttrycka sina känslor, förstå vem de var och vad de ville göra i livet. Genom att bekänna dessa känslor kring sjukdomen för vårdpersonalen upplevde männen som en lättnad. Gruppterapi visade sig ha positiva effekter för en av männen. Mannen uttryckte att han fann stöd och trygghet i gruppen och det upplevde han gynnsamt för sin återhämtning. Mannen lärde sig även att håna sin sjukdom. Genom att håna sjukdomen upplevde mannen att han kunde tysta ner sjukdomen och återfå kontrollen över sig själv. Meditation i olika former föreslogs av vårdpersonal vilket båda männen upplevde nödvändigt och hjälpande i återhämtningsprocessen. Männerna uttryckte lugnet de uppnådde som en känsla av balans. Männerna upplevde även att meditation bidrog till att de kände sig utvilade och avslappnade vilket de upplevde att de hade behov av. Det framkom i patografierna vikten av att ha passion för sitt yrke som vårdpersonal. Männerna upplevde att vårdpersonalen som gjorde det lilla extra fick dem att må ännu bättre.

*Greta has this way about her that makes me want to stand up and shout. I can do it!* (Grahl, 2007, sid.231).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa mäns upplevelser av återhämtning från AN. Olsson och Sörensen (2011) hävdar att i en kvantitativ ansats ingår ett stort antal personer och att studien inte blir särskilt djupgående och därför ansågs inte den metoden vara lämplig för studien.

En empirisk studie hade kunnat passa till studiens syfte. Fördelarna med en empirisk studie hade varit att möjligheten att ställa följdfrågor hade funnits. Om en empirisk studie hade valts kunde studien ha blivit mer djupgående vilket hade kunnat leda till ett större resultat.

Segesten (2006) menar att empiriska studier bör undvikas i kandidatexamen av en rad olika anledningar. Studenter kan sakna kunskap och kanske inte har den tidsramen som krävs för att kunna genomföra en empirisk studie av god kvalitet (a.a.). Olsson och Sörensen (2011) skriver att kvalitativa studier karakteriseras av en närhet till undersökningsproblemet eller ett inifrånperspektiv. Henricsson (2013) menar att i en kvalitativ design studeras personers levda erfarenheter av ett fenomen. Av den anledningen valdes en kvalitativ ansats till studien.

Det fanns inte tillräckligt med artiklar som besvarade syftet för att kunna genomföra en litteraturstudie. För att få en djupare inblick på männens levda erfarenheter och deras upplevelser valdes patografier. Olsson och Sörensen (2011) skriver att personberättelser återger en förståelseprocess från författarens livsmöten där han eller hon minns olika händelser. Henricsson (2013) förklarar vidare att det inte finns rätt eller fel i en erfarenhet. Fördelen med valet av patografier var den tydliga beskrivning av upplevelser männen hade under sjukdomens gång. Patografierna gav även en förståelse av situationen då hela historien från början till slutet beskrevs detaljerat. Författarna publicerade patografierna så att människor skulle förstå deras upplevelser genom sjukdomen samt att uppmärksamma att AN även drabbar män. Dessa patografier ansågs vara ett bra val och valdes därför till studien. Dahlberg (1997) beskriver att patografier är ett utmärkt metodval för att förstå människors ohälsotillstånd.

BTHs bibliotekskatalog, libris och amazon valdes för att hitta lämpliga patografier för studien. Webbadressen amazon.com valdes som en kompletterande sökmotor då BTHs bibliotekskatalog och libris gav för få träffar. Amazon visade sig vara användbar för att hitta en lämplig patografi till studien. Det kan finnas en möjlighet att fler patografier dyker upp som förslag på amazon i nuläget men när sökningen gjordes hittades bara en relevant patografi. Patografier som hade en medförfattare eller var från någon annans synvinkel sällades bort från sökningen. Brist på svenska patografier om mäns upplevelser av återhämtning från AN resulterade i att patografier skrivna på engelska blev nödvändiga att användas. Svenska och engelska ansågs vara de språk som behärskades tillräckligt väl för att det inte skulle uppstå feltolkningar. Sökningen på dessa tre sökmotorer resulterade i att endast två patografier som mötte alla inklusionskriterier hittades. Fler patografier om mäns

återhämtning från AN hade kunnat bredda denna analys då det hade kunnat finnas fler upplevelser att tillgå.

