



Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa

# HUR KVINNOR MED ANOREXIA NERVOSA UPPLEVER MÖTET MED VÅRDEN

MADELEINE CARLSSON  
LINDA SÖDERQUIST

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp  
VO1303  
Sjuksköterskeprogrammet

Maj 2010

**Handledare:** Birgitta Fridström

Blekinge Tekniska Högskola  
Sektionen för hälsa  
371 79 Karlskrona

# HUR KVINNOR MED ANOREXIA NERVOSA UPPLEVER MÖTET MED VÅRDEN

MADELEINE CARLSSON  
LINDA SÖDERQUIST

Carlsson, M & Söderquist, L. Hur kvinnor med Anorexia nervosa upplever mötet med vården. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2010.

## SAMMANFATTNING

**Bakgrunden:** Anorexia Nervosa är en form av ätstörning och sjukdomen drabbar fler kvinnor än män och gör ofta debut i tonåren. Sjukdomen präglas av avsiktlig självsvält, viktfoxi och förvrängd kroppsuppfattning. Att skapa en bra relation i mötet mellan patient och sjukvårdspersonal är svårt. Många av de patienter som har Anorexia nervosa förnekar sin sjukdom och har liten tillit till sig själva. Det är vårdaren som har ansvaret för att patienten ska få en positiv upplevelse av vården. När patientens åsikter och tankar blir åsidosatta uppkommer vårdlidande. Att inte bli sedd eller hörd som patient skapar ett vårdlidande. Ida J. Orlandos teori bygger på interaktionen mellan sjuksköterska och patient. **Syfte:** Att belysa hur kvinnor med Anorexia nervosa upplever mötet med vården. **Metod:** Studien grundades på tre skönlitterära böcker och är en kvalitativ litteraturstudie. Analysen gjordes med hjälp av Graneheim och Lundamans beskrivning av innehållsanalys. **Resultat:** I resultatet framkom det fyra kategorier: ”Medpatienters påverkan”, ”Befrielse”, ”Maktlöshet” och ”Misstänksamhet”. **Slutsats:** Det är viktigt att patienter som lider av Anorexia nervosa (Förkortas här efter i uppsatsen som AN) inte generaliseras, utan behandlas som en egen individ. Vårdpersonal som behandlar patienter med AN ska inhämta kunskap om att det kan ge negativa konsekvenser av att vårda dessa patienter tillsammans.

**Nyckelord:** Anorexia nervosa, medpatienter, mötet med vården, vårdpersonal.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>BAKGRUND</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Anorexia Nervosa</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Mötet med vården</b> .....	3
<b>Vårdlidande</b> .....	3
<b>Välbefinnande</b> .....	4
<b>Teoretisk referensram</b> .....	4
<b>SYFTE</b> .....	5
<b>METOD</b> .....	5
<b>Informationssökning</b> .....	5
<b>Analys</b> .....	6
<b>RESULTAT</b> .....	8
<b>Medpatienters påverkan</b> .....	8
<b>Befrielse</b> .....	9
<b>Maktlöshet</b> .....	9
<b>Misstänksamhet</b> .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	11
<b>Metoddiskussion</b> .....	11
<b>Resultatdiskussion</b> .....	12
<b>SLUTSATS</b> .....	15
<b>REFERENSER</b> .....	16

# INTRODUKTION

AN är den vanligaste förekommande formen av ätstörning. Sedan år 1990 har antalet flickor som vårdats på sjukhus pga. av AN tredubblats i Sverige (Socialstyrelsen, 2009).

Vårdpersonal erfar att de har otillräcklig kunskap om psykisk ohälsa för att de ska kunna förstå denna komplexa sjukdom och för att hjälpa patienterna med deras tillfrisknandeprocess (Ramjan, 2003).

Det kan anses vara problematiskt för vårdpersonal att göra annat än att tala om för patienterna att äta mer. Risken finns att trotsreaktioner utlöses hos patienterna och de använder matvägran som ett sätt att manipulera sin omgivning och däribland vårdpersonal (Ottosson & Ottosson, 2007).

För att vården ska utvecklas och att patienter med AN ska få en god vård krävs kunskap om sjukdomen och hur dessa patienter upplever mötet med vården.

Som blivande sjuksköterskor anser uppsatsförfattarna att varje individ som kommer i kontakt med vården ska få en positiv upplevelse av detta möte. Patienten ska behandlas med respekt och hänsyn ska tas till patientens åsikter, känslor och förutsättningar. Det är viktigt att patienten upplever att vården fokuserar på varje enskild individ och inte generaliserar alla patienter som lider av samma sjukdom.

## BAKGRUND

### Anorexia Nervosa

Självsvält existerade redan på 400-talet, hos unga kvinnor. Först ansågs det som djävulens verk, men kom sedan att ses som ett gudalikt mirakel. Ett stort antal kvinnor bestämde sig därför för att svälta sig och därigenom bli helgonförklarade (Hällström, 2009).

AN handlar egentligen om medveten självsvält, men beskrivs som en neurotisk störning med aptitlöshet. Det finns även andra sorters ätstörningar utöver AN, bl.a. Bulimia nervosa och Obesitas (Ottosson 2009).

Sjukdomen gör oftast debut i tonåren mellan 12-20 år, men det finns gånger då sjukdomen ger sig till känna både i tidigare och högre åldrar. Sjukdomen förekommer främst hos kvinnor och ca 1,0 procent av alla 20-åriga kvinnor har eller någon gång har haft AN. Sjukdomen uppträder även hos män där ca 0,05-0,1 procent av männen har eller har ett förflutet innehållande AN (Hällström, 2009).

