



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Jag avskyr det jag ser

En litteraturstudie om anorexia nervosa baserad på patografier.

Mariya Hussein

Nora Tsouria Belaid

Handledare: Markus Hjelm

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1512

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona oktober 2020

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa, Sjuksköterskeprogrammet,

Examensarbete i omvårdnad

Oktober 2020

# Jag avskyr det jag ser

Mariya Hussein

Nora Tsouria Belaid

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Anorexia nervosa är ett livshotande psykiatriskt tillstånd som främst drabbar unga kvinnor. Sjukdomen kännetecknas av en otillbörlig låg kroppsvikt, en rädsla för viktuppgång samt en förvrängd bild av den egna kroppen.

**Syfte:** Syftet är att beskriva unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet.

**Metod:** En kvalitativ studie med induktiv ansats baserad på tre patografier. Metodvalet för denna studie var en kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll enligt beskrivning av Lundman och Hällgren Graneheim (2017).

**Resultat:** Resultatet av unga kvinnors upplevelser av anorexia nervosa i det dagliga livet, sammanfattades till tre huvudkategorier; *psykiskt lidande*, *behov av självsvalt* och *behov av yttre bekräftelse*, samt fem underkategorier; *en inre kritisk röst*, *rädsla*, *ångest*, *att känna ensamhet* och *förnekelse*.

**Slutsats:** Resultatet visar att de unga kvinnorna hade liknande upplevelser, då de upplevde både sjukdomslidande och vårdlidande, men trots detta upplevde dem även ett välbefinnande. Genom att sjuksköterskan har kunskap om anorexia nervosa kan det leda till ökad förståelse för unga kvinnors upplevelser av sjukdomen i det dagliga livet. Det kan i sin tur resultera i att patienten erbjuds en personcentrerad vård, där vården är grundad på kunskap samt kompetens för att minska risken för att patientens sjukdomslidande ska bli ett vårdlidande.

**Nyckelord:** Anorexia nervosa, dagliga livet, lidande, patografier, unga kvinnor, upplevelser.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	5
Bakgrund .....	6
Anorexia nervosa.....	6
<i>Komplikationer</i> .....	7
Upplevelser.....	7
Sjuksköterskans roll .....	8
Personcentrerad vård .....	9
Lidande.....	9
<i>Sjukdomslidande</i> .....	10
<i>Vårdlidande</i> .....	10
Problemformulering .....	11
Syfte .....	11
Metod .....	12
Design.....	12
Urval.....	12
Datainsamling.....	12
<i>Beskrivning av patografier</i> .....	13
Dataanalys .....	14
Etiska överväganden .....	15
Resultat.....	16
Psykiskt lidande.....	16
<i>En inre kritisk röst</i> .....	17
<i>Rädsla</i> .....	18
<i>Ångest</i> .....	19
<i>Att känna ensamhet</i> .....	19
<i>Förnekelse</i> .....	20
Behov av självsvält.....	21
Behov av yttre bekräftelse.....	22
Diskussion .....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion.....	26
Slutsats .....	30

Klinisk implikation.....	30
Självständighet .....	30
Referenser.....	32
Bilaga 1: Sökning av patografier i Libris .....	38
Bilaga 2: Exempel på meningsbärande enheter .....	38

## Inledning

Enligt Socialstyrelsens (2019) bedömningar förekommer det begränsade kunskaper om ätstörningar i hälso-och sjukvården. Ramjan (2004) beskriver att vårdpersonalen upplever en bristfällig kunskap om anorexia nervosa, vilket kan försvåra vägen för att förstå patientens sjukdomstillstånd. Enligt Bannatyne och Stapleton (2018) har sjuksköterskan svårigheter att vårda patienter med anorexia nervosa på grund av bristfällig kunskap om sjukdomen, vilket i sin tur leder till ett hinder mellan sjuksköterskans och patientens terapeutiska relation. Offord, Turner och Cooper (2006) beskriver att sjuksköterskans kunskapsbrist om anorexia nervosa kan leda till en generalisering av sjukdomens upplevelser, vilket i sig leder till ett vårdlidande hos patienten.

Anorexia nervosa är ett livshotande psykiatriskt tillstånd som främst drabbar unga kvinnor (Glashouwera, Veer, Adipatria, Jonga & Vocks, 2019; Socialstyrelsen, 2019; Young, Rennalls, Leppanen, Mataix-Cols, Simmons, Suda, Campbell, O'Daly & Cardi, 2020). Anorexia nervosa är en ätstörning som har en hög mortalitet (Glashouwera et al., 2019; Bulik, Flatt, Abbaspour och Carroll, 2019; Young et al., 2020) och ungefär 90 procent av de som insjuknar i anorexia nervosa är unga kvinnor enligt (Sandeberg & Bengtsson, 2015). Denna studie fokuserar på unga kvinnor mellan åldrarna 18-26, enligt Quick, McWilliams och Bredbenner (2013) definieras en ung kvinna mellan 18-26 år. Kvinnor i denna åldersgrupp är mest drabbade av ätstörningar som anorexia nervosa eftersom de upplever en ständig osäkerhet kring idealen för hur en ung kvinna bör vara. Dessa kvinnor studerar ofta på universitet och/eller befinner sig i arbetslivet (Quick et al., 2013).

Jagielska och Kacperska (2017); King och Turner (2000) beskriver att det är betydelsefullt för sjuksköterskan att ha kunskap om anorexia nervosa för att unga kvinnor med denna sjukdom kan behandlas på olika avdelningar än bara på ätstörnings-och psykiatriska enheter (Clinton & Norring, 2002). Patienter med anorexia nervosa kan exempelvis behandlas i somatisk slutenvård på grund av de medicinska komplikationer som kan uppstå till följd av sjukdomen (Clinton & Norring, 2002). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska bör sjuksköterskan ha kompetens och kunskap om patientens tillstånd, behov och de svårigheter som kan uppstå vid exempelvis ätande och nutrition, vilket är en förutsättning för en god

omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vid behandling av anorexia nervosa har den grundutbildade sjuksköterskan en central roll i patientens vård. Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnad, vilket innebär att sjuksköterskan ansvarar för bland annat riskbedömningar, sonsättning samt uppmuntra patienten att ta ansvar för sitt eget tillfriskande (Wentz, 2014). King och Turner (2000) belyser även att sjuksköterskan bör ha djupare förståelse för patientens upplevelse av sin sjukdom för att kunna bedriva en personcentrerad vård och därmed kunna förebygga patientens ohälsa. Genomförandet av studien görs för att öka kunskapen och förståelsen för unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet.

## Bakgrund

### Anorexia nervosa

Clinton och Norring (2002) definierar begreppet *anorexi* som aptitlöshet och enligt Gosseaume, Dicembre, Bemer, Melchior och Hanachi (2019) är den medicinska benämningen, *anorexia nervosa*. Engström (2019) beskriver att anorexia nervosa är ett psykiatriskt tillstånd och enligt Cardi, Esposito, Bird, Rhind, Yiend, Schifano, Hirsch och Treasure (2015); Breton, Dechelotte och Ribet (2019) är tillståndet den allvarligaste typen av ätstörningar. Anorexia nervosa kännetecknas av en otillbörlig låg kroppsvikt, en rädsla för viktuppgång samt en förvrängd bild av den egna kroppen. Råstam Bergström, L. C. Gillberg och C. Gilberg (1995) samt Wentz (2010) beskriver att anorexia nervosa ofta utvecklas bland unga kvinnor i början av och efter puberteten, men även äldre kvinnor kan insjukna. Juarez, Pritchard och Soto (2012) belyser att många unga kvinnor insjuknar i anorexia nervosa på grund av en ständig osäkerhet av det egna utseendet. Quick, McWilliams och Bredbenner (2013) framställer att unga kvinnor mellan åldrarna 18-26 blir osäkra på sig själv, på grund av idealen som samhället ställer på unga kvinnors utseende. Detta kan i sin tur leda till dåliga matvanor så som uteslutande av måltider eller självsvalt.

Breton et al., (2019); Gosseaume et al., (2019) skriver att det förekommer två varianter av anorexia nervosa; *restriktiv anorexia* och *hetsätning*. Restriktiv anorexia innebär självsvalt, minskning av måltider och/eller att maten utesluts i syfte om att gå ner i vikt. Medan hetsätning är en kombination av hetsätning och rensning där personen hetsäter för att sedan

göra sig av med maten genom självframkallande kräkningar, träning och/eller konsumering av laxeringsmedel.

Personer med anorexia nervosa har ofta en kroppsvikt som är 85% lägre än den normala kroppsvikten för personens längd, ålder och kön (Kunskapscentrum för ätstörning, 2017). Vid sjukdomen är personen undernärd och har ett BMI <18,5 (Breton et al., 2019). BMI (Body Mass Index) är ett sätt att mäta kroppens viktstatus som är ett förhållande mellan längd och vikt Westergren (2014); Herzog, Douglas, Kissileff, Brunstrom & Halmi (2017). Ett normalt BMI värde ligger mellan 18,5–24,9 och ökar med åldern (Folkhälsomyndigheten, 2020). Kunskapscentrum för ätstörning (2017) menar att det förekommer fyra nivåer om hur svår sjukdomen kan bli. Svårighetsnivåerna beskrivs som lindrig med ett BMI  $\geq 17$ , BMI 16 - 16,99 är medelsvår, BMI 15 - 15,99 beskrivs som svår samt BMI <5 är mycket svår grad av anorexia nervosa.

### *Komplikationer*

Enligt Svenska psykiatriska föreningen (2015) kan anorexia nervosa bli en kronisk sjukdom som medför allvarliga medicinska komplikationer. Gosseume et al., (2019) skriver att de komplikationer som kan uppstå vid anorexia nervosa är bland annat orkeslöshet, blodtrycksfall, hjärtproblem, sänkt ämnesomsättning samt menstruationsbortfall. Dessa komplikationer kan påverka det dagliga livet, då personen varken har kraft eller ork att utföra dagliga sysslor. Personer med anorexia nervosa löper större risk att få andra psykiatriska diagnoser som depression, tvångssyndrom, självskadebeteende och ångest. Detta kan bero på att personen isolerar sig från omvärlden och har ett fokus på kroppens vikt och form. Patsalos, Mavrogiannidis, Dalton, Field, och Himmerich (2020); Socialstyrelsen (2019) beskriver att anorexia nervosa är bland de psykiatriska sjukdomar som har en hög dödlighetsciffr. De vanligaste orsakerna till att personer med anorexia nervosa avlider är somatiska komplikationer som uppstår till följd av undernäring samt suicid. Det är därför av stor vikt att tillståndet tas på allvar så att stöd samt utredning för diagnostik kan påbörjas så tidigt som möjligt.