Patografierna var från USA och var publicerade år 2007 respektive 2012. Studien kunde ha påverkats av attografierna var från USA eftersom USA har ett annat sjukvårdssystem. En annan påverkande faktor kunde vara de kulturella skillnader som finns mellan Sverige och USA. Hanssen (2007) menar att den kulturella bakgrunden står i grund för vilka tankar och behov människan har och att detta i sin tur leder till vilka förväntningar och beteende vi har gentemot vårdpersonal. Detta skulle kunna medföra svårigheter att tillämpa denna studie i andra länder än USA. Ytterligare en faktor som kunde ha påverkat resultatet var att böckerna var skrivna efter att författarna har återhämtat sig från sjukdomen. Detta skulle kunna bidra till att författarna kanske har glömt vissa upplevelser de hade under återhämtningsprocessen. Resultatet kunde även ha påverkats av att författarna kanske hade överdrivit vissa upplevelser för att få patografin att verka mer intressant.

Analysmetoden som valdes var Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en innehållsanalys. Graneheim och Lundmans (2004) tolkning valdes eftersom den ansågs vara lättbegriplig och passade studiens syfte. Innehållsanalys kan inte enbart vara manifest utan har även vissa latent inslag enligt Graneheim och Lundman (2004). Kondenseringen av meningsenheterna var enkla att genomföra på grund av att ingen tolkning skedde vid just det skedet av processen. När meningsenheterna kodades och kategorierna skapades så skedde en viss tolkning. Kategoriseringen av meningsenheterna var lite mer komplicerade då meningsenheterna till en början kunde passa in i flera olika kategorier. Detta löstes genom att ta den tid som krävdes för att få fram passande kategorier där varje meningsenhet enbart passade in i en kategori. Graneheim och Lundman (2004) menar att information som finns i en kategori inte får förekomma i en annan kategori.

## Resultatdiskussion

I den här studien analyserades två patografier med syftet att belysa mäns upplevelser av återhämtning från AN. Analysen fick fram två huvudkategorier, personliga strider och återhämtningsprocessens påverkande faktorer. Under dessa två kategorier framkom fem underkategorier; att förstå sjukdomen, att erkänna känslor, att hantera känslor, viljan att förändras samt vårdens betydelse för återhämtning.



Studiens resultat visade på att männen upplevde att det blev svårare att dämpa sin ångest och hantera sin depression. De upplevde även känslor av otillräcklighet och självförakt. Männen förstod att det enda alternativet att besegra sjukdomen var att förstå att dessa känslor måste övervinnas. Detta kan förklaras av Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) som menar att livsvärlden är vår existens i världen och för att förstå den är medvetenhet och förståelse en nödvändig förutsättning. Skårderud (2007) menar att förnekelse av allvaret av sjukdomstillståndet är vanligt hos människor med AN. Skårderud (2007) förklarar vidare att detta till en viss del kan bero på brist på sjukdomsinsikt eller ett motstånd till att inte vilja ändra sitt beteende. I resultatet framkom även att männen upplevde att en ökad kunskap om sjukdomen var gynnsam för deras återhämtning. Detta styrks av Schon (2009) som påvisar att ökad kunskap om sjukdomen kan minska risken för återfall. Genom att få en ökad kunskap om sjukdomen förstod männen att det fanns andra bakomliggande faktorer bakom sjukdomen. Detta styrks av WHO (2013) som förklarar att sjukdomens utveckling kan bero på olika faktorer vilka kan vara biologiska, sociokulturella och psykologiska.

Studiens resultat visade på att erkänna känslor kring sjukdomen var en stor svårighet för männen. Det framkom att männens upplevelse av viktuppgång var förknippad med känslor av misslyckande, skam och skuld-känslor. Detta styrker Nilsson m.fl. (2007) som menar att bidragande faktorer som leder till utveckling av AN kan vara missnöje med sin kropp och låg självkänsla. Männen besegrade dessa negativa känslor genom att acceptera sin kropp och samtidigt förstå att normalt matintag inte resulterade i viktuppgång. Espeset m.fl. (2012) styrker detta och betonar att fokus hos anorektiker inte enbart ligger på kropp utan även på vikt och mat för att undvika obehagliga känslor. Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) kan människan aldrig kan fly från sin egen livsvärld. Studiens resultat visade på att männen tog tag i problemen istället för att försöka fly från dem. Detta blev möjligt när männen konfronterade traumatiska händelser vilket ledde till förändrade känslor hos männen. Männen upplevde brist på kontroll i deras liv. Genom att sätta gränser för familj, vänner eller partners skapades möjlighet för männen att återfå kontrollen i livet som de själva upplevde att de saknade. Detta stämmer överens med Schon (2009) som påpekar att återhämtning innebär att återfå en känsla av kompetens och kontroll över sjukdomen.

