



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

JAG VÄGER FÖR MYCKET!

KVINNOR MED ANOREXIA NERVOSAS UPPLEVELSE AV MÖTET MED VÅRDPERSONAL

KANAR AHMAD
ZAHRA AL-SHATRAWI

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
VO1208
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
01-2010

Examinator: Doris Bohman & Göran Holst
Handledare: Hans Krona
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

JAG VÄGER FÖR MYCKET!

KVINNOR MED ANOREXIA NERVOSAS UPPLEVELSE AV MÖTET MED VÅRDPERSONAL

KANAR AHMAD
ZAHRA AL_SHATRAWI

Ahmad, K & Al-Shatrawi, Z. ”Jag väger för mycket.” ”Kvinnor med Anorexia Nervosas upplevelse av mötet med vårdpersonal.” *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2010.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Anorexia nervosa är en störning som kännetecknas som avsiktlig viktnedgång, framkallad och vidmakthållen av patienten själv. Dessa patienter saknar sjukdomsinsikt vilket förvärrar relationen mellan dem och vårdpersonalen. Sjukdomen har tre olika faser i utvecklingen och drabbar främst flickor i åldrarna 12-20 år. **Syftet:** Syftet med studien var att belysa hur kvinnor med anorexia nervosa upplever mötet med vårdpersonalen. **Metod:** En litteraturstudie som baserades på tre självbiografiska böcker utfördes. Burnards analysmetod användes med modifikationer, där tolv steg användes i studien. **Resultat:** På olika sätt uttryckte kvinnorna att de kände sig missförstådda av vårdpersonalen. Panikkänslor förekom ofta när vårdpersonalen påpekade hur magra de var. **Diskussion:** För kvinnor med anorexia nervosa var självständighet något som ansågs vara oerhört värdefullt. När de medverkade i sin behandling resulterade det i en bättre vårdrelation. **Slutsats:** Resultatet visade att adekvat och uppdaterad utbildning av vårdpersonal resulterade i mindre vårdlidande och ett positivt patientmöte med kvinnor som led av anorexia nervosa.

Nyckelord: Ilska, Manipulation, Missförstånd, Nonchalans, Trygghet, Tvång, Ångest.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	
INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Diagnos och Kriterier för anorexia nervosa	1
Anorexia nervosa historia	2
Olika faser av anorexia nervosa	2
Behandling av anorexia nervosa	2
Vården av patienter med anorexia nervosa	3
Det vårdande mötet	3
SYFTE	4
METOD	4
Urval	4
Datainsamling	5
De valda böckerna	5
<i>Evelyn spöke – en dagbok om anorexia nervosa</i>	5
<i>När mörkret kom</i>	5
<i>Varje dag har vi en liten tävling</i>	5
Analysform	6
RESULTAT	8
Manipulation vid mötet med vårdpersonal	8
Ångest vid mötet med vårdpersonal	8
Missförstånd vid mötet med vårdpersonal	9
Ilkska vid mötet med vårdpersonal	9
Tvång vid mötet med vårdpersonal	10
Trygghet vid mötet med vårdpersonal	10
Nonchalans vid mötet med vårdpersonal	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	11
SLUTSATS	13
REFERENSER	14
BILAGAFÖRTECKNING	16

INTRODUKTION

Studien är baserad på självbiografiska böcker inom ämnet anorexia nervosa, för att på så sätt få fram information om den upplevda livsvärlden i patienternas möte med sjukvården och vårdpersonalen. Ämnet anorexia nervosa valdes för att i dagens samhälle är det fler och fler kvinnor som upplever sig tvingade till att följa en bild som kräver en smal idealvikt. Dessa kvinnor driver sig själva, genom media, familj och vänner till självsvält trots att deras kropp redan har sin fysiska idealvikt (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhipinti, & Dawe, 2003).

Cullberg (2003) beskriver sjukdomsbilden kring anorexia nervosa som vanligast bland kvinnor mellan 12-20 år. Dessa kvinnor har en stark förvrängd självbild vilket leder till att de missbedömer sin egen kroppsstorlek (aa). Eftersom de saknar sjukdomsinsikt förvärras relationen mellan dem och vårdpersonalen (James, 2001). Kvinnorna väljer att förneka sin sjukdom på grund av dem har funnit trygghet i sjukdomen. Detta leder till att kvinnorna har svårare att acceptera att de är sjuka (George, 1997).

Travelbee (1971) skriver att nyckeln till en god vårdrelation är en bra kommunikation mellan patienten och vårdpersonalen.

BAKGRUND

Diagnos och kriterier för anorexia nervosa

Det internationella klassificeringssystemet ICD (International statistical Classification of Diseases and related health problems), utges av Världshälsoorganisationen (WHO). Syftet med ICD är att kunna klassificera och beskriva sjukdomar samt andra hälsoproblem. ICD-10 är den tionde upplagan (Cullberg, 2003). Kriterierna för anorexia nervosa enligt ICD-10:

”En störning som kännetecknas av avsiktlig viktnedgång, framkallad och vidmakthållen av patienten själv.” (Cullberg, 2003 s.173)

Anorexia nervosa förekommer i mindre omfattning bland pojkar, men som tidigare angivits drabbar den främst flickor i åldrarna 12-20 år. Viktminskningen, som är självförvållad, framkallas genom att undvika intag av föda, kombination av att undvika föda och intensiv motion, intag av avmagringsmedel, såsom laxeringsmedel och vätskedrivande tabletter. Vanligt förekommande bland kvinnor med anorexia nervosa är att de även frambringa kräkningar efter födointag. Kvinnorna har en förvrängd kroppsuppfattning och lider av stark ångest inför viktökning trots synlig avmagring. Deras liv kretsar kring mat och kalorier. För att en kvinna skall få diagnosen anorexia nervosa skall hennes vikt vara minst 25 % lägre i förhållande till längd och ålder. När diagnosen anorexia nervosa fastställs utesluts att ingen annan sjukdom bidrar till det nedsatta allmäntillståndet (aa).