AN präglas av avsiktlig självsvält och sjukdomen utspelar sig oftast i skymundan till en början. En person med AN kan på ett listigt sätt avstyra upptäckten av hennes beteende genom att t.ex. gömma kaloririk mat under ett berg av sallad

eller be om att få äta i ensamhet så att hon kan slänga maten. Överdriven motion förekommer ofta hos patienter med AN och det utvecklas lätt till en vardagsrutin. Viktfofi dvs. rädsla för att gå upp i vikt är ett primärsymtom för personer med AN. En person med AN har fixering vid ätandet och förvrängd kroppsuppfattning. De tror sig vara mycket större än vad de i själva verket är (Ottosson, 2009). I en studie gjord av Nordbø, Espeset, Gulliksen, Skårderud & Holte (2006) beskrivs att det anorektiska beteendet gör att deltagarna i studien känner sig trygga och säkra i sin vardag. Genom att organisera vardagen med hjälp av regler och rutiner kan de uppnå struktur i sitt liv. Utan dessa regler känner deltagarna sig förvirrade, oorganiserade och rädda för att de ska gå upp i vikt. Att tillfriskna från sjukdomen skulle medföra att strukturen av vardagen går förlorad.

Då omgivningen och t ex. sjukvårdspersonal poängterar betydelsen av att gå upp i vikt, upplever många som lider av sjukdomen detta som ett ångestframkallande hot som startar ett inre kaos (Hällström, 2009). Studien som är gjord av Nordbø et al. (2006) framhäver att när deltagarna i den studien har lyckats gå ner i vikt, uppkommer en känsla av inre drivkraft. Denna inre drivkraft får dem att känna ett rus eller en känsla av makt, övertag och självkontroll.

Enligt en studie som är gjord av Skårderud (2007) framkommer det att personal som arbetar med människor som har AN, upplever att patienterna har en hård attityd och förnekar sin sjukdom. Patienterna i studien berättar om sina känslor av skam av att vara som de är och känslan av att vara ovärdig. Dessa negativa känslor och tankar kan bidra till en önskan om att förändra sig själv men även fly från sig själva.

De diagnoskriterier som fastställer sjukdomen AN innefattar att kroppsvikten ligger på minst 15 % under den förväntade vikten i förhållandet till längd och ålder. Hos vuxna motsvarar detta ett BMI (Body Mass Index) på 17, 5 eller lägre. De som lider av AN har utöver dessa vikt-kriterier även en stark rädsla för viktuppgång, förvrängd kroppsuppfattning, låg självkänsla pga. av sin kroppsvikt samt att det krävs att tre menstruationer efter varandra har uteblivit (Hällström, 2009).

Behandling av AN upplevs oftast som skrämmande för patienten. Många som lider av sjukdomen har en mycket liten tillit till både sig själva och till vårdpersonalen och förnekar ofta sin sjukdom. (Hällström, 2009). En vanligt förekommande konflikt enligt Colton & Pistrang (2004) är att patienterna vill ha mer frihet och ansvar, men att de tvivlar på sig själva och deras egen förmåga. Patienterna är medvetna om att de antingen kan missbruka sin frihet eller är oförmögna att använda den. I en studie gjord av Ramjan (2003) framkommer det att både patienter som vårdas för AN och de sjuksköterskor som vårdar dem, upplever att det är svårt att skapa en bra relation med varandra på grund av att båda parter vill ha kontroll över behandlingen.

## **Mötet med vården**

I denna studie innebär vården endast den slutenvård som bedrivs på sjukhus, dvs. att öppen vård och behandling som sker efter det att patienten vårdats på sjukhus inte analyserats. Gemensamt för alla vårdformer är dock att det alltid är vårdaren som har ansvar för att skapa en positiv upplevelse för patienten då hon vårdas samt att relationen mellan vårdare och patient blir så bra som möjligt (Dahleberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Det är betydelsefullt att det finns någon form av mellanmänsklig relation mellan vårdare och patient för att en god vård ska kunna ges. Vårdaren ska ha ett professionellt engagemang och en öppenhet för patienten. När vårdaren har detta förhållningssätt kan hon begrunda vad som sker i vårdandet och relationen. Det är av betydelse att vårdaren inte förväntar sig att få något tillbaka av patienten (Dahlberg et al., 2003).

Om det förekommer tidsbrist kan vårdaren uppleva att hon inte har den tid som krävs för att skapa ett positivt möte med patienten men vårdaren bör göra sitt yttersta för att lindra lidande, främja välbefinnande och få patienten att uppleva mötet med vården som positivt (Dahlberg et al., 2003). Inom vården bör respekt visas för patientens egen åsikt, känsla, önskan och sätt att uppleva situationer. Genom att utgå från patientens behov accepterar vårdpersonalen patienten och tar hänsyn till dennes resurser som finns till hands (Sarvimäki & S-Hult, 2008).

Vid vårdandet av patienter med AN är det nödvändigt att skapa en god kontakt vid första mötet. God kontakt kan uppnås genom att så långt som möjligt undvika att det skapas en kamp om vem som har mest makt mellan patient och vårdare och istället fokusera på att skapa ett samarbete (Hällström, 2009). Ett vårdlidande kan annars uppstå om den vårdande relationen inte är bra mellan patient och vårdare (Dahlberg et al., 2003).