Nilsson m.fl. (2007) påvisar att stressiga livshändelser, höga krav från familjemedlemmar samt brist på familjekommunikation kan medföra svårigheter att uttrycka sina känslor. Resultatet visade att männen upplevde att tillit till andra människor hjälpte de att få modet till

att dela med sig av sina känslor vilket ledde till det blev möjligt för männen att uttrycka sina känslor även för familj och vänner. Detta ledde i sin tur till en känsla av välbefinnande hos männen. Anthonys (1993) beskriver att återhämtning kräver att finna ett nytt syfte i livet och försöka växa från effekterna av sjukdomen. I studiens resultat framkom det att dagbokskrivning och att skriva korta uppmuntrande meddelande bidrog till en mer positiv syn på dagen samt att männen fick en inblick i sina styrkor och svagheter. Detta hjälpte männen att komma från sjukdomens effekter och sätta livet i ett annat perspektiv vilket ledde till att männen hittade ett nytt syfte i livet. Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) är livsvärld människans verklighet. Männen fick förståelse för sin livsvärld genom att få en förståelse för sina handlingar och hur dessa beteenden var ett logiskt resultat och en naturlig reaktion på deras livsvärld.

Studiens resultat visade att utan viljan för tillfrisknad upprepades problemen hos männen. Detta styrks av Colton och Pistrangs (2004) som hävdar att under behandling kan anorektiker få en viktuppgång men utan strävan efter tillfrisknad återgår de oftast tillbaka till sina gamla beteende och riskerar återfall. Detta styrks även av Federici och Kaplan (2008) som menar att viljan till förändring är viktigt för att kunna behålla en hälsosam vikt. Resultatet visade inte bara att männen strävade efter tillfrisknad utan även att återskapa det sociala liv de tidigare haft. Genom att skapa ett mer socialt liv med vårdpersonal på avdelningen och i det vardagliga livet blev detta möjligt för männen. Detta kan jämföras med Baker m.fl. (2011) som förklarar att utveckling av sociala färdigheter kan ske på avdelning med stöd av sjuksköterskan. Även Nilsson och Hägglöff (2006) bekräftar att vänner, familj och partners främjar återhämtningsprocessen hos den drabbade. Männens upplevelser av att äta i sällskap var förknippad med känslor av ångest. Enligt Colton och Pistrang (2004) är det nödvändigt att släppa taget om sjukdomen och utmana ohälsosamma tankar om utseende och kropp för att kunna återhämta sig. Resultatet visade att detta blev möjligt för männen genom att äta i sällskap med andra. På så sätt lyckades männen övervinna denna rädsla. Detta kan förklaras av Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) som menar att livsvärlden är en värld där människan uppfattar världen i förhållande till sin erfarenhet av den.

I studiens resultat framkom att vården hade en stor betydelse för återhämtning. Männen upplevde att individuell behandling var essentiell för deras återhämtning och att med insatser från läkare, sjuksköterskor och psykologer blev det möjligt för de att nå sina mål. Det kan jämföras med Colton & Pistrangs (2004) som menar att det är viktigt att få en individuell

behandling och att se personen bakom sjukdomen. Detta kan även styrkas av Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) som menar att livsvärldsperspektivet innebär att se, förstå, beskriva samt analysera hela eller delar av världen precis som den upplevs av människan. Livsvärldsteorin har varken fokus på enbart världen eller enbart subjektet utan relationen mellan dessa (a.a.). Enligt Sherwood och Barnsteiners (2013) är kärnkompetensen samverkan i team som ett samspel mellan olika yrkesprofessioner. Faktorer som förbättrar samarbete är enligt Sherwood och Barnsteiners (2013) bl.a. förståelse för varandras roller, gemensamma mål, ömsesidig respekt och tydlig kommunikation. Dessa faktorer kan få patienten att känna sig sedd och hörd (a.a.). Vikten av att skapa tillit framkom i resultatet. Det var viktigt för männen att kunna anförtro sig till vårdpersonalen, männen upplevde det som betydelsefull då risken för återfall minskades under återhämtningsprocessen. Ramjan (2004) styrker detta och menar att tillit mellan vårdpersonal och patient kan skapas genom att vårdpersonalen visar förståelse för patienterna.