Anorexia nervosas historia

Lindberg och Hjern (2003) identifierar riskfaktorer för anorexia nervosa: kön, biologiska och psykosociala faktorer, där viktigaste faktorerna anses vara sociala och kulturella förhållanden i ett individ anpassat perspektiv.

Gillberg, Gillberg och Råstam (1995) skriver i sin bok att anorexia nervosa beskrevs första gången år 1684 av Dr Richard Morton, där han beskrev en kvinnlig patient som saknade menstruation, aptit och hade blek och ospänstig hud, men det var inte förrän 1870-talet som det blev en diagnos. Sjukdomen drabbar främst unga kvinnor och betyder egentligen nervös aptitlöshet. Anorexia nervosa betraktades då inte som en sjukdom utan ansågs vara en defekt i samhället på grund av det nya idealet bland unga kvinnor.

Sjukdomen var mycket sällsynt i Sverige fram till slutet av andra världskriget då allt fler drabbades och antalet insjuknade ökade. Anorexia nervosa blev vanligare, vilket ledde till att allmänheten blev mer upplysta om sjukdomen samt om dess karaktär. Forskare började först i början av 1970-talet bedriva studier om anorexia nervosa, sjukdomens allvarlighetsgrad upptäcktes först på 1990-talet. Idag finns det ett antal olika kliniker som har specialiserade psykologer vars arbete enbart inkluderar sjukdomen anorexia nervosa (aa).

Olika faser av anorexia nervosa

Anorexia nervosa har tre olika utvecklingsfaser:

Fas 1: Sjukdomen börjar som en normal bantning vilket sedan övergår till självsvält. I denna fas börjar anhöriga lägga märke till förändringar.

Fas 2: Kroppen reagerar på självsvälten med att minska energiförbrukningen. I denna fas föreligger allvarliga risker för hälsan, bland annat så upphör menstruationen, koncentrationsförmågan och blodförsörjningen i ben och armar försämras.

Fas 3: Patienten väger runt 35kg, kroppen börjar bryta ner protein och kroppens sista energilager, på grund av avsaknaden av fett och är mycket infektionskänslig (Cullberg, 2003).

Behandling av anorexia nervosa

I den tredje fasen av anorexia nervosa kan vårdpersonalen inte nå patienten och det handlar om liv och död. Då kan det bli nödvändigt att gå emot patientens vilja, stoppa svälten för att hindra att kroppen förstörs ytterligare. I detta skede krävs en mer aktiv behandling t ex intravenös blodtillförsel, tillförsel av näringsämne och sondmatning . Behandlingar vid icke akuta stadier är psykoterapeutiska metoder som t.ex. familjeterapi, gruppterapi, kognitivterapi och gestaltterapi (Cullberg, 2003).

Familjeterapi innebär att hela familjen deltar i terapin. När ett barn lider av anorexia nervosa är hela familjen inblandad och alla familjemedlemmar lider, vilket innebär att hela familjen behöver hjälp. Terapin kan hjälpa dem att förstå dynamiken i familjen och kanske förstå vad det är som triggar sjukdomen (aa).

Gruppterapi innebär att patienter med samma sjukdom diskuterar sina problem med varandra. Genom att känna igen sig själv i andra och upptäcka att andra har liknande svårigheter, blir det enklare att förstå sina egna problem och veta att de inte är ensamma. Tanken är att gruppdeltagarna ska stödja varandra, gruppen kan också gå under benämningen stödgrupp (Cullberg, 2003).

Kognitivterapi innebär att studera hur människor tänker och tolkar sina upplevelser. Vårdpersonal försöker hjälpa patienterna att tänka på ett sätt som är mera lämpligt och med mindre inslag av det vanliga tänkandet för patienter med anorexia nervosa (aa).

Gestaltterapi är till för att skapa medvetenhet om den inre världen. Tanken är att kvinnorna ska bli medvetna om vad de vill, känner och kunna förstå varför de uppför sig som de gör samt lära sig att kunna kontrollera det (Cullberg, 2003).

Bildterapi innebär att uttrycka sina tankar och känslor med hjälp av färg King och Turner (2000) menar att bildterapi är en positiv behandlingsmetod för kvinnor med anorexia nervosa, då de ofta är konstnärligt lagda.

Vården av patienter med anorexia nervosa

ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor (2007) anser att sjuksköterskors grundläggande ansvar är att ge människor vård genom att behandla patienterna med respekt och värdighet och detta ska ske på lika villkor oberoende av ålder, kön, utbildning, etnisk bakgrund och religion (aa).

Alla patienter skall behandlas på lika villkor i vården. Ett etiskt dilemma kan uppstå vid vård av patienter med anorexia nervosa, då vårdpersonal kan vara fördömande för att de anser att situationen är självförsakad. Vårdpersonalen uppfattar kvinnorna som falska, och kan undergräva vårdpersonalens tro på kvinnorna. Detta gör att kvinnorna behandlas annorlunda eftersom vårdpersonalen saknar tillförlit till dem (George, 1997). Enligt King och Turner (2000) tar vårdpersonalen avstånd från sina patienter, spenderar mindre tid med dem i ett försök att skydda sig själva. Eftersom det inte finns en förtroendefull relation mellan vårdpersonalen och patienterna med anorexia nervosa kan vårdlidande uppstå. För att uppnå en bra vårdrelation måste det finnas tillit (George, 1997). King och Turner (2000) menar att vårdpersonalen berättat att de vid arbetsdagens slut kan ta med sig känslor av misslyckande, sorg, ilska och nedslagenhet hem.

Vårdpersonalen känner sig splittrade, att de inte arbetar i team med patienten och att situationer som ”vi mot dem” uppstår. Vårdpersonalen hamnar i en situation där tillit saknas mellan de och kvinnorna (aa).

Vårdpersonalen som arbetar på avdelningar för patienter med anorexia nervosa är relationen mellan patient och vårdpersonal väldigt viktig när det gäller hur man ska bemöta dessa kvinnor. En god relation innebär en relation där både patienten och vårdpersonal är aktiva och villiga, där de med hjälp av tillit till varandra lättare kan nå ett gemensamt mål för behandlingen (George, 1997).