### *Upplevelser*

Dahlberg och Segesten (2010) definierar en upplevelse som en perception av hur en individ upplever sig själv och sin omgivning. Enligt Eriksson (1994) definieras begreppet ”uppleva” som individens subjektiva upplevelse och kan endast förstås av personen i fråga. Flensner

(2014) menar att för att begripa den subjektiva upplevelsen, är det till stor vikt att utgå från personberättelsen, hur situationen och besvären upplevs samt vilken betydelse upplevelsen har för den enskilda individen. Bergbom (2013) beskriver att genom att förstå patientens upplevelse av sin sjukdom i det dagliga livet kan sjuksköterskan bekräfta patientens upplevelse och bidra till en personcentrerad vård. Den aktuella studien undersöker unga kvinnors upplevelser av anorexia nervosa, för att betona vikten av en sjuksköterskas förståelse för sin patient och dess ohälsa. Genom en ökad förståelse kan sjuksköterska förebygga patientens ohälsa och lindra dennes lidande (Jagielska & Kacperska, 2017). Det är även betydelsefullt att betona att anorexia nervosa kan upplevas på olika sätt (Reid, Williams & Burr, 2010), Flensner (2014) menar att alla människor är sina egna individer och upplever saker och ting på sitt sätt. Upplevelser kan påverkas av olika faktorer så som, hälsotillstånd, ålder, livssituation samt personens miljö.

## Sjuksköterskans roll

Patienter med anorexia nervosa mår ofta psykiskt och fysiskt dåligt, då tillvaron präglas av många känslor, som skam och självförakt (Rance, Clarke & Moller, 2017). I vården av patienter med anorexia nervosa har sjuksköterskan en betydande roll Wentz (2010); Swatton (2011). Wentz (2010) beskriver att en sjuksköterskas roll i förhållande till patienter med anorexia nervosa ofta inbegriper kontrollfunktion, detta innebär att sjuksköterskan tar ansvar för att patienten håller sig från bland annat utesluten mat, självframkallande kräkningar och överdriven fysisk aktivitet. Swatton (2011) menar att sjuksköterskan även bör se till att patienten med anorexia nervosa äter och inte utvecklar de typiska ätbeteenden vid sjukdomen. Detta ställer krav på sjuksköterskan att ha kunskap om sjukdomen för att förstå patientens sjukdomstillstånd samt att kunna bedriva en individanpassad vård. Wentz (2010) beskriver att om patienten exempelvis behöver sond är det sjuksköterskan som ansvarar för både inläggning av sond och sondmatning. Utöver att sjuksköterskan kontrollerar och ständigt har tillsyn över patienten, är det till stor vikt att sjuksköterskan även uppmuntrar patienten för att kunna ta ansvar för sitt eget tillfrisknande. Swatton (2011); Salzmänn-Eriksson och Dahlen (2017) beskriver att patienter med anorexia nervosa upplever ökad tillit till sjuksköterskan när hen är förstående, tillgänglig och stöttande.

## Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en vårdform som syftar till att synliggöra patienten, genom att den sätts i centrum och får en individanpassad vård utifrån dennes psykiska, fysiska och emotionella behov. I denna vårdform utgår sjuksköterskan från en humanistisk grundsyn med en existentiell aspekt, där patientens unika perspektiv bekräftas och respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver att det krävs kunskap om patientens sjukdomstillstånd för att kunna ge en personcentrerad vård. Genom att sjuksköterskan har kunskap om anorexia nervosa kan detta bidra till att patienten får en individanpassad vård enligt Jagielska och Kacperska (2017). Svensk sjuksköterskeförening (2016) belyser att kunskap och förståelse för patientens sjukdomstillstånd bidrar till att sjuksköterskan kan se patientens behov av vård och därav förebygga patientens sjukdomstillstånd och lindra dennes lidande. För att patienten ska uppleva en god livskvalité.

## Lidande

Eriksson (1994) belyser att lidande är en del av livet. Lidandet är unikt och individuellt för varje person. Det kan innebära känslor och emotionella processer som exempelvis en person kan uppleva under ett sjukdomstillstånd. Lidande kan upplevas av personen som en känsla av att förlora kontrollen över sitt liv. Ett lidande kan beskrivas som kampen mellan det onda och det goda. Det kan alltså vara något ont som även är meningsfullt och vackert. En person upplever inte lidande enbart vid sjukdom, utan lidande kan även orsakas av sjukdomens konsekvenser, utebliven vård samt om patienten inte bemötts på ett bra sätt.

Flensner (2014) beskriver att en sjuksköterska ständigt möter personer som upplever ett lidande. Enligt Eriksson (1994) är det essentiellt för sjuksköterskan att förstå sjukdomen och personens upplevelse av sin sjukdom för att kunna lindra lidandet. När det gäller vård för patienter med anorexia nervosa bör sjuksköterskan ha mer kunskap om sjukdomen för att kunna förstå patientens individuella behov av vård (Jagielska & Kacperska, 2017). Vidare beskrivs det att en bättre kunskap om anorexia nervosa kan bidra till en mer personcentrerad vård för denna patientgrupp. Med personcentrerad vård menar Bergbom (2013) att sjuksköterskan utgår från patientens egna berättelse och anpassar vården utifrån dennes behov och önskemål. Om sjuksköterskan utgår från en allmän kunskap om patientens sjukdom kan patientens unika perspektiv och enskilda behov av vård förbises. Eriksson (1994) beskriver att lidande är en tystnad som ändå går att begripas med medlidande, empati och medmänsklighet.

När människans lidande bekräftas och är sedd, kan den lidande individen hitta tröst inom sig därför är det till stor vikt att sjuksköterskan kan förstå sig på patientens lidande. Eriksson (1994) beskriver tre typer av lidande i vården; *sjukdomslidande*, *vårdlidande* och *livslidande*. Dock fokuserar aktuell studie endast på sjukdomslidande och vårdlidande, då dessa anses vara relevanta för studiens syfte.

### *Sjukdomslidande*

Eriksson (1994) beskriver att sjukdomslidande är en del av en sjukdom. Anorexia nervosa kan innebära ett sjukdomslidande för patienten då det kan upplevas som ett psykiskt och kroppsligt lidande (Engström, 2019). Eriksson (1994) menar att sjukdomslidande beskrivs ur två perspektiv, *kroppsligt* och *sjäsligt lidande*. Där det *kroppsliga lidandet* kan exempelvis orsakas av en fysisk smärta som patienten upplever. Andra perspektivet beskrivs som *sjäsligt lidande* och kan vara vad personen tycker och känner om sig själv. Sjukdomslidande kan även orsakas av omgivningen, patientens upplevelser och den bilden patienten har av sig själv. Vid sjukdom kan patientens lidande uppstå när patienten känner skam eller en upplevelse av förändring. Sjukdomslidande kan också uppstå om patienten upplever vården negativt, vilket i sin tur kan leda till så kallade vårdlidande (Eriksson, 1994). Anorexia nervosa kan innebära ett sjukdomslidande för patienten då det kan upplevas som ett psykiskt och kroppsligt lidande (Engström, 2019). Enligt en studie av Bakker, Van Meijel, Beukers, Van Ommen, Meerwijk & Van Elburg (2011) kan sjukdomslidandet minska när sjuksköterskan förstår patientens upplevelse av sin sjukdom, vilket kan leda till att sjuksköterskan kan vårda och hjälpa patienten utifrån dennes behov.

### *Vårdlidande*

Enligt Offord, Turner och Cooper (2006) kan ett vårdlidande utvecklas hos patienten om sjuksköterskan har en bristfällig kunskap om anorexia nervosa. Eriksson (1994) definierar vårdlidande som det lidandet som inträder vid en utebliven vård, och som även kan leda till ett tyst lidande. Det kan handla om att patienten på något sätt upplever en hierarki i mötet med sjuksköterskan, vilket i sin tur gör att patienten får svårigheter att skapa förtroende till vården. Det tysta lidandet skapas alltså när patienten är tyst om de känslor och brister som förekommer i vårdmötet. Vårdlidande formas av relationen mellan patienten och sjuksköterskan. Det är betydelsefullt att vårdrelationen är ömsesidig, byggas på respekt och förståelse. Även att den ska bedrivas på yrkeskunnande och kompetens, där patientens subjektiva berättelse ges lika mycket giltighet som sjuksköterskans professionella perspektiv.

Om sjuksköterskan förbiser den unika patienten och endast utgår från det professionella perspektivet, finns det en stor risk att ett vårdlidande kan utvecklas. Det är därför betydande att sjuksköterskan känner till patientens unika perspektiv och upplevelser av sin sjukdom (Eriksson, 1994).

## Problemformulering

Anorexia nervosa karaktäriseras av ätbeteenden och viktkontrollerande beteenden som enligt Attia och Walsh (2007); Skowrońska, Sójta och Strzelecki (2019) kan leda till psykiatriska komplikationer och kan enligt Bemer et al., (2019) leda till medicinska komplikationer. Dessa komplikationer innebär en stor förändring i det dagliga livet för unga kvinnor med anorexia nervosa. Sjuksköterskor möter denna patientgrupp både i ätstörnings-och psykiatriska enheter samt somatisk slutenvård (Clinton & Norring, 2002). Därför är det enligt Jagielska och Kacperska (2017); King och Turner (2000) betydelsefullt för sjuksköterskan att ha kännedom om anorexia nervosa för att begripa personens upplevelse av sjukdomen i det dagliga livet. Enligt King och Turner (2000); Walker, Lloyd, Waghorn och Reid (2011) upplever sjuksköterskan en utmattning och frustration av att behandla patienter med anorexia nervosa, på grund av bristande kunskap om sjukdomen och patientens upplevelse av den. Offord, Turner och Cooper (2006) beskriver att sjuksköterskans bristfälliga kunskap om anorexia nervosa kan resultera i ett vårdlidande hos patienten. Detta på grund av att det kan bli en generalisering av patienters upplevelser av sjukdomen. Enligt Jagielska och Kacperska (2017) kan en bättre kunskap om anorexia nervosa bidra till en mer personcentrerad vård för denna patientgrupp. Personcentrerad vård innebär enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) att sjuksköterskan bekräftar patientens upplevelse av sin sjukdom för att kunna ge enskild vård och främja hälsa. Eriksson (1994) betonar i sin omvårdnadsteori att om sjuksköterskan förbiser den unika patienten och endast utgår från sitt perspektiv kan det finnas en stor risk att patientens sjukdomslidande utvecklas till ett vårdlidande. Det är därför betydande att sjuksköterskan känner till patientens sjukdomstillstånd och unika perspektiv, för att kunna bedriva en personcentrerad vård.