## **Vårdlidande**

Att skapa välbefinnande och lindra lidande är viktiga mål inom vårdandet. Som patient kan känslor som maktlöshet och känslan av att inte bli sedd skapa ett lidande. Det kan uppkomma situationer då patienterna får en känsla av att inte vara delaktiga i sin behandling. Vårdlidande uppkommer då patientens åsikter och tankar blir åsidosatta. Det lidande som personen upplever uppmärksammas inte och detta kan leda till att personen ifråga inte har den medverkan i behandlingen som hon önskar (Dahlberg et al., 2003). Offord, Turner och Cooper (2006) belyser att patienter med AN upplever att vårdpersonalen ofta generaliserar alla patienter med samma sjukdom. Patienterna behandlas därefter likadant, utan att vårdpersonalen tar någon hänsyn till att de är egna individer. Det här upplever patienterna som nedlåtande, nedsättande och att de inte blir tagna på allvar.

Lidandet uppstår då individens behov inte sätts i fokus, utan rutiner tar över. Ett vårdlidande skapas då patienten till exempel inte förstår vad som händer under sin behandling (Dahlberg, 2002).

## Välbefinnande

Att försöka skapa välbefinnande hos patienten är lika viktigt som att försöka lindra lidandet. Välbefinnande kan definieras utifrån olika perspektiv och kan ibland skapas med hjälp av relativt små resurser. Det är inte möjligt som vårdare att förstå välbefinnandet fullständigt, då detta är en individuell upplevelse. Det är viktigt att framhäva att man som patient kan känna välbefinnande trots en mycket svår sjukdom och ett lidande (Dahlberg et al., 2003).

## Teoretisk referensram

Orlandos interaktionsteori lägger tyngd på relationen mellan sjuksköterska och patient. Teorin fokuserar på sjuksköterskans förståelse för patientens upplevelse och situation. Orlando menar att hänsyn ska tas till det individuella och unika hos den enskilda personen. Genom att sjuksköterskan förstår de tankegångar och problem som grundar sig i patientens beteende kan hon därefter hjälpa och stötta. Patienten ska vara aktiv och medansvarig i sin vård. Vårdpersonalen måste alltså skaffa sig en uppfattning och förståelse om hur patienten upplever situationen. Det här gör hon genom att försöka få en bekräftelse av hennes tolkning av situationen från patienten. Omvårdnadsåtgärderna styrs av hur mycket hjälp patienten **önskar** och vårdpersonalen bör uppmärksamma sådana faktorer som oroar eller stör patienten (Orlando, 1990).

Orlando (1990) beskriver ett antal utgångspunkter i sin teori som bör följas. Processen inleds med att sjuksköterskan observerar patientens beteende som utgör ett uttryck för ett behov av hjälp. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan tar hänsyn till både verbalt och ickeverbalt beteende. Därefter följer sjuksköterskans reaktion på patientens beteende. Det är svårt för sjuksköterskan att erbjuda patienten den hjälp hon behöver om inte behovet identifieras. Efter att sjuksköterskan observerat patientens beteende får hon information om patientens situation. Utifrån informationen får sjuksköterskan en känslomässig reaktion. Om en patient visar tecken på stark smärta, så kan till exempel sjuksköterskans känslomässiga reaktion bli viljan om att lindra smärta och därmed hjälpa patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan delar med sig av sin upplevelse av situationen till patienten för att få sin tolkning bekräftad. Det är utgångspunkten för att kunna hjälpa patienten på bästa möjliga sätt. När sjuksköterskan delar med sig av sin tolkning av situationen är det viktigt att hon markerar att det är hennes uppfattning av situationen så att patienten har möjlighet att redogöra för sin upplevelse. Efter att ha identifierat patientens behov väljer sjuksköterskan tillsammans med patienten lämpliga omvårdnadshandlingar och utför sedan dessa. När handlingen är utförd bör sjuksköterskan inhämta patientens synpunkter på om handlingen motsvarade patientens behov, eller om någon annan form av omvårdnadshandling ska utföras (Orlando, 1990).

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att belysa hur kvinnor med Anorexia nervosa upplever mötet med vården.

## **METOD**

Författarna har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie. Valet av metod grundades sig i att den kvalitativa forskningsmetoden fokuserar på tolkningar av texter samt att den fenomenologiska inriktningen som använts innebär att individers upplevelser av fenomen undersöks (Olsson & Sörensen, 2007).

Med kvalitativ studie läggs intresset på hur individer tolkar, strukturerar och upplever sin omvärld i förhållande till sina tidigare erfarenheter och kunskaper (Backman, 2008).

### **Informationssökning**

Studiens informationsinsamling ägde rum på Karlskrona Stadsbibliotek. Där nyttjades Opac 5.6, som är bibliotekets sökverktyg för tillgängligt material. De skönlitterära böcker som valts till studien har valts via ett antal inklusionskriterier. Litteraturen ska vara självbiografier skrivna på svenska, vara skrivna av kvinnor som upplevt det som står skrivet. Materialet ska vara publicerat efter år 2000. Begränsning gällande ålder på kvinnorna inkluderades inte på grund av att ålder inte alltid nämns av författarna i böcker. För att göra sökningen så omfattande som möjligt och förhindra att verk utelämnades, användes sökordet *anore\**. Sökordet gav totalt 56 träffar.