Inte förrän vårdpersonalen börjar se patienterna ur en objektiv synvinkel kan de inse att det inte är deras fel att patienterna inte blir friska. Flera av vårdpersonalen i studierna tycker att det är viktigt med ömsesidig respekt, att vara empatisk och att ha ett öppet sinne. Vårdpersonalen värderar även personlig integritet, sekretess, förståelse och förtroende som viktiga stöttepelare gällande kontakten med patienterna (King & Turner, 2000).

Det vårdande mötet

Då målet med denna studie är att få mer kunskap om mötet mellan patienter med anorexia nervosa och vårdpersonal, skall begreppet möte förklaras; mötet är en ömsesidig påverkan där människor reagerar på varandra och sin situation. Samspelet varierar beroende på människors inre, deras tidigare erfarenheter och deras förväntningar, vilket innebär människors tolkningar

av sina erfarenheter. Ett positivt möte ger positiv effekt, medan negativa möten väcker obehagliga känslor (Carlander, Eriksson, Hansson- Pourtheri & Wikander, 2001).

Travelbee (1971) menar att människan är alldeles unik och genom att få en förståelse för individens situation kan vårdpersonalen få en förmåga att se den andra människan för den han/hon är. Därför är det viktigt att betona att människor är olika och således upplever sin sjukdom olika. En del i detta är att inte tolka individen utifrån tidigare erfarenheter. Att etablera en mellanmänsklig relation är en viktig del av yrket, och ett viktigt redskap för att lyckas är kommunikation. För att ta reda på hur individen upplever sin situation måste vårdpersonalen ha individen i centrum, och ett sätt är att samtala med denne. När vårdpersonalen utnyttjar den kunskap de får genom kommunikationen kan vårdpersonalen använda sig av den till att skapa en omvårdnad som är baserad på individkännedom (aa).

Vårdrelationen bör baseras på samverkan, där vårdpersonalen inte får tvinga fram en relation, där givande och tagande uppfattas som självklarhet i en vårdrelation. I en relation finns alltid utveckling, patienten får lära sig ta emot och ge. Det är en svår konst att kunna ta emot när patienten inte vill erkänna att det behövs. Mottagandet innebär alltid att ge en liten bit av sig själv. Vårdförhållande är till för att främja patientens hälsa, då den måste vara professionell och grundas på vårdvetenskaplig kunskap (Eriksson, 2004).

SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa hur kvinnor med anorexia nervosa upplever mötet med vårdpersonalen.

METOD

Enligt Forsberg och Wengström (2003) innebär en kvalitativ ansats att tolka såväl som skapa en mening och förståelse i människans personliga upplevelse av omvärlden. Eftersom studien beskrev känslor var den kvalitativ (aa).

Urval

Inklusionskriterierna för studien var självbiografisk litteratur som endast inkluderade kvinnor som har eller haft anorexia nervosa. Enligt Forsberg och Wengström (2003) var skrivna berättelser ett bra sätt att ta reda på hur patienten upplevde en händelse. Självbiografierna var primärkällor, vilket innebar patientperspektiv. Litteraturen var baserad på verkliga händelser och skriven av patienten själv (aa).

Datasökningen baserades på svenska självbiografier, vilket medförde att självbiografierna var skrivna av svenska kvinnor med upplevelser av sjukvården i Sverige. Eftersom utbudet på självbiografier om ämnet i fråga var väldigt liten gjordes ingen avgränsning med avseende på böckernas utgivningsår.

Exklusionskriterierna gällde böcker som inte var skrivna av kvinnor eller män med diagnosen anorexia nervosa. Enligt Cullberg (2003) är anorexia nervosa vanligast hos kvinnor mellan 12-20 år och därför var självbiografierna baserade på kvinnor mellan 12-20 år. Sjukdomen förekom även hos män, men detta var ovanligt och därför uteslöts de ur studien (aa).

I de valda böckerna fanns det delar som var skrivna av andra än kvinnan med anorexia nervosa och dessa exkluderades. Även all text som inte hade samband med mötet med sjukvården togs bort.

I studien användes termen ”vårdpersonal”, eftersom i självbiografierna uppfattades inte vad vårdpersonalen hade för yrkesroll. Detta medförde svårigheter i att precisera vem som var sjuksköterska och därför valdes termen ”vårdpersonal”.

De självbiografiska böckerna gjorde att etiska konsekvenser minimerades på grund av att författarna hade valt att publicera sina upplevelser med omvärlden och därför krävdes inget etiskt tillstånd (Forsberg & Wengström, 2003).

Datainsamling

Steg 1: En manuell sökning utfördes när självbiografiska böcker söktes i Karlskronas Stadsbibliotek. Med hjälp av sökorden: *anorex* lz*/hy* söktes enbart självbiografiska böcker om anorexia nervosa. Enligt Forsberg och Wengström (2003) innebär en manuell sökning att ta personlig kontakt med personer som har erfarenhet inom litteratursökning.

Steg 2: Detta resulterade i sju böcker, som verkade överensstämma med kriterierna.

Steg 3: Dessa sju böcker granskades närmare för att utforska om de följde kriterierna.

Steg 4: Tre självbiografier stämde överens med kriterierna.

De valda böckerna

Evelyn spöke – en dagbok om anorexia nervosa

Som nittonåring debuterade Maria Hede med en självbiografisk roman om anorexia nervosa. Evelyn gick i konsthögskolan och trodde att om hon bara lyckades gå ned till under 40 kilo då skulle hon bli lycklig, eftersom hennes äckliga mage kanske försvann. När hon vägde 39 kilo upptäckte hon att det inte har förändrats så hon satte upp ett nytt mål: 32 kilo! (Hede, 1987).

När mörkret kom

Nitton år blickade Lina tillbaka på den tid då mörkret var som starkast, åren med anorexia nervosa. Lina förmedlade att i sin sjukdom fanns det ett enormt mörker som slukade allt men att någonstans i mörkret fanns en glimt av ljus (Strandberg, 2000).