## Syfte

Syftet är att beskriva unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet.

# Metod

## Design

Denna studie har genomförts med en kvalitativ studiedesign med induktiv ansats enligt beskrivning av Lundman och Hällgren Graneheim (2017). Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att med en induktiv ansats går forskaren djupare in i individens perspektiv och får en djupare förståelse om dennes unika upplevelser av sjukdomen. Henricson och Billhult (2017) beskriver att målet med kvalitativa studier är att öka kunskap om ett specifikt område. Kvalitativa studier kan även användas för att begripa tolkningar och upplevelser av ett fenomen enligt Bernhardsson (2010). Denna studie var baserad på patografier som är en beskrivande text i jag-form. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver att en analys av patografier kan göras för att få fram individens subjektiva upplevelse av sjukdomen. Metodvalet av patografier valdes för att patografiernas subjektiva upplevelser bidrog till en närmare och djupare förståelse för unga kvinnors upplevelser av anorexia nervosa.

## Urval

Henricson och Billhult (2017) beskriver att urvalsprocessen är en central del av datainsamlingen och innebär att forskaren är tydlig i det som ska undersökas. För att syftet ska vara specifikt bör studien avgränsas och smalnas av med inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier är de kriterierna som datainsamlingen ska inkludera, medan exklusionskriterier är det som studien exkluderar i sin datainsamling.

Inklusionskriterierna i denna studie var att patografierna skulle vara skrivna av unga kvinnor med anorexia nervosa mellan åldrarna 18-26. Patografierna skulle även vara skrivna på svenska för att undvika feltolkning och missförstånd av texten. Ett annat inklusionskriterie i denna studie var att kvinnorna i patografierna skulle någon gång under sin sjukdom sökt vård.

## Datainsamling

Friberg (2017) beskriver att datainsamlingen i en studie ska utgå från studiens syfte och problemområde. Patografierna söktes via databasen Libris som är en databas för de svenska universitetsbiblioteken (Libris, u.å). *Anorexia nervosa* användes som sökord (se bilaga 1). Det resulterade i 831 träffar på Libris. Sökningen avgränsades till det *svenska språket* som resulterade 308 träffar. Vidare lades *biografier med genealogi* till som ett kriterie vilket gav

31 träffar. Totalt var det 800 böcker som exkluderades och anledningen var; diktböcker, böcker som inkluderade fler sjukdomar än anorexia nervosa, faktaböcker, patografier som var skrivna av anhöriga samt av unga kvinnor yngre än 18 år. Bortfallet av böckerna gjordes på grund av att de inte passade in i inklusionskriterierna. Totalt var det 31 böcker som identifierades, därav lästes 18 titlar och 13 sammanfattningar. Av de 31 böcker som identifierades exkluderades 28 böcker, då de inte uppfyllde studiens inklusionskriterier. Slutligen var det tre patografier som inkluderades för vidare dataanalys (se bilaga 1).

### *Beskrivning av patografier*

#### Patografi 1:

Nordlund, T., & Bank, S. (2006). *Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi*. Big Bok.

Tina var före detta damfotbollsprofil som drabbades av anorexia nervosa när hon var 25 år. Att spela fotboll var en trygghet för Tina, men efter att hon skadat sitt ben allvarligt var det omöjligt för henne att spela igen. Tina ville återgå till att spela igen, vilket gjorde att hon satte höga mål att träna och ändra sina matvanor för att bli starkare. I patografen berättar Tina om sin sjukdom och hennes fotbollskarriär.

#### Patografi 2:

Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling*. Hjalmarson & Högberg.

Patografen är baserad på Hanna som får diagnosen anorexia nervosa vid 21 års ålder. Hannas patografi är baserad på dagboksanteckningar där det förekommer beskrivningar av den mångåriga resan igenom anorexia nervosa och hur sjukdomen påverkade och förändrade hennes liv. Hanna beskriver i boken att hon har haft länge *lågt självförtroende och självkänsla* vilket ledde till att hon *ständigt var missnöjd* med sig själv. Missnöjet satte spår inom Hanna och medförde i en överdriven träning, vilket gjorde att hon gick ner i vikt.

#### Patografi 3:

Alven, T. (2013). *Viktig: från matmissbrukare till träningsförebild*. Hoi förlag.

Terese 19 år, jobbade som träningsinspiratör och levde ett hälsosamt liv. När hon flyttade till USA hade hon en rädsla inom sig om att träningsrutinerna skulle rubbas. Resultatet av detta

blev en överdriven fysisk aktivitet i kombination med nyttig mat och matschema. Hon går från att vara osäker i sig själv i college, till att vistas i en ätstörningsenhet som patient. I patografin följs Terese kamp igenom anorexia nervosa, där hon beskriver känslor, upplevelser och förändringar som sjukdomen medför.

## Dataanalys

För att besvara studiens syfte användes en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). En kvalitativ innehållsanalys kan användas inom många forskningsområden och innebär en analys av stora mängder data som exempelvis, patografier, dagböcker, bloggar samt texter från intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Denna metod ansågs vara ett lämpligt och passande val för att svara på syftet som var att beskriva unga kvinnors upplevelser av anorexia nervosa i det dagliga livet. Innehållet från patografierna analyserades med en manifest innehållsanalys som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) handlar om att vara textnära då analysen är beskrivande och har en låg tolkningsnivå. Detta innebär att innehållsanalysen endast är beskrivande och fokuserar på att belysa budskapet i datamaterialet, för att undvika feltolkning och missförstånd av texten.

Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver att analysprocessen sker i olika steg, då första steget är att läsa patografierna. Detta gjordes två gånger av vardera författare, för att inte förbise och missa betydelsefull data. Andra steget som beskrivs är en utplockning av meningsbärande enheter som svarar på studiens syfte, det kan exempelvis vara texter, ord eller meningar som utgör grunden för innehållsanalysen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör meningsbärande enheter vara lagom stora för att det inte ska finnas en risk för fragmentering, då budskapet i texten tappas bort. Om meningsbärande enheten är för stor kan meningen bestå av fler budskap som kan påverka analysens resultat. I samband med läsning av patografierna identifierades 275 meningsbärande enheter som sedan kondenserades och abstraherades som enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskrivs som det tredje steget. Kondensering innebär en process där den meningsbärande enhetens syfte bevaras samtidigt som meningen kortas ner och blir lätthanterlig. Steget efter som beskrivs kallas för kodning och innebär att den kondenserade meningsbärande enheter förses med koder. En kod är en etikett på en meningsbärande enhet som kortfattat beskriver innehållet genom att vara så textnära som möjligt, för att förstå textens budskap. Kondenseringen och kodningen av meningsbärande enheter gjordes tillsammans för att minska risken för självtolkning. Därefter jämfördes och kategoriserades koderna efter likheter och skillnader till underkategorier och

huvudkategorier. Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen blev tre huvudkategorier och fem underkategorier (se figur 1).

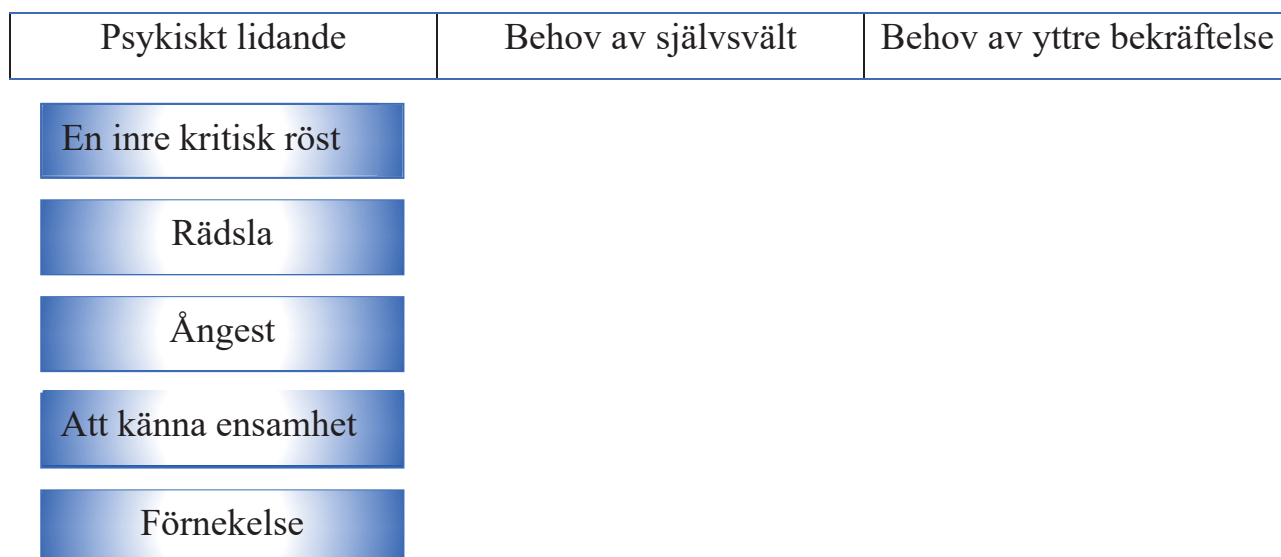
## Etiska överväganden

Kvalitativ forskning är ett sätt att närma sig den enskilda individen. I Sverige bör all forskning som berör människor regleras av *lag om etikprövning* (2003:460) och personuppgiftslagen (1998:204), för att värna om och respektera människans värdighet och integritet. För att forskning ska accepteras enligt etikprövningslagen bör forskaren respektera människovärdet, och ta hänsyn till människans personliga integritet, hälsa och säkerhet. Personuppgiftslagen (1998:204) beskriver att om forskningen respekterar den enskilda individens integritet, bör även dennes sfär respekteras för att individen har rätt att hålla integriteten oskadd (Kjellström, 2017). Enligt *Lag om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk* (SFS 1960:729) har författarna rätt att publicera sitt verk till allmänheten, vilket då innebär en offentlighet för allmänheten. Detta innebär dock inte att på ett eller annat sätt korrigera innehållet då det kan vara kränkande och nedsättande mot författaren (Sveriges riksdag, 2020).