Genom att använda sig utav *anore\** innefattar sökningen alla ord som inleds med *anore-*. Utifrån träfflistan med de femtiosex stycken verk som framkom, gjordes en sällning med hjälp av de utvalda inklusionskriterierna. Efter att det material som var publicerat efter år 2000 var urskilt, fanns tjugotvå stycken verk kvar. Sex stycken av de kvarvarande böckerna följde inklusionskriterierna med att vara självbiografier och skrivna på svenska av kvinnor. Materialet som sällades bort var inte utav självbiografisk natur eller var skrivna för anhöriga till kvinnor med AN. En av de böcker som togs bort var skriven av en man och en annan bok var till största delen skriven av en journalist, vilket vi inte hade för avsikt att analysera. Sedan lästes de resterande sex skönlitterära böckerna igenom och efter granskningen av dessa gallrades slutligen ytterligare tre verk bort. De tre bortgallrade verken innehöll för studiens syfte otillräckligt material.

Nedan följer en sammanfattning av de böcker som valdes ut.

När mörkret kom, skriven av Lina Strandberg (2000).

Lina är fjorton år när hennes syn på mat förändras och vänder upp och ner på hennes värld. I boken får vi följa Linas kamp mot sin anorexi beskriven av henne själv. Boken skildrar Linas vardag med allt vad den hör till gällande vänner, familj och kampen tillbaka mot livet utan sin sjukdom, som hon namnger Trassel.

Ludenben, skriven av Katarina Samuelson (2004).

I denna bok får vi följa Katarinas liv som präglas av anorexi och bulemi. Hon beskriver sina tankar om världen hon får och hur hon ständigt upplever att hon måste uppnå vissa normer för att få den hjälp hon är i behov av.

Zebraflickan, skriven av Sofia Åkerman (2007).

Zebraflickan handlar om Sofia som är en ung kvinna med drömmar om att leva ett normalt tonårsliv. I boken får vi följa hennes liv med **självd destruktivt beteende**, däribland anorexia. Hennes berättelse speglar vardagen med hennes strid mot sina mörka tankar som hon namnger Lucifer.

## Analys

Studien **gjordes** med hjälp av en innehållsanalys med manifest metod, enligt Graneheim och Lundmans (2003) beskrivning.

Analysen inleddes med en granskning av allt insamlat material för att få en uppfattning om de motsvarade syftet. De analysenheter, dvs. de böcker som användes i studien lästes igenom ytterligare två gånger vardera och meningsenheter plockades ut. Meningsenheterna bestod av meningar och stycken av en text som hade gemensamt sammanhang och betydelse. För att meningsenheterna skulle bli mer lätthanterliga och konkreta, kondenserades texten. Kondensering innebar att texten kortades ner på det som var irrelevant utan att texten förlorade det som var i betydelse för syftet. Därefter kodades materialet ur meningsenheterna med hjälp av abstraktion då innehållet i meningsenheterna lyfts till en högre logisk nivå. Koderna beskriver innehållet på de meningsenheter som plockades ut. Vidare i processen skapades olika kategorier som bestod av de koder som hade liknande innehåll. Innehållet i kategorierna skiljer sig från varandra och data ska inte hamna mittemellan någon kategori eller kunna falla in i två eller flera kategorier (Graneheim & Lundman, 2003). Kategorierna som skapades kom att bli resultatet av studien.

Tabell: Exempel från innehållsanalys.

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategori</b>
Det är idiotiskt att vårda personer med ätstörning tillsammans. De knep man inte kunde innan man kom till avd 33, lär man sig där, och tar dem med sig (Samuelsson, 2004 s. 36).	Negativt att vårda personer med ärtstörning på samma ställe, då de tar efter varandras beteende.	Negativ påverkan	Medpatienters påverkan
Vi förstod varandra bra och vi kunde stötta och ställa upp för varandra när det var svårt (Strandberg, 2000, s. 54).	Vi förstod varandra och kunde hjälpa och stötta varandra.	Förståelse	Medpatienters påverkan
Jag var rädd för att trotsa anorexin om jag sa nej. Det var nu vårdpersonalen som sa nej. Jag hade inget att säga till om, så det var inte jag som sa nej (Strandberg, 2000 s. 45).	Vågar själv inte säga nej till anorexin. Skönt att vårdpersonalen sa nej.	Lättnad	Befrielse
Beslut togs över mitt huvud som bara var att acceptera (Strandberg, 2000 s. 50).	Beslut togs över mitt huvud.	Åsidosatt	Maktlöshet

Han ljög, det visste jag. De hade ju bara sett mig som en kräkande, svettig och sliten anorektiker (Åkerman, 2004 s. 6).	Jag visste att han ljög. De ser mig som en sliten anorektiker.	Han ljuger	Misstänksamhet
--	--	------------	----------------

## RESULTAT

Denna litteraturstudie av tre självbiografiska böcker har baserats på Graneheim & Lundmans beskrivning av innehållsanalys. Analysen resulterade i fyra stycken kategorier som namngavs: ”Medpatienters påverkan”, ”Befrielse”, ”Maktlöshet” och ”Misstänksamhet”.