Varje dag har vi en liten tävling

Hanna berättade om sin kamp mot sig själv och om ett liv som kretsade kring träning, mat, ångest och tjockkänslor. Det var en berättelse om att ta sig tillbaka till livet och segra över anorexia nervosa. (Österberg, 2007)

Analysform

Innehållsanalysen var manifest, vilket innebar en analys av det som stod i texten utan att tolka mellan raderna (Friberg, 2006). Självbiografierna innehåll bearbetades av en kvalitativ innehållsanalys som var genomförd efter Burnards (1991) analysmetod. Processen var uppdelad i fjorton steg. Avsikten med analysen var att komma fram till en ingående och ordnad samling av kategorier. Dessa kopplades med textmaterialen till olika tabeller. Endast tolv av fjorton steg används. Stegen som uteslöts innebar att be utomstående personer läsa och fastställa att styckena var placerade under rätt kategorier. Författarna ansåg att dessa steg ej var relevanta för studiens syfte.

Steg 1: En genomläsning av biografierna gjordes utan tanke på syftet . Detta gjordes enskilt.

Steg 2: Noteringar gjordes under en grundligare genomläsning med tanke på syftet. Detta gjordes enskilt.

Steg 3: Biografierna genomgick ännu en genomläsning, här togs information som inte hör till syftet bort. De kvarvarande styckena placerades i olika grupper. Detta gjordes enskilt.

Steg 4: Grupperna granskades och delades upp i kategorier, detta för att minska grupper och slå samman de grupper som var lika. Detta gjordes gemensamt. Se bilaga 1

Tabellen ger ett exempel på hur analysförfarande har gått till och detta finns mer utförligt i bilaga 1.

ORIGINALTEXT	TOLKNING	KATEGORI
När Mörkret Kom-49 ” Jag undrar egentligen vad de tänker när de väger mig. Tycker de inte att det är skrattretande: fettklumpen är inlagd för vård. Orsak anorexia nervosa. HA!! De måste ju inse att jag inte hör hemma på ätstörningsenheten.”	Manipulerar sig själv med tjockkänslor och förnekelse av att hon är anorektiker.	Manipulation vid mötet med vårdpersonal

Steg 5: De nya kategorierna delades i huvudkategorier och underkategorier. Underkategorier förklarade vad huvudkategorierna stod för.

Steg 6: Styckena lästes igenom för att försäkra att de var godkända enligt kategorierna. Ytterligare reducering gjordes.

Steg 7: Styckena minskades så att endast det relevanta var med och märktes med bokstäverna mötet och vården.

Steg 8: Styckena klipps ut och sorterades i olika underkategorier.

Steg 9: Underkategorierna klistrades in bredvid huvudkategorier.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier

HUVUDKATEGORI	UNDERKATEGORI
Manipulation vid mötet med vårdpersonal	Tjockkänslor, sned bild, hemligheter, förnekelse, falsk trygghet, makt och kontroll.
Ängest vid mötet med vårdpersonal	Desperation, hysteri, äckel, rädsla, falskhet, maktlöshet, tjockkänslor, underlägsenhet, kaos, ängsla, panik, självförakt, övergrepp, kränkt, olycklig, förtvivlan och nonchalans.
Missförstånd vid mötet med vårdpersonal	Tvivel, besvikelse, kylighet, apati, okunnighet.
Ilkska vid mötet med vårdpersonal	Hopplöshet, irritation, nedlåtenhet, hån, förödmjukad, kränkt.
Tvång vid mötet med vårdpersonal	Bestraffning, övervakning, övergrepp, hot, dumförklaras.
Trygghet vid mötet med vårdpersonal	Tillit, respekt, acceptans, värme, kärlek, hoppfullhet, stolthet, glädje och lugn, säkerhet, lättnad.
Nonchalans vid mötet med vårdpersonal	Kunskapsbrist vad gäller bemötandet, okunnighet.

Steg 10: Styckena var refererade så att om det fanns oklarheter så kunde forskarna gå tillbaka till biografien och korrigera felet i stycket.

Steg 11: När alla stycken var färdigkategoriserade och korrigerade påbörjades den skriftliga processen av resultat. Resultatet delades in i kategorierna och vissa stycken användes som citat för att understryka resultatet.

Steg 12: Styckena i resultatet minskades för att förhindra upprepningar.

RESULTAT

Syftet med studien var att belysa hur kvinnor med anorexia nervosa upplevde mötet med vårdpersonalen. Resultatet grundade sig på tre självbiografier och presenterades med följande kategorier.

- Manipulation vid mötet med vårdpersonal
- Ångest vid mötet med vårdpersonal
- Missförstånd vid mötet med vårdpersonal
- Ilska vid mötet med vårdpersonal
- Tvång vid mötet med vårdpersonal
- Trygghet vid mötet med vårdpersonal
- Nonchalans vid mötet med vårdpersonal

Manipulation vid mötet med vårdpersonal

Det vanligast förekommande i böckerna var att författarna förnekade sjukdomen. De valde att tränga bort sanningen och byggde upp en sned bild av hur de såg ut. De upplevde sig själva som fettklumpar, tjocka eller obegåvade och valde därför att gömma sig under den nya identitet som de skaffat sig under sjukdomens gång. Detta fungerade som en trygghet där de hade makt och kontroll över sig själva för att kunna nå fram till ideal kroppen. Mötet med vårdpersonal gav en falsk bild av hur kvinnorna egentligen kände.

”Jag vill helst se ett alternativ till där det innebar att jag skulle äta väldigt lite, bli jättesmal och må bra, och kunna leva så.” (Österberg, 2007 s.69)

De manipulerade sig själva och vårdpersonalen med lögn när det kom till frågan om vikt, matintag eller kroppsliga aktiviteter vilket oftast ledde till att de hamnade i konflikt med varandra.