Vid utplockning av data kan etiska problem uppstå. Den subjektiva berättelsen kan exempelvis dömas och feltolkas (Kjellström & Sandman, 2013). Genom hela processen av läsning och datainsamling från de tre patografierna togs det hänsyn till kvinnornas egna integritet och värdighet. Berggren (2019) beskriver att värdighet innebär människors värde och detta bör därför inte kränkas. För att inte kränka kvinnornas värde och deras subjektiva berättelse, var utgångspunkten att vara objektiv och textnära vid sammanställning av kvinnornas upplevelser av anorexia nervosa. Samtidigt respekterades kvinnornas personliga sfär för att värna om deras integritet. Kjellström (2017) beskriver att göra-gott principen kan vara en central etisk princip som innebär att deltagaren inte skadas på något sätt, samt att studien har mer nytta än skada för personen. Denna studie gjordes i syfte om att sjuksköterskan ska få kunskap och en djupare förståelse för unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet. Vilket kan bidra till en personcentrerad vård och en mindre risk för att patientens sjukdomslidande ska utvecklas till ett vårdlidande.

## Resultat

Innehållsanalysen resulterade i tre huvudkategorier och fem underkategorier som svarar på studiens syfte, vilket var att beskriva unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet. Huvudkategorierna är; *psykiskt lidande*, *behov av självsvält* och *behov av yttre bekräftelse* (se figur 1).



Figur 1. Sammanställning av huvudkategorier och underkategorier.

### Psykiskt lidande

Denna huvudkategori består av underkategorierna; *en inre kritisk röst*, *rädsla*, *ångest*, *att känna ensamhet* och *förnekelse*. Sjukdomen anorexia nervosa gjorde att kvinnorna upplevde ett psykiskt lidande i vardagen, det vill säga att de mådde psykiskt dåligt under hela sjukdomsförloppet. I patografierna beskriver de unga kvinnorna hur deras psykiska lidande började och utvecklades. I början av sjukdomsförloppet kände kvinnorna inte av att de mådde dåligt, men det psykiska lidandet kom smygande och blev större med tiden.

*“De har ju ingen aning om vad som rör sig i min skalle, eller hur dåligt jag mår.”* (Patografi 1, s. 191).

### *En inre kritisk röst*

De unga kvinnornas tillvaro präglades av ständiga tankar som beskrivs som en inre röst. Den inre rösten styrde och överskuggade kvinnornas tankar, åsikter och handlingar.

I resultatet framkommer det att kvinnorna var osäkra på om rösten var verklig eller inte.

Kvinnorna kunde inte förstå vart den inre rösten kom ifrån, men efter en viss period när de upplevde att sjukdomen hade tagit över förstod dem att det var anorexia nervosa som talade till dem. Kvinnorna upplevde att rösten bestod av en motstridig kraft mellan den onda och den goda. Den goda rösten ville att kvinnorna skulle ta hand om sig själva och äta näringsrik mat. Medan den onda rösten ville det motsatta. Det var en ständig kritisk röst som viskade taskiga och nedvärderande ord och ansåg att de skulle avstå från att äta. Kvinnorna upplevde att varje dag blev en strid mellan den onda och den goda rösten, vilket alltid slutade med att den onda rösten tog över. Oavsett om kvinnorna lydde den inre kritiska rösten eller inte, kunde dem inte göra sig av med den. De upplevde att de kritiska rösterna var en del av dem och kunde därför inte lämna dem.

*”Hur skulle jag kunna förklara mina tankar? De lät ju orealistiska och fåniga även in mitt huvud. Ändå påverkade de mig så starkt.” (Patografi 3, s. 77).*

Den onda och kritiska rösten som dominerade handlade ofta om deras utseende. Kvinnorna hade en underlig syn på den egna kroppen då de ansåg sig vara feta och äckliga. Varje gång de ställde sig framför spegeln, hördes den kritiska rösten som fick kvinnorna att se på sig själva med äckelkänslor och nedvärderande tankar. Detta påverkade kvinnorna enormt mycket och sjönk till botten varje gång de stod framför spegeln. På grund av den inre kritiska rösten hade kvinnorna en förvrängd bild av sig själva, de upplevde sig vara överviktiga trots undervikten då dem alltid kände och klämde på kroppen. De lyckades alltid hitta en ny fettvalk som de inte var nöjda med, vilket ledde till att de äcklades av varje kroppsdel och det enda de såg var ”fett”. Detta resulterade i att kvinnorna började analysera om de verkligen behövde alla kroppsdelar. Ett exempel som en av kvinnorna kom fram till, var att det inte var nödvändigt att ha bröst. Eftersom bröst består till mesta del av fettvävnad och detta var ett hinder som skulle förlänga hennes viktnedgångsresa. Alla tre kvinnor hade en förvrängd bild av den egna kroppen, de tyckte inte om sitt utseende på grund av att de ständigt kände sig feta och äckliga. De negativa känslorna framkom i samband med den inre kritiska rösten som kvinnorna hörde genom hela sjukdomsförloppet, eftersom de ständigt observerade och

analyserade sina kroppar. Kvinnorna var aldrig nöjda oavsett vad dem gjorde. Nästan allting handlade om utseendet i kvinnornas värld. De ville vara smala och perfekta, inte feta och äckliga. Därför började de straffa sig själva genom att hoppa över måltider och tänka mer på vad de åt.

*“Nu känner jag mig jättefet och äcklig. Jag måste skärpa mig. Får inte hålla på så här, då blir jag inte smal. Jag får ta det lugnt med ätandet resten av veckan.”* (Patografi 3, s.53).

Den inre kritiska rösten fortsatte att viska och kvinnorna upplevde ett hat mot den egna kroppen. För varje gång de hörde den inre kritiska rösten blev självhatet värre, kvinnorna tyckte aldrig att de var vackra och de levde i en ond cirkel där de kände behovet av att täcka så mycket som möjligt. För en av kvinnorna ledde den inre kritiska rösten till självmordstankar. Hon upplevde att det blev för jobbigt och klarade inte av att leva i förtryck med en ständig kritisk röst som styrde hennes liv. Kvinnorna upplevde att ingen kunde förstå deras tillstånd oavsett hur mycket de försökte. Två av kvinnorna sökte professionell hjälp men upplevde att varken vården, vänner eller familj förstod de eller tog de på allvar.

*“Jag har funderat på att ta livet av mig. Har alltid tyckt att det är fegt, men jag förstår dem som gör det.”* (Patografi 2, s. 194).

### *Rädsla*

I resultatet framkom det att alla kvinnor upplevde en rädsla för att gå upp i vikt. Tillvaron präglades av en varaktig rädsla som var starkare än deras vilja att bli friska. Kvinnorna visste att deras vanor och beteenden inte var friska och ville därför börja äta vanliga måltider som alla andra. Så fort de såg maten blev de rädda och började gråta på grund av den frånvarande relationen de hade till mat. Kvinnorna ansåg att det var jobbigt att prata om mat då de förknippade maten med viktuppgång. De ansåg att mat kunde rubba deras metabolism och därför kunde allt matintag sätta sig i underhudsfettet. Kvinnorna var väldigt noggranna med vad och hur mycket mat de fick i sig, exempelvis var det strikt med att inte överskrida en begränsad mängd kalorier under dagen. Den enorma rädslan som kvinnorna upplevde för viktuppgång grundar sig i en rädsla för att inte duga. Kvinnorna fruktade tanken av att inte vara tillräckligt fina och dugliga. De upplevde en rädsla över att inte kunna hitta en partner. De spekulerade alltid över vad män skulle tycka om deras utseenden och var rädda att de

skulle avsky deras kroppar. Idealet var en smal och snygg kvinna, men kvinnorna visste inte om de var tillräckligt smala för att älskas av andra.

*"...rädd att inte duga, att inte räcka till. "* (Patografi 1, s. 136).

### *Ångest*

Resultatet uppvisar att de unga kvinnorna upplevde ångest nästan hela tiden under sjukdomsförloppet. Ångesten började tidigt i sjukdomsförloppet då kvinnorna tryckte ner sig själva på grund av en osäkerhet som började utvecklas. Ångesten var en känsla som successivt tog över dem som individer, vilket påverkade den egna självbilden. På grund av ångesten skapades ett kritiskt tänk hos de unga kvinnorna. Kvinnorna jämförde sig själva ständigt med hur andra kvinnor och skapade en illusion om hur en perfekt kvinna skulle vara. Att vara smal och snygg var den illusionen som alla kvinnor försökte efterlikna. Men i och med att de aldrig var nöjda med sina utseenden upplevde kvinnorna ännu mer ångest över hur de såg ut och varför dem aldrig kunde passa in oavsett vad dem gjorde. När ångesten blev värre försökte kvinnorna att hitta en utväg ur ångesten. Utvägen blev strikta kostscheman i kombination med fysisk aktivitet samt att göra sig av med mat genom att kräkas eller inta laxeringsmedel. Känslorna av ångest lämnade inte kvinnorna ensamma, ångesten fick istället en starkare roll och en av kvinnorna led av ångestattack. Hon hade aldrig varit med om något liknande då hon hade svårt att andas och skakade i hela kroppen. Kvinnan sökte vård då hon ville ha hjälp, men vårdpersonalen ansåg att hon inte var "lika sjuk" som de andra patienter med anorexia nervosa. Eftersom kvinnan upplevde att vården inte tog henne på allvar fick hon ännu mer ångest över situationen.

*"Ångesten är som en svart klump som styr mig..."* (Patografi 2, s. 44).