### Medpatienters påverkan

Kvinnorna beskrev att de påverkades starkt av medpatienter som led av samma sjukdom. Påverkan av medpatienterna tedde sig oftast i negativ bemärkelse. De berättade om hur det pågick en dold tävlan om vem som vägde minst bland patienterna. På avdelningarna fanns en konkurrens och kvinnorna upplevde att en viss avundsjuka fanns bland patienterna om vem som var mest sjuk. Tillfrisknandet försvårades då patienter runt omkring hade svårt att t.ex. äta. Kvinnorna upplevde det då vara svårt att äta själva och tillfriskna i sin behandling. De menade att när någon på avdelningen mårde dåligt så påverkade det även övriga patienter negativt. Kvinnorna berättar om hur de lärt sig olika knep av andra patienter för att manipulera vårdpersonalen. Samtliga kvinnor menade att det var olyckligt att vårda patienter med Anorexia Nervosa på samma avdelning.

*”Det är vansinneri att vårda ätstörningspatienter tillsammans. Det man inte kunde när man kom till avdelning 33, lär man sig där, och tar med sig.”*

(Samuelson, 2004, s. 36)

Det beteende sjukdomen präglas av, smittade av sig mellan patienterna och det skedde oftast omedvetet. Kedjereaktioner var vanligt förekommande på avdelningarna. När en patient trotsade vårdpersonalen följde alla andra i patientskaran efter. Det var också vanligt att patienter stal andra patienters beteende för att synas i kampen om vårdpersonalens uppmärksamhet. Det beskrevs få positiva upplevelser av att vårdas tillsammans med medpatienter som också hade AN. Kvinnorna berättade ändå om hur sjukdomen band dem samman

med andra kvinnor som led av AN och poängterade att denna samhörighet skapade en trygghet då de kunde stötta och hjälpa varandra när de hade det svårt.

## **Befrielse**

Kvinnorna litade på vårdpersonalens yrkeskompetens och kände sig lättade när de vårdades av vårdpersonal som var professionell. Förtroendet för vårdpersonalen skildrade sig i när kvinnorna upprepade gånger räknade med att få den hjälp av vårdpersonalen som de var i behov av och som vårdpersonalen hade utbildning till att ge. Kvinnorna beskrev att personalen kunde rädda dem från sin sjukdom och upplevde det som en trygghet och befrielse.

*”Ambulansen var på väg. Jag var lättad, kände att jag äntligen skulle bli räddad”*

(Åkerman 2007, s. 3).

Det fanns även en övertygelse hos samtliga kvinnor om att vårdpersonalen kunde befria dem från deras sjukdom.

Det framgick att kvinnorna kände sig trygga på sjukhuset för där var vårdpersonalen till för att hjälpa dem. På sjukhuset blev kvinnorna omhändertagna och fick den omvårdnad som de behövde. När alla kvinnorna kom i kontakt med vården upplevde de att sjukvården tog ansvaret och de kände sig lättade när de visste att vårdpersonalen hade kompetens att prioritera rätt.

En av kvinnorna visade sin tillit till vården genom att med säkerhet veta att hon fick den hjälp hon behövde på just den avdelningen hon befann sig på och menade att det kändes säkert att vårdas på just den avdelningen.

Kvinnorna beskrev att de upplevde det befriande när de inte behövde styra över sina kroppar själva, då vårdpersonalen tog livsnödvändiga beslut åt dem. Trots att kvinnorna stretade emot ibland och att vissa åtgärder var mot deras vilja, upplevde de i slutändan att det var för deras egna bästa. De slapp själva att trotsa sin sjukdom när de mådde som sämst. Vårdpersonalen tog över ansvaret och trotsade sjukdomen åt dem och kvinnorna fick på så sätt inga skuld känslor över att ha motarbetat sin sjukdom.

## **Maktlöshet**

Det framkom att kvinnorna upplevde vården som otillräcklig och att de kände sig övergivna och maktlösa. En av kvinnorna ansåg att hon inte fått den hjälp hon behövde och frågade sig själv upprepade gånger hur hon skulle bete sig för att få hjälp. Då kvinnan inte var underviktig enligt avdelningens mått, upplevde hon att vårdpersonalen inte tog henne på allvar.

Samtliga kvinnor upplevde emellanåt att vårdpersonalen glömde bort dem och de förstod inte varför det tog sådan lång tid innan de fick hjälp. De hade funderingar

på om vårdpersonalen medvetet utsatte dem för denna väntan. Kvinnorna försökte på olika sätt få vårdpersonalens uppmärksamhet och när de fått den upplevde de att det inte var tillräckligt. En av kvinnorna ansåg att hon var tvungen att skada sig själv för att få den vård hon behövde och hon kände sig uppgiven och hjälplös. Det fanns även en rädsla för att bli utskriven hos en av kvinnorna.

Kvinnorna upplevde vården som åsidosättande då deras röster inte blev hörda. De berättade om besvikelse och känslan av maktlöshet, då de upplevde att vårdpersonalen tog beslut över deras huvud. De upplevde att de inte hade något att säga till om i vissa situationer. En kvinna beskrev hur hon kände sig maktlös när hon blev behandlad som ett objekt. Hon menade att vårdpersonalen inte såg henne som en enskild individ, utan ett salsnummer och en sjukdomsdiagnos.

*”... där jag ändå bara var ”Anorexian på rum nummer sju”. En namnlös zebraflicka.”*

(Åkerman, 2007, s. 180)

Samma kvinna beskrev maktkampen mellan patient och vårdpersonal. Denna ständiga maktkamp som kvinnan upplevde uttrycktes som åsidosättande då hon ansåg att vårdpersonalen försökte visa hur mycket de kunde tvinga henne till och hur lite makt hon själv egentligen hade.