”Jag försökte förhandla mig till ett löfte om att slippa gå upp i vikt. I gengäld skulle jag försöka att inte gå ned mer nu” (Strandberg, 2000s.16)

I boken Strandberg (2000) kom förnekelse och manipulationen direkt efter hon fått veta att hon har diagnosen Anorexia Nervosa. Hon försökte manipulera fram en förhandling där hon skulle slippa behöva gå upp i vikt (aa).

Ångest vid mötet med vårdpersonal

Känslan av inre kaos, ångest och självförakt väcktes snabbt till liv vid varje matsituation. Detta beskrevs uppreparande gånger i alla tre böcker. Kvinnorna var ängsliga, förtvivlade och äcklade av tanken på att äta och gå upp i vikt. De kände extrem ångest inför mötet med vårdpersonalen eftersom vårdpersonalen hotade deras bild av sig själv. De uppfattade det som en personlig kränkning att de överhuvudtaget hade ett behov av att svälja det så kallade farliga eller giftet. Sondmatningen väckte mest ångest i och med att de inte hade någon kontroll över födointagningen och det fick dem att känna sig maktlösa.

”Sondmatningen väckte ju så mycket ångest.” (Strandberg, 2000 s.63)

De upplevde vårdpersonals berömmelse mer som ett hån av underlägsenhet samt falskhet för att de inte ansåg sig själva vara värdiga det. Detta bidrog till att de kände sig otrygga, ledsna samt ängslan av att bli ensamma. I Strandberg (2000) nämner hon vid ett tillfälle att hon har ångest av att inte kunna motstå och våga visa sitt sanna "jag" för att då kanske hon inte skulle bli omtyckt av vårdpersonalen. Därför är det bästa att bara lyda och låta de ha sista orden (aa).

Panikkänslorna dök oftast upp när läkarna eller någon av vårdpersonalen påpekade hur magra de var i själva verket. Detta uppträdde oftast i samband med när kvinnorna skulle göra en kroppsundersökning eller när det var dags att väga sig. De kände sig obekväma med tanken på att någon annan skulle komma i kontakt med deras fettiga, dallriga kropp.

"Försöker att inte tänka på att en annan människa undersöker min kropp nu."
(Strandberg, 2000 s. 43)

I Österberg (2007), beskrev hon vilken ångest hon kände efter att vårdpersonalen hade tagit kontakt med henne för att besvara deras frågor via telefon och samtidigt uppleva hur kylig den personen var mot henne. Hon fick ångest av att besvara alla de personliga frågor som ställdes till henne, och besvara frågorna till en person som inte ens var intresserad av att lyssna på henne. Detta fick henne att känna sig otrygg och tappa tron på att hon kunde få hjälp där (aa).

Missförstånd vid mötet med vårdpersonal

På olika sätt uttryckte kvinnorna hur de kände sig missförstådda av vårdpersonalen. Vid flera tillfällen upplevde kvinnorna i alla tre böcker att vårdpersonalen ändrade sin attityd mot dem till exempel när de åt. De hade fått uppfattningen att vårdpersonalen såg de som friska men i själva verket var de långt ifrån det. Detta påverkade tilliten mellan dem och vårdpersonalen.

Okunnigheten hade även stor påverkan på missförstånd, särskilt för vårdpersonalen som inte var insatta i sjukdomen. I Österbergs (2007) beskrev hon hur det kändes vid ett tillfälle när hon sökte vård. Sjuksköterskan meddelade att hon borde se de andra på avdelningen, som hon ansåg var riktig smala. Detta tolkade hon som att hon var för tjock för att bli inlagd där (aa).

"Jag ska bli så där mager som man måste vara för att någon skall fatta. Hon sa nästan till mig att jag var tjock." (Österberg, 2007 s.76)

Hede (1987) upplevde mötet med vården som en upprepning, alltid samma frågor, alltid samma undersökningar. Hon tyckte att vårdpersonalen var hysteriska och att de försvårade mötet med sina kommentarer om att hon var duktig. Hon kände att vårdpersonalen ställde för många frågor och tvingade fram svar när hon inte ville svara på deras frågor (aa).

Ilska vid mötet med vårdpersonal

Kvinnorna uttryckte sin ilska genom att vägra vården, samt avskydde känslan av hopplöshet. I de tre böckerna uttrycktes bl.a. hat, ilska och avsky för vården de fick.

Hede (1987) upplevde sin ilska som ett hat som hotar att explodera över vårdpersonalen. Ett hat som är framkallat på grund av att hon kände sig insnärjd av alla, hon kände sig ensam och hotad av att hon aldrig fått ha sina tankar för sig själv. Hon beskrev det som ett intrång (aa).

"Dom tar ifrån mej allt och omyndigförklarar mej när dom säger att jag inte ens vet mitt eget bästa!" (Hede, 1987 s.120)

Strandberg (2000) beskrev hur hon hatade känslan av att inte kunna vara med och bestämma. Avskyn mot att sitta där, helt maktlös, och med en känsla av att bli kränkt. Att få sondmat kändes som ett övergrepp som var förödmjukande och förnedrande. Hon skriver att hon inte vågade vägra eftersom det betydde att de då inte skulle tycka om henne (aa).

Tvång vid mötet med vårdpersonal

I böckerna skrev kvinnorna väldigt tydligt att de upplevde vårdpersonalen som ett hot. De kände sig dumförklarade och inlåsta och att de inte fått några valmöjligheter.

”Jag börjar gråta. Det var skithemskt. Precis allt rasade. Alltid bevakad. Och jag vet ju inte! Jag vet inte vad jag vill! Dessutom övervakad.” (Hede, 1987 s.155)

Hede (1987) skrev att hon inte ens fick ha sina tankar för sig själv och hur hon kände sig hjärntvättad eftersom hon alltid blev emotsagd när hon tvingades tala om sin kropp och tvingades att äta. När dessa kvinnor åt fick de höra att de var duktiga och kände sig behandlade som om de var 5 år igen (aa).