### *Att känna ensamhet*

Ensamhet var något upprepande i resultatet. Kvinnorna kände sig ensamma i en värld där allting handlade om mat och kroppsvikten. Ensamheten upplevdes dels för att de inte ansåg att dem passade in bland andra personer och dels för att sjukdomen hade kontrollerat dem så pass mycket att den stötte bort kvinnorna från sociala sammanhang. En av kvinnorna tog bort sina sociala medier för att hon kände sig ensam då ingen gillade eller kommenterade hennes inlägg. Tidigare brukade hon vara en omtyckt följare som fick mer än 50 kommentarer på varje bild, men nu fick hon inte ens fem kommentarer vilket oroade henne. Detta påverkade

henne mycket vilket ledde till att hon raderade alla sociala medier som hon hade och isolerade sig själv i sin ensamhet. Kvinnorna avstod även från att träffa vänner och familj eftersom att sociala situationer väcker obehagliga och otäcka känslor. För varje dag som gick kände dem att ensamheten blev större. Även om de saknade sina vänner och familjer och kände ett behov av närhet tackade kvinnorna alltid nej till att umgås med sina nära och kära. Kvinnorna upplevde att det var otäckt att vistas ute i allmänheten och stannade heller hemma själva i sin ensamhet. De kände sig tryggare hemma då dem inte utsattes för sociala situationer som kunde vara påfrestande.

*Anorexi föds i ensamhet, eller en upplevd ensamhet, och den tar tid att släppa. Jag isolerade mig alltmer under den här perioden. Självcentreringen var sjuk, jag låste in mig i lägenheten och vägrade svara i telefon när vänner eller familj ringde. Jag ville inte att någon skulle veta hur dåligt jag mätte, jag skämdes och orkade inte visa eller ge av mig själv. (Patografi 2, s. 179).*

Kvinnorna upplevde att ensamheten blev större i slutet av sjukdomen när de började acceptera sitt tillstånd. Ensamheten blev större på grund av att kvinnorna utvecklade en sjukdomsinsikt och insåg att ingen riktigt förstod vad de gick igenom. Känslan av ensamhet blev värre när kvinnorna hade samlat modet till att söka vård och insåg att de varken bemöttes på ett bra sätt eller togs på allvar av vårdpersonalen. Detta ledde i sin tur att kvinnorna isolerade sig själva från omvärlden för att vara ensamma. Ensamheten betydde mycket för kvinnorna eftersom de försökte hantera sina känslor utan att behöva förklara sig för någon.

### *Förnekelse*

Resultatet visar att förnekelse var något gemensamt bland de unga kvinnorna. Sjukdomstillståndet förnekades då kvinnorna ansåg sig vara friska, vilket försvårade chansen att förstå hur allvarligt deras tillstånd var. Kvinnorna vägrade att acceptera faktumet att de inte var i ett bra hälsotillstånd. De trängde bort den sanna verkligheten och utgick från en ny värld där allting kretsade kring mat, ätande och träning. Kvinnorna förnekade sitt sjukdomstillstånd dels för att de inte kunde acceptera sitt tillstånd samt att de ville fortsätta ha kontroll över sin kroppsvikt. Kvinnorna upplevde att det endast var hälsosamt och nyttigt för kroppen att vara mager. Kvinnorna hade ett tunnelseende när det kom till deras ohälsotillstånd. De förnekade allting som handlade och kretsade kring mat och kroppsvikten. Förnekelse var något som uppkom i tidigt stadie för alla tre kvinnor. Varje gång kvinnorna

förnekade sin sjukdom blev deras tillstånd sämre. Det vill säga att de unga kvinnorna trängde bort faktumet att dem var sjuka i anorexia nervosa. Vilket gjorde att kvinnorna hade en bristande sjukdomsinsikt. Kvinnorna kunde uppleva att de mådde dåligt eller att något var fel men hade svårt med att koppla deras tillstånd att de hade anorexia nervosa. Eftersom kvinnorna förnekade deras ohälsotillstånd hade de svårt med att lyssna på omgivningen och inse deras sjukdom, vilket ledde till mer viktnedgång.

*“För varje gång jag nekade mig något fick anorexin ett fastare grepp om mitt liv.” (Patografi 1, s. 57).*

## Behov av självsvält

Behov av självsvält är den andra huvudkategorin som framkom i resultatet då kvinnornas låga självkänsla ledde till att kvinnorna började fokusera allt mer på sin vikt. Detta ledde i sin tur att kvinnorna försökte komma på olika sätt att göra sig av med maten som de åt.

*”Varje dag stod jag framför min spegelbild och talade med mig själv...men jag räckte inte till.” (Patografi 3, s. 126).*

I början av sjukdomsförloppet började diffusa känslor om den egna kroppen uppstå. Kvinnorna började exempelvis titta på andra kvinnors kroppar utan att reagera starkt. Detta utvecklades vidare till att kvinnorna var mer observanta på hur den egna kroppen såg ut och vilka brister det fanns. Kvinnorna kunde stå i flera timmar framför spegeln för att hitta något som var annorlunda än de perfekta kvinnorna som de jämförde sig med. Det kunde vara kvinnor från tidningar, filmer men också vänner och familj som de såg upp till. Kvinnorna hade utvecklat ett kroppsligt lidande på så vis att de fick en förändrad kroppsbild och allting började kretsa kring kroppens form och utseende, men även olika sätt att förändra kroppen. Det kroppsliga lidandet ledde till ett ständigt fokus på kroppen och utseendet, på så vis att kvinnorna började straffa sig själva genom självsvält.

Sjukdomen anorexia nervosa hade tagit en stor plats i kvinnornas liv att de började identifiera sig själva med den. Kvinnorna kände sig bekväma i sjukdomen på så vis att de inte märkte av sjukdomens konsekvenser. Genom hela sjukdomsförloppet framkom det att kvinnorna bestraffade sig själva så fort de åt mer mat än de skulle, inte tränade eller kände att de gick upp i vikt. När kvinnorna hoppade över vissa måltider upplevde de en hungerkänsla som de

lärde sig att hantera för att må bra. När kvinnorna hade lärt sig att handskas med hungerkänslan lärde de sig ytterligare att avstå från mat helt och hållet. Det vill säga att de började svälta sig själva för att gå ner i vikt. Även om kroppen ropade efter hjälp, såg kvinnorna förbi detta och fortsatte med självsvälten. Självsvälten visade sig i symtom som ständig trötthet, orkeslöshet och buksmärta. En av kvinnorna blev förstoppad i flera dagar och detta såg hon inte som ett varningstecken, hennes resonemang var att använda laxeringsmedel för att ytterligare tappa fler kilogram. Kvinnorna beskriver även att de känner sig svaga till att utföra dagliga sysslor. Ibland kunde kvinnorna känna att det var jobbigt att hålla en bok då dem inte hade orken och kraften till att göra det. Andra symtom som framkom hos kvinnorna var att de ständigt frös, på grund av att deras kroppar var avmagrade, tunna med en liten mängd underhudsfett.

*“Jag tänker även mycket på min vikt, märker att jag inte har så mycket krafter. Orkar ingenting.”* (Patografi 3, s. 95).

Kvinnorna blev allt mer känsliga och lätt irriterbara för saker och ting. Kroppen signalerade för fullt, men kvinnorna såg förbi varje signal och fortsatte med sina dåliga vanor. Kvinnorna hade spenderat mycket tid och energi på att hantera svält och hungerkänslan, de ville därför inte ge upp det hårda arbetet. Efter en viss period blev deras kroppar vana vid självsvälten då det inte var besvärligt att utesluta måltider. Att kunna hålla sig länge utan att äta blev en sorts sysselsättning för kvinnorna. Vilket innebär att de då var självupptagna och vaksamma med att inte äta något. Självsvälten medförde en upplevd glädje hos kvinnorna, vilket gjorde att de började anse att lyckan satt i vikten och utseendet. Detta medförde att kvinnorna tålmodigt kämpade vidare med att svälta sig själva för ett bättre mående.

*“Det är ju därför jag svälter mig, för att jag vill må bra. Jag tror att jag kommer att må bra på det här sättet.”* (Patografi 2, s. 71).

## Behov av yttre bekräftelse

Behov av yttre bekräftelse är den tredje huvudkategorin och handlar om kvinnornas bekräftelsebehov samt hur detta påverkade deras välmående. När omgivningen uppmärksammade kvinnornas utseenden upplevdes en känsla av välbefinnande.

*“När någon sa till mig att jag var smal blev jag mest glad.”* (Patografi 3, s. 65).

Behov av yttre bekräftelse var något som förekom under hela sjukdomsförloppet. Kvinnornas låga självkänsla medförde en ständig känsla av bekräftelse från omgivningen. När kvinnorna fick komplimanger om sitt utseende upplevde de ett välbefinnande, detta gjorde att komplimangerna associerades med att gå ner i vikt. Viktnedgången blev en viss tillfredsställelse och trygghet för kvinnorna för att de förlitade sig på att omgivningen skulle bekräfta deras utseenden oavsett hur mycket de gick ner i vikt. För varje komplimang de fick om sitt utseende desto mer motiverade blev de till att fortsätta med viktnedgången. Den yttre bekräftelsen stärkte kvinnornas självkänsla och var som en drivkraft för att de skulle klara av vardagen. Kvinnorna levde i en mörk bubbla och kände att deras hårda arbete med viktnedgången inte gav några resultat. Så fort kvinnorna fick uppmärksamhet och bekräftelse från omgivningen tolkades det som något positivt och att viktnedgången äntligen började visa resultat. Välbefinnandet som resulterades av det ständiga bekräftelsebehovet ledde till att kvinnorna kände att de kunde kontrollera sina matvanor för att ytterligare gå ner i vikt. När kvinnorna upplevde att de hade kontroll över maten och vikten kände dem sig "duktiga" och "starka". Detta resulterade i att kvinnorna stod emot mat som ansågs vara onyttig, och hoppade över måltider som ansågs vara onödiga. Så fort kvinnorna råkade äta det onyttiga, kräcktes de för att uppleva välbefinnande. Kvinnornas gemensamma mål var att uppleva välbefinnande och därför sattes strikta regler upp kring hur de skulle gå ner i vikt. De uppsatta reglerna för viktnedgång var påfrestande, men kvinnorna följde de successivt ändå. För varje gång de gick ner några kilogram, upplevdes en känsla av välbefinnande.