En känsla av maktlöshet infann sig även när kvinnorna inte kände sig förstådda av vårdpersonalen. Kvinnorna berättade att vårdpersonalen inte förstod varför kvinnorna inte ville gå upp i vikt

En av kvinnorna upplevde att hon inte blev förstådd då vårdpersonalen inte trodde att hon brydde sig om sig själv och sin kropp, trots att hon gjorde detta. I en annan situation då en av kvinnorna skulle resa bort, kände hon sig inte förstådd och hon upplevde att hon inte blev sedd av vårdpersonalen. Hon menade att resan skulle göra gott för hennes sjukdom och att vårdpersonalen inte såg detta. Vårdpersonalen rådde henne att inte åka iväg och kvinnan kände att hon inte hade något att säga till om.

Det fanns kommunikationsproblem med vårdpersonalen som samtliga kvinnor upplevde under sin vårdtid, därför att vårdpersonalen inte förstod deras tankar och känslor. Kvinnorna upplevde även svårigheter med att uttrycka sina känslor. Vid vissa situationer teg de för att de visste att vårdpersonalen inte skulle förstå dem eller att kvinnorna skulle kunna påverka vissa beslut.

## **Misstänksamhet**

Samtliga kvinnor upplevde att personalen ljög för dem och de trodde även att personalen tyckte att de tog vårdplatser från andra, som var mer sjuka än dem själva. Kvinnorna misstänkte att personalen gömde sina egentliga tankar bakom sin yrkesroll och var tvungna att säga vissa upplyftande fraser för att kvinnorna skulle känna sig bättre till mods. En av kvinnorna riktade till exempel misstankar mot personalen då hon skulle göra sin rutinvägning. Hon misstänkte att

personalen skrattade åt hennes kroppsvikt och att de hånade henne bakom hennes rygg.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Genom att granska självbiografiska verk fås en djupare förståelse då författarna av böckerna sätter sina egna ord på det de upplevt. Texten i böckerna kan även färgas av författarens egna känslor och åsikter i negativ bemärkelse. Risk finns att författaren till boken förskönar eller förvärrar situationer. Trots detta och att materialet bygger på författarens egna tolkningar erhålls trovärdighet (Friberg, 2006). Studien är baserad på material skrivet av kvinnor då utbudet av artiklar och böcker som är skrivet av män är begränsat. Nackdelen med att granska skönlitterära verk visar sig vara den stora mängd material som ska granskas på den knappa tid som finns till förfogande. Studien skulle även kunna göras med hjälp av artiklar eller intervjuer. Intervjuer kan ge studien mer beskrivande och specificerat material att arbeta med då frågorna kan anpassas efter forskarnas intresse. Risken med att göra intervjuer är att personen som intervjuar ställer frågor som kan påverka hur intervjudeltagaren svarar, t.ex. om ledande frågor ställs eller om intervjudeltagaren svarar så som hon tror att den som intervjuar vill att hon ska svara. Den tidsbegränsning som fanns gjorde det inte heller möjligt att grunda studien på intervjuer. Mängden tillgängliga artiklar inom studiens syfte ansågs inte vara tillräckligt för att kunna grunda studien på artiklar.

För att studien ska vara relevant för sjuksköterskor utan specialisering har författarna valt att inrikta sig på den vård som infinner sig på sjukhus. Valet att studera slutenvården grundar sig även i att studien ska kunna inkludera medpatienters påverkan. Om studien görs på annan vårdform som till exempel öppenvården, skulle inte detta vara möjligt då denna påverkan av medpatienter inte skulle förekomma på samma sätt.

Endast ett biblioteks sökverktyg används till denna studie och detta kan påverka antalet träffar av material. Om fler bibliotek utnyttjats återfinns sannolikt fler skönlitterära verk att arbeta med och resultatet kan då skilja sig från denna studie.

Metoden som använts är kvalitativ innehållsanalys med manifest metod. Att använda sig av denna metod upplevs som intressant och den har för avsikt att tolka det uppenbara och tydliga i materialet för att sedan kunna beskriva variationer där i (Graneheim & Lundman, 2003). En innehållsanalys kan även göras med hjälp av latent metod. Genom en latent metod tolkas innehållet på en djupare nivå och finner den underliggande betydelsen av en text (Graneheim & Lundman, 2003). På grund av den komprimerade tiden väljer författarna att göra studien med manifest metod.

För att få fram ett resultat används fyra av fem steg av innehållsanalysen. Anledningen till att ett steg väljs bort är att subkategorier inte anses nödvändiga för att beskriva kategorierna. De svårigheter som uppkommer under studiens gång är att koderna som framkommer av materialet inte faller under en bestämd kategori. Även namngivning av kategorier visar sig vara komplicerat då en del påtänkta kategorirubriker inte är tillräckligt specificerade.

Studien skulle även kunna göras med hjälp av Kate Flemmings analysmodell där sökning av material och svar på forskningsfrågan utgår ifrån frågeställningar (Flemming, 1998). Genom att utgå från denna modell med specifika frågeställningar upplever författarna att viktigt innehåll till resultatet riskerar att utelämnas.