Enligt Dahlberg m.fl. (2003) är det genom livsvärldsperspektivet som människors upplevelser och erfarenheter betonas. Det kan jämföras med männens upplevelser om att de inte skulle ha tagit några risker för att uppnå god hälsa utan vårdpersonalens hjälp. Detta bekräftas även av Sherwood & Barnsteiner (2013) som menar att i kärnkompetensen personcentrerad omvårdnad är målet att uppnå ett bra samspel och följsamhet med vårdtagaren. Vårdtagare kan genom sin erfarenhet, delaktighet och kunskap bidra till en ökad kvalitet och säkerhet (a.a.). Även gruppterapins betydelse framkom i resultatet vilket främjade männens återhämtningsprocess. Där fann ena mannen stöd och trygghet hos andra patienter. Detta styrks av Colton och Pistrang (2004) som påvisar att effekten av att leva med andra med samma tillstånd har stor påverkan. Colton och Pistrang (2004) menar vidare att förståelse och stöd från andra patienter kan skapa en trygg miljö. Clarke, Oades och Crowe (2012) betonar att återhämtning kräver att finna ny mening i livet och en positiv känsla av identitet, vilket framkom i resultatet då männen upplevde att vårdpersonalen hjälpte dem att finna ny mening i livet. Detta kan styrkas av Dahlberg m.fl. (2003) som beskriver vårdvetenskapligt livsvärldsperspektiv som en betoning av öppenhet och följsamhet för patientens levda värld, d.v.s. för att kunna förstå människan livsvärld är det av betydelse att vara öppen för hans/hennes unikheter och möta den andre så förutsättningslöst som möjligt.

## Slutsats

Återhämtning från AN är en individuell process där en persons upplevelse inte är likt den andras. Sjukdomen beskrevs som en kamp där männen var i ständigt strid. Personliga strider som att hantera och erkänna känslor visade sig vara en stor del av återhämtningen för männen. För att verkligen kunna återhämta sig från AN var det nödvändigt för männen att vilja bli friska. Utan strävan efter tillfrisknad fanns risken att återgå till sina gamla vanor efter viktuppgången. Vårdpersonalens insatser i återhämtning från AN visade sig vara viktigt för männen. Metoder för att hålla sjukdomen i styr var exempelvis meditation och att håna sin sjukdom vilket var värdefullt för männen. Dagbokskrivning visade sig vara ett hjälpmedel för att hantera känslor. Resultatet skulle kunna användas av sjuksköterskor som arbetar med manliga patienter som hjälpmedel under hela återhämtningsprocessen. Genom att få en förståelse för vilka faktorer som främjar återhämtning kan det underlätta omvårdnadsprocessen. Dock är det viktigt att ha i åtanke att återhämtningsprocessen är individuell eftersom människors upplevelser och erfarenheter är personliga. Strategierna som hjälpte männen att återhämta sig behöver nödvändigtvis inte hjälpa andra män som har drabbats av AN. Det finns inte tillräckligt med information för att sjuksköterskor ska kunna ge en god vård till manliga anorektiker på grund av brist på forskning inom området. För att få en bredare förståelse om mäns upplevelser blir det nödvändigt att fortsätta forska inom området. Mer empiriska studier behövs för att fastställa vilka andra faktorer som kan hjälpa män under återhämtning från AN.

## Självständighet

Bakgrunden och inledningen skrevs gemensamt. AO och RJ läste var sin patografi och plockade ut meningsenheter enskilt. De resterande stegen i analysen gjordes tillsammans. Resultat och resultatdiskussion diskuterades först och skrevs därefter av båda. Metoddiskussion diskuterades och skrevs ned av AO. Slutsats skrev av RJ. Samarbetet mellan AO och RJ har fungerat utmärkt.

## Referenser

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E & Van Elburg, A. (2011) Recovery of Normal Bodyweight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16-22.

Björk, T., Wallin, K & Pettersen, G. (2012). Male Experience of Life After Recovery From An Eating Disorder. *Eating Disorder*, 5, 460-468.