Trygghet vid mötet med vårdpersonal

Kvinnorna i studien kände sig trygga när de möttes av tillit, respekt, acceptans, värme och lugn. De brukade ofta ha en eller två personer i vården som de hade förtroende för och kände sig trygga med. Strandberg (2000) upplevde att det var skönt när någon annan tog beslut åt henne.

”Hos Birgitta behövde jag inte prata om jag inte ville. Jag fick sitta tyst och måla, sätta känslorna och tankarna på papper i stället för att försöka reda ut dem genom att tala.” (Strandberg, 2000 s.77)

Strandberg (2000) skrev att bildterapi var en plats där hon fick vara ifred och inget var påtvingat. Där möttes hon med värme och tillit (aa).

Österberg (2007) beskrev att hon kände förtroende för privatkliniken för att de var trevliga och snälla. Där blev hon bemött på ett värdigt och respektfullt sätt (aa).

Nonchalans vid mötet med vårdpersonal

Österberg (2007) skrev att hon blev behandlad på ett nonchalant sätt när hon sökt hjälp. Hon upplevde det som om att hon var mindre viktig och när hon frågade vårdpersonal om varför hon inte fick en remiss till en ätstörningsenhet då fick hon inget svar. Istället blev hon behandlad som om hon var för hysterisk (aa).

”Du ska se tjejerna vi har uppe i avdelningen som har anorexia, de är riktigt magra!” (Österberg, 2007 s.75)

Österberg (2007) fick kommentaren att hon vägde för mycket för att få hjälp vilket gjorde henne beslutsam till att motbevisa det. Hon hade varit inskriven på flera olika kliniker. Vissa av dessa kliniker byggde på att vårdpersonal hade ett förtroendefullt förhållande med kvinnorna och litade på dem. Sedan fanns det kliniker som grundade sig på att deras patienter ljög för vårdpersonalen och sig själva (aa).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det hade varit intressant att genomföra en empirisk studie, eftersom forskarna då hade fått förstahandskällan. Förnekelse av anorexia nervosa är ett känt fenomen bland dessa patienter (James, 2001). Därför var det svårt att få tag på kandidater till en empirisk studie. Samtidigt skulle det vara svårt att få etiskt beviljande eftersom studien handlar om omyndiga individer. En annan detalj är tidsbristen, som ej tillåter genomförandet av en empirisk studie.

Självbiografier valdes eftersom de är skrivna av patienterna och ger uteslutande patientens synvinkel vilket var studiens syfte. Studien baserades inte på vetenskapliga artiklar då det inte hade varit förstahandskällor eftersom fakta hade tolkats minst en gång.

I självbiografierna preciseras inte vem som ingår i vårdpersonalen, det kunde ha varit sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträde, kuratorer och läkare, vilket gjorde det svårt att veta vem som vårdade kvinnorna därför valdes termen vårdpersonal istället för sjuksköterskor.

Det var två författare som analyserade texterna vilket gav en fördel eftersom ”fyra ögon ser mer än två”. Genom att diskutera varje steg under arbetets gång har studiens tillförlitlighet ökat. Texternas innehållsanalys är manifest, vilket innebär en analys av det som står i texten och inte tolkningen mellan raderna. Detta var väldigt svårt då texterna kom från självbiografier, det vill säga skönlitteratur som bygger på att som läsare måste läsa ”mellan raderna”. Genom att vara två som studerar texterna har detta undvikas i största mån.

Genom att skriva steg i metoden blir det enklare för en läsare att följa studiens gång. I studien användes Burnards (1991) analysmetod. Burnard använde sig av fjorton steg medan i studien valdes 12 steg. Stegen som valdes bort innebar att utomstående personer skulle läsa styckena och placera de under huvudkategorierna. Detta ansågs onödigt eftersom de inte tillförde något nytt till studiens syfte.

Resultatdiskussion

Föreliggande studie visar att mötet mellan kvinnor med anorexia nervosa och vårdpersonal skapar väldigt starka reaktioner hos både kvinnorna som patienter och vårdpersonalen som vårdgivare.

Travelbee (1971) menar att hälsa är en definition utifrån patienten sett att se på sitt fysiska, känslomässiga och andliga tillstånd(aa). I böckerna framkommer det att kvinnorna förnekar sin sjukdom och menar att det inte är något fel på dem förutom det faktum att de är äckligt feta. Cullberg (2003) menar att dessa kvinnor har en bild av sig själv som feta och runda vilket är ett problem eftersom i verkligheten är det motsatsen.

I akutfasen av anorexia nervosa kan vårpersonal inte nå patienten utan det handlar om liv och död. I det skedet krävs en mer aktiv behandling som t ex: näringsämnestillförsel och sondmatning (Cullberg, 2003). Detta medför hemiska känslor för kvinnorna i böckerna såsom ångest, självförakt, förtvivlan, äckel, kränkning och hot. Dessa känslor orsakas av att de inte

har någon kontroll och känner sig maktlösa. Strandberg (2000) skriver att sondmatning känns som ett övergrepp det är förödmjukande och förnedrande.

För kvinnor med anorexi nervosa är självständighet något som anses vara oerhört värdefullt. Detta kan upplevas när kvinnan själv får medverka i och ha kontroll över sin behandling. På så vis känner kvinnor sig som om de har kontroll och en inre styrka. Honig, Dargie och Davies (2006) studie visar att kvinnor som är involverade i sin egen vård ger en positiv effekt på deras livssituation. Strandberg (2000) skriver att hon hatade känslan av att inte kunna vara med och bestämma. Förhållandet mellan den drabbade kvinnan och hennes vårdgivare bör vara byggt på empati, respekt, förståelse och acceptans. Många kvinnor känner att de hämmas känslomässigt och hotas när de vistas på sjukhus eftersom de inte får fortsätta med sina normala levnadsvanor (aa). Federici och Kaplan (2007) menar att kvinnor som inte får tillräckligt med stöd och känner sig ofta missförstådda, ensamma och främmande. De uttrycker frustration och besvikelse över att ingen förstår dem eller deras svårigheter. Samtidigt uttrycker kvinnorna att de har väldigt svårt att be om hjälp, det ses som ett tecken på svaghet och misslyckande (aa).