Syftet var från början att studera vad kvinnor med AN har för upplevelser av mötet med vårdpersonal. Under studiens gång upptäckts att medpatienter spelar stor roll för hur kvinnorna bemöter vårdpersonalen och upplever vården. Därför breddas syftet från upplevelser av mötet med vårdpersonal till hur kvinnorna upplever mötet med vården.

Båda författarna läser igenom de tre skönlitterära böckerna upprepade gånger för att bilda sig varsin överblick av materialet. Detta anses som en fördel då det visar sig att en enskild person lätt får ett smalt perspektiv över materialet.

## **Resultatdiskussion**

Det framkommer i resultatet att kvinnorna med AN har en stort förtroende till vården och vårdpersonalen då de vårdas på sjukhus. Detta medför att resultatet motsäger det som Hällström (2009) nämner i sin litteratur när de skriver att patienter med AN inte har någon tillit till varken vårdpersonal eller sig själva.

Kvinnorna upplever vid vissa situationer en lättnad då vårdpersonalen tar ifrån dem ansvar. De upplever att det inte är de själva som då trotsar sin sjukdom och får på detta sätt inga skuldkänslor. Samtliga kvinnor beskriver vården som en trygghet och de känner en form av befrielse då vårdpersonal tar hand om dem. Liknande känslor av befrielse när vårdpersonalen tar över ansvaret framhäver von Ommen, Meerwijk, Kars, von Elburg och von Meijel (2009). Deltagarna i den studien anser det vara befriande när någon annan tar över kontrollen, så de själva slipper tänka och ta egna beslut. Detta visar att trots ett lidande på grund av sin sjukdom, kan patienten känna ett välbefinnande (Dahlberg et al., 2003).

Resultatet visar att kvinnorna upplever maktlöshet när de blir behandlade som en sjukdom och inte en individ. De upplever att vårdpersonalen inte tillgodoser deras behov. Offord et al. (2006) visar i sin studie att patienter med AN känner att de inte får någon stöttning av vårdpersonalen. Deltagarna i studien som (a.a.) gjort menar att behandlingen inte är anpassad för individuella olikheter och de upplever att de blir lämnade med känslan av att bli straffade på grund av deras

olikheter. Det framkommer även i samma studie att patienterna känner att de inte blir sedda och får känslan av maktlöshet när vårdpersonalen endast ser dem som en sjukdom istället för unga individuella kvinnor.

Kvinnorna känner sig vid vissa situationer åsidosatta och beslut tas av vårdpersonalen som kvinnorna inte kan påverka. En patient upplever just maktlöshet då hon utestängs från sitt eget vårdande enligt Dahlberg et al. (2003). Kvinnorna beskriver också den ständiga maktkamp som föregår mellan vårdpersonal och patienter. Vid dessa maktkamper blir patienterna åsidosatta och personalen vill tydliggöra att de har all makt. Enligt (a.a.) uppstår ett vårdlidande när människan i sjukvården blir åsidosatt och fråntas rätten att vara delaktig i sin egen hälsoprocess och vårdande. Orlando (1990) beskriver även i sin interaktionsteori om hur viktigt det är att sjuksköterskan och patienten tillsammans väljer omvårdnadshandling och att båda parterna är överrens. Som Hällström (2009) nämner är det viktigt att försöka undvika den maktkamp som kan uppstå mellan patienter med AN och vårdpersonal och istället fokusera på att skapa ett samarbete.

En känsla av maktlöshet och övergivenhet upplevs av kvinnorna då de inte får den hjälp de anser sig behöva. Kvinnorna beskriver hur de upprepade gånger frågar sig själva vad de måste göra för att få den hjälp de vill ha. En av kvinnorna upplever att hon är tvungen att skada sig själv för att få den hjälp hon vill ha. Offord et al. (2006) framhäver hur deltagarna i studien även där upplever att de inte får den hjälp de vill ha. Patienterna lämnas och de känner sig upprörda, förvirrade och frustrerade. Att inte bli sedd, hörd eller inte räknas med beskriver Dahlberg et al. (2003) som ett vårdlidande. Enligt Orlando (1990) måste behovet av hjälp identifieras av sjuksköterskan så att patienten får den hjälp som hon vill ha för stunden. Hon menar att omvårdnadsprocessen består av en reflekterande dialog mellan sjuksköterska och patient så att sjuksköterskan skall kunna erbjuda professionell och rätt hjälp till patienten.

Under kvinnornas vårdtid upplever de kommunikationsproblem med vårdpersonalen. Ett lidande uppstår hos kvinnorna då de känner att de inte blir förstådda i olika sammanhang och situationer. De känner sig frustrerade över detta. Samtliga kvinnor har svårigheter med att uttrycka sina känslor och ibland tigger de för att de vet att vårdpersonalen inte kommer förstå dem. Även Nordbø et al. (2006) visar i sin studie att patienter med AN har svårigheter att kommunicera. Deltagarna i studien har problem och känslor som de inte vet hur de ska ge uttryck för. Orlando (1990) beskriver hur sjuksköterskan ska skaffa en förståelse och uppfattning om hur patienten upplever situationen. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten genom att förstå patientens tankegångar, problem, beteende och därefter hjälpa patienten. Det är då viktigt att sjuksköterska får en bekräftelse på att hon har tolkat patientens upplevelse korrekt och patienten behöver inte känna sig missuppfattad.