Clarke, S.P., Oades, L.G., Crowe, T.P., & Deane, F.P. (2006). Collaborative Goal Technology: Theory and Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 129–136.

Colton, A. & Pistrang, N. (2004). Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment For Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307-16.

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

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur

Dahlborg- Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, (s.161-171). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1991). *Pausen, en beskrivning av vetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Espeset, E., Gulliksen, K., Nordbø, R., Skårderud, F & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behavior in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 20, 451-460.

Federici, A. & Kaplan, A.S. (2008). The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.

Grahl, G. (2007) *Skinny Boy: A Young man's Battle and Triumph Over Anorexia*. American Legacy Media

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

Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, S.M., Guelfi, J-D., Rouillon, F., Falissard, B. & Haus, C. (2012). Severe anorexia nervosa in me: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorder*, 45, 537-45.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett kulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur

Henricsson, M. (red.) (2013). *Vetenskaplig teori och metod- Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur

Hoek, HW & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-96.

Lamparello, A. (2012). *Ten Mile Morning: My Journey Through Anorexia Nervosa*. Hamilton Books.

Levenkron, S. (1986). *Anorexia Nervosa- Att förstå, behandla och bota*. Centraltryckeriet AB.

Nilsson, K. & Hägglöf, B. (2006). Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*, 14, 305-311.

Nilsson, K., Abrahamsson, E., Torbiornsson, A & Hägglöf, B. (2007). *Eating Disorders*, 15, 125-133.

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

Ramjan, L.M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Advances Nursing*, 45, 495-503.

Sanderberg, A & Norring, C. (2010). Sjukskrivning vid anorexia.

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/anorexianervosa>

Hämtad 2014-11-05

Segesten, K. (2006). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, (s.13-21). Lund: Studentlitteratur.

Schon, U-K. (2009). How men and women in recovery give meaning to severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18, 433-440.

Sherwood, G & Barnsteiner, J. (red.) (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur

Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *Eating Disorders*, 15, 81-97.

Wooldridge, T. & Lytle, P. (2012). An Overview of Anorexia Nervosa in Males. *Eating Disorders*, 20, 368-78.

WHO. (2013). The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders diagnostic criteria for research. <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

Hämtad 2014-11-05

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.



## Bilaga 1. Meningsenheter

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori	Underkategori
Concentrate on what you need to do. Acknowledging your feelings will keep your eating disorder in check. Don't allow it to captain the ship (Grahl, S.216).	Erkänna dina känslor kommer att hålla åtstörningen i styr	Medge sina känslor	Personliga strider	Att erkänna känslor
The question that remains though, is that you can escape and extricate yourself from the daily restricting, the over-exercise, the war with food, and the need to lose more and more weigh? There is no simple answer. The fight with anorexia is an individual one, nobody goes through the experience the same way (Lamparello, S.112).	Hur kan du fly från de dagliga begränsningar, överdrivna träningen, kriget med mat och behovet av att förlora mer och mer vikt? Kampen med anorexia är individuell, och ingen går igenom samma upplevelse	Individuell återhämtning	Personliga strider	Att förstå sjukdomen
Indeed, the next and very important step in my recovery was to apply my new coping tools and use them in my interactions with others. The first thing I had to do, as alluded to above, was to start drawing boundaries with my family, friends, and romantic partners. I had to put myself first. (Lamparello, S.121).	Andra viktiga steget för tillfrisknad att sätta gränser för min familj, vänner och partner. Jag var tvungen att sätta mig själv först	Sätta gränser	Personliga strider	Att hantera känslor
Use the elevator. You've changed. You don't even care to do this anymore (Grahl, S.168).	Använd hissen istället du har förändrats	Att bryta gammal vana	Återhämtningsprocessens påverkande faktorer	Viljan att förändras
They're not laughing at me. There are no funny looks or crude sarcasm to be found. They're just a bunch of ordinary, everyday people supporting each other through many of life's unfair treatments. We're on an equal turf up here, no matter what age difference. We listen. We share pain and heartache. We ask questions. We empathize without feeling sorry for each other. We find support to heal and gather strength to go on (Grahl, S.95).	Finner stöd i varandra genom att lyssna och ställa frågor och utifrån det samlar de kraft för att gå vidare i livet	Finna stöd hos andra patienter	Återhämtningsprocessens påverkande faktorer	Vårdens betydelse för återhämtning