I självbiografierna framkommer det att dessa kvinnor manipulerar sig själva och vårdpersonalen med lögn när det gäller vikt, matintag eller kroppsliga aktiviteter vilket oftast leder till att konflikter. Detta stämmer överens med vad Ramjan (2004) kommit fram till i sin studie. Han skriver att vårdpersonal känner att dessa kvinnor manipulativa och falska mot dem. De känner sig frustrerade och tycker att dessa patienter är slöseri med tid då det finns ”viktigare” patienter på sjukhuset att vårda (aa).

Patienter med anorexia nervosa är svåra att behandla utan att vara fördomande eftersom sjuksköterskorna vet att deras patienters situation är självförsakad (George, 1997). Enligt Eriksson (2004) är vårdförhållande till för att främja patientens hälsa (aa).

Cooper, Offord och Turner (2006) studie visar att många av dessa kvinnor känner att de blir generaliserade och att vårdpersonalen inte ser de som individer. De menar att det vore bättre om behandlingen var individanpassad och eftersom vården inte är det känner de sig straffade för något de inte har gjort (aa). Hede (1987) skriver att hon alltid blir emotsagd när hon tvingades tala om sin kropp och tvingades att äta. När dessa kvinnor äter får de höra att de är duktiga, de känner sig behandlade som om de var 5 år igen (aa). Samma situation upplever vårdpersonalen som hamnar i en situation där varken de eller patienten litar på varandra och där de behandlar kvinnorna som tidigare nämnts: som 4 och 5 åringar (King & Turner, 2000).

Vid flera tillfällen upplever kvinnorna i alla tre självbiografier att vårdpersonalen ändrar sin attityd mot dem till exempel när de äter, de har fått uppfattningen av att vårdpersonalen ser på dem som friska men i själva verket är de långtifrån det. Detta påverkar tilliten mellan dem och vårdpersonalen. De upplever vårdpersonalens berömmelse mer som hån av underlägsenhet samt falskhet för att de ansåg sig själva att inte vara värdiga till det. Detta bidrar till att de känner sig otrygga, ledsna samt ensamma. Genom att behandlas som om de mår bra, bara för att de äter ger ofta den motsatta effekten. Patienten går upp i vikt och får åka hem bara för att senare åka in till sjukhuset igen för att de väger för lite. Därför måste vårdpersonal försöka hitta bakomliggande orsaken bakom deras sjukdom och inte tro att dessa kvinnor är friska bara för att de äter. Cooper et al. (2006) studie visar att kvinnorna känner att vårdpersonalen inriktar sig på deras vikt och inte på deras psyke, de ville göda upp kvinnorna för att få ut de i samhället igen. Det som genomsyrade hela studien är att dessa kvinnor är maktlösa och har inget att säga till om i deras behandling (aa).

Okunnigheten har stor påverkan för missförstånd särskilt för vårdpersonal som inte är insatta i sjukdomen. I Österbergs (2007) beskriver hon hur det känns när akutsjuksköterskan tycker att hon bör se de andra på avdelningen. Och det tolkar hon som om hon är för tjock för att bli inlagd där. Sådana misstag kan leda till att unga kvinnor med anorexia nervosa svälter sig till döds. Som vårdpersonal skall man alltid se till hela "bilden" av patienten som söker hjälp och man skall aldrig förringa vad patienterna uttrycker.

Ryan, Malson, Clarke, Anderson och Kohn (2006) menar att genom att skapa en god relation, visa respekt samt empati och att ha disciplin ger en god terapeutiskt vårdrelation. Arlebrink (2006) skriver att genom att vårdpersonal visar respekt och inte kränker patienten får han/hon en större psykisk styrka, och kan därigenom samla större krafter när det gäller att bearbeta sin situation. Vårdpersonalens bemötande är alltså väldigt viktigt (aa). Enligt Vanderlinden, Buis, Pieters och Probst, (2006) är det viktigt att vårpersonal under behandlingens gång stärker självkänslan och motiverar dessa kvinnor till att vilja bli friska.

SLUTSATS

Denna studie bidrar till att öka förståelsen för den mellanmännsliga kommunikationens betydelse i omvårdnaden av patienter som lider av anorexia nervosa och på så vis hjälpa vårdpersonal till att få en inblick i vad dessa kvinnor går igenom.

Självbiografierna och studier som är skrivna av King och Turner (2000), Cooper et al. (2006), George (1997), Davies et al. (2006), Federici och Kaplan (2007), Ramjan (2004), Ryan et al. (2006) och Vanderlinden et al. (2006) ger samma bild av mötet mellan patienter och vårdpersonalen inom sjukvården. Det som framkommer från självbiografierna, beskrivs av vårdpersonalen och motsatsen. Båda sidorna upplever att attityden mot kvinnorna måste ändras för att visa upp framsteg.

Vårdpersonal bör lära sig mer om hur man behandlar patienter med anorexia nervosa eftersom kunskap kan avgöra om dessa kvinnor förbättras. Dessa patienter lider väldigt mycket och genom att behandla dem på fel sätt kan vi som vårdpersonal förstöra allt man byggt upp. Därför bör vårdpersonal få utbildning för att kunna hjälpa dessa patienter på bästa möjliga sätt.