*"Siffrorna på vågen var lägre varje gång jag vägde mig. Detta gjorde mig glad."* (Patografi 3, s. 95).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Denna studie går ut på att beskriva unga kvinnors upplevelser av anorexia nervosa i det dagliga livet. För att syftet i studien skulle besvaras utformades en kvalitativ studiedesign. Enligt Lundman och Graneheim (2017) är kvalitativ forskning passande för studier som avser att studera människors upplevelser av ett specifikt fenomen. Det vill säga att forskaren inte studerar sjukdomen eller tillståndet, utan fokus ligger på att studera människans tolkning och upplevelser av sin sjukdom. Detta är en stor fördel för denna studie då fokuset ligger på att

undersöka kvinnors upplevelse av sin sjukdom. Metodvalet för studien var att utgå från patografier, vilket hade sina för- och nackdelar. Fördelen med patografier är att få en djupare förståelse av en persons unika och subjektiva upplevelse av sin sjukdom. Trots att patografier var ett passande metodval för studien, fanns det även svagheter med valet. Bernhardsson (2010) beskriver att det kan bli en feltolkning av texten i patografierna, som i sin tur kan leda till att betydelsefull information missas. Därför lästes patografierna två gånger av vardera författare i studien.

I denna studie användes Libris som sökmotor för att hitta patografier av relevans till datainsamlingen. En styrka med Libris är att den består av böcker från svenska bibliotek, samt att sökningen är enkel och smidig då det förekommer kategorier som går att kombinera med olika sökord och filter. Svagheten med Libris var att sökningen inte resulterade i fler än tre patografier som passade in i studiens inklusionkriterier, trots att Libris består av mycket material (Karlsson, 2018). Om sökningen i Libris innehöll fler sökord kunde resultatet bli annorlunda, det kunde exempelvis få fram engelska böcker som kunde svara på studiens syfte. Ett av inklusionskriterierna var att patografierna skulle vara skrivna på svenska, för att minska felaktig tolkning och missförstånd i språket. Om patografierna var skrivna på andra språk skulle det finnas en risk för felaktig översättning och feltolkning enligt Lundman och Graneheim (2017), som kan påverka studiens resultat. Därför valdes svenska patografier.

I denna studie utsågs kvinnor vara ett fokus eftersom, sjukdomen är mycket vanligare bland kvinnor än män (Sandeberg & Bengtsson, 2015). Kvinnorna i patografierna skulle någon gång under sjukdomsförloppet söka vård, för att författarna i denna studie anser att kvinnornas upplevelser kan överföras till sjuksköterskan. Då studien kan bidra sjuksköterskan med kunskap och förståelse för unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver att överförbarhet är när ett resultat i en studie går att överföra till en specifik grupp eller kontext. Överförbarheten i den aktuella studien är låg, eftersom resultatet är grundat på kvinnors subjektiva upplevelser. Flensner (2014) beskriver att varje upplevelse är unik och ingen upplevelse är den andra lik. Vilket innebär att en persons upplevelse kan skilja sig från någon annans och därför går resultatet inte att generaliseras. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver att om ett resultat har en låg generaliserbarhet kan även överförbarheten vara låg. Å andra sidan kan överförbarheten bli högre om resultatet är tydligt beskrivet.

Kvinnorna som var i fokus skulle vara mellan åldrarna 18-26. Denna åldersgrupp valdes för att författarna i denna studie ville studera unga kvinnor och inte yngre tjejer. Quick et al., (2013) definierar en ung kvinna mellan åldrarna 18-26 och beskriver vidare att dessa kvinnor upplever en stor osäkerhet kring sitt utseende. Det som gör denna åldersgrupp intressant att studera är främst att kvinnorna påverkas av de ideal som förekommer kring hur en ung kvinna bör se ut och vara. Quick et al., (2013) menar att de flesta kvinnorna i denna åldersgrupp studerar på universitet och/eller befinner sig i arbetslivet vilket gör att de jämför sig själva med andra kvinnor. Osäkerheten som visar sig hos kvinnor i denna åldersgrupp leder till en strävan efter en tunn och mager kropp som visar sig i sjukdomen anorexia nervosa. Inklusionkriteriet var dock svårt att följa då det var komplicerat att hitta patografier som var skrivna av unga kvinnor mellan 18-26 år, eftersom de flesta var skrivna av yngre kvinnor mellan 11-17 år. Till slut resulterade sökningen i tre patografier som passade in i studiens inklusionskriterier.

Resultatet i studien valdes att analyseras med en manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Denna metod analyserades eftersom den ansågs vara passande för studiens syfte. I och med att studien fokuserar på upplevelser av en sjukdom var den manifesta sorten mer relevant då upplevelserna plockades ut med hjälp av analysprocessen. Fördelen med en manifest ansats är att forskaren arbetar med textinnehållet så nära som möjligt. Därför valdes patografier som gör det lättare att följa kvinnornas upplevelser av anorexia nervosa i det dagliga livet. En annan fördel med att vara textnära är att man får en djupare förståelse för kvinnornas upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Men detta kan även ha en nackdel med att använda patografier då forskaren kan tolka de subjektiva upplevelserna i texten. Samt att forskaren inte kan ställa följdfrågor och får förklaring på otydligheter som kan framkomma i patografierna (Olsson & Sörensson, 2011).

Analysen av datamaterialet utfördes enligt Graneheims och Lundmans (2004) beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys. Fördelen med en kvalitativ innehållsanalys är dess tydliga och strukturerade tillvägagångssätt, vilket gjorde att innehållsanalysens steg var enkla att följa. Att sätta ihop kategorier med samma budskap var en annan styrka med innehållsanalysen, då den röda tråden bevaras i resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Å andra sidan var det komplicerat att kategorisera då innehållsanalysen resulterade i tre huvudkategorier och fem underkategorier som endast stod under en av huvudkategorierna (se figur 1).

Anledningen till detta var att alla underkategorier handlade om ett psykiskt lidande och

placerades därför endast under huvudkategorin *psykiskt lidande*. De resterande huvudkategorierna presenteras utan underkategorier på grund av att resultatet inte visade detta.

Innehållsanalysens svagheter var att den stora textmassan i patografierna kunde leda till att man tappade bort sig i analysstegen. Den stora textmassan kunde även leda till felaktiga meningsbärande enheter, på grund av att innehållet i meningen kunde tolkas (Graneheim & Lundman, 2004). Detta styrks av Henricsson (2017) där det beskrivs att resultatet kan färgas av den enskilda personens tolkning, som i sin tur kan sänka pålitligheten i studien. Därför var det en fördel att vara fler personer vid genomförandet av innehållsanalysen. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver att en studies trovärdighet ökar vid ett noggrant genomförande av innehållsanalysen. Det vill säga att författarna ibland får gå igenom analysprocessen flera gånger, för att kontrollera om det förekommer brister i resultatet. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) beskriver även att en studies trovärdighet ökar om det förekommer citat som stärker resultatet, samt att den röda tråden bibehålls genom hela studiens delar.

## Resultatdiskussion

Resultatet som beskrev unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet består av huvudkategorierna; *Psykiskt lidande*, *behov av självsvält* och *behov yttre bekräftelse*. Huvudfynden som ansågs vara utmärkande att lyfta fram och diskutera var *en inre kritisk röst*, *rädsla*, *ångest* och *yttre bekräftelse*.

Ett framträdande fynd var att kvinnorna upplevde en inre kritisk röst i samband med det dagliga livet. Den inre kritiska rösten överskuggade kvinnornas åsikter, tankar och handlingar. Detta beskrivs även i studier av (Pugh och Waller, 2017; Noordenbos, Aliakbari och Campbell, 2014; Williams och Reid, 2012) där det framkommer att en ”anorektisk röst” är en gemensam upplevelse bland personer med anorexia nervosa. Williams och Reid (2012) menar att den ”anorektiska rösten” beskrivs som både vänlig och demonisk, där den vänliga rösten är personens vän och den demoniska rösten betraktas som en fiende. Den demoniska rösten kritiserar och dominerar den anorektiska personens självkänsla och det rationella jaget. Detta styrks även av Pugh och Waller (2017) som belyser att unga kvinnor med anorexia nervosa upplever att den inre rösten ständigt kommenterar deras vikt och kroppar, vilket skapar en osäkerhet om det egna utseendet. Noordenbos et al., (2014) framställer i sin studie att den inre

kritiska rösten kan upplevas som en inre diktator som styr och överskuggar det dagliga livet. Noordenbos et al., (2014) menar att den inre rösten beordrar unga kvinnor med anorexia nervosa att gå ner i vikt genom att minska matintaget. I studien framkommer det ett exempel som tydliggör beskrivningen av den inre diktatorn. När en ung kvinna åt ett äpple under hela dagen var hon tvungen att straffa sig själv på grund av de kalorier och sockerhalter som äpplet innehöll. Williams och Reid (2012) framställer att den demoniska rösten blir starkare hos personen varje gång den lyder den. I och med att kalorier är förbjudet enligt den inre rösten får anorektikern skapa strikta regler vad gäller matvanor. Noordenbos et al., (2014) beskriver att den inre rösten blir starkare och dominerande hos unga kvinnor med anorexia nervosa i det dagliga livet, på grund av självkritik och den låga självkänslan.

Ett annat framträdande fynd var att kvinnorna dagligen upplevde en rädsla för viktuppgång. Detta framställs även av El-Radhi, (2015); Frank (2019) som beskriver rädsla som en central upplevelse bland unga kvinnor med anorexia nervosa. Detta styrks av (Attia och Walsh, 2007; El-Radhi, 2015; Milos, Baur, Schumacher, Kuenzli, Schnyder, Mueller-Pfeiffer och Martin-Soelch, 2017; Skowrońska et al., 2019) som menar att unga kvinnors tillvaro präglas av en ständig rädsla för viktuppgång vid anorexia nervosa, som i sin tur leder till förändrade matvanor. Eriksson (1994) beskriver detta som ett sjukdomslidande, då de unga kvinnorna upplevde en stark rädsla för viktuppgång, vilket enligt den caritativa omvårdnadsteorin handlar om ett själsligt lidande. Eriksson (1994) menar att det själsliga lidandet är förorsakat av en sjukdom, det kan exempelvis vara känslor eller upplevelser av en sjukdom eller ett lidande. På detta vis kan en rädsla för viktuppgång beskrivas som ett själsligt lidande enligt Eriksson (1994).