Resultatet visar att medpatienter har en negativ påverkan i patienternas behandlings process. Kvinnorna beskriver hur de upplever en konkurrens, tävlan om att väga minst och en avundsjuka om vem som är mest sjuk. Det

överrensstämmer med Offord et al. (2006) studie, där deltagarna jämför sig med varandra och tävlar mot varandra.

Det kan ge skadliga effekter att vårdas med patienter med samma sjukdom och dessa kan medföra ökad oro hos patienterna (Colton & Pistrang 2004).

Det är svårt för kvinnorna att tillfriskna i sin behandlingsprocess, då medpatienter delar med sig av sina knep. När någon av patienterna mår dåligt på avdelningen följs detta med en kedjereaktion, och de patienter som är inlagda blir negativt påverkade. Kvinnorna beskriver att det sjuka beteende som samtliga patienter har på avdelningen smittar av sig och att de tar efter varandra.

Offord et al. (2006) framhäver att patienterna lär sig destruktivt beteende av varandra och att det resulterar i att en del patienter blir mer anorektiska.

Att vårdas med patienter med samma sjukdom binder ändå kvinnorna samman och de känner en samhörighet som detta skapar en trygghet. När kvinnorna har det svårt kan de ibland få stöd och hjälp av medpatienterna. Trots att påverkan från medpatienter oftast är negativ framhäver Colton & Pistrang (2004) att det även kan tillföra en del positiva aspekter. Genom att vårdas med andra kvinnor med AN kan en känsla av jämlikhet uppstå och många känner sig mindre ensamma (Offord et al., 2006). Patienterna kan uppleva välbefinnande av förhållandevis små ting och trots deras sjukdom, vilket visar sig då kvinnorna beskriver medpatienternas positiva inverkan (Dahlberg et al., 2003). Trots att Orlandos teori inte lägger fokus på miljön runtomkring patienten så som medpatienter, visar resultatet att detta är en viktig del då man vårdas för sin anorexi (Orlando, 1990).

## SLUTSATS

Studiens resultat belyser att kvinnorna upplever mötet med vården främst som negativt. Kvinnorna upplever att de inte får den hjälp de behöver. De känner sig även missförstådda och maktlösa gentemot vårdpersonalen. Trots dessa negativa upplevelser finns även en känsla av välbefinnande då kvinnorna beskriver den lättnad som infinner sig då vårdpersonalen trotsar sjukdomen åt dem.

Kvinnorna beskriver hur en maktkamp pågår mellan vårdpersonal och patienter. Denna kamp präglas av att både vårdpersonal och patienter vill kontrollera behandlingen och detta upplevs som frustrerande från både vårdpersonal och patienter.

Medpatienters påverkan är ett fynd som uppsatsförfattarna inte förväntat sig men har visat sig vara av stor betydelse för hur kvinnorna upplever vården. Kvinnorna anser det både negativt och positivt att vårdas tillsammans med andra kvinnor som har AN. De beskriver hur medpatienter kan stötta dem när de har de svårt men att det även pågår en tävlan mellan patienterna om vem som är mest sjuk. Möjligen skulle detta fynd vara ytterligare ett område att studera närmre.

Författarna anser att mer kunskap om AN bör inskaffas av alla sjuksköterskor då de kan komma att vårda dessa patienter på alla olika avdelningar inom slutenvården.

## REFERENSER

- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S., & Norring, C. (2004). Patient Satisfaction with Treatment in Eating Disorders: Cause for Complacency or Concern? *European Eating Disorders Review*, 12, 240-246.
- Colton, A., & Pistrang, N. (2004). Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 307- 316.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidandet- det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22, 4-8 (2002).
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Flemming, K. (1998). Asking answerable questions. *Evidence-Based Nursing*, 1, (2), 36-37.
- Friberg, Febe. (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Författarna och Studentlitteratur
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hällström, T. (2009). Ätstörningar. J, Herlofson., L, Ekselius., L-G, Lundh., A, Lundin., B, Mårtensson & M, Åsberg (Red.), *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Nordbø, R. H. S., Espeset, M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The Meaning of Self- Starvation: Qualitative Study of Patients' Perception of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 39, (7), 556-563.
- Offord, A., Turner H., & Cooper, M. (2006). Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults' Retrospective Views of Treatment and Discharge. *European Eating Disorders Review*, 14, 377-387
- Olsson H., & Sörensen S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- van Ommen, J., Meerwijk, E., Marijke, K., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2801-2808.
- Orlando, Ida J. (1990). *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process, and Principles*. New York: National for Nursing.
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber AB
- Ottosson, J-O. (2009). *Psyk*. Stockholm: Liber AB.
- Ramjan, L-M. (2003). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45, (5), 495-503.

- Samuelson, K. (2004). *Ludenben*. Lund: Bokförlaget Augusti AB.
- Sarvimäki, A., & S- Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik*. Stockholm: Liber AB.
- Segesten, K. (2006). Användbara texter. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Författarna och Studentlitteratur.
- Skårderud, F. (2007). Shame and Pride in Anorexia Nervosa: A Qualitative Descriptive Study. *European Eating Disorders Review*, 15, 495-503.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> (2010-04-20).
- Strandberg, L. (2000). *När mörkret kom*. Falun: Författarhuset.
- Åkerman, S. (2004). *Zebraflickan*. Falun: Författarhuset.

[www.bth.se](http://www.bth.se)  
**BLEKINGE TEKNISKA HÖGSKOLA**  
*Postadress: 371 79 Karlskrona Telefon: 0455 - 38 50 00*