REFERENSER

- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund. Studentlitteratur.
- Blowers, L.C., Loxton, N.J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S. & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4, 229–244
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- Carlander, J., Eriksson, K., Hansson- Pourtheri, A.S. & Wikander, B. (2001). *Trygga och otrygga möten*. Stockholm. Gothia.
- Cooper, M., Offord, A. & Turner, H. (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.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri – i teori och praktik*. Stockholm. Natur & Kultur. (173-175)
- Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm. Liber AB.
- Federici, A. & Kaplan, A.S. (2007). The patient's account of relapse and recovery in Anorexia Nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1-10.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Friberg, F (2006) *Dags för uppsats -Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund. Studentlitteratur.
- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5): 899-908.
- Gillberg, C., Gillberg, C., & Råstam, N. (1995). *Anorexia nervosa: bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Stockholm. Liber Utbildning AB.
- Hede, M. (1987). *Evelyn spöke – En dagbok om anorexia*. Stockholm. Bonniers AB.
- Honig, P., Dargie, L., & Davies, S. (2006). The Impact on Patients and Parents of Their Involvement in the Training of Healthcare Professionals. *European Eating Disorders Review*, 14, 263-268.
- King, SJ. & Turner, DS. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1): 139-47

- James, D. (2001). Eating disorders, fertility and pregnancy; relationship and complications. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*.
- Jönsson, L., & Selander, B. (2008). *Människan i sjukdom och kris*. Lund. Btj förlag.
- Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 34(4): 397-408
- Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom*. Västerås. Författarhuset.
- Svenska Sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s Etiska koden för sjuksköterskor*. Stockholm. Brommatryck & Brolins AB.
- Ramjan, L.M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive Constructions of 'Eating Disorders Nursing': An Analysis of Nurses' Accounts of Nursing Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 14, 125-135.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia. F.A. Davis Company
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., & Probst, M. (2006). Which Elements in the Treatment of Eating Disorders Are Necessary 'Ingredients' in the Recovery Process?- A Comparison between the Patient's and Therapist's View. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.
- Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling*. Stockholm. Hjalmarson & Högberg Bokförlag.

BILAGAFÖRTECKNING

Bilaga 1 – Tabell 1

BILAGA

Bilaga 1: Tabell 1

Tabell 1: ES= Evalyn spöke. NMK=När mörkret kom. VDHVELT= Varje dag hade vi en liten tävling.

ORIGINALTEXT	TOLKNING	KATEGORI
NMK-49 "Jag undrar egentligen vad de tänker när de väger mig. Tycker de inte att det är skattretande: fettklumpen är inlagt för vård. Orsak anorexia nervosa. HA!! De måste ju inse att jag inte hör hemma på ätstörningsenheten."	Manipulerar sig själv med tjockkänslor och förnekelse av att hon är anorektiker.	Manipulation vid mötet med vårdpersonal
VDHVELT-69 "Jag vill helst se ett alternativ till där det innebar att jag skulle äta väldigt lite, bli jättesmal och må bra, och kunna leva så."	Har hittat en falsk trygghet med makt och kontroll i sin sjukdom.	Manipulation vid mötet med vårdpersonal
NMK-43 "Försöker att inte tänka på att en annan människa undersöker min kropp nu. Får se allt daller. Det är en fettklump som ligger på bristen."	Rädslan av att någon annan kommer i kontakt med ens kropp där man har byggt upp en sned bild av hur man ser ut i verkligheten.	Ångest vid mötet med vårdpersonal
ES-156 "-Men sjukdomar är ju sånt som folk dör av, försökte jag med gråt i halsen. -Finns det nån som är 164cm och väger 20 kilo? -Nej, herregud, då d..."	Panikkänslan av att inse vad som kan hända med en i slutändan.	Ångest vid mötet med vårdpersonal
NMK-44 "En sköterska kommer in med lunchen på en bricka, ställer den på bordet.... Sedan går hon och jag sitter här med brickan framför mig."	Ångesten av att bara bli lämnad där med maten.	Ångest vid mötet med vårdpersonal
NMK-44 "sköterskan kommer in igen. Inspekterar hur mycket som är kvar på brickan...kommer tillbaks och koppla in näringslösning till sonden. Jag känner hur den kalla vätskan går ned genom halsen och fyller magen. Det skriker inom mig"	Panik, hysteri, självförakts känslor i samband med närings tillförelse, samtidig känsla av att vara matlös och inte ha ett val.	Ångest vid mötet med vårdpersonal
NMK-58 "Många verkade tro anorexia handla om att äta eller inte och att jag måste bra bara för att försökte äta själv, att alla svarta tankar hade flugit sin kos.	Kunskaps brist från vårdpersonalens sida där man anknyter sjukdomen endast med mat.	Missförstånd vid mötet med vårdpersonal

Och så var det precis tvärtom. De förstod inte att kaoset kändes minst lika svårt att bära som tidigare. Jag hade behövt mer stöd, stöd att vara stark.”		
VDHVELT: 109-110 ”Hela behandlingen byggde på ärlighet, Här känns det som om personalen utgår ifrån att vi ljuger.”	Saknar tillit för vårdpersonalen	Missförstånd vid mötet med vårdpersonal
VDHVELT- 109”Jag talar om det för personalen men de tror mig inte. Det känns som om jag blir behandlad som om jag vore 5 år, och det är det värsta jag vet”	Känner sig dumförklarad av vårdpersonalen.	Ilska vid mötet med vårdpersonal
ES-143 ”Dom talar dagligen om för mej att jag är så duktig och kämpar bra. Tror dom att jag blir salig av lycka av inrepererade repliker?”	Irritation av att höra falsk uppmuntran.	Ilska vid mötet med vårdpersonal
ES-118 ”Jag har tydligen inte ens mina tankar för mej själv. Jag måste äta så jag kommer härifrån. Jag måste! Tvingas till vidriga kompromisser med fienden, för varje tugga stympar jag mej själv.”	Känslan av maktlöshet	Tvång vid mötet med vårdpersonal
NMK-44”Sedan jag blev inlagd på sjukhuset blev det lättare för mig.”	Lättnads känsla av att kunna släppa taget och få hjälp.	Trygghet vid mötet med vårdpersonal
VDHVELT:20 ”-Hörudu! Du hade en tid som du avbokade förut. Därför så får du vänta extra länge på en ny tid. Hon låter fortsatt nonchalant och känslökall.	Kylig bemötande av vårdpersonalen	Nonchalans vid mötet med vårdpersonal
VDHVELT:75-76 ”Du ska se tjejerna vi har uppe i avdelningen som har anorexia, de är riktigt magra!	Brist på kunskap av hur man ska bemöta patienter med sjukdomen anorexia nervosa.	Nonchalans vid mötet med vårdpersonal