Ångest är ett ytterligare framträdande fynd och, även det beskrivs som ett själsligt lidande enligt Eriksson (1994), då det är en upplevelse av en sjukdom. Detta styrks av (Swatsson, 2011; Rufin och Steinglass, 2019; Frank, 2019; Young et al., 2020) som beskriver att ångest är vanligt förekommande bland kvinnor som har anorexia nervosa. Breton et al., (2019) skriver att upp till 75 procent kvinnor upplever ångest vid anorexia nervosa. Young et al., (2020); Rufin och Steinglass (2019) beskriver att ångesten som upplevs vid anorexia nervosa är associerat med mat och måltider. Med tanke på att ångesten upplevs i samband med måltider, kan detta påverka den anorektiska personens matvanor för att gå ner i vikt. Rufin och Steinglass (2019) menar att ändrade matvanor och viktnedgång dämpar upplevelsen av ångest. Detta styrks av Frank (2019); Breton et al., (2019) som menar att viktminskning

endast lindrar en kortvarig ångest, som i sin tur förstärker begränsningen av matintaget. På grund av en begränsning av matintag stimuleras matsökningen av tarmhormoner och dopaminhalter som sedan höjer ångesten hos den anorektiska personen. Herzog et al., (2017) beskriver att ångest vid anorexia nervosa uppkommer inte endast vid måltider, utan även när personen ser bilder på mat eller samtalar om ämnet. Detta kan bero att ångesten är relaterad till en stark rädsla, då kvinnorna associerar mat med viktuppgång.

Ett annat centralt fynd som ansågs vara utmärkande att diskutera var behov av yttre bekräftelse, som gjorde att de unga kvinnorna upplevde ett välbefinnande. Detta beskrivs även av Wentz (2010) som menar att kvinnor med anorexia nervosa är ständigt i behov av bekräftelse från andra för att må bra. Eriksson (1994) menar att människan har ett behov av bekräftelse, samt att känna sig sedd och accepterad. När människans lidande bekräftas på något sätt kan individen uppleva tröst inom sig. I en studie av Nordbo, Espeset, Gulliksen, Skårderud och Holte (2006) beskrivs det att kvinnor med anorexia nervosa upplever en känsla av eufori och glädje när andra uppmärksammar deras utseenden genom att ge komplimanger. Detta kan bero på att personer med anorexia nervosa har en låg självkänsla och självbild när det kommer till det egna utseendet, därmed är de ständigt i behov av omgivningens bekräftelse. Nordbo et al., (2006) beskriver vidare att en bristande uppmärksamhet och bekräftelse från omgivningen kan leda till missnöje och självhat hos individer med anorexia nervosa.

Resultatet visade även en aspekt av hälso-och sjukvården, där två av kvinnorna vände sig till vården för att få professionell hjälp. De upplevde att vårdpersonalen inte förstod vad de gick igenom, och det var anledningen till varför de inte togs på allvar. Detta medförde att kvinnorna kände sig överkörda och fick lida i sin ensamhet. Eriksson (1994) beskriver detta som att ett vårdlidande har inträffat, det vill säga att kvinnorna fick en utebliven vård. En studie av Dahlberg (2002); Kasen, Nordman, Tindholm och Eriksson (2008) definierar vårdlidande som när patienten blir åsidosatt och när dennes lidande inte uppmärksammas. Det här gör att patientens värdighet och integritet kränks, samtidigt som denne går miste om sin rätt att få sitt lidande lindrat. Följderna av det lidande som vårdlidandet medför, kan vara att patienten blir mer sårbar och får svårare att skapa tillit till både vården och andra relationer. Eriksson (1994) menar att vårdlidande går att elimineras genom att skapa en vårdkultur där patienten känner sig respekterad, välkommen och vårdad. Vårdlidande kan även minskas genom kompetens, för att sedan kunna förstå patientens unika perspektiv. Socialstyrelsen

(2020) beskriver att det lidande som vården orsakar kan undvikas genom att tillämpa adekvata åtgärder när patienten befinner sig i hälso-och sjukvården. När det gäller anorexia nervosa förekommer det en bristande kunskap hos sjuksköterskor enligt (Ramjan 2004; Offord et al., 2006; Bakker et al., 2011; Salzman-Erikson och Dahlen 2017). Offord et al., (2006) menar att en bristande kunskap om anorexia nervosa kan leda till en generalisering av patienters upplevelser av sjukdomen, vilket kan resultera i att vården inte förblir personcentrerad. Enligt Eriksson (1994) är upplevelser personliga och unika för varje individ och därför bör dessa inte generaliseras. Genom att sjuksköterskan ökar sin kunskap om anorexia nervosa kan patientens upplevelse begripas, och därmed bidra till en personcentrerad vård enligt Offord et al., (2006). I en studie av Dahlborg Lyckhage, Gardvik, Karlsson, Mulari och Berndtsson (2015) gjordes en undersökning bland grundutbildade sjuksköterskor där man undersökte om kunskapsnivåer kunde påverka mötet med patienten med anorexia nervosa. Detta gjordes genom att sjuksköterskor fick bemöta patienter både innan och efter att ha läst på om sjukdomen. Resultatet visade att bristande kunskap om anorexia nervosa påverkar mötet med patienten på ett negativt sätt. Micevski och McCann (2005) skriver att när kunskapen om anorexia nervosa brister hos sjuksköterskan kan det leda till att vården blir bristfällig. Detta innebär att mötet mellan sjuksköterskan och patienten blir inkonsekvent och tvetydigt, vilket kan innebära en risk att sjuksköterskan gör en feltolkning samt felbedömning av patientens tillstånd, och resulterar i ett vårdlidande. Ramjan (2004) beskriver att den bristfälliga kunskapen om anorexia nervosa kan försvåra vägen för att patientens sjukdomstillstånd ska begripas. Willman (2010) framställer att för att patientens lidande ska lindras och förebyggas bör vården vara grundad på evidens och kunskap, detta på grund av att patienten inte ska utsättas för vårdlidande.

När kvinnorna sökte vård kände de sig inte välkomna, på grund av sjuksköterskans dåliga bemötande. Swatton (2011) beskriver i sin studie att sjuksköterskor anser att kvinnor med anorexia nervosa är en svår patientgrupp på grund av att patientgruppen är ångestfylld och envis i sitt beteende, vilket kan försvåra bemötandet och behandlingen. Vidare skriver (Ramjan, 2004; Swatton, 2011) att även om sjuksköterskan inte har mycket kunskap om anorexia nervosa, innebär det inte att patienten ska gå miste om den vård som den har rätt till. Enligt Hälso-och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) har alla rätt till en säker och god vård, vilket innebär att sjuksköterskan bär på ett ansvar och en skyldighet att bedriva ett hälsofrämjande arbete baserat på evidens och kompetens. Englenius (2012) beskriver att oavsett hur lite kunskap sjuksköterskan har om anorexia nervosa är det av stor vikt att lyssna på patienten

utan att döma och tolka dennes tillstånd. Eriksson (1994) betonar att om patientens unika perspektiv förbises på grund av bristande kunskap, kan patientens sjukdomslidande utvecklas till ett vårdlidande. Jagielska och Kacperska (2017); Nillson Kajermo, Johansson och Wallin (2014) menar att om sjuksköterskan ständigt uppdaterar sin kunskap om anorexia nervosa kan detta bidra till en säker och personcentrerad vård.

## Slutsats

Syftet med denna studie var att beskriva unga kvinnors upplevelse av anorexia nervosa i det dagliga livet. Studien resulterade i att kvinnorna upplevde ett psykiskt lidande, behov av självsvält samt behov av yttre bekräftelse. De unga kvinnorna hade liknande upplevelser, då de upplevde både sjukdomslidande och vårdlidande. Trots lidandet upplevde kvinnorna även ett välbefinnande. Dessa upplevelser är endast ur tre kvinnors perspektiv och innebär inte en generalisering av sjukdomens upplevelser. En upplevelse är unik och ingen upplevelse är den andra lik.

## Klinisk implikation

Den grundutbildade sjuksköterskan kan möta patienter med anorexia nervosa både i ätstörnings- och psykiatriska enheter samt i somatiska slutenvården. Därför är det betydelsefullt att som sjuksköterska ha kunskap om anorexia nervosa. Detta kan bidra till att sjuksköterskan uppmärksammar patientens unika perspektiv, för att i sin tur undvika att patientens sjukdomslidande blir ett vårdlidande. Kunskap om anorexia nervosa kan även bidra till en personcentrerad vård, där vården är grundad på evidens och kompetens. Denna studie visade bristande kunskap om anorexia nervosa i vården, då de unga kvinnornas sjukdomstillstånd inte togs på allvar. Därför kan förslag på vidare forskning vara att forska om kunskapens betydelse i mötet med patienten. Även att forska kring unga kvinnor med anorexia nervosa vid åldrarna 18-26. Detta för att patientgruppen ska kunna få en personcentrerad vård grundad på kunskap och förståelse för sjukdomen.

## Självständighet

Genomförandet av denna studie har skett gemensamt av M och N. Båda författarna har varit delaktiga och samarbetat genom hela arbetsprocessen. Sökningen av patografier och forskning gjordes av båda författarna för att inte förbise någon forskning eller patografi. Inledningen och bakgrunden fördelades jämnt mellan M och N, då författarna arbetade ihop

och hjälpte varandra när det behövdes. Metoden skrevs även gemensamt men N var ansvarig för metoddesign och M var ansvarig för datainsamlingen. Resterande rubriker skrevs gemensamt med ett gott samarbete. Analysen gjordes tillsammans då båda författarna plockade ut meningsbärande enheter. Därefter gjordes en gemensam sammanställning av datamaterialet för att sedan granska om det var relevant för studiens syfte. Detta gjordes även för att öka trovärdigheten i resultatet. Gemensamt skrevs resultatet, metoddiskussion, resultatdiskussion och slutsats samt referenslistan.

# Referenser

Patografierna som ingår i resultatet är markerade med (\*).

\*Alven, T. (2013). *Viktig: från matmissbrukare till träningsförebild*. Hoi förlag.

Attia, E., & Walsh, T. (2007). Anorexia nervosa. *Treatment in Psychiatry*, 164(12), 1805–1810. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071151>

Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E., & Van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescent with anorexia nervosa: the nurses perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24, 16-22. <https://onlinelibrary-wiley-com.miman.bib.bth.se/doi/full/10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x>

Bannatyne, A., & Stapleton, P. (2018). Eating Disorder Patient Experiences of Volitional Stigma Within the Healthcare System and Views on Biogenetic Framing: A Qualitative Perspective. *Australian Psychologist*, 53(4), 325–338. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1111/ap.12171>

Berggren, I. (2019). Vårdandets etik. I E. Dahlborg (Red.), *Att bli sjuksköterska* (3 uppl., s. 152–169). Studentlitteratur.

Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell, & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (2 uppl., s. 111–116). Liber.

Bernhardsson, K. (2010). *Litterära besvär*. Ellerströms förlag.

Breton, J., Déchelotte, P., & Ribeta, D. (2019). Intestinal Microbiota and Anorexia Nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.05.001>

Bulik, C. M., Flatt, R., Abbaspour, A., & Carroll, I. (2019). Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 518–525. <https://doi.org/10.1111/pcn.12857>

Cardi, V., Esposito, M., Bird, G., Rhind, C., Yiend, J., Schifano, S., Hirsch, C., & Treasure, J. (2015). A preliminary investigation of a novel training to target cognitive biases towards negative social stimuli in Anorexia Nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 188, 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.019>

Clinton, D., & Norring, C. (2002). Diagnostik och bedömning. I D. Clinton & C. Norring (Red.), *Ätstörningar* (s. 27–29). Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/010740830202200101>

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Natur & Kultur.

Dahlborg Lyckhage, E., Gardvik, A., Karlsson, H., Törner Mulari, J., & Berndtsson, I. (2015). Young women with anorexia nervosa: writing oneself back into life. *The Author* 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1177/2158244015576549>

El-Radhi, A. S. (2015). Appropriate care for children with eating disorders and obesity. *British Journal of Nursing*, 24(10), 518–522. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.12968/bjon.2015.24.10.518>

Engström, I., Clinton, D., & Norring, C. (2002). Uppkomst och utveckling av ätstörningar: ett multifaktoriellt synsätt. I D. Clinton & C. Norring (Red.), *Ätstörningar* (s. 67–88). Natur och kultur.

Engström, I. (31 oktober 2019). Anorexia nervosa. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/anorexia-nervosa/>

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber.

Flensner, G. (2014). Vem är patienten? I E. Dahlborg-Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska en introduktion till yrke och ämne* (2 uppl., s. 107–120). Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (12 april 2020). Övervikt och fetma. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/overvikt-och-fetma/>

Frank, G. K. W. (2019). Dysregulation of Brain Processing in Anorexia Nervosa. *Psychiatric Times*, 36(10), 27–28.

Friberg, F. (2017). Tankeprocessen under examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s. 37–48). Studentlitteratur.

Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). *Från självsvält till ett fullvärdigt liv - ny KBT-metod i 6 steg* (s. 17–60). Natur och Kultur.

Glashouwera, K. A., Veer, R. V. D., Adipatria, F., Jonga, P. J. D., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 74, 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101771>

Gossemaume, C., Dicembre, M., Bemer, P., Melchior, J-C., & Hanachi, M. (2019). Somatic complications and nutrition management of anorexia nervosa. *Clinical nutrition experimental* 28(1), 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.09.001>

Granehim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé* (2. uppl., s. 111–117). Studentlitteratur.

Herzog, M., Douglas, C. R., Kissileff, H. R., Brunstrom, J. M., & Halmi, K. A. (2017). Food portion size area mediates energy effects on expected anxiety in anorexia nervosa. *Appetite* 112, 17–22. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.appet.2017.01.012>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Department of Child Psychiatry*, 51(2), 205-218. <https://doi.org/10.12740/PP/64580>

Juarez, L., Soto, E., & Pritchard, M. E. (2012). Drive for muscularity and drive for thinness: the impact of pro-anorexia websites. *The journal of treatment & prevention*, 20(2), 99-112. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.65394>

Kasen A, Nordman T, Lindholm T, & Eriksson K. (2008). «Då patienten lider av vården» – vårdarens gestaltning av patientens vårdlidande. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 28(2), 4–8. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1177/010740830802800202>

King, S. J., & Turner, D. S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139-147. <http://dx.doi.org.miman.bib.bth.se/10.1046/j.1365-2648.2000.01451.x>

Kjellström, S., & Sandman, L. (2013). *Etikboken - etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s. 58–68). Studentlitteratur.

Kunskapscentrum För Ätstörning (1 maj 2017). Vad är anorexia nervosa? <http://www.atstorning.se/wp-content/uploads/2017/09/Nr-2-Vad-a%CC%88r-anorexia-nervosa.pdf>

Liber. (u.a.). Anorexia nervosa. <https://libris.kb.se/>

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården* (3. uppl., s. 219–232). Studentlitteratur.

Miceviski, V., & McCann, V. V. (2005). Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. *Contemporary nurse*, 20(1), 102-116. <https://doi.org/10.5172/conu.20.1.102>

Milos, G., Baur, V., Schumacher, S., Kuenzli, C., Schnyder, U., Mueller-Pfeiffer, C., & Martin-Soelch, C. (2017). How fat will it make me? Estimation of weight gain in anorexia nervosa. *Appetite*, 368–373. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1016/j.appet.2017.04.002>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé* (2. uppl., s. 428–433). Studentlitteratur.

Nilsson Kajermo, K., Johansson, E., & Wallin, L. (2014). Kunskapsbaserad omvårdnad - från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder ansvar och utveckling* (2. uppl., s. 297–329). Studentlitteratur.

Nordbo, R. H.S., Espeset, E. M. S., & Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564. <https://doi.org/10.1002/eat.20276>

Noordenbos, G., Aliakbari, N., & Campbell, R. (2014). The Relationship Among Critical Inner Voices, Low Self-Esteem, and Self-Criticism in Eating Disorders. *Eating Disorders*, 22(4), 337–351. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1080/10640266.2014.898983>

\*Nordlund, T., & Bank, S. (2006). *Genom helvetet: om fotboll, kärlek och anorexi*. Big Bok.

Offord, A., Turner, H., & Cooper, M. (2006). Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 377–387. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.687>

Olsson, H., & Sörensen, S. (Red.). (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber.

Patsalos, O., Mavrogiannidis, T., Dalton, B., Field, C. J., & Himmerich, H. (2020). Phosphatidylcholine containing long chain omega-3 fatty acids: a treatment adjunct for patients with anorexia nervosa? *Psychiatria Danubina*, 32(1), 55-59. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.55>

Pugh, M., & Waller, G. (2017). Understanding the “Anorexic Voice” in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 670–676. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1002/cpp.2034>

Quick, V. M., McWilliams, R., & Byrd-Bredbenner C. (2013). Fatty, Fatty, Two-by-Four: Weight-Teasing History and Disturbed Eating in Young Adult Women. *Am J Public Health*, 103(3), 508-515. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300898>

Ramjan, L-M. (2004). Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 495-503. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02932.x>

Rance, N., Clarke, V., & Moller, N. (2017). The anorexia nervosa experience: Shame, Solitude and Salvation. *Counselling & Psychotherapy Research*, 17(2), 127–136. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1002/capr.12097>

Reid, M., Williams, S., & Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: a qualitative study of healthcare professionals. *Int J Eating Disorders Association*, 18, 390–398. <https://onlinelibrary-wiley-com.miman.bib.bth.se/doi/epdf/10.1002/erv.976>

Rufin, T., & Steinglass, J. (2019). How Anxiety and Habits Contribute to Anorexia Nervosa. *Psychiatric Times*, 36(9), 30–31.

Råstam Bergström, M., Gillberg, L. C., & Gilberg, C. (1994). *Anorexia nervosa, bakgrundsfaktorer, utredning och behandling*. Liber.

Sandeberg, A-M., & Bengtsson, O. (27 augusti 2015). Ätstörningar. [https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/atstorningar.html#facts\\_1\\_header](https://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/atstorningar.html#facts_1_header)

Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child & Family Studies*, 26(1), 1–13. <https://doi-org.miman.bib.bth.se/10.1007/s10826-016-0534-2>

Skowrońska, A., Sójta, K., & Strzelecki D. (2019). Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa. *Department of Affective and Psychotic Disorders* 53(5), 1114-1123. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/90275>

Socialstyrelsen. (1 november 2019). Vård av ätstörningar - Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6439.pdf>

Socialstyrelsen. (24 mars 2020). Vad är patientsäkerhet? <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/>

Svensk sjuksköterskeförening. (oktober 2016). *Personcentrerad vård*. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2015). Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2018/10/Pdf-%C3%A4tst%C3%B6rningar-kliniska-riktlinjer.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Riksdag. (2020). Lag (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och\\_sfs-1960-729](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1960729-om-upphovsratt-till-litterara-och_sfs-1960-729)

Swatton, A. (2011). Transference and countertransference in anorexia nervosa care. *Gastrointestinal Nursing*, 9(3), 38-43. <https://doi.org/10.12968/gasn.2011.9.3.38>

Walker, S., Lloyd, C., Waghorn, G., & Reid, M. (2011). Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience...including commentaries by Waghorn G and Reid M. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(7), 383–391.

Wentz, E. (2010). Ätstörningar. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 236–242). Studentlitteratur.

Wentz, S. (2014). Ätstörning. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (2 uppl., s. 283–301). Studentlitteratur.

Westergren, A. (2014). Nutrition och ätande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (2. uppl., 265–277). Studentlitteratur.

Williams, S., & Reid, M. (2012). 'It's like there are two people in my head': a phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology and Health*, 27(7), 798–815.

<http://dx.doi.org.miman.bib.bth.se/10.1080/08870446.2011.595488>

Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad omvårdnad. I D. Edvardsson. (Red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Studentlitteratur.

Young, K., Rennalls, S. J., Leppanen, J., Mataix-Cols, D., Simmons, A., Suda, M., Campbell, L. C., O'Daly, O., & Cardi, V. (2020). Exposure to food in anorexia nervosa and brain correlates of food-related anxiety: findings from a pilot study. *Journal of affective disorders*, 274, 1068-1075. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.077>

\*Österberg, H. (2007). *Varje dag har vi en liten tävling*. Hjalmarson & Högberg.

## Bilaga 1: Sökning av patografier i Libris

Sökord i Libris	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa sammanfattningar	Uppfyller inklusionskriterier	Antal valda patografier
Anorexia nervosa	831				
Anoreixa nervosa + Svenska	308				
Anorexia nervosa + Svenska + Biografi med genealogi	31	18	13	3	3

## Bilaga 2: Exempel på meningsbärande enheter

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
För mycket mat gav mig ångest, det gick hand i hand.	För mycket mat gav mig ångest	Mat gav mig ångest	<i>Ångest</i>	<b>Psykiskt lidande</b>
Jag är så rädd...	Är rädd	Rädd	<i>Rädsla</i>	